

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. الفیصل عبد الحمید
د. فايز جراد

العام الدراسي
2026 – 1447

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 بمنشآت 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.

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.

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 وتنظيماً 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 نموذجاً تطبيقياً 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.

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 وفاعلية 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، مما 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 فاعلية 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).

بناءً 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؟

أهمية الدراسة

أولاً: الأهمية العلمية

تتبع 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 فعالية 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).

ثانياً: الأهمية العملية

أما على الصعيد العملي، فتكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة لكونها تلمس جانباً حيوياً 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 وصناع 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 أيضاً في كونها تساعد على تحديد نقاط القوة والقصور في تطبيق الخطط الحالية، مما يمكن إدارات التجمعات من توجيه جهود التدريب والتطوير نحو المجالات الأكثر احتياجاً. 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).

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..

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؟

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.

الإطار النظري

المبحث الأول: خطط إدارة الأزمات والكوارث

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 البعد الإجرائي التنظيمي من جهة، والبعد الاستراتيجي الشامل من جهة أخرى، مما أثارى الحقل المعرفي وأتاح فهماً متعدد الأوجه لطبيعة هذا النشاط الإداري المركب. 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 مصممة لتحديد المخاطر وتقييمها وإدارتها عبر سياقات متنوعة، ويشمل عناصر التخطيط والاتصال وتنسيق الاستجابة وآليات التقييم، بهدف تقليل الآثار السلبية للأحداث المعطلة 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 يبرز البعد التنسيقي الذي يعدّ ركيزة أساسية في إدارة الأزمات الصحية التي تستوجب تضافر جهات متعددة.

وفي سياق مقارب يركّز على البعد الوقائي، عرّف (Jaziri 2021) إدارة مخاطر الكوارث استناداً إلى الاستراتيجية الدولية للأمم المتحدة للحدّ من مخاطر الكوارث بأنها العملية المنهجية لاستخدام التوجيهات

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 السعيدى وعبدالرحمن (2023) إدارة الأزمات من زاوية علاقتها بأنماط القيادة النشطة، حيث عرّفت 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 والتعلّم 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 يوسّع 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 تتبنّاها المؤسسة الصحية وفق منهجية مهيكلّة، 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. ويتبنّى هذا التعريف مقاربة شمولية تجمع بين الأبعاد الإجرائية والاستراتيجية والبشرية والتقنية، بما يتلاءم مع تعقّد بيئة العمل في التجمعات الصحية السعودية.

المبحث الثاني: الجاهزية المؤسسية لتجمع الرياض الصحي الأول

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 والسياسات 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 والضغط 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 العملي 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 الفعالة التي تُمكن المستشفى من الاستجابة الفورية والفعالة 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 عرّفت الجاهزية بأنها قدرة المنظومة الصحية على مواجهة التهديدات الناشئة من خلال استراتيجيات وطنية محكمة تشمل التخطيط والتدريب وبناء القدرات والتنسيق بين الجهات المعنية. ويبرز 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 (2022) Filip et al. 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 طُرِح من منظورات متعددة، تناولت ستو ودربال (2022) مفهوماً مقارباً من خلال مدخل الرشاقة 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 للتعامل 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 الاستاتيكية المتعلقة بتوفر الموارد والإجراءات والأبعاد الديناميكية المتعلقة بالقدرة على التكيف والتعلم والتطوير المستمر.

الدراسات السابقة

هدفت دراسة (رفاعي، 2025) إلى التعرف على مدى تقييم كفاءة العمل الجماعي في إدارة الأزمات الصحية في المراكز الصحية، أتبعَت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقام الباحث بتصميم قائمة أستقصاء 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 يوجد 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 التأثري 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 التأثري - البعد المكاني - البعد البشري - البعد المؤسسي - البعد البيئي) لإدارة الأزمات الصحية بالمراكز الصحية محل الدراسة.

استهدف بحث (الصباغ، 2023) إلى تحديد متطلبات جاهزية الجمعيات الاهلية لتمكين المجتمعات المحلية في مواجهة الكوارث والازمات من منظور التنمية المحلية، وينتمي 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 والازمات وإدارة المخاطر , ووجود اليات تربط الجمعيات الاهلية بحاجة المجتمع ومشكلاته , وتطبيق المناهج العلمية التي ترصد وتخطط لمواجهة الكوارث والازمات, كما تتضمن المتطلبات الاقتصادية توفير الموارد المالية المخصصة في مواجهة الكوارث والازمات , وتحسين مستوي 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 كفاءة 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 موظفاً 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.

