

جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

قسم / تخصص إدارة أعمال

عنوان البحث

قدرات إدارة الأزمات التنظيمية وعلاقتها باتخاذ القرار الإداري من حيث الجودة والسرعة والفاعلية في
المستشفيات بالمملكة العربية السعودية: دراسة تحليلية مقطعية في ظل التجمعات الصحية وبرنامج تحول
القطاع الصحي لرؤية 2030

إعداد الطالب /علي احمد طواشي

الرقم الجامعي/

261002932

إشراف /

أ.د/الفیصل عبدالمجید

أ.د/فايز جراد

العام الدراسي: 2025 - 2026

قائمة المحتويات:

2	قائمة المحتويات
3	مقدمة
4	مشكلة الدراسة
7	أهمية الدراسة
9	أهداف الدراسة
10	تساؤلات الدراسة
11	الدراسات السابقة
14	المنطلقات النظرية للدراسة
16	المنهجية وطرق البحث
20	أدوات الدراسة
21	حدود الدراسة
24	المراجع

مقدمة:

تشهد المنظمات الصحية تصاعدًا في وتيرة الأزمات ونطاق آثارها، إذ تتداخل الأوبئة والكوارث والحوادث الجماعية واضطرابات الإمداد والمخاطر السيبرانية وأعباء التجمعات الجماهيرية. وأظهرت المراجعات التكاملية أن الأزمة عملية ممتدة تتشكل داخل ترتيبات المنظمة قبل الحدث وبعده (Bundy، 2017؛ Williams، 2017). وفي قلبها يقف القرار الإداري بوصفه الفعل الذي تتحول به القدرات المخزونة إلى استجابة فعلية تحت ضغط زمني حاد ومعلومات ناقصة وعواقب تمس حياة المرضى واستمرارية الخدمة. والسؤال ليس هل تملك المستشفى خطة للطوارئ، بل ما الذي تفعله هذه الخطة بالقرار الإداري حين تشتد الأزمة.

وتُعرف إدارة الأزمات التنظيمية بوصفها قدرة تنظيمية موزعة على مراحل متعاقبة لا نشاطًا محصورًا في لحظة الاستجابة. وأرسى (Pearson) 1993 خمس مراحل هي استشعار الإشارات والاستعداد والوقاية ثم الاحتواء ثم التعافي ثم التعلم، وخلص إلى أن معظم الإخفاق ينشأ من إهمال استشعار الإشارات والتعلم. وفكك (Duchek) 2020 المرونة إلى الترقب والتكيف والمواجهة، بما يميز قدرات الإنذار المبكر عن قدرات الاستجابة والتعلم. ودمج (Williams) 2017 المسارين في نموذج عملياتي واحد تُعامل فيه هذه القدرات بوصفها خاصية تنظيمية قائمة باستمرار، وهو ما يبرر قياسها بوصفها سمة مستقرة في غياب حدث نشط.

ويُفهم اتخاذ القرار الإداري بوصفه بناءً مركبًا يُفكك إلى جودة القرار وسرعته وفاعليته. وترتكز الجودة على الرشد الإجرائي وكفاية المعلومات ومناسبة الخيار قياسًا بالبدائل، وتشير الفاعلية إلى بلوغ أهداف القرار ونجاح تنفيذه. وأرسى (Dean) 1996 هذا التمييز في دراسة شملت اثنين وخمسين قرارًا استراتيجيًا في أربع وعشرين شركة، وأثبت أن عملية القرار تُحدث أثرًا مستقلًا عن البيئة وعن مضمون القرار. ولا تحسم الأدبيات علاقة السرعة بالجودة، فقد بين (Shepherd) 2021 في مسح لفرق الإدارة العليا في مئة وسبع عشرة شركة أن وفرة الموارد لا ديناميكيته هي الآلية المعدلة، بينما بين (Shepherd) 2023 أن التكامل السلوكي يرفع السرعة والجودة معًا. وهذا التوتر يسوّغ فصل المخرجات الثلاثة.

والمستشفى منظمة عالية الموثوقية بهوامش خطأ ضيقة، يتشابك فيها العمل السريري الحساس زمنيًا مع سلاسل إمداد وسلطة تتوزع بين خطوط إدارية وسريرية متوازية. وقدم (Vogus) 2007 في دراسة شملت 1,685 ممرضة وممرضًا في 125 وحدة عبر ثلاثة عشر مستشفى مقياس التنظيم الآمن، وأثبت ارتباطه السالب بأخطاء الدواء وحوادث السقوط. وأظهر (Cacace) 2023 في مقارنة لخمس دول أن توافر الأسرة القابلة للاستخدام لا عددها الإجمالي هو المحدد الحاسم للمرونة. وتشغل المملكة 516 مستشفى و5,779 مركزًا صحيًا أوليًا، بمعدل 23.4 سرير و36.8 طبيب لكل عشرة آلاف من السكان، وبقوة عاملة تبلغ 129,772 طبيبًا و243,336 ممرضًا (GASTAT، 2024). وشهد يناير 2024 إطلاق عشرين تجمعًا صحيًا يخدم كل منها نحو مليون نسمة، وهو تحول أعاد ترتيب مسارات التصعيد وتفويض الصلاحيات عند النقطة ذاتها التي تُتخذ فيها قرارات الأزمة (Vision 2030، 2024). وأظهر (Alshehri) 2025 تفوق مستشفيات التجمعات في رضا المرضى بنسبة 87.6 بالمئة مقابل 75.0 بالمئة وفي تنسيق الرعاية بمتوسط 89.4 مقابل 69.7 عند دلالة أقل من 0.001. ويضاف ملف الحج والعمرة واستضافة كأس العالم 2034.

غير أن الأدلة تحمل تناقضًا لافتًا. فقد وجد (Alruwaili) 2023b في حصر شمل ثلاثة وستين مستشفى بالمنطقة الشرقية أن كل مستشفى أفاد بوجود خطة للاستعداد للكوارث ولجنة متعددة التخصصات، بينما أفاد 9.5 بالمئة فقط بوجود دعم للتعافي. ووجد (Goniewicz) 2024 بين 522 من العاملين أن 70.6 بالمئة تلقوا تدريبًا على الاستجابة

للحوادث و 85.8 بالمئة يعرفون إجراءات الإخلاء، بينما لم يعرف نظام قيادة الحوادث سوى 49.9 بالمئة ولم يتلقَ تدريباً سيبرانياً سوى 46.3 بالمئة. ووجد (Thirunavukkarasu) 2025 بين 390 ممارساً أن 36.2 بالمئة سجلوا مستوى منخفضاً في المعرفة و 45.9 بالمئة في الاتجاه و 49.2 بالمئة في الممارسة. وتفيد شواهد أخرى (AI-Shammari، 2024؛ Althobaiti، 2026؛ Alhamaid، 2024) بأن أضعف النطاقات هي التدريب والتعافي والتعلم.

ويتقاطع هذا القصور مع بعد سلوكي وتقني. فالإبلاغ عن الإشارات الضعيفة مشروط بالأمان النفسي المدرك الذي أدرجه (Yang) 2024 ضمن سلوكيات القيادة في الأزمات. وبين (Paulus) 2022 أن خبراء الأزمات يظلون عرضة للتثبيت والتأطير وعمى التحيز، وأظهر (Mojzisch) 2025 أن الضغط الحاد يضيق البحث الجماعي عن المعلومات. وبين (Staw) 1981 أن الحدث المهدد يُنتج تقييد معالجة المعلومات ومركزة السلطة، ووجد (Bakonyi) 2019 في بيانات أكثر من أربعة عشر ألف منشأة أوروبية أن المركزنة بعد الأزمة تنبأت بنمو أبطأ. وأثبت (Kittur) 2025 أن إدماج أداة ذكاء اصطناعي في مركز قيادة المستشفى ارتبط بخفض مدة الإقامة في العناية المركزة العصبية بنسبة 7 بالمئة، بينما وجد (Szukits) 2024 في مسح شمل 305 شركات أن جودة البيانات والثقافة التحليلية هي المرتبطة بالقرار المبني على البيانات. ومن هنا ينبثق سؤال البحث: ما طبيعة العلاقة واتجاهها وقوتها النسبية بين قدرات إدارة الأزمات التنظيمية، متمثلة في الاستعداد والإنذار المبكر والقيادة والاتصال والتنسيق وصلاحيات اتخاذ القرار والتعلم التنظيمي، وبين جودة القرار الإداري وسرعته وفاعليته في المستشفيات السعودية بعد جائحة كوفيد-19 وفي ظل التجمعات الصحية؟ وتقدم الدراسة أربعة إسهامات. أولها عكس الاتجاه السائد ليصبح قدرة إدارة الأزمات بناءً تفسيرياً يُقاس أثره في مخرجات القرار. وثانيها إنتاج أداة عربية مقيّنة على البيئة السعودية وفق بروتوكول (Beaton) 2000، بتوثيق سيكومتري يستجيب لما خلص إليه (Esmaili) 2026. وثالثها إضافة بُعدي الإنذار المبكر والتعلم التنظيمي، وقد بين (Broekema) 2017 أن التعلم من الأزمة ليس تلقائياً. ورابعها تحويل موقع سلطة القرار إلى متغير مقيس عبر تشغيل قدمه (Foged) 2026. وتفسر الدراسة التباعد بين جاهزية الطوارئ الوطنية عند 92 بالمئة (Vision 2030، 2024) وفئة الاستجابة السريعة عند 32.7 من مئة (GHS Index، 2021).

مشكلة الدراسة:

درست قدرات إدارة الأزمات في المستشفيات السعودية بوصفها ناتجاً يُوصَف لا متغيراً مفسراً. فقد جعل المسح الشامل لاثنتين وسبعين مستشفى بالشرقية الاستعداد متغيراً تابعاً (Alruwaili، 2023b)، وكذلك فعل مسح 410 من أطباء الطوارئ وممرضيه (Alhamaid، 2024)، ومسحٌ إسعافي بلغت متوسطاته 3.56 و 3.44 و 3.73 (Almukhlifi، 2024)، ودراسة 194 ممرضاً بمكة بمتوسط 3.84 وأدنى مجالاتها التدريب 2.65 (Althobaiti، 2026). فيقف التحليل عند التوصيف دون تناول أثر القدرة في قرار المدير.

ويجري ذلك في نظام يضم 516 مستشفى و 5,779 مركزاً أولياً بمعدل 23.4 سرير و 36.8 طبيب لكل عشرة آلاف نسمة (GASTAT، 2024). وقد أعاد إطلاق عشرين تجمعاً صحياً في يناير 2024 ترتيب التصعيد والتفويض (Vision 2030، 2024)، وارتبط التجميع بمؤشر رعاية متمركرة بلغ 89.4 مقابل 69.7 بدلالة أقل من 0.001 (Alshehri، 2025)، دون جمع بيانات كمية من صانعي القرار بعده. كما تتباعد المؤشرات بين جاهزية وطنية تبلغ 92 بالمئة (Vision 2030، 2024)، واستجابة سريعة لا تتجاوز 32.7 من 100 بانخفاض 6.7 نقطة (GHS Index، 2021)، وتقييم خارجي مشترك وحيد يعود إلى 2017 (WHO، 2017).

1. انقلاب اتجاه العلاقة في الأدبيات: القدرة ناتجاً لا مفسراً

تضع الأدبيات السعودية القدرة موضع المتغير التابع. فقد حصر المسح الشامل القصور في التوسع واللوجستيات والتعافي (Alruwaili, 2023b)، وأنتج التحليل العاملي بنية ثلاثية بتشبعات 0.849 و 0.844 لم تُستعمل تفسيرياً (Alruwaili, 2023a)، وحددت دراسة 473 أكاديمياً القصور دون ربطه بمخرج قراري (Aldighrir, 2024). أما خارج السياق السعودي فتُتمدج القدرة متغيراً مفسراً عبر اكتشاف الإشارات والتعلم (Pearson, 1993)، والاستباق والتكيف (Duchek, 2020؛ Williams, 2017)، وربط إدارة المعرفة بفاعلية الاستجابة في 248 استجابة (Fonseca, 2025).

