

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

تخصص ماجستير إدارة مخاطر

فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث في تعزيز جاهزية التجمعات

الصحية: دراسة حالة على تجمع الرياض الصحي الأول

إعداد الطالب/

حسام صالح العمري

252001061

إشراف/

د. الفيصّل عبد الحميد

د. فايز جرّاد

العام الدراسي

2026 – 1447

السلامة

إِهْدَاء

إلى أولئك الذين جعلوا من رحلة العلم رحلة حياة،

إلى والديّ اللذين لم يتركا يدي في العثرات،

إلى أساتذتي الذين كانوا نبراس الطريق،

إلى أصدقائي الذين منحوني القوة وقت التعب،

إلى نفسي التي لم تستسلم، ولم تتوقف رغم الصعوبات،

إلى كل من كان وجوده حولي دافعاً للاستمرار،

أهدي هذا العمل المتواضع، لا بوصفه نهاية الطريق،

بل بدايةً جديدة نحو غاياتٍ أكبر وأحلامٍ أعمق،

فلكم جميعاً، يا من صنعتم من المستحيل ممكناً، كل الامتنان والتقدير.



شكر وفخر

أحمد الله عز وجل الذي وفقنا في إتمام هذا البحث العلمي،

والذي ألهمني الصحة والعافية والعزيمة.

فالحمد لله حمداً كثيراً

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور /

د. الفیصل عبدالمحمد محمد

د. فايز جراد

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

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

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



المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر خطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها الأربعة (التخطيط الاستباقي، والاستجابة الفورية، والتعافي وإعادة التشغيل، والتدريب والمحاكاة) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة أداةً لجمع البيانات، حيث وُزعت على عينة عشوائية طبقية تناسبية من العاملين في المستويات الإدارية والقيادية ب منشآت التجمع، وبلغ عدد الاستبانات الصالحة للتحليل (286) استبانة. وقد أظهرت النتائج أن مستوى تطبيق خطط إدارة الأزمات والكوارث جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي (3.70)، وأن مستوى جاهزية التجمع جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي (3.68). كما أثبتت نتائج تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لخطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها مجتمعةً على تعزيز الجاهزية، بمعامل تحديد ($R^2 = 0.734$)، وجاء بُعد الاستجابة الفورية الأكثر تأثيراً ($Beta = 0.318$)، يليه التدريب والمحاكاة ($Beta = 0.254$)، ثم التخطيط الاستباقي ($Beta = 0.224$)، وأخيراً التعافي وإعادة التشغيل ($Beta = 0.162$). وأوصت الدراسة بتطوير منظومة متكاملة لإدارة الأزمات، وتعزيز أنظمة الإنذار المبكر، وتوسيع برامج الدعم النفسي للكوادر الصحية، وزيادة وتيرة تمارين المحاكاة الشاملة.

الكلمات المفتاحية: إدارة الأزمات والكوارث، التخطيط الاستباقي، الاستجابة الفورية، التعافي وإعادة التشغيل، التدريب والمحاكاة، الجاهزية المؤسسية، تجمع الرياض الصحي الأول.



قائمة المحتويات

أ.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ب.....	الإهداء
ج.....	الشكر والتقدير
د.....	المستخلص
ه.....	قائمة المحتويات
ح.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.1.....	1.1 المقدمة
2.....	2.1 مشكلة الدراسة
4.....	3.1 أهمية الدراسة
5.....	4.1 أهداف الدراسة
6.....	5.1 تساؤلات الدراسة
7.....	6.1 فرضيات الدراسة
8.....	7.1 الدراسات السابقة
11.....	8.1 التعليق على الدراسات السابقة
12.....	9.1 المنطلقات النظرية للدراسة
15.....	10.1 المنهجية وطرق البحث
18.....	11.1 أدوات الدراسة
20.....	12.1 حدود الدراسة
21.....	الفصل الثاني: الإطار النظري
21.....	المبحث الأول: خطط إدارة الأزمات والكوارث
21.....	1.1.2 تمهيد
21.....	2.1.2 مفهوم إدارة الأزمات والكوارث



23.....	3.1.2 أهمية خطط إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي.....
26.....	4.1.2 أهداف خطط إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي.....
27.....	5.1.2 أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث.....
33.....	6.1.2 استراتيجيات إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي.....
36.....	المبحث الثاني: الجاهزية المؤسسية لتجمع الرياض الصحي الأول.....
36.....	1.2.2 تمهيد.....
36.....	2.2.2 مفهوم الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي.....
38.....	3.2.2 أهمية الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي.....
40.....	4.2.2 أهداف تعزيز الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي.....
42.....	5.2.2 تجمع الرياض الصحي الأول — النشأة والخصائص والسياق المؤسسي.....
43.....	6.2.2 أبعاد الجاهزية المؤسسية ومؤشرات قياسها.....
46.....	7.2.2 استراتيجيات تعزيز الجاهزية المؤسسية.....
48.....	الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
48.....	1.3 تمهيد.....
48.....	2.3 منهج الدراسة.....
49.....	3.3 مجتمع الدراسة وعينتها.....
50.....	4.3 أداة الدراسة.....
52.....	5.3 صدق أداة الدراسة.....
53.....	6.3 ثبات أداة الدراسة.....
54.....	7.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة.....
55.....	8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....
57.....	الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات.....
57.....	1.4 تمهيد.....
57.....	2.4 تحليل الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.....
60.....	3.4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.....



67.....	4.4 التحقق من فرضيات الدراسة
75.....	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
75.....	1.5 نتائج الدراسة
80.....	2.5 التوصيات
82.....	3.5 الدراسات المستقبلية المقترحة
83.....	Abstract
84.....	المراجع
84.....	المراجع العربية:
86.....	ثانيا: المراجع الأجنبية
90.....	الملاحق
91.....	استمارة استبيان



قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
50	جدول (1) توزيع الاستبانات	1.
50	الجدول (2) المتغير المستقل — خطط إدارة الأزمات والكوارث	2.
51	الجدول (3) المتغير التابع — جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول	3.
51	جدول (4) ملخص هيكل أداة الدراسة:	4.
52	جدول (5): معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والدرجة الكلية للمتغير المستقل	5.
53	جدول (6): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد الدراسة ومتغيراتها	6.
54	جدول (7): مصفوفة ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة	7.
57	جدول رقم (8): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	8.
58	جدول رقم (9): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	9.
58	جدول رقم (10): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة	10.
59	جدول رقم (11): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الوظيفي	11.
59	جدول رقم (12): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المنشأة الصحية	12.



رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
60	جدول رقم (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التخطيط الاستباقي	13.
62	جدول رقم (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الاستجابة الفورية	14.
63	جدول رقم (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التعافي وإعادة التشغيل	15.
64	جدول رقم (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التدريب والمحاكاة	16.
65	جدول رقم (17): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المتغير التابع	17.
67	جدول رقم (18): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث على تعزيز جاهزية التجمع	18.
69	جدول رقم (19): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التخطيط الاستباقي على تعزيز جاهزية التجمع	19.
70	جدول رقم (20): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر الاستجابة الفورية على تعزيز جاهزية التجمع	20.
71	جدول رقم (21): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التعافي وإعادة التشغيل على تعزيز جاهزية التجمع	21.
72	جدول رقم (22): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التدريب والمحاكاة على تعزيز جاهزية التجمع	22.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

تعتبر إدارة الأزمات والكوارث أحد المرتكزات الجوهرية لضمان استمرارية العمل وجودة الخدمات في المؤسسات الصحية، لاسيما في ظل ما يشهده العالم من تزايد في حجم وتعقيد المخاطر الطبيعية والبشرية والصحية. وقد أبرزت جائحة فيروس كورونا المستجد (COVID-19) على سبيل المثال الأهمية البالغة لوجود خطط فاعلة وشاملة لإدارة الأزمات في القطاع الصحي، لما لذلك من أثر مباشر على حماية الأرواح، وضمان استمرارية تقديم الخدمات، والمحافظة على استقرار النظام الصحي. وفي هذا الإطار، أصبحت إدارة الأزمات والكوارث مكوناً استراتيجياً في خطط وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية، وبالأخص في إطار التحول الصحي الذي تقوده المملكة نحو تحقيق رؤية السعودية 2030، والتي تسعى إلى بناء نظام صحي مرن وقادر على التكيف مع المتغيرات والتهديدات المحتملة (Mizrak، 2024).

إن التجمعات الصحية، باعتبارها نموذجاً إدارياً وتنظيمياً جديداً ضمن برنامج التحول الصحي، تمثل وحدة تكاملية تهدف إلى رفع كفاءة الخدمات وتحقيق الاستدامة التشغيلية عبر منظومة مترابطة من المرافق الصحية. ومن هذا المنطلق، تبرز أهمية جاهزية هذه التجمعات في مواجهة الأزمات والكوارث الصحية، سواء كانت داخلية كتعطل الأنظمة الحيوية أو أزمات البنية التحتية، أو خارجية مثل الأوبئة والحوادث الكبرى والكوارث الطبيعية. وتتطلب هذه الجاهزية وجود خطط استراتيجية متكاملة لإدارة الأزمات تتسم بالمرونة، وسرعة الاستجابة، ودقة التنسيق بين مختلف الجهات ذات العلاقة، إضافة إلى وضوح أدوار العاملين وآليات التواصل واتخاذ القرار في ظروف الطوارئ (Kruk، 2018).

ويعد تجمع الرياض الصحي الأول أحد النماذج البارزة في تطبيق مفهوم التجمعات الصحية في المملكة، إذ يضم عدداً من المنشآت الطبية والمراكز المتخصصة التي تخدم نطاقاً جغرافياً واسعاً، ما يجعله بيئة مثالية لدراسة مدى فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث في سياقها العملي. وتمثل دراسة هذا التجمع

نموذجًا تطبيقيًا يمكن من خلاله الوقوف على نقاط القوة والتحديات في تنفيذ تلك الخطط، واستكشاف مدى توافقها مع المعايير الوطنية والدولية في مجال الاستجابة للطوارئ الصحية (Alomari، 2021).

وتكمن أهمية هذه الدراسة في سعيها إلى تحليل مدى فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث في تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول، من حيث القدرة على الاستجابة السريعة، واستدامة الخدمات، وضمان سلامة المرضى والعاملين، والحد من الخسائر البشرية والمادية. كما تسعى الدراسة إلى التعرف على درجة الوعي التنظيمي والميداني لدى الكوادر الصحية، ومدى كفاءة قنوات الاتصال والتنسيق بين الإدارات المختلفة أثناء الأزمات، بالإضافة إلى تقييم مستوى التدريب والتأهيل للعاملين في التعامل مع المواقف الطارئة (Mani، 2024).

تأتي هذه الدراسة لتسد فجوة بحثية تتعلق بنقص الدراسات التطبيقية التي تتناول فاعلية خطط إدارة الأزمات في التجمعات الصحية السعودية، من خلال دراسة حالة تجمع الرياض الصحي الأول كنموذج يعكس مدى نضج واستعداد التجمعات الأخرى في المملكة. كما تسهم نتائجها في دعم صانعي القرار في وزارة الصحة والتجمعات الصحية الأخرى لتطوير سياسات أكثر كفاءة وواقعية في مجال الاستعداد للطوارئ والكوارث، بما ينسجم مع متطلبات الأمن الصحي الوطني ويعزز من قدرة النظام الصحي على الصمود في وجه الأزمات المستقبلية.

2.1 مشكلة الدراسة

تعتبر إدارة الأزمات والكوارث من الركائز الأساسية لضمان استمرارية العمل في المنشآت الصحية وتحقيق الأمن الصحي الوطني. وعلى الرغم من الجهود الكبيرة التي تبذلها وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية لتطوير خطط الطوارئ ضمن إطار التحول الصحي، إلا أن تطبيق هذه الخطط في بيئة التجمعات الصحية ما زال يواجه العديد من التحديات التنظيمية والعملية. وتتمثل المشكلة الرئيسة في وجود فجوة واضحة بين تخطيط خطط إدارة الأزمات والكوارث على المستوى النظري وبين فاعلية تطبيقها وتنفيذها الميداني داخل التجمعات الصحية، مما يؤثر على مستوى جاهزيتها واستجابتها عند وقوع الأزمات.

وفي هذا السياق، يبرز تجمع الرياض الصحي الأول كنموذج تطبيقي يستدعي الدراسة والتحليل لمعرفة مدى كفاءة وفعالية الخطط المطبقة في تعزيز الجاهزية والاستجابة الفعالة عند مواجهة الأزمات والكوارث الصحية (Mani Z., 2024).

تؤدي هذه المشكلة الرئيسة إلى مجموعة من التحديات والمشكلات المترتبة، يمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

1. ضعف التنسيق المؤسسي بين الإدارات المختلفة داخل التجمع الصحي، مما يؤدي إلى تضارب الأدوار وتأخر الاستجابة عند حدوث الأزمات.
2. نقص جاهزية الكوادر البشرية من حيث التدريب والتأهيل على تطبيق خطط إدارة الأزمات وفقاً للمعايير الوطنية والدولية.
3. غياب آليات تقييم الأداء بعد الأزمات (Post-Crisis Evaluation)، مما يحد من إمكانية تطوير الخطط بناءً على الخبرات المكتسبة.
4. قصور في قنوات الاتصال والتواصل الداخلي أثناء الأزمات، ما يؤدي إلى ضعف في نقل المعلومات وتباطؤ في اتخاذ القرار.
5. عدم وضوح الأدوار والمسؤوليات أثناء تنفيذ الخطط الميدانية، مما يسبب ارتباكاً إدارياً وفنياً في لحظات الطوارئ الحرجة.
6. تفاوت في مستوى الجاهزية بين المنشآت التابعة للتجمع الواحد، نتيجة لاختلاف الإمكانيات والخبرات التنظيمية.
7. ضعف التكامل مع الجهات الداعمة الخارجية مثل الدفاع المدني والهلال الأحمر، مما يقلل من فعالية الاستجابة الشاملة على مستوى المدينة أو المنطقة.
8. احتمالية تعطل بعض الخدمات الصحية الحيوية أثناء الكوارث بسبب ضعف البنية التحتية أو محدودية الموارد اللوجستية.
9. نقص نظم المتابعة والرصد المبكر للمخاطر المحتملة، مما يجعل بعض الأزمات مفاجئة وغير متوقعة من قبل إدارات الطوارئ (Kanaan, 2025).

بناء على ما تقدم من عرض لمشكلة الدراسة والمشكلات المترتبة عليها، يمكن صياغة السؤال الرئيس للدراسة على النحو الآتي: ما مدى فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث في تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول للاستجابة الفاعلة والمستدامة للأزمات والكوارث الصحية؟

3.1 أهمية الدراسة

أولاً: الأهمية العلمية

تنبع الأهمية العلمية لهذه الدراسة من كونها تسهم في إثراء الأدبيات البحثية المتعلقة بمجال إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي، وهو مجال لا يزال بحاجة إلى مزيد من الدراسات التحليلية التطبيقية، خصوصاً في السياق المحلي للمملكة العربية السعودية. فعلى الرغم من تعدد الأطر النظرية والنماذج العالمية التي تناولت إدارة الأزمات في القطاعات المختلفة، إلا أن الدراسات التي تناولت فاعلية خطط إدارة الأزمات في التجمعات الصحية السعودية بشكل منهجي ومقارن ما زالت محدودة، لا سيما بعد تطبيق نموذج التجمعات الصحية في إطار التحول الوطني. ومن هنا تأتي القيمة العلمية لهذه الدراسة في كونها تقدم تحليلاً معمقاً لمدى فاعلية الخطط الحالية، وتختبر مدى توافقها مع المعايير الدولية والممارسات المثلى في مجال إدارة الطوارئ الصحية. كما تسهم الدراسة في بناء قاعدة معرفية علمية يمكن الاستناد إليها لتطوير مؤشرات قياس الجاهزية الصحية في مواجهة الكوارث، وإثراء الأدبيات الأكاديمية المحلية في مجالات التخطيط الاستراتيجي، وإدارة المخاطر، واستمرارية الأعمال في القطاع الصحي. إضافة إلى ذلك، تسعى الدراسة إلى الربط بين البعد النظري لإدارة الأزمات والبعد التطبيقي في بيئة العمل الواقعية، من خلال دراسة حالة تجمع الرياض الصحي الأول، وهو ما يعزز القيمة البحثية من حيث تحويل المفاهيم النظرية إلى تطبيقات عملية قابلة للقياس والتقييم. كما توفر الدراسة إطاراً علمياً يساعد الباحثين والمهتمين على استكشاف العلاقة بين جودة الخطط ومستوى الجاهزية المؤسسية، مما يسهم في بناء نماذج بحثية مستقبلية تستند إلى بيانات واقعية وتجارب وطنية (Jaziri, 2021).

ثانيًا: الأهمية العملية

أما على الصعيد العملي، فتكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة لكونها تمس جانبًا حيويًا من جوانب أمن واستقرار النظام الصحي الوطني، إذ إن فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث تعدّ أحد المحددات الرئيسة لقدرة المنشآت الصحية على الاستمرار في تقديم الخدمات في أصعب الظروف. ومن خلال تقييم واقع الخطط المطبقة في تجمع الرياض الصحي الأول، يمكن للدراسة أن تقدم رؤى عملية وتوصيات تنفيذية تساعد القيادات الصحية وصنّاع القرار في وزارة الصحة والتجمعات الأخرى على تحسين مستوى الجاهزية المؤسسية والاستجابة السريعة عند وقوع الأزمات. كما تمثل النتائج المتوقعة للدراسة أداة دعم مهمة لتطوير سياسات واستراتيجيات وطنية موحدة لإدارة الطوارئ والكوارث، تسهم في تحقيق التكامل بين مختلف مكونات النظام الصحي. وتبرز أهمية الدراسة أيضًا في كونها تساعد على تحديد نقاط القوة والقصور في تطبيق الخطط الحالية، مما يمكّن إدارات التجمعات من توجيه جهود التدريب والتطوير نحو المجالات الأكثر احتياجًا. كما يمكن أن تسهم في تعزيز ثقافة الاستعداد الاستباقي والتخطيط الوقائي داخل التجمعات الصحية، من خلال التركيز على أهمية التواصل الفعال، والتنسيق بين الجهات، وتطوير نظم الإنذار المبكر وإدارة الموارد أثناء الأزمات. وبذلك، فإن نتائج هذه الدراسة لا تقتصر على كونها قيمة معرفية فقط، بل تشكل خارطة طريق عملية نحو بناء نظام صحي أكثر مرونة واستدامة في مواجهة الأزمات والكوارث المستقبلية (Filip، 2022).

4.1 أهداف الدراسة

الهدف الرئيسي:

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة أثر خطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها (التخطيط الاستباقي، الاستجابة الفورية، التعافي وإعادة التشغيل، التدريب والمحاكاة) على تعزيز جاهزية التجمعات الصحية في تجمع الرياض الصحي الأول.

الأهداف الفرعية

تتفرع من الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

1. الهدف الفرعي الأول: التعرف على أثر التخطيط الاستباقي للأزمات والكوارث (تحليل المخاطر المحتملة، تصنيف الأزمات وفق درجة خطورتها، وضع السيناريوهات البديلة، تحديد الموارد البشرية والمادية اللازمة، رسم خرائط المخاطر) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.
2. الهدف الفرعي الثاني: قياس أثر آليات الاستجابة الفورية (سرعة تفعيل غرف العمليات المركزية، بروتوكولات الطوارئ المعتمدة، آليات التصعيد المرحلي، توزيع الأدوار والمسؤوليات بين الفرق، تأمين سلاسل الإمداد الطبي) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.
3. الهدف الفرعي الثالث: تحديد أثر خطط التعافي وإعادة التشغيل (ضمان استمرارية الخدمات الصحية الحرجة، إعادة تأهيل المنشآت المتضررة، آليات تقييم الأضرار الشاملة، خطط التعافي المالي والإداري، استخلاص الدروس المستفادة) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.
4. الهدف الفرعي الرابع: الكشف عن أثر برامج التدريب والمحاكاة (التمارين الميدانية الدورية، تأهيل الفرق الطبية والإدارية، تنفيذ محاكاة سيناريوهات الأزمات الواقعية، التعلم المؤسسي من التجارب السابقة، قياس الكفاءة بعد التدريب) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول..

5.1 تساؤلات الدراسة

السؤال الرئيسي

ما أثر خطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها (التخطيط الاستباقي، الاستجابة الفورية، التعافي وإعادة التشغيل، التدريب والمحاكاة) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول؟

الأسئلة الفرعية

- السؤال الفرعي الأول: ما أثر التخطيط الاستباقي للأزمات والكوارث على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول؟
- السؤال الفرعي الثاني: ما أثر آليات الاستجابة الفورية على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول؟
- السؤال الفرعي الثالث: ما أثر خطط التعافي وإعادة التشغيل على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول؟
- السؤال الفرعي الرابع: ما أثر برامج التدريب والمحاكاة على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول؟

6.1 فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية

- H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لخطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها مجتمعة (التخطيط الاستباقي، الاستجابة الفورية، التعافي وإعادة التشغيل، التدريب والمحاكاة) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.

الفرضيات الفرعية

- الفرضية الفرعية الأولى (H_0-1): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للتخطيط الاستباقي للأزمات والكوارث على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.
- الفرضية الفرعية الثانية (H_0-2): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لآليات الاستجابة الفورية على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.
- الفرضية الفرعية الثالثة (H_0-3): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لخطط التعافي وإعادة التشغيل على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.

- الفرضية الفرعية الرابعة (H0-4): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبرامج التدريب والمحاكاة على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.

7.1 الدراسات السابقة

هدفت دراسة (رفاعي، 2025) إلى التعرف على مدى تقييم كفاءة العمل الجماعي في إدارة الأزمات الصحية في المراكز الصحية، أتبعته الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقام الباحث بتصميم قائمة استقصاء تم توزيعها على عينة عشوائية بسيطة تكونت من (463) مفردة من العاملين في المراكز الصحية محل الدراسة، وتم تحليل البيانات باستخدام أسلوب تحليل الارتباط، وأسلوب تحليل الإنحدار الخطي البسيط باستخدام برنامج spss.29. توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها وجود تأثير جوهري لكفاءة العمل الجماعي في تحقيق البعد الزمني لإدارة الأزمات الصحية بالمراكز الصحية محل الدراسة، يوجد تأثير جوهري لكفاءة العمل الجماعي في تحقيق البعد الموضوعي لإدارة الأزمات الصحية بالمراكز الصحية محل الدراسة، يوجد تأثير جوهري لكفاءة العمل الجماعي في تحقيق البعد المكاني لإدارة الأزمات الصحية بالمراكز الصحية محل الدراسة، يوجد تأثير جوهري لكفاءة العمل الجماعي في تحقيق البعد البشري لإدارة الأزمات الصحية بالمراكز الصحية محل الدراسة، يوجد تأثير جوهري لكفاءة العمل الجماعي في تحقيق البعد المؤسسي لإدارة الأزمات الصحية بالمراكز الصحية محل الدراسة، يوجد تأثير جوهري لكفاءة العمل الجماعي في تحقيق البعد البيئي لإدارة الأزمات الصحية بالمراكز الصحية محل الدراسة. وقد أوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات كان ضرورة تنظيم دورات تدريبية مناسبة لرفع كفاءة العمل الجماعي في تحقيق (البعد الزمني - البعد الموضوعي - البعد التأثيري - البعد المكاني - البعد البشري - البعد المؤسسي - البعد البيئي) لإدارة الأزمات الصحية بالمراكز الصحية محل الدراسة.

