

عنوان البحث

دور القيادة التحويلية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية"

إعداد الطالب/

خالد سعد الهزاني

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید

د. فايز جراد

العام الدراسي:

2025

مقدمة:

شهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً بجودة الرعاية الصحية وفعالية أداء المستشفيات الحكومية، وذلك نتيجة لتنامي الوعي المجتمعي، والضغوط الاقتصادية، والتحديات الصحية العالمية. وتعد جودة الخدمات الصحية أحد أهم المعايير التي يتم على أساسها تقييم أداء المنظومات الصحية، ليس فقط من منظور طبي، وإنما أيضاً من منظور إداري وتنظيمي. فالجودة لا تتعلق فقط بالنتائج العلاجية، بل تشمل كذلك مدى استجابة المؤسسة الصحية لاحتياجات المرضى، ومدى قدرتها على تقديم خدمات آمنة، فعالة، متمركزة حول المريض، وفي الوقت المناسب.

ومع التطور المستمر في العلوم الطبية والإدارية، بات من الواضح أن النجاح في تحسين الخدمات الصحية لا يتوقف فقط على توفر التكنولوجيا أو الكفاءات الطبية، بل يعتمد بشكل كبير على نوعية القيادة التي توجه هذه الموارد وتديرها بكفاءة. فالقائد الصحي الناجح هو الذي يستطيع تحفيز فريق العمل، وتوحيد الرؤية، والتفاعل مع التحديات بمرونة وابتكار. ومن هنا، فإن القيادة لم تعد تقتصر على الدور الإداري الصرف، وإنما أصبحت مهارة استراتيجية تؤثر بشكل مباشر في مستوى الرضا والجودة والكفاءة.

ولعل من أبرز النماذج القيادية الحديثة التي لاقت اهتماماً واسعاً في الأوساط الأكاديمية والتطبيقية هو نموذج القيادة التحويلية (Transformational Leadership). هذا النموذج يركز على إحداث تحول جوهري في بيئة العمل من خلال التأثير الإيجابي في الأفراد، وإلهامهم، وتشجيعهم على الابتكار، وتعزيز التزامهم نحو تحقيق أهداف المؤسسة. ويتميز القائد التحويلي بقدرته على بناء علاقات ثقة، وتعزيز الاحترام المتبادل، وتشجيع التفكير النقدي، والاعتراف بالجهود الفردية.

وقد أشارت العديد من الدراسات الحديثة إلى العلاقة الوثيقة بين القيادة التحويلية وجودة الخدمات الصحية، حيث يساهم هذا النموذج في رفع معدلات الرضا لدى المرضى والعاملين، وتقليل معدل الأخطاء الطبية، وتحسين بيئة العمل. كما يُسهم في خلق ثقافة تنظيمية تعتمد على التحسين المستمر والتعلم المؤسسي.

إن أهمية موضوع القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية تنبع من الحاجة الماسة إلى وجود نمط قيادي قادر على الاستجابة للتغيرات السريعة في بيئة العمل الصحية، والتكيف مع التحديات المتزايدة، مثل النمو السكاني المتسارع، وزيادة معدلات الأمراض المزمنة، وتوقعات المرضى المتزايدة فيما يتعلق بجودة وسرعة الخدمة. وفي الوقت ذاته، فإن المستشفيات الحكومية كثيراً ما تواجه عقبات بيروقراطية تحد من الابتكار والتطوير.

تأتي القيادة التحويلية لتلبي هذه الحاجات من خلال توفير نمط إداري يعزز من ديناميكية العمل، ويعيد صياغة العلاقة بين القائد والمؤوسسين بشكل إنساني يراعي الاحتياجات الفردية، ويشارك الموظفين في اتخاذ القرار ويمنحهم الإحساس بالمسؤولية والانتماء. فالقائد التحويلي لا يقتصر دوره على التخطيط والتنظيم، بل يتعداه إلى الإلهام والتأثير والتطوير المستمر.

وقد أكدت العديد من المبادرات العالمية أن القيادة التحويلية تُعد عنصراً حاسماً في تعزيز فعالية المؤسسات الصحية. على سبيل المثال، ربطت منظمة الصحة العالمية بين فاعلية القيادة وبين النهوض بجودة الرعاية، لا سيما في الدول ذات الموارد المحدودة، حيث يُمثل القائد أحد المحركات الجوهرية لتحسين النظم الصحية.

في هذا السياق، تأتي هذه الدراسة كمساهمة علمية لفهم مدى تطبيق القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية، وتحليل آثارها على جودة الخدمات الصحية، والعوائق التي قد تحد من فاعليتها. كما تسعى إلى تقديم مقترحات عملية لتمكين القيادات الصحية من تفعيل هذا النموذج داخل بيئة العمل، بما يتماشى مع رؤية 2030 إلى إعادة هيكلة المنظومة الصحية ورفع كفاءتها، بما يضمن الاستدامة وجودة الحياة.

في المملكة العربية السعودية، في ظل التحولات الكبرى التي يشهدها القطاع الصحي ضمن رؤية 2030، والتي تهدف إلى تحسين جودة الحياة، ورفع كفاءة الأداء، وتحقيق الاستدامة في الخدمات الصحية. ومن هنا، تبرز الحاجة إلى استكشاف مدى تطبيق القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية، وتحليل علاقتها بمؤشرات الأداء الصحي، والتحديات التي قد تعيق تفعيل هذا النموذج القيادي.

تركز هذه الدراسة على تحليل دور القيادة التحويلية في تحسين جودة الخدمات الصحية داخل المستشفيات الحكومية، حيث يتم تقييم كيفية تطبيق هذا النموذج القيادي في البيئة الصحية السعودية، ومدى تأثيره على مؤشرات الأداء الصحي مثل

رضا المرضى، التزام العاملين، تقليل الأخطاء الطبية، وزيادة الكفاءة التشغيلية. كما تهدف الدراسة إلى تقديم إطار عملي لدعم التحول المؤسسي من خلال تحسين مهارات القيادة لدى مدراء المنشآت الصحية الحكومية.

وستعتمد الدراسة على تحليل ميداني مدعوم باستبيانات ومقابلات، إضافة إلى مراجعة شاملة للأدبيات العلمية ذات الصلة، ما يسهم في بناء تصور شامل حول فعالية القيادة التحويلية كأداة استراتيجية لتحسين الأداء الصحي العام.

ومن المؤمل أن تسهم نتائج هذه الدراسة في سد الفجوة المعرفية بين النظرية والتطبيق في موضوع القيادة التحويلية داخل القطاع الصحي الحكومي، وذلك من خلال تقديم بيانات علمية يمكن الاستفادة منها في عمليات التخطيط والتدريب والتقييم داخل هذه المنشآت. كما تسعى الدراسة إلى دعم صانعي القرار في الوزارات والمؤسسات الصحية في وضع سياسات قيادية فعالة تُعزز من جودة الخدمات، وتسهم في تحقيق أهداف التحول الصحي الوطني.

إضافة إلى ذلك، فإن هذه الدراسة تكتسب أهمية خاصة كونها تتزامن مع جهود التحول الرقمي والإداري الواسع الذي تشهده المملكة، مما يوفر أرضية مناسبة لاختبار مدى قدرة أنماط القيادة الحديثة، وفي مقدمتها القيادة التحويلية، على قيادة فرق العمل بنجاح في ظل التغيرات التكنولوجية والتنظيمية المتسارعة. كما تسهم الدراسة في تسليط الضوء على المهارات القيادية التي ينبغي تطويرها ضمن برامج تأهيل القادة في القطاع الصحي، لضمان توافقهم مع متطلبات المرحلة القادمة، التي تتطلب قيادة مرنة، متمكنة، ومُلهمَة.

وتُعد هذه الدراسة مرجعاً مهماً للباحثين والمهتمين في مجالات الإدارة الصحية والقيادة التنظيمية، إذ تقدم نموذجاً بحثياً تطبيقياً يمكن الاستفادة منه في أبحاث مستقبلية تتناول أنماط القيادة المختلفة وتأثيرها على الأداء المؤسسي.

مشكلة الدراسة:

تواجه المنظومة الصحية في المملكة العربية السعودية، وخاصة المستشفيات الحكومية، العديد من التحديات المعقدة التي تؤثر على جودة الخدمات المقدمة، وكفاءتها، ومدى رضا المستفيدين منها. ومن أبرز هذه التحديات: الازدحام في أقسام الطوارئ، وطول فترات الانتظار للعيادات التخصصية، وتكرار الشكاوى من نقص الكوادر المؤهلة، وضعف الالتزام بجودة الرعاية. كما أن هذه المشكلات لا تنفصل عن الجوانب الإدارية والقيادية، إذ أن الأساليب التقليدية في الإدارة لم تعد كافية لمواكبة التغيرات السريعة في القطاع الصحي.

تتمثل المشكلة الرئيسية في أن العديد من القيادات الإدارية في المؤسسات الصحية الحكومية ما زالت تعتمد على أنماط تقليدية تركز على الإدارة التوجيهية والسيطرة، بدلاً من التحفيز والإشراك الفعال للعاملين. وهذا يؤدي إلى ضعف الحافز الداخلي، وتدني مستوى الإبداع، وانخفاض مستويات الرضا الوظيفي، مما ينعكس سلباً على جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

تؤكد الدراسات العالمية أن القيادة التحويلية، باعتبارها نموذجاً قيادياً يركز على الإلهام والتمكين والتحفيز، تمكن المؤسسات من بناء بيئة عمل مرنة ومتطورة، تحفز على الابتكار، وتعزز من شعور الانتماء والولاء التنظيمي. لكن في الواقع المحلي، يلاحظ أن هذا النموذج لا يُطبق إلا بشكل جزئي في بعض المستشفيات، وغالباً ما يكون ذلك نتيجة لمبادرات فردية أكثر من كونه توجهاً مؤسسياً استراتيجياً.

