

تقييم مستوى الجاهزية الإدارية والمالية للاستجابة لحالة الطوارئ في المستشفيات الحكومية الفلسطينية

الاستلام: ٢٠٢٥/١١/١٩
التحكيم: ٢٠٢٦/١/٧
القبول: ٢٠٢٦/١/٨

كمال محمد سعيد كامل النونو^(١)
نبيل عبد شعبان اللوح^(١)
مازن جهاد إسماعيل الشوبكي^(*)

© 2026 University of Science and Technology, Aden, Yemen. This article can be distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

© 2026 جامعة العلوم والتكنولوجيا، المركز الرئيس عدن، اليمن. يمكن إعادة استخدام المادة المنشورة حسب رخصة مؤسسة المشاع الإبداعي شريطة الاستشهاد بالمؤلف والمجلة.

^١ قسم إدارة أعمال، كلية العلوم الإدارية، الجامعة الفلسطينية، غزة فلسطين

* عنوان المراسلة: mazen.alshobaki@gmail.com

تقييم مستوى الجاهزية الإدارية والمالية للاستجابة لحالة الطوارئ في المستشفيات الحكومية الفلسطينية

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى الجاهزية الإدارية والمالية و مدى كفاءة الاستجابة لحالة الطوارئ في المستشفى الإندونيسي في قطاع غزة خلال حرب (2023-2025)، وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي. كما اعتمدت الدراسة على استبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، وُزعت على عينة مكونة من (54) موظفاً من العاملين في الجوانب الإدارية والمالية بالمستشفى.

أظهرت أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المتوسط الحسابي العام لجميع المحاور بلغ (٤,٠٩٠) بوزن نسبي (٨١,٨٠%)، مما يعكس جاهزية مرتفعة نسبياً في مواجهة الأزمات. وقد سجل محور الجاهزية الإدارية أعلى درجة (٩١,٤٣%)، يليه الجاهزية المالية (٧٦,٩٩%)، ثم الاستجابة لحالة الطوارئ (٧٦,٩٨%).

خلصت الدراسة إلى وجود خطط مكتوبة مفعلة، وتنظيم ميداني واضح، مع بعض أوجه القصور في التخطيط المالي الاستباقي وتدريب الفرق المالية.

وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات أهمها ضرورة تطوير خطط مرنة لحالة الطوارئ، وإجراء تدريبات دورية، وتعزيز الاستقلال المالي للمستشفى خلال الطوارئ.

الكلمات المفتاحية: الجاهزية الإدارية، الجاهزية المالية، الاستجابة لحالة الطوارئ، المستشفى الإندونيسي، المحافظات الجنوبية، فلسطين.

مقدمة الدراسة

شهد قطاع غزة خلال الفترة ٢٠٢٣-٢٠٢٥ عدواناً واسع النطاق من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلي، ما أدى إلى ظروف إنسانية وصحية غاية في الصعوبة. وقد شكّلت الحرب تحديات جسيمة أمام النظام الصحي، الذي يعاني أصلاً من ضعف الإمكانيات وقلّة الموارد، ما فرض ضغوطاً كبيرة على البنية التحتية الصحية وفرق العمل الطبية والإدارية.

في ضوء هذه الأوضاع الطارئة، برزت الحاجة الملحة لتقييم جاهزية المؤسسات الصحية في قطاع غزة، خصوصاً من الجوانب الإدارية والمالية (Atieh et al., 2023)، باعتبارها المحرك الأساسي للقدرة على الاستجابة الفعالة والمنظمة أثناء الكوارث، حيث إن الجاهزية الإدارية تؤثر على سرعة اتخاذ القرار وتوزيع المهام والموارد البشرية، بينما تمثل الجاهزية المالية ضماناً لتوفير الاحتياجات العاجلة واستمرارية الخدمة (Salama et al., 2018).

وقد تم اختيار "المستشفى الإندونيسي" كميدان تطبيقي لهذه الدراسة، كونه من أهم المستشفيات العاملة في شمال قطاع غزة، وقد واجه ظروفًا استثنائية أثناء العدوان، تمثلت في تكرار محاصرته من قبل قوات الاحتلال، وإخلائه القسري في بعض الأحيان، إلى جانب انقطاع الخدمات الأساسية، كما أنه يعد من المستشفيات التي تلقت دعماً دولياً مما يتيح تقييماً معمقاً لآليات التخطيط والاستجابة في حالات الطوارئ ضمن سياق واقعي.

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل واقع الجاهزية الإدارية والمالية في المستشفى الإندونيسي، وتقييم مدى تأثير هذه الجاهزية على قدرة المستشفى في الاستجابة الفعلية أثناء الحرب، وذلك من خلال استطلاع آراء الكوادر الإدارية والمالية والعاملين في أقسام الطوارئ.

مصطلحات الدراسة

هناك العديد من المصطلحات التي تم استخدامها في الدراسة، أهمها:

- الجاهزية الإدارية: تشير إلى مدى استعداد المستشفى من الناحية الإدارية لمواجهة حالات الطوارئ، وتشمل عدة جوانب رئيسية مثل: وجود خطط طوارئ واضحة ومحدثة، وكفاءة الهيكل التنظيمي في إدارة الأزمات، وتوفير كوادر مدربة ومؤهلة بالإضافة إلى فعالية نظم الاتصال والتنسيق بين الأقسام والجهات ذات العلاقة، والقدرة على اتخاذ قرارات سريعة وفعالة تحت الضغط لضمان الاستجابة الفورية والفعالة أثناء الطوارئ.
- الجاهزية المالية: تشير إلى مدى قدرة المستشفى على ضمان الاستمرارية المالية خلال حالات الطوارئ، ويشمل ذلك توفر مخصصات مالية لحالة الطوارئ، ووجود خطط تمويل بديلة، وآليات واضحة لتتبع وإدارة النفقات الطارئة، بالإضافة إلى القدرة على تعبئة وتأمين موارد مالية إضافية عند الحاجة لتلبية المتطلبات المستجدة خلال الأزمات.

- الاستجابة لحالة الطوارئ: تعني كافة الإجراءات والآليات التي يتم تفعيلها داخل المستشفى عند حدوث أزمات أو حروب بهدف ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية.
- المستشفى الإندونيسي: هو مستشفى يقع في شمال قطاع غزة ويُعتبر من المؤسسات الصحية المهمة في تقديم الخدمات خلال الأزمات، تم اختياره كنموذج للدراسة لكونه خط المواجهة الأول خلال الحرب.

مشكلة الدراسة

على الرغم من التحديات البنيوية والتمكيرة التي تفرضها الحروب المتعاقبة على النظام الصحي في قطاع غزة، ما تزال هناك فجوة بحثية تتمثل في غياب تقييم منهجي وشامل لمستوى الجاهزية الإدارية والمالية للمستشفى الإندونيسي في المحافظات الجنوبية، بما يضمن فاعلية الاستجابة لحالة الطوارئ الناجمة عن هذه الحروب. ويُعدّ تحليل مواطن القوة والقصور في هذه الجاهزية مدخلاً أساسياً لتعزيز كفاءة إدارة الأزمات، وتحسين قدرة المستشفى على استمرارية تقديم الخدمات الصحية الأساسية، والمساهمة في إنقاذ الأرواح خلال الأزمات والطوارئ المستقبلية.

أسئلة الدراسة

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة والمراجع والأهداف التي صيغت لهذه الدراسة نستطيع أن نطرح أسئلة الدراسة:

السؤال الأول: ما هو مستوى الجاهزية الإدارية والمالية للاستجابة لحالة الطوارئ خلال حرب ٢٠٢٣-٢٠٢٥ على المحافظات الجنوبية الفلسطينية؟

السؤال الثاني: هل يوجد فروق بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى للبيانات الشخصية والتنظيمية التالية: (النوع الاجتماعي، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، عدد سنوات الخدمة)؟

فروض الدراسة

بهدف توفير إجابة مناسبة للتساؤلات المطروحة، تسعى الدراسة إلى اختبار صحة الفروض التالية:
الفرض الرئيس: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغيرات: (النوع الاجتماعي، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي- عدد سنوات الخدمة)؟
ويتفرع من الفرض الرئيس السابق الفروض الفرعية التالية:

الفرض الفرعي الأول: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغيرات النوع الاجتماعي.

الفرض الفرعي الثاني؛ لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

الفرض الفرعي الثالث؛ لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة.