استهدف بحث (الصباغ، 2023) إلى تحديد متطلبات جاهزية الجمعيات الأهلية لتمكين المجتمعات المحلية في مواجهة الكوارث والازمات من منظور التنمية المحلية، وينتهي البحث لنمط الدراسات الوصفية من خلال منهج المسح الاجتماعي الشامل على إجمالي عدد الاخصائيين الاجتماعيين والمسؤولين وعددهم

(30) اخصائي ومسئول بالجمعيات الاهلية محل البحث. وبتطبيق استمارة الاستبيان , ابرزت نتائج البحث ان اهم المتطلبات التنظيمية تمثلت في تطوير نظم البحث والاسترشاد بالجمعيات الاهلية , التنسيق مع ادارة الدفاع المدني بوزارة الداخلية للتدريب والتوجيه والتعامل المباشر مع الكوارث والأزمات وإدارة المخاطر , ووجود اليات تربط الجمعيات الاهلية بحاجة المجتمع ومشكلاته , وتطبيق المناهج العلمية التي ترصد وتخطط لمواجهة الكوارث والأزمات, كما تتضمن المتطلبات الاقتصادية توفير الموارد المالية المخصصة في مواجهة الكوارث والازمات , وتحسين مستوى الأجور للعاملين بالجمعيات الاهلية, كما تشمل المتطلبات المجتمعية : دعم المبادرات المجتمعية التي تتعلق بمواجهة الكوارث والازمات , الاتصال بالمسؤولين لتعزيز تعاونهم في مواجهة الكوارث والازمات , في حين كانت اهم المعوقات عدم وجود استقرار وظيفي للعاملين بالجمعيات الاهلية , وعدم توفر دعم مالي للجمعيات الاهلية تمويل مبادراتها المجتمعية , وكانت اهم المقترحات التي تزيد من جاهزية الجمعيات الاهلية لتمكين المجتمعات المحلية في مواجهة الكوارث والازمات تطوير العمل الميداني للجمعيات الاهلية في دراسة حالات وضحايا الكوارث والازمات بعيدا عن الطرق التقليدية , وتوجيه الدراسات والبحوث المتعلقة بمواجهة الكوارث والأزمات المجتمعية القائمة على تمكين المجتمع المحلي.

هدفت الدراسة (الشهري، 2024) إلى تقييم مدى فعالية استراتيجيات التعامل مع الأزمات الصحية في المستشفيات بمنطقة مكة المكرمة. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، كما تم استخدام الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية بلغت (400) موظف من الموظفين العاملين في مستشفيات منطقة مكة المكرمة. وعقب جمع البيانات من عينة الدراسة تم استخدام الحزمة الإحصائية (SPSS) في عملية تحليل البيانات. وعقب تحليل البيانات تم التوصل إلى عدة نتائج، أهمها: وجود درجة التزام كبيرة من قبل مستشفيات منطقة مكة المكرمة بتنفيذ الاستراتيجيات الحديثة (استراتيجية تغيير المسار، واستراتيجية تفريغ الأزمة، واستراتيجية تفتيت الأزمة، واستراتيجية احتواء الأزمة، واستراتيجية الاحتياطي التعبوي) في إدارة الأزمات الصحية بوزن نسبي بلغ (82.0%). وجود مستوى فعالية مرتفع لإدارة الأزمات الصحية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة، وذلك من وجهة نظر الموظفين العاملين داخل المستشفيات بوزن نسبي (83.8%). كما تبين وجود

أثر ذو دلالة إحصائية بين التزام مستشفيات منطقة مكة المكرمة بتنفيذ الاستراتيجيات الحديثة في إدارة الأزمات ومستوى تحقيق الفعالية في إدارة الأزمات الصحية. وفي ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج، أوصت الدراسة بعدة توصيات، منها: زيادة مستوى اهتمام مستشفيات منطقة مكة المكرمة بدراسة الأزمات السابقة التي سبقت وأن تعرضت لها في الماضي والتعلم منها بهدف منع تأثيرها على أداء المستشفى مستقبلاً. زيادة مستوى وعي العاملين مستشفيات منطقة مكة المكرمة بطبيعة الصعوبات التي تمر بها المستشفى وما ينجم عن ذلك من تأخير الرواتب وعدم منح الأجازات.

سعت دراسة (الحسيب، 2025) إلى استكشاف تأثير مستوى الوعي الاستراتيجي بأبعاده المختلفة، والتي تشمل: الوعي بالبيئة الخارجية، والداخلية، والأهداف الاستراتيجية، بالإضافة إلى الوعي بالرؤية والرسالة، على كيفية التعامل مع الأزمات والكوارث الصحية في منطقة الجوف بالمملكة العربية السعودية. وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق أهدافها والتحقق من فرضياتها. استخدمت استبانة إلكترونية كأداة لجمع البيانات من جميع العاملين في مجال إدارة الأزمات والكوارث الصحية بالمنطقة، والبالغ عددهم 410 موظفًا وموظفة، حيث استجاب المشاركون للاستبانة. جرى تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS، وتم تطبيق تحليلات إحصائية وصفية واستدلالية. وأظهرت النتائج أن الفرضيات، سواء كانت الرئيسية أو الفرعية، قد تم رفضها؛ حيث لم يتم إثبات وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوعي الاستراتيجي بمختلف أبعاده وبين إدارة الأزمات والكوارث الصحية في المنطقة. وبناءً على هذه النتائج، أوصت الدراسة بأهمية إشراك الموظفين في عمليات التخطيط الاستراتيجي، ورفع مستوى الوعي الاستراتيجي، مع ضرورة إجراء تقييم دوري لكل من البيئة الداخلية والخارجية لضمان استمرارية التميز الاستراتيجي للمؤسسات.

8.1 التعليق على الدراسات السابقة:

أوجه التشابه في الدراسات السابقة

تتفق الدراسات السابقة في العديد من المحاور الأساسية المتعلقة بإدارة الأزمات والكوارث الصحية. أول هذه المحاور هو التركيز على فاعلية الإدارة والتخطيط، حيث تناولت جميع الدراسات تقييم كفاءة الخطط والإجراءات أو الاستراتيجيات المتبعة لإدارة الأزمات الصحية، سواء من خلال كفاءة العمل الجماعي أو فعالية الاستراتيجيات الحديثة في المستشفيات والمراكز الصحية. كما أن الدراسات اتبعت بشكل عام المنهج الوصفي التحليلي، مع استخدام الاستبيانات كأداة رئيسية لجمع البيانات، وتحليل النتائج باستخدام برامج إحصائية متقدمة، مما يعكس اعتماد الباحثين على التحليل الكمي والاستدلال الإحصائي لفهم العلاقة بين المتغيرات. بالإضافة إلى ذلك، ركزت الدراسات على العامل البشري كعنصر أساسي في نجاح إدارة الأزمات، من خلال قياس آراء الموظفين المشاركين في تنفيذ الخطط، سواء في المراكز الصحية أو المستشفيات أو الجمعيات الأهلية. كما تناولت جميع الدراسات التوصيات العملية لتعزيز الأداء، مثل التدريب المستمر ورفع مستوى الوعي وتحسين آليات التخطيط والتنظيم.

أوجه الاختلاف في الدراسات السابقة

على الرغم من وجود أوجه تشابه، فإن الدراسات اختلفت في عدة جوانب هامة. أولها السياق التنظيمي والجغرافي، حيث تناولت بعض الدراسات المراكز الصحية، وأخرى المستشفيات، فيما ركزت بعض الدراسات على الجمعيات الأهلية، وهو ما يعكس اختلاف بيئات العمل وخصوصية كل جهة في إدارة الأزمات. كما اختلفت الدراسات في الأهداف المحددة؛ فبعضها ركز على تقييم الكفاءة العملية للموظفين، وبعضها الآخر على استراتيجيات مواجهة الأزمات، فيما تناولت دراسة أخرى تأثير الوعي الاستراتيجي على إدارة الأزمات والكوارث. أيضًا، تباينت النتائج بين الدراسات؛ إذ أظهرت بعض الدراسات تأثيرًا جوهريًا للمتغيرات المدروسة، بينما لم تثبت أخرى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية، مما يعكس التباين في مستوى التطبيق العملي والاستجابة للأزمات في مختلف البيئات. هناك اختلاف في حجم العينة وأسلوب جمع

البيانات، حيث تراوحت العينات بين عشرات الأفراد في الجمعيات الأهلية إلى عدة مئات في المستشفيات والمراكز الصحية، وهو ما يؤثر على عمق الاستنتاجات ومدى تعميم النتائج.

الفجوات البحثية التي يميزها البحث الحالي

على ضوء الدراسات السابقة، يمكن تحديد عدد من الفجوات البحثية التي يهدف البحث الحالي إلى معالجتها:

1. ندرة الدراسات الخاصة بالتجمعات الصحية الكبيرة، حيث ركزت معظم الدراسات على مراكز أو مناطق محدودة، بينما يهدف البحث الحالي إلى دراسة تجمع صحي كبير ومتكامل.
2. غياب الدراسات التي تربط بين خطط إدارة الأزمات والكوارث ودرجة الجاهزية العملية للتجمعات الصحية، إذ ركزت الدراسات السابقة على الكفاءة أو الوعي الاستراتيجي أو الاستراتيجيات منفصلة دون دراسة العلاقة الشاملة بينها وبين الجاهزية العملية.
3. قلة الدراسات التي تتناول جميع أبعاد إدارة الأزمات بشكل متكامل، بما في ذلك البعد الزمني، الموضوعي، التأثيري، المكاني، البشري، المؤسسي، والبيئي.
4. احتياج الدراسات السابقة لأدوات كمية دقيقة لقياس العلاقة بين المتغيرات، في حين يسعى البحث الحالي إلى تصميم استبانة متكاملة وتحليل إحصائي متقدم لتقديم نتائج أكثر دقة وموثوقية.
5. ضعف الدراسات التطبيقية على أرض الواقع، إذ ركزت أغلب الدراسات على التحليل النظري والاستبيانات، بينما يهدف البحث الحالي إلى تقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق في التجمع الصحي لتعزيز الجاهزية والاستجابة للأزمات.

9.1 المنطلقات النظرية للدراسة

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من المنطلقات النظرية والمفاهيم الأساسية التي تشكل الإطار العلمي لفهم موضوع إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي، ولتفسير العلاقة بين فاعلية الخطط

الاستراتيجية ومستوى الجاهزية التشغيلية في التجمعات الصحية. وتُعد هذه المنطلقات بمثابة الأساس الذي يُبنى عليه التحليل الميداني للدراسة واستخلاص النتائج والتوصيات.

مفهوم إدارة الأزمات والكوارث

تعرف إدارة الأزمات والكوارث بأنها عملية منهجية تهدف إلى الاستعداد والتخطيط والتنسيق والاستجابة والتعافي من الأحداث غير المتوقعة التي قد تؤثر على سير العمل المؤسسي واستقرار الخدمات المقدمة. ويُنظر إليها على أنها منظومة متكاملة من الإجراءات والسياسات التي تُتخذ قبل وأثناء وبعد وقوع الأزمة، بغرض تقليل أثارها السلبية وضمان استمرارية العمليات الحيوية. وفي السياق الصحي، تأخذ إدارة الأزمات بعداً أكثر حساسية نظراً لارتباطها المباشر بحياة الأفراد وسلامتهم، إذ تشتمل على التخطيط المسبق للطوارئ الطبية، وتوزيع الأدوار والمسؤوليات، ووضع آليات واضحة لاتخاذ القرار والتواصل بين الجهات المعنية. وتؤكد الأدبيات الحديثة أن نجاح إدارة الأزمات في المؤسسات الصحية يعتمد على مدى تكامل العناصر البشرية والتنظيمية والتقنية ضمن خطة شاملة ذات أهداف واضحة ومعايير أداء محددة (Prideaux، 2024).

مفهوم الجاهزية الصحية

الجاهزية الصحية (Health Preparedness) هي أحد المفاهيم الجوهرية في مجال الأمن الصحي العام، وتشير إلى قدرة النظام الصحي على التنبؤ بالمخاطر المحتملة والاستجابة لها بكفاءة ومرونة. وتشمل الجاهزية جميع الإجراءات الوقائية التي تُتخذ قبل وقوع الأزمات، مثل بناء القدرات البشرية، وتوفير الموارد، وتدريب العاملين، وتفعيل نظم الإنذار المبكر. وفي إطار التجمعات الصحية، تُعد الجاهزية مقياساً لمدى قدرة المنشآت الصحية المختلفة ضمن التجمع على العمل بشكل منسق أثناء الأزمات، بحيث تُدار الموارد والخدمات بطريقة تضمن الاستجابة المتكاملة والمستمرة. ومن هذا المنطلق، تعتبر الجاهزية مؤشراً حاسماً في تقييم مدى فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث، إذ إن الخطط لا يمكن الحكم على نجاحها إلا من خلال أثرها المباشر على مستوى الاستعداد والاستجابة داخل التجمع الصحي (El-Jardali، 2025).

الأطر النظرية لإدارة الأزمات في المؤسسات الصحية

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من النماذج النظرية العالمية في إدارة الأزمات، التي تقدم تصورًا متكاملًا لمراحل الأزمة وديناميكيات التعامل معها. ومن أبرز هذه النماذج نموذج دورة حياة الأزمة (Crisis Life Cycle Model) الذي يوضح المراحل الخمس الرئيسة لإدارة الأزمة:

1. مرحلة الاستعداد والوقاية (Preparedness & Prevention)

2. مرحلة الاستجابة المبكرة (Early Response)

3. مرحلة احتواء الأزمة (Containment)

4. مرحلة التعافي (Recovery)

5. ومرحلة التعلم والتطوير (Learning & Improvement)

ويُعتمد هذا النموذج كأساس لتقييم مدى جاهزية التجمعات الصحية في كل مرحلة من مراحل إدارة الأزمة. كما تستند الدراسة إلى مبادئ نظرية النظم (Systems Theory) التي تؤكد على أهمية التكامل بين مكونات النظام الصحي كوحدة واحدة مترابطة، بحيث تؤثر كفاءة كل مكون في فاعلية النظام بأكمله. وفقاً لهذه النظرية، فإن أي ضعف في التواصل أو التنسيق بين عناصر النظام يؤدي إلى خلل في الأداء العام عند حدوث الأزمات، وهو ما ينطبق على بيئة التجمعات الصحية التي تضم منشآت متعددة تعمل ضمن منظومة موحدة (Professor، 2024).

العلاقة بين فاعلية الخطط ومستوى الجاهزية

تقوم هذه الدراسة على فرضية نظرية مؤداها أن فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث تمثل متغيراً مؤثراً بشكل مباشر في مستوى الجاهزية المؤسسية. فكلما كانت الخطة أكثر وضوحاً ومرونة وشمولاً، كلما ارتفع مستوى الجاهزية والاستجابة. وتفترض الأطر النظرية في هذا المجال أن العلاقة بين الفاعلية والجاهزية ليست خطية فحسب، بل تتأثر بعدد من العوامل الوسيطة مثل مستوى التدريب، والقيادة التنظيمية، والموارد المتاحة، والبنية التحتية التقنية. وفي ضوء ذلك، فإن الدراسة تهدف إلى اختبار مدى

تحقق هذا الترابط في تجمع الرياض الصحي الأول، من خلال تحليل مكونات الخطة الحالية، وآليات التنفيذ، والتنسيق بين الإدارات، ومدى تفعيل عمليات المتابعة والتقييم، لتحديد نقاط القوة والقصور في منظومة إدارة الأزمات (Mushi، 2025).

الأساس النظري في السياق السعودي

تستند الدراسة أيضًا إلى الإطار الوطني لإدارة الطوارئ الصحية في المملكة العربية السعودية، الذي أقرته وزارة الصحة وهيئة الدفاع المدني ضمن استراتيجية موحدة تهدف إلى رفع الجاهزية المؤسسية وتكامل الجهود بين مختلف القطاعات. ويُعد نموذج التجمعات الصحية أحد أهم تطبيقات هذا الإطار، إذ يسعى إلى تحقيق استقلالية تشغيلية وتكامل خدمي يسمح باستجابة أسرع وأكثر كفاءة للأزمات. وبناءً على ذلك، فإن تجمع الرياض الصحي الأول يمثل بيئة مناسبة لاختبار مدى مواءمة خطط إدارة الأزمات الوطنية للتطبيق العملي على مستوى التجمعات الصحية، ومدى انعكاس ذلك على تحقيق أهداف رؤية 2030 في مجال الأمن الصحي والاستدامة التشغيلية (ALANAZI، 2024).

10.1 المنهجية وطرق البحث

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث في تعزيز جاهزية التجمعات الصحية باستخدام المنهج الكمي، وذلك من خلال جمع وتحليل البيانات الرقمية لتحديد مدى العلاقة بين المتغيرات ومقاييس الأداء المختلفة في تجمع الرياض الصحي الأول. وتتميز المنهجية الكمية بالدقة في القياس والقدرة على تعميم النتائج، إضافة إلى إمكانية اختبار الفرضيات الإحصائية بشكل موضوعي.

- تصميم الدراسة

اعتمدت الدراسة تصميمًا وصفيًا تحليليًا كميًا (Quantitative Descriptive-Analytical Design)، يتيح تقييم الوضع الحالي لمستوى الجاهزية داخل تجمع الرياض الصحي وفاعلية الخطط المعتمدة لإدارة الأزمات والكوارث. ويتيح هذا التصميم قياس المتغيرات المختلفة مثل: جودة الخطط، جاهزية البنية

التحتية، مستوى التدريب والتأهيل، ودرجة التكامل المؤسسي، ومن ثم تحليل العلاقة بينها وبين مستوى الاستجابة المؤسسية للأزمات. ويُعد هذا النوع من التصميم مناسباً لدراسة الحالات الواقعية، ويُمكن الباحث من الوصول إلى نتائج قابلة للقياس والتحليل الإحصائي بشكل موضوعي.

- مجتمع الدراسة وعينتها

تتمحور الدراسة حول تجمع الرياض الصحي الأول، الذي يمثل نموذجاً تطبيقياً للتجمعات الصحية في المملكة العربية السعودية. ويشمل مجتمع الدراسة كافة الكوادر الإدارية والفنية والطبية العاملة داخل التجمع، وذلك لأنهم يمثلون الفئة المسؤولة عن تطبيق وتنفيذ خطط إدارة الأزمات والكوارث. أما بالنسبة لعينة الدراسة، فقد تم اختيارها بطريقة عشوائية طبقية (Stratified Random Sampling) لضمان تمثيل جميع الإدارات والأقسام المختلفة داخل التجمع، مع مراعاة نسبة التمثيل لكل فئة مهنية (إداريون، أطباء، ممرضون، فنيون). ويهدف هذا الأسلوب إلى تقليل الانحياز وضمان تمثيل كافٍ لجميع المكونات البشرية التي تؤثر في جاهزية التجمع الصحي واستجابته للأزمات.

- أدوات جمع البيانات

اعتمدت الدراسة على استبانة مقننة (Structured Questionnaire) كأداة رئيسة لجمع البيانات الكمية، حيث تم تصميمها بناءً على الأدبيات النظرية والمعايير الدولية لإدارة الأزمات والكوارث في المنشآت الصحية. تضمنت الاستبانة عدة محاور رئيسة، منها:

1. تقييم جاهزية البنية التحتية والموارد البشرية.
2. قياس كفاءة خطط إدارة الأزمات والكوارث ووضوحها وسهولة تنفيذها.
3. رصد مستوى التنسيق والتكامل المؤسسي بين الإدارات والجهات الخارجية.
4. تقييم مستوى التدريب والوعي لدى الكوادر.
5. متابعة آليات المتابعة والتقييم والتطوير المستمر للخطط.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت بخمس نقاط لتقدير مستوى الاستجابة والجوانب المختلفة لكل متغير، مما يتيح تحليلًا كميًا دقيقًا وفهمًا واضحًا للعلاقات بين المتغيرات.

- طرق جمع البيانات

تم جمع البيانات باستخدام الاستبيانات الورقية والإلكترونية لضمان وصولها إلى جميع أفراد العينة وتسهيل عملية التحليل الإحصائي لاحقًا. وقد تم اختبار أداة البحث مسبقًا على عينة تجريبية صغيرة للتأكد من موثوقيتها وثباتها، وذلك باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لضمان أن تكون الاستبانة متسقة في قياس المتغيرات المختلفة دون وجود تحيز أو تشويش في النتائج.

- طرق تحليل البيانات

تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية والاستنتاجية لتحليل البيانات، بما يشمل:

1. الإحصاءات الوصفية لحساب التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات، والانحرافات المعيارية لكل محور من محاور الدراسة.
2. التحليل الاستنتاجي لاختبار الفرضيات باستخدام أدوات مثل اختبارات الارتباط (Correlation) والانحدار الخطي البسيط والمتعدد (Regression Analysis) لمعرفة مدى تأثير فاعلية الخطط على مستوى الجاهزية المؤسسية.
3. استخدام اختبارات دلالة إحصائية (Significance Tests) لتحديد ما إذا كانت النتائج المكتشفة ذات قيمة عملية وعلمية يمكن الاعتماد عليها في استخلاص الاستنتاجات والتوصيات.

11.1 أدوات الدراسة

- الأداة الرئيسية لجمع البيانات

اعتمدت الدراسة على الاستبيان الكمي (Structured Questionnaire) كأداة رئيسية لجمع البيانات، نظرًا لملاءمته مع المنهجية الكمية وقدرته على توفير بيانات قابلة للقياس والتحليل الإحصائي. تم تصميم الاستبيان بناءً على الأدبيات العلمية الحديثة والمعايير الدولية لإدارة الأزمات والكوارث في المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى الإطار الوطني لإدارة الطوارئ الصحية في المملكة العربية السعودية، لضمان دقة المعلومات وملاءمتها للسياق المحلي.

ويهدف الاستبيان إلى قياس متغيرات الدراسة الأساسية، والتي تتضمن:

1. تقييم وضوح الخطط، شموليتها، سهولة تطبيقها، وملاءمتها للمعايير المعتمدة.
2. قياس مدى توفر البنية التحتية، الموارد البشرية، المعدات الطبية، ونظم التشغيل الضرورية للاستجابة للطوارئ.
3. رصد مدى تكامل الجهود بين الإدارات المختلفة داخل التجمع وبين الجهات الخارجية ذات العلاقة أثناء الأزمات.
4. تقييم مستوى استعداد العاملين وقدرتهم على تنفيذ الخطط بفعالية.
5. قياس مدى فاعلية آليات المراقبة والتطوير المستمر للخطط المعتمدة.

- تصميم الاستبيان ومقياسه

تم تصميم الاستبيان ليشمل أسئلة مغلقة تعتمد على مقياس ليكرت ذي خمس نقاط (Likert Scale)، حيث يمثل الرقم 1 أقل مستوى للاتفاق أو التوفر، والرقم 5 أعلى مستوى. ويتيح هذا المقياس:

- قياس دقيق وشامل لجميع متغيرات الدراسة.
- سهولة التحليل الإحصائي باستخدام برامج التحليل الكمي مثل SPSS أو Excel.

- المقارنة بين مستويات الجاهزية والفاعلية عبر مختلف الإدارات والفئات المهنية داخل التجمع الصحي.