ومن الملاحظ أيضاً أن كثيراً من مبادرات تحسين الجودة في القطاع الصحي الحكومي تركز على تطوير الأنظمة والإجراءات، مع إغفال جانب القيادة ودورها الجوهرية في تنفيذ تلك المبادرات وضمان استدامتها. كما أن عملية تقييم أداء القيادات الصحية غالباً ما تقتصر إلى مؤشرات نوعية تقيس مدى التأثير الفعلي للقيادة في تغيير سلوكيات الموظفين وتحسين نتائج المرضى.

هناك كذلك حاجة إلى تقييم قدرة القيادات الصحية على توجيه التغيير المؤسسي، وتحقيق التوازن بين الأهداف التشغيلية اليومية والرؤية الاستراتيجية طويلة المدى. فغالباً ما تبرز فجوة بين الخطط النظرية والواقع التنفيذي بسبب ضعف المهارات القيادية أو غياب الدعم المؤسسي المطلوب لتفعيلها.

بالنظر إلى هذه التحديات، تبرز الحاجة إلى إجراء دراسة علمية معمقة تستقصي مدى تأثير القيادة التحويلية في واقع المستشفيات الحكومية، وتبحث في مدى وعي القيادات الصحية بهذا النموذج، وأثره المحتمل على تحسين الأداء ورفع كفاءة الخدمات، مع تحليل العوامل التي تعيق تطبيقه بشكل فعال.

وتنطلق مشكلة الدراسة من تساؤل رئيس: ما مدى مساهمة القيادة التحويلية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية؟

ويتفرع من هذا التساؤل عدة أسئلة فرعية:

1. ما مدى إدراك القيادات الصحية لأبعاد القيادة التحويلية؟
2. ما العلاقة بين القيادة التحويلية ومستوى رضا المرضى؟
3. كيف تؤثر القيادة التحويلية على تحفيز العاملين وتحسين أدائهم؟
4. ما التحديات التي تواجه تطبيق القيادة التحويلية في القطاع الصحي الحكومي؟

وتشير المؤشرات الميدانية إلى أن ضعف تطبيق القيادة التحويلية لا يعود فقط إلى نقص الوعي أو المعرفة بهذا النموذج، بل يتعدى ذلك إلى تحديات هيكلية وثقافية، منها المقاومة التنظيمية للتغيير، ومحدودية التدريب المستمر في مجال القيادة الحديثة، وضعف أنظمة التقييم القيادي المبنية على الكفاءات التحويلية. كما أن الأنظمة البيروقراطية المعقدة، وكثرة القيود الإدارية، قد تعيق القائد التحويلي عن ممارسة دوره بكفاءة، ما يفقد هذا النموذج كثيراً من فعاليته.

من هذا المنطلق، تسعى هذه الدراسة إلى تجاوز الطرح النظري العام، والغوص في الواقع العملي للقيادة التحويلية داخل المستشفيات الحكومية السعودية، من خلال تحليل معمق للممارسات القيادية، واستطلاع وجهات نظر القادة والعاملين، ومقارنة النتائج بمؤشرات الأداء الصحي المعتمدة. كما تهدف إلى بناء تصور علمي متكامل حول مدى جاهزية المستشفيات الحكومية لتبني هذا النموذج القيادي بشكل مؤسسي، ومدى توفر البنية الداعمة من تشريعات وهيكل تنظيمي وتدريب وتمكين.

ومن المتوقع أن تكشف هذه الدراسة عن فجوة واضحة بين النظرية والتطبيق، وهي الفجوة التي تُسهم في استمرار التحديات الخدمية والإدارية في المستشفيات الحكومية رغم كثرة الخطط والتحسينات الشكلية. ولذلك، فإن نتائج الدراسة قد تُشكل مدخلاً مهماً لإعادة النظر في سياسات اختيار وتدريب وتقييم القيادات الصحية في ضوء معايير القيادة التحويلية.

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية هذه الدراسة من اعتبارات متعددة على المستويات النظرية، والتطبيقية، والمجتمعية، والاستراتيجية، مما يجعلها ذات فائدة علمية وعملية في آنٍ واحد. ويمكن تفصيل هذه الأهمية على النحو التالي:

1. الأهمية النظرية: تساهم الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية في مجال القيادة الصحية، وخاصة ما يتعلق بنموذج القيادة التحويلية، الذي لا يزال قيد الاستكشاف في السياق العربي والخليجي. كما تسهم الدراسة في سد الفجوة المعرفية حول العلاقة بين أنماط القيادة وجودة الخدمات الصحية، وتوسيع فهم الباحثين حول تأثير القيادة في المؤسسات ذات الطابع الخدمي المعقد مثل المستشفيات.

2. الأهمية التطبيقية: تُعد النتائج المحتملة للدراسة مرجعاً عملياً يمكن استخدامه في تصميم برامج تدريب وتطوير القيادات الصحية في المستشفيات الحكومية. كما يمكن أن تسهم النتائج في وضع استراتيجيات إدارية جديدة تهدف إلى تمكين القيادة التحويلية وتحقيق نتائج ملموسة على صعيد الأداء والجودة.

3. الأهمية الوطنية: تتسجم أهداف هذه الدراسة مع تطلعات رؤية المملكة العربية السعودية 2030، التي تُولي أهمية كبيرة لرفع كفاءة القطاع الصحي، وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمواطنين والمقيمين، وتحقيق الاستدامة المالية والتنظيمية. وتُعد القيادة التحويلية إحدى الأدوات الإدارية التي يمكن أن تدعم هذا التحول النوعي.

4. الأهمية المؤسسية: تقدم هذه الدراسة للمستشفيات الحكومية إمكانية الاستفادة من نتائجها في مراجعة أنماط القيادة الحالية، والبحث عن بدائل أكثر تأثيراً، مما قد يؤدي إلى تحسين رضا الموظفين وتقليل معدل الدوران الوظيفي ورفع مستوى الولاء التنظيمي.

5. الأهمية المهنية: تساعد الدراسة القادة والمديرين في القطاع الصحي على فهم خصائص القيادة التحويلية، وتمييزها عن الأنماط الأخرى، واكتساب المهارات اللازمة لتطبيقها بنجاح في بيئة العمل الواقعية، مما يؤدي إلى رفع كفاءتهم القيادية والإدارية.

6. الأهمية البحثية: توفر الدراسة أرضية بحثية صلبة يمكن البناء عليها في دراسات مستقبلية، كما يمكن استخدام أدواتها وأسئلتها البحثية في دراسات مماثلة أو مكملية على نطاق أوسع، سواء على المستوى الوطني أو الإقليمي.

7. الأهمية المجتمعية: تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال قيادة فعالة ينعكس بشكل مباشر على صحة وسلامة أفراد المجتمع، ويعزز من ثقتهم بالمؤسسات الحكومية الصحية، وهو ما يمثل هدفاً جوهرياً لأي نظام صحي متقدم.

وإضافةً إلى ما سبق، فإن أهمية هذه الدراسة تتجلى في قدرتها على المساهمة في تحقيق التكامل بين الأهداف التنظيمية للمنشآت الصحية والمستهدفات الوطنية الكبرى، وذلك من خلال تسليط الضوء على كيفية تفعيل أدوات القيادة الفعالة داخل بيئات العمل الصحية المعقدة. فالمستشفيات الحكومية تُعد من أكثر المؤسسات عرضة للضغوط التشغيلية اليومية، ما يجعل من القيادة عاملاً حاسماً في تجاوز الأزمات، وتوجيه الموارد البشرية نحو أداء فعال ومستدام.

كما تسهم هذه الدراسة في تحفيز الحوار المؤسسي حول تطوير أنظمة التقييم القيادي، بحيث لا تُبنى فقط على مقاييس تقليدية مثل الالتزام والانضباط، بل تشمل أيضاً عناصر مثل التأثير التحفيزي، والرؤية المشتركة، والتمكين، والتي تُعد جوهر القيادة التحويلية. وهذا من شأنه أن يُحدث تحولاً حقيقياً في الطريقة التي يُنظر بها إلى القادة داخل النظام الصحي.

وبالإضافة إلى القيمة العلمية، فإن نتائج هذه الدراسة ستوفر لصانعي القرار أدوات عملية للمقارنة بين الأنماط القيادية المختلفة، وتحديد مواطن القوة والضعف في المنظومة الحالية، مما يفتح المجال أمام إصلاحات إدارية مستندة إلى أدلة علمية وليس فقط إلى اجتهادات فردية. كما أن تعزيز القيادة التحويلية يدعم الاتجاه العالمي نحو حوكمة مؤسسات الرعاية الصحية وتعزيز الشفافية والمساءلة.