2. غياب مجتمع صانعي القرار الإداري عن العينات المدروسة

غالب المستجيبين ممرضون ومسعفون لا مديرون ولا شاغلو مواقع في قيادة الحوادث، وتقل خبرة 54 بالمئة منهم عن خمس سنوات (Alhamaid, 2024)، وبلغ الوعي بخطة الاستجابة 76.9 مقابل 56.2 بالمئة (Al-Shammari, 2024)، وسجل 36.2 بالمئة من 390 ممارساً معرفة منخفضة (Thirunavukkarasu, 2025). أما المديرون فيظهرون نوعياً وبأعداد صغيرة، كقيادات تجمع مكة (Arbaein, 2024)، وخمسة عشر صانع قرار عربي (Al-Dabbagh, 2020)، وواحد وعشرين من قادة عمليات الطوارئ (Ali Dinar, 2026)، ودولياً 74 قائداً أوروبياً (Clari, 2026) وأربعة عشر قائداً بملبورن (Riddell, 2022).

3. عدم تمييز مخرجات القرار: الجودة والسرعة والفاعلية بوصفها بناءات منفصلة

يُعامل القرار بناءً واحداً مع أن الجودة والسرعة والفاعلية بناءات منفصلة. فقد أرسى (Dean, 1996) في اثنين وخمسين قراراً التعريف الإجرائي للعقلانية الإجرائية والفاعلية، وبيّنت دراسة قطرية في 170 قراراً و38 منظمة عامة أن نجاح التنفيذ يتوسط كلياً مسار العملية إلى المخرجات (Al-Hashimi, 2022). على أن العلاقة غير محسومة، إذ عدلتها وفرة البيئة لا ديناميكيته في 117 شركة بريطانية (Shepherd, 2021)، ورفع التكامل السلوكي جودة القرار وسرعته معاً (Shepherd, 2023)، وبفسر نموذج التعرف اعتماد الخبراء على مطابقة الأنماط (Klein, 2008؛ Reale, 2023). ولم تُفسر سرعة القرار الإداري، أي زمن الانتقال من إدراك المشكلة إلى الاعتماد.

4. أبعاد قدرة غائبة عن أدوات القياس القائمة: الإنذار المبكر والتعلم التنظيمي

أظهرت المراجعة المنهجية لتسع أدوات بين 2000 و 2024 أن ثمانياً منها تقيس الحيز المادي والمعدات والكوادر فحسب بلا تقييم سيكومتري (Esmaili, 2026). فيغيب بعد الإنذار المبكر واستشعار الإشارات، رغم أن اكتشاف الإشارة أول مواطن الإخفاق (Pearson, 1993)، ورغم توافر مقياس التنظيم الآمن المتحقق على 1,685 ممرضاً (Vogus, 2007). ويغيب كذلك التعلم التنظيمي، إذ لم يُبلغ عن دعم التعافي سوى 9.5 بالمئة من المستشفيات (Alruwaili, 2023b)، والتعلم محكوم بالسياق والثقافة والنسيان (Broekema, 2017)، وتحول الانتباه من المرونة عند 0.65 إلى الجوانب النفسية عند 0.78 (Atighechian, 2024).

5. موقع صلاحية القرار وزمن الاعتماد والتصعيد في ظل التجمعات الصحية

لم يُكمم سعودياً موقع الصلاحية والتفويض وزمن الاعتماد والتصعيد. فتطبيق فرق الاستجابة السريعة بعد فاشية 2014 ما زال مقيداً بحوكمة غامضة وبغياب البيانات الآنية (Adawi, 2026)، ووثقت 41 مقابلة في مستشفيات برتغالية أن غموض السلطة ينتج قرارات متأخرة وشبكات غير رسمية (de Almeida Marques, 2026). ولا تعطي

النظرية إجابة واحدة، إذ تجعل نظرية الجمود المركزية عرضاً لا أصلاً تنسيقياً (Staw، 1981)، وقد تأكدت الآلية في 996 استجابة بلدية هولندية (van der Voet، 2022) وفي أربعة عشر ألف منشأة أوروبية (Bakonyi، 2019)، فيما تقيس دراسة دنماركية القرار على بعدي المركزي والمفوض (Foged، 2026).

6. غياب أداة عربية مقننة وقصور الضبط المنهجي في الدراسات القائمة

يتعذر اختبار الحلقة لغياب أداة عربية مقننة تفصل الجودة عن السرعة والفاعلية، ولأن البنية العاملية السعودية الوحيدة نُشرت بلا معاملات ثبات (Alruwaili، 2023a)، ولأن الميدان يفتقر إلى مقياس مُجمع عليه (Wu، 2021). والقوالب متاحة، ومنها بروتوكول الترجمة والتكيف (Beaton، 2000)، وأداة الاستعداد للكوارث على 633 ثم 205 مرضين بألفا 0.97 (Wang، 2022)، وأداة القيادة في الأزمات بثمانية وعشرين بنداً وألفا 0.96 (Kim، 2025؛ Yang، 2024). ومع ذلك تبقى الأعمال السعودية مقطعية أحادية المصدر وميسرة العينة، دون معالجة لتحيز وحدة الأسلوب (Podsakoff، 2024) ولا لتعشيش المستشفى في التجمع، ودون تصريح بصدق المحتوى (Polit، 2006)، فيما يجعل تباين 76.7 بالمئة وتحيز النشر الأدلة المستوردة غير آمنة (Esmaili، 2026).

وبناءً على ذلك تتحدد المشكلة في وصف هذه القدرات ناتجاً لا مفسراً لقرار المدير، وفي غياب مجتمع صانعي القرار أنفسهم، بعد أن أعادت التجمعات العشرون ترتيب الصلاحية والتصعيد منذ يناير 2024. وعليه يصاغ السؤال المحوري: ما طبيعة العلاقة واتجاهها وقوتها النسبية بين أبعاد قدرات إدارة الأزمات التنظيمية الستة، وهي الاستعداد، والإنذار المبكر، والقيادة، والاتصال، والتنسيق وصلاحية القرار، والتعلم التنظيمي، وبين جودة اتخاذ القرار الإداري وسرعته وفاعليته كما يدركها صانعو القرار في المستشفيات السعودية بعد جائحة كوفيد-19 وفي ظل التجمعات الصحية؟

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من موقعها عند تقاطع ثلاثة حقول ظلت منفصلة: قدرات إدارة الأزمات في المستشفيات، واتخاذ القرار الإداري تحت الضغط، والحوكمة الصحية السعودية بعد التجمعات الصحية. يوثق المخزون المعرفي وجود الخطط واللجان ومراكز القيادة (Alruwaili، 2023b)، دون سؤال ما إذا كانت هذه القدرات تغير طريقة اتخاذ القرار (Bundy، 2017). وتتوزع الأهمية على مستويين: علمي وعملي.

الأهمية العلمية:

1. عكس اتجاه المتغير التابع في المدونة البحثية السعودية والخليجية

يظهر الاستعداد في الدراسات السعودية بوصفه المخرج النهائي المقاس بقوائم التحقق أو ببطاريات المعرفة والاتجاه والممارسة (Al-Shammari، 2024؛ Almukhlifi، 2024؛ Alhamaid، 2024؛ Alruwaili، 2023a). وتنقل الدراسة الأبعاد الست إلى موقع البنى المفسرة وتضع اتخاذ القرار في موقع المخرج. وقد أظهر Al-Hashimi (2022) في 170 قراراً من 38 منظمة عامة قطرية أن الرشد الإجرائي والمشاركة يرفعان مخرجات القرار، دون تغطية القطاع الصحي ولا ظروف الأزمة.

2. إنتاج أول أداة عربية مقننة لقياس جودة القرار الإداري وسرعته وفاعليته

تنتج الدراسة أداة عربية مقننة تقيس المخرجات القرارية الثلاثة مع الأبعاد الست وفق بروتوكول التكيف عبر الثقافات (Beaton، 2000)، بأدلة تشمل صدق المحتوى والتحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي ومتوسط التباين المستخلص

ونسب السمات المغايرة وألفا وأوميغا (Polit، 2006). وتبرر الحاجة أن ثماني أدوات من تسع تفتقر إلى التقييم السيكمي (Esmaili، 2026)، والبنية العاملية السعودية الوحيدة بلا معاملات ثبات (Alruwaili، 2023a)، وارتباطات بينية بين 0.685 و0.872 تشير إلى ضعف التمايز (Althobaiti، 2026)، مقابل نموذج آسيوي بنباين مفسر 64.06 بالمئة وألفا 0.97 (Wang، 2022).

3. توسيع فضاء القياس بإدراج الإنذار المبكر واستشعار الإشارات والتعلم التنظيمي

تضيف الدراسة بعداً مستقلاً للإنذار المبكر واستشعار الإشارات الضعيفة، وهو غائب عن قوائم منظمة الصحة العالمية ومؤشر سلامة المستشفيات. ويستند الإدراج إلى جعل كشف الإشارات مرحلة أولى (Pearson، 1993)، وتميز قدرات الاستباق عن الاستجابة (Duchek، 2020؛ Williams، 2017)، ومقياس التنظيم الأمن المقنن على 1,685 ممرضاً في 125 وحدة (Vogus، 2007).

ويقترن ذلك بمعالجة التعلم التنظيمي والمراجعة البعدية متغيراً على مستوى المدير. فوثائق المراجعة البعدية لا تنتج التعلم بذاتها (Broekema، 2017)، بينما أظهر (Fonseca) 2025 في 248 استجابة من مستشفيات برازيلية وبرتغالية أن إدارة المعرفة ترتبط إيجاباً بالاستجابة.

4. فصل مخرجات القرار الثلاثة واختبار العلاقة بين السرعة والجودة

تفصل الدراسة جودة القرار وسرعته وفاعليته بعد أن جمعتها الأدبيات الصحية أو أسقطتها، استناداً إلى التشغيل الإدراكي متعدد البنود للرشد الإجرائي وفاعلية القرار (Dean، 1996) في 52 قراراً داخل 24 شركة. وتمثل سرعة القرار الإداري فراغاً قياسياً، تعالجه الدراسة بتفكيك السرعة إلى كمون التأخير وجمع المعلومات والاختيار والاعتماد.

والعلاقة بين السرعة والجودة غير محسومة. فقد أظهر (Shepherd) 2021 في 117 شركة أن وفرة البيئة لا ديناميكيته هي الآلية المعدلة، وبين (Shepherd) 2023 أن التكامل السلوكي يرفع السرعة والجودة معاً (Klein، 2008؛ Reale، 2023).

5. تحويل موقع صلاحية القرار من ملاحظة نوعية عارضة إلى متغير مقيس

تحوّل الدراسة موقع صلاحية القرار وسعة التفويض المدركة إلى متغير مقيس بعد توثيق غموض الحوكمة وضعف التنسيق وصفيّاً (Arbaein، 2024؛ Adawi، 2026). ويسند التحويل إطار جمود التهديد المفسر لتمرکز السلطة (Staw، 1981؛ Boon، 2023؛ van der Voet، 2022)، وشواهد من أكثر من أربعة عشر ألف منشأة أوروبية على أن المركزة بعد الصدمة تنبأت بنمو أبطأ (Bakonyi، 2019)، وتشغيل يقيس القرار على بعدي المبدئية والمركزة (Foged، 2026؛ de Almeida Marques، 2026).