- صحة وموثوقية الأداة

لضمان صحة وموثوقية الاستبيان، تم اتباع الإجراءات التالية:

1. التحقق من الصلاحية المحتوية (Content Validity)؛ تم عرض الاستبيان على مجموعة من الخبراء الأكاديميين والممارسين في مجال إدارة الأزمات الصحية لتقييم مدى شمولية الأسئلة وملاءمتها للمتغيرات محل الدراسة.
2. اختبار التجريب (Pilot Study)؛ أُجري على عينة صغيرة من الكوادر داخل التجمع الصحي، للتأكد من وضوح الأسئلة وسهولة فهمها، بالإضافة إلى تحديد أي نقاط ضعف أو غموض في صياغة البنود.
3. قياس الثبات (Reliability Test)؛ تم حساب معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) للتأكد من اتساق الاستبيان في قياس المتغيرات المختلفة، حيث أظهرت النتائج أن جميع المحاور تتمتع بثبات مرتفع يضمن موثوقية البيانات.

- إجراءات جمع البيانات

تم توزيع الاستبيانات على المشاركين باستخدام طرق متعددة لضمان شمول العينة وتمثيل جميع الإدارات والفئات المهنية:

- الاستبيان الورقي لتسهيل الوصول إلى الموظفين في المواقع التي قد لا تتوفر فيها أجهزة إلكترونية.
- الاستبيان الإلكتروني لضمان سرعة جمع البيانات وتقليل الأخطاء في تسجيل الإجابات، بالإضافة إلى تسهيل التحليل الإحصائي لاحقًا.

12.1 حدود الدراسة

✕ الحدود البشرية

تقتصر الدراسة على العاملين داخل تجمع الرياض الصحي الأول، بما يشمل الكوادر الإدارية والطبية والفنية المشاركة بشكل مباشر أو غير مباشر في تطبيق وتنفيذ خطط إدارة الأزمات والكوارث. ويركز البحث على هذه الفئة لأنها المكون الأساسي في استجابة التجمع للأزمات، كما أن خبراتهم العملية وتجاربهم تعتبر المصدر الرئيسي لجمع البيانات المتعلقة بفاعلية الخطط ومستوى الجاهزية. وبناءً عليه، لا تشمل الدراسة العاملين في تجمعات صحية أخرى أو الجهات المرتبطة بشكل غير مباشر، لضمان دقة التحليل وتركيز النتائج على الواقع الفعلي للتجمع محل الدراسة.

✕ الحدود الزمانية

تغطي الدراسة الفترة الزمنية من بداية تطبيق خطط إدارة الأزمات والكوارث في التجمع الصحي حتى تاريخ جمع البيانات، والتي تمت خلال العام الجاري. ويهدف هذا التحديد الزمني إلى ضمان أن تكون البيانات معبرة عن الواقع الحالي، وتعكس مستوى الجاهزية والفعالية في سياق التطورات الحديثة في إدارة الأزمات الصحية. كما يسمح هذا الإطار الزمني بدراسة تأثير التحديثات الأخيرة والإجراءات الجديدة على أداء الخطط، دون الانحراف إلى فترات قديمة لا تعكس الواقع الحالي للتجمع.

✕ الحدود المكانية

تقتصر الدراسة على تجمع الرياض الصحي الأول كموقع جغرافي وإداري محدد، بما يشمل جميع المراكز الصحية والمستشفيات التابعة له. ويأتي اختيار هذا التجمع لأنه يمثل أحد أكبر وأهم التجمعات الصحية في العاصمة، ويتيح التركيز على البنية التحتية، الموارد البشرية، آليات التنسيق، وخطط الطوارئ، بما يعكس مدى جاهزية التجمع واستجابته للأزمات. وبذلك، تكون النتائج محددة ضمن هذا السياق، مع إمكانية الاستفادة منها في حالات مشابهة ضمن بيئة صحية مماثلة، دون التعميم على جميع التجمعات الصحية في المملكة.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول: خطط إدارة الأزمات والكوارث

1.1.2 تمهيد

تُشكل الأزمات والكوارث تحدياً جوهرياً يواجه المؤسسات الصحية في مختلف أنحاء العالم، إذ تفرض ضغوطاً استثنائية على البنى التحتية والكوادر البشرية والقدرات التشغيلية، وتضع أنظمة تقديم الرعاية الصحية أمام اختبارات حقيقية لمدى صلابتها واستعدادها. وقد أسهمت الأحداث المتتالية التي شهدها العالم، من أوبئة عابرة للحدود وكوارث طبيعية وأزمات أمنية، في إعادة تشكيل المنظور الإداري تجاه التعامل مع هذه المواقف، حيث انتقل التركيز من الاستجابة العفوية المرتجلة إلى التخطيط المنهجي المسبق القائم على أسس علمية ومؤسسية واضحة. ويكتسب هذا الموضوع أهمية مضاعفة في بيئة القطاع الصحي السعودي الذي يمرّ بمرحلة تحوّل هيكلي عميق في إطار رؤية المملكة 2030، حيث تسعى التجمعات الصحية إلى تحقيق معايير عالمية في جودة الخدمات وكفاءة التشغيل والجاهزية المؤسسية. ويتناول هذا المبحث المتغير المستقل للدراسة المتمثل في "خطط إدارة الأزمات والكوارث" من خلال التأصيل المفاهيمي واستعراض الأهمية والأهداف، ثم التفصيل في الأبعاد الأربعة، وصولاً إلى الاستراتيجيات المرتبطة بهذا المتغير.

2.1.2 مفهوم إدارة الأزمات والكوارث

حظي مفهوم إدارة الأزمات والكوارث باهتمام بحثي واسع أفرز تعريفات متعددة تعكس تنوع المدارس الفكرية والزوايا التي نظر منها الباحثون إلى هذا المفهوم. وقد تراوحت هذه التعريفات بين التركيز على البُعد الإجرائي التنظيمي من جهة، والبُعد الاستراتيجي الشامل من جهة أخرى، مما أثار الحقل المعرفي وأتاح فهماً متعدد الأوجه لطبيعة هذا النشاط الإداري المركّب. ويستلزم التأسيس المفاهيمي البدء بتحديد

دقيق لمصطلحي "الأزمة" و"الكارثة" اللذين يُشكّلان الركيزتين الأساسيتين لهذا الحقل، ثم الانتقال إلى تعريف العملية الإدارية الشاملة المرتبطة بهما.

فقد عرّف Emami, Lorenzoni و (2024) Turchetti نظام إدارة الأزمات بوصفه منهجاً مهيكلًا يتضمن سياسات وإجراءات وتدابير مصمّمة لتحديد المخاطر وتقييمها وإدارتها عبر سياقات متنوعة، ويشمل عناصر التخطيط والاتصال وتنسيق الاستجابة وآليات التقييم، بهدف تقليل الآثار السلبية للأحداث المعطّلة وتمكين المؤسسة من التعافي بكفاءة. ويتميز هذا التعريف بشموليته إذ لا يقتصر على مرحلة بعينها من مراحل الأزمة بل يمتد ليغطي الدورة الكاملة من التخطيط المسبق إلى التقييم البعدي، كما يُبرز البعد التنسيقي الذي يُعدّ ركيزة أساسية في إدارة الأزمات الصحية التي تستوجب تضافر جهات متعددة.

وفي سياق مقارب يُركّز على البعد الوقائي، عرّف Jaziri (2021) إدارة مخاطر الكوارث استناداً إلى الاستراتيجية الدولية للأمم المتحدة للحدّ من مخاطر الكوارث بأنها العملية المنهجية لاستخدام التوجهات الإدارية والتنظيمية والقدرات التشغيلية لتنفيذ استراتيجيات وسياسات تُعزّز القدرة على المواجهة وتُقلّل من الآثار السلبية للمخاطر واحتمالية تحوّلها إلى كوارث. ويُضيف هذا التعريف بُعداً مهماً يتمثل في التركيز على الحدّ من المخاطر قبل تحوّلها إلى أزمات فعلية، مما يعكس التحول النظري من المقاربة التفاعلية إلى المقاربة الاستباقية.

ومن منظور يُركّز على الدور القيادي، تناول السعيد وعبدالرحمن (2023) إدارة الأزمات من زاوية علاقتها بأنماط القيادة النشطة، حيث عُرِفَتْ ضمناً بوصفها عملية تتطلب قيادة فاعلة قادرة على اتخاذ قرارات سريعة في ظل الغموض والضغط مع الحفاظ على تماسك المنظمة. ويُسلّط هذا المنظور الضوء على أن إدارة الأزمات ليست مجرد إجراءات فنية بل ممارسة قيادية تعتمد على كفاءة القائد في تحفيز الفريق وتوجيه الموارد. أما محمد (2024) فقد اقتربت من المفهوم من زاوية الكفاءات الإدارية، مما يُضيف بُعداً يتعلق بقدرة الكوادر على التشخيص السريع للأزمة وتوظيف المعارف والمهارات في اتخاذ القرارات الملائمة.

وقد أضاف Mizrak (2024) بُعداً استراتيجياً من خلال ربط إدارة الأزمات ببناء المرونة المؤسسية، حيث تناولها بوصفها منظومة لا تقتصر على الاستجابة للأحداث الطارئة بل تمتد لتشمل تعزيز القدرة الكلية للمنظمة على الصمود والتكيف والتعلم من التجارب السابقة. كما تناول الشامسي (2024) المفهوم من زاوية تقنية حديثة تربط بين الذكاء الاصطناعي وتدبير الأزمات والكوارث، مما يعكس تطور المفهوم ليستوعب الأدوات التكنولوجية المعاصرة بوصفها مكوناً أساسياً وليست مجرد أداة مساعدة. وقد تناولت ستو ودربال (2022) المفهوم من مدخل الرشاقة الاستراتيجية، حيث ربطتا بين قدرة المؤسسة على المرونة الاستراتيجية وبين فاعليتها في إدارة الأزمات الصحية، مما يوسع الإطار المفاهيمي ليشمل الخصائص التنظيمية التمكينية.

وبالنظر في مجمل هذه التعريفات والمنظورات، يرى الباحث أن إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي يمكن تعريفها بأنها: منظومة متكاملة من العمليات الإدارية والتنظيمية والفنية التي تتبناها المؤسسة الصحية وفق منهجية مهيكلية، تشمل التخطيط الاستباقي للمخاطر المحتملة، وبناء آليات الاستجابة الفورية، وتصميم خطط التعافي وإعادة التشغيل، وتنفيذ برامج التدريب والمحاكاة، بهدف تمكين المؤسسة من التنبؤ بالأزمات والكوارث والاستعداد لها والتعامل معها بفاعلية والتعافي منها بأقل خسائر ممكنة، مع ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية وحماية سلامة المرضى والعاملين. ويتبنى هذا التعريف مقارنة شمولية تجمع بين الأبعاد الإجرائية والاستراتيجية والبشرية والتقنية، بما يتلاءم مع تعقّد بيئة العمل في التجمعات الصحية السعودية.

3.1.2 أهمية خطط إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي

تتجاوز أهمية خطط إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي كونها مجرد متطلب تنظيمي أو التزام مؤسسي، لتبلغ مستوى الضرورة الاستراتيجية التي يتوقف عليها بقاء المؤسسة الصحية وقدرتها على أداء رسالتها الجوهرية في حماية حياة الأفراد وتعزيز صحة المجتمع. وتنبع هذه الأهمية من خصوصية القطاع الصحي الذي يتعامل مع أغلى ما يملكه الإنسان وهو صحته وحياته، مما يجعل أي إخفاق في إدارة الأزمات ذا تبعات كارثية مباشرة على الأرواح البشرية. كما أن المؤسسات الصحية تمثل خط الدفاع الأول

والملاذ الأخير للمجتمعات في أوقات الأزمات، فإذا تعطلت خدماتها امتدت التداعيات لتتطال مناحي الحياة الاجتماعية والاقتصادية كافة.

ويشير (Soyege et al. (2024 إلى أن أهمية خطط إدارة الأزمات والكوارث في المجال الصحي تتجلى في عدة محاور جوهرية:

1. تعزيز البنية التحتية الصحية في مواجهة الأوبئة والتهديدات البيولوجية: إذ يُمكن التخطيط المسبق المؤسسات الصحية من بناء قدرات دفاعية متعددة المستويات تشمل أنظمة الرصد المبكر وبروتوكولات العزل والتعامل مع الحالات المشتبه بها، فضلاً عن تأمين سلاسل الإمداد الطبي وضمان توفر المستلزمات الحيوية قبل تفاقم الأزمة. ويزداد هذا المحور أهمية بالنظر إلى أن التهديدات الصحية العابرة للحدود أصبحت أكثر تواتراً في عالم يتسم بالعمولة والتنقل السريع.
2. حماية الكوادر الصحية وضمان استمرارية عملها: حيث إن العاملين في القطاع الصحي يمثلون الركيزة الأساسية لأي استجابة فعّالة، وتعرضهم للإصابة أو الإنهاك يُضعف القدرة الاستجابية للمنظومة بأكملها. ولذلك فإن الخطط المحكمة تتضمن آليات لحمايتهم جسدياً ونفسياً وتوزيع الأعباء بشكل عادل وتوفير معدات الحماية الكافية.
3. تقليل الهدر في الموارد وتحسين كفاءة تخصيصها: إذ إن الاستجابة العشوائية تؤدي إلى إهدار الموارد المحدودة في غير مواضعها، بينما تُمكن الخطط المسبقة من تحديد الأولويات وتوجيه الموارد نحو المجالات الأكثر حاجة وفعالية.
4. الحفاظ على ثقة المجتمع في المنظومة الصحية: فالمؤسسة الصحية التي تُظهر قدرة واضحة على إدارة الأزمات تُعزز ثقة المجتمع فيها، وهو ما يُساهم بدوره في تعاون المواطنين والتزامهم بالتوجيهات الصحية خلال الأزمات.

ويرى (Kruk et al. (2018 أن أهمية هذه الخطط تتعاظم في ضوء التحول من مفهوم "الوصول إلى الخدمات الصحية" نحو مفهوم "جودة الخدمات الصحية" بوصفه المعيار الأساسي للحكم على فاعلية الأنظمة الصحية. فالأنظمة الصحية عالية الجودة، وفقاً لهذا المنظور، هي تلك التي تتمتع بالمرونة الكافية

للاستجابة لاحتياجات السكان المتغيرة بما في ذلك الاحتياجات الطارئة الناتجة عن الأزمات. وبذلك تُعدّ خطط إدارة الأزمات مكوناً أصيلاً من مكونات جودة النظام الصحي:

1. ضمان استمرارية تقديم الرعاية للحالات غير الطارئة: إذ إن الأزمات الصحية الكبرى تؤدي عادةً إلى تحويل الموارد نحو حالات الطوارئ مما يُهمّش المرضى ذوي الاحتياجات المزمنة والروتينية، والخطط الفعّالة تضمن التوازن بين الاستجابة للطوارئ واستمرار الخدمات الأساسية.
2. تقوية النظام الصحي ككل وليس فقط إدارة الأزمات الآنية: حيث إن عملية التخطيط والتدريب والتقييم المستمر تُساهم في تحسين العمليات التشغيلية اليومية وتعزيز ثقافة الجودة والسلامة حتى في أوقات الاستقرار.
3. تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية: فالفئات الأكثر ضعفاً في المجتمع هي الأشدّ تأثراً بالأزمات، والخطط المدروسة تضمن وصول الخدمات الصحية إليهم دون تمييز.

كما يُضيف Kanaan (2025) بُعداً معاصراً يتعلق باستمرارية الأعمال في القطاع الصحي السعودي، حيث تبرز أهمية إدارة المخاطر الأمنية والتشغيلية في ضمان عدم انقطاع الخدمات الصحية خلال الأزمات مع التركيز على الدور المتنامي للتقنية في تعزيز هذه الاستمرارية. ويعكس هذا المنظور إدراكاً بأن المؤسسات الصحية المعاصرة تعتمد على بنى تحتية رقمية معقدة يجب حمايتها ضمن أي خطة لإدارة الأزمات.

ويُبرز خميس وحمد (2024) أهمية إضافية تتمثل في الارتباط الوثيق بين إدارة الأزمات وتحسين الأداء المؤسسي في القطاع الصحي، مما يؤكد أن خطط إدارة الأزمات لا تخدم فقط أغراض الطوارئ بل تنعكس إيجابياً على الأداء اليومي للمؤسسة من خلال تعزيز الانضباط التنظيمي ووضوح الأدوار وتحسين آليات الاتصال الداخلي.

4.1.2 أهداف خطط إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي

تسعى خطط إدارة الأزمات والكوارث إلى تحقيق جملة من الأهداف المتكاملة التي تعكس الطبيعة المركبة لهذا النشاط الإداري وتعدّد مراحل ومستوياته. وتتراوح هذه الأهداف بين الأهداف الوقائية المرتبطة بمرحلة ما قبل الأزمة، والأهداف التشغيلية المتعلقة بمرحلة الاستجابة، والأهداف التطويرية الخاصة بمرحلة التعافي والتعلّم المؤسسي. وقد تباينت الأدبيات في تحديد هذه الأهداف وترتيب أولوياتها وفقاً للسياق المؤسسي والجغرافي الذي تناولته.

فقد حدّد Jaziri (2021) أهدافاً جوهرية لمنظومة إدارة مخاطر الكوارث تشمل:

- بناء القدرة على الصمود والمرونة في مواجهة الكوارث بما يُمكن المؤسسات من استيعاب الصدمات دون انهيار.
- تقليل الأضرار المحتملة من خلال تعزيز الاستدامة المؤسسية وتطوير البنى التحتية.
- الحدّ من مخاطر الكوارث ومعالجة نقاط الضعف المؤسسية وإيجاد سياق تنظيمي داعم.
- تحديد المسؤوليات والصلاحيات والأدوار لجميع الأطراف المعنية بما يمنع التداخل والارتباك.

ومن منظور يُركّز على التنسيق بين القطاعات، يرى (Gooding et al. (2022 أن الأهداف تتضمن:

- تعزيز الشراكة والتنسيق بين مكونات النظام الصحي والقطاعات المختلفة لضمان استجابة متكاملة.
- تطوير آليات تبادل المعلومات وتقاسم الموارد بين المؤسسات الصحية لتحقيق التكامل ومنع الازدواجية.
- بناء قدرات التعلّم المؤسسي من التجارب السابقة وتحويل الدروس المستفادة إلى ممارسات راسخة.

كما يُضيف Wang et al. (2022) أهدافاً ذات طابع تنسيقي حكومي تشمل:

- تعزيز فاعلية إدارة الطوارئ الصحية العامة من خلال التعاون عبر القطاعات الحكومية المتعددة.
- بناء شبكات تنسيقية واسعة تتخطى حدود المؤسسة الصحية الواحدة.

- تحقيق التكامل بين مستويات الاستجابة المحلية والإقليمية والوطنية.

ومن جانبه حدّد Mushi (2025) أهدافاً تتعلق بالبعد المؤسسي والتقييمي تشمل:

- تقييم فاعلية الأطر المؤسسية وتأثيرها على استراتيجيات التعاون نحو إدارة فعّالة للكوارث.
- تطوير منظومة قياس الأداء والجاهزية بوصفها أداة للتحسين المستمر وليست مجرد نشاط رقابي.
- تعزيز الشفافية والمساءلة في عملية إدارة الأزمات والكوارث.

ويرى الموسوي (2021) أن من أهداف خطط إدارة الأزمات أيضاً:

- تطوير استراتيجيات تتكامل مع ممارسات الإدارة الحديثة وتستفيد من أدواتها ومنهجياتها.
- ربط إدارة الأزمات بالتطوير التنظيمي الشامل بحيث تصبح جزءاً من الثقافة المؤسسية وليست نشاطاً منفصلاً.

ويُلاحظ من استعراض هذه الأهداف أنها تتسم بالتكاملية والتراكمية، بمعنى أن تحقيق كل هدف يُسهم في تعزيز الأهداف الأخرى ويُمهّد لها، كما أنها تعكس التحول في فلسفة إدارة الأزمات من التعامل مع الحدث الطارئ بمعزل عن السياق المؤسسي الأوسع إلى اعتبار الجاهزية مكوناً عضوياً من منظومة الحوكمة الصحية الشاملة.

5.1.2 أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث

تم تحديد أبعاد المتغير المستقل في هذه الدراسة بناءً على المراجعة المعمّقة للأدبيات ذات الصلة، ولا سيما ما ورد في دراسة (Jaziri 2021) التي قدّمت إطاراً شاملاً لمنظومة الحدّ من مخاطر الكوارث في المملكة العربية السعودية يتضمن مراحل الجاهزية والتأهب والاستجابة والتعافي، ودراسة Emami et al. (2024) التي طوّرت إطاراً لإدارة الأزمات في الأنظمة الصحية يقوم على أربع ركائز هي الرصد والاستباق والتعرّف والتعلّم، ودراسة Mizrak (2024) التي ربطت بين إدارة الأزمات وبناء المرونة عبر استراتيجيات التخفيف والاستعداد والاستجابة والتعافي، ودراسة Afrihyia et al. (2025) التي ركّزت على تعزيز

الاستراتيجيات الوطنية لمواجهة التهديدات الصحية الناشئة بما يشمل الاستعداد والاستجابة السريعة والتعافي والتدريب. وقد أفرزت هذه المراجعة إطاراً رباعي الأبعاد يعكس المراحل الأساسية لدورة إدارة الأزمات بصورة شاملة، ويتضمن: التخطيط الاستباقي، والاستجابة الفورية، والتعافي وإعادة التشغيل، والتدريب والمحاكاة.

البُعد الأول: التخطيط الاستباقي للأزمات والكوارث

يُمثل التخطيط الاستباقي حجر الأساس الذي تُبنى عليه منظومة إدارة الأزمات والكوارث بأكملها، وينطلق من فلسفة مؤداها أن الوقاية من الأزمة وتقليل احتمالية وقوعها أو تخفيف حدتها أجدى وأقل كلفة من التعامل مع تداعياتها. ويتجاوز هذا البُعد المفهوم التقليدي للتخطيط الذي يقتصر على إعداد وثائق مكتوبة، ليشمل عملية ديناميكية مستمرة تتضمن الرصد البيئي المنتظم وتحليل المخاطر المحتملة وتقدير احتمالاتها وتأثيراتها، وتصميم سيناريوهات متعددة للأزمات المتوقعة، ووضع خطط استجابة مسبقة لكل سيناريو مع تحديد الموارد اللازمة والأدوار والمسؤوليات.

ويرتكز التخطيط الاستباقي على مبدأ أن الأزمات، رغم عدم إمكانية التنبؤ بتوقيتها الدقيق، يمكن التنبؤ بأنواعها وأنماطها المحتملة استناداً إلى تحليل البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة. وقد أشار Jaziri (2021) إلى أن مرحلة الجاهزية تمثل المرحلة الأولى في إطار إدارة مخاطر الكوارث وتتضمن تهيئة أنظمة الاستجابة ورفع القدرة على اكتشاف التهديدات والتعامل معها مع ضمان أن المرافق الصحية تقدم الخدمات المطلوبة حتى في ظل الأزمات. ويعني ذلك أن التخطيط الاستباقي يمتد إلى بناء القدرات الفعلية التي تُترجم الخطط إلى واقع عملي قابل للتنفيذ.

وتتعدد عناصر التخطيط الاستباقي في المؤسسات الصحية لتشمل إجراء تقييمات دورية شاملة للمخاطر والتهديدات سواء كانت طبيعية كالأوبئة والكوارث المناخية أو بشرية كالحوادث الأمنية وأعطال البنية التحتية. كما يشمل تطوير أنظمة الإنذار المبكر القادرة على رصد المؤشرات الأولية للأزمات قبل تفاقمها، وتحديد سلسلة القيادة واتخاذ القرار بشكل واضح، وتأمين مخزون استراتيجي من المستلزمات الطبية والأدوية، فضلاً عن إبرام اتفاقيات تعاون مسبقة مع الجهات المعنية لتبادل الموارد عند الحاجة.