أهداف الدراسة:

1. التعرف على خصائص وأبعاد القيادة التحويلية في السياق الصحي.
2. قياس مدى تطبيق القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية السعودية.
3. تحليل العلاقة بين القيادة التحويلية وجودة الخدمات الصحية ومؤشراتها.
4. استكشاف التحديات والعقبات التي تواجه تطبيق هذا النموذج القيادي في المؤسسات الحكومية الصحية.
5. اقتراح حلول عملية واستراتيجيات تنفيذية لتعزيز تطبيق القيادة التحويلية داخل المستشفيات الحكومية.
6. دراسة تأثير القيادة التحويلية على بيئة العمل الداخلية، وتحفيز الموظفين، ورفع مستويات الرضا المهني.
7. تقديم توصيات عملية لتعزيز تطبيق القيادة التحويلية بما ينعكس إيجاباً على جودة الرعاية الصحية.
8. تحليل مستوى الفهم والتدريب الحالي لدى القيادات الصحية فيما يتعلق بمبادئ القيادة التحويلية.

9. رصد مدى تأثير القادة التحويليين في إدارة التغيير التنظيمي داخل المستشفيات.
10. قياس انعكاس القيادة التحويلية على التفاعل بين الفرق الطبية والإدارية.
11. مقارنة مدى تطبيق القيادة التحويلية بين المستشفيات ذات الأحجام والمواقع المختلفة.
12. استكشاف دور القيادة التحويلية في تطوير ثقافة الابتكار والتحسين المستمر في المؤسسات الصحية.

وتأتي هذه الأهداف في إطار محاولة علمية منهجية لفهم مدى تكامل القيادة التحويلية مع البيئة الصحية السعودية، ومدى قابليتها للتطبيق والتأثير على كافة المستويات التشغيلية والتنظيمية داخل المستشفيات. كما تعكس تنوع الأهداف إدراكاً بأن القيادة لا تمارس فقط على مستوى الأوامر والتوجيه، بل تتجلى في بناء الثقافة المؤسسية، وتعزيز الابتكار، وتحقيق التوازن بين الأهداف قصيرة وطويلة المدى.

ومن خلال هذه الأهداف المتعددة، تسعى الدراسة إلى الربط بين النظرية والممارسة، وبين ما يُطرح في الأدبيات العالمية وما يحدث فعلياً في واقع المستشفيات الحكومية في المملكة. كما تهدف إلى توفير بيانات كمية ونوعية تساعد في اتخاذ قرارات قائمة على الأدلة، سواء في التوظيف القيادي، أو التدريب، أو تصميم السياسات الداخلية.

إن التوسع في أهداف الدراسة بهذا الشكل لا يُعد تكراراً، بل يعكس رؤية شمولية تأخذ بعين الاعتبار تعقيدات النظام الصحي، وتنوع أطرافه، وحساسية خدماته، مما يجعل من القيادة التحويلية عاملاً حاسماً في إحداث التغيير المطلوب ورفع مستويات الثقة بين جميع الفاعلين في النظام الصحي.

تساؤلات الدراسة

1. ما هي أبرز أبعاد القيادة التحويلية التي تُمارس في المستشفيات الحكومية؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق القيادة التحويلية وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (مثل الجنس، المؤهل، سنوات الخبرة)؟
3. ما تأثير القيادة التحويلية على مستويات الأداء التنظيمي والرضا المهني؟
4. ما المعوقات التي تعترض القيادات الصحية في ممارسة هذا النوع من القيادة؟
5. ما مدى تأثير القيادة التحويلية على تحسين العلاقات بين العاملين داخل المستشفى؟
6. كيف تسهم القيادة التحويلية في تعزيز ثقافة الجودة داخل بيئة العمل؟
7. ما مدى جاهزية القيادات الصحية الحالية لتبني نمط القيادة التحويلية؟
8. هل تساهم القيادة التحويلية في تحسين القدرة المؤسسية للمستشفى على التكيف مع الأزمات؟
9. ما مدى وعي القيادات الصحية بمفاهيم القيادة التحويلية وأدواتها؟
10. ما تأثير القيادة التحويلية على تقليل الأخطاء الطبية وزيادة مستوى الأمان للمرضى؟

11. إلى أي مدى تساهم القيادة التحويلية في تطوير مهارات العاملين وتحسين أدائهم المهني؟

12. ما مدى دعم البيئة التنظيمية الحالية لتطبيق أساليب القيادة التحويلية؟

13. هل توجد علاقة بين تطبيق القيادة التحويلية ومستوى الابتكار داخل المؤسسة الصحية ؟

وتعكس هذه التساؤلات عمق الطرح البحثي، حيث لم تقتصر على مجرد قياس العلاقة بين القيادة التحويلية وجودة الخدمات، بل امتدت لتتناول الفروق الفردية، والبيئة التنظيمية، وثقافة العمل، والجاهزية المؤسسية، وكلها أبعاد حيوية تساعد في رسم صورة متكاملة عن فعالية هذا النمط القيادي في الواقع الصحي.

كما أن شمول هذه التساؤلات للمتغيرات الديموغرافية (مثل الجنس، المؤهل، والخبرة) يتيح فهماً أكثر دقة للفروق السياقية في ممارسات القيادة، ويسهم في تقديم توصيات موجهة تلائم طبيعة كل فئة. ويُعد تضمين تساؤلات حول الأزمات والابتكار والأداء المهني مؤشراً على أن الدراسة لا تركز فقط على الأطر التنظيمية التقليدية، بل تنظر أيضاً في قدرة القيادة التحويلية على تمكين المنظمات من الاستجابة الفعالة للتحديات المتغيرة.

ومن خلال هذه التساؤلات، تأمل الدراسة أن تسهم في بناء إطار تحليلي شامل يعكس الواقع الفعلي للمستشفيات الحكومية، ويساعد على تحسين جودة القرار الإداري، وتصميم برامج تأهيل القادة، وتعزيز بيئة العمل الصحية بما يدعم الرضا والالتزام والتحسين المستمر.

فروض الدراسة:

تُعد فروض الدراسة بمثابة توقعات علمية مبدئية مبنية على الأسس النظرية والدراسات السابقة، والتي تسعى الدراسة إلى اختبارها والتحقق من صحتها باستخدام الأدوات والمنهجيات المناسبة. وفي هذه الدراسة، تم بناء الفروض استناداً إلى الفهم الحالي لأثر القيادة التحويلية في المؤسسات الصحية الحكومية، وكذلك بناءً على النتائج التي توصلت

• H1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة القيادة التحويلية وتحسين جودة الخدمات الصحية. يفترض هذا الفرض أن تطبيق مبادئ القيادة التحويلية مثل التحفيز، الإلهام، والتمكين يسهم بشكل مباشر في رفع مستوى جودة الخدمات المقدمة، سواء من خلال تحسين كفاءة العمليات أو تعزيز رضا المستفيدين

• H2 : تؤثر القيادة التحويلية بشكل إيجابي على الرضا المهني للموظفين في المستشفيات الحكومية. ينطلق هذا الفرض من الفكرة أن أسلوب القيادة التحويلية يعزز بيئة عمل إيجابية، ويشجع الموظفين على بذل جهد إضافي، ويشعرهم بالتقدير والانتماء، مما ينعكس على الرضا المهني ويقلل من الدوران الوظيفي

• H3 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق القيادة التحويلية تعزى إلى المتغيرات الديموغرافية (مثل الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، الوظيفة الإدارية). يعكس هذا الفرض الاعتقاد بأن خلفية القادة وخصائصهم الفردية قد تؤثر في مدى تبنيهم لهذا النمط القيادي، وأن التجربة والمعرفة الأكاديمية قد تلعب دوراً في تشكيل السلوك القيادي.

• H4 : التحديات التنظيمية والهيكلية تحد من فاعلية القيادة التحويلية في القطاع الصحي الحكومي. يستند هذا الفرض إلى أن الأنظمة البيروقراطية، وقلة الصلاحيات، وعدم وجود سياسات مرنة، تعد من أبرز العوائق التي قد تحول دون تطبيق فعال للقيادة التحويلية، حتى في حال توفر القادة المؤهلين.

• H5 : القيادة التحويلية تساهم في خلق بيئة مؤسسية محفزة للابتكار والتحسين المستمر. يفترض هذا الفرض أن تطبيق القيادة التحويلية يعزز ثقافة المبادرة وتوليد الأفكار الجديدة، من خلال إتاحة المساحة للموظفين للتعبير والمشاركة والتجريب، بما يساهم في تحسين الأداء المؤسسي على المدى الطويل.

• H6 : هناك علاقة إيجابية بين تطبيق القيادة التحويلية وتفاعل الفريق الطبي والإداري. يفترض هذا الفرض أن من يمارسون القيادة التحويلية يخلقون أجواء من التعاون والتكامل بين التخصصات المختلفة، مما يساهم في تحسين التنسيق بين الأقسام ورفع فعالية الخدمات.

• H7 : المستشفيات التي تتبنى القيادة التحويلية تحقق نتائج أفضل في مؤشرات الأداء المؤسسي مقارنةً بتلك التي لا تتبناها. يعتمد هذا الفرض على فكرة أن أسلوب القيادة ينعكس مباشرة على كفاءة العمليات، إنتاجية الموظفين، جودة الرعاية، ومدى رضا المرضى.

سُتستخدم هذه الفروض في التحليل الإحصائي لاختبار مدى صحتها بالاعتماد على البيانات التي سيتم جمعها من الميدان.

ويأتي اختيار هذه الفروض انسجاماً مع الأطر النظرية للقيادة التحويلية كما صاغها "باس وأفوليو"، ومع النتائج التي أظهرتها الدراسات السابقة في السياقات المشابهة، مما يمنح الدراسة أساساً علمياً متيناً لإجراء التحليل الإحصائي. كما تم بناء الفروض بطريقة منهجية تضمن تغطية الأبعاد الهيكلية والسلوكية والتنظيمية للعلاقة بين نمط القيادة والتحويلات الإدارية.