الأهمية العملية:

1. تزويد قيادات المستشفيات والتجمعات الصحية بملف تشخيصي للقدرات

تمنح الدراسة القيادات ملفاً تشخيصياً يبيّن أي القدرات الست يرتبط بسرعة القرار وأيها بجودته وفاعليته، فيوجّه الاستثمار بدل توزيعه على بنود امتثال (Alruwaili، 2023b). ويوفر التحليل العملي السعودي نقطة انطلاق بتشبعات 0.849 للتعليم والتدريب و0.723 للرصد والتقييم (Alruwaili، 2023a). ويكشف التفاوت الداخلي الحاجة: 73.4 بالمئة وعياً بمركز القيادة لدى مقدمي الرعاية المباشرين مقابل 45.2 بالمئة لغيرهم (AI- (Alhamaid، 2024؛ Shammari، 2024).

2. توفير أساس تجريبي لمراجعة مصفوفات تفويض الصلاحيات وعتبات التصعيد

تقدم النتائج أساساً تجريبياً لمراجعة مصفوفات التفويض وعتبات التصعيد داخل التجمعات العشرين، وهي حوكمة أعادت توزيع سلطة الاعتماد والموازنة دون تقييم على مستوى المنشأة. وقد تنبأ الانتماء إلى تجمع بتنسيق الرعاية عند بيتا 12.49 وقيمة احتمالية 0.022، بمؤشر رعاية متمركزة حول المريض 89.4 مقابل 69.7 (Alshehri، 2025). واتجاه أثر المركزة غير محسوم (Cacace، 2023؛ Bakonyi، 2019؛ Szukits، 2024).

3. استهداف الحلقة الأضعف الموثقة عبر قياس المراجعة البعيدة وتحديث الخطط

تستهدف الدراسة أضعف حلقة موثقة، وهي التعلم واستدامة القدرة بعد الحدث. فقد أفاد 9.5 بالمئة فقط من مستشفيات المنطقة الشرقية بوجود دعم للتعافي (Alruwaili، 2023b)، وكان التدريب والمشاركة أدنى المجالات بمتوسط 2.65 مقابل متوسط عام 3.84 (Althobaiti، 2026)، وسُجل اختبار الخطط بالتمارين عقبة شديدة (Aldighrir، 2024؛ Alabdali، 2020؛ Hung، 2022).

4. تقديم مجموعة مؤشرات على مستوى الإدارة تكمل التقارير النظامية القائمة

تتيح الدراسة مؤشرات على مستوى الإدارة تكمل التقارير الوطنية التي تضع جاهزية الطوارئ عند 92 بالمئة (Vision 2030، 2024)، بينما وضع المعيار الدولي فئة الاستجابة السريعة عند 32.7 من 100 بانخفاض 6.7 نقطة (GHS Index، 2021). ويمنح مقياس على مستوى المدير وسيلة لاستجواب هذا التباعد (Esmaili، 2026)، مع تقييم قادة مراكز العمليات للأداة الوطنية بنفع 71 إلى 81 بالمئة (Podsakoff، Ali Dinar، 2026؛ 2024).

5. الإسهام في تأهيل متخذي القرار وبناء برامج التطوير القيادي

تحدد الدراسة أي السلوكيات القيادية وترتيبات التنسيق ترتبط بأي مخرج قراري، فتنتقل برامج التدريب إلى محتوى مشتق من ارتباطات مقيسة. وتوفر أدوات قابلة للتكييف: أداة من 28 بنداً بخمسة عوامل وألفا 0.96 في 34 مستشفى (Kim، 2025؛ Yang، 2024؛ Wu، 2021). وقد أفاد 49 بالمئة فقط من 261 طبيباً بالثقة في قرارات توزيع الموارد الشحيحة (Mulla، 2020؛ Clari، 2026).

أهداف الدراسة:

الهدف الرئيسي:

تفحص الدراسة طبيعة العلاقة واتجاهها وقوتها النسبية بين قدرات إدارة الأزمات التنظيمية في المستشفيات، متمثلة في الاستعداد والإنذار المبكر والقيادة والاتصال والتنسيق وصلاحية اتخاذ القرار والتعلم التنظيمي، وبين اتخاذ القرار الإداري من حيث جودته وسرعته وفاعليته، كما يدركها متخذو القرار في المستشفيات السعودية بعد جائحة كوفيد-19 وفي ظل التجمعات الصحية. وتعتمد تصميمًا تحليليًا مقطعيًا. وتنتج أداة قياس عربية مقننة موثقة الخصائص السيكمترية بوصفها مخرجًا مستقلًا.

الأهداف الفرعية:

1. تكييف أداة قياس عربية لأبعاد قدرات إدارة الأزمات الستة ونواتج القرار الإداري الثلاثة والتحقق من صدقها وثباتها لدى القيادات الإدارية في المستشفيات السعودية.
يُقاس صدق المحتوى والبنية العائلية والاتساق الداخلي بألفا وأوميغا ومتوسط التباين المستخلص، سدًا لغياب التقويم السيكومتری المنضبط ومعاملات الثبات (Esmaili، 2026؛ Alruwaili، 2023a).
2. وصف المستوى المدرك لكل بعد من أبعاد قدرات إدارة الأزمات التنظيمية الستة وترتيب هذه الأبعاد من الأقوى إلى الأضعف.
تُقاس المتوسطات والانحرافات ثم تُرتب الأبعاد تفضليًا، كشفًا لمفارقة اكتمال الخطط واللجان مع قصور القدرة الاستيعابية واللوجستيات والتعافي (Alruwaili، 2023b).
3. وصف المستوى المدرك لجودة القرار الإداري وسرعته وفاعليته وتحديد طبيعة العلاقات المتبادلة بين هذه النواتج الثلاثة.
تُقاس الجودة بالرشد الإجرائي وكفاية المعلومات، والسرعة بزمان مراحل القرار والاعتماد، والفاعلية ببلوغ الأهداف واستمرارية الخدمة، إذ لم تُحسم العلاقة بين السرعة والجودة (Shepherd، 2023).
4. تحديد نمط العلاقة وقوتها بين كل بعد من أبعاد قدرات إدارة الأزمات التنظيمية وكل ناتج من نواتج القرار الإداري الثلاثة على حدة.
تُقدّر مصفوفة العلاقات بين ستة أبعاد وثلاثة نواتج عبر الارتباطات الثنائية ومعاملات المسارات المعيارية مع أحجام الأثر وفواصلها الثقائية (Hajjar، 2024).
5. تحديد الإسهام النسبي لأبعاد القدرة وللمتغيرات السياقية في تفسير التباين في جودة القرار وسرعته وفاعليته، ومقارنة الصور التفسيرية الناتجة عبر النواتج الثلاثة.
يُقاس الإسهام الإضافي لكل بعد بعد ضبط الغموض المدرك وضغط الوقت وحجم التهديد وتوافر الدعم القراري وتاريخ التعرض للأزمات (Foged، 2026؛ Staw، 1981).
6. مقارنة المستويات المدركة والعلاقات الملاحظة بين القدرات ونواتج القرار عبر خصائص المستشفى وخصائص المستجيب.
تُقارن المستويات بحسب القطاع والحجم والمنطقة والتجمع الصحي والمستوى الإداري والخبرة، مع فحص ثبات القياس عبر المجموعات قبل الحكم على الفروق (Alshehri، 2025؛ Almukhlifi، 2024).

تساؤلات الدراسة:

السؤال الرئيسي:

ما طبيعة العلاقة واتجاهها وقوتها النسبية بين قدرات إدارة الأزمات التنظيمية، متمثلة في الاستعداد والإنذار المبكر والقيادة والاتصال والتنسيق وصلاحيات اتخاذ القرار والتعلم التنظيمي، وبين اتخاذ القرار الإداري من حيث الجودة

والسرعة والفاعلية، كما يدركها متخذو القرار الإداري في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية بعد جائحة كوفيد-19 وفي ظل التجمعات الصحية؟

الأسئلة الفرعية:

1. ما الخصائص السيكمترية، من حيث صدق المحتوى والبنية العاملية والاتساق الداخلي والصدق التقاربي والصدق التمييزي، للأداة العربية المكيفة لقياس أبعاد قدرات إدارة الأزمات التنظيمية الستة ونواتج اتخاذ القرار الإداري الثلاثة في المستشفيات السعودية؟
2. ما المستوى المدرك لكل بعد من أبعاد قدرات إدارة الأزمات التنظيمية الستة لدى متخذي القرار الإداري في المستشفيات، وما الأبعاد التي تسجل أعلى المستويات وتلك التي تسجل أدناها؟
3. ما المستوى المدرك لجودة القرار الإداري وسرعته وفاعليته لدى متخذي القرار الإداري في المستشفيات، وما طبيعة العلاقات المتبادلة بين هذه النواتج الثلاثة؟
4. ما نمط العلاقة وقوتها بين كل بعد من أبعاد قدرات إدارة الأزمات التنظيمية وكل ناتج من نواتج اتخاذ القرار الإداري الثلاثة مأخوذاً على حدة؟
5. ما أبعاد القدرة والمتغيرات السياقية الخمسة، وهي الغموض أو عدم التأكد المدرك وضغط الوقت المدرك وحجم التهديد المدرك وتوافر الدعم القراري والبيانات وتاريخ التعرض للأزمات، التي تفسر أكبر قدر من التباين في جودة القرار وفي سرعته وفي فاعليته على الترتيب، وهل تختلف الصور التفسيرية باختلاف الناتج؟
6. هل تختلف المستويات المدركة والعلاقات الملاحظة بين القدرات ونواتج القرار الإداري باختلاف قطاع المستشفى وحجمه ومنطقته وتجمعه الصحي، والمستوى الإداري للمستجيب وخلفيته المهنية وسنوات خبرته الإدارية وخبرته في الأزمات وجنسيته؟

الدراسات السابقة:

سعت دراسة وصفية مقطعية إلى تقييم استعداد المستشفيات للأزمات في المنطقة الشرقية وفق معايير منظمة الصحة العالمية، بمشاركة ثلاثة وستين مستشفى من اثنتين وسبعين عبر قائمة تحقق من عشرة مكونات. أفادت جميع المستشفيات بامتلاك خطة مكتوبة ولجنة استعداد، مع تركيز القصور في سعة التوسع الطارئ والمعدات واللوجستيات والتعافي، وتفاوت المستشفيات الحكومية في نهج جميع المخاطر. اكتمال البنى الشكلية لا يضمن جودة القرار تحت ضغط الوقت (Alruwaili، 2023b).

بنى 2023a (Alruwaili) على العينة ذاتها البالغة ثلاثة وستين مستشفى بنية بعدية للقدرات بالتحليل العاملي. أسفر التحليل عن ثلاثة عوامل، أعلى تشبعاتها التعليم والتدريب 0.849 ورصد الاستعداد 0.723 والفرز 0.844 والتعافي 0.809 واللوجستيات والمعدات 0.766. هي البنية المولدة محلياً الوحيدة، لكنها لم تبلغ عن معاملات ثبات (Esmaili، 2026؛ Alruwaili، 2023a).

قاست دراسة مقطعية إلكترونية معرفة 512 موظفاً في مستشفى الهيئة الملكية بالجبيل عام 2023 باستبانة من اثنين وعشرين عنصراً، 59.9 في المئة منهم مقدمو رعاية مباشرون. بلغ الوعي بخطة الاستجابة للطوارئ 76.9 في المئة مقابل 56.2 في المئة بمربع كاي 52.165 عند دلالة أقل من 0.001، والفهم الصحيح للكارثة 86.5 مقابل 54.1،

والوعي بمركز قيادة الأزمات 73.4 مقابل 45.2. الفجوات الدالة تبرر توجيه الدراسة الحالية إلى متخذي القرار الإداري (Al-Shammari، 2024).