منهجية الدراسة

منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي الذي يُعدّ من أكثر المناهج ملائمة 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 يتيح 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 استخدم 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.

مجتمع الدراسة وعينتها

مجتمع الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المناصب الإدارية والإشرافية والقيادية بتجمع الرياض الصحي الأول، ويشمل ذلك مديري المستشفيات ومساعديهم، 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%

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. وتتكون 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

البعد	أرقام الفقرات	عدد الفقرات
التخطيط الاستباقي	1 - 2 - 3 - 4	4
الاستجابة الفورية	5 - 6 - 7 - 8	4
التعافي وإعادة التشغيل	9 - 10 - 11 - 12	4
التدريب والمحاكاة	13 - 14 - 15 - 16	4
الإجمالي		16

- ✗ 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

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

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	

صدق أداة الدراسة

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

أ. الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على (9) محكمين 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 وضعت لقياسه ومدى انتمائها للبعد الذي تنتمي إليه وسلامة الصياغة اللغوية. وقد تم الأخذ بملاحظات المحكمين التي حظيت بنسبة اتفاق (80%) فأكثر، وأجريت

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.

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. وتعدّ قيم ألفا كرونباخ مقبولة إذا بلغت (0.70) فأكثر، وجيدة إذا تجاوزت (0.80).

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

المتغير / البُعد	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.

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			

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

**دالة عند مستوى (0.01)

يتبين من مصفوفة الارتباط عدة نتائج مهمة. تظهر المصفوفة أن جميع أبعاد المتغير المستقل ترتبط ارتباطاً طردياً قوياً ودالاً إحصائياً بالمتغير التابع (الجاهزية)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.694) لبعد التعافي وإعادة التشغيل و(0.761) لبعد الاستجابة الفورية، مما يشير إلى أن جميع الأبعاد تسهم 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 يشير 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.

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 كولموغوروف-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 بآثر 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.

تحليل البيانات واختبار الفرضيات

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 يعزز 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

31.1	89	من 5 إلى أقل من 10 سنوات
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

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

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

نوع المنشأة	التكرار	النسبة المئوية(%)
مستشفيات عامة	104	36.4
مستشفيات تخصصية	68	23.8
المدينة الطبية	42	14.7
مراكز الرعاية الأولية	72	25.2
المجموع	286	100.0

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.

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 خطاً استباقية لتحديد المخاطر المحتملة وتصنيفها وفق أولويات واضحة.	3.87	0.814	1	مرتفعة
1	يعتمد التجمع على تحليل منهجي للبيئة الداخلية والخارجية لاستشراف الأزمات المحتملة.	3.79	0.856	2	مرتفعة
4	يُحدث 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 فعّالة 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	يبنى التجمع نظام قيادة حوادث موحد لتنسيق الجهود بين الأقسام أثناء الأزمة.	3.61	0.934	4	مرتفعة
	المتوسط العام لُبعد الاستجابة الفورية	3.72	0.741		مرتفعة

يبين الجدول رقم أن المتوسط العام لُبعد 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	المرتبة	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 لبعْد التعافي وإعادة التشغيل	3.62	0.758		مرتفعة

يُظهر الجدول رقم أن المتوسط العام لبعْد 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: البعد الرابع – التدريب والمحاكاة

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

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المرتبة	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	يُنْفذ التجمع تمارين محاكاة واقعية بشكل منتظم لاختبار جاهزية الفرق.	3.66	0.897	3	مرتفعة
15	يقيم التجمع أداء المشاركين بعد كل تمرين محاكاة ويعدّ تقارير تحسين.	3.57	0.924	4	مرتفعة
	المتوسط العام لبعْد التدريب والمحاكاة	3.69	0.736		مرتفعة

يوضح الجدول رقم أن المتوسط العام لبعْد 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 هيكلًا 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
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 وبخيرية 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 يشير إلى حاجة التجمع لتعزيز توافقه مع المعايير الدولية في مجال الاستعداد للطوارئ.