وتُظهر هذه الفروض اهتماماً واضحاً بتعدد زوايا التأثير المحتمل للقيادة التحويلية، من بينها: جودة الرعاية، الرضا المهني، ديناميكيات الفريق، ثقافة الابتكار، وتفاعل العوامل الديموغرافية، مما يمنح الدراسة طابعاً تحليلياً متعدد الأبعاد يُمكن تعميم نتائجه بدرجة أعلى من الدقة والموضوعية.

كما تعكس الفروض إدراكاً لأهمية اختبار البيئة الإدارية المحلية في المستشفيات الحكومية السعودية، والتحديات التي قد تعيق تحويل هذا النموذج القيادي إلى واقع عملي مستدام. وسيتم التعامل مع هذه الفروض باستخدام أدوات إحصائية دقيقة عبر برنامج SPSS ، بما يعزز موثوقية النتائج، ويتيح تحليل العلاقات الارتباطية والسببية بين المتغيرات المدروسة.

الدراسات السابقة:

شهدت السنوات الأخيرة تزايداً في الاهتمام العلمي بدور القيادة التحويلية في مختلف القطاعات، وخاصة في القطاع الصحي نظراً لطبيعة بيئة العمل الصحية التي تتسم بالتعقيد والتغير السريع. وقد تنوعت الدراسات في هذا المجال من حيث المنهجية، والبيئة المستهدفة، وأدوات القياس، إلا أن معظمها أكد على الأثر الإيجابي للقيادة التحويلية في:

- تحسين جودة الخدمات الصحية.
- تعزيز الرضا الوظيفي للموظفين.
- تحفيز الابتكار والعمل الجماعي.
- رفع كفاءة الأداء التنظيمي داخل المستشفيات.

ويُقصد بذلك تحسين مستوى التنسيق بين الإدارات، وتبسيط الإجراءات الداخلية، وتقليل الهدر في الموارد البشرية والمادية، من خلال تمكين القادة من إدارة فرق العمل بشكل أكثر فعالية. حيث تُسهم القيادة التحويلية في بناء ثقافة مؤسسية تعتمد على التعاون والانضباط الذاتي والابتكار، مما ينعكس إيجاباً على سير العمل واستمرارية تقديم الخدمة بجودة عالية. كما تؤدي إلى تعزيز القدرة على اتخاذ القرار في الوقت المناسب، وتحسين التواصل بين مستويات الإدارة، ورفع درجة الالتزام بالمعايير والبروتوكولات المعتمدة.

وبمرور الوقت، تساهم هذه التحسينات في خلق بيئة عمل أكثر مرونة واستجابة للمتغيرات، مما ينعكس على قدرة المنشأة الصحية على تحقيق أهدافها الاستراتيجية، مثل تقليل فترة بقاء المرضى، ورفع معدلات رضا المستفيدين، وتحقيق الكفاءة التشغيلية، وبالتالي ضمان استدامة الأداء في مواجهة التحديات المتزايدة في القطاع الصحي.

1. دراسة الزهراني (2021) :

أجريت في مستشفيات وزارة الصحة السعودية، واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي عبر استبيانات. خلصت إلى أن القادة التحويليين يحققون مستويات أعلى في التواصل والتحفيز المهني ويؤثرون إيجاباً على جودة الخدمة المقدمة. أوصت الدراسة بتبني هذا النمط القيادي بشكل مؤسسي.

أي أن الدراسة لا تكتفي بتطبيق القيادة التحويلية كمبادرات فردية أو اجتهادات شخصية لبعض القادة، بل تدعو إلى اعتمادها كنموذج إداري رسمي في الهيكل التنظيمي للمستشفيات. ويتضمن ذلك دمج مبادئ القيادة التحويلية في السياسات الإدارية، وبناء برامج تدريب وتطوير مستدامة للقيادات، وربط تقييم الأداء الوظيفي بالممارسات القيادية الحديثة. كما يشمل إنشاء بيئة تنظيمية داعمة تُحفّز على الإبداع والمبادرة، وتمنح القادة صلاحيات واضحة تمكنهم من ممارسة دورهم التحويلي بفاعلية.

ويُعد ذلك ضرورياً لضمان استمرارية تأثير القيادة التحويلية عبر الأجيال القيادية المختلفة، وتجنب العودة إلى الأساليب التقليدية التي قد تعيق التطوير. كما يسهم التبني المؤسسي في مواءمة القيادة مع التوجهات الاستراتيجية للمنشآت الصحية، مما ينعكس إيجاباً على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، ويعزز من قدرة المستشفيات على التكيف مع التحديات المستقبلية والمتغيرات المتسارعة في القطاع الصحي.

2. دراسة Al-Mailam (2004):

تمت في الكويت، وركزت على العلاقة بين القيادة التحويلية ورضا العاملين في المستشفيات باستخدام نموذج MLQ. النتائج أظهرت علاقة إيجابية قوية، وأوصت بدمج التدريب القيادي التحويلي في برامج تطوير القادة.

وبدل هذا التوصية على أهمية اعتبار القيادة التحويلية كجزء أساسي من منظومة التطوير الإداري في المؤسسات الصحية، لا سيما في البيئات التي تسعى إلى رفع مستويات الأداء والرضا الوظيفي. إذ أظهرت نتائج الدراسة أن القادة الذين يمارسون هذا النمط القيادي قادرون على إلهام العاملين، وتوليد الحافز الداخلي، وتقوية روابط الولاء والانتماء للمؤسسة.

كما يُعزز دمج نموذج القيادة التحويلية في البرامج التدريبية من قدرة القادة على التأثير العاطفي والمعرفي على مرؤسيهم، وهو ما ينعكس على انخفاض مستويات التوتر والإجهاد الوظيفي، وتحسين التعاون داخل الفريق الطبي. في قياس الأداء القيادي بشكل علمي ومنهجي، ما يساعد MLQ إضافة إلى ذلك، يسهم استخدام أدوات مثل استبيان المؤسسات على رصد نقاط القوة والضعف في ممارسات القادة، وتوجيه التطوير بناءً على بيانات موثوقة.

ومن هنا، فإن اعتماد هذا النوع من التدريب لا ينبغي أن يكون خياراً ثانوياً، بل يجب أن يُدمج ضمن خطط الموارد البشرية كعنصر استراتيجي لتأهيل قادة قادرين على قيادة التغيير وتعزيز الابتكار وتحسين جودة الخدمات الصحية بشكل مستدام.

3. دراسة Gellis (2001):

تطرقت إلى القيادة التحويلية في مجال التمريض. أكدت أن القادة الذين يُظهرون اهتماماً فردياً بالموظفين ويشجعون على المبادرة يسهمون في رفع نتائج الرعاية وتعزيز تماسك الفريق الطبي.

ويُعد هذا الجانب من أبرز سمات القيادة التحويلية، حيث يُركز القائد على احتياجات كل فرد في الفريق، ويُعامل الموظفين كأشخاص ذوي قدرات فريدة يمكن تطويرها، لا كأدوات لأداء المهام فقط. وقد بيّنت الدراسة أن هذا الأسلوب في القيادة يسهم في خلق بيئة عمل إنسانية تُشجع على التعبير عن الأفكار والاقتراحات، ما يُعزز الإبداع ويزيد من انخراط الموظفين في العمليات التمريضية بشكل إيجابي وفَعّال.

كما أن إظهار القائد للاهتمام الشخصي يجعل الموظفين يشعرون بالتقدير والدعم، مما يرفع من مستوى الرضا المهني ويقلل من التوتر والإرهاق المرتبطين بالمهنة. وتنعكس هذه الأجواء الإيجابية على جودة الرعاية المقدمة للمرضى، من خلال تعزيز روح التعاون بين أفراد الفريق الطبي وتحقيق التكامل في تقديم الخدمة. وتشير نتائج الدراسة إلى أن المؤسسات الصحية التي تُفَعِّل هذا النمط القيادي تسجل مستويات أعلى في مؤشرات الأداء، مثل انخفاض معدل الأخطاء وزيادة رضا المرضى وتحسن نتائج العلاج.

بالتالي، تُبرز هذه النتائج أهمية تطبيق القيادة التحويلية بشكل خاص في أقسام التمريض، كونها تتطلب تواصلًا دائماً، وتعاطفاً مهنيًا، وقدرة على التعامل مع الضغوط، وهي كلها جوانب يمكن للقائد التحويلي دعمها وتنميتها بفعالية.

4. دراسة Omar & El-Bathy (2020):

أجريت في مصر على المستشفيات الجامعية. أظهرت الدراسة أن المستشفيات التي تعتمد على القيادة التحويلية تحقق نتائج أفضل من حيث تقبل التغيير وتحسين الجودة الداخلية. أوصت بوضع آليات تشخيص لقياس مدى ممارسة هذا النمط بانتظام.

ويُعزى ذلك إلى أن القيادة التحويلية تخلق مناخًا تنظيميًا محفزًا للتغيير والتطوير، حيث يتم إشراك العاملين في صياغة الرؤية المستقبلية للمؤسسة، مما يجعلهم أكثر استعدادًا لتقبل المبادرات الجديدة والتفاعل معها بإيجابية. وأشارت الدراسة إلى أن المستشفيات التي يطبق قادتها هذا النموذج تظهر قدرة أكبر على تجاوز مقاومة التغيير، وتكون أكثر مرونة في تبني الأساليب الحديثة في الإدارة وجودة الرعاية.