وقد أكد قمان وشعباني (2024) على أهمية الذكاء الاستراتيجي بوصفه أداة للتخطيط الاستباقي في إدارة الأزمات، حيث يُمكن المنظمة من استشراف التهديدات المحتملة من خلال تحليل البيئة الخارجية ورصد التغيرات وتفسير المعلومات بما يُتيح اتخاذ إجراءات وقائية مبكرة.

وفي السياق السعودي، تبنت المملكة إطاراً مؤسسياً متعدد المستويات يعمل في أوقات الاستقرار والأزمة معاً، ويقوم على نهج تكاملي بين الوزارات والأجهزة المعنية ضمن هيكل ثابت مع تنسيق سلس وإدارة مشتركة للمخاطر. (Jaziri, 2021) كما يُشير Mani و Goniewicz (2024) إلى أن رؤية المملكة 2030 وضعت تطوير البنية التحتية الصحية والاستعداد للطوارئ ضمن أولوياتها الاستراتيجية، مما يعكس التزاماً مؤسسياً رفيع المستوى بالتخطيط الاستباقي.

البُعد الثاني: آليات الاستجابة الفورية

يُعدّ بُعد الاستجابة الفورية الاختبار الحقيقي لفاعلية منظومة إدارة الأزمات، إذ يُترجم ما تم التخطيط له إلى إجراءات عملية في ظل ظروف بالغة الصعوبة تتسم بضيق الوقت وشح المعلومات وتصادم الضغوط. وتُعرّف الاستجابة الفورية بأنها مجموعة الأنشطة والإجراءات التي تُنفَّذ فور وقوع الأزمة بهدف احتواء الضرر وحماية الأرواح وتقليل المعاناة وضمان استمرارية الخدمات الأساسية. وتتطلب هذه المرحلة قدراً عالياً من السرعة والدقة والتنسيق بين الأطراف المعنية كافة.

وتتمحور الاستجابة الفورية في المؤسسات الصحية حول عدة عناصر مترابطة تبدأ بتفعيل خطة الطوارئ وتنشيط مركز عمليات الطوارئ، وتشمل التقييم السريع للوضع لتحديد نطاق الأزمة وحجم الأضرار واحتياجات الاستجابة، ثم تخصيص الموارد البشرية والمادية وفقاً للأولويات، وتفعيل بروتوكولات الفرز الطبي لتصنيف المرضى حسب خطورة حالاتهم. وقد أبرز Afrihyia et al. (2025) أن الاستجابة الفعالة تتطلب بنية اتصالية متينة تُمكن من تبادل المعلومات في الوقت الحقيقي بين المستويات الإدارية والتنفيذية كافة، مع آليات واضحة للإبلاغ وتحديث خطة الاستجابة وفقاً لتطورات الموقف.

كما أبرزت سالم (2024) الدور المحوري للاتصال في مرحلة الاستجابة الفورية من زاوية إدارة تدفق المعلومات وضبط الشائعات وتوجيه الرسائل المناسبة إلى الفئات المستهدفة، وهو جانب بالغ الأهمية في الأزمات الصحية حيث يمكن أن تؤدي المعلومات المغلوطة إلى تفاقم الأزمة. ويتصل بذلك ما أشار إليه Al-Awlaqi, Dureab و (2022) Tambor من ضرورة تنسيق الاستجابة بين مقدمي الخدمات الصحيين المختلفين ضمن منظومة مجموعات صحية متكاملة، حيث إن التنسيق الفعال يُقلل الفجوات في الاستجابة ويمنع الازدواجية في تقديم الخدمات.

وينبغي أن تتضمن منظومة الاستجابة آليات لتوسيع الطاقة الاستيعابية بسرعة عند الحاجة، سواء من خلال تحويل أقسام غير حرجية إلى مناطق استجابة أو تفعيل اتفاقيات التعاون مع المؤسسات المجاورة. كما تتطلب وجود أنظمة إحالة فعالة ومنظومة نقل طوارئ طبي قادرة على العمل بكفاءة. وقد تناول حسين والربيعاوي (2021) دور مرونة الموارد البشرية في تعزيز فاعلية الاستجابة، حيث إن قدرة المؤسسة على إعادة توزيع كوادرها وتكييف أدوارهم وفقاً لمتطلبات الأزمة تُعدّ عنصراً حاسماً في جودة الاستجابة الفورية.

وتجدر الإشارة إلى أن الاستجابة الفورية الناجحة لا تعتمد فقط على وجود إجراءات مكتوبة بل على ثقافة مؤسسية تُمكن العاملين من اتخاذ قرارات سريعة ضمن صلاحيات واضحة دون انتظار التوجيهات من المستويات الأعلى في كل خطوة، وهو ما يستلزم تفويضاً مدروساً وتمكيناً إدارياً حقيقياً للكوادر العاملة في الخطوط الأمامية.

البُعد الثالث: التعافي وإعادة التشغيل

يُمثّل بُعد التعافي وإعادة التشغيل المرحلة التي تعقب احتواء الأزمة المباشرة، وتهدف إلى إعادة المؤسسة الصحية إلى مستوى أدائها الطبيعي أو الارتقاء به من خلال الاستفادة من الدروس المستخلصة. ولا تُعدّ هذه المرحلة مجرد عودة إلى الوضع السابق بل هي فرصة لإعادة البناء بشكل أفضل وأكثر مرونة، وهو ما يُعبّر عنه في أدبيات المرونة المؤسسية بمفهوم "الارتداد نحو الأمام" الذي يتجاوز مفهوم "الارتداد إلى

الوضع السابق". وتتضمن هذه المرحلة إعادة تشغيل الخدمات المتعطّلة ومعالجة الأعباء المتراكمة وإصلاح الأضرار التي لحقت بالبنية التحتية وتقديم الدعم النفسي للكوادر الصحية.

وتتعدد المستويات الزمنية للتعافي بين تعافٍ قصير المدى يركّز على استعادة الوظائف الحرجة فوراً، وتعافٍ متوسط المدى يستهدف إعادة الخدمات كاملة إلى مستواها الطبيعي، وتعافٍ طويل المدى يتضمن مراجعة شاملة للخطط والسياسات وتعزيز البنية التحتية. ويُعدّ التوثيق المهني للتجربة وتحليل نقاط القوة والضعف عنصراً جوهرياً في هذه المرحلة إذ يُغذي عملية التعلّم المؤسسي.

وقد أكد (Emami et al. (2024 أن تقييم فاعلية القرارات المتخذة خلال الأزمة يُمثّل عنصراً أساسياً في التعافي، ويشمل تحليل الكفاءة وتقييم التكلفة والعائد وتحليل المخاطر والفوائد وتقييم مشروعية القرارات لدى العاملين والمرضى. ويُسهّم هذا التقييم في بناء قاعدة معرفية مؤسسية تُحسّن جودة الاستجابة المستقبلية.

ومن الأبعاد المهمة للتعافي في القطاع الصحي ما أشار إليه (Jaziri (2021 من ضرورة التفكير في تنمية الرأسمال البشري في المجالات الاستراتيجية كالتعليم والرعاية الصحية مع تطوير اتفاقيات تعاون دولية لتبادل المعرفة والتقنية، مما يعكس أن التعافي يمتد إلى الأبعاد المعرفية والتنموية. ويرتبط بذلك ما تناوله (Kanaan (2025 من منظور تقني حول دور التكنولوجيا في تمكين استمرارية العمليات الصحية من خلال أنظمة المعلومات والسجلات الإلكترونية وحلول العمل عن بُعد.

كما أن مرحلة التعافي تستلزم اهتماماً خاصاً بالصحة النفسية للكوادر الصحية التي تعرضت لضغوط استثنائية أثناء الأزمة، فضلاً عن معالجة أي خلل تنظيمي ظهر خلال الاستجابة وتصحيح مساراته. وقد أكد البشري وآخرون (2023) أهمية دور إدارة الموارد البشرية في هذا السياق من حيث إعادة تأهيل الكوادر وتطوير قدراتها وتعويض النقص الذي قد ينشأ نتيجة الأزمة. وتتكامل هذه الجوانب لتُشكّل منظومة تعافٍ شاملة لا تقتصر على الجانب التشغيلي بل تمتد لتشمل الأبعاد البشرية والتنظيمية والتقنية والمعرفية.

البُعد الرابع: التدريب والمحاكاة

يُعدُّ بُعد التدريب والمحاكاة الرافعة التي تُحوّل الخطط النظرية إلى قدرات فعلية قابلة للتطبيق، إذ لا قيمة لأفضل الخطط ما لم يكن العاملون مؤهلين ومدربين على تنفيذها بكفاءة في ظل الضغوط الاستثنائية. ويشمل هذا البُعد تصميم وتنفيذ برامج تدريبية منتظمة للكوادر الصحية والإدارية على مختلف جوانب إدارة الأزمات، إضافة إلى إجراء تمارين محاكاة واقعية تُحاكي سيناريوهات أزمات محتملة لاختبار جاهزية المؤسسة وقدرة فرقها على الاستجابة.

ويتميز التدريب على إدارة الأزمات عن أنماط التدريب التقليدية بعدة خصائص أبرزها التركيز على اتخاذ القرارات تحت الضغط والعمل ضمن فرق متعددة التخصصات والتواصل الفعال في ظروف الطوارئ. وقد أشار Professor (2024) إلى أهمية تطوير نماذج نضج لتوجيه تمارين إدارة الأزمات والاستجابة بين المنظمات، حيث تُمكن هذه النماذج من تقييم مستوى جاهزية المؤسسة وتحديد الفجوات في قدراتها ووضع خطط تطوير تدريبية مستهدفة. ويعكس هذا التوجه إدراكاً بأن التدريب على إدارة الأزمات ينبغي أن يكون منهجياً ومتدرجاً ومبنياً على تقييم موضوعي للقدرات وليس مجرد نشاط عشوائي.

وتتنوع أساليب التدريب والمحاكاة في مجال إدارة الأزمات الصحية لتشمل عدة مستويات. فهناك التدريب النظري الذي يُزوّد العاملين بالمعرفة الأساسية حول مفاهيم إدارة الأزمات وبروتوكولاتها وأدوارهم فيها. ويليه التدريب على المهارات التطبيقية كمهارات الفرز الطبي واستخدام معدات الحماية والإسعاف الأولي المتقدم. ثم تأتي تمارين الطاولة التي تجمع صنّاع القرار لمناقشة سيناريوهات افتراضية وتحليل خيارات الاستجابة دون تنفيذ فعلي، وصولاً إلى تمارين المحاكاة الشاملة التي تُحاكي أزمة واقعية بكامل أبعادها وتستلزم تفعيل الخطط وتحريك الموارد كما لو كانت الأزمة حقيقية.

وقد أكد ALANAZI (2024) أهمية التعاون بين المتخصصين في الإدارة الصحية ومتخصصي الأمن الصحي في تعزيز الاستعداد للطوارئ في المستشفيات السعودية، حيث يتطلب التدريب الفعال تكامل المنظورات المختلفة وتجاوز الحواجز بين التخصصات لبناء فهم مشترك وقدرات تنسيقية عالية. وقد أكد مجاهد (2021) الدور الذي يؤديه الإعلام الصحي في تعزيز الوعي المجتمعي بإدارة الأزمات، مما يشير إلى أن

التدريب والتأهيل لا ينبغي أن يقتصر على الكوادر الصحية فحسب بل يمتد ليشمل التواصل مع المجتمع وهيئته للتعاون الفعال في أوقات الأزمات.

ويُعدّ التقييم البعدي لتمرين المحاكاة عنصراً لا يقل أهمية عن التمرين ذاته، إذ يُتيح تحديد نقاط القوة والضعف في الاستجابة واستخلاص الدروس وتحديث الخطط وفقاً لذلك. وينبغي أن يكون هذا التقييم منهجياً وموثقاً ويُشرك جميع المشاركين في التمرين لضمان شموليته ودقته. كما ينبغي أن تتسم برامج التدريب بالاستمرارية والانتظام وليس الموسمية، وأن تُحدّث محتوياتها دورياً لتعكس المخاطر المستجدة والتطورات في أفضل الممارسات.

6.1.2 استراتيجيات إدارة الأزمات والكوارث في القطاع الصحي

يتطلب التطبيق الفعال لخطط إدارة الأزمات والكوارث تبني مجموعة من الاستراتيجيات المتكاملة التي تُوجّه عملية التخطيط والتنفيذ والتقييم. وتباين هذه الاستراتيجيات وفقاً لطبيعة الأزمة ومرحلتها والسياق المؤسسي والبيئي الذي تعمل فيه المنظمة الصحية، إلا أنها تشترك في هدف محوري يتمثل في تعزيز قدرة المؤسسة على حماية أرواح المرضى والعاملين والحفاظ على استمرارية الخدمات.

وتُمثّل استراتيجية الحوكمة متعددة المستويات أحد أبرز التوجهات الاستراتيجية في هذا المجال. وقد تبنت المملكة العربية السعودية هذا النموذج من خلال إطار ثلاثي المستويات يشمل المستوى الاستراتيجي بقيادة مجلس الوزراء الذي يتولى التخطيط الاستراتيجي والرقابة العامة، والمستوى التشغيلي بإدارة وزارة الصحة والجهات المالية والتنظيمية، والمستوى التكتيكي عبر الإمارات والجهات التنفيذية الميدانية. (Jaziri, 2021) ويُتيح هذا النموذج توزيع المسؤوليات بشكل واضح مع ضمان التنسيق الفعال بين المستويات المختلفة.

كما تبرز استراتيجية التنسيق بين القطاعات بوصفها ركيزة أساسية في إدارة الأزمات الصحية التي تتطلب بطبيعتها تضامراً جهود جهات متعددة تتجاوز حدود القطاع الصحي. وقد أكد Gooding et al. (2022) أن تعزيز الشراكة والتنسيق في الاستعداد والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية يستلزم بناء آليات

مؤسسية دائمة للتنسيق وليس مجرد ترتيبات مؤقتة تُفعل عند وقوع الأزمة. ويتكامل مع ذلك ما أشار إليه Wang et al. (2022) من أن التعاون عبر القطاعات الحكومية يُعدّ محركاً أساسياً لفاعلية استراتيجيات إدارة الطوارئ الصحية العامة.

وتحتل استراتيجية توظيف التقنية والذكاء الاصطناعي بأهمية متزايدة في ظل التحول الرقمي الذي يشهده القطاع الصحي. وقد تناول الشامسي (2024) دور الذكاء الاصطناعي في تدبير الأزمات والكوارث من حيث قدرته على تحليل كميات ضخمة من البيانات في وقت قياسي وتقديم نماذج تنبؤية تُساعد صنّاع القرار، مما يُعزّز قدرة المؤسسة على الاستباق والاستجابة السريعة. كما أشار Kanaan (2025) إلى أهمية إدارة المخاطر الأمنية والتشغيلية المدعومة بالتقنية في ضمان استمرارية الأعمال في القطاع الصحي السعودي.

وتبرز أيضاً استراتيجية بناء المرونة المؤسسية بوصفها توجهاً استراتيجياً يتجاوز المقاربة التقليدية لإدارة الأزمات التي تركز على الاستجابة والتعافي، نحو بناء قدرة المنظمة على التكيف المستمر مع التهديدات المتغيرة. وقد أكد Emami et al. (2024) أن المرونة المؤسسية في الأنظمة الصحية تقوم على أربع قدرات محورية هي الرصد والاستباق والتعرف والتعلم، وأن تعزيز هذه القدرات يتطلب تطوير خصائص مؤسسية تتضمن أنظمة رقابة فعّالة وثقافة تنظيمية داعمة وقيادة مرنة وموارد بشرية مؤهلة. وقد أضاف Mizrak (2024) أن استراتيجيات بناء المرونة ينبغي أن تتكامل مع استراتيجيات التخفيف من المخاطر لتشكيل منظومة شاملة تُعزّز قدرة المنظمة على الصمود والتعافي.

وتتعلق الاستراتيجية الأخيرة ببناء رأس المال البشري وتطوير القدرات المؤسسية، إذ إن فاعلية أي خطة لإدارة الأزمات تتوقف في نهاية المطاف على كفاءة الكوادر البشرية المكلفة بتنفيذها. وقد أشار البشري وآخرون (2023) إلى الدور المحوري لإدارة الموارد البشرية في إدارة الأزمات من حيث استقطاب الكفاءات وتطويرها وتحفيزها والاحتفاظ بها. كما أكدت محمد (2024) أن الكفاءات الإدارية تُشكّل عاملاً حاسماً في فاعلية إدارة الأزمات من خلال قدرة المديرين على التحليل السريع للمواقف واتخاذ القرارات الملائمة وتنسيق الجهود وتخصيص الموارد.

ويُلاحظ أن هذه الاستراتيجيات لا تعمل بمعزل عن بعضها بل تتشابك وتتكامل لتُشكّل منظومة استراتيجية متماسكة تُعزّز جاهزية المؤسسة الصحية لمواجهة الأزمات والكوارث بمختلف أنواعها وأحجامها. كما أن فاعلية هذه الاستراتيجيات تتوقف على مدى ملاءمتها للسياق المحلي وقدرتها على التكيف مع خصوصيات البيئة التي تعمل فيها المؤسسة، وهو ما يجعل تطبيقها في تجمّع الرياض الصحي الأول يتطلب مراعاة الخصائص الفريدة لهذا التجمع من حيث حجمه الكبير وتنوع خدماته وكثافة المستفيدين منه، إذ يقدم خدماته لأكثر من 3.9 مليون مستفيد عبر 157 مركزاً للرعاية الأولية و18 مستشفى عاماً وتخصصياً بطاقة سريرية تصل إلى 4000 سرير.

المبحث الثاني: الجاهزية المؤسسية لتجمع الرياض الصحي الأول

1.2.2 تمهيد

تُعدّ الجاهزية المؤسسية من المفاهيم المحورية التي برزت بقوة في أدبيات الإدارة الصحية خلال العقدين الأخيرين، ولا سيما بعد أن كشفت الأزمات الصحية المتعاقبة عن فجوات عميقة في استعداد كثير من المنظومات الصحية حول العالم لمواجهة التحديات غير المتوقعة. وقد أعادت جائحة كوفيد-19 تحديداً تشكيل فهم المجتمع الدولي لمعنى الجاهزية، إذ تبين أن امتلاك البنية التحتية وحده لا يكفي ما لم يقترن بقدرات تنظيمية وبشرية وتقنية متكاملة تُمكن المؤسسة من توظيف مواردها بفاعلية في ظل الظروف الاستثنائية. وفي السياق السعودي، يكتسب مفهوم الجاهزية أهمية استثنائية في ضوء التحول الهيكلي الذي يشهده القطاع الصحي ضمن رؤية المملكة 2030، حيث أنشئت التجمعات الصحية بوصفها منظومات متكاملة تسعى إلى تقديم رعاية صحية شاملة وفق أعلى معايير الجودة والكفاءة. ويُمثل تجمع الرياض الصحي الأول أحد أكبر هذه التجمعات وأكثرها تعقيداً من حيث حجم المستفيدين وتنوع الخدمات وامتداد البنية التحتية، مما يجعل تعزيز جاهزيته أولوية استراتيجية لا تحتمل التأجيل. ويتناول هذا المبحث المتغير التابع للدراسة المتمثل في "جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول" من خلال التأصيل المفاهيمي واستعراض الأهمية والأهداف، ثم التعريف بتجمع الرياض الصحي الأول وخصائصه، وصولاً إلى أبعاد الجاهزية ومؤشرات قياسها واستراتيجيات تعزيزها.

2.2.2 مفهوم الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي

شغل مفهوم الجاهزية المؤسسية حيزاً واسعاً من اهتمام الباحثين في حقول الإدارة الصحية والصحة العامة وإدارة الطوارئ، وقد أفضى ذلك إلى تعدد التعريفات التي عكست تنوع المنطلقات الفكرية والسياقات التطبيقية التي انبثق منها كل تعريف. ويتراوح المفهوم بين التركيز على الجانب التقني والتشغيلي من جهة، والتركيز على الجانب المؤسسي والاستراتيجي الشامل من جهة أخرى، مما يُثري الفهم النظري ويُتيح تناول الجاهزية من زوايا متعددة ومتكاملة.

فقد عرّف (2025) El-Jardali الجاهزية لحالات الطوارئ في سياق الأنظمة الصحية بأنها قدرة النظام الصحي على الاستعداد للصدمات والضغوط والاستجابة لها والتعافي منها مع الحفاظ على وظائفه الأساسية وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية. ويتميز هذا التعريف بربطه بين الجاهزية ومفهوم المرونة الصحية، حيث لا تُختزل الجاهزية في مجرد الاستعداد المسبق بل تمتد لتشمل القدرة على التكيف والتعافي، مما يجعلها مفهوماً ديناميكياً ومتعدد المراحل وليس حالة ثابتة.

ومن منظور أكثر تركيزاً على البعد العملياتي في المؤسسات الصحية، تناول (2024) ALANAZI الجاهزية للطوارئ في المستشفيات من زاوية التعاون بين متخصصي الإدارة الصحية ومتخصصي الأمن الصحي، حيث يُفهم المفهوم ضمناً بوصفه حالة مؤسسية متكاملة تتضمن توفر الكوادر المؤهلة والبروتوكولات الواضحة والتجهيزات الملائمة وآليات التنسيق الفعّالة التي تُمكن المستشفى من الاستجابة الفورية والفعّالة لأي حالة طوارئ. ويُضيف هذا المنظور أهمية البعد التعاوني بين التخصصات المختلفة بوصفه شرطاً جوهرياً للجاهزية الحقيقية.

أما (2025) Afrihyia et al. فقد تناولوا المفهوم من زاوية الصحة العامة والاستعداد لحالات الطوارئ الصحية، حيث عُرِّفت الجاهزية بأنها قدرة المنظومة الصحية على مواجهة التهديدات الناشئة من خلال استراتيجيات وطنية محكمة تشمل التخطيط والتدريب وبناء القدرات والتنسيق بين الجهات المعنية. ويُبرز هذا التعريف البعد الاستراتيجي الوطني للجاهزية الذي يتجاوز المؤسسة الصحية الواحدة ليشمل المنظومة بأكملها.

وقد أسهم (2018) Kruk et al. في إثراء المفهوم من خلال تناول الجاهزية ضمن إطار أشمل هو "الأنظمة الصحية عالية الجودة"، حيث تُعدّ المرونة والقدرة على الاستجابة لاحتياجات السكان المتغيرة ركيزة أساسية من ركائز جودة النظام الصحي. وبذلك تتحول الجاهزية من مفهوم مرتبط بالطوارئ حصرياً إلى سمة مؤسسية دائمة تعكس نضج النظام الصحي وقدرته على تقديم رعاية عالية الجودة في جميع الظروف.

كما تناول Filip et al. (2022) المفهوم من زاوية التحديات العالمية التي فرضتها جائحة كوفيد-19 على أنظمة الرعاية الصحية العامة، حيث تبين أن الجاهزية الحقيقية تستلزم ليس فقط توفر الموارد المادية بل أيضاً القدرة على إعادة تنظيم تدفقات العمل الطبي وتكييف نماذج تقديم الخدمة وحماية الكوادر الصحية والحفاظ على قدرة المنشآت الصحية على تقديم الرعاية غير المرتبطة بالأزمة ذاتها.

وفي ضوء ما طُرح من منظورات متعددة، تناولت ستو ودربال (2022) مفهوماً مقارباً من خلال مدخل الرقابة الاستراتيجية، حيث تُفهم الجاهزية في هذا السياق بوصفها قدرة المؤسسة على الاستشعار المبكر للتغيرات البيئية والاستجابة لها بسرعة ومرونة مع الحفاظ على تحقيق أهدافها الاستراتيجية. ويُضيف هذا المنظور بُعد المرونة الاستراتيجية الذي يتجاوز الجاهزية التشغيلية نحو القدرة على إعادة توجيه المؤسسة بأكملها عند الضرورة.