فحصت دراسة مقطعية متعددة المراكز معرفة العاملين في أقسام الطوارئ واتجاهاتهم وممارساتهم باستبانة ذاتية التعبئة. شملت 410 أطباء وممرضين في اثنين وتسعين مستشفى، 54 في المئة منهم نقل خبرتهم عن خمس سنوات. جاءت المعرفة كافية إجمالاً مع تباين واسع في الممارسات والإلمام بخطة المستشفى، وارتباط دال بين سنوات الممارسة واستجابات الاستعداد (Alhamaid، 2024).

طبقت دراسة وصفية ارتباطية أداة تقييم الاستعداد للكوارث المعدلة من ثمانية وستين عنصراً على 194 ممرضاً في ثلاثة وعشرين مركزاً للرعاية الأولية بمكة المكرمة. بلغ الاستعداد العام 3.84 بانحراف معياري 0.75، وأعلى المجالات الاستعداد الأسري 4.56 ثم البيولوجي والكيميائي 4.32، وأدناها التدريب والمشاركة 2.65. الارتباطات البينية بين المجالات تراوحت بين 0.685 و0.872، ما يستدعي فحص الصدق التمييزي (Althobaiti، 2026).

تناولت دراسة نوعية مقطعية حوكمة الاستجابة السريعة بالمقابلات المعمقة وتحليل الوثائق. تتبعت نشأة فرق الاستجابة السريعة إلى برنامج وبائيات الميدان عام 1989، وبينت أن التطبيق الجوهرى بدأ بعد تفشي متلازمة الشرق الأوسط التنفسية عام 2014. تصدر نقص الكوادر المدربة والموارد المعوقات، مردوداً إلى غموض الحوكمة وانعدام البيانات الآتية وضعف التعاون بين الجهات (Adawi، 2026).

استخدمت دراسة نوعية المعاينة القصدية والمقابلات شبه المنظمة مع القيادات التنفيذية في تجمع مكة المكرمة الصحي خلال جائحة كوفيد-19. شملت المعوقات صعوبات الفحص المخبري ونقص الموارد والمفاهيم الخاطئة عن التطعيم وإصابات العاملين، مقابل تمكين بالتقنيات الحديثة والاتصال المؤسسي ومرونة القوى العاملة. هي الدراسة المحلية الوحيدة التي قابلت متخذي القرار على مستوى التجمع (Arbaein، 2024).

قيمت دراسة بمنهج مختلط تقاربي أربعة مستشفيات حكومية في مكة المكرمة والمنطقة الشرقية، اثنان مدمجان في تجمعات صحية واثنان خارجها، من 2016 إلى 2024 بثلاث وخمسين مقابلة وبيانات كمية. تفوقت المستشفيات المدمجة في رضا المرضى 87.6 في المئة مقابل 75.0، وتنسيق الرعاية 89.4 مقابل 69.7 عند دلالة أقل من 0.001، والالتزام بالمتابعة 83.6 مقابل 71.2. حدد الانحدار الانضمام إلى التجمع 12.49 ودور الطبيب 19.92 والثقافة الرقمية 4.03 منبئات دالة (Alshehri، 2025).

انصرفت دراسة ميدانية إلى فحص أثر عملية القرار في نتائجه، فنتبعت اثنين وخمسين قراراً استراتيجياً في أربع وعشرين شركة، وقدرت الفاعلية بمحكمين مستقلين. وأظهرت ارتباط الرشد الإجرائي إيجابياً بفاعلية القرار، وارتفاع الفاعلية بانخفاض السلوك السياسي، وبقاء الأثرين بعد ضبط البيئة والمضمون. وقدمت التشغيل الإدراكي متعدد العبارات للرشد الإجرائي وفاعلية القرار (Dean، 1996).

واختبرت دراسة مسحية متعددة المخبرين شملت الفرق الإدارية العليا في مئة وسبع عشرة شركة بريطانية علاقة سرعة القرار بجودته. وبيّنت أن وفرة الموارد لا الدينامية البينية هي الآلية المنظمة لهذه العلاقة. ومعنى ذلك أن دمج السرعة والجودة في بناء واحد يطمس علاقة مشروطة (Shepherd، 2021).

وذهبت دراسة حقلية مختلطة الأساليب على فرق الإدارة العليا في منظمات متوسط حجمها مئة وثمانية وسبعون موظفاً إلى تنظير آلية مشتركة ترفع المخرجين معاً. وحددتا في التكامل السلوكي للفريق بمعنى كثافة التعاون وتبادل

المعلومات والمشاركة في صنع القرار. وأظهر الاختبار رفعه السرعة والجودة معاً، وأن عدم اليقين شرط حدي ترتفع معه الإفادة (Shepherd، 2023).

وحُدِّت مراجعة منهجية في PubMed و PsycINFO اثنتين وثلاثين دراسة تجريبية عن مهنيين مدربين يقررون في ظروف ضاغطة، منها تسع عشرة في القطاع الصحي. واستخلصت خمسة محاور هي استراتيجية القرار وضغط الوقت والإجهاد وعدم اليقين والأخطاء. وأظهرت حضور استراتيجيات التعرف على النمط في كل دراسة، وتواتر التحليلية مع انخفاض ضغط الوقت والتدريب الصريح، مع تباين واسع في القياس (Reale، 2023).

وسعت دراسة إلى تطوير أداة لقياس القيادة في الأزمات، فاشتقت عباراتها من الأدبيات وطبقتها على مديرات تريض من أربعة وثلاثين مستشفى في كوريا الجنوبية بتحليل عاملي استكشافي وتوكيدي. وأسفرت عن أداة من ثماني وعشرين عبارة في خمسة عوامل هي كفاءة إدارة الأزمة واتخاذ القرار والتعاون والاتصال وبناء الثقة. وبلغ مؤشر المطابقة المقارن 0.92 ومؤشر تاكر لويس 0.91 وجذر متوسط مربع خطأ التقريب 0.07 وألفا كرونباخ 0.96 (Kim، 2025).

وتناولت دراسة مختلطة الأساليب عمل نظام قيادة الحوادث (ICS) في مركز طبي أكاديمي كبير بالولايات المتحدة خلال جائحة كوفيد-19، عبر الملاحظة ومراجعة الوثائق والمقابلات ومقياسين كميين. وأظهرت أن بنية قيادة الحوادث وقرت عملية منهجية لتشارك المعلومات وصنع القرار رفعت الاتصال والتنسيق. وارتبط التنسيق العلائقي بالبيقة التنظيمية، غير أن التفعيل الممتد أربك بنية القيادة الاعتيادية (Hajjar، 2024).

وفحصت دراسة حالة مقارنة نوعية استجابات هيئة سلامة الغذاء الهولندية لأربع أزمات بيطرية بين عامي 1997 و2010، عبر مقابلات معمقة ووثائق. وأظهرت أن التعلم التنظيمي محكوم بالسياق السياسي والاقتصادي والفهم الاجتماعي والانفعالي والبنية والثقافة ومرحلة الأزمة والنسيان التنظيمي. ولم تؤدِّ المراجعات البعيدة والقيادة وصناعة المعنى دوراً مركزياً (Broekema، 2017).

وفحصت مراجعة منهجية وفق بروتوكول PRISMA مئة وخمس دراسات عن أدوات نُشرت بين عامي 2000 و2024، فاستوفت إحدى وعشرون معايير الإدراج وحُدِّت تسع أدوات لتقييم الجاهزية. وقُومَ محتواها بمعايير منظمة الصحة العالمية (WHO) وخصائصها السيكمترية بمعايير (COSMIN). فتبين أن ثمانية من التسع تقيس الحيز المادي والمعدات والكوادر فحسب، وأنها تفقر إلى التقييم السيكمترية والتأصيل النظري (Esmaili، 2026).

وتكشف القراءة الجامعة اتفاقاً في أن عملية القرار وبنية الاتصال تفسران مخرجات القرار مستقلة عن مضمونه، وأن عدم اليقين وضغط الوقت شرطان حاكمان. وتعاني أدوات الجاهزية والقيادة نقصاً في التأصيل والتحقق السيكمترية (Dean، 1996؛ Reale، 2023؛ Esmaili، 2026). وتفتقر الدراسات في علاقة السرعة بالجودة، وفي دور المراجعات البعيدة، وفي تقويم بنى القيادة الموحدة (Shepherd، 2021؛ Broekema، 2017؛ Hajjar، 2024).

وتفيد الدراسة الحالية من هذا التراكم نظرياً في تسويغ فصل مخرجات القرار وإدراج الإنذار المبكر والتعلم التنظيمي، وقياسياً في استعارة التشغيل الإدراكي والقلب العاملي، ومنهجياً في تقديم أدلة صدق الأداة المكيفة (Dean، 1996؛ Kim، 2025؛ Esmaili، 2026). ويتحدد تميزها في جعل قدرات إدارة الأزمات مفسرة واتخاذ القرار مخرجاً بثلاثة أبعاد، وفي بيئة التجمعات الصحية السعودية. وتقدم أول أداة عربية محكمة تقيس هذه البنى مجتمعة.

المنطلقات النظرية للدراسة:

تنتقل الدراسة من إطار نظري مركب لا من نظرية واحدة، لأن سؤالها يقع عند تقاطع قدرات إدارة الأزمات وعملية القرار ومخرجاتها. فتشظي الأدبيات عبر مستويات التحليل هو العائق أمام تراكم المعرفة (Bundy، 2017)، ويدعو Williams (2017) إلى نموذج موحد يُعامل فيه قدرات الاستشعار والاستعداد والاستجابة والتكيف خصائص تنظيمية قائمة. ويعالج كل إطار من الأطر الستة حلقة لا يعالجها غيره في السلسلة الممتدة من القدرة التنظيمية إلى مخرج القرار.

1. نموذج مراحل الأزمة وتصنيف المنظمة المهيأة مقابل المعرضة للأزمات

يُميّز الإطار بين المنظمة المعرضة للأزمات والمهيأة لها، ويحلل العمل إلى خمس مراحل هي اكتشاف الإشارات والاستعداد والاحتواء والتعافي والتعلم، فالإخفاق ينشأ من إهمال الاستشعار والتعلم (Pearson، 1993)، ووسّعه تحليل المرونة إلى استباق وتكيف آني وتكيف بنوي (Duchek، 2020). ويقابل اكتشاف الإشارات الإنذار المبكر، والاحتواء الاتصال والتنسيق وصلاحية القرار، والتعافي التعلم التنظيمي، فيما تمتد القيادة عبر المراحل جميعها. والبنية العاملة الوحيدة المولدة سعودياً استخرجت ثلاثة عوامل تصدّرها التعليم والتدريب بتثبع 0.849 دون تبليغ أي معاملات ثبات (Alruwaili، 2023a)، ويتركز القصور في التوسع واللوجستيات والتعافي (Alruwaili، 2023b؛ Esmaili، 2026).

2. نظرية صناعة المعنى التنظيمي

تفسّر النظرية تحول الإشارات الغامضة إلى مشكلة قابلة للحسم عبر الملاحظة والتسمية والتأطير، فبنية الأدوار وتدفق المعلومات يحسمان الأداء تحت الضغط لا الخطة المكتوبة. وتسند ألفة عن قرارات جسورة بمعلومات دنيا (Riddell، 2022)، وقرار تشاركي مرتكز على المعرفة الآنية لدى 74 قائداً في أربعة عشر بلداً (Clari، 2026)، ومحورية المشاركة وإدارة الغموض (Vázquez-Calatayud، 2022)، مقابل محدودية تقارير التقييم المكتوبة في التعلم (Broekema، 2017). وتُترجم قياسياً إلى زمن الانتقال من ملاحظة المشكلة إلى تأطيرها، وسرعة تصعيد الإشارات الضعيفة، وعدد الطبقات بين الميدان والإدارة، والأمان النفسي، ووضوح الرسائل عبر القنوات والورديات (Hung، 2022؛ Hajjar، 2024).