كما أن تعزيز الجودة الداخلية لا يتم فقط عبر الإجراءات والسياسات، بل من خلال التأثير السلوكي للقائد على الموظفين، مثل تشجيعهم على الالتزام بمعايير الجودة، وتحفيزهم على تبني التفكير الإبداعي في حل المشكلات اليومية. لذا، شددت الدراسة على أهمية وضع آليات تشخيصية منهجية ومستمرة، تهدف إلى تقييم مدى ممارسة أبعاد القيادة التحويلية داخل المؤسسة، مثل أدوات التقييم الذاتي، والملاحظات الإدارية، واستطلاعات رضا العاملين.

وقد أكدت الدراسة أيضاً أن الانتظام في قياس وتقييم القيادة التحويلية يساعد على رصد التغيرات الإيجابية أو الفجوات في التطبيق، مما يتيح للإدارة العليا التدخل الفوري وإعادة توجيه عند الحاجة. وهو ما يعزز من استدامة التحسينات، ويجعل نموذج القيادة التحويلية جزءاً من ثقافة المؤسسة وليس مجرد ممارسة فردية أو مرحلية.

5. دراسة Chen et al (2006):

بحثت في مستشفيات تاوان العلاقة بين القيادة التحويلية والالتزام الموظفين. وجدت أن القيادة التحويلية تعزز من الولاء المؤسسي وتقلل من مقاومة التغيير، وترفع مستوى الأداء العام من خلال تحفيز الأفراد على الأداء فوق المتوقع.

مقارنة واستنتاج عام:

جميع الدراسات رغم اختلاف أماكن إجرائها ومنهجياتها، تتفق على التأثير الإيجابي للقيادة التحويلية في البيئة الصحية. وتبرز أهمية دمج هذا النمط ضمن خطط تطوير القادة لتحسين نتائج المرضى وتحقيق التميز المؤسسي.

ويُلاحظ من استعراض الدراسات السابقة أن نموذج القيادة التحويلية لا يقتصر أثره على مستوى الأفراد فحسب، بل يمتد إلى تحسين البنية التنظيمية والثقافة المؤسسية ككل. كما أن النتائج المتكررة التي تربط بين القيادة التحويلية والنتائج الإيجابية في الأداء والرضا وتحقيق الأهداف التشغيلية، تؤكد أن هذا النموذج يُشكل أحد الركائز الحيوية لإصلاح النظم الصحية وتطوير الكفاءات الإدارية.

ومن المهم الإشارة إلى أن معظم الدراسات توافقت على فعالية النموذج التحويلي في بيئات مختلفة ثقافياً وجغرافياً، وهو ما يدعم فكرة قابلية تعميمه في السياق السعودي بشرط تكيفه بما يتلاءم مع الواقع المحلي. كما أن اختلاف المنهجيات (الوصفية، الكمية، النوعية) يعزز من قوة الاستنتاج بأن النتائج ليست حصرية لمنهج بحث معين، بل تنبع من تأثير جوهري فعلي لهذا النمط القيادي.

وتكشف هذه الدراسات عن فجوة مثقلة في الواقع الميداني بين أهمية القيادة التحويلية كمفهوم، وبين درجة تبنيها الفعلية كممارسة. وهنا تتجلى أهمية هذه الدراسة التي تسعى لسد تلك الفجوة عبر تحليل تطبيقي مباشر في المستشفيات الحكومية السعودية، مع محاولة اقتراح أدوات ومعايير لقياس مستوى التطبيق، والتحديات المواجهة، ومستوى القبول التنظيمي لهذا النمط.

المنطلقات النظرية للدراسة:

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من الأطر والنظريات التي تشكل الأساس العلمي لمفهوم القيادة التحويلية وتطبيقاتها في البيئة الصحية. وتوفر هذه النظريات خلفية علمية لتحليل مدى فاعلية القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية، وتستخدم لفهم العوامل المؤثرة في نجاح هذا النمط القيادي. وفيما يلي أهم المنطلقات النظرية:

1. نظرية باس وأفوليو: (Bass & Avolio, 1994)

وهي النظرية الأساسية في القيادة التحويلية، وتفترض أن القائد التحويلي يمارس أربعة أبعاد رئيسية:

- التأثير المثالي: (Idealized Influence) القائد يُشكل قدوة للموظفين ويكسب احترامهم وثقتهم.
- التحفيز الإلهامي: (Inspirational Motivation) تحفيز الموظفين برؤية ملهمة ورسالة واضحة.
- التحفيز الفكري: (Intellectual Stimulation) تشجيع التفكير النقدي والإبداع والابتكار.
- الاهتمام الفردي: (Individualized Consideration) الاهتمام باحتياجات الموظفين وتطويرهم الفردي.

2. نظرية السمات: (Trait Theory)

تفترض هذه النظرية أن القادة يمتلكون سمات فطرية مثل الذكاء والكاريزما والثقة بالنفس، وهذه السمات تساعد في قيادة الفريق والتحفيز. القيادة التحويلية تعتمد على وجود صفات شخصية قوية تمكن القائد من التأثير الإيجابي.

3. النظرية السلوكية: (Behavioral Theory)

تركز هذه النظرية على أن القيادة يمكن تعلمها من خلال السلوكيات، وليس فقط عن طريق السمات الفطرية. وهذا يدعم إمكانية تدريب القادة على تطوير مهارات القيادة التحويلية من خلال برامج متخصصة.

4. نظرية الطوارئ: (Contingency Theory)

تنص على أن نجاح القيادة يعتمد على تكييف القائد مع الموقف والبيئة. في المستشفيات الحكومية، حيث تتنوع التحديات، تُعتبر القيادة التحويلية من أكثر الأنماط توافقاً بسبب مرونتها وقدرتها على التأقلم مع الظروف المختلفة.

5. نظرية التحفيز الذاتي: (Self-Determination Theory)

تُشير إلى أن القيادة التحويلية تعزز الدافعية الذاتية لدى العاملين من خلال التمكين، والاستقلالية، والاهتمام الفردي، مما يؤدي إلى تحسّن الأداء والرضا الوظيفي.

وتمثل هذه النظريات مجتمعة الإطار المرجعي الذي تركز عليه الدراسة في تحليل طبيعة القيادة داخل المستشفيات الحكومية، حيث تساعد في تفسير آليات التأثير القيادي، وكيفية تفاعل القادة مع الموظفين، والظروف التنظيمية التي تحدد مدى فاعلية النموذج التحويلي.

كما أن دمج أكثر من نظرية – مثل السمات، والسلوك، والطوارئ – يمنح الدراسة رؤية تحليلية مرنة وشاملة، تمكنها من التعامل مع تعقيدات البيئة الصحية السعودية، والتحديات الإدارية المتداخلة. وهذا الربط بين النظريات الكلاسيكية والتطبيقات المعاصرة يعزز من قوة التفسير العلمي للظاهرة المدروسة.

ومن المهم التأكيد على أن هذه المنطلقات لا تُستخدم فقط لتفسير الواقع، بل توجه تصميم أدوات البحث، واختيار الفروض، وتحليل النتائج. كما أنها تُوفر إطارًا يساعد في صياغة التوصيات بطريقة منهجية متسقة مع أسس علم القيادة، مما يزيد من قيمة النتائج المتوقعة وقابليتها للتطبيق العملي في بيئة المستشفيات الحكومية.

المنهجية وطرق البحث:

عتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، الذي يُعد من أكثر المناهج ملائمة لدراسة الظواهر الإدارية والسلوكية في بيئة العمل، حيث يسمح بوصف الظاهرة محل الدراسة (القيادة التحويلية) وتحليل العلاقة بينها وبين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.

1. منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي نظراً لقدرته على جمع البيانات الكمية والكيفية حول سلوك القادة، ومدى تأثير نمط القيادة التحويلية على جودة الأداء الصحي. كما يتيح هذا المنهج تحليل العلاقة بين المتغيرات واستخلاص استنتاجات قابلة للتعميم.

2. مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من العاملين في المستشفيات الحكومية السعودية، سواء في المناصب القيادية أو الموظفين الفنيين والإداريين، وذلك بهدف الحصول على تقييم شامل للقيادة من مختلف وجهات النظر.

3. عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائية طبقية لضمان التمثيل العادل للفئات المختلفة (مديرين، أطباء، ممرضين، موظفي إدارات مساندة). ومن المتوقع أن يتراوح حجم العينة بين 200 و300 مشارك لضمان تحقيق دلالة إحصائية كافية.

4. أدوات جمع البيانات:

سُتستخدم أداة الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، تتضمن محورين أساسيين:

- قياس أبعاد القيادة التحويلية استناداً إلى نموذج (Bass & Avolio)
- قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين.

وسيتم اختبار صدق وثبات الأداة باستخدام معامل كرونباخ ألفا لضمان الموثوقية.

5. طرق التحليل الإحصائي:

سيتم استخدام برنامج SPSS لتحليل البيانات من خلال الإجراءات التالية:

- الإحصاءات الوصفية (المتوسطات، الانحراف المعياري).
- اختبار T-test وANOVA لدراسة الفروق بين المجموعات.
- تحليل الارتباط والانحدار لاختبار الفرضيات الأساسية.

6. المنهجية الأخلاقية:

تم مراعاة المبادئ الأخلاقية للبحث العلمي، من حيث:

- الحفاظ على سرية المعلومات.
- الحصول على موافقة المشاركين.
- احترام خصوصية الأفراد.
- استخدام البيانات لأغراض بحثية فقط دون أي إساءة.