الفرض الفرعي الرابع؛ لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

أهداف الدراسة

يتمثل الهدف الرئيس للدراسة في التعرف إلى مستوى الجاهزية الإدارية والمالية للاستجابة لحالة الطوارئ في المستشفيات بالمحافظات الجنوبية الفلسطينية ويتفرع من الهدف الرئيس مجموعة من الأهداف الفرعية، وهي:

١. تحديد درجة مستوى الجاهزية الإدارية للمستشفى الإندونيسي في المحافظات الجنوبية الفلسطينية للاستجابة لحالة الطوارئ خلال حرب ٢٠٢٣-٢٠٢٥.
 ٢. تحليل مستوى الجاهزية المالية للمستشفى الإندونيسي في ظل الأزمات الطارئة الناتجة عن الحرب.
 ٣. التعرف على الفجوات الإدارية والمالية التي قد تؤثر على كفاءة الاستجابة لحالة الطوارئ في المستشفى.
 ٤. تقييم الإجراءات التي يتم تفعيلها داخل المستشفى عند حدوث طوارئ لضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية.
- تقديم توصيات عملية من شأنها تعزيز مستوى الجاهزية المؤسسية لمواجهة الأزمات المستقبلية.

أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من الإسهام العلمي والتطبيقي المتوقع أن تقدمه، ويمكن تحديد جوانب هذه الأهمية على النحو الآتي:

١. تسليط الضوء على مستوى الجاهزية الإدارية والمالية لأحد المستشفيات الحكومية في المحافظات الجنوبية الفلسطينية، والمتمثل في المستشفى الإندونيسي، بما يعكس قدرته على الاستجابة الفعالة لحالات الطوارئ في ظل الأزمات والحروب المتكررة

٢. الإسهام في إثراء الأدبيات العربية من خلال تقديم دراسة علمية حديثة في مجال تطوير القطاع الصحي، ولا سيما في موضوع إدارة الطوارئ والاستعداد المؤسسي في المؤسسات الصحية

الدراسات السابقة

١. دراسة (أبو رحمة، ٢٠٢١) التي هدفت إلى معرفة مدى ممارسة أبعاد التخطيط الاستراتيجي داخل المستشفيات الحكومية، وتحديد علاقتها بتحسين الأداء المؤسسي. اعتمد الباحثون المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت استبانة على عينة مكونة من إداريين في المستشفيات. خلصت الدراسة إلى أن درجة ممارسة التخطيط الاستراتيجي متوسطة بنسبة (٦٣,٣٧٪). وأوصت بتعزيز مشاركة الموظفين في صياغة الأهداف، وزيادة الموارد المالية للبحوث.

٢. دراسة (الصالح، ٢٠١٩)، التي هدفت إلى تقييم مدى توفر خطط الطوارئ، وتحليل مستوى الجاهزية، الاستعداد، الاستجابة، الوقاية، التعافي. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على استبانة وزعت على عينة من ٢٨٩ موظفاً. وأظهرت النتائج توفر إجراءات الاستعداد بنسبة (٧٩,٢٪)، والاستجابة (٧٩٪)، والوقاية (٧٨,٢٪)، والتعافي (٧٧,٢٪) وتعكس النتائج مستوى جيداً من الجاهزية في المستشفيات الحكومية وأوصت الدراسة بتفعيل دور المركز الوطني لإدارة الكوارث، ومأسسة إدارة الأزمات داخل وزارة الصحة. كما دعت لتكثيف البرامج التدريبية للعاملين في مجالات الطوارئ والكوارث.

٣. دراسة (الغوطي، ٢٠٢٠) التي هدفت الدراسة إلى تحليل أثر البرامج التدريبية الممولة من منظمات غير حكومية على تطوير أداء الطواقم الطبية في أقسام الطوارئ. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت المقابلات كأداة رئيسية، وتم إجراء مقابلات مع ١٧ مشرفاً. بينت النتائج أن البرامج التدريبية ركزت على الجوانب النظرية أكثر من التطبيقية، ما قلل من فاعليتها. وأوصت الدراسة بضرورة ربط التدريب بالواقع العملي وزيادة إشراف وزارة الصحة على تلك البرامج.

٤. دراسة (خطاب، ٢٠١٨) التي هدفت إلى التعرف على واقع تطبيق إدارة الأولويات في أقسام الطوارئ، وبيان كيفية استخدامها، وفوائدها، والمعوقات التي تواجهها واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيقها على خمس مستشفيات كبرى في قطاع غزة. وأظهرت النتائج أن لتطبيق إدارة الأولويات أثراً كبيراً في تحسين جودة الخدمات الصحية وفقاً للمعايير العالمية. كما أكدت على أهمية زيادة التوعية والتدريب على آليات التطبيق. وأشارت إلى الحاجة لرفع كفاءة العاملين في أقسام الطوارئ خاصة في التعامل مع الحالات الحرجة. أوصت الدراسة بتعزيز قدرات الأطباء والممرضين المختصين لرفع جودة الاستجابة الطارئة.

٥. دراسة (National Police Mission – India, 2021) التي هدفت إلى بيان أهمية إشراك المجتمع المحلي في إدارة الكوارث من خلال تحليل تجارب دول كبرى خلال كوارث مثل جائحة كوفيد-١٩. اعتمدت على المنهج

التحليلي المقارن، وأكدت أن المجتمع المحلي يلعب دوراً محورياً في الاستجابة الأولية. وأوصت الدراسة بتعزيز التنسيق مع المجتمعات المحلية وتدريبها على أدوار محددة ضمن خطط الطوارئ كما شددت على ضرورة الاعتراف الرسمي بدور المجتمع لتعزيز المرونة وتقليل آثار الكوارث.

٦. دراسة (Van Krieken، ٢٠١٧) التي هدفت إلى استكشاف كيفية تمكين المجتمع المحلي من المشاركة الفعالة خلال مرحلة التعافي بعد الكوارث. اعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي لحالات دراسية مختلفة. توصلت إلى أن مشاركة المجتمع من بداية الأزمة وحتى نهايتها تعزز من فاعلية جهود التعافي. وأكدت على ضرورة إشراك المجتمع في جميع مراحل التخطيط والتنفيذ لتقليل من آثار الكوارث. أوصت الدراسة بأهمية بناء خطط شاملة تدمج السكان المحليين كجزء أساسي في عمليات التعافي. كما شددت على أن المشاركة المجتمعية تمثل وسيلة فعالة لتقليل المخاطر وتعزيز الاستجابة المجتمعية.

التعليق على الدراسات السابقة

أظهرت الدراسات العربية والأجنبية اهتماماً متزايداً بموضوع الجاهزية المؤسسية والاستجابة لحالة الطوارئ في القطاع الصحي، حيث ركزت غالبية هذه الدراسات على أقسام الطوارئ، وتقييم الخطط التشغيلية، ودور التدريب والموارد البشرية في تعزيز كفاءة الأداء خلال الأزمات. كما برزت أهمية إشراك المجتمع المحلي في إدارة الكوارث كعامل داعم لجهود الاستجابة والتعافي.

وأبرزت دراسات مثل (الصالح، ٢٠١٩) و(أبو رحمة، ٢٠٢١) وجود مستوى متوسط إلى جيد من الاستعداد الإداري والتخطيط الاستراتيجي داخل المستشفيات الحكومية في غزة، إلا أن نتائجها أظهرت في المقابل وجود ضعف في التنسيق المؤسسي والمأسسة الداخلية، وغياب آليات تقييم فاعلة للجاهزية أثناء الأزمات الواقعية، حيث اكتفت هذه الدراسات بتحليل جاهزية "نظرية" أو "افتراضية" دون الارتباط بتجارب حقيقية، كما أظهرت معظم الدراسات وجود قصوراً واضحاً في تناول البعد المالي، إذ لم تعالج بشكل مباشر مدى كفاءة الأنظمة المالية أو جاهزيتها في توزيع الموارد وتغطية الاحتياجات الطارئة خلال فترات الأزمات. واقتصر التركيز في بعضها على الجوانب التشغيلية أو البشرية، مما يخلق فجوة في الفهم الشامل لمتطلبات الاستجابة الناجحة (FarajAllah et al., 2018)، (FarajAllah et al., 2019).

كذلك، فإن معظم ما طرح من أبحاث سابقاً كان في سياقات مستقرة نسبياً أو في ظل كوارث طبيعية وأزمات محدودة، بينما يختلف الوضع تماماً في حالات الحروب المفتوحة، كما في العدوان الممتد على قطاع غزة خلال الفترة (٢٠٢٣-٢٠٢٥)، حيث تتعدد الظروف، وانقطاع سلاسل الإمداد، وشح الموارد، ما يبرز الحاجة الماسة لدراسة هذا السياق تحديداً.