3. نظرية المنظمات عالية الموثوقية والتنظيم اليقظ

تفسّر النظرية انخفاض معدلات الإخفاق بعمليات التنظيم اليقظ، وهي الانشغال بالإخفاق والإحجام عن التبسيط والحساسية للعمليات والالتزام بالصمود والاحتكام إلى الخبرة لا الرتبة. وتتميز بتنشغيلها السلوكي، إذ طوّرت دراسة على 1,685 ممرضة وممرضاً في 125 وحدة مقياس التنظيم الأمان بتسع مفردات أحادية البعد بثبات وصدق تمييزي وارتباط سالب بأخطاء الدواء وسقوط المرضى (Vogus، 2007). وتمنح بنك المفردات الأمتن لبُعد الإنذار المبكر عبر قنوات الإبلاغ عن الحوادث الوشيكة والتدهور المبكر والانتباه للشذوذ. وتزداد الحاجة إليها مع ضعف التمايز بين المقاييس سعودياً، إذ بلغت الارتباطات بين المجالات لدى 194 ممرضاً بمكة المكرمة بين 0.685 و0.872 (Althobaiti، 2026).

4. نظرية اتخاذ القرار الطبيعي ونموذج القرار المبني على التعرف

تقرر النظرية أن الخبير تحت ضغط الوقت يطابق الموقف بنمط مألوف ثم يحاكي ذهنياً مساراً واحداً (Klein، 2008)، وأكدت مراجعة لاثنتين وثلاثين دراسة تجريبية، تسع عشرة منها صحية، ظهور استراتيجيات التعرف في كل

دراسة فحصت الاستراتيجية (Reale، 2023). وتُترجم إلى معاملة السرعة بناءً مستقلاً عن الجودة، إذ إن وفرة البيئة لا ديناميكيته هي الآلية المعدلة (Shepherd، 2021)، وإن التكامل السلوكي يرفع السرعة والجودة معاً (Shepherd، 2023). وإلى إدراج الخبرة والتعرض ضمن المتغيرات السياقية لا القدرات، بدليل ارتباط الاستعداد بالعمر والخبرة والتعليم لدى 272 من العاملين في الإسعاف (Almukhlifi، 2024)، وبسنوات الممارسة لدى 410 من كوادر الطوارئ في 92 مستشفى (Alhamaid، 2024؛ Arbain، 2024).

5. نظرية العقلانية الإجرائية وفاعلية عملية القرار الاستراتيجي

تقرر النظرية أن عملية القرار تُحدث فارقاً في مخرجاته بمعزل عن البيئة والمضمون، وقد أُرسيّت بدراسة لاثنين وخمسين قراراً استراتيجياً في أربع وعشرين شركة انتهت إلى ارتباط العقلانية الإجرائية إيجاباً بالفاعلية والسلوك السياسي سلباً (Dean، 1996)، وخلصت دراسة لـ 170 قراراً في 38 منظمة عامة بقطر إلى أن نجاح التنفيذ يتوسط كلياً مسارات العقلانية والمشاركة (Al-Hashimi، 2022). وتُترجم إلى معمار الجانب التابع، فجودة القرار تُقاس عبر منهجية جمع المعلومات وكفايتها وملاءمة الخيار وشمولية الاعتبارات ودرجة القبول، والفاعلية عبر بلوغ الأهداف ونجاح التنفيذ واستمرارية الخدمات وكفاءة الموارد. ويستوجب نقل التشغيل تكييفاً عبر ثقافي كاملاً (Beaton، 2000) مع تقرير صريح لصدق المحتوى (Polit، 2006؛ Wang، 2022).

6. نظرية جمود التهديد

تقرر النظرية أن الحدث المهّد يُحدث تقييداً لمعالجة المعلومات وانقباضاً للسيطرة بمركزة السلطة والارتداد إلى الاستجابات المتعلمة (Staw، 1981)، وأيدتها أدلة عن تزايد الجمود مع تدهور السمعة في أربع وثلاثين وكالة فيدرالية (Boon، 2023)، وخفض الأداء السلبي إبداعية الحلول (van der Voet، 2022)، وتنبؤ المركزة عقب صدمة الطلب بنمو أبطأ في أكثر من أربعة عشر ألف منشأة أوروبية (Bakonyi، 2019). وتُترجم إلى تثبيت صلاحية القرار وسياقه مكوّنين واجبي القياس، فيُقاس موقع الصلاحية عبر المركزية المدركة وسعة التفويض وزمن الموافقات ووضوح من يقرر ماذا (Foged، 2026)، ويُقاس السياق عبر الغموض وضغط الوقت وحجم التهديد وتوافر الدعم القراري وتاريخ التعرض (Adawi، 2026؛ Kittur، 2025؛ Szukits، 2024).

يفضي هذا التركيب إلى نموذج مفاهيمي بجانب مستقل من ستة أبعاد هي الاستعداد والإنذار المبكر والقيادة والاتصال والتنسيق وصلاحية القرار والتعلم التنظيمي، تُقاس خصائص تنظيمية قائمة كما يدركها صانع القرار. وجانب تابع بثلاثة مخرجات متميزة هي جودة القرار وسرعته وفاعليته، يُعامل كل منها مواصفة قائمة بذاتها (Shepherd، 2021؛ Shepherd، 2023)، ويتوسطهما حزام من المتغيرات السياقية مصاحبات مشروطة لا قدرات. وبهذا يمتد النموذج من القدرة التنظيمية المدركة إلى أداء القرار في تصميم مقطعي تحليلي وفق معايير التقرير المعتمدة (von Elm، 2008؛ Wang، 2020).

المنهجية وطرق البحث:

1. تصميم البحث

تعتمد الدراسة تصميمًا ملاحظيًا غير تدخلي من نوع الدراسة التحليلية المقطعية (Analytical Cross Sectional Study) بموجة واحدة وباستبانة مقننة ذاتية الإدارة، إذ يمثل المدير وحدة التحليل ويمثل المستشفى وحدة التجميع العنقودي. ويضم التصميم مكونًا سيكومتريًا يجيب عن السؤال الأول عبر التكييف عبر الثقافي وصدق المحتوى والتحليل العاملي والثبات وثبات القياس، ومكونًا ارتباطيًا يجيب عن الأسئلة من الثاني إلى السادس. ويُقاس الجانب

المفسر بوصفه خصائص مؤسسية مستقرة، بينما يُقاس الجانب الناتج بوصفه تقييماً إدراكياً لواقعة قرار محددة داخل نافذة 24 شهراً. ويلتزم التقرير بدليل STROBE ذي البنود الاثنتين والعشرين مع إرفاق قائمة المراجعة (von Elm، 2008) وبمعايير COSMIN. ولأن القياس المتزامن يمنع الترتيب الزمني، تُصاغ النتائج ارتباطياً دون أي عبارة سببية، وتبقى قيود تباين الطريقة المشتركة وتحيز الاستدعاء والخلط المتبقي قائمة (Wang، 2020)، وتُرفق التقديرات بأحجام الأثر وفترات الثقة مع اختبار نموذج بديل معكوس.

2. مجتمع الدراسة والعينة

المجتمع المستهدف شاغلو المناصب الإدارية والقيادية السريرية ذوو صلاحية القرار في مستشفيات المملكة عبر ثلاثة قطاعات وثلاث عشرة منطقة، ويُستبعد الممارسون بلا تعيين إشرافي (Almukhlifi، Alhamaid، 2024)، وتُصنّف المناصب في خمس مجموعات تشمل التنفيذية المؤسسية والسريرية والجودة والمخاطر ورؤساء الأقسام وشاغلي مناصب نظام قيادة الحوادث (ICS). ويشترط الإدراج مستشفى لا تقل سعته عن 20 سريراً وله استقبال طارئ، ومنصباً رسمياً مثبناً، ومضي 6 أشهر فيه و12 شهراً من الخبرة الإدارية، وتعرضاً لحدث أزموي خلال 24 شهراً، والموافقة الإلكترونية المستنيرة. وقد وثق (Alshehri) 2025 أن الانتماء إلى تجمع تتباً بتنسيق الرعاية بمعامل 12.49 وقيمة احتمالية 0.022. ويُعتمد أسلوب معاينة احتمالية طبقية ثنائية المرحلة بتخصيص نسبي، بطبقية صريحة على القطاع بثلاثة مستويات ومجموعة المنطقة بخمسة مستويات، فينتج من ذلك 15 طبقة، بحد أدنى 3 مستشفيات لكل طبقة وسحب 12 مديراً من كل مستشفى. ويُقدّر المجتمع من قاعدة 516 مستشفى بتوزيع 45 و35 و20 بالمئة وبـ 8 و18 و35 منصباً مؤهلاً، فينتج 232 مستشفى صغيراً بـ 1,856 مديراً، و181 متوسطاً بـ 3,258 مديراً، و103 كبيراً بـ 3,605 مديرين، فيبلغ المجموع 8,719 ويُعتمد 8,700، وبمعادلة كوكران عند 1.96 و0.50 و0.05 ينتج 384.16 يُقرب إلى 385، ثم يصير 368 بتصحيح المجتمع المحدود، ثم 552 بعامل تصميم كيش 1.50، فتلزم 920 دعوة عند استجابة 60 بالمئة، ومع تضخيم 10 بالمئة يصبح المستهدف 1,020 دعوة على 120 مستشفى. ويكفي 552 لكل تحليل مخطط، إذ يعطي معيار جرين 258 للنموذج و130 للمني المفرد، ويقع هذا القوام فوق حد التحليل العملي التوكيدي (CFA) البالغ 460، ويسمح بنسفي معايرة وتحقق قوام كل منهما 276، ويبلغ أدنى معامل مسار قابل للكشف 0.106.

3. أساليب جمع البيانات

تُجمع البيانات باستبانة إلكترونية عبر منصة آمنة برابط مررّ فريد، مع نمط ورقي بديل بإدخال مزدوج وفحص عشوائي لعشرة بالمئة، ومدة مستهدفة من 18 إلى 22 دقيقة مع موازنة ترتيب الأقسام في نسختين. ويُستكمل ذلك بقائمة مراجعة وثائق الأزمت بواقع استمارة لكل مستشفى تضم 51 سطرًا في سبعة مجالات ومجالاً ثامناً من 7 حقول استخراج، ويُسجل كل سطر من صفر إلى اثنين فيبلغ الحد الأعلى 102 درجة، ويُعامل غير القابل للتحقق بيئياً مفقوداً لا صفراً (Esmaili، 2026). وتشمل المؤشرات الثانوية الأسرة والإشغال والتفعلات والملاك ونسبة الشواغر وستة بنود لزم الكمون المطلق مبوبة بالساعات (Adawi، 2026)، ويستند بند موقع صلاحية القرار إلى صياغة تقيس البعدين الميدني مقابل البراغماتي والمركزي مقابل المفوض (Foged، 2026). ويمتد البرنامج الميداني 28 أسبوعاً من الموافقات إلى بناء الإطار فالترجمة فصدق المحتوى بـ 12 خبيراً وصدق المظهر بـ 10 مديرين فالاستجواب المعرفي على 30 إلى 40 مستجيباً فالدراسة الاستطلاعية على 100 مدير بإعادة تطبيق على 35 منهم بعد 14 يوماً، ثم سحب 120 مستشفى والعمل الميداني، وإتلاف ملف المفاتيح في الأسبوع 26. وتُعالج مسألة عدم الاستجابة بخمسة إجراءات هي مخطط التدفق، ومقارنة المستجيبين بغيرهم بعتبة فرق معياري 0.10، وتحليل الموجات بعتبة تغير معامل 0.05، ومتابعة بأداة نواة من ستة بنود على 100 من غير المستجيبين بحد تكافؤ 0.3 انحراف معياري،

والترجيح الطبقي البعدي مقارنةً بعامل التخطيط 1.50. وتجرى الدعوة عبر مكتب البحوث خارج خط الإبلاغ بأربع مراسلات في الأيام 7 و14 و25، دون أي حافز فردي.