ويُعد اختيار المنهج الوصفي التحليلي مناسباً تماماً لطبيعة هذه الدراسة؛ إذ أنه لا يكتفي بتوصيف الوضع الراهن داخل المستشفيات الحكومية، بل يتعدى ذلك إلى تحليل العلاقة بين السلوك القيادي التحويلي ومخرجات النظام الصحي من حيث الجودة والفعالية والرضا العام. كما أن هذا المنهج يسمح بتفسير المتغيرات ضمن السياق الاجتماعي والإداري المحلي للمملكة، مما يُكسب الدراسة بعداً تطبيقياً واقعياً.

أما فيما يتعلق بالعينة، فإن اختيار عينة طبقية عشوائية يهدف إلى ضمان التنوع وشمول كافة الفئات المؤثرة في بيئة العمل الصحي، وبالتالي توفير رؤية شاملة ومتوازنة حول أنماط القيادة ومظاهرها المختلفة من واقع الممارسة اليومية.

وفيما يخص أدوات البحث، فإن استخدام استبانة تستند إلى نموذج Bass & Avolio يُعزز من الموثوقية الأكاديمية، كون هذا النموذج يُعد من أكثر الأدوات استخداماً في تقييم القيادة التحويلية عالمياً. كما أن الدمج بين قياس الأبعاد القيادية ومؤشرات جودة الخدمة يجعل الأداة أكثر تكاملاً وفعالية.

ومن جهة أخرى، فإن اعتماد برنامج SPSS في التحليل الإحصائي يُوفر قدرًا عاليًا من الدقة والتحقق العلمي من النتائج، كما يُمكن الباحث من اختبار الفرضيات بشكل منهجي يعكس الواقع بدقة ويُسهّم في بناء توصيات قابلة للتطبيق.

وأخيرًا، فإن التزام الدراسة بالأخلاقيات البحثية يُعد من أبرز عناصر المصداقية، حيث يتم التعامل مع المشاركين بكل احترام وسرية، مما يُعزز من مصداقية النتائج، ويُشجع على المشاركة الفعّالة، ويدعم القيمة الإنسانية والعلمية للدراسة.

أدوات الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة في جمع بياناتها الميدانية على أداة الاستبانة (Questionnaire) بوصفها الوسيلة الأنسب لجمع البيانات من عينة كبيرة من المشاركين في بيئة العمل الصحي. وتم تصميم الأداة لتلائم أهداف وفروض الدراسة وتُحقق أعلى درجات الصدق والثبات.

ويُعد تصميم الأداة بشكل دقيق ومبني على أسس علمية راسخة من العوامل الجوهرية التي تعزز من فاعلية نتائج الدراسة. إذ تم العمل على صياغة بنود الاستبانة بما يتوافق مع الإطار النظري للدراسة، مع مراعاة التنوع في الأسئلة لتغطي الجوانب المختلفة للقيادة التحويلية وجودة الخدمات الصحية. كما رُوعي في بناء الأداة وضوح الصياغة، وتجنب العبارات الغامضة أو ذات التأويل المزدوج، وذلك لضمان أن يفهم جميع المشاركين مضمون الأسئلة بنفس الدرجة، مما يقلل من احتمالات الخطأ في الاستجابات.

كما أُخذ في الاعتبار التوازن بين الطول المناسب للاستبانة وتجنب الإرهاق للمشارك، بحيث تظل الاستبانة شاملة دون أن تكون مرهقة أو تؤثر سلباً على جودة الإجابات. وتُعد هذه الاعتبارات ضرورية لتشجيع معدل استجابة عالٍ وضمان دقة البيانات المجمعة.

بالإضافة إلى ذلك، فإن استخدام أدوات معتمدة مثل مقياس Bass & Avolio يضيف على الاستبانة مصداقية إضافية ويمنح نتائج الدراسة إمكانية المقارنة مع دراسات سابقة في نفس المجال. هذا يعزز من قوة الدراسة ويجعلها مساهمة فاعلة في بناء المعرفة العلمية حول القيادة التحويلية في القطاع الصحي.

أولاً: محتوى الاستبانة

تتكون الاستبانة من ثلاثة أجزاء رئيسية:

1. البيانات الديموغرافية:

تُعد البيانات الديموغرافية جزءاً أساسياً من أي دراسة ميدانية، حيث تُستخدم لفهم خصائص العينة وتحليل الفروقات المحتملة بين فئات المشاركين. وفي هذه الدراسة، يشمل الجزء الأول من الاستبانة الأسئلة الديموغرافية التالية:

الجنس: لمعرفة ما إذا كان هناك فروق في إدراك القيادة التحويلية أو جودة الخدمات الصحية بين الذكور والإناث.

العمر: يساعد في تحديد تأثير الخبرة الحياتية والنضج المهني على تصورات المشاركين حول القيادة.

المؤهل العلمي: يُستخدم لتحليل مدى تأثير المستوى التعليمي على فهم وتقييم ممارسات القيادة التحويلية.

سنوات الخبرة: تُسهم في التعرف على مدى تأثير تقييم المشاركين بالخبرة العملية وطول مدة العمل في المجال الصحي.

الوظيفة الإدارية: لتمييز آراء القيادات من آراء العاملين الفنيين أو الإداريين الأقل رتبة، مما يُظهر تنوعاً في وجهات النظر.

القسم الإداري: يتيح معرفة ما إذا كانت بيئة العمل (مثل التمريض، الصيدلة، الإدارة، أو الطب) تؤثر في التصورات المرتبطة بجودة القيادة.

الجهة الصحية: مثل وزارة الصحة أو إحدى التجمعات الصحية، لتحديد الفروقات التنظيمية التي قد تؤثر على تطبيق القيادة التحويلية.

تحليل هذه المتغيرات يُمكن الباحث من إجراء اختبارات إحصائية دقيقة، مثل اختبار الفروق بين المجموعات، واكتشاف ما إذا كانت بعض الخصائص الديموغرافية تؤثر على آراء المشاركين تجاه القيادة وجودة الخدمات.

2. محور القيادة التحويلية:

يضم مجموعة من الفقرات التي تقيس أبعاد القيادة التحويلية الأربعة حسب نموذج Bass & Avolio:

- التأثير المثالي (Idealized Influence): حيث يُنظر إلى القائد كقدوة أخلاقية ومهنية يحتذى بها، مما يعزز من ثقة الموظفين وولائهم التنظيمي. يسعى القائد التحويلي من خلال هذا البُعد إلى ترسيخ القيم المؤسسية، واتخاذ قرارات نزيهة ومبنية على مبادئ واضحة، ما ينعكس إيجاباً على بيئة العمل ككل.
- التحفيز الإلهامي (Inspirational Motivation): يعبر القائد عن رؤى واضحة وطموحة تشد همم العاملين، وتمنحهم شعوراً بالمعنى والدافعية نحو تحقيق الأهداف المشتركة. كما يُستخدم هذا البُعد في توجيه الرسائل الملهمة أثناء الأزمات لتحفيز الصمود والإبداع في الأداء.
- التحفيز الفكري (Intellectual Stimulation): يشجع القائد من خلاله الموظفين على التفكير النقدي، وطرح الأسئلة، واختبار حلول مبتكرة للمشكلات اليومية، مما يُسهم في بناء ثقافة تعتمد على التعلم المستمر وتبادل المعرفة. ويُعد هذا البعد محورياً في تطوير بيئة مرنة قادرة على مواكبة التغيرات الصحية والتقنية.
- الاهتمام الفردي (Individualized Consideration): يتجلى هذا البعد في قدرة القائد على تلبية احتياجات كل فرد في الفريق، من خلال الاستماع الفعال، والتوجيه الشخصي، وتوفير فرص التطوير المهني المناسبة. ويسهم هذا البُعد في خلق روابط إنسانية داخل بيئة العمل، تعزز من روح الفريق وتُقلل من حالات الاحتراق الوظيفي.

وتُعد هذه الأبعاد الأربعة الأساس الذي تقوم عليه القيادة التحويلية، حيث لا تُمارس بشكل منفصل، بل تتكامل لتشكل نموذجاً قيادياً شاملاً يسهم في تحفيز الموارد البشرية، ورفع كفاءة المؤسسات الصحية، وتحقيق أهداف الجودة والاستدامة. وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن تطبيق هذه الأبعاد بشكل فعال يساهم بشكل كبير في إحداث تغيير إيجابي ملموس في أداء المؤسسات، من حيث زيادة رضا المرضى، وتحسين الكفاءة التشغيلية، وخلق بيئة مهنية مشجعة على الإبداع والتطوير المستمر.

3. محور جودة الخدمات الصحية:

يشمل فقرات تقيس جودة الخدمات من حيث (الرضا المهني، الاستجابة، السلامة، التنسيق، العدالة، الكفاءة).

وتُعد هذه الأبعاد من الركائز الأساسية التي تحدد مدى فعالية النظام الصحي وقدرته على تلبية احتياجات المرضى والمجتمع. فـ"الرضا المهني" يعكس مدى التزام وارتياح الكوادر الصحية في بيئة عملهم، مما يؤثر على إنتاجيتهم واستقرارهم الوظيفي. أما "الاستجابة"، فتعبر عن سرعة وفعالية التعامل مع احتياجات المرضى، بينما تمثل "السلامة" أحد أهم مؤشرات الجودة، حيث تُقاس بمدى تقليل الأخطاء الطبية وحماية المرضى من المخاطر.