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 يساهم 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 البعد يمثل 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: (H_0-1) 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 يمثل ركيزة أساسية في منظومة الجاهزية، فتحليل المخاطر واستشراف السيناريوهات وإعداد خطط الطوارئ وتحديثها دورياً يمنح التجمع القدرة على التصرف بنقطة وسرعة عند وقوع الأزمة.

➤ الفرضية الفرعية الثانية: (H_0-2) 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 r	معامل التحديد R ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
----------------	------------------	------------------------------	----------------	------------	--------	-----------------	---	----------------	------	---	--------

تعزيز جاهزية التجمع	0.761	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 مستوى تعزيز جاهزية التجمع يُمكن تفسيره من خلال متغير الاستجابة الفورية فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت (390.874) 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 ($B = 0.711$)، بقيمة ($T = 19.771$)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى الاستجابة الفورية تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.711) في مستوى تعزيز جاهزية التجمع، ضمن شروط النموذج. ويُعد هذا البعد صاحب الأثر الأكبر بين جميع الأبعاد، ويمكن تفسير ذلك بأن القدرة على تفعيل الخطط بسرعة وتنسيق الجهود وتخصيص الموارد فور وقوع الأزمة تمثل الاختبار الحقيقي لمدى جاهزية أي مؤسسة صحية.

➤ الفرضية الفرعية الثالثة: (H0-3) يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

لخطط التعافي وإعادة التشغيل على تعزيز جاهزية تجمع الرياض الصحي الأول.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (21): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التعافي وإعادة التشغيل 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	0.694	0.482	1	263.862	0.000	التعافي وإعادة التشغيل	0.633	0.039	0.694	16.244	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 "التعافي وإعادة التشغيل" باعتباره أحد أبعاد خطط إدارة الأزمات والكوارث على "تعزيز جاهزية التجمع". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول رقم (4-15)، 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 يمكن 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 (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 (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 يشير 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 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	0.738	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 ($\text{Sig.} = 0.000$)، 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 البعد 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.

النتائج والتوصيات

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)، ويعزى 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)، ويُفسر 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 البعد (3.61)، وهو ما يشير إلى تحدٍ 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 يمثل 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 البعد. 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 البعد 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 البعد (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 البعد 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. ويُفسر هذا الأثر التكامل القوي بأن إدارة الأزمات ليست عملية أحادية البعد، بل هي منظومة متكاملة تعمل فيها الأبعاد بشكل تآزري، فالتخطيط الاستباقي يهيئ الأرضية،

والاستجابة الفورية تُفَعّل 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 أوثق 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 بُعد الأكثر تأثيراً منفرداً. ويُفسر 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 بينت 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 الشامسي (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 بُعد 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 بُعد نسبياً مقارنة بالأبعاد الأخرى

فُعزى إلى أن مرحلة التعافي غالباً ما تحظى باهتمام أقل من مرحلتى التخطيط والاستجابة في الممارسة الفعلية، وهو ما أكدته دراسة (Emami et al. (2024 التي بيّنت أن كثيراً من المؤسسات الصحية تُركز على الاستجابة الآتية على حساب التعافي المنهجي وإعادة البناء. كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة السعيدى 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. ويُفسر هذا الأثر القوي بأن التدريب والمحاكاة يُشكلان 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.

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، ويوفر 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 يعزز قدرة التجمع على التعلم المؤسسي المستمر.
- زيادة وتيرة تمارين المحاكاة الشاملة وتنويع 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 تعالج 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 يخفف الضغط على المنشآت الصحية في أوقات الأزمات.

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 يفسرها 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

المراجع

المراجع العربية:

- البشري، مجد عوض بن داخل، بن خلته، 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. Retrieved from https://journals.ekb.eg/article_435907_0.html (22)
- سالم، أمينة 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 الرقابة 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 تدبير 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

- الصباغ، ع. ر. (2023). متطلبات جاهزية الجمعيات الاهلية لتمكين المجتمعات المحلية في مواجهة الكوارث والازمات من منظور التنمية المحلية Retrieved from https://journals.ekb.eg/article_282611.html
- قمان، أنيسة، و شعباني، مجيد. (2024). دور الذكاء الاستراتيجي في إدارة الأزمات: حالة كوفيد19: 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 2023-2013 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>

ثانيا: 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>