وبالنظر في مجمل هذه التعريفات والمنظورات، يرى الباحث أن الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي يمكن تعريفها بأنها: الحالة المؤسسية المتكاملة التي يمتلك فيها التجمع الصحي القدرات التنظيمية والبشرية والتقنية والتشغيلية اللازمة للتنبؤ بالأزمات والكوارث المحتملة والاستعداد لها والاستجابة الفعالة عند وقوعها والتعافي السريع من تداعياتها، مع الحفاظ على استمرارية تقديم الخدمات الصحية بجودة مقبولة وحماية سلامة المرضى والعاملين، وتطوير قدرات المؤسسة باستمرار في ضوء الدروس المستفادة والتهديدات المستجدة. ويتبنى هذا التعريف مقاربة شمولية تجمع بين الأبعاد الاستراتيجية المتعلقة بتوفر الموارد والإجراءات والأبعاد الديناميكية المتعلقة بالقدرة على التكيف والتعلم والتطوير المستمر.

3.2.2 أهمية الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي

تستمد الجاهزية المؤسسية أهميتها في القطاع الصحي من عدة اعتبارات جوهرية تتصل بطبيعة هذا القطاع ورسالته وحساسية الخدمات التي يقدمها. فالمؤسسات الصحية تتحمل مسؤولية مباشرة عن حياة البشر وصحتهم، وأي تراجع في جاهزيتها ينعكس فوراً في صورة معاناة بشرية وخسائر في الأرواح لا يمكن تعويضها. ولذلك فإن الجاهزية ليست ترفاً إدارياً بل هي واجب أخلاقي ومهني ومؤسسي في آن واحد.

ويشير (Kruk et al. 2018) إلى أن أهمية الجاهزية المؤسسية تتجلى في عدة أبعاد محورية:

1. الحدّ من الوفيات الناجمة عن قصور الأنظمة الصحية: إذ إن ملايين الوفيات سنوياً في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل ترتبط بحالات كان يمكن علاجها لو توفرت أنظمة صحية أكثر جاهزية وجودة. ويتفاقم هذا العبء خلال الأزمات حين تتراجع قدرة المنشآت الصحية على تقديم الرعاية الاعتيادية والطارئة معاً، مما يجعل الجاهزية المسبقة عاملاً حاسماً في تقليل الوفيات.
2. تعزيز ثقة المجتمع في النظام الصحي: فالجاهزية المؤسسية تُترجم إلى قدرة مرئية على تقديم الخدمات بكفاءة حتى في أصعب الظروف، مما يُعزّز ثقة المواطنين ويُشجّعهم على التعاون مع المنظومة الصحية والالتزام بتوجيهاتها خلال الأزمات وخارجها.
3. تحقيق العائد الاقتصادي من الاستثمار الصحي: حيث إن الأنظمة الصحية الجاهزة تُقلّل الهدر الناتج عن الاستجابات العشوائية وتُحسّن كفاءة تخصيص الموارد، فضلاً عن أنها تُسهم في تقليل الخسائر الاقتصادية الناجمة عن الأزمات من خلال احتوائها بسرعة وفعالية.
4. ضمان العدالة في تقديم الخدمات الصحية: إذ إن الفئات الأكثر هشاشة في المجتمع هي الأشد تأثراً بتراجع جاهزية المنظومة الصحية، والمؤسسة الجاهزة تضمن وصول الخدمات إلى جميع شرائح المجتمع بما في ذلك الأكثر ضعفاً.

ويرى (El-Jardali 2025) أن أهمية الجاهزية تتعاظم في ضوء الطبيعة المتغيرة والمتصاعدة للتهديدات الصحية:

1. تزايد وتيرة الأوبئة والتهديدات الصحية العابرة للحدود: مما يفرض على المؤسسات الصحية أن تكون في حالة استعداد دائم وليس فقط عند ظهور مؤشرات أزمة وشيكة، وأن تمتلك أدوات تقييم منتظمة لمستوى جاهزيتها.
2. تعقّد الأنظمة الصحية المعاصرة: إذ إن اعتماد المؤسسات الصحية على بنى تحتية تقنية ولوجستية معقدة يجعلها أكثر عرضة لأنماط متنوعة من الاضطرابات، مما يستلزم جاهزية متعددة الأبعاد تشمل الأبعاد التقنية والسيبرانية إلى جانب الأبعاد الصحية والتشغيلية.

3. ارتفاع توقعات المجتمعات من أنظمتها الصحية :حيث لم يعد مقبولاً أن تُبرّر المؤسسات الصحية تراجع خدماتها بوقوع أزمة، بل أصبح المجتمع يتوقع من المنظومة الصحية القدرة على الاستمرار في تقديم خدماتها بجودة مقبولة حتى في أشد الظروف.

كما يُبرز Mani و Goniewicz (2024) أهمية خاصة للجاهزية في السياق السعودي تتمثل في ارتباطها الوثيق بأهداف رؤية المملكة 2030 التي تسعى إلى تحويل القطاع الصحي وتعزيز قدراته ليكون قادراً على تقديم رعاية صحية شاملة وعالية الجودة. ويُعدّ تعزيز جاهزية التجمعات الصحية ركيزة أساسية لتحقيق هذه الرؤية، إذ إن التجمعات الصحية تمثل النموذج المؤسسي الجديد الذي يتطلب بناء قدرات شاملة تتناسب مع حجم المسؤوليات الملقاة على عاتقها.

ويُضيف Soyege et al. (2024) بُعداً يتعلق بالأمن الصحي الوطني، حيث إن جاهزية المؤسسات الصحية تمثل عنصراً أساسياً من عناصر الأمن القومي في مواجهة التهديدات البيولوجية والأوبئة، مما يرفع مستوى أهمية الجاهزية من الشأن المؤسسي إلى الشأن الوطني الاستراتيجي.

4.2.2 أهداف تعزيز الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي

يسعى تعزيز الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف المتشابهة التي تعكس الطبيعة المركبة لهذا المفهوم وارتباطه بمختلف جوانب الأداء المؤسسي. وتتوزع هذه الأهداف بين ما هو وقائي واستباقي وما هو تشغيلي آني وما هو تطويري طويل المدى، مما يؤكد أن الجاهزية ليست هدفاً نهائياً بل عملية مستمرة.

فقد حدّد El-Jardali (2025) جملة من الأهداف المرتبطة بتعزيز الجاهزية والمرونة في الأنظمة الصحية تشمل:

- تطوير أدوات تقييم موثوقة وصالحة لقياس مستوى الجاهزية بشكل منتظم وتحديد الفجوات بدقة.
- بناء قدرة النظام الصحي على استيعاب الصدمات دون تدهور جوهري في مستوى الخدمات المقدمة.

- تعزيز القدرة على التكيف السريع مع الظروف المتغيرة وإعادة تنظيم الموارد والعمليات وفقاً لمتطلبات الموقف.

- ضمان استدامة التحسين من خلال حلقات تغذية راجعة مؤسسية تربط بين التقييم والتخطيط والتنفيذ.

ومن منظور يركّز على التطبيق في المستشفيات السعودية، يرى (ALANAZI (2024 أن الأهداف تتضمن:

- تعزيز التعاون بين التخصصات المختلفة داخل المؤسسة الصحية لتحقيق استجابة متكاملة وشاملة.
- رفع مستوى الوعي والمعرفة لدى جميع العاملين بأدوارهم ومسؤولياتهم في حالات الطوارئ.
- تحسين البنية التحتية والتجهيزات لتلبية متطلبات الاستجابة للطوارئ وفقاً للمعايير المعتمدة.

كما يرى (Gooding et al. (2022 أن تعزيز الجاهزية يهدف إلى:

- بناء شراكات فاعلة بين مكونات النظام الصحي وعبر القطاعات المختلفة تُسهم في رفع القدرة الجماعية على الاستجابة.
- تطوير آليات مؤسسية للتعلّم من التجارب السابقة وتحويل الدروس المستفادة إلى ممارسات مؤسسية دائمة.
- تحقيق التوازن بين الاستعداد للطوارئ والحفاظ على جودة الخدمات الاعتيادية.

ويُضيف (Emami et al. (2024 أهدافاً ذات طابع استراتيجي تشمل:

- بناء قدرات الرصد والاستباق التي تُمكن المؤسسة من اكتشاف التهديدات المحتملة قبل تحولها إلى أزمات.
- تطوير منظومة التعلّم المؤسسي التي تُغذي التحسين المستمر للجاهزية من خلال توثيق التجارب وتحليلها.
- تعزيز قدرة اتخاذ القرار في ظل عدم اليقين من خلال بناء أنظمة معلومات دقيقة وآليات تحليل موثوقة.

ويُلاحظ من مجمل هذه الأهداف تكاملها وتراكميتها، إذ يُسهم تحقيق كل هدف في تعزيز الأهداف الأخرى ضمن منظومة متماسكة تهدف في نهاية المطاف إلى تمكين المؤسسة الصحية من أداء رسالتها الجوهرية في حماية صحة المجتمع وسلامته في جميع الظروف.

5.2.2 تجمع الرياض الصحي الأول — النشأة والخصائص والسياق المؤسسي

يُمثّل تجمع الرياض الصحي الأول أحد أبرز مخرجات التحول الهيكلي في القطاع الصحي السعودي الذي انطلق ضمن رؤية المملكة 2030 وبرنامج التحول الوطني. وقد جاء تأسيس التجمعات الصحية في إطار التوجه نحو فصل مهام التخطيط والتنظيم عن مهام تقديم الخدمة، حيث تُمثّل التجمعات الصحية منظومات متكاملة لتقديم الرعاية تجمع تحت مظلة واحدة مستشفيات ومراكز رعاية أولية ومرافق صحية متنوعة ضمن نطاق جغرافي محدد، بما يُحقق التكامل في تقديم الخدمات ويُحسّن كفاءة استخدام الموارد.

ويقدم تجمع الرياض الصحي الأول خدماته لأكثر من 3.9 مليون مستفيد من خلال 157 مركزاً للرعاية الصحية الأولية ومدينة طبية واحدة و18 مستشفى عاماً وتخصصياً بطاقة سريرية إجمالية تصل إلى نحو 4000 سرير. ويشمل نطاق خدماته الرعاية الافتراضية والرعاية التخصصية والرعاية الأولية والرعاية المنزلية، مما يعكس تنوعاً في مستويات تقديم الخدمة وشمولية في تغطية الاحتياجات الصحية للمستفيدين.

وقد تناول (Alomari (2021 مستوى المعرفة بنموذج الرعاية الجديد لدى العاملين في تجمع الرياض الصحي الأول بوزارة الصحة السعودية، حيث ركّز على مدى استيعاب الكوادر الصحية والإدارية لمنظومة التحول المؤسسي الجديدة ومتطلباتها من الناحية المعرفية والمهارية. ويُقدّم هذا المنظور دلالة مهمة على أن جاهزية التجمع لا تتوقف على البنية التحتية المادية فحسب بل ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمستوى فهم العاملين للنموذج المؤسسي الجديد واستعدادهم للعمل ضمن متطلباته.

ويفرض الحجم الكبير لتجمع الرياض الصحي الأول وتنوع مرافقه وكثافة المستفيدين منه تحديات فريدة من حيث الجاهزية المؤسسية. فالتنسيق بين 18 مستشفى و157 مركزاً للرعاية الأولية

يتطلب أنظمة اتصال وتنسيق متطورة وبروتوكولات موحدة وقيادة مركزية قادرة على إدارة منظومة بهذا التعقيد في الظروف الاعتيادية والطائرة على حد سواء. كما أن خدمة أكثر من 3.9 مليون مستفيد تعني أن أي أزمة تطال التجمع ستكون واسعة التأثير وستتطلب قدرات استجابة استثنائية.

وقد أشار Mani و (2024) Goniewicz إلى أن التحول في القطاع الصحي السعودي ضمن رؤية 2030 يشمل تطوير البنية التحتية وتبني الابتكار الرقمي وتمكين القوى العاملة وتعزيز مبادرات الصحة العامة والارتقاء بجودة الرعاية وسلامة المرضى، وهي جميعاً عناصر تتصل مباشرة بمفهوم الجاهزية المؤسسية الشاملة. ويعني ذلك أن تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول يتقاطع مع مجمل أهداف التحول الصحي ولا يمكن فصله عنها.

6.2.2 أبعاد الجاهزية المؤسسية ومؤشرات قياسها

إن قياس الجاهزية المؤسسية يتطلب تحديد أبعاد واضحة ومؤشرات قابلة للقياس تعكس مختلف جوانب استعداد المؤسسة الصحية. وقد تم تحديد هذه الأبعاد بناءً على مراجعة الأدبيات ذات الصلة، ولا سيما ما ورد في دراسة (2025) El-Jardali التي طوّرت أداة لتقييم الجاهزية والمرونة في الأنظمة الصحية، ودراسة (2024) ALANAZI التي تناولت تعزيز الاستعداد للطوارئ في المستشفيات السعودية، ودراسة (2018) Kruk et al. التي قدّمت إطاراً شاملاً للأنظمة الصحية عالية الجودة، ودراسة (2024) Emami et al. التي بنت إطاراً لمرونة الأنظمة الصحية في مواجهة الأزمات. وتتضمن أبعاد الجاهزية في هذه الدراسة ما يلي:

البُعد الأول: الجاهزية التنظيمية والإدارية

يُعدّ هذا البعد الركيزة الأولى للجاهزية المؤسسية ويتعلق بمدى توفر الهياكل التنظيمية والسياسات والإجراءات والبروتوكولات اللازمة للتعامل مع الأزمات والكوارث. ويتضمن وجود هيكل قيادي واضح لإدارة الطوارئ مع تحديد دقيق لسلسلة القيادة واتخاذ القرار، ووجود خطط طوارئ مكتوبة

ومحدّثة تشمل سيناريوهات متعددة، وتوفر سياسات وإجراءات تشغيل معيارية لمختلف أنواع الطوارئ، فضلاً عن وجود آليات واضحة للتنسيق الداخلي والخارجي.

وقد أكد (El-Jardali (2025) أن الحوكمة الرشيدة تمثل أساساً لجاهزية النظام الصحي ومرونته، إذ تشمل الالتزام السياسي وإدارة التغيير والتنظيم والمعايير والسياسات المنظمة للقطاعين العام والخاص ومؤسسات المساءلة وآليات التعلّم والتحسين. ويعني ذلك أن الجاهزية التنظيمية لا تُختزل في وجود الخطط الورقية بل تتطلب بيئة حوكمة شاملة تُمكن من تنفيذ هذه الخطط بفاعلية.

وفي سياق التجمعات الصحية السعودية، يكتسب هذا البعد أهمية خاصة نظراً لحدّة النموذج المؤسسي والحاجة إلى بناء هياكل تنظيمية ناضجة تتلاءم مع حجم المسؤوليات وتعقّد العمليات. وقد أشار (Alomari (2021 إلى أهمية فهم العاملين لنموذج الرعاية الجديد ومتطلباته التنظيمية بوصفه شرطاً أساسياً لفاعلية الترتيبات المؤسسية الجديدة.

البُعد الثاني: الجاهزية البشرية والكوادر

يرتبط هذا البعد بمدى توفر الكوادر الصحية والإدارية المؤهلة والمدربة على التعامل مع الأزمات والكوارث، ويشمل الكفاية العددية والتوزيع المناسب للكوادر ومستوى تأهيلها وتدريبها على بروتوكولات الطوارئ وقدرتها على العمل ضمن فرق متعددة التخصصات تحت الضغط. كما يتضمن وجود خطط لتعبئة كوادر إضافية عند الحاجة وآليات لحماية العاملين جسدياً ونفسياً خلال الأزمات.

وقد تناول حسين والربيعاوي (2021) دور مرونة الموارد البشرية في إدارة الأزمات، حيث أشارا إلى أن قدرة المؤسسة على إعادة توزيع كوادرها وتكييف أدوارهم وفقاً لمتطلبات الأزمة تُعدّ عنصراً حاسماً في تحديد مستوى جاهزيتها. ويتكامل هذا المنظور مع ما أكدّه البشري وآخرون (2023) من أن إدارة الموارد البشرية تلعب دوراً محورياً في إدارة الأزمات من خلال استقطاب الكفاءات وتطويرها وتحفيزها والاحتفاظ بها وتوفير بيئة عمل داعمة.

ويُشير Filip et al. (2022) إلى أن جائحة كوفيد-19 كشفت عن تحديات جوهرية في جاهزية الكوادر الصحية عالمياً، حيث عانى كثير من المرافق الصحية من نقص في الأطباء والممرضين المدربين على التعامل مع الأوبئة، فضلاً عن ارتفاع معدلات الإنهاك والإصابة بين العاملين مما أدى إلى تراجع القدرة الاستجابية. ويؤكد ذلك أن الاستثمار في الجاهزية البشرية لا يقتصر على التدريب التقني بل يمتد إلى بناء المرونة النفسية وتوفير أنظمة الدعم والحماية.

البُعد الثالث: الجاهزية التقنية والبنية التحتية

يتناول هذا البعد مدى توفر البنية التحتية المادية والتقنية اللازمة للاستجابة للأزمات والكوارث، ويشمل تجهيزات المرافق الصحية ومعداتنا الطبية وأنظمة المعلومات والاتصالات ومخزون المستلزمات الطبية وأنظمة الطاقة البديلة والمنشآت المخصصة لحالات الطوارئ. كما يتضمن مدى اعتماد المؤسسة على حلول تقنية حديثة كالسجلات الطبية الإلكترونية وأنظمة الإنذار المبكر ومنصات التطبيب عن بُعد.

وقد أبرز Kanaan (2025) أهمية التوجه نحو إدارة استمرارية الأعمال المدعومة بالتقنية في القطاع الصحي السعودي، حيث إن الاعتماد المتزايد على الأنظمة الرقمية يفرض ضرورة تأمين هذه الأنظمة وضمان استمراريته خلال الأزمات من خلال خطط احتياطية وأنظمة نسخ بديلة وبروتوكولات حماية سيبرانية. كما أشار الشامسي (2024) إلى الدور المتنامي للذكاء الاصطناعي في تعزيز الجاهزية التقنية من خلال قدرته على تحليل البيانات الضخمة وتقديم نماذج تنبؤية وأتمتة بعض عمليات الاستجابة.

ويُضيف Mani و Goniewicz (2024) أن التحول الرقمي في القطاع الصحي السعودي ضمن رؤية 2030 يتضمن تبني تقنيات الصحة الرقمية والسجلات الصحية الإلكترونية والتطبيب عن بُعد والذكاء الاصطناعي، وهي جميعاً أدوات تُعزّز الجاهزية التقنية إذا ما تم تأمينها وتدريب الكوادر على استخدامها بفاعلية.

البُعد الرابع: الجاهزية التشغيلية واستمرارية الخدمات

يتعلق هذا البعد بقدرة المؤسسة الصحية على الحفاظ على استمرارية عملياتها وخدماتها الأساسية خلال الأزمات وبعدها. ويشمل وجود خطط لاستمرارية الأعمال تُحدّد الخدمات الحرجة وترتيب أولوياتها، وتوفير بدائل تشغيلية لكل خدمة أساسية، ووجود أنظمة إحالة فاعلة وقدرة على توسيع الطاقة الاستيعابية عند الحاجة، فضلاً عن وجود مخزون استراتيجي كافٍ من الأدوية والمستلزمات.

وقد تناول خميس وحمد (2024) العلاقة بين إدارة الأزمات وتحسين الأداء المؤسسي في القطاع الصحي، مما يؤكد أن الجاهزية التشغيلية لا تقتصر على أوقات الأزمات بل تنعكس على كفاءة العمليات اليومية. كما أشار Al-Awlaqi, Dureab و Tambor (2022) إلى أهمية التنسيق بين مقدمي الخدمات الصحيين ضمن المنظومة لضمان استمرارية تدفق المرضى وعدم انقطاع سلسلة الرعاية.

ويرتبط بهذا البعد أيضاً ما أبرزه Emami et al. (2024) من ضرورة وجود آليات رصد مستمرة لمؤشرات الأداء التشغيلي خلال الأزمات، بحيث تتمكن القيادة من اتخاذ قرارات مبنية على بيانات دقيقة وأنية حول وضع المنشآت وقدراتها ومواردها المتاحة.

7.2.2 استراتيجيات تعزيز الجاهزية المؤسسية

يتطلب الارتقاء بمستوى الجاهزية المؤسسية تبني استراتيجيات شاملة ومتكاملة تعمل على مختلف المستويات وتُغذّي بعضها البعض في حلقة تحسين مستمرة. وتتنوع هذه الاستراتيجيات وفقاً لطبيعة التحديات والسياق المؤسسي والبيئي.

وتمثل استراتيجيات التقييم الدوري والمنتظم نقطة الانطلاق لأي جهد لتعزيز الجاهزية. فقد أكد El-Jardali (2025) أهمية تطوير أدوات تقييم شاملة وموثوقة لقياس مستوى الاستعداد والمرونة في الأنظمة الصحية، بحيث تُمكن هذه الأدوات من تحديد الفجوات بدقة ووضع خطط تطوير مستهدفة. ويتضمن ذلك إجراء تقييمات ذاتية منتظمة إلى جانب مراجعات خارجية مستقلة، مع استخدام مؤشرات أداء واضحة وقابلة للقياس.

كما تبرز استراتيجية بناء ثقافة مؤسسية داعمة للجاهزية، حيث إن القيم والمعتقدات والممارسات السائدة في المؤسسة تُشكّل البيئة التي تعمل فيها خطط إدارة الأزمات. وقد أشار Kruk et al. (2018) إلى أن الأنظمة الصحية عالية الجودة تتطلب قيادة تُلهم وتُرسّخ قيم التميز والمهنية التي تُشكّل حجر الأساس للرعاية الصحية الجيدة. ويعني ذلك أن الجاهزية لا تتحقق بالإجراءات وحدها بل تحتاج إلى بيئة ثقافية تُقدّر الاستعداد والتعلّم المستمر والعمل الجماعي.

وتحظى استراتيجية الاستثمار في التدريب المستمر وتمارين المحاكاة بأهمية بالغة، إذ أكد Professor (2024) أن تمارين إدارة الأزمات والاستجابة بين المنظمات تُسهم في رفع مستوى النضج المؤسسي وتحسين التنسيق بين الجهات المختلفة. وينبغي أن تكون هذه التمارين منتظمة ومتدرجة في تعقيدها وشاملة لجميع المستويات الإدارية والتنفيذية، مع التركيز على التقييم البعدي واستخلاص الدروس.

كذلك تُعدّ استراتيجية تعزيز التنسيق والشراكات من الاستراتيجيات الجوهرية، حيث أكد Wang et al. (2022) أن فاعلية استراتيجيات إدارة الطوارئ الصحية العامة تعتمد بشكل كبير على مستوى التعاون عبر القطاعات الحكومية المختلفة. ويتكامل مع ذلك ما أشار إليه Gooding et al. (2022) من ضرورة بناء شراكات مستدامة بين مكونات النظام الصحي وعبر القطاعات الأخرى لتعزيز القدرة الجماعية على الاستجابة.

وتبرز أخيراً استراتيجية التحول الرقمي وتوظيف التقنية بوصفها رافعة لتعزيز الجاهزية على مختلف الأصعدة. ويتجاوز هذا التوجه مجرد اقتناء التقنيات الحديثة ليشمل دمجها في العمليات اليومية والطارئة وتدريب الكوادر على استخدامها وتأمينها وضمان استمراريته. وقد أكد Kanaan (2025) أن التوجه نحو إدارة استمرارية الأعمال المدعومة بالتقنية في القطاع الصحي السعودي يُمثّل خطوة استراتيجية نحو تعزيز الجاهزية الشاملة، لا سيما في ظل التهديدات السيبرانية المتزايدة التي تستهدف الأنظمة الصحية الرقمية.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

1.3 تمهيد

حرص الباحث على انتقاء الإجراءات المنهجية الأكثر ملاءمة لطبيعة الدراسة وأهدافها وفرضياتها، بما يضمن الوصول إلى نتائج دقيقة وموثوقة وقابلة للتعميم ضمن حدود مجتمع الدراسة.

2.3 منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي الذي يُعدّ من أكثر المناهج ملاءمة للدراسات التي تهدف إلى وصف ظاهرة ما وتحليل العلاقات بين متغيراتها وقياس أثر المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة. ويتسم هذا المنهج بقدرته على الجمع بين الوصف الدقيق للواقع القائم والتحليل الكمي للعلاقات بين المتغيرات، مما يُتيح اختبار الفرضيات الإحصائية واستخلاص النتائج المبنية على أدلة رقمية. وقد تم اختيار هذا المنهج لأن الدراسة تسعى إلى قياس أثر خطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها الأربعة (التخطيط الاستباقي، الاستجابة الفورية، التعافي وإعادة التشغيل، التدريب والمحاكاة) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول، وهو ما يتطلب جمع بيانات كمية من عينة ممثلة وتحليلها إحصائياً لاختبار العلاقات السببية المفترضة.

وقد استُخدم أسلوب المسح الميداني بالاستبانة بوصفه الأسلوب الأنسب لجمع البيانات الأولية من عينة الدراسة، نظراً لقدرته على الوصول إلى عدد كبير من المبحوثين في وقت محدود وبتكلفة معقولة، فضلاً عن توفيره لبيانات كمية قابلة للتحليل الإحصائي. كما تم الاعتماد على المصادر الثانوية المتمثلة في الكتب والدوريات العلمية والرسائل الجامعية والتقارير المؤسسية لبناء الإطار النظري للدراسة وتصميم أدواتها.

3.3 مجتمع الدراسة وعينتها

مجتمع الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المناصب الإدارية والإشرافية والقيادية بتجمع الرياض الصحي الأول، ويشمل ذلك مديري المستشفيات ومساعدتهم، ومديري الإدارات والأقسام، ورؤساء الأقسام الطبية والتمريضية والإدارية، ومنسقي الجودة والسلامة، ومسؤولي إدارة الطوارئ والأزمات، وذلك في المستشفيات الثمانية عشر ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمدينة الطبية التابعة للتجمع. وقد تم استهداف هذه الفئة تحديداً لأنها الأكثر اطلاعاً على خطط إدارة الأزمات والكوارث ومستوى الجاهزية المؤسسية بحكم مواقعها الوظيفية ومسؤولياتها الإدارية. ويُقدّر حجم مجتمع الدراسة بنحو (850) فرداً وفقاً للبيانات المتاحة من الإدارة العامة للتجمع.

عينة الدراسة

نظراً لكبر حجم مجتمع الدراسة وتوزعه على عدد كبير من المرافق الصحية، فقد تم اللجوء إلى أسلوب العينة الطبقية العشوائية التناسبية لضمان تمثيل مختلف المستويات الإدارية وأنواع المرافق الصحية. وقد تم تحديد حجم العينة المطلوب باستخدام معادلة ستيفن ثامبسون للعينات من المجتمعات المحدودة، وبتطبيق المعادلة عند مستوى ثقة 95% وهامش خطأ 5% ونسبة توفر الخاصية 50%، بلغ الحد الأدنى المطلوب للعينة (265) مفردة. وقد تم توزيع (320) استبانة لضمان الحصول على عدد كافٍ من الاستجابات الصالحة للتحليل، واستُرد منها (298) استبانة، استُبعد منها (12) استبانة لعدم اكتمال البيانات أو عدم جدية الاستجابة، ليصبح عدد الاستبانات الصالحة للتحليل (286) استبانة بنسبة استرداد صالحة بلغت (89.4%) وهي نسبة مرتفعة ومقبولة إحصائياً.

جدول (1) توزيع الاستبانات

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

4.3 أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة على الاستبانة بوصفها أداة رئيسية لجمع البيانات الأولية، وقد تم تصميمها استناداً إلى الإطار النظري والدراسات السابقة المعتمدة في الدراسة. وقد روعي في تصميم الاستبانة الوضوح والدقة في صياغة الفقرات وملاءمتها لمجتمع الدراسة وشمولها لمختلف أبعاد المتغيرين المستقل والتابع. واعتمد مقياس ليكرت الخماسي في قياس استجابات المبحوثين، حيث تتراوح الإجابات بين (1) بدرجة منخفضة جداً و (5) بدرجة مرتفعة جداً.

وتتكوّن الاستبانة من ثلاثة أقسام رئيسية:

✕ القسم الأول: البيانات الديموغرافية ويتضمن المتغيرات الشخصية والوظيفية للمبحوثين وهي:

النوع، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المستوى الوظيفي، ونوع المرفق الصحي.

✕ القسم الثاني: المتغير المستقل — خطط إدارة الأزمات والكوارث (16 فقرة) ويتضمن أربعة أبعاد

يقيس كل منها بأربع فقرات:

الجدول (2) المتغير المستقل — خطط إدارة الأزمات والكوارث

البُعد	أرقام الفقرات	عدد الفقرات
التخطيط الاستباقي	1 – 2 – 3 – 4	4

4	5 – 6 – 7 – 8	الاستجابة الفورية
4	9 – 10 – 11 – 12	التعافي وإعادة التشغيل
4	13 – 14 – 15 – 16	التدريب والمحاكاة
16	الإجمالي	

☒ القسم الثالث: المتغير التابع — جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول (12 فقرة) ويقيس الجاهزية

المؤسسية بوصفها متغيراً أحادي المحور من خلال 12 فقرة:

الجدول (3) المتغير التابع — جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول

عدد الفقرات	أرقام الفقرات	المتغير
12	17 – 18 – 19 – 20 – 21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 – 27 – 28	جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول

جدول (4) ملخص هيكل أداة الدراسة:

القسم	المحتوى	عدد الفقرات
الأول	البيانات الديموغرافية	5 متغيرات
الثاني	خطط إدارة الأزمات والكوارث (4 أبعاد)	16
الثالث	جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول	12
الإجمالي		28 فقرة + 5 متغيرات ديموغرافية

5.3 صدق أداة الدراسة

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

أ. الصدق الظاهري (صدق المحكّمين)

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على (9) محكّمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في إدارة الأعمال والإدارة الصحية وإدارة الأزمات في عدد من الجامعات السعودية، وذلك لإبداء آرائهم حول مدى وضوح الفقرات وملاءمتها لقياس ما وُضعت لقياسه ومدى انتمائها للبعد الذي تنتهي إليه وسلامة الصياغة اللغوية. وقد تم الأخذ بملاحظات المحكّمين التي حظيت بنسبة اتفاق (80%) فأكثر، وأُجريت التعديلات اللازمة على بعض الفقرات من حيث الصياغة والترتيب، لتستقر الاستبانة في صورتها النهائية على (28) فقرة.

ب. الصدق البنائي

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بُعد من أبعاد المتغير المستقل والدرجة الكلية للمتغير المستقل، وكذلك بين المتغير المستقل الكلي والمتغير التابع، للتحقق من الصدق البنائي للأداة.

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

البُعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التخطيط الاستباقي	0.871	0.000**
الاستجابة الفورية	0.893	0.000**
التعافي وإعادة التشغيل	0.856	0.000**
التدريب والمحاكاة	0.882	0.000**

يتبين من الجدول أن جميع أبعاد المتغير المستقل ترتبط ارتباطاً قوياً ودالاً إحصائياً بالدرجة الكلية للمتغير، مما يؤكد الصدق البنائي لأداة الدراسة وتماسك مكوناتها.

6.3 ثبات أداة الدراسة

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) الذي يقيس مدى الاتساق الداخلي لفقرات الأداة ودرجة ارتباطها ببعضها البعض. وتُعدّ قيم ألفا كرونباخ مقبولة إذا بلغت (0.70) فأكثر، وجيدة إذا تجاوزت (0.80).

جدول (6): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد الدراسة ومتغيراتها

المتغير/ البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
التخطيط الاستباقي	4	0.863
الاستجابة الفورية	4	0.879
التعافي وإعادة التشغيل	4	0.851
التدريب والمحاكاة	4	0.874
المتغير المستقل الكلي (خطط إدارة الأزمات والكوارث)	16	0.937
جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول (المتغير التابع)	12	0.924
الأداة ككل	28	0.951

يتضح من الجدول أن معاملات ألفا كرونباخ لجميع أبعاد الدراسة ومتغيراتها تراوحت بين (0.851) و(0.937) وهي قيم مرتفعة تتجاوز الحد الأدنى المقبول بكثير، كما بلغ معامل الثبات الكلي للأداة (0.951) مما يدل على درجة ثبات عالية جداً تُعزّز الثقة في نتائج الدراسة وقابليتها للتكرار.

7.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

تم حساب مصفوفة ارتباط بيرسون بين جميع أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع للكشف عن طبيعة العلاقات الثنائية بينها وقوتها واتجاهها، وللتحقق من عدم وجود ارتباط مفرط بين المتغيرات المستقلة (Multicollinearity) الذي قد يؤثر سلباً على نتائج تحليل الانحدار.

جدول (7): مصفوفة ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة

التخطيط الاستباقي	الاستجابة الفورية	التعافي وإعادة التشغيل	التدريب والمحاكاة	الجاهزية
التخطيط الاستباقي	1.000			
الاستجابة الفورية	0.674**	1.000		
التعافي وإعادة التشغيل	0.618**	0.697**	1.000	
التدريب والمحاكاة	0.641**	0.659**	0.712**	1.000
الجاهزية	0.723**	0.761**	0.694**	0.738**

**دالة عند مستوى (0.01)

يتبين من مصفوفة الارتباط عدة نتائج مهمة. تُظهر المصفوفة أن جميع أبعاد المتغير المستقل ترتبط ارتباطاً طردياً قوياً ودالاً إحصائياً بالمتغير التابع (الجاهزية)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.694) لبُعد التعافي وإعادة التشغيل و(0.761) لبُعد الاستجابة الفورية، مما يُشير إلى أن جميع الأبعاد تُسهم بشكل إيجابي في تعزيز الجاهزية المؤسسية. كما يتضح أن بُعد الاستجابة الفورية يرتبط بأقوى علاقة

مع الجاهزية (0.761) يليه بُعد التدريب والمحاكاة (0.738) ثم التخطيط الاستباقي (0.723) وأخيراً التعافي وإعادة التشغيل. (0.694)

أما بالنسبة للارتباطات بين الأبعاد المستقلة فيما بينها، فقد تراوحت بين (0.618) و(0.712) وهي قيم تدل على ارتباطات متوسطة إلى قوية لكنها لا تصل إلى مستوى الارتباط المفرط الذي يُشير إلى مشكلة التعدد الخطي (إذ لم تتجاوز أي قيمة 0.80)، مما يعني أن كل بُعد يقيس جانباً متميزاً من خطط إدارة الأزمات والكوارث ويمكن إدخالها معاً في نموذج الانحدار المتعدد دون قلق من التداخل المفرط.

8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة

استُخدم برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.26) في تحليل بيانات الدراسة، وقد تم توظيف مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية التي تتناسب مع طبيعة البيانات وأهداف الدراسة وفرضياتها، وتشمل:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف خصائص عينة الدراسة الديموغرافية والوظيفية.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد مستوى إجابات المبحوثين على فقرات الاستبانة وأبعادها ومتغيراتها وترتيبها حسب الأهمية النسبية.
- معامل ارتباط بيرسون: (Pearson Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي للأداة والكشف عن العلاقات الثنائية بين متغيرات الدراسة وبناء مصفوفة الارتباط.
- معامل ألفا كرونباخ: (Cronbach's Alpha) لقياس ثبات أداة الدراسة ومدى الاتساق الداخلي لفقراتها.
- اختبار كولموجوروف-سميرنوف: (Kolmogorov-Smirnov) للتحقق من اعتدالية توزيع البيانات بوصفه شرطاً أساسياً لاستخدام الاختبارات المعلمية.
- معامل تضخم التباين (VIF) ومعامل التباين المسموح: (Tolerance) للتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي بين المتغيرات المستقلة.

- تحليل الانحدار الخطي البسيط: (Simple Linear Regression) لاختبار الفرضيات الفرعية المتعلقة
بأثر كل بُعد من أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث منفرداً على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي
الأول.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد: (Multiple Linear Regression) لاختبار الفرضية الرئيسية المتعلقة
بأثر أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث مجتمعة على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول،
وتحديد الأهمية النسبية لكل بُعد في التأثير على المتغير التابع.
- معامل التحديد: (R^2) لتحديد نسبة التباين في المتغير التابع الذي تُفسره المتغيرات المستقلة.
- اختبار (F) لتحليل التباين: للتحقق من معنوية نموذج الانحدار ككل.
- اختبار: (t) للتحقق من معنوية معاملات الانحدار لكل متغير مستقل على حدة ضمن نموذج الانحدار
المتعدد.

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

1.4 تمهيد

يتناول هذا الفصل عرض نتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة البالغة (286) مفردة صالحة للتحليل من العاملين في المناصب الإدارية والقيادية بتجمع الرياض الصحي الأول، وذلك باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS v.26) ويتضمن الفصل ثلاثة محاور رئيسية: أولها تحليل الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، وثانيها التحليل الوصفي لأبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع، وثالثها اختبار فرضيات الدراسة الرئيسة والفرعية. وقد اعتمد الباحث على مقياس ليكرت الخماسي في تفسير المتوسطات الحسابية وفقاً للمعيار الآتي: من 1.00 إلى 1.80 (منخفضة جداً)، ومن 1.81 إلى 2.60 (منخفضة)، ومن 2.61 إلى 3.40 (متوسطة)، ومن 3.41 إلى 4.20 (مرتفعة)، ومن 4.21 إلى 5.00 (مرتفعة جداً)

2.4 تحليل الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

يهدف هذا المبحث إلى وصف الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة من حيث الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمستوى الوظيفي، ونوع المنشأة الصحية.

جدول رقم (8): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

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

يتضح من الجدول رقم أن غالبية أفراد عينة الدراسة من الذكور بنسبة بلغت (58.7%)، في حين بلغت نسبة الإناث (41.3%) ويعكس هذا التوزيع الواقع الفعلي للتركيبة الوظيفية في المناصب الإدارية والقيادية بتجمع الرياض الصحي الأول، حيث لا يزال تمثيل الذكور في المستويات القيادية أعلى نسبياً، وإن كانت نسبة الإناث تشير إلى تقدم ملحوظ في تمكين المرأة ضمن القطاع الصحي السعودي تماشياً مع مستهدفات رؤية المملكة العربية السعودية 2030.

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

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية (%)
دبلوم	34	11.9
بكالوريوس	143	50.0
ماجستير	78	27.3
دكتوراه	31	10.8
المجموع	286	100.0

يوضح الجدول رقم أن النسبة الأكبر من أفراد العينة يحملون مؤهل البكالوريوس بنسبة (50.0%)، تليها نسبة حملة الماجستير بواقع (27.3%)، ثم حملة الدبلوم بنسبة (11.9%)، وأخيراً حملة الدكتوراه بنسبة (10.8%). ويدل هذا التوزيع على أن الغالبية العظمى من العاملين في المستويات الإدارية والقيادية يمتلكون مؤهلات علمية عالية، إذ تجاوزت نسبة حملة الدراسات العليا (38.1%)، مما يُعزز من مصداقية الاستجابات وقدرة الباحثين على التعامل مع محاور أداة الدراسة بوعي وإدراك.

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

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية (%)
أقل من 5 سنوات	47	16.4
من 5 إلى أقل من 10 سنوات	89	31.1

32.2	92	من 10 إلى أقل من 15 سنة
20.3	58	15 سنة فأكثر
100.0	286	المجموع

يكشف الجدول رقم أن الفئة الأكثر تمثيلاً هي فئة ذوي الخبرة من (10 إلى أقل من 15 سنة) بنسبة (32.2%)، تليها فئة (5 إلى أقل من 10 سنوات) بنسبة (31.1%)، ثم فئة (15 سنة فأكثر) بنسبة (20.3%)، وأخيراً فئة (أقل من 5 سنوات) بنسبة (16.4%). ويتبين أن ما يزيد عن (83.6%) من أفراد العينة لديهم خبرة تتجاوز خمس سنوات، مما يعزز من دقة تقييمهم لواقع خطط إدارة الأزمات ومستوى الجاهزية بالتجمع.

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

النسبة المئوية (%)	التكرار	المستوى الوظيفي
10.1	29	إدارة عليا
39.2	112	إدارة وسطى
50.7	145	إدارة إشرافية
100.0	286	المجموع

يُظهر الجدول رقم أن النسبة الأكبر من أفراد العينة ينتمون إلى مستوى الإدارة الإشرافية بنسبة (50.7%)، تليها الإدارة الوسطى بنسبة (39.2%)، ثم الإدارة العليا بنسبة (10.1%). ويعكس هذا التوزيع الهرم التنظيمي الطبيعي في المؤسسات الصحية الكبرى، ويُعد تمثيل المستويات الثلاثة أمراً مهماً لقياس تصورات مختلف شرائح صنع القرار.

جدول رقم (12): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المنشأة الصحية

النسبة المئوية (%)	التكرار	نوع المنشأة
36.4	104	مستشفيات عامة

23.8	68	مستشفيات تخصصية
14.7	42	المدينة الطبية
25.2	72	مراكز الرعاية الأولية
100.0	286	المجموع

يبين الجدول رقم أن أكبر نسبة من أفراد العينة يعملون في المستشفيات العامة بواقع (36.4%)، تليها مراكز الرعاية الأولية بنسبة (25.2%)، ثم المستشفيات التخصصية بنسبة (23.8%)، وأخيراً المدينة الطبية بنسبة (14.7%). ويؤكد هذا التنوع شمولية العينة في تمثيل مختلف أنماط المنشآت الصحية داخل التجمع.

3.4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

يهدف هذا المبحث إلى استعراض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على فقرات أداة الدراسة، لتحديد مستوى الموافقة على كل فقرة وكل بُعد.

أولاً: البُعد الأول – التخطيط الاستباقي

جدول رقم (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التخطيط الاستباقي

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
3	يتضمن التجمع خططاً استباقية لتحديد المخاطر المحتملة وتصنيفها وفق أولويات واضحة.	3.87	0.814	1	مرتفعة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
1	يعتمد التجمع على تحليل منهجي للبيئة الداخلية والخارجية لاستشراف الأزمات المحتملة.	3.79	0.856	2	مرتفعة
4	يُحدّث التجمع خطط الطوارئ دورياً بناءً على المستجدات والتغيرات في بيئة العمل الصحي.	3.71	0.903	3	مرتفعة
2	يوفر التجمع أنظمة إنذار مبكر لرصد مؤشرات الأزمات قبل تفاقمها.	3.64	0.921	4	مرتفعة
	المتوسط العام لُبعد التخطيط الاستباقي	3.75	0.724		مرتفعة

يتضح من الجدول رقم أن المتوسط العام لُبعد التخطيط الاستباقي بلغ (3.75) بانحراف معياري (0.724)، وهو ما يقع في مستوى الموافقة المرتفعة. وقد حصلت الفقرة رقم (3) المتعلقة بتحديد المخاطر وتصنيفها على أعلى متوسط حسابي (3.87)، مما يدل على إدراك العاملين لأهمية هذه الممارسة كمرتكز للتخطيط. في المقابل، جاءت الفقرة رقم (2) المتعلقة بأنظمة الإنذار المبكر في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.64)، مما يُشير إلى فجوة نسبية في تفعيل آليات الرصد والإنذار المبكر، ويمكن تفسير ذلك بأن هذه الأنظمة تتطلب بنية تقنية متقدمة واستثمارات في التحليل التنبؤي قد لا تكون مكتملة بعد في جميع منشآت التجمع.

ثانياً: البُعد الثاني – الاستجابة الفورية

جدول رقم (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الاستجابة الفورية

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
6	يملك التجمع آليات واضحة لتفعيل خطط الطوارئ فور وقوع الأزمة.	3.82	0.837	1	مرتفعة
5	تتوفر في التجمع قنوات اتصال فعالة لنقل المعلومات بسرعة أثناء الأزمات.	3.76	0.869	2	مرتفعة
8	يوفر التجمع فرق استجابة متخصصة ومؤهلة للتعامل مع مختلف أنواع الأزمات.	3.68	0.892	3	مرتفعة
7	يتبنى التجمع نظام قيادة حوادث موحد لتنسيق الجهود بين الأقسام أثناء الأزمة.	3.61	0.934	4	مرتفعة
	المتوسط العام لبُعد الاستجابة الفورية	3.72	0.741		مرتفعة

يبين الجدول رقم أن المتوسط العام لبُعد الاستجابة الفورية بلغ (3.72) بانحراف معياري (0.741)

في مستوى الموافقة المرتفعة. وقد تصدرت الفقرة رقم (6) المتعلقة بآليات تفعيل خطط الطوارئ المرتبة الأولى بمتوسط (3.82)، مما يُشير إلى وجود إجراءات تشغيلية محددة. أما الفقرة رقم (7) المتعلقة بنظام قيادة الحوادث الموحد فقد جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.61)، مما يعكس تحدياً في التكامل والتنسيق بين منشآت تجمع يضم (18) مستشفى ومدينة طبية و(157) مركزاً للرعاية الأولية.

ثالثاً: البُعد الثالث – التعافي وإعادة التشغيل

جدول رقم (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التعافي وإعادة التشغيل

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
11	يملك التجمع خطط استمرارية أعمال تضمن عدم انقطاع الخدمات الصحية الحرجة بعد الأزمة.	3.74	0.842	1	مرتفعة
9	يعمل التجمع على إعادة تشغيل الخدمات المتأثرة في أقصر وقت ممكن بعد انتهاء الأزمة.	3.69	0.878	2	مرتفعة
12	يُجري التجمع تقييماً شاملاً بعد كل أزمة لتوثيق الدروس المستفادة وتحديث الخطط.	3.58	0.915	3	مرتفعة
10	يوفر التجمع برامج دعم نفسي واجتماعي للكوادر الصحية المتأثرة بالأزمة.	3.46	0.952	4	مرتفعة
	المتوسط العام لبُعد التعافي وإعادة التشغيل	3.62	0.758		مرتفعة

يُظهر الجدول رقم أن المتوسط العام لبُعد التعافي وإعادة التشغيل بلغ (3.62) بانحراف معياري (0.758)، وهو الأدنى بين أبعاد المتغير المستقل. وقد حصلت الفقرة رقم (11) المتعلقة بخطط استمرارية الأعمال على أعلى متوسط (3.74). أما الفقرة رقم (10) المتعلقة ببرامج الدعم النفسي والاجتماعي فقد حصلت على أدنى متوسط (3.46)، مما يكشف عن حاجة ملحة لتعزيز هذه البرامج في ضوء ما أظهرته الأدبيات من تأثيرات نفسية عميقة على الكوادر الصحية بعد الأزمات.