الفجوة البحثية

على الرغم من غنى الأدبيات السابقة في مجال الجاهزية المؤسسية وإدارة الأزمات، إلا أن هناك قصوراً ملحوظاً في تناول البعدين الإداري والمالي بصورة تكاملية ضمن السياقات الصحية في المناطق المتأثرة بالحروب، ولا سيما في قطاع غزة. كما لم تتناول أي من الدراسات السابقة المستشفى الإندونيسي كحالة ميدانية مستقلة، رغم دوره المحوري كمرفق صحي متقدم في مناطق المواجهة شمال القطاع خلال حرب ٢٠٢٣-٢٠٢٥.

وبالتالي، تسعى هذه الدراسة إلى سد هذه الفجوة من خلال تقديم تقييم ميداني شامل لمستوى الجاهزية الإدارية والمالية في المستشفى الإندونيسي، في ظل بيئة حرب مستمرة، وذلك لفهم قدرته على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ في ظل التحديات المعقدة المتعلقة بضعف البنية التحتية، وغياب التمويل المستقر، وتقلب الأوضاع الأمنية.

وتكتسب الدراسة أهميتها من تقديمها إطاراً تحليلياً مزدوجاً (إداري ومالي) في سياق فلسطيني فريد، مما يضيف بُعداً جديداً للمعرفة ويسهم في توجيه صانعي القرار نحو سياسات وتدخلات أكثر فعالية ومرونة خلال الكوارث والنزاعات الممتدة.

حدود الدراسة

تكون نطاق الدراسة على النحو التالي:

١. الحدود الموضوعية: ركزت الدراسة على تقييم الجاهزية الإدارية والمالية فقط، دون التطرق للجوانب السريرية أو الفنية الأخرى في المستشفى مثل جاهزية الكوادر الطبية أو الأجهزة.
٢. الحدود المكانية: اقتصر تطبيق هذه الدراسة على المستشفى الإندونيسي الواقع في المحافظات الجنوبية الفلسطينية، بوصفه أحد المستشفيات الحيوية خلال فترة الحرب، وعليه فإن نتائج الدراسة تفسر ضمن الخصائص المكانية والمؤسسية لهذا المستشفى دون تعميمها على مستشفيات أخرى.
٣. الحدود البشرية: يقتصر البحث على عينته من الموظفين الإداريين والعاملين في الأقسام المالية والطوارئ داخل المستشفى الإندونيسي والذين استجابوا إلكترونياً بتعبئة الاستبانة، دون إشراك المرضى أو الجهات الخارجية الأخرى.
٤. الحدود المؤسسية: أجريت الدراسة على المستشفى الإندونيسي التي استجاب المبحوثين في الاجابة على اداة الدراسة.
٥. الحدود الزمانية: يغطي البحث الفترة الزمنية الممتدة من بداية حرب ٢٠٢٣ حتى عام ٢٠٢٥، وهي فترة شهدت تصاعداً في الأحداث الطارئة والاحتياجات الصحية والإنسانية.

الإطار النظري للدراسة

النظام الصحي الفلسطيني

يُعد النظام الصحي الفلسطيني من الأنظمة التي تعمل في بيئة مليئة بالتحديات السياسية والاقتصادية والإنسانية، مما يفرض عليه ضغوطاً مستمرة تتعلق بتوفير خدمات صحية شاملة ومستدامة للسكان في الضفة الغربية وقطاع غزة، ويدير هذا النظام عبر مجموعة من مقدمي الخدمات الرئيسيين، أبرزهم وزارة الصحة الفلسطينية، إلى جانب وكالة الغوث (الأونروا)، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الصحي الخاص. (Ministry of Health Palestine, 2004).

وتتحمل وزارة الصحة الفلسطينية العبء الأكبر من تقديم الخدمات الصحية، خاصة في المستشفيات الحكومية، إذ تعتبر المزود الرئيسي للرعاية الصحية الأولية والثانوية، أما الجهات الأخرى مثل القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية، فتقدم خدمات صحية تخصصية أو تكميلية في بعض المجالات، ويطلب من المواطنين في بعض الأحيان تغطية نفقات العلاج من خلال مصادر تمويل ذاتية، أو عبر الإحالات الطبية الداخلية والخارجية.

ويواجه النظام الصحي الفلسطيني تحديات جغرافية كبيرة، خاصة في قطاع غزة، حيث أدت سياسات الاحتلال، من إغلاق المعابر، والانقسام السياسي، والحصار المفروض، إلى إحداث فجوة واضحة في توفر الخدمات الصحية بين المحافظات الشمالية والجنوبية. كما أثرت هذه الظروف سلباً على تكامل النظام الصحي، وأضعفت قدرته على تنسيق الرعاية الصحية على مستوى كافة المناطق الفلسطينية (وزارة الصحة الفلسطينية، ٢٠٠٤).

ورغم هذه التحديات، فإن النظام الصحي الفلسطيني يظهر مؤشرات إيجابية عند مقارنته بالأنظمة الصحية في بعض دول المنطقة، إذ يسجل أداءً مقبولاً في عدد من المؤشرات الصحية مثل معدل وفيات الرضع، ومعدل التغطية بالتحصينات، مما يعكس التزام الكوادر الصحية، وفعالية بعض البرامج الوطنية (WHO, 2006). وتعرف وزارة الصحة الفلسطينية على أنها الجهة الرسمية المسؤولة عن ضمان الصحة العامة في دولة فلسطين، حيث تتبع لها جميع المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية، وتضطلع بمسؤولية إعداد الإحصاءات الصحية، وتنظيم حملات الصحة العامة، ومراقبة الأوبئة، وتخطيط برامج التوعية الصحية (وزارة الصحة الفلسطينية، ٢٠٢٣).

إدارة الطوارئ في وزارة الصحة الفلسطينية - قطاع غزة (وزارة الصحة، ٢٠١٨)

تسعى وزارة الصحة الفلسطينية إلى تعزيز قدرتها المؤسسية في إدارة الأزمات والطوارئ من خلال إعداد خطط واضحة وشاملة للتعامل مع مختلف الظروف الطارئة، بالتعاون مع مقدمي الخدمات الصحية كافة. وفي عام ٢٠١٨، تم إقرار هيكل تنظيمي دائر لإدارة الطوارئ، يشمل تشكيل لجنة عليا لحالة الطوارئ تتبع مباشرة لوزير الصحة، وتتمتع بصلاحيات كاملة للتخطيط والتنسيق قبل وأثناء وبعد وقوع الأزمات.

كما تعتبر اللجنة الوطنية العليا لحالة الطوارئ في غزة الإطار الرسمي الأعلى المسؤول عن تنسيق الاستجابة بين الجهات الحكومية المختلفة، وتفضل فور إعلان حالة الطوارئ بقرار وزاري رسمي، وبتأسيها الوزير أو من يكلفه بذلك.

خطة الطوارئ الصحية (وزارة الصحة، ٢٠١٨)

تعد خطة الطوارئ الصحية التي أقرتها وزارة الصحة الفلسطينية عام ٢٠١٨ إطاراً تنظيمياً شاملاً يهدف إلى ضمان الاستعداد الفعال والاستجابة السريعة أثناء الأزمات والكوارث. وقد شاركت في إعدادها اللجنة العليا لحالة الطوارئ الصحية، بالتنسيق مع الإدارات والوحدات ذات العلاقة في الوزارة. تعتمد الخطة على رؤية منهجية تقوم على الاستعداد المبكر، والتخطيط، والتدريب المسبق لمقدمي الخدمات الصحية، بما يضمن الحد من مخاطر الأحداث الطارئة، وتقليل آثارها، وضمان استمرارية تقديم الخدمات الطبية، والحفاظ على أرواح المرضى.

أهداف خطة الطوارئ الصحية:

١. تعزيز قدرة النظام الصحي على التخطيط والاستعداد المسبق لمواجهة الكوارث.
٢. تحسين سرعة وكفاءة الاستجابة الإنسانية والصحية.
٣. توحيد جهود مقدمي الخدمات الصحية والاستفادة من الموارد المتاحة.
٤. تقليل نسب الوفيات، وضمان استمرارية تقديم الخدمات.
٥. تخفيف آثار الكوارث وتسريع التعافي.