4. تقنيات تحليل البيانات

تجري التنقية ببروتوكول تسلسلي مسجل: فرز الأهلية، فكشف التكرار، فاستبعاد الحالات التي يفوق نقصها 15 بالمئة من البنود الجوهرية أو 20 بالمئة من أي مقياس فرعي، فكشف التهاون بأربعة مؤشرات تُستبعد الحالة عند إخفاقها في اثنين منها، وفحص التطرف بالقيمة المعيارية فوق 3.29 ومسافة ماهاالانوبيس دون 0.001 ومسافة كوك فوق واحد دون حذف تلقائي. وتُعالج البيانات المفقودة باختبار ليلتل، فالحذف القائي عند فقد عشوائي كامل دون 5 بالمئة، وإلا فالتعويض المتعدد بالمعادلات المتسلسلة بـ 20 تكراراً وقواعد روبين، والأرجحية القصوى بالمعلومات الكاملة في النمذجة. والعبارات معلنة سلفاً: التواء 2 وتفلطح 7، ومعامل تضخم تباين دون 3.3، وارتباط ثنائي 0.85، ودرين واتسون من 1.5 إلى 2.5، وانحدار بإعادة عينة 5,000 مرة عند التجاوز. وتربط خريطة التحليل كل سؤال بأسلوبه، فيُجاب عن الأول بصدق المحتوى والتحليل العاملي والثبات وثبات القياس، وعن الثاني باختبار t لعينة واحدة مقابل 3.00 مع فريدمان ومقارنات ويلكوكسون على 15 زوجاً بتعديل بونفروني عند 0.0033، وعن الثالث بارتباطات النواتج الثلاثة مصححةً من خطأ القياس (Shepherd، 2021). ويُجاب عن الرابع بمصفوفة 6 في 3 بفترات ثقة تصحيحية معجلة من 5,000 إعادة عينة وتعديل بنجاميني هوكبيرغ عند 0.05، وعن الخامس بثلاثة انحدارات هرمية كتلتها 15 عموداً ضابطاً ثم 5 متغيرات سياق ثم أبعاد القدرة الستة مع دلّتا معامل التحديد وتحليل الأوزان النسبية والهيمنة، وعن السادس باختبار t للعينات المستقلة وتحليل التباين الأحادي دون اختبار أي مجموعة فرعية تقل عن 30 مستجيباً. ويُقدّر النموذج البنائي بمقدّر المربعات الصغرى الموزونة قطرياً، فإذا تجاوز عامل التصميم 2 أو الارتباط الداخلي 0.05 فُدر نموذج تقاطع عشوائي ثنائي المستوى (Szukits، 2024).

5. صدق البحث وثباته

يتولد دليل الصدق في تسلسل ثابت من توليد البنود والترجمة وصدق المحتوى والمظهر والاستجواب المعرفي والدراسة الاستطلاعية إلى التحليل الاستكشافي فالتوكيدي فالثبات فثبات القياس، ولا تُورث أي خاصية سيكومترية من أداة سابقة (Esmaili، 2026). ويتبع التكيف الإجراء الخماسي: ترجمتان أماميتان، فتوليف بمحضر، فترجمتان عكسيتان معمّيتان، فلجنة خبراء تحسم التكافؤ الدلالي والاصطلاحي والخبراتي والمفاهيمي، فاستجواب معرفي على 30 إلى 40 مستجيباً يُعاد فيه إلى اللجنة كل بند يقل عن 80 بالمئة في إعادة إنتاج معناه (Wang، 2022؛ Beaton، 2000). ويُقاس صدق المحتوى بلجنة من 12 خبيراً على جولتين بنسبة لاوشي الحرجة 0.667 عتبة تشغيلية، فبقي البنود عند 0.667 فأعلى وتُنقح ما بين 0.500 و0.666 وتُحذف ما دون 0.500، ويُقبل مؤشر صدق المحتوى للبند عند 0.78 وللمقياس بالمتوسط عند 0.90 وبالاتفاق الكلي عند 0.80 وكابا المعدّل فوق 0.74 مع التصريح بالطريقة (Polit، 2006). ويجري صدق المظهر مع 10 مديرين بعتبة أثر بند 1.5، ثم تُجرى دراسة استطلاعية على 100 مدير منهم 35 لإعادة التطبيق، بارتباط بند بدرجة كلية 0.30 وألفا 0.70 ومقياس كايذر ماير أولكين 0.60. ويُشترط في التحليل الاستكشافي كايذر ماير أولكين 0.70 إجمالياً و0.50 للبند وتشيع 0.50 وشيوع 0.30 وتشيع متقاطع دون 0.32 وثلاثة بنود للعامل وتفسير 50 بالمئة، ويُقبل في التوكيدي (CFA) مؤشرا المطابقة المقارن وتاكر لويس عند 0.95 و0.90، وجذر متوسط مربع خطأ التقريب عند 0.06 و0.08، وجذر متوسط مربع البواقي المعياري 0.08، ومربع كاي المعياري دون 3.0 (Aldighrir، 2024؛ Kim، 2025). ويُقرّر الثبات بألفا وأوميغا عند 0.70 والثبات المركب من 0.70 إلى دون 0.95 ومتوسط تباين مستخلص 0.50 ونسبة السمات المغايرة دون 0.85، والاستقرار بمعامل ارتباط داخل الصنف 0.70 على 35 مستجيباً بعد 14 يوماً، ويُقبل ثبات القياس حين لا يتجاوز

تغير مؤشر المطابقة المقارن 0.010 وتغير جذر متوسط مربع خطأ التقريب 0.015 (Wu، 2021). ويُعالج تحيز الطريقة المشتركة إجرائيًا بالفصل الإدراكي والسرية والترميز المستعار والموازنة العكسية، وإحصائيًا بعامل الطريقة الكامن غير المقيس بحصة دون 25 بالمئة والمتغير العلامة ومقياس الاستجابة المرغوبة اجتماعيًا (Podsakoff، 2024).

6. الاعتبارات الأخلاقية

تخضع الدراسة لثلاث طبقات حاكمية: إعلان هلسنكي بصيغته المنقحة في أكتوبر 2024، ونظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية ولائحته التنفيذية تحت إشراف اللجنة الوطنية للأخلاقيات الحيوية، وضوابط الإدارة العامة للبحوث والدراسات بوزارة الصحة. ويبدأ مسار الموافقات بالقسم واللجنة العلمية ثم لجنة أخلاقيات البحث بالجامعة، وتُصنّف الدراسة ضمن الحد الأدنى من المخاطر بمراجعة معجلة متوسطها نحو 7 أيام مقابل 20.5 يومًا للمراجعة الكاملة، ثم تُطلب تصاريح جمع البيانات من كل جهة، ويُطبع رقم الموافقة وتاريخها في فصل المنهجية. وتُؤخذ الموافقة إلكترونيًا بالعربية والإنجليزية بعقب زمني نحو 20 دقيقة، بموافقة إيجابية بفعل صريح وإلا أنهيت الاستبانة دون تخزين، مع إعفاء من التوقيع الموثق لأن صحيفة التوقيع تشكل سجلاً رابطًا يزيد الخطر (Ozmen، 2022؛ Clari، 2026). وتُبنى السرية على تصميم مستعار الهوية مصرّح به: لا تُجمع معرفات مباشرة، وتُعطل تسجيلات عنوان بروتوكول الإنترنت، ويُحفظ ملف مفاتيح الرموز مشفرًا منفصلًا ثم يُتلف في الأسبوع 26 فيستحيل السحب بعده. ولا يُسمى أي مستشفى أو فرد في أي مخرج، وتُكتب الخلايا التي يقل عدد مستجيبها عن خمسة. وتُحفظ البيانات داخل المملكة التزامًا بنظام حماية البيانات الشخصية مشفرة بمعيار AES 256 وأثناء النقل ببروتوكول TLS، ويُحتفظ بها خمس سنوات ثم تُتلف بالمحو التشفيري، ويُبلغ عن أي خرق خلال 72 ساعة. وتُتخذ ضمانات ضد الإكراه بالدعوة عبر مكتب البحوث وثلاثة تذكيرات محايدة ودون أي حافز، ويُفصّل عن تضارب المصالح في كل نشر، ويتبع ترتيب التأليف معايير اللجنة الدولية لمحرري المجلات الطبية، وتلتزم الدراسة بنشر الأداة العربية في ملحق مفتوح وبتقرير معياري مجهّل لكل منشأة (Alruwaili، 2023a؛ Arbaein، 2024).

أدوات الدراسة:

يقوم اختيار الأدوات على منطق مزدوج: اقتباس مقاييس منشورة موثقة سيكومترية، وتوليد مقنن حيث تغيب أداة صالحة. فثماني من تسع أدوات لاستعداد المستشفيات تقتصر على الحيز المادي بلا تقييم سيكومتري (Esmaili، 2026)، والبنية العاملية السعودية الوحيدة بلا معاملات ثبات (Alruwaili، 2023a)، وأدبيات القيادة في الأزمات بلا مقياس إجماعي (Wu، 2021).

1. الاستبانة الرئيسية المقننة

استبانة MCCDQ-SA ذاتية التعبئة في ستة أقسام، ومجموع مفرداتها 175: 155 عبارة إدراكية بواقع 96 للقدرات و45 للنواتج و14 للسياق، مع 9 عبارات كمية و11 حقلًا ديموغرافيًا، ويحتفظ النموذج المقفل بما بين 95 و115 عبارة بزمّن وسيط بين 18 و22 دقيقة. وتتنوع عبارات القدرات الست والتسعون على: الاستعداد 16 (Alruwaili، 2023b)؛ والإنذار المبكر 15 مسندة إلى مقياس التنظيم الآمن بألفا 0.88 على 1,685 ممرضة (Vogus، 2007)؛ والقيادة 18 مسندة إلى أداة بألفا 0.96 على 443 مديرة تمرّض (Kim، 2025)؛ والاتصال 15؛ والتنسيق وصلاحيّة القرار 17 بثبات مركب 0.84 وتباين مستخلص 0.57 (Al-Hashimi، 2022)؛ والتعلم التنظيمي 15 (Broekema، 2017). وتقاس مخرجات القرار بخمس وأربعين عبارة، خمس عشرة لكل مخرج، مرتبطة بواقعة

قرار ضمن أربعة وعشرين شهرًا، وجودتها مشتقة من العقلانية الإجرائية (Dean، 1996). ويبيّن Shepherd (2021) أن السرعة لا ترتبط بالجودة انتظامًا، فتقاس بناءً منفصلاً بخمس مراحل (Shepherd، 2023)، على تدريج خماسي مع فصل كتل المتنبئات والمخرجات (Podsakoff، 2024).

2. قائمة مراجعة تحليل الوثائق التنظيمية للآزمات

قائمة OCDRC-SA يعيها الباحث لكل مستشفى، وتضم 51 سطرًا وسبعة حقول استخلاص في ثمانية مجالات: الحوكمة 10، والقيادة والتنسيق 8، والإنذار المبكر 6، والقدرة الاستيعابية 8، والتمارين 6، والمراجعة البعدية 8، والاتصال 5. ويسجل كل سطر من صفر إلى اثنين فيكون الحد 102، مع ترميز تعذر التحقق مفقودًا لا صفرًا. وتؤدي تنليًا على مستوى المنشأة خارج تحيز المصدر الواحد (Esmaili، 2026)، ويقنن ثباتها باستخلاص مزدوج لعشرين بالمئة من المستشفيات باشتراط كابا 0.70 و 0.75 ICC.

3. ورقة جمع المؤشرات الإدارية الثانوية

سبعة حقول: الأسرة المرخصة والتشغيلية، والإشغال، ومراجعات الطوارئ، والتفعلات، وتحويل الخدمة، والشواغر، وتاريخ آخر مسح اعتمادي، ودمجت في الأداة الوثائقية تفاديًا لآزدواج الجمع. وتخدم معايرة زمن الاعتماد اتساقًا مع تقصير أدوات الإسناد زمن القرار دون إضرار بجودته (Kittur، 2025)، وضبط فروق التجمعات بمعامل انحدار 12.49 عند دلالة 0.022 (Alshehri، 2025).

4. إجراء الترجمة والعكسية

ترجمتان أماميتان مستقلتان، فتوليفهما بتقرير موثق، فترجمتان عكسيتان بمرجمين معميين، فلجنة خبراء تحسم التكافؤ الدلالي والاصطلاحي والخبراتي والمفهومي، فاختبار على ثلاثين إلى أربعين مستجيبيًا (Beaton، 2000). ويستند ذلك إلى تكييف أداة DPET بحل خماسي فسر 64.06 بالمئة من التباين وثبات 0.97 (Wang، 2022)، وتبقى نسخة إنجليزية موازية ويختبر ثبات القياس عبر اللغتين قبل تفسير أي فرق يعزى إلى الجنسية.

5. أداة تحكيم الخبراء وحساب مؤشرات صدق المحتوى

اثنا عشر خبيرًا مناصفة بين الأكاديميين والممارسين على جولتين، اقتداء بإجراء بلغ فيه مؤشر صدق المحتوى 0.96 ثم 0.97 (Kim، 2025). ويحسب CVR بعتبة 0.667، فتراجع العبارة بين 0.500 و 0.666 وتحذف دون 0.500. ويقدر I-CVI على ثلاثة تدريجات رباعية بعتبة 0.78، ومراجعة بين 0.70 و 0.77، وحذف دون 0.70، وعلى مستوى المقياس بالمتوسط بعتبة 0.90 وبالاتفاق الشامل بعتبة 0.80 مع التصريح بطريقة الحساب (Polit، 2006)، وكابا المعدل بشرط 0.74. وتليه لجنة صدق ظاهري من عشرة مديرين بعتبة أثر 1.5.

6. الدراسة الاستطلاعية

تطبق على مئة مدير من منشآت غير مسحوبة في العينة الرئيسية ويستبعدون منها منعًا لتلوث الألفة، وتتيح عينة إعادة تطبيق قوامها خمسة وثلاثون بعد أربعة عشر يومًا، وتطبق القائمة الوثائقية في ستة مستشفيات باستخلاص مزدوج. ويحسب أثرا الأرضية والسقف بحد خمسة عشر بالمئة، والفقد بحد خمسة بالمئة، وبلا أعرف بحد عشرين بالمئة، والارتباط المصحح بعتبة 0.30، والارتباطات البينية فوق 0.80 مرشحة للحذف. ويحسب ألفا بعتبة 0.70 وأوميغا معه، وتحليل عاملي استكشافي بشرط KMO 0.60 مع التحليل الموازي، وثبات الإعادة بـ ICC بعتبة 0.70. وتحذف العبارة إذا أخفقت في معيارين، ثم يقلل النموذج قبل الميدان لأن التعديل أثناء الجمع يبطل الدليل السيكمي.

حدود الدراسة:

الحدود البشرية

يقتصر المجتمع على شاغلي المناصب الإدارية والقيادية السريرية ذوي الصلاحية على الموارد أو الاستجابة للأزمات، ويُستبعد الممرضون والأطباء المقيمون والفنيون وممارسو الإسعاف غير الإشرافيين، وهي فئات هيمنت على الأدلة السعودية السابقة (Alhamaid، 2024؛ Almukhlifi، 2024). ويرجع ضغط الوقت ميل العينة نحو الإدارة الوسطى مع انتقاء ذاتي يرفع التقديرات (Ali Dinar، 2026)، ويتعذر حساب الارتباط داخل الصنف في المنشآت ذات المستجيبين الأقل من ثلاثة. وتُخفف القيود بترجيح عدم الاستجابة، وعينة طبقية من اثني عشر مدعواً لكل مستشفى، وأداة من ستة بنود لمئة غير مستجيب، وبروتوكول التكيف الثقافي (Beaton، 2000).

الحدود الزمنية

تُجمع البيانات في موجة واحدة ضمن برنامج ميداني مدته ثمانية وعشرون أسبوعاً، فيدخل التعرض الموسمي بحكم مواسم الحج والعمرة والأمراض التنفسية. ويقع الجمع داخل مرحلة انتقالية إذ ما يزال نموذج التجمعات الصحية العشرين المطلق في يناير 2024 في طور النضج، وقد أظهر (Alshehri) 2025 فروقاً دالة بين المستشفيات المنضوية وغير المنضوية، ووثق (Atighechian) 2024 انصراف الاهتمام عن الأبعاد التنظيمية بعد 2020. وتربط المخرجات بواقعة قرار ضمن نافذة أربعة وعشرين شهراً بينما تُقاس القدرات حالة راهنة. وتُخفف بتسجيل تاريخ الإرسال متغيراً مصاحباً، وتحليل الموجات، والتقسيم العشوائي للتحليل الاستكشافي والتوكيدي.

الحدود المكانية

تتخصر الدراسة داخل السعودية وفي المستشفيات المرخصة ذات العشرين سريراً فأكثر مع قدرة استقبال طارئ، فتخرج الرعاية الأولية وطويلة الأمد وخدمات ما قبل المستشفى، ولا يُدعى تعميم على منظومات الخليج (Althobaiti، 2026؛ Alruwaili، 2023b). ويتوقف الوصول على موافقة كل جهة، فقد تنشأ ثغرات في المستشفيات العسكرية والجامعية. والتجمعات العشرون دون عتبة تقدير الأثر العشوائي، فيدخل التجمع عاملاً ثابتاً ضمن تجميع إقليمي خماسي (Arbaein، 2024؛ Adawi، 2026). وتشمل المعالجات قائمة احتياطية من أربعين منشأة، ومعاينة زائدة بمعامل 1.3 لمكة المكرمة والمدينة المنورة، وأوزان التصميم مع نشر النتائج المرجحة وغير المرجحة.

الحدود الموضوعية والمنهجية

التصميم المقطعي يقيس القدرات والمخرجات في اللحظة نفسها فلا يتيح ترتيباً زمنياً ولا استدلالاً سببياً (Wang، 2020). وطرفا النموذج إدراكيان، فتُقاس القدرة المدركة لا المدققة (Reale، 2023)، مع تحيز الطريقة المشتركة (Podsakoff، 2024) وتحيز الاستدعاء (Broekema، 2017) وأثر السقف في بعد الاستعداد (Alruwaili، 2023b)، وغياب مرجع عربي خارجي للصدق المحكي (Esmaili، 2026؛ Wu، 2021). وتشمل المعالجات لغة ارتباطية، وبيان حساسية للمخلط غير المقيس، والالتزام ببيان الدراسات الرصدية (von Elm، 2008)، والفصل المكاني والنفسي، وعامل الطريقة الكامن، ونمذجة متعددة المستويات، والإبلاغ عن نسب السمات المغايرة لمواجهة ارتباطات بلغت 0.872 (Althobaiti، 2026).

قابلية التعميم مشروطة ومقتصرة على صانعي القرار الإداريين في المستشفيات المستوفية للإدراج، ولا تُقرأ أي علاقة مقدرة أثراً سببياً، ما يستدعي بحوثاً طويلة ومتعددة المصادر (Dean، 1996؛ Shepherd، 2021).

المراجع:

- Adawi, A., Tabche, C., Alahmari, A., Alanazi, S., Alfallaj, L., Aljumah, M., Alkahtani, H., Atwan, Z., Shami, S., Sulaimani, G., Banjar, A., Rawaf, S., & Alkhorisi, A. (2026). Establishment of rapid response teams for emergencies in the Kingdom of Saudi Arabia: Cross-sectional qualitative study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 20, e83. <https://doi.org/10.1017/dmp.2026.10354>
- Al-Dabbagh, Z. S. (2020). The role of decision-maker in crisis management: A qualitative study using grounded theory (COVID-19 pandemic crisis as a model). *Journal of Public Affairs*, 20(4), e2186. <https://doi.org/10.1002/pa.2186>
- Al-Hashimi, K., Weerakkody, V., Elbanna, S., & Schwarz, G. (2022). Strategic decision making and implementation in public organizations in the Gulf Cooperation Council: The role of procedural rationality. *Public Administration Review*, 82(5), 905-919. <https://doi.org/10.1111/puar.13447>
- Al-Shammari, S., Al-Wathinani, A. M., Abahussain, M. A., Albaqami, N. A., Alhallaf, M. A., Farhat, H., & Goniewicz, K. (2024). Integrating inter-professional insights for enhanced disaster response: A cross-sectional analysis in Jubail's Royal Commission Hospital, Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 1745-1756. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S458606>
- Alabdali, A., Almakhalas, K., Alhusain, F., Albaiz, S., Almutairi, K., & Algerian, N. (2020). The Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak at King Abdul-Aziz Medical City-Riyadh from emergency medical services perspective. *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(4), 457-461. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000709>
- Aldighrir, W. M. (2024). Crisis management in Saudi Arabian universities: Evaluating plans, challenges and obstacles through a cross-sectional study. *European Journal of Education*, 59(4), Article e12767. <https://doi.org/10.1111/ejed.12767>
- Alhamaid, Y. A., Aljawi, H., Alsughayyir, G., Alshammari, M. H., Albatshan, R. S., Alabbad, F. E., Aljohani, R. M., Almahfoodh, N. H., Alotaibi, A., & Almulhim, N. A. (2024). The knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff to preparedness of disaster and emergency in Saudi Arabia: Multicenter cross-sectional study. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 28(11), 1023-1027. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24823>
- Ali Dinar, H. H., Othman, O. A. F., Mzahir, B., Antee, S. S., Ghabban, R., AlHarbi, L. S., Alotaibi, B. F., Alkahes, M. O., Alanazi, B. J., Alasiri, N. M., Alanazi, F. S., & Hubloue, I. (2026). Bridging perceptions and practice: HEOCs leaders insights on the SHEPA tool for hospital preparedness in Saudi Arabia. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 20, e127. <https://doi.org/10.1017/dmp.2026.10396>
- Almukhlifi, Y., Crowfoot, G., Wilson, A., & Hutton, A. (2024). Disaster knowledge, skills, and preparedness among emergency medical services in Saudi Arabia. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 18, Article e233. <https://doi.org/10.1017/dmp.2024.276>
- Alruwaili, A. S., Islam, M. S., & Usher, K. (2023a). Factors influencing hospitals disaster preparedness in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, Article e301. <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.261>
- Alruwaili, A. S., Islam, M. S., & Usher, K. (2023b). Comparison of the level of disaster preparedness between private and government hospitals in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, e335. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.1>

- Alshehri, A. A., & Abduljawad, A. A. (2025). Impact of the Saudi Health Sector Transformation Program (SHSTP): A mixed-methods evaluation of patient-centered care and digital health adoption. *Healthcare*, 13(22), 2968. <https://doi.org/10.3390/healthcare13222968>
- Althobaiti, F. M., & Kabli, M. M. (2026). Factors associated with disaster preparedness among primary healthcare nurses in Makkah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Healthcare*, 14(15), 2297. <https://doi.org/10.3390/healthcare14152297>
- Arbaein, T. J., Alharbi, K. K., Alfahmi, A. A., Alharthi, K. O., Monshi, S. S., Alzahrani, A. M., & Alkabi, S. (2024). Makkah healthcare cluster response, challenges, and interventions during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Infection and Public Health*, 17(6), 975-985. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2024.04.007>
- Atighechian, G., Rahimi, A., Sattari, M., & Mohammadi, M. (2024). Dimensions of hospital resilience emphasized during the COVID-19 pandemic response: A systematic review. *Health Science Reports*, 7(8), Article e2300. <https://doi.org/10.1002/hsr2.2300>
- Bakonyi, Z., & Murakozy, B. (2019). Centralization of strategic decisions during the Great Recession. *Managerial and Decision Economics*, 40(4), 394-413. <https://doi.org/10.1002/mde.3010>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Boon, J., Wynen, J., & Verhoest, K. (2023). Do reputational threats influence the rigidity of US agencies? A dynamic panel data approach. *Public Administration Review*, 83(6), 1798-1812. <https://doi.org/10.1111/puar.13732>
- Broekema, W., van Kleef, D., & Steen, T. (2017). What factors drive organizational learning from crisis? Insights from the Dutch food safety services response to four veterinary crises. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 25(4), 326-340. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12161>
- Bundy, J., Pfarrer, M. D., Short, C. E., & Coombs, W. T. (2017). Crises and crisis management: Integration, interpretation, and research development. *Journal of Management*, 43(6), 1661-1692. <https://doi.org/10.1177/0149206316680030>
- Cacace, M., Böcken, J., Edquist, K., Klenk, T., Martinez-Jimenez, M., Preusker, U., Vrangbaek, K., & Waitzberg, R. (2023). Coping with COVID-19: The role of hospital care structures and capacity expansion in five countries. *Health Economics, Policy and Law*, 18(2), 186-203. <https://doi.org/10.1017/S1744133122000275>
- Clari, M., Conti, A., Berthelsen, C., Bieber, A., Brajshori, N., Henriques, A., Huber, C., Kane, R., Kyranou, M., Lethin, C., Sammut, R., Velonaki, V. S., Vrbnjak, D., Wiisak, J., & Zabalegui, A. (2026). Nursing decision-making for health policies during the COVID-19 pandemic in Europe: The ENVISION study. *BMC Nursing*, 25(1), Article 400. <https://doi.org/10.1186/s12912-026-04565-4>
- de Almeida Marques, P. C. (2026). Crisis leadership and power dynamics in Portuguese hospitals: Organisational learning from COVID-19. *Leadership in Health Services*, 39(3), 416-435. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2025-0183>
- Dean, J. W., & Sharfman, M. P. (1996). Does decision process matter? A study of strategic decision-making effectiveness. *Academy of Management Journal*, 39(2), 368-396. <https://doi.org/10.5465/256784>
- Duchek, S. (2020). Organizational resilience: A capability-based conceptualization. *Business Research*, 13(1), 215-246. <https://doi.org/10.1007/s40685-019-0085-7>
- Esmaili, F., Moradi, A., Saghafi, A., & Heidarlanlu, E. (2026). Investigating hospital preparedness evaluation tools in the face of nuclear and radiation threats: A systematic review. *Disaster*

- Medicine and Public Health Preparedness, 20, Article e17.
<https://doi.org/10.1017/dmp.2025.10287>
- Foged, S. K., & Houlberg, K. (2026). How stakes vary and influence crisis decision-making: Evidence from local government managers during COVID-19. *Social Policy and Administration*, 60(5), 864-876. <https://doi.org/10.1111/spol.70051>
- Fonseca, G. L., Anunciacao, P. F., & Briones Penalver, A. J. (2025). Effective knowledge management and organizational performance: Influence on effective response of hospitals to COVID-19. *Knowledge and Process Management*, 32(2), 67-82. <https://doi.org/10.1002/kpm.1797>
- General Authority for Statistics [GASTAT]. (2024). Healthcare establishments and workforce statistics publication 2024. Kingdom of Saudi Arabia.
[https://www.stats.gov.sa/documents/20117/2435273/Healthcare+Establishments+and+Workforce+Statistics+Publication+2024+EN+\(1\).pdf](https://www.stats.gov.sa/documents/20117/2435273/Healthcare+Establishments+and+Workforce+Statistics+Publication+2024+EN+(1).pdf)
- Global Health Security Index [GHS Index]. (2021). 2021 GHS Index country profile for Saudi Arabia: Advancing collective action and accountability amid global crisis. Nuclear Threat Initiative and Johns Hopkins Center for Health Security. <https://ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/Saudi-Arabia.pdf>
- Goniewicz, K., AlDulijand, N. A., Al-Wathinani, A. M., Abahussain, M. A., Alhallaf, M. A., & Farhat, H. (2024). Sustainable healthcare resilience: Disaster preparedness in Saudi Arabia Eastern Province hospitals. *Sustainability*, 16(1), 198. <https://doi.org/10.3390/su16010198>
- Hajjar, L., Sullivan, E., Maurer, M., & Yang, J. (2024). Lessons for tomorrow: The role of relationships and mindfulness in sustaining services during a crisis. *Health Care Management Review*, 49(3), 176-185. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000403>
- Hung, D. Y., Rundall, T. G., Lee, J., Khandel, N., & Shortell, S. M. (2022). Managing through a pandemic: A daily management system for COVID-19 response and recovery. *Journal of Healthcare Management*, 67(6), 446-457. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-21-00319>
- Kim, S. J., & Nashwan, A. J. (2025). Development and validation of a self-perception tool for measuring nurse managers crisis leadership. *Journal of Nursing Management*, 2025, Article 3754050. <https://doi.org/10.1155/jonm/3754050>
- Kittur, K., Dombrowski, K., Salomon, K., Glover, J., Roy, L., Lund, T., Chiodo, C., Fugate, K., & Patel, A. (2025). Leveraging artificial intelligence to reduce neuroscience ICU length of stay. *Journal of Healthcare Management*, 70(2), 126-136. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-23-00252>
- Klein, G. (2008). Naturalistic decision making. *Human Factors*, 50(3), 456-460.
<https://doi.org/10.1518/001872008X288385>
- Mojzisch, A., Bahr, J., Roswag, M., & Häusser, J. A. (2025). Effects of acute stress on group decision-making: Taking stock and looking ahead. *Gruppe. Interaktion. Organisation*, 56(3), 523-536. <https://doi.org/10.1007/s11612-025-00824-1>
- Mulla, A., Bigham, B. L., Frolic, A., & Christian, M. D. (2020). Canadian emergency medicine and critical care physician perspectives on pandemic triage in COVID-19. *Journal of Emergency Management*, 18(7), 31-35. <https://doi.org/10.5055/jem.2020.0484>
- Ozmen, S., & Arslan Yurumezoglu, H. (2022). Nurse managers challenges and opportunities in the COVID-19 pandemic crisis: A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2609-2619. <https://doi.org/10.1111/jonm.13817>
- Paulus, D., de Vries, G., Janssen, M., & Van de Walle, B. (2022). The influence of cognitive bias on crisis decision-making: Experimental evidence on the comparison of bias effects between crisis decision-maker groups. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 82, 103379. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2022.103379>

- Pearson, C. M., & Mitroff, I. I. (1993). From crisis prone to crisis prepared: A framework for crisis management. *Academy of Management Perspectives*, 7(1), 48-59. <https://doi.org/10.5465/ame.1993.9409142058>
- Podsakoff, P. M., Podsakoff, N. P., Williams, L. J., Huang, C., & Yang, J. (2024). Common method bias: It's bad, it's complex, it's widespread, and it's not easy to fix. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 11(1), 17-61. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-110721-040030>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Reale, C., Salwei, M. E., Militello, L. G., Weinger, M. B., Burden, A., Sushereba, C., Torsher, L. C., Andreae, M. H., Gaba, D. M., McIvor, W. R., Banerjee, A., Slagle, J., & Anders, S. (2023). Decision-making during high-risk events: A systematic literature review. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 17(2), 188-212. <https://doi.org/10.1177/15553434221147415>
- Riddell, K., Bignell, L., Bourne, D., Boyd, L., Crowe, S., Cucanic, S., Flynn, M., Gillan, K., Heinjus, D., Mathieson, J., Nankervis, K., Reed, F., Townsend, L., Twomey, B., Weir-Phyland, J., & Bagot, K. (2022). The context, contribution and consequences of addressing the COVID-19 pandemic: A qualitative exploration of executive nurses perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 78(7), 2214-2231. <https://doi.org/10.1111/jan.15186>
- Saudi Vision 2030. (2024). Health Sector Transformation Program report 2024. Kingdom of Saudi Arabia. <https://www.vision2030.gov.sa/media/h0yb5d03/health-sector-transformation-report-2024.pdf>
- Shepherd, N. G., Mooi, E. A., Elbanna, S., & Rudd, J. M. (2021). Deciding fast: Examining the relationship between strategic decision speed and decision quality across multiple environmental contexts. *European Management Review*, 18(2), 119-140. <https://doi.org/10.1111/emre.12430>
- Shepherd, N., Mooi, E., Elbanna, S., & Lou, B. (2023). Fast and high-quality decision-making: The role of behavioral integration. *European Management Review*, 20(4), 679-697. <https://doi.org/10.1111/emre.12573>
- Staw, B. M., Sandelands, L. E., & Dutton, J. E. (1981). Threat rigidity effects in organizational behavior: A multilevel analysis. *Administrative Science Quarterly*, 26(4), 501-524. <https://doi.org/10.2307/2392337>
- Szukits, A., & Moricz, P. (2024). Towards data-driven decision making: The role of analytical culture and centralization efforts. *Review of Managerial Science*, 18(10), 2849-2887. <https://doi.org/10.1007/s11846-023-00694-1>
- Thirunavukkarasu, A., Alsaidan, A. A., Aldhafeeri, S. T., & Abdel-Salam, D. M. (2025). Evaluation of awareness, attitudes, and practices towards disaster preparedness among Saudi healthcare professionals. *PeerJ*, 13, e20464. <https://doi.org/10.7717/peerj.20464>
- van der Voet, J., & Lems, E. (2022). Decision-makers generation of policy solutions amidst negative performance: Invention or rigidity? *Public Administration Review*, 82(5), 931-945. <https://doi.org/10.1111/puar.13462>
- Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007). The Safety Organizing Scale: Development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical Care*, 45(1), 46-54. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000244635.61178.7a>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gotsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>

- Vázquez-Calatayud, M., Regaira-Martínez, E., Rumeu-Casares, C., Paloma-Mora, B., Esain, A., & Oroviogicoechea, C. (2022). Experiences of frontline nurse managers during the COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 79-89. <https://doi.org/10.1111/jonm.13488>
- Wang, J., Lu, S., Sun, X., Wang, F., Wan, M., Chen, H., & Tan, Y. (2022). Psychometric evaluation of the Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET) on emergency nurses in mainland China: Two cross-sectional studies. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(3), 1083-1090. <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.39>
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: Strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1S), S65-S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- Williams, T. A., Gruber, D. A., Sutcliffe, K. M., Shepherd, D. A., & Zhao, E. Y. (2017). Organizational response to adversity: Fusing crisis management and resilience research streams. *Academy of Management Annals*, 11(2), 733-769. <https://doi.org/10.5465/annals.2015.0134>
- World Health Organization [WHO]. (2017). Joint external evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Saudi Arabia: Mission report, 12-16 March 2017 (WHO/WHE/CPI/2017.25). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-CPI-2017.25>
- Wu, Y. L., Shao, B., Newman, A., & Schwarz, G. (2021). Crisis leadership: A review and future research agenda. *The Leadership Quarterly*, 32(6), Article 101518. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2021.101518>
- Yang, M., Evans, J. M., Singer, S. J., Gutberg, J., Porter, T. H., & Grudniewicz, A. (2024). Crisis leadership behaviors in healthcare: Survey validation and influence on staff outcomes in primary care clinics during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 590. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11061-5>

Midocean University

College of Management

Department / Master in Business Administration

Research Title

Organizational Crisis Management Capabilities and the Quality, Speed and Effectiveness of Managerial Decision Making in Hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia: An Analytical Cross Sectional Study in the Health Cluster Era