رابعاً: البُعد الرابع – التدريب والمحاكاة

جدول رقم (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التدريب والمحاكاة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
14	يوفر التجمع برامج تدريبية دورية للعاملين على إجراءات إدارة الأزمات والطوارئ.	3.81	0.828	1	مرتفعة
16	يستخدم التجمع أساليب متنوعة في التدريب تشمل التدريب النظري والعملي والإلكتروني.	3.73	0.861	2	مرتفعة
13	يُنفذ التجمع تمارين محاكاة واقعية بشكل منتظم لاختبار جاهزية الفرق.	3.66	0.897	3	مرتفعة
15	يقيم التجمع أداء المشاركين بعد كل تمرين محاكاة ويُعدّ تقارير تحسين.	3.57	0.924	4	مرتفعة
	المتوسط العام لُبُعد التدريب والمحاكاة	3.69	0.736		مرتفعة

يوضح الجدول رقم أن المتوسط العام لُبُعد التدريب والمحاكاة بلغ (3.69) بانحراف معياري (0.736) في مستوى الموافقة المرتفعة. وقد جاءت الفقرة رقم (14) الخاصة بالبرامج التدريبية الدورية في المرتبة الأولى بمتوسط (3.81)، مما يعكس حرص التجمع على بناء قدرات العاملين. أما الفقرة رقم (15) المتعلقة بتقييم أداء المشاركين بعد تمارين المحاكاة فقد جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.57)، مما يكشف عن فجوة في حلقة التقييم والتغذية الراجعة التي تُعد جوهرية في دورة التحسين المستمر.

خامساً: المتغير التابع – تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول

جدول رقم (17): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المتغير التابع

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
20	يملك التجمع القدرة على توسيع طاقته الاستيعابية بسرعة عند الحاجة لمواجهة أزمة صحية.	3.84	0.812	1	مرتفعة
17	تتوفر في التجمع بنية تحتية تقنية قادرة على دعم العمليات في أوقات الأزمات.	3.81	0.835	2	مرتفعة
22	يحتفظ التجمع بمخزون استراتيجي كافٍ من الأدوية والمستلزمات الطبية لمواجهة الطوارئ.	3.78	0.847	3	مرتفعة
19	يملك التجمع هيكلاً تنظيمياً مرناً يسمح بإعادة توزيع الموارد البشرية بكفاءة أثناء الأزمات.	3.76	0.862	4	مرتفعة
24	يعتمد التجمع على أنظمة معلومات صحية متكاملة تدعم اتخاذ القرار في حالات الطوارئ.	3.74	0.871	5	مرتفعة
21	توجد في التجمع آليات تنسيق فعّالة مع الجهات الحكومية والأمنية في حالات الأزمات.	3.71	0.883	6	مرتفعة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
18	يتمتع العاملون في التجمع بمستوى عالٍ من الوعي والمعرفة بأدوارهم أثناء الأزمات.	3.68	0.894	7	مرتفعة
26	يتوفر في التجمع نظام إدارة جودة شامل يتضمن معايير الجاهزية للطوارئ والأزمات.	3.65	0.905	8	مرتفعة
23	يملك التجمع بروتوكولات واضحة لإدارة تدفق المرضى في حالات الطوارئ الكبرى.	3.62	0.917	9	مرتفعة
25	يُجري التجمع تقييمات دورية لمستوى الجاهزية وفق مؤشرات أداء محددة.	3.58	0.928	10	مرتفعة
28	يتعاون التجمع مع مؤسسات أكاديمية وبحثية لتطوير ممارسات الجاهزية.	3.53	0.941	11	مرتفعة
27	يطبق التجمع معايير الاعتماد الدولية المتعلقة بالاستعداد للطوارئ والكوارث.	3.49	0.954	12	مرتفعة
	المتوسط العام للمتغير التابع	3.68	0.692		مرتفعة

يُظهر الجدول رقم أن المتوسط العام لتعزيز جاهزية التجمع بلغ (3.68) بانحراف معياري (0.692) في مستوى الموافقة المرتفعة. وقد تراوحت المتوسطات بين (3.49) و(3.84). وحصلت الفقرة رقم (20) المتعلقة بتوسيع الطاقة الاستيعابية على أعلى متوسط (3.84)، وهو ما يعكس الاستفادة من تجربة جائحة كوفيد-19. في المقابل، جاءت الفقرة رقم (27) المتعلقة بتطبيق معايير الاعتماد الدولية بأدنى متوسط (3.49)، مما يُشير إلى حاجة التجمع لتعزيز توافقه مع المعايير الدولية في مجال الاستعداد للطوارئ.

4.4 التحقق من فرضيات الدراسة

اختبار الفرضية الرئيسة (H0)

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لخطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها المختلفة (التخطيط الاستباقي، والاستجابة الفورية، والتعافي وإعادة التشغيل، والتدريب والمحاكاة) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث (كعوامل مستقلة) على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول (كعامل تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول رقم (18): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث على تعزيز

جاهزية التجمع

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار (B)	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة (Sig.)
(Constant) المقدار الثابت	0.487	3.291	0.001**
التخطيط الاستباقي	0.214	4.115	0.000**
الاستجابة الفورية	0.297	5.304	0.000**
التعافي وإعادة التشغيل	0.148	3.020	0.003**
التدريب والمحاكاة	0.239	4.426	0.000**
معامل الارتباط $R = 0.857$	معامل التحديد $R^2 = 0.734$		
قيمة الاختبار $F = 193.672$	القيمة الاحتمالية = 0.000		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

تشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول رقم إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث كمتغيرات مستقلة، وتعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول كمتغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها (0.734)، وهي نسبة مرتفعة تدل على أن (73.4%) من التباين في مستوى تعزيز جاهزية التجمع يمكن تفسيره من خلال المتغيرات الأربعة المتعلقة بخطط إدارة الأزمات والكوارث، بينما تُعزى النسبة المتبقية (26.6%) إلى عوامل أخرى لم تتناولها الدراسة. كما تشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.857$) إلى وجود ارتباط قوي بين المتغيرات المدروسة.

أما على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أن بُعد "الاستجابة الفورية" هو الأكثر تأثيراً على تعزيز الجاهزية، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.297$)، وبلغت قيمة ($T = 5.304$) بدلالة معنوية عالية ($\text{Sig.} = 0.000$). ويؤكد ذلك الدور الحاسم الذي تلعبه آليات الاستجابة السريعة والمنظمة في تحديد مستوى الجاهزية الفعلية للمؤسسات الصحية، إذ إن القدرة على تفعيل الخطط فوراً وتنسيق الجهود وتخصيص الموارد عند وقوع الأزمة هي المعيار الحقيقي لقياس استعداد التجمع.

كما أظهرت النتائج أن بُعد التدريب والمحاكاة يُساهم بشكل دال في تفسير التباين في تعزيز الجاهزية بمعامل انحدار ($B = 0.239$) وقيمة ($T = 4.426$) ومستوى دلالة (0.000)، وكذلك بُعد التخطيط الاستباقي بمعامل انحدار ($B = 0.214$) وقيمة ($T = 4.115$) ومستوى دلالة (0.000)، مما يعكس أهمية بناء القدرات البشرية واستشراف الأزمات في تعزيز منظومة الجاهزية المؤسسية. بينما أظهر بُعد التعافي وإعادة التشغيل أثراً أقل نسبياً ($B = 0.148$) لكنه لا يزال ذا دلالة إحصائية ($\text{Sig.} = 0.003$)، ما يشير إلى أن تعزيز هذا البُعد يُمثل فرصة لتحسين متكامل في منظومة إدارة الأزمات داخل التجمع. وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الرئيسة للدراسة.

ويتفرع منها الفرضيات الفرعية التالية:

➤ الفرضية الفرعية الأولى: ($H0-1$) يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

للتخطيط الاستباقي على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.

للتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear

Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (19): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التخطيط الاستباقي على تعزيز جاهزية

التجمع

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد R ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
تعزيز جاهزية التجمع	0.726	0.527	1	316.498	0.000	التخطيط الاستباقي	0.695	0.039	0.726	17.791	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "التخطيط الاستباقي" باعتباره أحد أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث على "تعزيز جاهزية التجمع". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول رقم (13-4)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.726$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.527$)، مما يشير إلى أن (52.7%) من التباين في مستوى تعزيز جاهزية التجمع يمكن تفسيره من خلال متغير التخطيط الاستباقي فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت (316.498) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.695$)، بقيمة ($T = 17.791$)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى

التخطيط الاستباقي تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.695) في مستوى تعزيز جاهزية التجمع، ضمن شروط النموذج. وتؤكد هذه النتيجة أن التخطيط الاستباقي يُمثل ركيزة أساسية في منظومة الجاهزية، فتحليل المخاطر واستشراف السيناريوهات وإعداد خطط الطوارئ وتحديثها دورياً يمنح التجمع القدرة على التصرف بثقة وسرعة عند وقوع الأزمة.

➤ الفرضية الفرعية الثانية: (H0-2) يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

لآليات الاستجابة الفورية على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.

للتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear

Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (20): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر الاستجابة الفورية على تعزيز جاهزية

التجمع

المتغير التابع	معامل الارتباط	معامل التحديد	درجة الحرية	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
تعزيز جاهزية التجمع	0.761	0.579	1	390.874	0.000	الاستجابة الفورية	0.711	0.036	0.761	19.771	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear

Regression) لقياس تأثير "الاستجابة الفورية" باعتبارها أحد أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث على

"تعزيز جاهزية التجمع". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول رقم (4-14)، حيث بلغ

معامل الارتباط ($r = 0.761$)، وهو الأعلى بين جميع الأبعاد، مما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية

جداً بين المتغيرين. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.579$)، مما يشير إلى أن (57.9%) من التباين في

0.000	16.244	0.694	0.039	0.633	التعافي وإعادة التشغيل	0.000	263.862	1	0.482	0.694	تعزيز جاهزية التجمع
-------	--------	-------	-------	-------	------------------------	-------	---------	---	-------	-------	---------------------

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "التعافي وإعادة التشغيل" باعتباره أحد أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث على "تعزيز جاهزية التجمع". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول رقم (15-4)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.694$)، مما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.482$)، مما يشير إلى أن (48.2%) من التباين في مستوى تعزيز جاهزية التجمع يُمكن تفسيره من خلال متغير التعافي وإعادة التشغيل فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت (263.862) بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.633$)، بقيمة ($T = 16.244$)، وهي أيضاً دالة عند مستوى ($\text{Sig.} = 0.000$)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى التعافي وإعادة التشغيل تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.633) في مستوى تعزيز جاهزية التجمع، ضمن شروط النموذج. ويلاحظ أن هذا البعد حقق أدنى معامل تحديد بين الأبعاد الأربعة (48.2%)، ما يُشير إلى أن خطط التعافي وإعادة التشغيل، رغم أهميتها الإحصائية المؤكدة، تحتاج إلى مزيد من التطوير والاهتمام المؤسسي لتعظيم أثرها في تعزيز الجاهزية. ويمكن تفسير ذلك بأن مرحلة التعافي غالباً ما تحظى باهتمام أقل من مرحلتَي التخطيط والاستجابة في الممارسة الفعلية.

➤ الفرضية الفرعية الرابعة: (H0-4) يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

لبرامج التدريب والمحاكاة على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.

للتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear

Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (22): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التدريب والمحاكاة على تعزيز جاهزية

التجمع

المتغير المتابع	معامل الارتباط	معامل التحديد	درجة الحرية	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
تعزيز جاهزية التجمع	0.738	0.545	1	340.196	0.000	التدريب والمحاكاة	0.694	0.038	0.738	18.444	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "التدريب والمحاكاة" باعتبارها أحد أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث على "تعزيز جاهزية التجمع". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول رقم (16-4)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.738$)، مما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.545$)، مما يشير إلى أن (54.5%) من التباين في مستوى تعزيز جاهزية التجمع يمكن تفسيره من خلال متغير التدريب والمحاكاة فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت (340.196) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.694$)، بقيمة ($T = 18.444$)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى

التدريب والمحاكاة تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.694) في مستوى تعزيز جاهزية التجمع، ضمن شروط النموذج. ويأتي هذا البُعد في المرتبة الثانية من حيث القدرة التفسيرية بعد بُعد الاستجابة الفورية، مما يؤكد أن التدريب والمحاكاة يُشكّلان الجسر الرابط بين الخطط النظرية والتطبيق الفعلي، فمن خلال التمارين العملية يكتسب العاملون المهارات والثقة اللازمة للتعامل مع الأزمات الحقيقية، وتُكتشف الثغرات في الإجراءات قبل أن تتحول إلى إخفاقات فعلية.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

1.5 نتائج الدراسة

أظهرت نتائج التحليل الوصفي أن المتوسط العام لتطبيق خطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها الأربعة في تجمع الرياض الصحي الأول بلغ (3.70) بانحراف معياري (0.685)، وهو ما يقع في مستوى الموافقة المرتفعة. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن التجمع قد استفاد من التجارب المتراكمة التي فرضتها جائحة كوفيد-19 والأزمات الصحية المتعاقبة، فضلاً عن التوجهات الاستراتيجية التي أقرتها وزارة الصحة السعودية في إطار رؤية المملكة 2030 والتي أولت اهتماماً بالغاً بتطوير منظومة إدارة الأزمات في القطاع الصحي. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (ALANAZI 2024) التي أكدت أن المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية تسعى بشكل جاد نحو تعزيز جاهزيتها للطوارئ من خلال تبني خطط شاملة تدمج بين الأبعاد الإدارية والتشغيلية والبشرية. كما تتوافق مع ما أشار إليه (El-Jardali 2025) من أن الأنظمة الصحية في منطقة الشرق الأوسط شهدت تحولاً ملحوظاً في مستوى الاستعداد المؤسسي بعد الجائحة.

وقد جاء بُعد التخطيط الاستباقي في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.75)، ويُعزى ذلك إلى أن التجمع يعمل ضمن بيئة تنظيمية محكومة بسياسات وطنية تلزم المنشآت الصحية بإعداد خطط طوارئ استباقية وتحديثها دورياً، إضافة إلى أن تحليل المخاطر وتصنيفها أصبح ممارسة معيارية في القطاع الصحي السعودي بعد تجربة الجائحة. وتتفق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة قمان وشعباني (2024) من أن التخطيط الاستباقي يُعد المدخل الأساسي لبناء منظومة إدارة أزمات فعّالة في المؤسسات الخدمية. كما تتوافق مع ما أشارت إليه دراسة (Jaziri 2021) من أن المؤسسات التي تتبنى نهجاً استباقياً في التعامل مع الأزمات تكون أكثر قدرة على الصمود والتكيف.

أما بُعد الاستجابة الفورية فقد جاء في المرتبة الثانية بمتوسط (3.72)، ويُفسّر ذلك بحرص التجمع على تطوير آليات تفعيل خطط الطوارئ وتوفير قنوات اتصال فعّالة تضمن سرعة نقل المعلومات

أثناء الأزمات، وهو ما يتماشى مع ما أشارت إليه دراسة سالم (2024) بشأن الدور المحوري للاتصال المؤسسي في تعزيز كفاءة الاستجابة للأزمات. غير أن الفقرة المتعلقة بتبني نظام قيادة حوادث موحد جاءت بأدنى متوسط في هذا البُعد (3.61)، وهو ما يُشير إلى تحدٍّ تنسيقي قائم يرتبط بتعدد المنشآت وتشعب الهياكل التنظيمية داخل تجمع يضم أكثر من (175) منشأة صحية تخدم ما يزيد عن (3.9) مليون مستفيد. وقد أكدت دراسة Afrihyia et al. (2025) أن التنسيق بين المنشآت المتعددة يُمثل أحد أبرز التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية الكبرى في الاستجابة للأزمات.

وفيما يخص بُعد التدريب والمحاكاة الذي جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط (3.69)، فإن هذه النتيجة تعكس اهتمام التجمع بتوفير برامج تدريبية دورية للعاملين، إلا أن الفقرة المتعلقة بتقييم أداء المشاركين بعد تمارين المحاكاة جاءت بأدنى متوسط (3.57) ضمن هذا البُعد. ويمكن تفسير ذلك بأن التركيز ينصبّ على تنفيذ التدريب أكثر من تقييم مخرجاته واستثمار نتائجه في التحسين المستمر. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أوصت به دراسة Gooding et al. (2022) من ضرورة إيلاء اهتمام أكبر لمرحلة التقييم بعد التدريب وتوظيف نتائجها في تطوير البرامج والخطط.

أما بُعد التعافي وإعادة التشغيل فقد جاء في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.62)، وعلى الرغم من وقوعه في المستوى المرتفع إلا أنه الأدنى بين الأبعاد الأربعة. ويُعزى ذلك إلى أن هذا البُعد يتطلب مستوى عالياً من النضج المؤسسي والتخطيط طويل الأمد الذي يتجاوز مرحلة الاستجابة الآنية ليشمل إعادة بناء القدرات واستعادة الخدمات وتوثيق الدروس المستفادة. وقد حصلت الفقرة المتعلقة ببرامج الدعم النفسي والاجتماعي للكوادر الصحية على أدنى متوسط في هذا البُعد (3.46)، وهو ما يكشف عن فجوة ملحّة تحتاج إلى معالجة في ضوء ما أثبتته الأدبيات من تأثيرات نفسية عميقة على العاملين في القطاع الصحي بعد الأزمات. وتتقاطع هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Filip et al. (2022) بشأن التحديات العالمية التي تواجه الأنظمة الصحية في مرحلة ما بعد الأزمات، ومع ما أكدته دراسة Emami et al. (2024) من أهمية دمج البُعد النفسي والاجتماعي ضمن خطط التعافي المؤسسي.

بلغ المتوسط العام للمتغير التابع (تعزيز جاهزية التجمع) (3.68) بانحراف معياري (0.692) في مستوى الموافقة المرتفعة. وتُشير هذه النتيجة إلى أن التجمع يمتلك مستوى مقبولاً من الجاهزية المؤسسية مع وجود تفاوت بين جوانبها المختلفة. فقد حصلت الفقرة المتعلقة بقدرة التجمع على توسيع طاقته الاستيعابية بسرعة على أعلى متوسط (3.84) ، وهو ما يعكس الخبرة المكتسبة من إدارة الجائحة حيث اضطرت المنشآت الصحية إلى تحويل أقسام وإنشاء وحدات إضافية لاستيعاب الأعداد المتزايدة من المرضى. وتتسق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (Mani and Goniewicz (2024 من أن الأنظمة الصحية التي واجهت ضغوطاً خلال الجائحة طوّرت آليات مرنة للتوسع السريع أصبحت جزءاً من بنيتها التنظيمية.

في المقابل، جاءت الفقرات المتعلقة بتطبيق معايير الاعتماد الدولية للاستعداد للطوارئ والتعاون مع المؤسسات الأكاديمية والبحثية بأدنى المتوسطات (3.49 و 3.53 على التوالي). ويمكن تفسير ذلك بأن التوافق مع المعايير الدولية يتطلب استثمارات مستدامة في البنية التحتية والتوثيق والتدقيق، وأن الشراكات البحثية تحتاج إلى أطر تعاونية مؤسسية قد لا تكون مكتملة بعد. وتتفق هذه النتيجة مع ما أوصت به دراسة (Kruk et al. (2018 من ضرورة دمج معايير المرونة والجاهزية ضمن أطر جودة الأنظمة الصحية، وما أكدته دراسة (Soyege et al. (2024 من أن تبني المعايير الدولية يُسهم في سد الفجوات بين الممارسة الفعلية والمستوى المأمول من الاستعداد.

أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لخطط إدارة الأزمات والكوارث بأبعادها الأربعة مجتمعةً على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول، حيث بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.734$) وقيمة ($F = 193.672$) بمستوى دلالة (0.000) ويعني ذلك أن الأبعاد الأربعة مجتمعة تُفسر ما نسبته (73.4%) من التباين في تعزيز الجاهزية، وهي نسبة تفسيرية مرتفعة تدل على قوة النموذج المقترح. ويُفسّر هذا الأثر التكاملي القوي بأن إدارة الأزمات ليست عملية أحادية البُعد، بل هي منظومة متكاملة تعمل فيها الأبعاد بشكل تآزري، فالتخطيط الاستباقي يُبني الأرضية، والاستجابة الفورية تُفعّل الخطط، والتعافي يضمن العودة إلى الوضع الطبيعي، والتدريب يُحافظ على جاهزية العنصر البشري. وتتفق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة (Kanaan (2025 من أن فاعلية إدارة

الأزمات في المؤسسات الصحية ترتبط بتكامل عناصرها لا بتجزئتها، ومع ما توصلت إليه دراسة البشري (2023) من أن الإدارة الشاملة للأزمات تتطلب تضافر الأبعاد التنظيمية والبشرية والتقنية.

وقد جاء بُعد الاستجابة الفورية صاحب أعلى تأثير في النموذج بمعامل انحدار معياري ($Beta = 0.318$)، يليه التدريب والمحاكاة ($Beta = 0.254$)، ثم التخطيط الاستباقي ($Beta = 0.224$)، وأخيراً التعافي وإعادة التشغيل ($Beta = 0.162$) ويكشف هذا الترتيب عن أن الجاهزية في تصور المبحوثين ترتبط بشكل أو ثقل بالقدرة على الفعل الآني والتدريب المستمر، وهو ما يتسق مع طبيعة القطاع الصحي الذي يتطلب استجابة فورية وحاسمة لا تحتل التأخير. وقد أكدت دراسة Al-Awlaqi et al. (2022) أن قدرة المؤسسات الصحية على الاستجابة السريعة والمنظمة تُعد المعيار الأكثر ارتباطاً بمستوى جاهزيتها الفعلية.

أثبتت نتائج تحليل الانحدار البسيط وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتخطيط الاستباقي على تعزيز جاهزية التجمع، حيث بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.527$) وقيمة ($F = 316.498$) بمستوى دلالة (0.000)، ومعامل الانحدار ($B = 0.695$) ويعني ذلك أن التخطيط الاستباقي يُفسر وحده ما نسبته (52.7%) من التباين في تعزيز الجاهزية. ويُعزى هذا الأثر القوي إلى أن التخطيط الاستباقي يمثل الأساس الذي تُبنى عليه كافة المراحل اللاحقة في دورة إدارة الأزمة، فتحليل المخاطر واستشراف السيناريوهات المحتملة وإعداد خطط الطوارئ وتحديثها يمنح المؤسسة القدرة على التصرف بثقة وسرعة عند وقوع الأزمة. وتتوافق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة ستو (2022) من أن الرقابة الاستراتيجية والاستباقية في التعامل مع الأزمات تُعد من أهم محددات الجاهزية المؤسسية، ومع ما أكدته دراسة Jaziri (2021) من أن التخطيط المسبق يُقلل من حالة عدم اليقين ويُعزز قدرة المؤسسة على التكيف مع المستجدات.

أثبتت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لآليات الاستجابة الفورية على تعزيز جاهزية التجمع، بمعامل تحديد ($R^2 = 0.579$) وقيمة ($F = 390.874$) ومعامل انحدار ($B = 0.711$)، وهي الأعلى بين جميع الأبعاد. ويعني ذلك أن الاستجابة الفورية تُفسر (57.9%) من التباين في الجاهزية، مما يجعلها البُعد الأكثر تأثيراً منفرداً. ويُفسّر ذلك بأن القدرة على تفعيل الخطط بسرعة وتنسيق الجهود وتخصيص الموارد فور وقوع الأزمة هي الاختبار الحقيقي لمدى جاهزية أي مؤسسة صحية، فمهما بلغت جودة التخطيط المسبق

فإن فاعليته تتوقف على كفاءة تنفيذه عند الحاجة. وقد بيّنت دراسة سالم (2024) أن كفاءة الاتصال المؤسسي أثناء الأزمة تُحدد إلى حد كبير نجاح الاستجابة الفورية، في حين أكدت دراسة Wang et al. (2022) أن الأنظمة الصحية التي تمتلك آليات استجابة مرنة ومتدرجة تتمكن من احتواء الأزمات بأقل الخسائر الممكنة. كما تتقاطع هذه النتيجة مع ما أشار إليه الشامي (2024) بشأن دور التقنيات الحديثة والذكاء الاصطناعي في تسريع عمليات الاستجابة وتحسين دقة اتخاذ القرار في ظل ضغوط الأزمات.

أثبتت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لخطط التعافي وإعادة التشغيل على تعزيز جاهزية التجمع، بمعامل تحديد ($R^2 = 0.482$) وقيمة ($F = 263.862$) ومعامل انحدار ($B = 0.633$) ويعني ذلك أن هذا البُعد يُفسر (48.2%) من التباين في الجاهزية، وهي نسبة مهمة وإن كانت الأدنى بين الأبعاد الأربعة. ويمكن تفسير الأثر الإيجابي الدال بأن وجود خطط واضحة لاستعادة الخدمات وتوثيق الدروس المستفادة يُعزز الثقة المؤسسية في القدرة على التعامل مع الأزمات المستقبلية، إذ إن المؤسسة التي تعرف كيف تتعافى تكون أكثر استعداداً لمواجهة أزمات جديدة. أما انخفاض هذا البُعد نسبياً مقارنة بالأبعاد الأخرى فيُعزى إلى أن مرحلة التعافي غالباً ما تحظى باهتمام أقل من مرحلتَي التخطيط والاستجابة في الممارسة الفعلية، وهو ما أكدته دراسة Emami et al. (2024) التي بيّنت أن كثيراً من المؤسسات الصحية تُركز على الاستجابة الآنية على حساب التعافي المنهجي وإعادة البناء. كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة السعيد وعبدالرحمن (2023) من أن خطط التعافي تحتاج إلى تعزيز في المؤسسات العربية بشكل عام، ومع ما أوصت به دراسة Kruk et al. (2018) من ضرورة بناء أنظمة صحية مرنة قادرة على التعلم من الأزمات وإعادة تشكيل ممارساتها بناءً على الخبرات المتراكمة.

أثبتت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبرامج التدريب والمحاكاة على تعزيز جاهزية التجمع، بمعامل تحديد ($R^2 = 0.545$) وقيمة ($F = 340.196$) ومعامل انحدار ($B = 0.694$) ويعني ذلك أن التدريب والمحاكاة يُفسر (54.5%) من التباين في الجاهزية، مما يضعه في المرتبة الثانية من حيث القدرة التفسيرية بعد الاستجابة الفورية. ويُفسّر هذا الأثر القوي بأن التدريب والمحاكاة يُشكّلان الحلقة الرابطة بين النظرية والتطبيق في منظومة إدارة الأزمات، فمن خلال التمارين العملية يتحول التخطيط النظري إلى سلوك مؤسسي مُتقن، ويكتسب العاملون المهارات والثقة اللازمة للتعامل مع المواقف الحقيقية، كما تُكتشف

نقاط الضعف في الخطط والإجراءات قبل أن تتحول إلى إخفاقات حقيقية أثناء الأزمة. وتتسق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة (Hussein and Al-Rabi'awi (2021 من أن الاستثمار في تطوير الكوادر البشرية وتدريبها يُعد من أهم عوامل تعزيز الجاهزية المؤسسية، ومع ما توصلت إليه دراسة (Mushi (2025 من أن تمارين المحاكاة المنتظمة تُسهم بشكل مباشر في رفع مستوى الاستعداد المؤسسي للطوارئ الصحية.

2.5 التوصيات

استناداً إلى ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يُوصي الباحث بالآتي:

- تطوير منظومة متكاملة لإدارة الأزمات والكوارث تربط بين الأبعاد الأربعة (التخطيط الاستباقي، الاستجابة الفورية، التعافي وإعادة التشغيل، التدريب والمحاكاة) في إطار استراتيجي موحد يُراعي خصوصية تجمع الرياض الصحي الأول من حيث الحجم والتعقيد التنظيمي وتعدد المنشآت، بحيث تعمل هذه الأبعاد بشكل تآزري يُعظّم من مستوى الجاهزية المؤسسية.
- تعزيز أنظمة الإنذار المبكر وأدوات الاستشراف من خلال الاستثمار في تقنيات التحليل التنبؤي والذكاء الاصطناعي لرصد مؤشرات الأزمات الصحية قبل تفاقمها، وربط هذه الأنظمة بقاعدة بيانات مركزية تُتيح لصناع القرار في التجمع الوصول الفوري إلى المعلومات اللازمة لاتخاذ إجراءات وقائية مبكرة.
- تبني نظام قيادة حوادث موحد ومعياري يُنظم التنسيق بين جميع منشآت التجمع أثناء الأزمات، مع تحديد سلاسل القيادة وقنوات الاتصال وآليات تخصيص الموارد بشكل واضح ومتفق عليه مسبقاً، وذلك لتجاوز التحديات التنسيقية التي تفرضها ضخامة التجمع وتشعب هياكله التنظيمية.
- إنشاء برنامج شامل للدعم النفسي والاجتماعي للكوادر الصحية يعمل بشكل مستمر وليس فقط في أوقات الأزمات، يتضمن آليات للكشف المبكر عن الاحتراق الوظيفي والإجهاد النفسي الناجم عن التعامل مع حالات الطوارئ، ويُوفر خدمات إرشادية ونفسية متخصصة تُسهم في الحفاظ على صحة العاملين وقدرتهم على أداء أدوارهم بفاعلية.

- تطوير آليات التقييم والمراجعة بعد الأزمات من خلال اعتماد منهجية منظمة لتوثيق الدروس المستفادة وإجراء تحليل جذري للأسباب بعد كل أزمة أو تمرين محاكاة، وتحويل هذه الدروس إلى تحسينات فعلية في السياسات والإجراءات والخطط، مما يُعزز قدرة التجمع على التعلم المؤسسي المستمر.
- زيادة وتيرة تمارين المحاكاة الشاملة وتنوع سيناريوهاها بحيث تشمل أنماطاً مختلفة من الأزمات (أوبئة، كوارث طبيعية، أزمات أمنية، حوادث تقنية) وتنفذ على مستوى المنشأة الواحدة وعلى مستوى التجمع ككل، مع التركيز على تعزيز مرحلة التقييم بعد كل تمرين وإعداد تقارير تحسين مفصلة تُوظف في تطوير البرامج التدريبية اللاحقة.
- السعي نحو الاعتماد الدولي في مجال الاستعداد للطوارئ والكوارث من خلال التوافق مع المعايير الدولية المعتمدة مثل معايير اللجنة المشتركة الدولية (JCI) ومعايير منظمة الصحة العالمية الخاصة بالجاهزية الصحية، وإجراء تقييمات دورية ذاتية وخارجية لقياس مدى التوافق مع هذه المعايير وتحديد فجوات التحسين.
- بناء شراكات استراتيجية مع المؤسسات الأكاديمية والبحثية لتطوير ممارسات الجاهزية بناءً على أحدث الأدلة العلمية، وإجراء بحوث تطبيقية مشتركة تُعالج التحديات الخاصة بالسياق السعودي، وتوفير فرص تدريبية متقدمة للعاملين في مجالات إدارة الأزمات والكوارث الصحية.
- تخصيص ميزانيات مستقلة ومستدامة لخطط إدارة الأزمات تشمل بنوداً واضحة للمخزون الاستراتيجي من الأدوية والمستلزمات الطبية، وصيانة البنية التحتية البديلة، وتطوير البرامج التدريبية، وتحديث أنظمة المعلومات، بحيث لا تتأثر هذه الخطط بالقيود المالية الدورية أو إعادة ترتيب الأولويات.
- تفعيل دور التحول الرقمي في تعزيز الجاهزية من خلال تطوير أنظمة معلومات صحية متكاملة تدعم اتخاذ القرار في حالات الطوارئ، وتعزيز البنية التحتية للاتصالات لضمان عدم انقطاعها أثناء الأزمات، واعتماد حلول الرعاية الصحية عن بُعد كبديل تشغيلي يُخفف الضغط على المنشآت الصحية في أوقات الأزمات.

3.5 الدراسات المستقبلية المقترحة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج وما واجهته من محددات، يقترح الباحث إجراء

الدراسات المستقبلية الآتية:

- إجراء دراسة مقارنة بين تجمعات الرياض الصحية (الأول والثاني) للكشف عن الفروقات في مستوى تطبيق خطط إدارة الأزمات ومستوى الجاهزية بينهما، وتحديد أفضل الممارسات القابلة للنقل والتبادل.
- دراسة أثر المتغيرات الوسيطة مثل الثقافة التنظيمية والقيادة التحويلية على العلاقة بين خطط إدارة الأزمات وتعزيز الجاهزية، وذلك لتفسير النسبة المتبقية (26.6%) من التباين التي لم يُفسرها النموذج الحالي.
- إجراء دراسة نوعية باستخدام المقابلات المعمقة مع القيادات العليا في التجمع للوقوف على التحديات والمعوقات الفعلية التي تحول دون الوصول إلى المستوى الأمثل من الجاهزية، واستكشاف العوامل غير الظاهرة في البيانات الكمية

Abstract

This study aimed to examine the impact of crisis and disaster management plans, across four dimensions (proactive planning, immediate response, recovery and re-operation, and training and simulation), on enhancing the readiness of Riyadh First Health Cluster. The study adopted a descriptive-analytical approach, employing a questionnaire as the primary data collection tool. A proportional stratified random sample was drawn from employees holding administrative and leadership positions within the Cluster's facilities, yielding 286 valid questionnaires for analysis. The results revealed that the level of implementation of crisis and disaster management plans was high, with a mean score of 3.70, and that the Cluster's readiness level was also high, with a mean score of 3.68. Multiple regression analysis confirmed a statistically significant impact at ($\alpha \leq 0.05$) of the combined four dimensions on enhancing readiness, with a coefficient of determination ($R^2 = 0.734$). The immediate response dimension demonstrated the strongest effect (Beta = 0.318), followed by training and simulation (Beta = 0.254), proactive planning (Beta = 0.224), and recovery and re-operation (Beta = 0.162). The study recommended developing an integrated crisis management framework, strengthening early warning systems, expanding psychological support programs for healthcare workers, and increasing the frequency of comprehensive simulation exercises.

Keywords: crisis and disaster management, proactive planning, immediate response, recovery and re-operation, training and simulation, institutional readiness, Riyadh First Health Cluster.

المراجع

المراجع العربية:

- البشري، مجد عوض بن داخل، بن خلتة، عبدالهادي بن ماجد بن عبدالهادي، و الجعيد، عبدالرحمن عوض بطاء. (2023). دور إدارة الموارد البشرية في إدارة الأزمات (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة جدة، جدة. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1419487>
- الحسيب، أ. م. (2025). أثر الوعي الاستراتيجي في التعامل مع الأزمات والكوارث على إدارة الأزمات والكوارث الصحية بمنطقة الجوف بالمملكة العربية السعودية Retrieved from https://journals.ekb.eg/article_433407.html
- حسين، أحمد حبيب، و الربيعاوي، سعدون حمود جثير. (2021). دور مرونة الموارد البشرية في إدارة الأزمات: بحث ميداني في وزارة الصحة والبيئة. مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، مج17، ع55 ، 304 - 315. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1205369>
- خميس، أحمد، و حمد، علي. (2024). دور إدارة الأزمات في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على القطاع الصحي بمدينة جازان بالمملكة العربية السعودية. مجلة البحوث التجارية، مج46، ع2 ، 692 - 721. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1532202>
- رفاعي، ح. ا. (2025). تقييم كفاءة العمل الجماعي في إدارة الأزمات الصحية دراسة تطبيقية. (2)2 . Retrieved from https://journals.ekb.eg/article_435907_0.html
- سالم، أمنية محمد أحمد محمد. (2024). دور الاتصال في إدارة الأزمات والكوارث: دراسة حالة دولة الإمارات العربية المتحدة "أزمة سيول الفجيرة". مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية والتربوية، ع41 ، 809 - 828. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1453128>

- ستو، فاطمة الزهراء، و دربال، سمية. (2022). دور الرشاقة الاستراتيجية في إدارة الأزمات: الأزمة الصحية لجائحة فيروس "كوفيد-19" أنموذجا: دراسة حالة جامعة الوادي. مجلة العلوم الإدارية والمالية، مج6، ع2، 250 - 272. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1350242>
- السعيد، فاضل عباس، و عبدالرحمن، جهاد الحسين. (2023). دور القيادة النشطة في إدارة الأزمات: دراسة حالة في دائرة صحة النجف الأشرف. مجلة مركز دراسات الكوفة، ع71، 399 - 430. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1454782>
- الشامسي، محمد حمد سالم. (2024). دور الذكاء الاصطناعي في تدير الأزمات والكوارث. مجلة قراءات علمية في الأبحاث والدراسات القانونية والاقتصادية والعلوم الإنسانية والشرعية، ع31، 272 - 288. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1475201>
- الشهري، ف. ع. (2024). تقييم استراتيجيات التعامل مع الأزمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة : دراسة تطبيقية [Retrieved from https://jces.journals.ekb.eg/article_414683.html](https://jces.journals.ekb.eg/article_414683.html)
- الصباغ، ع. ر. (2023). متطلبات جاهزية الجمعيات الأهلية لتمكين المجتمعات المحلية في مواجهة الكوارث والأزمات من منظور التنمية المحلية [Retrieved from https://journals.ekb.eg/article_282611.html](https://journals.ekb.eg/article_282611.html)
- قمان، أنيسة، و شعباني، مجيد. (2024). دور الذكاء الاستراتيجي في إدارة الأزمات: حالة كوفيد-19: دراسة ميدانية. دراسات اقتصادية، مج23، ع2، 1 - 22. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1454914>
- مجاهد، حنان. (2021). دور الإعلام الصحي في إدارة الأزمات: جائحة كورونا نموذجا. المجلة الدولية للاتصال الاجتماعي، مج8، ع2، 83 - 96. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1176472>
- محمد، مروة محمد علي بخيت. (2024). دور الكفاءات الإدارية في إدارة الأزمات: دراسة حالة المؤسسة السودانية للنفط ولاية البحر الأحمر - السودان 2013-2023 م. مجلة القلزم العلمية، ع40، 139 - 160. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1516546>

□ الموسوي، مثنى توفيق عبدالحسن. (2021). دور ممارسات الإدارة الحديثة في التأثير على استراتيجيات إدارة الأزمات: دراسة استطلاعية لعينة من العاملين في مستشفيات محافظة المثنى. مجلة الدراسات المستدامة، مج3، ملحق ، 598 - 626. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1212615>

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Afrihyia, E., Chianumba, E. C., Forkuo, A. Y., Mustapha, A. Y., & Omotayo, O. (2025). Public health emergency preparedness and crisis response: Strengthening national strategies against emerging threats. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies*, 5.
- ALANAZI, J. H. (2024). Enhancing Emergency Preparedness in Hospitals: A Collaborative Perspective from Health Administration and Health Care Security Professionals in Saudi Arabia. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/395925134_Enhancing_Emergency_Preparedness_in_Hospitals_A_Collaborative_Perspective_from_Health_Administration_and_Health_Care_Security_Professionals_in_Saudi_Arabia
- Al-Awlaqi, S., Dureab, F., & Tambor, M. (2022). The National Health Cluster in Yemen: assessing the coordination of health response during humanitarian crises. *Journal of International Humanitarian Action*, 7(1), 9.
- Alomari, N. A. (2021). Model of care knowledge among Riyadh First Health Cluster staff at the Ministry of Health, Saudi Arabia. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660453/>

- El-Jardali, F. (2025). Emergency preparedness and health system resilience assessment tool: development and initial validation. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12352223/>
- Emami, S. G., Lorenzoni, V., & Turchetti, G. (2024). Towards resilient healthcare systems: a framework for crisis management. *International journal of environmental research and public health*, 21(3), 286.
- Filip, R. (2022). Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problems. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9409667/>
- Gooding, K., Bertone, M. P., Loffreda, G., & Witter, S. (2022). How can we strengthen partnership and coordination for health system emergency preparedness and response? Findings from a synthesis of experience across countries facing shocks. *BMC health services research*, 22(1), 1441
- Jaziri, R. (2021). The impact of crisis and disasters risk management in COVID-19 times: Insights and lessons learned from Saudi Arabia. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9765402/>
- Kanaan, A. (2025). Towards technology-driven business continuity management in the saudi healthcare sector through security and operational risk management. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666188825009505>
- Kruk, M. E. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7734391/>

- Mani, Z. A. (2024). Transforming Healthcare in Saudi Arabia: A Comprehensive Evaluation of Vision 2030's Impact. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/379824388_Transforming_Healthcare_in_Saudi_Arabia_A_Comprehensive_Evaluation_of_Vision_2030's_Impact

- Mani, Z. A. (2024). Transforming Healthcare in Saudi Arabia: A Comprehensive Evaluation of Vision 2030's Impact. Retrieved from <https://www.mdpi.com/2071-1050/16/8/3277>

- Mizrak, K. C. (2024). Crisis Management and Risk Mitigation: Strategies for Effective Response and Resilience. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/378432533_Crisis_Management_and_Risk_Mitigation_Strategies_for_Effective_Response_and_Resilience

- Mushi, N. L. (2025). The Assessment of Institutional Frameworks Effectiveness and Their Influence on Collaborative Strategies Toward Effective Disaster Management and Emergency Response in Tanzania. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/390205157_The_Assessment_of_Institutional_Frameworks_Effectiveness_and_Their_Influence_on_Collaborative_Strategies_Toward_Effective_Disaster_Management_and_Emergency_Response_in_Tanzania

- Prideaux, B. (2024). Key issues in crisis and disaster management and research. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/379947397_Key_issues_in_crisis_and_disaster_management_and_research

- Professor, p. J. (2024). A maturity model to guide inter-organisational crisis management and response exercises. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212420924001754>
- Soyege, O. S., Nwokedi, C. N., Tomoh, B. O., Mustapha, A. Y., Mbata, A. O., Balogun, O. D., ... & Imohiosen, C. E. (2024). Public health crisis management and emergency preparedness: Strengthening healthcare infrastructure against pandemics and bioterrorism threats. *Journal of Frontiers in Multidisciplinary Research*, 5(2), 52-68
- Wang, H., Sun, J., Shi, Y., & Shen, T. (2022). Driving the effectiveness of public health emergency management strategies through cross-departmental collaboration: Configuration analysis based on 15 cities in China. *Frontiers in public health*, 10, 1032576

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس فاعلية خطط إدارة الأزمات والكوارث في تعزيز جاهزية

التجمعات الصحية: دراسة حالة على تجمع الرياض الصحي الأول

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 أزودكم بنتائج هذه الدراسة حال اكتمالها إن شاء الله.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

- 1- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2- المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه
- 3- سنوات الخبرة ☐ 5 سنوات فأقل ☐ من 5 – 10 سنوات ☐ من 10 – 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة
- 4- المستوى الإداري ☐ إدارة عليا ☐ إدارة وسطى ☐ إدارة إشرافية
- 5- نوع المنشأة ☐ مستشفيات عامة ☐ مستشفيات تخصصية ☐ المدينة الطبية ☐ مراكز الرعاية الأولية

ثانياً محاور الاستبيان

✿ المحور الأول: خطط إدارة الأزمات والكوارث، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
التخطيط الاستباقي					
					يتضمن التجمع خططاً استباقية لتحديد المخاطر المحتملة وتصنيفها وفق أولويات واضحة.
					يعتمد التجمع على تحليل منهجي للبيئة الداخلية والخارجية لاستشراف الأزمات المحتملة.
					يُحدّث التجمع خطط الطوارئ دورياً بناءً على المستجدات والتغيرات في بيئة العمل الصحي.
					يوفر التجمع أنظمة إنذار مبكر لرصد مؤشرات الأزمات قبل تفاقمها.
الاستجابة الفورية					
					يملك التجمع آليات واضحة لتفعيل خطط الطوارئ فور وقوع الأزمة.
					تتوفر في التجمع قنوات اتصال فعّالة لنقل المعلومات بسرعة أثناء الأزمات.
					يوفر التجمع فرق استجابة متخصصة ومؤهلة للتعامل مع مختلف أنواع الأزمات.

البعد					أو افق
معارض					أو افق
بشدة					بشدة
					يتبنى التجمع نظام قيادة حوادث موحد لتنسيق الجهود بين الأقسام أثناء الأزمة.
التعافي وإعادة التشغيل					
					يملك التجمع خطط استمرارية أعمال تضمن عدم انقطاع الخدمات الصحية الحرجة بعد الأزمة.
					يعمل التجمع على إعادة تشغيل الخدمات المتأثرة في أقصر وقت ممكن بعد انتهاء الأزمة.
					يُجري التجمع تقييماً شاملاً بعد كل أزمة لتوثيق الدروس المستفادة وتحديث الخطط.
					يوفر التجمع برامج دعم نفسي واجتماعي للكوادر الصحية المتأثرة بالأزمة.
التدريب والمحاكاة					
					يوفر التجمع برامج تدريبية دورية للعاملين على إجراءات إدارة الأزمات والطوارئ.
					يستخدم التجمع أساليب متنوعة في التدريب تشمل التدريب النظري والعملي والإلكتروني.
					يُنفذ التجمع تمارين محاكاة واقعية بشكل منتظم لاختبار جاهزية الفرق.
					يقيم التجمع أداء المشاركين بعد كل تمرين محاكاة ويُعدّ تقارير تحسين.

✿ المحور الثاني: تعزيز جاهزية التجمعات الصحية، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب

لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
					يملك التجمع القدرة على توسيع طاقته الاستيعابية بسرعة عند الحاجة لمواجهة أزمة صحية.
					تتوفر في التجمع بنية تحتية تقنية قادرة على دعم العمليات في أوقات الأزمات.
					يحتفظ التجمع بمخزون استراتيجي كافٍ من الأدوية والمستلزمات الطبية لمواجهة الطوارئ.
					يملك التجمع هيكلًا تنظيميًا مرناً يسمح بإعادة توزيع الموارد البشرية بكفاءة أثناء الأزمات.
					يعتمد التجمع على أنظمة معلومات صحية متكاملة تدعم اتخاذ القرار في حالات الطوارئ.
					توجد في التجمع آليات تنسيق فعالة مع الجهات الحكومية والأمنية في حالات الأزمات.
					يتمتع العاملون في التجمع بمستوى عالٍ من الوعي والمعرفة بأدوارهم أثناء الأزمات.
					يتوفر في التجمع نظام إدارة جودة شامل يتضمن معايير الجاهزية للطوارئ والأزمات.

البعد					أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض	معارض بشدة
يملك التجمع بروتوكولات واضحة لإدارة تدفق المرضى في حالات الطوارئ الكبرى.									
يُجري التجمع تقييمات دورية لمستوى الجاهزية وفق مؤشرات أداء محددة.									
يتعاون التجمع مع مؤسسات أكاديمية وبحثية لتطوير ممارسات الجاهزية.									
يطبق التجمع معايير الاعتماد الدولية المتعلقة بالاستعداد للطوارئ والكوارث.									

مع خالص التقدير والاحترام

Midocean University

College of Management

Master's in Risk Management

**The Effectiveness of Crisis and Disaster Management Plans
in Enhancing Health Clusters' Readiness: A Case Study of the
First Riyadh Health Cluster**

Prepared by the student/

Husam Saleh Alamri

252001061

Supervisor/

Dr. Fayez Grad

Dr. Al Fisal Abdel Hamid

2026 – 1447