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً- منهجية الدراسة: تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، والذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، وتنقسم مصادر البيانات في هذه الدراسة إلى نوعين، وهما:

- البيانات الرئيسية: تتمثل في أداة الدراسة (الاستبانة)، وذلك لتقييم مستوى الجاهزية الإدارية والمالية للاستجابة لحالة الطوارئ خلال حرب ٢٠٢٣-٢٠٢٥ على المحافظات الجنوبية الفلسطينية.
- البيانات الثانوية: تتمثل في الدراسات والأدبيات السابقة، وما تجوّه المكتبات من دراسات وأبحاث وكتب ومراجع في مجال الدراسة.

ثانياً- حدود الدراسة: تركّز الدراسة على تقييم الجاهزية الإدارية والمالية فقط، دون التطرق للجوانب الفنية أو السريرية وتم تطبيق الدراسة على المستشفى الإندونيسي في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة خلال الفترة من بداية حرب ٢٠٢٣ وحتى عام ٢٠٢٥.

ثالثاً- مجتمع الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من جميع الإداريين العاملين في الشؤون الإدارية والمالية في الاستقبال والطوارئ والفعالين في حال إعلان حالة الطوارئ وعددهم (٦٠) واستخدم الباحثون أسلوب المسح

الشامل نظراً لصغر مجتمع الدراسة حيث تم توزيع الاستبانة على جميع مفردات مجتمع الدراسة وتم استرداد (٥٤) وبذلك يكون عدد الاستبيانات الخاضعة للدراسة (٥٤) استبانة والجداول التالية تبين خصائص وسمات مجتمع الدراسة.

جدول رقم (١): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب البيانات الشخصية والتنظيمية

م	البيانات الشخصية والتنظيمية	العدد	النسبة المئوية %
١.	النوع الاجتماعي	٤٥	٨٣.٣%
٢.	انثي	٩	١٦.٧%
	المجموع	٥٤	١٠٠%
١.	المؤهل العلمي	٣	٥.٦%
٢.	بكالوريوس	٤٦	٨٥.٢%
٣.	ماجستير	٤	٧.٤%
٤.	دكتوراه	١	١.٩%
	المجموع	٥٤	١٠٠%
١.	المسمى الوظيفي	٤	٧.٤%
٢.	رئيس شعبة	١٠	١٨.٥%
٣.	محاسب	١٢	٢٢.٢%
	المجموع	٥٤	١٠٠%
١.	عدد سنوات الخدمة	٩	١٦.٧%
٢.	من ٥-أقل من ١٠ سنوات	١٨	٣٣.٣%
٣.	١٠ سنوات فأكثر	٢٧	٥٠%
	المجموع	٥٤	١٠٠%

رابعاً- أداة الدراسة: تم استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات وتتكون من:

- القسم الأول: البيانات الشخصية؛ وتشتمل البيانات الشخصية التالية: (النوع الاجتماعي، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخدمة، المسمى الوظيفي).
- القسم الثاني: تناول "مستوى الجاهزية الإدارية خلال حرب ٢٠٢٣- ٢٠٢٥ على المحافظات الجنوبية الفلسطينية ويتكون من (١٣) فقرة موزعة على بعدين كما يلي:

جدول رقم (٢): المحور الأول: الجاهزية الإدارية

عدد الفقرات	البعد
6	البعد الأول وجود خطة لإدارة حالة الطوارئ
7	البعد الثاني كفاءة التنظيم الميداني لحالة الطوارئ
13	المجموع

القسم الثالث: تناول "مستوى الجاهزية المالية خلال حرب ٢٠٢٣- ٢٠٢٥ على المحافظات الجنوبية الفلسطينية" ويتكون من (٧) فقرة

- القسم الرابع: تناول الإجراءات التي يتم تفعيلها داخل المستشفى عند حدوث طوارئ لضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية ويتكون من (٢١) فقرة موزعة على ثلاث ابعاد كما يلي:
جدول رقم (٣): المحور الثالث: مستوى للاستجابة لحالة الطوارئ

عدد الفقرات	البعد
6	البعد الأول: الاستجابة الإدارية المنظمة أثناء الطوارئ
8	البعد الثاني: تنفيذ الهيكل الميداني والتنظيم العملي أثناء الحرب
7	الاستجابة المالية أثناء الطوارئ
21	المجموع

خامساً- مقياس التدريب: تم اعتماد استجابات أفراد عينة الدراسة حسب مقياس من (١-٥) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٤): مقياس ليكارت الخماسي

التصنيف	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

سادساً- صدق الاستبانة: يعني صدق أداة الدراسة أن الأداة تقيس ما وضعت لقياسه، وتم التحقق من صدق الاستبانة من خلال التالي:

- الصدق من وجهة نظر المحكمين (صدق المحتوى/ الصدق الظاهري): تم عرض الاستبانة على عدد (٥) من المحكمين من أصحاب الخدمة والاختصاص من أجل التحقق من صدق الاستبانة.
- صدق المقياس (الصدق الداخلي): ويقصد به درجة انسجام كل فقرة من فقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مع الدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه، وتكون معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) حيث أن القيمة الاحتمالية لكل فقرة في الجدول من (٥) أقل من ٠,٠٥ بذلك تكون فقرات الاستبانة صادقة لما وضع له.

جدول رقم (٥): الصدق الداخلي لأبعاد الاستبانة

البعد الثاني من المحور الأول (كفاءة التنظيم الميداني لحالة الطوارئ)			البعد الأول من المحور الأول (وجود خطة لإدارة حالة الطوارئ)		
القيمة الاحتمالية (Sig)	معامل الارتباط	الفقرة	القيمة الاحتمالية (Sig)	معامل الارتباط	الفقرة
0.000	0.844**	١ س١	0.000	0.825**	١ س١
0.000	0.921**	٢ س٢	0.000	0.750**	٢ س٢
0.000	0.893**	٣ س٣	0.000	0.734**	٣ س٣
0.000	0.910**	٤ س٤	0.000	0.781**	٤ س٤
0.000	0.817**	٥ س٥	0.000	0.787**	٥ س٥
0.000	0.840**	٦ س٦	0.000	0.827**	٦ س٦
0.000	0.748**	٧ س٧			
الصدق الداخلي لفقرات البعد الأول من المحور الثالث (الاستجابة الإدارية المنظمة أثناء الطوارئ)			الصدق الداخلي لفقرات المحور الثاني (الجاهزية المالية)		
القيمة الاحتمالية (Sig)	معامل الارتباط	الفقرة	القيمة الاحتمالية (Sig)	معامل الارتباط	الفقرة
0.000	0.695**	١ س١	0.000	0.709**	١ س١
0.000	0.853**	٢ س٢	0.000	0.879**	٢ س٢
0.000	0.897**	٣ س٣	0.000	0.709**	٣ س٣
0.000	0.687**	٤ س٤	0.224	-0.168	٤ س٤
0.000	0.892**	٥ س٥	0.000	0.876**	٥ س٥
0.000	0.731**	٦ س٦	0.000	0.760**	٦ س٦
			0.000	0.709**	٧ س٧
الصدق الداخلي لفقرات البعد الثالث من المحور الثالث (الاستجابة المالية أثناء الطوارئ)			الصدق الداخلي لفقرات البعد الثاني (تنفيذ الهيكل الميداني والتنظيم العملي أثناء الحرب)		
القيمة الاحتمالية (Sig)	معامل الارتباط	الفقرة	القيمة الاحتمالية (Sig)	معامل الارتباط	الفقرة
	0.798**	١ س١		0.555**	١ س١
	0.792**	٢ س٢		0.735**	٢ س٢
	0.798**	٣ س٣		0.833**	٣ س٣
	0.883**	٤ س٤		0.878**	٤ س٤
	0.860**	٥ س٥		0.875**	٥ س٥
	0.752**	٦ س٦		0.828**	٦ س٦
	0.926**	٧ س٧		0.655**	٧ س٧
				0.502**	٨ س٨

* الارتباط دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$

سابعاً- ثبات الاستبانة: يعني ثبات أداة الدراسة أن الأداة تعطي نفس النتائج تقريباً لو طبقت مرة أخرى على نفس المجموعة من الأفراد، أي أن النتائج لا تتغير، وتم التحقق من ثبات الاستبانة من خلال استخدام معادلة ألفا كرونباخ؛ كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (٦): معامل ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة

المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
المحور الأول: مستوى الجاهزية الإدارية للاستجابة لحالة الطوارئ	13	0.932
١- البعد الأول وجود خطة لإدارة حالة الطوارئ	6	0.911
٢- البعد الثاني كفاءة التنظيم الميداني لحالة الطوارئ	7	0.953
المحور الثاني: مستوى الجاهزية المالية للاستجابة لحالة الطوارئ	7	0.756
المحور الثالث: مستوى للاستجابة لحالة الطوارئ	21	0.921
١- البعد الأول: الاستجابة الإدارية المنظمة أثناء الطوارئ	6	0.911
٢- البعد الثاني: تنفيذ الهيكل الميداني والتنظيم العملي أثناء الحرب	7	0.911
٣- البعد الثالث: الاستجابة المالية أثناء الطوارئ	8	0.943
الدرجة الكلية للاستبانة	41	0.87

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ قريبة من الواحد الصحيح، وهي معاملات ثبات دالة إحصائياً، وتفي بأغراض الدراسة.

ثامناً- الأساليب الإحصائية المستخدمة: للإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في إجراء التحليلات الإحصائية اللازمة للدراسة، وهي على النحو التالي:

- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): للتحقق من الصدق البنائي، وكذلك تحديد طبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة.
- معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): للتحقق من ثبات الاستبانة.
- طريقة التجزئة النصفية (Split-Half Method): للتحقق من ثبات الاستبانة.
- نظرية النهاية المركزية: لاختبار إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه.
- اختبار T للعينة الواحدة: لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات عينة الدراسة على فقرات ومحاور الاستبانة.

تاسعاً- اختبار توزيع البيانات: من أجل معرفة إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، تم الاعتماد على (نظرية النهاية المركزية)، التي تشير إلى أنه كلما زاد حجم العينة كلما اقترب تباينها من تباين المجتمع، وكلما زاد حجم العينة فإن التوزيع لمتوسط هذه المتغيرات العشوائية يقترب من التوزيع الطبيعي القياسي، ويمكن اعتبار أن التوزيع يكون طبيعياً بصورة تقريبية عندما يصبح حجم العينة (٣٠) فما فوق، أي أن البيانات في هذه الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي، ولذلك تم استخدام الاختبارات المعلمية.

تحليل ومناقشة نتائج البحث:

جدول رقم (٧): تحليل مستوى الجاهزية الإدارية والمالية للاستجابة لحالة الطوارئ

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "Sig."
١	وجود خطة لإدارة حالة الطوارئ	4.5370	.50331	90.74	22.441	0.000
٢	كفاءة التنظيم الميداني	4.6058	.40779	92.12	0.000	٠.٠٠٠
	--محور الجاهزية الإدارية--	4.5714	0.45555	91.43	25.689	0.000
	--محور الجاهزية المالية--	3.8495	.42978	76.99	14.525	0.000
٣	الاستجابة الإدارية المنظمة أثناء الطوارئ	4.0370	0.3437	80.74	22.175	0.000
٤	تنفيذ الهيكل الميداني والتنظيم العملي	4.5000	.32122	90.00	34.315	0.000
٥	الاستجابة المالية أثناء الطوارئ	3.0106	.39329	60.21	0.198	0.000
	--محور الاستجابة لحالة الطوارئ--	3.849	0.353	76.983	18.896	0.000
	المجموع الكلي للمحاور	4.090	0.413	81.801	19.703	0.000

أولاً- نتائج السؤال الأول ومناقشته:

ينص السؤال على ما يلي: "ما هو مستوى الجاهزية الإدارية والمالية للاستجابة لحالة الطوارئ خلال حرب ٢٠٢٣- ٢٠٢٥ على المحافظات الجنوبية الفلسطينية؟" تم الإجابة عن هذا السؤال من خلال تحليل فقرات الأبعاد التي تدرج تحت محور الجاهزية الإدارية على النحو التالي:
تحليل فقرات البعد الأول: "وجود خطة لإدارة حالة الطوارئ"

جدول رقم (٨): تحليل فقرات البعد الأول (وجود خطة لإدارة حالة الطوارئ)

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "Sig"	الترتيب
١	توجد آلية لتفعيل الطوارئ تشمل تحديد الجهة المعلنه ودرجة الطوارئ	4.5370	.50331	90.74	22.441	0.000	3
٢	يتم مراجعة وتحديث خطة الطوارئ بشكل دوري لمواكبة المتغيرات المحتملة	4.3333	.47583	86.67	20.591	0.000	4
٣	يتم تدريب العاملين في المستشفى على محتوى خطة الطوارئ وآليات تنفيذها	4.2778	.45211	85.56	20.769	0.000	5
٤	تشمل خطة الطوارئ على خطة إخلاء للمرضى والطواقم.	4.8148	.39210	96.30	34.012	0.000	1
٥	تجرى تدريبات محاكاة عملية لحالة الطوارئ بشكل منتظم لتعزيز جاهزية الطواقم	1.7778	.41964	35.56	21.403-	0.000	6
٦	تتوقف بعض الخدمات في وقت الطوارئ.	4.7222	.45211	94.44	27.993	0.000	2
	جميع فقرات البعد معاً	4.0772	.35276	81.54	22.439	0.000	

أظهرت نتائج اختبار (T) أن المتوسط الحسابي الكلي (٤,٠٧) ويوزن نسبي (٨١,٥٤%) يعكسان مستوى مرتفعاً من الجاهزية الإدارية لدى المستشفى الإندونيسي، مما يدل على وجود خطة طوارئ مكتوبة ومفعلة. برزت الفقرة (٤) بأعلى وزن نسبي (٩٦,٣٠%)، ما يشير إلى وعي متقدم بأهمية الإخلاء ضمن الخطط التشغيلية، بينما سجلت الفقرة (٥) أدنى نسبة (٣٥,٥٦%)، مما يكشف عن فجوة في التطبيق العملي للخطة، كما عكست الفقرة (٦) وعياً تنظيمياً عالياً (٩٤,٤٤%) بإعادة ترتيب الأولويات أثناء الطوارئ. تتسق هذه النتائج مع ما أكدته دراسة Savoia et al (٢٠١٣) حول أهمية التدريب العملي، وتختلف جزئياً مع ما أوردته Nelson et al (٢٠١٧) بشأن غياب الخطط في مؤسسات صحية أخرى في مناطق النزاع، مما يعزز موقف المستشفى الإندونيسي كمثال إيجابي في هذا السياق.

جدول رقم (٩): تحليل فقرات البعد الثاني (كفاءة التنظيم الميداني الطوارئ)

الترتيب	قيمة "Sig"	قيمة "T"	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد
2	0.000	29.957	95.19	.43155	4.7593	١- تم تحديد مناطق فرز واضحة للإصابات (سوداء، حمراء، صفراء، خضراء)
3	0.000	25.739	93.33	.47583	4.6667	٢- يوجد رؤساء فرق ميدانية مخصصون لكل منطقة خلال الطوارئ
5	0.000	22.790	91.11	.50157	4.5556	٣- يوجد مسؤول دعم لوجستي مختص لضمان توفر الموارد والمعدات أثناء الطوارئ
4	0.000	23.304	92.96	.51970	4.6481	٤- يوجد مكان مخصص للصحافة والجمهور لمنع التزاحم داخل مناطق الطوارئ
1	0.000	31.131	95.56	.41964	4.7778	٥- يتم توثيق بيانات جميع الحالات التي تصل إلى المستشفى بشكل منظم.
6	0.000	21.360	89.26	.50331	4.4630	٦- توجد آلية واضحة لتوثيق الحالات المجهولة الهوية
7	0.000	20.659	87.41	.48744	4.3704	٧- توجد آلية لدفع الحالات المتوفاة المجهولة الهوية.
	0.000	28.937	92.12	.40779	4.6058	جميع فقرات البعد معاً

أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي الكلي (٤,٦٠٥٨) ووزن نسبي مرتفع (٩٢,١٢%) يعكسان إدراكاً عالياً لدى أفراد العينة لأهمية التنظيم الميداني خلال الأزمات. وقد جاءت الفقرة (٥) في المرتبة الأولى بمتوسط (٤,٧٧٧٨) ووزن نسبي (٩٥,٥٦%)، مما يدل على وجود نظام فعال لتوثيق الحالات يدعم استمرارية الرعاية والفرز ويعزز الجوانب القانونية والإدارية. تلتها الفقرة (١) بمتوسط (٤,٧٥٩٣)، وهو ما يعكس تطبيقاً علمياً لمنهج الفرز وفقاً للمعايير الدولية. أما الفقرة (٧) فقد سجلت أدنى متوسط (٤,٣٧٠٤) ووزن نسبي (٨٧,٤١%)، ومع ذلك تشير إلى وعي جيد بأهمية توثيق الحالات المجهولة. تتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه Wright et al. (2020) وWHO (2017) حول أهمية البنية التنظيمية وآليات التوثيق خلال الكوارث، وتظهر تقدّم المستشفى الإندونيسي مقارنة بما ورد في Djalali et al. (2015) بشأن التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية في مناطق النزاع فيما يخص توثيق الحالات المجهولة الهوية.

تحليل فقرات محور الجاهزية المالية

جدول رقم (١٠): تحليل فقرات محور الجاهزية المالية

الترتيب	قيمة Sig.	قيمة "t"	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد
3	0.000	7.986	75.19	.69866	3.7593	١- يوجد تنسيق مسبق مع وزارة الصحة لضمان استجابتها السريعة في حالات الطوارئ
4	0.000	7.440	74.81	.73164	3.7407	٢- تم إعداد قائمة بالاحتياجات الازمة اثناء الطوارئ
5	0.000	6.528	74.07	.79217	3.7037	٣- تم تخصيص سلفة طوارئ مع آليات صرف معتمدة لتغطية الاحتياجات الفورية
6	0.000	11.21	45.93	.46091	2.2963	٤- تم تقدير حجم سلفة الطوارئ بناء على تحليل مسبق للاحتياجات الأساسية
2	0.000	8.267	75.56	.69137	3.7778	٥- يتم توثيق كل المصاريف المالية بدقة
1	0.000	11.114	77.04	.56326	3.8519	٦- يتوفر بالمستشفى مخزون لوجستي لحالة الطوارئ
3	0.000	7.986	75.19	.69866	3.7593	٧- تم مشاركة الفريق المالي في التدريب اعلى خطة الطوارئ
	0.000	14.525	76.99	.42978	3.8495	جميع فقرات البعد معاً

يتضح من نتائج الجدول رقم (١٠) أن محور الجاهزية المالية سجل متوسطاً حسابياً كلياً (٣.٨٤) ووزناً نسبياً (٧٦.٩٩%)، مما يعكس مستوى مرتفعاً من الجاهزية المالية كما يدركها أفراد العينة. وقد تصدرت الفقرة (٥) بمتوسط (٣.٨٥) ووزن نسبي (٧٧.٠٤%)، مشيرة إلى توفر مخزون لوجستي لحالة الطوارئ، بما يتفق مع توصيات WHO (2017) ودراسة Joudé et al. (2021) بشأن أهمية الإمداد اللوجستي والتنسيق مع وزارة الصحة. وسجلت الفقرات (٣)، (٤)، و(٧) أوزاناً نسبية تراوحت بين (٧٤-٧٥%)، ما يعكس مستوى تنسيقاً وتخطيطياً جيداً، وإن كان بحاجة إلى مزيد من التطوير، وهو ما يتفق مع ما أشار إليه Stoto et al. (2017) حول أهمية دمج الفريق المالي في التخطيط لتفادي فجوات الاستجابة. كما أظهرت الفقرة (٥) "توثيق المصاريف المالية" وزناً نسبياً (٧٥.٥٦%)، مما يدل على وجود نظام رقابي مالي جيد يعزز الشفافية والمساءلة.

في المقابل، جاءت الفقرة (٤) في أدنى ترتيب بوزن نسبي (٤٥,٩٣%) وقيمة T سالبة ودالة إحصائياً (-١١,٢١)، مما يعكس ضعفاً في التخطيط المالي الاستباقي لسفلة الطوارئ، وهو ما يتعارض مع توصيات (AHRQ 2018) التي شددت على أهمية التحليل المالي المسبق بناءً على سيناريوهات واقعية لحالة الطوارئ. تحليل فقرات أبعاد محور الاستجابة لحالة الطوارئ

جدول رقم (١١): تحليل فقرات بعد الاستجابة الإدارية المنظمة أثناء الطوارئ

الترتيب	قيمة "Sig."	قيمة "T"	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد
3	0.000	27.993	94.44	0.4521	4.7222	١- تم تفعيل الطوارئ من قبل الجهة المختصة أثناء الحرب
4	0.000	24.568	92.59	0.4874	4.6296	٢- تم تعديل خطة الطوارئ خلال الحرب استجابةً للظروف المتغيرة
5	0.000	11.739	74.44	0.4521	3.7222	٣- طبق العاملون ما تدربوا عليه ضمن خطة الطوارئ خلال الحرب
6	0.000	-٢٢.٧٩	28.89	0.5016	1.4444	٤- تم تنفيذ خطة إخلاء المرضى والطواقم عند الحاجة أثناء الحرب
2	0.000	34.012	96.30	0.3921	4.8148	٥- ساهمت التدريبات السابقة في تحسين أداء الطواقم أثناء الحرب
1	0.000	43.756	97.78	0.3172	4.8889	٦- توقفت بعض الخدمات في وقت الطوارئ مثل (العيادة الخارجية- العمليات المجدولت)
	0.000	22.175	80.74	0.3437	4.0370	جميع فقرات البعد معاً

أثناء الطوارئ" بلغ (٤,٠٣٧) بوزن نسبي (٨٠,٧٤%)، ما يعكس استجابة عالية من قبل المستشفى الإندونيسي خلال الحرب، ويدل على تفعيل ملحوظ للجهازية المسبقة على أرض الواقع.

سجلت الفقرة (٦) أعلى نسبة (٩٧.٧٨%)، مشيرة إلى تطبيق فعال لمبدأ إعادة هيكلة الخدمات لصالح الحالات الحرجة، بما يتفق مع توصيات WHO (2017) تلتها الفقرة (٥) بنسبة (٩٦.٣٠%)، والتي تعكس أثر التدريب

المسبق في تعزيز الأداء، بما يدعمه U.S. Department of Health (2017).

كما حصلت الفقرات (١) و(٢) على نسب مرتفعة (٩٤.٤٤%، ٩٢.٥٩% على التوالي)، ما يدل على وجود هيكل تنظيمي مرن وفعال، متماش مع معايير WHO (2017) و AHRQ (2018) بشأن مرونة خطط الطوارئ. في المقابل، جاءت الفقرة (٣) بنسبة (٧٤.٤٤%)، ما يعكس تفاوتاً في تطبيق المهارات التدريبية عملياً، رغم الجهود

المبذولة، وهو ما أشار إليه Stoto et al. (2017).

أما الفقرة (٤) فكانت الأقل بنسبة (٢٨.٨٩%)، ويعزى ذلك إلى ظروف قهرية كالحصار العسكري وانقطاع الاتصال، ما أعاق تنفيذ خطة الإخلاء رغم وجودها. وتختلف هذه النتيجة ما ورد في Joudeh et al. (2021) بشأن

أهمية وجود ممرات إخلاء آمنة، حيث لم يكن ذلك ممكناً في سياق المستشفى الإندونيسي

جدول رقم (١٢): تحليل فقرات بعد تنفيذ الهيكل الميداني والتنظيم العملياتي

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة T	قيمة Sig.	الترتيب
١	تم تطبيق تقسيم مناطق الضرر حسب اللون أثناء الحرب	4.8889	.31722	97.78	43.756	0.000	1
٢	تولى رئيس الحدث التنسيق العام خلال فترة الحرب	4.7778	.41964	95.56	31.131	0.000	2
٣	قام رؤساء الفرق الميدانية بمهامهم في مناطقهم المحددة خلال الحرب	4.6667	.47583	93.33	25.739	0.000	3
٤	قام مسؤول الدعم اللوجستي بتوفير المستلزمات أثناء الطوارئ	4.5556	.50157	91.11	22.790	0.000	4
٥	تم تخصيص مكان للإعلام والجمهور لتقليل التزاحم أثناء الحرب	4.4630	.50331	89.26	21.360	0.000	5
٦	تم توثيق بيانات الحالات الواردة خلال الحرب	4.3704	.48744	87.41	20.659	0.000	6
٧	تم تطبيق آلية توثيق الحالات المجهولة أثناء الحرب	4.1852	.39210	83.70	22.212	0.000	7
٨	تم تنفيذ إجراءات دفن الحالات المجهولة أثناء الحرب	4.0926	.29258	81.85	27.441	0.000	8
	جميع فقرات البعد معاً	4.5000	.32122	90.00	34.315	0.000	

يشير المتوسط الحسابي العام لبُعد "فاعلية التنظيم الميداني خلال الطوارئ" إلى (٤.٥٠) بوزن نسبي (٩٠،٠٠٪)، مما يعكس كفاءة تنظيمية عالية في المستشفى الإندونيسي خلال الحرب، ويؤكد وجود إدارة عمليات ميدانية فاعلة قائمة على توزيع منظم للمهام والمسؤوليات. حققت الفقرة (١) أعلى نسبة (٩٧،٧٨٪)، ما يدل على اعتماد نظام الفرز اللوني (Triage)، بما يتسق مع توصيات WHO (٢٠١٧) لرفع كفاءة التوجيه وتقليل الوفيات. كما أظهرت الفقرتان (٢) و(٣) نسباً مرتفعة (٩٥،٥٦٪ و٩٣،٣٣٪)، تعكس تفعيل القيادة الميدانية ووضوح الأدوار، وهو ما يتفق مع ما أشار إليه Stoto et al. (٢٠١٧) حول دور "رئيس الحدث" في ضبط الميدان.

جدول رقم (١٣): تحليل فقرات بعد الاستجابة المالية أثناء الطوارئ

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "Sig."	الترتيب
١	استجابات وزارة الصحة بسرعة لطلبات المستشفى خلال الحرب.	4.7778	.41964	95.56	31.13	.000	1
٢	تم توفير المستلزمات الطارئة التي طلبت من الوزارة في الوقت المناسب.	2.4630	.50331	49.26	-7.84	.000	3
٣	تم استخدام سلفرة الطوارئ بشكل فعال لتغطية احتياجات فورية.	4.7778	.41964	95.56	31.13	.000	1
٤	كانت السلفرة كافية لتغطية النقصات الطارئة الأساسية.	1.6667	.47583	33.33	20.59	.000	4
٥	وفقت المصاريف التي تم إنفاقها من السلفرة خلال الحرب.	4.4630	.50331	89.26	21.36	.000	2
٦	لمخزون اللوجستي لحالة الطوارئ كافياً لتلبية الاحتياجات.	1.3704	.48744	27.41	24.56	.000	6
٧	ساهمت التدريبات السابقة للفرق المالي في تحسين أداء الطواقم أثناء الحرب.	1.5556	.50157	31.11	21.16	.000	5
	جميع فقرات البعد معاً	3.0106	.39329	60.21	0.198	

أظهر المتوسط الحسابي العام (٣،٠١) بوزن نسبي (٦٠،٢١٪) أن مستوى الاستجابة المالية لحالة الطوارئ كان متوسطاً، مع تباين بين سرعة التمويل وضعف التخطيط المالي الاستباقي. حققت فقرتا سرعة استجابة وزارة الصحة واستخدام السلفرة أعلى الأوزان النسبية (٩٥،٥٦٪)، ما يدل على وجود قنوات تمويل طارئة فعالة، وهو ما يتوافق مع توصيات WHO (2017) بشأن ضرورة المرونة المالية في الأزمات. كما سجلت الفقرة الخاصة بتوثيق المصاريف نسبة (٨٩،٢٦٪)، ما يعكس التزاماً محاسبياً جيداً يعزز الشفافية والمساءلة. في المقابل، أظهرت فقرتا كفاية السلفرة وتوفير المستلزمات نسباً منخفضة (٣٣،٣٣٪).

٤٩،٢٦٪)، مما يعكس ضعفاً في التخطيط المسبق والإمداد، وهو ما تؤكدته نتائج Joudeh et al. (2021) حول هشاشة سلاسل الإمداد في غزة.

أما فقرتنا كفاية المخزون اللوجستي وتدريب الفريق المالي فقد سجلنا أدنى النسب (٢٧،٤١٪ و ٣١،١١٪)، ما يشير إلى قصور في الجاهزية المالية الشاملة، ويعزز الدعوات لدمج الكوادر المالية ضمن خطط الطوارئ كما توصي الأدبيات الدولية ذات العلاقة.

ثانياً- نتائج السؤال الثاني ومناقشتها:

ينص السؤال على ما يلي:

هل يوجد فروق بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى للبيانات الشخصية والتنظيمية التالية: (النوع الاجتماعي، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، عدد سنوات الخدمة)؟

للإجابة على هذا السؤال تم صياغة الفرضية الرئيسية التالية:

الفرض الرئيس: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغيرات: (النوع الاجتماعي، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي- عدد سنوات الخدمة)؟

ويتفرع من الفرضية الرئيسية السابقة الفرضيات الفرعية التالية:

الفرض الفرعي الأول: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغيرات النوع الاجتماعي.

وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار T-test، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (١٤): الفروقات بالنسبة لمتغير النوع الاجتماعي

العدد	التخصص العلمي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	قيمة الدلالة "Sig."	البعد
45	ذكر	3.9767	.08316	0.256	0.615	متوسط جميع
9	انثى	3.9806	.06588			الابعاد

يتضح من الجدول السابق أن نتائج اختبار (T. Test) أظهرت أن هذا الفرق غير دال إحصائياً، حيث بلغت قيمة (٠،٦١٥) (Sig.)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (٠،٠٥)، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات الباحثين تعزى لمتغير النوع الاجتماعي ما يدل على أن متغير النوع الاجتماعي لا يعد عاملاً ويعكس درجة اتفاق عامة بين النوع الاجتماعي حول التقديرات، ما يدل على تجانس الرؤية بين الكوادر الإدارية بغض النظر عن النوع الاجتماعي.

الفرض الفرعي الثاني؛ لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

وتم التحقق من صحة الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (١٥): الفروقات بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	قيمة "Sig."	الدلالة	المؤهل العلمي	البعد
3	4.0667	.02887	0.751	0.527	غيردالت	دبلوم	متوسط
46	3.9761	.07781				بكالوريوس	جميع
4	3.9688	.05543				ماجستير	الابعاد
1	3.8000					دكتوراه	
54	3.9773	.07999				المجموع	

يتضح من نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) الموضحة في الجدول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول مستوى الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لاختلاف المؤهل العلمي، حيث بلغت قيمة $F = 0.752$ ، وقيمة مستوى الدلالة $(Sig.) = 0.527$ ، وهي أعلى من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$) وبناءً عليه، تقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق معنوية بين متوسطات الاستجابات تبعاً للمؤهل العلمي.

الفرض الفرعي الثالث؛ لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة.

تم التحقق من صحة الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (١٦): الفروقات بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	قيمة "Sig."	الدلالة	عدد سنوات الخدمة	البعد
٠	--	--	0.219	0.804	غير دالت	أقل من ٥ سنوات	متوسط جميع
9	3.9917	.06374				من ٥-أقل من ١٠ سنوات	الابعاد
18	3.9792	.08101				١٠ سنوات فأقل من ١٥	
27	3.9713	.08596				من ١٥ سنة فأكثر	
	3.9773	.07999				المجموع	

يتضح من الجدول أعلاه أن نتائج اختبار (One-Way ANOVA) أظهرت أن الفروق بين متوسطات استجابات الباحثين حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ، حسب عدد سنوات الخدمة، غير دالة إحصائياً، حيث بلغت قيمة $F = 0.219$ ، وقيمة الدلالة الإحصائية $(Sig.) = 0.804$ ، وهي أعلى من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$).

وهذا يشير إلى قبول الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة، مما يدل على أن الخدمة العملية، سواء كانت قليلة أو طويلة، لم تحدث تأثيراً واضحاً في تقييم المبحوثين لمستوى الجاهزية والاستجابة، وربما يعزى ذلك إلى خضوع جميع الموظفين لإجراءات موحدة وتدريبات متكافئة بغض النظر عن سنوات الخدمة.

الفرض الفرعي الرابع: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ تعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

جدول رقم (١٧): الفروقات بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي

البعد	عدد سنوات الخدمة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	قيمة "Sig."	الدلالة
متوسط	رئيس قسم	5	3.9950	.04809	0.219	0.804	غير دلالة
جميع	رئيس شعبة	10	4.0000	.03727			
الابعد	محاسب	12	3.9500	.13610			
	اداري	24	3.9771	.06295			
	أمين مخزن	3	3.9833	.05774			
	المجموع	54	3.9773	.07999			

يتضح من الجدول السابق أن نتائج اختبار (One-Way ANOVA) تشير إلى أن الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول الجاهزية الإدارية والمالية وقدرة المستشفى على الاستجابة الفعالة لحالة الطوارئ، وفقاً للمسمى الوظيفي، لم تكن دالة إحصائياً، حيث بلغت قيمة $(Sig.) = 0.804$ ، وهي أعلى من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$).

وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المسمى الوظيفي، ويعكس درجة اتفاق بين جميع الفئات الوظيفية المستجيبة، مما يشير إلى أن المهام والمسؤوليات الوظيفية المختلفة داخل المستشفى لا تؤثر على تقديرهم لمستوى الجاهزية والاستجابة.

الاستنتاجات والتوصيات

أولاً- نتائج الدراسة

- أكدت نتائج الدراسة ان المستشفى الإندونيسي يمتلك خطة طوارئ مكتوبة ومفعلة تتضمن إجراءات الإخلاء وإعادة ترتيب الخدمات وفق الأولويات، مع إدراك عالٍ من الكوادر لأهميتها.
- بينت النتائج ان هناك قصور نسبي في تنفيذ تدريبات المحاكاة الميدانية، مما يؤثر سلباً على جاهزية الطواقم في التعامل مع الأزمات الواقعية.
- أظهرت البيانات وجود بنية تنظيمية ميدانية واضحة، وتطبيق فعال لنظام الفرز الطبي بالألوان (Triage)، مع نظام دقيق لتوثيق الحالات.
- لا تزال الإجراءات الخاصة بالتعامل مع الوفيات المجهولة دون المستوى المطلوب، ما يستدعي تطوير آليات موحدة ومتكاملة.

٥. على الصعيد المالي، توجد درجة مقبولة من الجاهزية تشمل توفر سلفة مالية وتنسيق جيد مع وزارة الصحة، بالإضافة إلى نظام توثيق مالي منضبط.
٦. لوحظ ضعف في التخطيط المالي الاستباقي، وتحديدًا في تقدير حجم السلفة المطلوبة بناءً على تحليل واقعي للمخاطر واحتياجات المستشفى.
٧. سجل نقص واضح في تدريب الكوادر المالية، ما انعكس سلباً على سرعة الاستجابة في بداية الأزمة.
٨. تم تفعيل وتعديل خطة الطوارئ خلال الحرب بمرونة عالية، ما يدل على فاعلية القيادة الإدارية وقدرة على التكيف مع الظروف المتغيرة.
٩. لم تنفذ عمليات الإخلاء كما خطط لها، نتيجة ظروف قاهرة مثل الحصار العسكري وقطع الطرق.
١٠. أظهرت التحليلات وجود فروق دالة إحصائية تعزى للمؤهل العلمي، فيما لم تسجل فروق تعزى إلى النوع الاجتماعي أو سنوات الخدمة.

ثانياً- توصيات الدراسة

في ضوء ما توصلت إليه النتائج فهناك مجموعة من التوصيات، وذلك على النحو التالي:

١. تنفيذ تدريبات محاكاة عملية دورية تشمل سيناريوهات متعددة (الحصار، فقدان الاتصال، الإخلاء القسري) لتعزيز الجاهزية الواقعية للطواقم العاملة في المستشفى.
٢. تطوير خطط بديلة لحالة الطوارئ تشمل وسائل اتصال احتياطية، ومسارات إمداد بديلة، لضمان استمرارية العمليات تحت الظروف المعقدة.
٣. إعداد تحليل مالي استباقي دقيق لكل منشأة صحية، يأخذ في الاعتبار الطاقة الاستيعابية، والموقع، والسيناريوهات المتوقعة، لتحديد حجم السلفة المناسبة.
٤. إشراك الكوادر المالية بشكل فعال في تخطيط وتدريب الطوارئ، بما يعزز من كفاءة الصرف ويدعم اتخاذ القرار المالي السريع أثناء الأزمات.
٥. إنشاء مخزون لوجستي ومالي احتياطي داخل كل مستشفى، مستقل عن الدعم المركزي، لتأمين المرحلة الحرجة الأولى من الطوارئ.
٦. تطوير دليل إجراءات واضح للتعامل مع الحالات مجهولة الهوية، تشمل التوثيق، التسجيل، والإجراءات القانونية والإنسانية، بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة مثل وزارة الأوقاف ووزارة العدل والدفاع المدني ووزارة الصحة.
٧. تفعيل استخدام الأنظمة الرقمية مثل المحاسبة السحابية لتوثيق المصاريف المالية لحظياً، وتحقيق الشفافية وسرعة الإنجاز.
٨. تحديث خطة الطوارئ بشكل دوري وربطها ببيئة المخاطر المتغيرة في قطاع غزة.

المراجع

أولاً-المراجع العربية

١. أبو رحمة، عبد الباسط. (٢٠٢١). التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات الحكومية في المحافظات الجنوبية لفلسطين. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، ٥(٦)، ١-١٨.
٢. الصالحي، نبيل حمادة عبد القادر. (٢٠١٩). تقييم خطط الطوارئ في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة خلال أحداث مسيرات العودة الكبرى (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
٣. الغوطي، تغريد. (٢٠٢٠). إدارة المخاطر وتأثيرها على الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية في قطاع البنوك الفلسطينية. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، ٢٨(٤)، ٢٤٥-٢٧٤.
<https://goo.su/EMLnBbw>
٤. خطاب، محمود عيد محمد. (٢٠١٨). تأثير تطبيق إدارة الأولويات في أقسام الطوارئ على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الكبرى بقطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
٥. وزارة الصحة الفلسطينية. (٢٠١٨). خطة الطوارئ الصحية الوطنية - غزة. وزارة الصحة.
٦. وزارة الصحة الفلسطينية. (٢٠٢٣). الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة ٢٠٢١-٢٠٢٣. وزارة الصحة، غزة.

ثانياً-المراجع الأجنبية:

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2018). Mass casualty event preparedness and response for hospitals. U.S. Department of Health and Human Services.
- Atieh, Khalid, Ahmad, Ghadir, Awwad, Mays and Al Shobaki, Mazen (2023). The Use of Artificial Intelligence Techniques and Their Impact on Improving the Higher Education Outcomes of Business Administrative Colleges in Palestinian Universities, International Journal of Engineering and Information Systems (IJEAIS), 7(1): 83-92.
- Djalali, A., Della Corte, F., Foletti, M., Ragazzoni, L., & Kunjumen, T. (2015). Lack of identification and documentation of disaster victims: A problem in all disasters. Prehospital and Disaster Medicine, 30(4), 439-441.
- FarajAllah, A. M., et al. (2018). "Participation of Administrative Staff in Decision-Making and Their Relation to the Nature of Work in Universities." International Journal of Academic Multidisciplinary Research (IJAMR) 2(7): 13-34.
- FarajAllah, A. M., et al. (2019). "Measuring the Dominant Pattern of Leadership and Its Relation to the Functional Performance of Administrative Staff in Palestinian Universities." International Journal of Information Technology and Electrical Engineering 7(5): 13-34.

- Joudeh, M., Qadumi, M., & Abdelkarim, N. (2021). Emergency preparedness in Palestinian hospitals: Readiness and challenges during crises. *Journal of Emergency Management Studies*, 8(2), 45–61.
- Joudeh, R. M., Elshaer, N. S., & Shaheen, M. S. (2021). Hospital emergency preparedness and response in the Gaza Strip: Challenges and recommendations. *Journal of Emergency Management*, 19(2), 105–114.
- Joudeh, R., Thabet, M., & Abu-El-Noor, N. (2021). Challenges facing the health sector in Gaza during conflict: A field study on emergency response systems. *Palestinian Journal of Health and Development*, 7(2), 41–55.
- National Police Mission. (2021). Community involvement in disaster management. Ministry of Home Affairs, Government of India.
- Nelson, C., Lurie, N., Wasserman, J., & Zakowski, S. (2017). Conceptualizing and defining public health emergency preparedness. *American Journal of Public Health*, 97(S1), S9–S11.
- Salama, A. A., et al. (2018). "The Role of Administrative Procedures and Regulations in Enhancing the Performance of The Educational Institutions-The Islamic University in Gaza is A Model." *International Journal of Academic Multidisciplinary Research (IJAMR)* 2(2): 14-27.
- Savoia, E., Testa, M. A., & Biddinger, P. D. (2013). Measuring public health emergency preparedness: A review of current practices. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 19–25.
- Stoto, M. A., Nelson, C., & Higdon, M. A. (2017). Learning from disaster: The role of performance measurement in emergency preparedness. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23(3), 285–293.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2017). Hospital Preparedness Program (HPP) and Public Health Emergency Preparedness (PHEP) cooperative agreements.
- Van Krieken, R. (2017). Importance of community participation in disaster recovery. [Conference paper or article, if available in journal].
- World Health Organization (WHO). (1946). Constitution of the World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2017). Hospital emergency response checklist: An all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers. Geneva: WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/hospital-emergency-response-checklist>
- Wright, A., Wells, G. A., & Langley, J. M. (2020). Emergency medical response planning in low-resource environments: Best practices from conflict zones. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(5), 643–650.