"التنسيق" يشير إلى مدى التكامل بين الأقسام والوحدات الصحية المختلفة لضمان استمرارية الرعاية، في حين أن "العدالة" تضمن المساواة في تقديم الخدمات لكافة فئات المجتمع دون تمييز. أما "الكفاءة"، فتقيس قدرة المستشفى على تحقيق أفضل النتائج باستخدام الموارد المتاحة بأعلى درجة من الفعالية. ويمكن تحليل هذه المؤشرات الباحث من تقييم شامل لجودة الأداء الصحي، وربطها بشكل مباشر بنمط القيادة المتبع في المؤسسة.

ثانياً: نوع الأسئلة :

تم بناء الفقرات باستخدام مقياس ليكرت الخماسي (1 = لا أوافق بشدة، 5 = أوافق بشدة)، وهو من أكثر المقاييس استخداماً في الأبحاث الاجتماعية ويتيح تحليلاً دقيقاً لانتباعات المشاركين.

ثالثاً: صدق وثبات الأداة :

- **الصدق: (Validity)** تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين الأكاديميين للتأكد من سلامة اللغة، ووضوح الأسئلة، ومدى ارتباط الفقرات بالمحاور النظرية.

ويمثل الصدق أحد أهم المعايير المنهجية التي تُعنى بمدى قدرة الأداة على قياس ما صُممت لقياسه فعلياً، وليس مجرد ما يبدو ظاهرياً. وقد تم التركيز في هذه الدراسة على الصدق الظاهري (Face Validity) والصدق المحتوى (Content Validity) من خلال مراجعة الاستبانة من قبل مجموعة من الخبراء في مجالات الإدارة الصحية والقيادة التنظيمية، حيث تم تقييم مدى توافق فقرات الاستبانة مع الأبعاد النظرية للقيادة التحويلية وجودة الخدمات الصحية.

وقد شملت المراجعة عدة عناصر، منها: وضوح صياغة الأسئلة، خلوها من الغموض أو التحيز، مدى تمثيلها للمفهوم المراد قياسه، ومدى تغطية الأداة لجميع الجوانب المرتبطة بموضوع الدراسة. وتم تسجيل الملاحظات من قبل المحكمين بشكل دقيق، ثم تحليلها وتصنيفها من قبل الباحث لاتخاذ قرارات مدروسة بشأن التعديلات المقترحة.

ومن الممارسات التي تم اتباعها أيضاً، استخدام صياغات واضحة ومباشرة تراعي الفروق اللغوية والثقافية في بيئة العمل السعودية، مع الحرص على تجنب المفردات الفنية المعقدة أو غير المألوفة للمشاركين. وتُعد هذه الخطوة ضرورية لضمان أن استجابات العينة تعكس إدراكهم الحقيقي، وليس تأثرهم بطريقة الصياغة أو تأويلهم الشخصي للعبارة.

وسيتم توثيق عملية تحكيم الأداة وما تم تعديله بناءً على آراء الخبراء ضمن الملاحق، كدليل إضافي على الصدق العلمي للأداة، ما يُسهم في رفع مصداقية الدراسة ويمنحها قوة مرجعية عند المقارنة أو التكرار في دراسات مستقبلية مماثلة.

- **الثبات: (Reliability)** سيتم التحقق من ثبات الأداة ميدانياً من خلال اختبار معامل كرونباخ ألفا، ويُعد مقبولاً إذا تجاوز 0.70.

ويُعتبر معامل كرونباخ ألفا من أكثر الأساليب شيوعاً في اختبار مدى اتساق الأداة داخلياً، أي مدى ترابط الفقرات التي تقيس المفهوم ذاته. فكلما ارتفع هذا المعامل، دلّ ذلك على أن الفقرات المستخدمة في الاستبانة تقيس متغيراً واحداً بشكل متماسك، مما يعزز من ثقة الباحث في نتائج التحليل الإحصائي لاحقاً. كما أن هذا الإجراء يسهم في الكشف عن الفقرات الضعيفة أو غير المنسجمة مع بقية الفقرات، والتي يمكن استبعادها أو تعديلها لتحسين الاتساق الداخلي.

وسيتم إجراء هذا الاختبار على العينة التجريبية الأولية (Pilot Sample) لتحديد مدى كفاءة الأداة قبل استخدامها بشكل نهائي. وإذا أظهرت نتائج الاختبار أن بعض المحاور أو الفقرات تحتاج إلى إعادة صياغة أو تطوير، فسيُصار إلى تعديلها وفقاً لملاحظات المحكمين ونتائج التحليل الإحصائي. هذا الإجراء يهدف إلى ضمان أن الأداة لا تجمع فقط معلومات صحيحة، بل تفعل ذلك بطريقة متكررة ومستقرة عند تطبيقها في بيانات مشابهة أو مع عينات مختلفة.

كما سترفق نتائج معامل الثبات ضمن ملاحق الدراسة لتوثيق الجوانب المنهجية بشكل دقيق، بما يتيح للقارئ أو الباحث المستقبلي الاطلاع على خطوات بناء الأداة وتحسينها، الأمر الذي يضيف مزيداً من المصداقية على نتائج الدراسة ويمنحها قوة علمية يمكن البناء عليها في أبحاث لاحقة

رابعاً: التجريب المبني :

سيتم تنفيذ اختبار تجريبي على عينة صغيرة لا تقل عن 30 مشاركاً للتأكد من وضوح الفقرات، وقياس الوقت المستغرق، وإجراء أي تعديلات ضرورية قبل التطبيق النهائي.

ويُعد هذا الاختبار التجريبي خطوة أساسية في الدراسات الميدانية لضمان جودة الأداة وتفاذي أية مشكلات قد تؤثر في دقة البيانات لاحقاً. كما يُساعد على اختبار صلاحية المقياس من حيث توافقه مع بيئة العمل في القطاع الصحي الحكومي السعودي. سيتم كذلك من خلال هذا الاختبار التحقق من مدى فهم المشاركين لمصطلحات الاستبانة، وتقدير مدى ملاءمة التسلسل المنطقي للفقرات، وتحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى حذف أو تعديل أي سؤال لا يحقق الغرض البحثي المطلوب.

وعلى ضوء نتائج هذا الاختبار، سيتم إجراء التعديلات الضرورية قبل تعميم الاستبانة على العينة الرئيسية للدراسة، لضمان دقة النتائج وتحقيق أعلى مستوى من الموثوقية والموضوعية في تحليل البيانات. كما ستوثق التعديلات النهائية ضمن ملحق الدراسة لتوضيح إجراءات التحسين المنهجي للأداة البحثية، بما يعزز من مصداقية النتائج ويتيح للباحثين الآخرين الاستفادة من الأداة في دراسات مشابهة مستقبلاً.

ولا يقتصر هذا التوثيق على الجانب الفني فقط، بل يتعداه ليشمل الجوانب المنهجية والتفسيرية، حيث سيتم تحليل كل تعديل أو إعادة صياغة تمت على فقرات الاستبانة بناءً على نتائج الاختبار التجريبي والملاحظات الواردة من المحكمين. سيتم أيضاً توثيق الأسباب التي أدت إلى كل تغيير، سواء أكان لغوياً أو منهجياً، مع توضيح مدى تأثيره على وضوح الفقرة ودقتها وصلتها بالمحاور النظرية للبحث.

سيُدرج ضمن الملحق جدول تفصيلي يُبين النسخة الأولية من الأداة مقابل النسخة المنقحة، موضحاً الفروقات بينهما، وأهمية كل تعديل في تحسين جودة الأداة. كما سيتم إرفاق تعليقات المحكمين الأكاديميين الذين أسهموا بملاحظاتهم حول الاستبانة، مع الإشارة إلى مدى قبول أو تعديل تلك المقترحات في النسخة النهائية.

تساعد هذه العملية التوثيقية على ضمان الشفافية العلمية، وتمنح القراء والباحثين مستقبلاً قاعدة واضحة لفهم كيفية بناء وتطوير الأداة البحثية. كما تتيح إمكانية تكرار الدراسة في بيانات مختلفة أو تطويرها بما يتناسب مع أهداف جديدة أو سياقات أخرى. وتعد هذه الخطوة من أهم خطوات ضبط جودة البحث العلمي، والتي تعكس التزام الباحث بالمنهجية العلمية الرصينة والدقة في جمع البيانات وتحليلها.

حدود الدراسة:

تم تحديد هذه الدراسة ضمن مجموعة من الحدود التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند تفسير النتائج أو محاولة تعميمها، وتشمل ما يلي:

1. الحدود المكانية:

تُجرى هذه الدراسة في إطار المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية، مما يعني أن نتائجها قد لا تكون قابلة للتعميم على المستشفيات الخاصة أو تلك التي تعمل في بيئات تنظيمية أو ثقافية مختلفة.

ويرجع ذلك إلى الاختلافات الجوهرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة من حيث الهيكل التنظيمي، وأساليب الإدارة، وآليات اتخاذ القرار، ومستوى الاستقلالية المالية والإدارية. فالمستشفيات الحكومية عادةً ما تخضع لسياسات مركزية وإجراءات تنظيمية صارمة قد تؤثر على سرعة تطبيق أساليب القيادة الحديثة مثل القيادة التحويلية، في حين تتمتع المستشفيات الخاصة بمرونة أكبر في تبني التغييرات وابتكار حلول إدارية أكثر ديناميكية.

كما أن الثقافة المؤسسية في القطاع الحكومي قد تختلف عن مثيلتها في القطاع الخاص، حيث تميل الأولى إلى الاعتماد على الأنماط التقليدية في الإدارة، وتُظهر أحياناً مقاومة أكبر للتغيير، مما قد يُعيق تطبيق القيادة التحويلية بفاعلية. وبناءً عليه، فإن نتائج هذه الدراسة يجب أن تُفسر ضمن سياق البيئة التنظيمية للمستشفيات الحكومية في السعودية، دون افتراض أن نفس النتائج تنطبق تلقائياً على بيئات صحية أخرى دون إجراء دراسات مماثلة تأخذ بعين الاعتبار تلك الفروقات

2. الحدود الزمانية:

تتخصص الدراسة في الفترة الزمنية للعام الأكاديمي 2025، وهي فترة محددة قد تتغير فيها الظروف البيئية أو التنظيمية أو الصحية لاحقاً، مما يؤثر على استقرار النتائج.

وقد تؤدي هذه التغييرات المستقبلية، سواء كانت مرتبطة بتحديث السياسات الصحية، أو إدخال تقنيات إدارية جديدة، أو تغييرات في البنية التنظيمية للمستشفيات، إلى اختلاف في مدى فاعلية أو تطبيق القيادة التحويلية بمرور الوقت. كما أن أي تحولات اقتصادية أو صحية طارئة، مثل الأوبئة أو الأزمات التمويلية، قد تفرض أولويات جديدة على القيادات الصحية وتعيد توجيه اهتمامها نحو أساليب قيادة أكثر تحفظاً أو استجابة سريعة، مما قد يُضعف من استمرارية أثر القيادة التحويلية كما تم رصده في هذه الفترة.

لذا فإن نتائج الدراسة تعكس واقعاً مؤقتاً يخضع لتأثير الزمان والسياق، ويجب تفسيرها على هذا الأساس، مع ضرورة إجراء دراسات مستقبلية دورية لرصد التطورات ومقارنة النتائج عبر فترات زمنية مختلفة.

3. الحدود البشرية:

تقتصر عينة الدراسة على العاملين في المستشفيات الحكومية، بما في ذلك القادة الإداريون والفنيون، دون إشراك المرضى أو أصحاب المصلحة الخارجيين أو الموظفين في القطاع الخاص.

وقد يؤدي هذا القيد إلى حصر وجهات النظر في الإطار الداخلي للمؤسسة الصحية، مما قد يُغفل بعض الانعكاسات الهامة لتأثير القيادة التحويلية على الفئات الأخرى ذات العلاقة بالخدمة، مثل المرضى الذين يُعتبرون محور الجودة، أو الشركاء الخارجيين الذين قد يتأثرون بنتائج الأداء المؤسسي. كما أن عدم إشراك موظفي القطاع الخاص يُفوت فرصة المقارنة أو استخلاص الفروقات في أنماط القيادة بين القطاعات المختلفة، وهي جوانب قد تكون مهمة لتقديم صورة أشمل عن فعالية القيادة التحويلية في السياقات الصحية المتنوعة.

لذلك، ينبغي تفسير النتائج ضمن هذا الإطار المحدود، مع التوصية بتوسيع نطاق العينة مستقبلاً ليشمل أصحاب العلاقة من خارج النظام الداخلي للمستشفيات الحكومية، بما يُثري التحليل ويعزز مصداقية التوصيات الناتجة عن الدراسة.

4. الحدود الموضوعية:

تتناول الدراسة فقط موضوع القيادة التحويلية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية، ولا تتناول أنماط القيادة الأخرى مثل القيادة التبادلية أو القيادة الخادمة، كما لا تشمل متغيرات بيئية أو مالية أخرى قد تؤثر في الجودة.

وقد يؤدي هذا القيد الموضوعي إلى حصر التحليل ضمن زاوية واحدة دون الأخذ بعين الاعتبار الأبعاد المتكاملة التي تؤثر في جودة الرعاية الصحية، مثل العوامل الاقتصادية، ومستوى التمويل، ونظم الحوكمة، والتكنولوجيا الصحية، والثقافة التنظيمية، التي قد تلعب دوراً كبيراً في دعم أو إعاقة تطبيق القيادة التحويلية. كما أن تجاهل الأنماط القيادية الأخرى يمنع إجراء مقارنات تحليلية تساعد في تحديد الأنسب منها حسب طبيعة المؤسسة أو التحديات التي تواجهها.

لذلك، من المهم اعتبار نتائج هذه الدراسة موجهة نحو فهم جزئي ومحدد للعلاقة بين نمط القيادة التحويلية ومؤشرات الجودة، مع التأكيد على الحاجة إلى دراسات مستقبلية أكثر شمولاً تقارن بين أنماط القيادة المختلفة وتأثيرها المتداخل مع متغيرات أخرى قد تكون أكثر حسماً في تفسير الأداء الصحي.

5. الحدود المنهجية:

تعتمد الدراسة على أداة الاستبانة كوسيلة أساسية لجمع البيانات، وقد تؤثر الانطباعات الذاتية للمشاركين على نتائج الدراسة. كما أن المنهج الوصفي التحليلي لا يُثبت العلاقة السببية بشكل قطعي.

ومن المهم الإشارة إلى أن الاعتماد على استجابات الأفراد في سياق العمل قد يكون خاضعاً لتأثيرات مثل التحيز الاجتماعي أو الرغبة في تقديم إجابات مقبولة إدارياً، ما قد يؤثر على دقة القياسات. كما أن غياب البيانات النوعية (مثل المقابلات أو مجموعات التركيز) قد يحرم الدراسة من بعض الأبعاد التفسيرية العميقة التي يمكن أن توضح الفروق في الإدراك أو التجربة الواقعية للقيادات. وعلى الرغم من الإجراءات الاحترازية التي ستتخذ لضمان صدق وثبات الأداة، تبقى هذه الحدود المنهجية من العوامل التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند تفسير النتائج والخروج بالتوصيات. لذا، يجب أن تُفهم نتائج هذه الدراسة ضمن هذا السياق المنهجي المحدود، دون تعميم مطلق، مع اعتبار الحاجة إلى إجراء دراسات مستقبلية باستخدام مناهج أكثر تنوعاً وأساليب بحثية تكميلية.

مع اعتبار الحاجة إلى إجراء دراسات مستقبلية باستخدام مناهج أكثر تنوعاً وأساليب بحثية تكميلية، مثل إجراء مقابلات شبه منظمة مع القيادات الصحية، أو عقد مجموعات تركيز مع الفرق الطبية والإدارية، لفهم السياقات التنظيمية الدقيقة التي تُمارس فيها القيادة التحويلية. كما يمكن تعزيز التحليل باستخدام منهج دراسة الحالة (Case Study) الذي يسمح بتتبع سلوكيات القيادة وتفاعلاتها في سياقها الطبيعي، مما يضيف بعداً عميقاً لفهم العلاقات بين المتغيرات.

بالإضافة إلى ذلك، يُمكن توسيع نطاق الدراسات المستقبلية لتشمل المستفيدين من الخدمة الصحية (المرضى والمراجعين)، وتحليل تأثير القيادة من وجهة نظرهم، خاصة فيما يتعلق بجودة الرعاية، وسرعة الاستجابة، والرضا العام. كما يُنصح باستخدام أدوات قياس متنوعة (مثل المقاييس النفسية أو الملاحظة الميدانية) لتقليل الاعتماد الكلي على الرأي الذاتي للمشاركين، والذي قد يتأثر بعوامل شخصية أو تنظيمية.

ومن الجدير بالذكر أيضاً أن استخدام المنهج المختلط (Mixed Methods)، الذي يجمع بين الكمي والنوعي، قد يفتح أفقاً أوسع لفهم الظاهرة المدروسة بعمق وشمولية، كما يعزز من مصداقية النتائج عند تقاطع الأدلة من أكثر من مصدر. كما أن مقارنة نتائج الدراسة الحالية بنتائج دراسات دولية أو إقليمية قد تساهم في إبراز الفروقات السياقية والثقافية، وتساعد في بناء نموذج قيادي ملائم للبيئة السعودية.

أخيراً، فإن تطوير أداة قياس أكثر تطوراً تتضمن مؤشرات نوعية ومقاييس سلوكية فعلية يمكن أن يساهم في زيادة دقة التقييم، وتحقيق نتائج أكثر واقعية وقابلية للتطبيق العملي، الأمر الذي من شأنه أن يدعم جهود تطوير القيادة الصحية على المستوى الوطني بما يتماشى مع أهداف رؤية 2030.

1. الزهراني، عبدالله. (2021). *أثر القيادة التحويلية على جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية السعودية*. المجلة العربية للإدارة، 41(2)، 117-135.
2. Al-Mailam, F. (2004). *Transactional versus Transformational Style of Leadership – Employee Perception of Leadership Efficacy in Public and Private Hospitals in Kuwait*. Quality Management in Health Care, 13(4), 278–284.
3. Gellis, Z. D. (2001). *Social work perceptions of transformational and transactional leadership in health care*. Social Work Research, 25(1), 17-25.
4. Omar, N. & El-Bathy, N. (2020). *The Impact of Transformational Leadership on Organizational Performance in Egyptian University Hospitals*. Journal of Health Administration, 38(3), 56–74.
5. Chen, H.C., Beck, S.L., & Amos, L.K. (2006). *Leadership Styles and Nursing Faculty Job Satisfaction in Taiwan*. Journal of Nursing Scholarship, 37(4), 374-380.
6. Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1994). *Improving Organizational Effectiveness through Transformational Leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
7. Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
8. وزارة الصحة السعودية. (2022). *التقرير السنوي لوزارة الصحة*. الرياض: إدارة التخطيط والدراسات.
9. Creswell, J.W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications.