

جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

قسم / تخصص : إدارة الأعمال



عنوان البحث

أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي

إعداد الطالب/

عبدالعزیز احمد محمد

الرقم الجامعي /

253000583

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید

د. فايز جراد

العام الدراسي:

2026

فهرس المحتويات

5	الفصل الأول: المقدمة.....
6	مقدمة الدراسة.....
8	مشكلة الدراسة.....
9	أهمية الدراسة.....
10	أهداف الدراسة.....
11	تساؤلات الدراسة.....
12	النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث.....
15	الفصل الثاني: الدراسات السابقة.....
16	مقدمة.....
16	الدراسات السابقة.....
16	الدراسات المتعلقة بالقيادة الأخلاقية في القطاع الصحي.....
18	الدراسات المتعلقة بالالتزام الوظيفي والتنظيمي في القطاع الصحي.....
19	الدراسات المرتبطة بالقيم والمناخ والاتجاهات التنظيمية في القطاع الصحي.....
20	التعقيب التحليلي على الدراسات السابقة.....
21	الفجوة البحثية.....
22	ما تقدمه الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة.....
22	الإطار النظري.....
27	العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي.....
29	الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
30	مقدمة.....
30	المنهجية وطرق البحث.....
33	حدود البحث.....
35	الفصل الرابع: النتائج والتوصيات.....

36.....	مقدمة
36.....	تحليل البيانات
43.....	النتائج
45.....	التوصيات
47.....	المراجع
48.....	المراجع العربية
49.....	المراجع الأجنبية
51.....	الملاحق
52.....	الاستبانة
57.....	الملخص

قائمة الجداول

- جدول 1: توزيع أفراد العينة وفق الخصائص الديموغرافية والوظيفية 36
- جدول 2: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات القيادة الأخلاقية 39
- جدول 3: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات الالتزام الوظيفي 40
- جدول 4: العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي 41
- جدول 5: ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط 41
- جدول 6: معاملات الانحدار لأثر القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي 42
- جدول 7: الفروق في القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي وفق قطاع العمل 43
- جدول 8: ملخص نتائج اختبار فروض الدراسة 45

الفصل الأول: المقدمة

مقدمة الدراسة

تمثل القيادة أحد المحددات الأساسية التي تشكل سلوك العاملين واتجاهاتهم داخل المنظمات، إذ لا يقتصر دور القائد على توزيع المهام ومتابعة الأداء واتخاذ القرارات، بل يمتد إلى بناء طبيعة العلاقة بين الإدارة والعاملين، وتحديد المعايير التي تحكم التصرفات المهنية داخل بيئة العمل. وتزداد أهمية هذا الدور عندما تتصل القرارات الإدارية بحقوق الأفراد وعدالة معاملتهم وتوزيع المسؤوليات والموارد بينهم؛ لأن الطريقة التي يمارس بها القائد سلطته تؤثر في إدراك العاملين للمنظمة، وفي مدى ثقتهم بها واستعدادهم للارتباط بأهدافها.

وقد تطور الاهتمام بالقيادة الأخلاقية نتيجة الحاجة إلى تجاوز النظرة التي تقيس فاعلية القائد من خلال النتائج التشغيلية وحدها، إلى نظرة أوسع تراعي الأسلوب الذي تحققت به تلك النتائج. فالقيادة التي تحقق أهدافها من خلال التحيز أو الغموض أو إساءة استخدام السلطة قد تنجح في الأجل القصير، لكنها قد تضعف الثقة والاستقرار على المدى البعيد. ومن هذا المنطلق، عرّف Brown et al. (2005) القيادة الأخلاقية بأنها إظهار سلوك ملائم أخلاقياً من خلال التصرفات الشخصية والعلاقات مع الآخرين، والعمل على تعزيز هذا السلوك لدى المرؤوسين عن طريق التواصل المتبادل، واتخاذ القرارات، والتوجيه، والمساءلة. ويكشف هذا التعريف أن القيادة الأخلاقية تجمع بين جانبين متكاملين: أخلاق القائد في سلوكه الشخصي، ودوره الإداري في ترسيخ المعايير الأخلاقية داخل المنظمة.

وتتجسد القيادة الأخلاقية عملياً في مجموعة من الممارسات، من أبرزها النزاهة، والعدالة، والشفافية، واحترام العاملين، وتحمل المسؤولية عن القرارات، والاتساق بين الأقوال والأفعال، وعدم توظيف السلطة لتحقيق مصالح شخصية. كما تتضمن توضيح السلوك المقبول داخل المنظمة، ومحاسبة المخالفات بصورة عادلة، وإتاحة الفرصة للعاملين للتعبير عن آرائهم ومخاوفهم المهنية. لذلك لا تُعد القيادة الأخلاقية قيمة شخصية تخص القائد وحده، بل ممارسة تنظيمية يمكن أن تؤثر في المناخ السائد وفي اتجاهات العاملين تجاه وظائفهم ومؤسساتهم.

وتبرز أهمية القيادة الأخلاقية بدرجة أكبر في المؤسسات الصحية؛ نظراً إلى طبيعة هذه المؤسسات وما تتحمله من مسؤوليات مهنية وإنسانية. فالعمل الصحي يقوم على قرارات تتصل بسلامة المرضى وخصوصيتهم وحقوقهم، ويتطلب تعاوناً مستمراً بين تخصصات متعددة، إلى جانب العمل تحت ضغوط تشغيلية وزمنية مرتفعة. وفي هذا السياق، لا تنعكس ممارسات القيادة على العاملين فقط، بل قد تمتد آثارها إلى جودة التنسيق، وسلامة التواصل، وقدرة الفرق الصحية على أداء أدوارها بكفاءة. وقد توصلت دراسة (Franczukowska et al. (2021 في مؤسسات صحية نمساوية إلى ارتباط القيادة الأخلاقية باتجاهات وظيفية مهمة لدى العاملين، شملت الرضا الوظيفي والالتزام العاطفي والاحتراق الوظيفي. كما أظهرت دراسة (Mishra and Tikoria (2021، التي شملت أطباء في مستشفيات عامة وخاصة، أن القيادة الأخلاقية تؤثر في المناخ التنظيمي الذي يرتبط بدوره بالالتزام الوظيفي.

وفي مقابل الاهتمام بالقيادة الأخلاقية، يمثل الالتزام الوظيفي أحد المخرجات السلوكية المهمة لإدارة الموارد البشرية؛ لأنه يعكس طبيعة العلاقة التي تربط العامل بعمله وبالمؤسسة التي ينتمي إليها. ولا يقتصر الالتزام على الامتثال الشكلي للوائح أو الحضور إلى مقر العمل، بل يظهر في الرغبة في الاستمرار، والارتباط بأهداف المؤسسة، والاستعداد لبذل الجهد، وتحمل المسؤولية المهنية. وقد أوضح (Meyer and Allen (1991 أن الالتزام التنظيمي حالة نفسية تتكون من

ثلاثة أبعاد: الالتزام العاطفي الذي يعكس رغبة الفرد في البقاء بسبب ارتباطه بالمنظمة، والالتزام الاستمراري الذي يرتبط بإدراك تكلفة المغادرة، والالتزام المعياري الذي يعبر عن شعور الفرد بواجب الاستمرار .

ويُستخدم مصطلح الالتزام الوظيفي في الدراسة الحالية للدلالة على درجة ارتباط العامل بالمؤسسة الصحية وبأهدافها، ورغبته في الاستمرار فيها، واستعداده للقيام بواجباته وبذل جهد يسهم في نجاحها. وبذلك يقترب المفهوم إجرائيًا من الالتزام التنظيمي، مع الاحتفاظ بالمصطلح الوارد في عنوان الدراسة وخطتها المعتمدة. ولا يعني ارتفاع الالتزام غياب النقد أو القبول غير المشروط بكل الممارسات الإدارية، بل يعبر عن وجود علاقة مستقرة وإيجابية بين العامل والمؤسسة، قائمة على الانتماء والمسؤولية والرغبة في المساهمة.

وتشير الأدبيات إلى أن القيادة الأخلاقية يمكن أن تسهم في تعزيز هذا الالتزام من خلال مسارات متعددة. فحين يلاحظ العاملون أن القائد يطبق المعايير بعدالة، ويحترم حقوقهم، ويشرح قراراته، ويتحمل مسؤوليتها، يتكون لديهم إدراك أكثر إيجابية تجاه العلاقة مع الإدارة والمؤسسة. وقد بين Kim and Vandenberghe (2021) أن القيادة الأخلاقية ارتبطت بالالتزام العاطفي والمعياري من خلال الدعم التنظيمي المدرك، بما يشير إلى أن العاملين قد يفسرون سلوك القائد الأخلاقي بوصفه مؤثرًا على تقدير المنظمة لهم .

وفي القطاع الصحي السعودي، يكتسب موضوع الدراسة أهمية إضافية في ظل برنامج تحول القطاع الصحي ضمن رؤية المملكة العربية السعودية 2030، الذي يستهدف بناء نظام صحي أكثر تكاملاً وفاعلية، وتحسين الوصول إلى الخدمات وجودتها وتطوير طرق تقديمها. وتتطلب هذه التحولات قدرات إدارية وبشرية قادرة على التكيف مع إعادة الهيكلة، والعمل ضمن نماذج تشغيلية جديدة، والمحافظة في الوقت نفسه على جودة الأداء واستقرار القوى العاملة. وفي مثل هذه البيئة، تصبح طبيعة القيادة عاملاً مهماً في كيفية استجابة العاملين للتغيير وفي مدى استمرار ارتباطهم بالمؤسسات الصحية .

وتؤكد دراسات أجريت في البيئة الصحية السعودية أن الالتزام الوظيفي لا ينفصل عن الممارسات الإدارية والقيادية المحيطة بالعاملين. فقد بحثت دراسة (Al-Dossary (2022 العلاقة بين أنماط قيادة مديري التمريض، والاندماج في العمل، والالتزام التنظيمي لدى الممرضين في المستشفيات السعودية، وأظهرت أهمية الدور القيادي في تفسير الاتجاهات الوظيفية. كما تناولت دراسة (Al-Haroon and Al-Qahtani (2020 مستوى الالتزام التنظيمي لدى الممرضين في أحد المستشفيات العامة الكبرى في المملكة، وهو ما يؤكد أهمية متابعة هذا المتغير في المؤسسات الصحية السعودية .

وفيما يتعلق بالقيادة الأخلاقية على وجه التحديد، توصلت دراسة (Almanbahi et al. (2025 ، التي طبقت على 300 موظف في مستشفى الملك عبدالله بمدينة بيشة، إلى وجود تأثير إيجابي للقيادة الأخلاقية في سلوك المواطن التنظيمية والتميز التنظيمي. وتقدم هذه النتيجة دليلاً على أهمية القيادة الأخلاقية داخل السياق الصحي السعودي، إلا أنها تناولت التميز التنظيمي وسلوك المواطن، ولم تختبر الالتزام الوظيفي بوصفه النتيجة الأساسية للقيادة الأخلاقية .

وانطلاقاً من ذلك، تتجه الدراسة الحالية إلى اختبار أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي. ويقوم اتجاهها الأساسي على أن التزام العامل لا يتحدد بالراتب والوئاح وفرص الترقى وحدها، وإنما

يتأثر أيضاً بكيفية ممارسة القيادة للسلطة، ومدى عدالتها وشفافيتها واحترامها للعاملين. ومن المتوقع أن يوفر اختبار هذه العلاقة فهماً أكثر دقة لدور القيادة الأخلاقية في دعم الاستقرار البشري والتنظيمي داخل المؤسسات الصحية السعودية.

مشكلة الدراسة

يعتمد أداء المؤسسات الصحية بدرجة كبيرة على جودة العنصر البشري واستعداده للعمل في بيئة تتسم بتعدد التخصصات، وتداخل المسؤوليات، وارتفاع حساسية القرارات. ولا يكفي وجود الكفاءات المهنية لتحقيق الأهداف المؤسسية ما لم يصاحبه مستوى مناسب من الالتزام الوظيفي؛ لأن العامل الذي يفتقر إلى الارتباط بالمؤسسة قد يؤدي المهام في حدودها الدنيا، أو يصبح أكثر ميلاً للانسحاب النفسي والبحث عن فرص بديلة، حتى مع امتلاكه القدرة الفنية المطلوبة.

ولا ينشأ الالتزام الوظيفي بمعزل عن البيئة الإدارية، بل يتأثر بما يتلقاه العامل من معاملة وتقدير ودعم، وبدرجة عدالة القرارات ووضوحها. وتمثل القيادة المباشرة أحد أبرز الأوجه التي يتعامل من خلالها العامل مع المنظمة؛ إذ قد ينظر الموظف إلى تصرفات قائده بوصفها تعبيراً عن قيم المؤسسة نفسها. ولذلك فإن التحيز، أو عدم الاتساق في تطبيق الأنظمة، أو تجاهل آراء العاملين، أو الغموض في المسألة، يمكن أن يؤثر في الثقة وفي درجة ارتباط العامل بوظيفته، بينما قد تؤدي العدالة والنزاهة والشفافية إلى بناء علاقة أكثر استقراراً بين الطرفين.

وتزداد حساسية هذه العلاقة في المؤسسات الصحية؛ لأن العمل فيها يقوم على الاعتماد المتبادل بين الأطباء والتمريض والفنيين والإداريين وغيرهم من العاملين. كما أن القرارات القيادية المتعلقة بتوزيع الأعباء، وتنظيم المناوبات، والتقييم، والمكافآت، وفرص التطوير، والاستجابة للمشكلات المهنية، تحمل أثراً مباشراً على إدراك العاملين للعدالة والتقدير. ومن ثم، فإن القيادة الأخلاقية ليست موضوعاً قيمياً منفصلاً عن الإدارة، بل متغيراً يمكن أن يفسر جانباً من اتجاهات العاملين نحو المؤسسة.

وتدعم الأدلة التطبيقية وجود علاقة متوقعة بين القيادة الأخلاقية والالتزام. فقد وجدت دراسة Franczukowska et al. (2021) أن القيادة الأخلاقية ارتبطت بالالتزام العاطفي لدى العاملين في المؤسسات الصحية. كما أظهرت دراسة Mishra and Tikoria (2021) أن القيادة الأخلاقية تؤثر في المناخ التنظيمي، وأن هذا المناخ يرتبط بالالتزام الأطباء في المستشفيات. ووجد Kim and Vandenberghe (2021) أن الدعم التنظيمي المدرك يمثل آلية تفسر ارتباط القيادة الأخلاقية بالالتزام العاطفي والمعياري. وتوضح هذه النتائج أن العاملين قد يستجيبون للمعاملة الأخلاقية بمستوى أعلى من الارتباط والوفاء للمؤسسة.

وفي السياق السعودي، تناولت دراسات سابقة الالتزام التنظيمي في القطاع الصحي من خلال متغيرات مثل أنماط القيادة، والاندماج في العمل، والتمكين، والخصائص الديموغرافية. وقد بينت دراسة Al-Dossary (2022) وجود علاقة بين أساليب القيادة والالتزام التنظيمي لدى الممرضين في المستشفيات السعودية، في حين أظهرت دراسة Rawah et al. (2022) وجود علاقة إيجابية بين تمكين الممرضين والتزامهم التنظيمي في مدينة مكة المكرمة. وتشير هذه النتائج إلى أن الالتزام لدى العاملين الصحيين يتأثر بطبيعة البيئة الإدارية، لكنها لم تختبر القيادة الأخلاقية بوصفها المتغير المستقل الرئيس.

ومن جانب آخر، تناولت دراسة (Almanbahi et al. (2025 القيادة الأخلاقية في مستشفى سعودي، إلا أنها ركزت على التميز التنظيمي وسلوك المواطنة التنظيمية. وبذلك تقدم الدراسات السعودية المتاحة أدلة منفصلة: بعضها يثبت أهمية أنماط القيادة في الالتزام، وبعضها يثبت أهمية القيادة الأخلاقية في مخرجات تنظيمية أخرى، بينما تبقى الحاجة قائمة إلى اختبار العلاقة المباشرة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي.

كما أن الاستفادة المباشرة من نتائج الدراسات الأجنبية تظل محدودة بسبب الاختلافات الثقافية والتنظيمية بين البيئات الصحية. فالممارسات التي يدركها العاملون بوصفها عادلة أو داعمة، وطبيعة علاقتهم بالسلطة التنظيمية، قد تتأثر بالسياق الاجتماعي ونمط إدارة المؤسسات. لذلك لا يكفي افتراض أن النتائج التي ظهرت في مستشفيات أوروبية أو آسيوية ستنتطبق تلقائيًا على المؤسسات الصحية السعودية، وإنما ينبغي اختبارها ميدانيًا في البيئة المحلية.

وبناءً على ما سبق، تتمثل مشكلة الدراسة في الحاجة إلى تحديد مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية ومستوى الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي، واختبار طبيعة العلاقة بينهما ومقدار تأثير القيادة الأخلاقية في هذا الالتزام، مع التعرف إلى الفروق المحتملة في استجابات العاملين وفق خصائصهم الديموغرافية والوظيفية.

وعليه، تصاغ مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي:

ما أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي؟

أهمية الدراسة

تنقسم أهمية الدراسة إلى أهمية علمية وأهمية تطبيقية على النحو الآتي:

الأهمية العلمية

تنبع الأهمية العلمية للدراسة من تناولها العلاقة بين أحد أنماط القيادة القائمة على القيم والمعايير الأخلاقية وبين أحد المخرجات الأساسية في السلوك التنظيمي وإدارة الموارد البشرية. فالربط بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي يساعد على تجاوز دراسة كل متغير بصورة منفصلة، ويوفر تفسيرًا لكيفية انتقال أثر الممارسات القيادية إلى اتجاهات العاملين نحو وظائفهم ومؤسساتهم.

كما تستمد الدراسة أهميتها من تطبيق هذه العلاقة في القطاع الصحي السعودي؛ وهو سياق يجمع بين المتطلبات الإدارية والمهنية والإنسانية. وتتيح دراسة العاملين في هذا القطاع اختبار مدى صلاحية الافتراضات النظرية المتعلقة بالقيادة الأخلاقية والتبادل الاجتماعي والتعلم بالملاحظة في بيئة عربية تمر بتحولات تنظيمية واسعة.

وتسهم الدراسة في معالجة فجوة بحثية تتمثل في محدودية الدراسات التي اختبرت الأثر المباشر للقيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي في القطاع الصحي السعودي. فعلى الرغم من وجود دراسات محلية تناولت القيادة والالتزام، ودراسات أخرى تناولت القيادة الأخلاقية ومخرجات تنظيمية مختلفة، فإن الجمع المباشر بين متغيري الدراسة ما يزال بحاجة إلى مزيد من الاختبار الميداني.

وتقدم الدراسة كذلك إطارًا مفاهيميًا يحدد القيادة الأخلاقية بوصفها متغيرًا مستقلًا، والالتزام الوظيفي بوصفه متغيرًا تابعًا، ويستخدم نظرية التعلم الاجتماعي ونظرية التبادل الاجتماعي لتفسير العلاقة بينهما. ويمكن أن يمثل هذا الإطار

أساسًا لدراسات لاحقة تختبر متغيرات وسيطة، مثل الثقة التنظيمية، أو العدالة التنظيمية، أو الدعم التنظيمي المدرك، أو متغيرات معدلة تتصل بالثقافة التنظيمية وخصائص العاملين.

ومن المتوقع أيضًا أن تسهم الدراسة في إثراء الأدبيات العربية المتعلقة بالسلوك التنظيمي في المؤسسات الصحية، من خلال توفير نتائج قابلة للمقارنة مع الدراسات الدولية، وبيان مدى اتفاق السياق السعودي معها أو اختلافه عنها.

الأهمية التطبيقية

تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة في إمكان إفادة القيادات العليا والوسطى والمباشرة في المؤسسات الصحية السعودية من نتائجها في تقييم الممارسات القيادية الحالية، والتعرف إلى الجوانب الأخلاقية الأكثر ارتباطًا بالالتزام العاملين.

وقد تساعد النتائج إدارات الموارد البشرية في تصميم برامج تطوير قيادي لا تقتصر على المهارات التشغيلية، بل تشمل النزاهة، والعدالة في اتخاذ القرار، وإدارة التعارض، والشفافية، والتواصل الأخلاقي، والمساءلة المنصفة. كما يمكن الاستفادة منها عند تطوير معايير اختيار القيادات وتقييم أدائها.

وتفيد الدراسة المؤسسات الصحية في فهم بعض العوامل التي قد تدعم بقاء العاملين وارتباطهم بالمؤسسة، ولا سيما أن معالجة الالتزام الوظيفي من خلال الحوافز المادية وحدها قد لا تكون كافية ما لم تصاحبها بيئة يشعر فيها العامل بالاحترام والإنصاف والثقة.

كما قد تساعد النتائج متخذي القرار في تطوير سياسات مؤسسية تقلل التفاوت في تطبيق الأنظمة، وتعزز مشاركة العاملين في القضايا المرتبطة بعملهم، وتدعم وجود قنوات آمنة للإبلاغ عن المشكلات والممارسات غير الأخلاقية.

وتكتسب الدراسة قيمة تطبيقية أخرى من إمكان استخدامها في تشخيص مستوى القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي داخل المؤسسات الصحية محل التطبيق، بما يتيح تحديد جوانب القوة ومجالات التحسين، وبناء توصيات تستند إلى بيانات ميدانية بدلًا من الاعتماد على الانطباعات العامة.

أهداف الدراسة

الهدف العام

تحليل أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي.

الأهداف الفرعية

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. تحديد مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية في القطاع الصحي السعودي من وجهة نظر العاملين .
2. قياس مستوى الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي .
3. الكشف عن طبيعة العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي لدى العاملين .
4. اختبار أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي .

5. التعرف إلى الفروق في استجابات أفراد العينة تجاه القيادة الأخلاقية وفقاً للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية .
6. التعرف إلى الفروق في استجابات أفراد العينة تجاه الالتزام الوظيفي وفقاً للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية .
7. تقديم توصيات عملية يمكن أن تساعد المؤسسات الصحية السعودية على تعزيز الممارسات القيادية الأخلاقية ودعم التزام العاملين .

تساؤلات الدراسة

التساؤل الرئيس

ما أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي؟

التساؤلات الفرعية

يتفرع عن التساؤل الرئيس ما يأتي:

1. ما مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية في القطاع الصحي السعودي من وجهة نظر العاملين؟
2. ما مستوى الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي؟
3. ما طبيعة العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي؟
4. إلى أي مدى تؤثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد العينة تجاه القيادة الأخلاقية تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية والوظيفية؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد العينة تجاه الالتزام الوظيفي تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية والوظيفية؟

فروض الدراسة

الفرضية الرئيسة

يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للقيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي عند مستوى دلالة إحصائية. ($\alpha \leq 0.05$)

الفرضيات الفرعية

الفرضية الأولى: H1:

توجد علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية ومستوى الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

الفرضية الثانية: H2:

يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للقيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

الفرضية الثالثة: H3:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد العينة تجاه القيادة الأخلاقية تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية والوظيفية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

الفرضية الرابعة: H4:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد العينة تجاه الالتزام الوظيفي تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية والوظيفية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

وتُختبر الفرضية الأولى باستخدام معامل الارتباط المناسب، بينما تُختبر الفرضية الثانية من خلال تحليل الانحدار؛ لذلك فإن الفصل بينهما ليس تكراراً إحصائياً، بل تمييز بين قياس اتجاه وقوة العلاقة، وقياس القدرة التفسيرية للمتغير المستقل.

النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث

تستند الدراسة بصورة رئيسة إلى نظرية التعلم الاجتماعي، مع الاستفادة من نظرية التبادل الاجتماعي بوصفها منظوراً مسانداً لتفسير العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي. ويرجع الجمع بين النظريتين إلى أن أثر القائد الأخلاقي يمكن تفسيره من خلال مسارين: الأول يتعلق بتعلم العاملين من سلوك القائد ومحاكاته، والثاني يتعلق برد العاملين على المعاملة الأخلاقية بمواقف وسلوكيات إيجابية تجاه المؤسسة.

نظرية التعلم الاجتماعي

قدم Bandura (1977) نظرية التعلم الاجتماعي لتفسير اكتساب الأفراد لسلوك من خلال الملاحظة والمحاكاة، إلى جانب التعلم الناتج عن الخبرة المباشرة. وتفترض النظرية أن الأفراد يراقبون النماذج التي تتمتع بالمكانة أو السلطة أو المصداقية، ويدرسون نتائج سلوكها، ثم يطورون أنماطاً سلوكية متأثرة بما شاهدوه. ويعتمد تأثير النموذج على درجة وضوح السلوك، ومصداقية صاحبه، والنتائج المترتبة عليه، وقدرة الملاحظ على الاحتفاظ به وتطبيقه.

وفي بيئة العمل، يمثل القائد نموذجاً بارزاً للعاملين بسبب ما يمتلكه من سلطة رسمية وقدرة على توزيع الموارد والتقييم والمكافأة والمساءلة. ولذلك يراقب العاملون كيفية تعامله مع القضايا اليومية، ومدى التزامه بالأنظمة، وطريقته في إدارة

التعارضات، وما إذا كان يطبق القواعد بصورة متساوية. فإذا أظهر القائد النزاهة والعدالة والاحترام بصورة مستمرة، تصبح هذه الممارسات إشارات عملية إلى نوع السلوك الذي تقدره المنظمة.

وقد اعتمد Brown et al. (2005) نظرية التعلم الاجتماعي أساسًا لبناء مفهوم القيادة الأخلاقية. ووفقًا لهذا التصور، يصبح القائد الأخلاقي نموذجًا جديدًا بالملاحظة والمحاكاة عندما يجمع بين المصداقية الشخصية والاستخدام المسؤول للسلطة. ولا يكفي أن يكون القائد شخصًا مستقيمًا في حياته الخاصة، بل يجب أن يظهر هذه الاستقامة في قراراته الإدارية، وأن يتواصل بوضوح بشأن المعايير، ويكافئ السلوك الأخلاقي، ويتعامل مع المخالفات بعدالة.

وتفسر النظرية العلاقة مع الالتزام الوظيفي من خلال أن العاملين لا يراقبون السلوك الأخلاقي للقائد بوصفه تصرفات فردية منفصلة، بل يستدلون منه على القيم التي تقوم عليها المؤسسة. فعندما يرون اتساقًا بين ما تعلنه المؤسسة وما يمارسه القائد، يزداد شعورهم بالثقة والاستقرار، ويصبح ارتباطهم بالمنظمة أكثر انسجامًا مع قيمهم المهنية. أما عندما يشاهدون تناقضًا بين الخطاب الرسمي والممارسة الفعلية، فقد يضعف شعورهم بالانتماء حتى لو استمروا في أداء وظائفهم.

وفي المؤسسات الصحية، تزداد قوة التعلم بالملاحظة بسبب عمل الأفراد ضمن فرق مترابطة، واحتكاكهم المستمر بالقيادات المباشرة أثناء التعامل مع مواقف مهنية حساسة. فطريقة استجابة القائد لخطأ مهني، أو شكوى موظف، أو تعارض بين أعضاء الفريق، تقدم للعاملين نموذجًا عمليًا لكيفية إدارة القضايا الأخلاقية. ومن ثم، يفترض البحث أن تكرار الممارسات القيادية العادلة والمسؤولة يمكن أن يسهم في تعزيز احترام العاملين للمؤسسة وارتباطهم بها.

نظرية التبادل الاجتماعي

تعود الأسس الرئيسة لنظرية التبادل الاجتماعي إلى Blau (1964)، الذي نظر إلى العلاقات الاجتماعية باعتبارها عمليات تبادل تنشأ عنها التزامات متبادلة بين الأطراف. ولا تقوم هذه العلاقات بالضرورة على عقود مكتوبة أو تبادل مادي مباشر، بل قد تشمل التقدير، والاحترام، والثقة، والدعم، والاعتراف بالجهد. وعندما يحصل الفرد على معاملة إيجابية من طرف آخر، ينشأ لديه ميل إلى ردها بطريقة تحافظ على العلاقة وتدعم استمرارها.

وأوضح Cropanzano and Mitchell (2005) أن نظرية التبادل الاجتماعي أصبحت من الأطر الأساسية لتفسير العلاقات في بيئات العمل؛ لأنها تبين كيف تتحول معاملة المنظمة أو القائد إلى التزامات متبادلة. فالعامل الذي يشعر بأن الإدارة تقدر جهده وتحمي حقوقه وتتعامل معه بإنصاف قد يرد على ذلك بمزيد من التعاون والأداء والانتماء، في حين قد تؤدي المعاملة السلبية أو غير العادلة إلى تقليل المساهمة أو إضعاف العلاقة مع المؤسسة.

وبتطبيق النظرية على موضوع الدراسة، تمثل القيادة الأخلاقية موردًا اجتماعيًا ومعنويًا يقدمه القائد للعاملين. فالعدالة في توزيع المسؤوليات، والشفافية في القرارات، والاحترام في التعامل، والاستماع إلى العاملين، وحمايتهم من التحيز أو الاستغلال، كلها ممارسات تحمل رسالة بأن العامل عضو مقدر داخل المؤسسة. وعندما يدرك العامل هذه الرسالة، قد يرد عليها من خلال زيادة التزامه بوظيفته، واستعداده للاستمرار، وحرصه على تحقيق أهداف المؤسسة.

وتدعم دراسة Kim and Vandenberghe (2021) هذا التفسير، إذ وجدت أن القيادة الأخلاقية ارتبطت بالالتزام العاطفي والمعياري من خلال الدعم التنظيمي المدرك. ويعني ذلك أن العاملين ينسبون جانبًا من تصرفات القائد إلى

المنظمة، ثم يبنون استجاباتهم تجاهها على أساس تلك التصرفات. فحين يمثل القائد مصدرًا للعدل والتقدير، قد يشعر العامل بواجب معنوي تجاه المؤسسة، إلى جانب رغبته العاطفية في البقاء فيها.

تكامل النظريتين في الدراسة الحالية

تقدم نظرية التعلم الاجتماعي تفسيرًا لكيفية تأثير العاملين بالقائد بوصفه نموذجًا سلوكيًا، بينما تقدم نظرية التبادل الاجتماعي تفسيرًا لكيفية استجاباتهم للمعاملة الأخلاقية التي يتلقونها. فالمسار الأول يبدأ بالملاحظة والتعلم وتكوين التصورات عن القيم السائدة، أما المسار الثاني فيبدأ بإدراك العدالة والدعم وينتهي باستجابة متبادلة قد تظهر في الالتزام والانتماء والاستمرار.

ويمكن توضيح التكامل النظري في الدراسة من خلال التسلسل الآتي:

1. يمارس القائد سلوكيات تقوم على النزاهة والعدالة والاحترام والشفافية.
2. يلاحظ العاملون هذه السلوكيات ويفسرونها بوصفها نموذجًا للقيم التي تعتمدها المؤسسة.
3. تنشأ لدى العاملين إدراكات أكثر إيجابية تتعلق بالثقة والتقدير والإنصاف.
4. يستجيب العاملون لهذه المعاملة من خلال ارتباط أكبر بالمؤسسة واستعداد أقوى للاستمرار وبذل الجهد.
5. ينعكس ذلك في ارتفاع مستوى الالتزام الوظيفي.

ولا نفترض الدراسة أن القيادة الأخلاقية هي المحدد الوحيد للالتزام الوظيفي؛ فالالتزام قد يتأثر بالأجور، وظروف العمل، وفرص التطوير، وضغط المهام، والعلاقات المهنية، والخصائص الفردية. إلا أن الدراسة تعزل أثر القيادة الأخلاقية إحصائيًا

النموذج النظري للدراسة

يقوم النموذج النظري على وجود تأثير مباشر للقيادة الأخلاقية، بوصفها المتغير المستقل، على الالتزام الوظيفي، بوصفه المتغير التابع:

أما المتغيرات الديموغرافية والوظيفية، مثل الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي، فتستخدم في الدراسة لاختبار الفروق بين استجابات أفراد العينة، ولا تمثل جزءًا من مسار التأثير الرئيس بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي.

وبناءً على النموذج، نفترض الدراسة أن ارتفاع مستوى الممارسات القيادية القائمة على العدالة والنزاهة والشفافية واحترام العاملين سيقترن بارتفاع مستوى التزامهم الوظيفي، وأن القيادة الأخلاقية ستفسر جزءًا ذا دلالة إحصائية من التباين في مستوى هذا الالتزام.

الفصل الثاني : الدراسات السابقة

مقدمة

يتناول هذا الفصل الأدبيات العلمية المرتبطة بمتغيري الدراسة، وهما القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي، بهدف بناء أساس معرفي يساعد على تفسير العلاقة بينهما في بيئة القطاع الصحي السعودي. ولا يقتصر عرض الأدبيات على سرد تعريفات المتغيرات أو تلخيص نتائج الدراسات السابقة، بل يتجه إلى تحليل ما قدمته تلك الدراسات، وتحديد أوجه التقارب والاختلاف بينها، والكشف عن الجوانب التي لم تحظَ بمعالجة كافية.

ويُعرض الفصل في محورين رئيسيين. يتناول المحور الأول الدراسات السابقة المتعلقة بالقيادة الأخلاقية، والالتزام التنظيمي، والمتغيرات التنظيمية القريبة منهما في القطاع الصحي. أما المحور الثاني فيعرض الإطار النظري للدراسة، ابتداءً من الالتزام الوظيفي بوصفه المتغير التابع، ثم القيادة الأخلاقية بوصفها المتغير المستقل، وصولاً إلى تفسير العلاقة النظرية بينهما.

ويستند تنظيم الدراسات السابقة إلى الترتيب الموضوعي؛ لأنه أكثر ملاءمة لطبيعة الدراسة من العرض الزمني المجرد. فهذا الترتيب يسمح بتجميع الدراسات وفق موضوعاتها ومتغيراتها، ويكشف بصورة أوضح عن المسارات التي اتخذتها الأدبيات السابقة. وقد تركزت بعض الدراسات على القيادة الأخلاقية ومخرجاتها في المؤسسات الصحية، في حين تناولت دراسات أخرى الالتزام التنظيمي في ضوء الدعم والعدالة والتمكين والتعلم والسعادة الوظيفية، بينما بحثت مجموعة ثالثة متغيرات أخلاقية وتنظيمية قريبة مثل الاستقامة التنظيمية والولاء والثقة والسلوك الأخلاقي.

الدراسات السابقة

الدراسات المتعلقة بالقيادة الأخلاقية في القطاع الصحي

تُعد دراسة داهش (2016) من الدراسات العربية المهمة التي تناولت القيادة الأخلاقية في بيئة المستشفيات. هدفت الدراسة إلى اختبار العلاقة المباشرة بين القيادة الأخلاقية والسلوك الأخلاقي للعاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظلة المنيا، مع دراسة الثقة التنظيمية بوصفها متغيراً وسيطاً والمساءلة الإدارية بوصفها متغيراً معديلاً. واعتمدت الدراسة على بيانات جُمعت من 292 موظفًا، وتوصلت إلى وجود ارتباط إيجابي بين القيادة الأخلاقية وكل من السلوك الأخلاقي المعياري والسلوك الأخلاقي الاعتباري. كما أظهرت النتائج أن الثقة التنظيمية توسطت جزئيًا العلاقة بين القيادة الأخلاقية والسلوك الأخلاقي، وأن قوة العلاقة ازدادت لدى العاملين الذين أدركوا مستويات أعلى من المساءلة الإدارية (داهش، 2016).

تكشف هذه الدراسة أن أثر القيادة الأخلاقية لا يقتصر على توجيه السلوك بصورة مباشرة، بل يمكن أن ينتقل عبر آليات تنظيمية مثل الثقة والمساءلة. وتفيد الدراسة الحالية من هذه النتيجة في تفسير احتمال تأثير القيادة الأخلاقية في التزام العاملين؛ إذ إن القائد الذي يلتزم بالإنصاف والمصادقية ويخضع للمساءلة يسهم في تكوين علاقة أكثر ثقة بين العامل والمؤسسة. ومع ذلك، يختلف المتغير التابع في دراسة داهش عن الدراسة الحالية، إذ تناولت السلوك الأخلاقي بدلًا من الالتزام الوظيفي، كما طُبقت في بيئة صحية مصرية.

وتناولت دراسة أبو عامر (2022) أثر القيادة الأخلاقية على جودة الخدمات الصحية من منظور العاملين في مجمع ناصر الطبي في قطاع غزة. وقد عالجت القيادة الأخلاقية بوصفها متغيراً إداريًا قادرًا على التأثير في مخرجات العمل الصحي، وربطتها بجودة الخدمات المقدمة داخل مؤسسة صحية كبيرة. وتكتسب الدراسة أهمية في تأكيدها أن القيادة

الأخلاقية ليست ممارسة معنوية منفصلة عن الأداء المؤسسي، بل يمكن أن تمتد آثارها إلى كيفية تقديم الخدمة الصحية. إلا أن الدراسة ركزت على جودة الخدمات بوصفها مخرجاً تنظيمياً، ولم تتناول الالتزام الوظيفي، كما أن اختلاف البيئة الفلسطينية عن البيئة السعودية يحد من نقل نتائجها بصورة مباشرة (أبو عامر، 2022). وقد أمكن التحقق من بيانات الرسالة وعنوانها والجامعة والكلية وسنة الإجازة، بينما لم يكن النص الكامل لنتائجها متاحاً بصورة مفتوحة؛ لذلك لا تُنسب إليها في هذا الفصل نتائج تفصيلية غير متحقق منها.

أما دراسة شبر وعودة (2023) فقد بحثت دور القيادة الأخلاقية في تحقيق الاستقامة التنظيمية لدى العاملين في المستشفيات الأهلية بمنطقة الفرات الأوسط. تناولت الدراسة القيادة الأخلاقية من خلال أبعاد توجه الأفراد، والإنصاف، وتشارك السلطة، والاهتمام بالاستدامة، والتوجيه الأخلاقي، وتوضيح الدور، والنزاهة. واعتمدت على عينة قصدية بلغت 243 عاملاً، واستُخدمت نمذجة المعادلات الهيكلية في تحليل البيانات. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط وتأييد للقيادة الأخلاقية في الاستقامة التنظيمية (شبر وعودة، 2023).

تتصل هذه الدراسة بالبحث الحالي من زاويتين. تتمثل الأولى في تطبيقها داخل المستشفيات، وهو ما يعزز ملاءمة القيادة الأخلاقية للبيئة الصحية. أما الثانية فتتعلق بإظهار أثر القيادة الأخلاقية في بناء حالة تنظيمية قائمة على النزاهة والثقة والقيم المشتركة. ويمكن النظر إلى الاستقامة التنظيمية باعتبارها جزءاً من المناخ الذي يساعد على تكوين التزام العاملين. ومع ذلك، لم تختبر الدراسة الالتزام الوظيفي بصورة مباشرة، كما أُجريت في مستشفيات أهلية عراقية، وهو سياق مختلف من حيث البنية التنظيمية والثقافة المؤسسية.

وتُعد دراسة العتيبي (2024) الأقرب إلى الدراسة الحالية من الناحية الجغرافية والقطاعية؛ إذ تناولت أثر القيادة الأخلاقية على الاستقرار الوظيفي في المستشفيات الحكومية السعودية، مع اختبار الدور المعدل للصحة التنظيمية. وتدل طبيعة النموذج البحثي على معالجة القيادة الأخلاقية بوصفها عاملاً يمكن أن يؤثر في بقاء العاملين واستقرارهم داخل المؤسسات الصحية، مع افتراض أن البيئة التنظيمية السليمة قد تغير قوة هذا التأثير. ويختلف الاستقرار الوظيفي عن الالتزام الوظيفي؛ فالأول يتعلق بدرجة ثبات العامل واستمراره في عمله، بينما يعبر الالتزام عن حالة نفسية واتجاهية تتضمن الانتماء والرغبة في الاستمرار والاستعداد لبذل الجهد. ومع ذلك، يوجد تقارب بينهما؛ لأن ارتفاع الالتزام قد ينعكس على نية العامل في البقاء، كما أن الاستقرار قد يبرئ لتكوين علاقة طويلة الأمد مع المؤسسة (العتيبي، 2024). وقد أمكن التحقق من تسجيل الرسالة رسمياً لدى جامعة عمان العربية عام 2024، لكن نتائجها التفصيلية لم تكن متاحة في الصفحة العامة للجامعة؛ لذلك يقتصر استخدامها هنا على نطاقها ومتغيراتها المثبتة.

وتفيد دراسة اليامي وآخرين (2025) في توضيح أهمية الأنماط القيادية ذات الأساس الإنساني والأخلاقي داخل المستشفيات السعودية، رغم تناولها القيادة الخادمة بدلاً من القيادة الأخلاقية. هدفت الدراسة إلى تحليل دور القيادة الخادمة في تعزيز السلوك الإبداعي لدى العاملين في المستشفيات الحكومية بمنطقة نجران. واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، وبلغت العينة 368 عاملاً، وأظهرت النتائج تأثيراً معنوياً لأبعاد القيادة الخادمة، ومنها مساعدة المرؤوسين والتمكين والمسؤولية الأخلاقية والاجتماعية، في أبعاد السلوك الإبداعي (اليامي وآخرون، 2025).

ورغم أن القيادة الخادمة تختلف نظرياً عن القيادة الأخلاقية، فإن بينهما مساحات مشتركة تتمثل في احترام العاملين، والاهتمام باحتياجاتهم، والاستخدام المسؤول للسلطة، وتحمل المسؤولية الاجتماعية. وتدعم نتائج الدراسة افتراض

أن نمط تعامل القيادة مع العاملين في المستشفيات السعودية قادر على تفسير نتائج سلوكية مهمة، إلا أنها لا تقدم دليلاً مباشراً على العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي.

وبمراجعة هذه الدراسات، يتضح أن القيادة الأخلاقية دُرست في علاقتها بالسلوك الأخلاقي، وجودة الخدمات، والاستقامة التنظيمية، والاستقرار الوظيفي. وتكشف النتائج المتاحة أن أثر القيادة الأخلاقية يمكن أن يظهر على مستويات متعددة تشمل الفرد، والعلاقات التنظيمية، والمناخ المؤسسي، وجودة النتائج. إلا أن التركيز المباشر على الالتزام الوظيفي في القطاع الصحي السعودي ظل محدوداً.

الدراسات المتعلقة بالالتزام الوظيفي والتنظيمي في القطاع الصحي

بحثت دراسة الرشيد (2019) العلاقة بين الدعم التنظيمي والعدالة التنظيمية والالتزام التنظيمي لدى الأطباء العاملين في بعض المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض. وتمثل هذه الدراسة مرجعاً مهماً للبحث الحالي؛ لأنها تناولت الالتزام التنظيمي في سياق صحي سعودي، وربطته بإدراكات العاملين تجاه معاملة المؤسسة وعدالة ممارساتها. ويقوم المنطق النظري للدراسة على أن الدعم والعدالة لا يؤثران في العامل بوصفهما إجراءات إدارية فقط، بل يشكّلان إدراكه لقيمة علاقته بالمؤسسة ومدى استحقاقها لولائه واستمراره فيها (الرشيد، 2019).

وتفيد دراسة الرشيد في دعم الصلة النظرية بين القيادة الأخلاقية والالتزام؛ إذ تتضمن القيادة الأخلاقية في جوهرها ممارسة العدالة، واحترام العاملين، وتقديم الدعم، وتجنب التحيز في القرارات. ومن ثم، فإن الأثر الذي نسبته الدراسة إلى العدالة والدعم يمكن أن يظهر جزئياً من خلال السلوك القيادي الذي يجسد هذه القيم. ومع ذلك، لم تتناول الدراسة القيادة الأخلاقية بصورة مباشرة، كما اقتصرَت على الأطباء في عدد من المستشفيات الحكومية بالرياض، في حين تستهدف الدراسة الحالية نطاقاً وظيفياً أوسع.

وتناولت دراسة سعود (2016) العلاقة بين تمكين الموظفين والرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي في مستشفيات القطاع الخاص السعودي. وتعكس الدراسة توجهاً يرى أن منح العاملين قدرًا مناسباً من الصلاحية والمشاركة والشعور بالقدرة على التأثير يمكن أن يعزز رضاهم وارتباطهم بالمؤسسة. وتفيد الدراسة الحالية من هذا المدخل؛ لأن تشارك السلطة وتمكين المرؤوسين يُعدان من الممارسات المرتبطة ببعض نماذج القيادة الأخلاقية، ولا سيما النموذج متعدد الأبعاد الذي قدمه Kalshoven et al. (2011). وبذلك تقدم دراسة سعود سنداً لفكرة أن الممارسات الإدارية التي تعترف بدور العامل وتمنحه مساحة للمشاركة يمكن أن ترتبط بالالتزام التنظيمي.

إلا أن دراسة سعود تناولت التمكين بوصفه المتغير الإداري الرئيس، ولم تبحث الخصائص الأخلاقية للقائد. كما أن تطبيقها في مستشفيات القطاع الخاص يجعل نتائجها مرتبطة ببيئة قد تختلف عن المؤسسات الحكومية من حيث نظم الحوافز، والاستقرار، والمسارات الوظيفية، وطبيعة علاقة العامل بالإدارة. ومع ذلك، تظل الدراسة ذات قيمة لكونها من الدراسات التي ربطت ممارسات الموارد البشرية بالالتزام التنظيمي في مستشفيات سعودية.

وتناولت دراسة آل عمر (2025) الالتزام التنظيمي من خلال نموذج أكثر تركيبيًا يضم التعلم المستمر، والمعرفة، والتمكين الوظيفي، والكفاءة الذاتية بوصفها متغيراً وسيطاً. طُبقت الدراسة على عينة بلغت 157 موظفًا من مجتمع يتكون من 560 موظفًا في مستشفيات محافظة أبها، واستُخدمت نمذجة المعادلات الهيكلية. وأظهرت النتائج وجود أثر

مباشر وإيجابي للتعليم المستمر والمعرفة والتمكين الوظيفي في الالتزام التنظيمي، إلى جانب دور وسيط للكفاءة الذاتية في تعزيز هذه العلاقات (آل عمر، 2025).

تؤكد هذه الدراسة أن الالتزام في البيئة الصحية السعودية لا يرتبط بعامل منفرد، بل يتأثر بمنظومة من الموارد التنظيمية والشخصية. كما توضح أن إدراك العامل لقدرته على الإنجاز والتعلم والمشاركة يمكن أن يعزز علاقته بالمؤسسة. ومع أن الدراسة الحالية لا تدخل هذه المتغيرات في نموذجها، فإن نتائج آل عمر تساعد على وضع أثر القيادة الأخلاقية ضمن سياقه الواقعي؛ فالقيادة لن تكون المحدد الوحيد للالتزام، لكنها تمثل عاملاً إدارياً يمكن أن يؤثر في الدعم والتمكين والثقة وإدراك الكفاءة.

وتقدم دراسة الوابصي (2025) دعماً سياقياً لفهم اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي السعودي. فقد بحثت دور التدريب والتعليم المستمر في رضا العاملين، واعتمدت على عينة بلغت 280 عاملاً. ورغم أن الرضا الوظيفي يختلف عن الالتزام التنظيمي، فإن المفهومين يرتبطان باعتبارهما من الاتجاهات الوظيفية التي تشكل استجابة لخبرة العامل داخل المؤسسة. كما أن اهتمام المنظمة بتطوير العامل يمكن أن يُفسر بوصفه دعماً وتقديراً، وهو ما قد يساهم لاحقاً في تقوية الارتباط بالمؤسسة (الوابصي، 2025). وقد تم التحقق من بيانات النشر والعينة من سجل الدراسة.

ولا تمثل دراسة الوابصي دليلاً مباشراً على موضوع البحث؛ لأنها لم تتناول القيادة الأخلاقية أو الالتزام التنظيمي، إلا أنها تدعم الفكرة الأوسع التي ترى أن اتجاهات العاملين في القطاع الصحي السعودي تتأثر بجودة الممارسات التنظيمية، وليس فقط بالعوامل الشخصية أو المادية.

يتضح من هذه الدراسات أن الالتزام التنظيمي في المؤسسات الصحية السعودية ارتبط بالدعم التنظيمي، والعدالة، والتمكين، والتعلم، والمعرفة، والكفاءة الذاتية، إلى جانب متغيرات أخرى تتعلق بجودة الخبرة الوظيفية. ويشير ذلك إلى أن الالتزام مخرج متعدد المحددات، وأن القيادة الأخلاقية يمكن أن تمثل أحد هذه المحددات بسبب قدرتها على تشكيل إدراك العامل للعدالة والدعم والاحترام والمشاركة.

الدراسات المرتبطة بالقيم والمناخ والاتجاهات التنظيمية في القطاع الصحي

تناولت دراسة الزبون (2021) أثر الاستقامة التنظيمية في الولاء التنظيمي للعاملين في المستشفيات الخاصة في محافظات الشمال بالأردن. واشتملت الاستقامة التنظيمية على التفاؤل والثقة والتعاطف والنزاهة والتسامح التنظيمي، بينما قيس الولاء من خلال أبعاده العاطفية والاستمرارية والمعيارية. وبلغ عدد الاستبانات الصالحة للتحليل 180 استبانة، وأظهرت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد الاستقامة التنظيمية في الولاء التنظيمي (الزبون، 2021).

تتصل هذه النتيجة بالدراسة الحالية لأن القيادة الأخلاقية تعد من المصادر التي تساهم في بناء الاستقامة التنظيمية، بينما يتقارب الولاء مع الالتزام العاطفي والمعياري من حيث الارتباط بالمؤسسة والرغبة في الاستمرار معها. وتدعم الدراسة افتراض أن البيئة القائمة على النزاهة والثقة والتعاطف يمكن أن تنتج اتجاهات أكثر إيجابية تجاه المنظمة. إلا أن اختلاف المتغيرات والسياق الأردني يجعل الاستفادة منها تفسيرية وليست دليلاً مباشراً على العلاقة محل البحث.

أما دراسة عليان (2019) فقد بحثت أثر أخلاقيات العمل على أداء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في الأردن. استخدمت الدراسة استبانة مكونة من 44 فقرة، وبلغ عدد الاستبانات الصالحة للتحليل 270 استبانة. وأظهرت النتائج أن مستوى الالتزام بأخلاقيات العمل ومستوى الأداء كانا متوسطين، كما ظهر أثر ذو دلالة إحصائية لأخلاقيات العمل في أداء العاملين (عليان، 2019).

تفيد هذه الدراسة في تأكيد أهمية البعد الأخلاقي في المؤسسات الصحية، لكنها تختلف عن الدراسة الحالية في مستوى التحليل؛ فقد تناولت أخلاقيات العمل بوصفها سلوكاً أو معياراً عاماً لدى العاملين، بينما تركز الدراسة الحالية على أخلاقية القيادة بوصفها نمطاً لممارسة السلطة والتأثير. كما أن الأداء الوظيفي لا يعادل الالتزام، رغم أن كليهما يمثل نتيجة تنظيمية محتملة للمناخ الأخلاقي.

وتناولت دراسة محمد (2020) الدور الوسيط للتهكم التنظيمي في العلاقة بين الفخر التنظيمي والأداء الوظيفي لدى العاملين بالتمريض في المستشفيات التعليمية. وجمعت البيانات من عينة بلغت 256 عاملاً، وأظهرت النتائج وجود علاقة سالبة بين التهكم التنظيمي وكل من الفخر والأداء، وعلاقة موجبة بين الفخر التنظيمي والأداء الوظيفي، إضافة إلى دور وسيط للتهكم التنظيمي (محمد، 2020).

تكشف هذه النتائج أن اتجاهات العاملين النفسية نحو المؤسسة يمكن أن تنقل أثر البيئة التنظيمية إلى سلوكهم الوظيفي. فعندما يسود الاعتقاد بأن المنظمة تفتقر إلى الصدق أو الاتساق، يتزايد التهكم وتنخفض المشاعر الإيجابية المرتبطة بالفخر والأداء. وتفيد هذه النتيجة في تفسير موضوع الدراسة الحالية؛ لأن القيادة غير الأخلاقية أو غير المتسقة قد تكون أحد مصادر التهكم وفقدان الثقة، بينما يمكن للقيادة الأخلاقية أن تقلل من هذه الاتجاهات وتدعم الارتباط بالمؤسسة.

توضح هذه المجموعة من الدراسات أن القيم التنظيمية والمناخ الأخلاقي والثقة والاستقامة والفخر ليست موضوعات منفصلة عن الالتزام، بل تمثل شبكة من الإدراكات والاتجاهات التي تشكل علاقة الفرد بالمنظمة. ويمنح ذلك الدراسة الحالية أساساً لتفسير القيادة الأخلاقية بوصفها مصدراً لإشارات تنظيمية تؤثر في هذه العلاقة.

التعقيب التحليلي على الدراسات السابقة

تكشف مراجعة الدراسات السابقة عن اتفاق عام على أن السلوك القيادي والممارسات التنظيمية الأخلاقية يرتبطان بنتائج إيجابية في المؤسسات الصحية. فقد ارتبطت القيادة الأخلاقية بالسلوك الأخلاقي والثقة التنظيمية والاستقامة التنظيمية، كما تناولت دراسات أخرى أثرها المحتمل في جودة الخدمات والاستقرار الوظيفي. وفي المقابل، ظهر أن الالتزام التنظيمي لدى العاملين في القطاع الصحي يرتبط بإدراك الدعم والعدالة والتمكين والتعلم والمعرفة والكفاءة الذاتية.

وتلتقي هذه النتائج عند فكرة أساسية، وهي أن علاقة العامل بالمؤسسة لا تتكون من خلال العقد الرسمي وحده. فالعامل يفسر طريقة اتخاذ القرارات، وتوزيع المسؤوليات، والاستجابة لاحتياجاته، ومدى اتساق الإدارة مع القيم التي تعلمها. وتتحوّل هذه الخبرات إلى إدراكات تتعلق بالثقة والعدالة والتقدير، ثم تنعكس على انتمائه ورغبته في الاستمرار واستعداده لبذل الجهد.

وتقارب الدراسات السابقة موضوع البحث من اتجاهين متوازيين دون أن تلتقي عند العلاقة المباشرة نفسها. الاتجاه الأول درس القيادة الأخلاقية، لكنه ركز على مخرجات مثل السلوك الأخلاقي، وجودة الخدمات، والاستقامة التنظيمية والاستقرار. أما الاتجاه الثاني فدرس الالتزام التنظيمي في المستشفيات السعودية، لكنه ركز على الدعم والعدالة والتمكين والتعلم والكفاءة الذاتية بدلاً من القيادة الأخلاقية.

وتشابهت غالبية الدراسات في اعتماد المنهج الوصفي التحليلي والاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات، إلى جانب استخدام الارتباط والانحدار أو نمذجة المعادلات الهيكلية. ويشير هذا التشابه إلى ملائمة المنهج الكمي لاختبار علاقات متغيرات السلوك التنظيمي من وجهة نظر العاملين. إلا أن الاعتماد الواسع على البيانات المقطعية المأخوذة من مصدر واحد يفرض قدرًا من الحذر عند تفسير العلاقات على أنها سببية؛ إذ تعكس النتائج إدراكات العاملين في نقطة زمنية محددة.

كما اختلفت الدراسات في طبيعة عيناتها. فقد اقتصر بعض الدراسات على الأطباء أو الممرضين، بينما شملت دراسات أخرى جميع العاملين. واختلفت كذلك بين مستشفيات حكومية وخاصة وأهلية، وبين بيئات سعودية ومصرية وفلسطينية وأردنية وعراقية. وهذا الاختلاف مهم؛ لأن طبيعة الملكية والمهنة والنظام الإداري قد تؤثر في إدراك العامل للسلوك القيادي وفي معنى التزامه بالمؤسسة.

ومن الناحية المفاهيمية، استخدمت الدراسات مصطلحات متقاربة مثل الالتزام التنظيمي، والولاء التنظيمي، والاستقرار الوظيفي، والفخر التنظيمي. ورغم وجود تداخل بينها، فإنها ليست مفهوماً واحداً. فالالتزام التنظيمي حالة نفسية تربط الفرد بالمنظمة، بينما يشير الولاء غالباً إلى مشاعر التأييد والانتماء، ويتعلق الاستقرار بالبقاء والثبات، ويعكس الفخر تقييماً إيجابياً لهوية المؤسسة. ولذلك لا يجوز التعامل مع نتائج الدراسات المتعلقة بهذه المتغيرات بوصفها دليلاً مباشراً كاملاً على الالتزام، وإنما تُستخدم لفهم البيئة النظرية المحيطة به.

الفجوة البحثية

تتمثل الفجوة البحثية في محدودية الدراسات التي اختبرت بصورة مباشرة أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي. فقد ركزت الدراسات المتعلقة بالقيادة الأخلاقية في البيئة الصحية على السلوك الأخلاقي، والثقة، وجودة الخدمات، والاستقامة التنظيمية، والاستقرار الوظيفي. وفي المقابل، تناولت الدراسات السعودية المتعلقة بالالتزام متغيرات الدعم التنظيمي والعدالة والتمكين والتعلم والكفاءة الذاتية.

ولا تعني هذه الفجوة غياباً كاملاً للدراسات التي تجمع القيادة الأخلاقية والالتزام في الأدبيات الدولية، وإنما تتمثل في قلة الاختبار المباشر لهذه العلاقة داخل البيئة الصحية السعودية، التي تتسم بخصائص مؤسسية ومهنية وثقافية تستدعي الفحص المستقل. كما أن التوسع في استخدام نتائج دراسات أجريت في قطاعات أو دول أخرى دون اختبار محلي قد يؤدي إلى تجاهل أثر السياق في إدراك العدالة والسلطة والمسؤولية والالتزام.

وتظهر فجوة أخرى في أن عددًا من الدراسات السعودية ركز على فئات مهنية محددة أو مناطق جغرافية بعينها. ولذلك تسعى الدراسة الحالية إلى تقديم معالجة أوسع للعاملين في القطاع الصحي وفق المجتمع والعينة اللذين سيجري تحديدهما في فصل المنهجية، مع اختبار الفروق المرتبطة بالخصائص الديموغرافية والوظيفية.

ما تقدمه الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة

تتميز الدراسة الحالية بتركيزها المباشر على القيادة الأخلاقية بوصفها متغيرًا مستقلًا، والالتزام الوظيفي بوصفه متغيرًا تابعًا، بدلًا من استنتاج العلاقة بينهما من دراسات تناولت متغيرات قريبة. كما تطبق العلاقة في القطاع الصحي السعودي، بما يسمح بإنتاج نتائج ترتبط بخصائص البيئة المحلية.

وتستفيد الدراسة من نظرية التعلم الاجتماعي في تفسير تأثير القائد بوصفه قدوة سلوكية، ومن نظرية التبادل الاجتماعي في تفسير استجابة العاملين للعدالة والاحترام والنزاهة بمزيد من الارتباط والالتزام. ويمنح هذا التكامل الدراسة قدرة على تجاوز الوصف الإحصائي للعلاقة إلى تقديم تفسير نظري لمسارها.

كذلك تميز الدراسة بين الارتباط والأثر؛ إذ لا تكتفي بالكشف عن اتجاه العلاقة بين المتغيرين، بل تختبر مقدار إسهام القيادة الأخلاقية في تفسير التباين في الالتزام الوظيفي. كما تبحث الفروق في إدراكات العاملين وفق بعض خصائصهم الشخصية والوظيفية، بما يوفر فهمًا أكثر تفصيلًا لطبيعة الظاهرة.

الإطار النظري

الالتزام الوظيفي

مفهوم الالتزام الوظيفي:

يحظى الالتزام باهتمام واسع في إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي؛ لأنه يعكس طبيعة العلاقة النفسية التي تربط الفرد بالمنظمة. ولا يقتصر الالتزام على تنفيذ الواجبات أو الامتثال للتعليمات، بل يتضمن قبول أهداف المؤسسة، والشعور بالانتماء إليها، والرغبة في الاستمرار ضمنها، والاستعداد لبذل جهد يتجاوز الحد الأدنى المطلوب.

قدم Mowday et al (1979) تصورًا للالتزام التنظيمي يقوم على قوة اندماج الفرد في منظمة معينة وتوحده معها، ويظهر من خلال الإيمان بقيم المنظمة وأهدافها، والاستعداد لبذل جهد من أجلها، والرغبة في المحافظة على عضويته فيها. وقد طور الباحثون استبانة الالتزام التنظيمي التي أصبحت من أدوات القياس المعروفة في الأدبيات، واستند تطويرها إلى دراسات أجريت على 2,563 موظفًا في تسع منظمات مختلفة.

وطور Meyer and Allen (1991) المفهوم من خلال النظر إلى الالتزام بوصفه حالة نفسية تتكون من ثلاثة مكونات منفصلة ولكنها قابلة للاجتماع لدى الفرد. ويعكس الالتزام العاطفي رغبة العامل في الاستمرار بسبب ارتباطه الوجداني بالمنظمة، بينما يعكس الالتزام الاستمراري شعوره بالحاجة إلى البقاء بسبب التكاليف أو الخسائر المتوقعة عند المغادرة، ويشير الالتزام المعياري إلى إحساسه بواجب أخلاقي أو مهني يدفعه إلى الاستمرار.

ويستخدم البحث الحالي مصطلح الالتزام الوظيفي اتساقًا مع عنوان الدراسة المعتمد، إلا أن مضمونه النظري والإجرائي يقترب من الالتزام التنظيمي؛ لأن موضوع القياس هو ارتباط العامل بالمؤسسة الصحية، وقبوله أهدافها، ورغبته في البقاء فيها، واستعداده لبذل الجهد من أجل نجاحها. ولا يقصد به مجرد الالتزام بأداء مهمة أو مهنة محددة، ولا الاستغراق في تفاصيل الوظيفة وحدها.

ويُعد هذا التحديد ضروريًا لتجنب الخلط بين الالتزام التنظيمي ومفاهيم أخرى. فالرضا الوظيفي يعبر عن تقييم العامل لخبرته وظروف عمله، في حين يعبر الاستغراق الوظيفي عن درجة اندماجه المعرفي والنفسي في أداء الوظيفة. أما الولاء التنظيمي فيركز على مشاعر التأييد والانتماء، بينما يمثل الالتزام مفهومًا أوسع يضم الارتباط والرغبة في البقاء والاستعداد للمساهمة.

أبعاد الالتزام الوظيفي

يُعد نموذج Meyer and Allen من أكثر النماذج استخدامًا في تفسير الالتزام. ويقوم الالتزام العاطفي على الارتباط الوجداني بالمنظمة؛ فالعامل يبقى لأنه يريد البقاء ويشعر بأن المؤسسة تمثل جزءًا من هويته المهنية. وينمو هذا النوع عندما تتوافق قيم الفرد مع قيم المنظمة، وعندما يشعر بالتقدير والعدل والثقة والمشاركة.

أما الالتزام الاستمراري فيقوم على تقدير العامل للتكاليف المرتبطة بترك المؤسسة. وقد تشمل هذه التكاليف فقدان المزايا، أو محدودية البدائل، أو ضياع الخبرة المتراكمة، أو اضطراب الاستقرار المهني. ولا يعني هذا النوع بالضرورة وجود ارتباط وجداني قوي؛ فقد يستمر العامل لأنه يحتاج إلى الاستمرار أكثر من رغبته فيه.

ويتعلق الالتزام المعياري بإحساس الفرد بأن البقاء مع المنظمة تصرف صحيح أو واجب ينبغي الوفاء به. وقد يتكون نتيجة التنشئة المهنية، أو ما قدمته المؤسسة للعامل من دعم وتطوير، أو شعوره بالامتنان والمسؤولية تجاه زملائه والمرضى والمؤسسة.

ولا تحمل الأبعاد الثلاثة القيمة التنظيمية نفسها. فالالتزام العاطفي غالبًا أكثر ارتباطًا بالنتائج الإيجابية؛ لأنه يقوم على رغبة حقيقية في الانتماء. أما الالتزام الاستمراري فقد يحافظ على وجود العامل جسديًا داخل المؤسسة، لكنه لا يضمن درجة مرتفعة من الحماس أو المبادرة. ومن ثم، فإن ارتفاع الالتزام لا يُفسر بصورة صحيحة من خلال الدرجة الكلية فقط، إذا كانت الأداة المستخدمة تقيس أبعادًا متعددة.

محددات الالتزام الوظيفي

يتأثر الالتزام بمجموعة من العوامل الفردية والتنظيمية. تشمل العوامل الفردية العمر والخبرة والمؤهل والقيم المهنية والتوقعات الوظيفية، إلا أن أثر هذه المتغيرات قد يختلف بين الدراسات ولا يمثل أساسًا كافيًا لبناء الالتزام.

أما العوامل التنظيمية فتشمل العدالة، والدعم، وفرص النمو، والتمكين، والثقة، وجودة العلاقة مع المشرف، ووضوح الدور، والتوافق بين قيم العامل وقيم المؤسسة. وقد بينت الدراسات السعودية أن الالتزام في المؤسسات الصحية يرتبط بالدعم والعدالة والتمكين والتعلم والكفاءة الذاتية (الرشيدي، 2019؛ سعود، 2016؛ آل عمر، 2025).

وتحتل القيادة موقعًا مهمًا بين هذه المحددات؛ لأن القائد المباشر يمثل الواجهة اليومية التي يختبر العامل من خلالها سياسات المنظمة. وقد تكون اللوائح الرسمية عادلة نظريًا، لكن تطبيقها بصورة متحيزة يضعف إدراك العامل للعدالة. كما قد تقدم المنظمة برامج دعم، لكن غياب الاحترام والتواصل من القائد يقلل من قيمتها النفسية. ولذلك يمكن أن تعمل القيادة الأخلاقية بوصفها آلية تحول القيم والسياسات الرسمية إلى خبرة فعلية يشعر بها العامل.

أهمية الالتزام في المؤسسات الصحية

تعتمد المؤسسات الصحية على استمرارية العمل الجماعي وتبادل المعرفة بين تخصصات متعددة. ويؤدي ارتفاع دوران العاملين أو ضعف ارتباطهم بالمؤسسة إلى خسارة خبرات متراكمة، وارتفاع تكلفة الاستقطاب والتدريب، واضطراب فرق العمل، وزيادة العبء على العاملين الباقين.

ويمثل الالتزام عاملاً مهماً في استعداد العامل لتحمل المسؤولية، والتعاون مع زملائه، والمحافظة على المعايير المهنية، والمشاركة في تحسين الأداء. ولا يعني ذلك أن العامل الملتزم لا يختلف مع الإدارة أو لا ينتقد ممارساتها، بل قد يكون أكثر حرصاً على التعبير عن المشكلات بهدف حماية المؤسسة وتحسينها.

وتزداد أهمية الالتزام في بيئة الرعاية الصحية بسبب العلاقة غير المباشرة بين استقرار القوى العاملة واستمرارية الرعاية. فخبرة العامل بأنظمة المؤسسة وإجراءاتها وعلاقاتها الداخلية تساعد على التنسيق والاستجابة للمواقف المعقدة. ومن هنا يصبح دعم الالتزام هدفاً إدارياً يتصل بجودة النظام الصحي، وليس مجرد وسيلة لتقليل الاستقالات.

قياس الالتزام الوظيفي

توجد عدة أدوات لقياس الالتزام، ومن أبرزها استبانة الالتزام التنظيمي التي طورها Mowday et al (1979)، ومقاييس المكونات الثلاثة التي طورها Meyer and Allen. تقيس الأداة الأولى درجة قبول أهداف المنظمة والرغبة في بذل الجهد والاستمرار في عضويتها، بينما تميز أدوات النموذج الثلاثي بين الالتزام العاطفي والاستمراري والمعياري.

ويجب أن يتوافق اختيار الأداة مع التعريف الإجرائي للدراسة. فإذا كانت الدراسة تتعامل مع الالتزام بوصفه بناءً كلياً، يمكن استخدام مقياس أحادي أو درجة إجمالية ذات أساس علمي واضح. أما إذا تبنت الأبعاد الثلاثة نظرياً، فينبغي أن تتضمن الأداة عدداً مناسباً من العبارات لكل بعد، وأن تُحلل نتائج الأبعاد بصورة منفصلة إلى جانب الدرجة الكلية. كما ينبغي ألا تتضمن أداة الالتزام عبارات تقيس الرضا أو الأداء أو الاستقرار فقط؛ لأن خلط هذه المفاهيم يضعف الصدق البنائي. وسيجري في الفصل الثالث تحديد المقياس النهائي ومصدره وآلية ترجمته وتكييفه وتحكيمه واختبار صدقه وثباته.

القيادة الأخلاقية

مفهوم القيادة الأخلاقية

ظهرت القيادة الأخلاقية بوصفها استجابة للحاجة إلى فهم فاعلية القيادة بطريقة لا تفصل النتائج عن الوسائل المستخدمة لتحقيقها. فقد يحقق القائد أهدافاً تشغيلية مرتفعة، لكنه يستخدم التحيز أو التخويف أو استغلال السلطة، وهو ما يضعف استدامة النتائج ويضر بالعاملين والثقة المؤسسية.

عرّف Brown et al (2005) القيادة الأخلاقية بأنها إظهار سلوك ملائم أخلاقياً من خلال التصرفات الشخصية والعلاقات، وتعزيز هذا السلوك لدى المرؤوسين عن طريق الاتصال المتبادل والتوجيه واتخاذ القرار. ويجمع هذا

التعريف بين القائد بوصفه شخصاً أخلاقياً والقائد بوصفه مديراً للأخلاق داخل المنظمة. فالنزاهة الشخصية وحدها لا تكفي ما لم تظهر في القرارات والمساءلة وتوزيع الموارد والتواصل مع العاملين.

وبناءً على ذلك، لا تعني القيادة الأخلاقية الالتزام المجرد بالقيم أو تجنب المخالفات القانونية فقط، بل تشمل العدالة في التعامل، والصدق، والشفافية، واحترام كرامة العاملين، وتحمل المسؤولية، وتوضيح المعايير الأخلاقية، واستخدام المكافآت والمساءلة بطريقة متسقة.

كما تختلف القيادة الأخلاقية عن السمعة الأخلاقية الشكلية. فقد يستخدم القائد خطاباً أخلاقياً في العلن، لكنه يتصرف بصورة انتقائية عند توزيع الفرص أو التعامل مع الأخطاء. ولذلك يقوم الحكم على القيادة الأخلاقية على الاتساق المستمر بين الأقوال والأفعال، وليس على تصريحات القائد أو نواياه المعلنة.

خصائص القائد الأخلاقي

يتصف القائد الأخلاقي بالنزاهة، وهي اتساق السلوك مع القيم المعلنة والوفاء بالوعود وعدم استغلال المنصب لتحقيق منفعة شخصية. كما يتصف بالعدالة، من خلال تطبيق المعايير على الحالات المتشابهة بصورة متساوية، والاستماع إلى الأطراف قبل إصدار القرارات، وتجنب المحاباة.

ويمثل احترام العاملين خاصية مركزية، ويظهر في حفظ الكرامة، وإتاحة التعبير عن الرأي، وتقدير الجهد، وعدم استخدام السلطة للإهانة أو الانتقام. ويرتبط بذلك الاهتمام بالأفراد، بحيث لا يتعامل القائد مع العامل باعتباره وسيلة للإنتاج فقط، بل يدرك احتياجاته المهنية والإنسانية.

ومن خصائص القائد الأخلاقي أيضاً وضوح التواصل؛ إذ يشرح أسباب القرارات والمعايير التي تحكمها، ويبين السلوك المقبول وغير المقبول، ويتيح قنوات آمنة لمناقشة القضايا الأخلاقية. كما يتحمل مسؤولية قراراته ولا ينقل اللوم إلى المرؤوسين عند الإخفاق.

ولا تكتمل القيادة الأخلاقية من دون المساءلة. فالتسامح غير المنضبط مع المخالفات لا يعد ممارسة أخلاقية؛ لأنه قد يضر بحقوق الآخرين. ويوازن القائد الأخلاقي بين العدالة والرحمة، ويطبق المساءلة بصورة متناسبة وشفافة، مع مراعاة الظروف والأدلة.

أبعاد القيادة الأخلاقية

قدمت الأدبيات مقاييس أحادية ومتعددة الأبعاد للقيادة الأخلاقية. طور Brown et al (2005) مقياس القيادة الأخلاقية بوصفه بناءً كلياً، يركز على النزاهة، والثقة، والعدالة، والتواصل بشأن الأخلاق، واتخاذ القرار المتوازن.

وقدم Kalshoven et al (2011) نموذجاً أكثر تفصيلاً من خلال استبانة القيادة الأخلاقية في العمل، التي تضم سبعة سلوكيات هي العدالة، والنزاهة، والتوجيه الأخلاقي، والتوجه نحو الأفراد، وتشارك السلطة، وتوضيح الدور، والاهتمام بالاستدامة. وقد طُورت الأداة واختُبرت من خلال عينات متعددة للتحقق من بنيتها العنصرية.

تعكس العدالة موضوعية القرارات وعدم التحيز، بينما تعبر النزاهة عن الاتساق والصدق والوفاء بالالتزامات. ويشير التوجيه الأخلاقي إلى مناقشة القضايا الأخلاقية وتوضيح المعايير، ويتعلق التوجه نحو الأفراد بالاهتمام باحتياجات العاملين واحترامهم. أما تشارك السلطة فيعبر عن إشراك المرؤوسين في القرارات التي تمس عملهم، ويشير توضيح الدور إلى بيان المسؤوليات والتوقعات بصورة تحد من الغموض. ويرتبط الاهتمام بالاستدامة بالنظر إلى الآثار بعيدة المدى للقرارات على الأطراف المختلفة.

ولا يلزم أن تتبنى كل دراسة الأبعاد السبعة كاملة؛ إذ يعتمد ذلك على التعريف النظري والأداة والسياق. إلا أن تجميع عبارات من مقاييس مختلفة دون أساس واضح قد يؤدي إلى مقياس غير متجانس. ولذلك سيجري تحديد الأبعاد المعتمدة في الدراسة الحالية وفق أداة أصلية قابلة للتحقق، ثم تكييفها للقطاع الصحي السعودي.

أهمية القيادة الأخلاقية في المؤسسات الصحية

تحمل القيادة الأخلاقية أهمية خاصة في القطاع الصحي؛ لأن القرارات الإدارية والمهنية قد تمس سلامة المرضى وحقوقهم وخصوصيتهم، كما تؤثر في العاملين الذين يعملون تحت ضغط ومسؤولية مرتفعين. وتحتاج هذه البيئة إلى قيادة توازن بين الكفاءة التشغيلية والعدالة المهنية والاعتبارات الإنسانية.

تظهر القيادة الأخلاقية في القطاع الصحي عند توزيع المناوبات والأعباء، وتقييم الأداء، والتعامل مع الأخطاء السريرية والإدارية، وحماية العاملين الذين يبلغون عن المخاطر، وإدارة التعارض بين متطلبات الخدمة وحقوق الموظفين. وقد تؤدي المحاباة أو التستر أو المساءلة الانتقائية إلى إضعاف الثقة وتشجيع الصمت التنظيمي.

كما تسهم القيادة الأخلاقية في دعم بيئة تسمح للعاملين بالتعبير عن المخاوف دون خوف من الانتقام. وهذا مهم في المؤسسات الصحية؛ لأن إخفاء الخطأ أو المشكلة قد يحمل نتائج تتجاوز الموظف والمنظمة إلى المرضى والمجتمع.

وتؤكد الدراسات العربية أن القيادة الأخلاقية ارتبطت بالسلوك الأخلاقي والثقة والاستقامة داخل المستشفيات (داهش، 2016؛ شبر وعودة، 2023). كما أن الدراسة السعودية للعتيبي (2024) توضح الاهتمام المتزايد بدورها في الاستقرار الوظيفي داخل المستشفيات الحكومية.

نتائج القيادة الأخلاقية

يمكن تصنيف نتائج القيادة الأخلاقية إلى نتائج فردية وتنظيمية. تشمل النتائج الفردية الثقة في القائد، والشعور بالعدالة، والأمان النفسي، والرضا، والاستعداد للتعبير عن الرأي، وتقليل السلوكيات الانسحابية. أما النتائج التنظيمية فتشمل المناخ الأخلاقي، والاستقامة التنظيمية، وجودة العلاقات، والسلوك الأخلاقي، واستقرار العاملين.

ولا تتحقق هذه النتائج بصورة آلية؛ فقد تتأثر قوة القيادة الأخلاقية بثقافة المؤسسة، ونظم المساءلة، ومدى تطابق سلوك القيادات العليا والوسطى، وطبيعة الموارد المتاحة. فإذا كان القائد المباشر يتصرف أخلاقياً داخل نظام يكافئ السلوك غير الأخلاقي، فقد يظل تأثيره محدوداً. ولذلك ينبغي النظر إلى القيادة الأخلاقية باعتبارها جزءاً من منظومة، وإن كانت الدراسة الحالية تختبر أثرها المباشر لأغراض التركيز والتحليل.

قياس القيادة الأخلاقية

يُعد مقياس Brown et al (2005) من الأدوات الشائعة في قياس القيادة الأخلاقية، ويتعامل معها باعتبارها بناءً كلياً. ويتميز المقياس بقصره النسبي وسهولة تطبيقه، لكنه قد لا يقدم تفاصيل كافية عن جوانب القوة والضعف في السلوك القيادي.

أما استبانة Kalshoven et al (2011) فتوفر قياساً متعدد الأبعاد يسمح بالتعرف إلى جوانب محددة مثل العدالة وتشارك السلطة والتوجيه الأخلاقي. إلا أن طولها النسبي يتطلب مراعاة حجم الاستبانة ووضوح الترجمة وملاءمة العبارات للسياق المحلي.

ويجب أن يعتمد اختيار المقياس النهائي على ثلاثة معايير: اتساقه مع تعريف الدراسة، وصلاحيته في بيئة العمل، وإمكان التحقق من صدقه وثباته بعد الترجمة والتكييف. ولا يكفي أن تبدو العبارات منطقية لغوياً؛ بل ينبغي أن تكون منتمية إلى بناء نظري مثبت.

العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي

يمكن تفسير أثر القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي من خلال مجموعة مترابطة من العمليات. تبدأ هذه العمليات بإدراك العامل لسلوك القائد؛ فالعدالة والنزاهة والاحترام لا تبقى صفات شخصية، بل تتحول إلى معلومات يستدل بها العامل على طبيعة المنظمة وقيمها.

عندما يطبق القائد القواعد بصورة منصفة ويشرح القرارات ويستمع إلى العاملين، ينخفض شعورهم بأن السلطة تستخدم ضدهم، ويزداد إدراكهم للأمان والثقة. وقد يرى العامل في هذه الممارسات دليلاً على أن المؤسسة تقدره وتحترم حقوقه، خاصة عندما يمثل القائد الإدارة في تعامله اليومي معه.

وتفسر نظرية التعلم الاجتماعي جانباً من هذه العلاقة. فالعاملون يلاحظون القائد بسبب مكانته وسلطته وقدرته على المكافأة والمساءلة. وعندما يقدم نموذجاً متسقاً للنزاهة والعدل، يتعلم العاملون المعايير التي تقدرها المنظمة، وتتكون لديهم صورة أكثر وضوحاً عن هويتها الأخلاقية. وقد يؤدي توافق هذه القيم مع قيمهم المهنية إلى زيادة ارتباطهم بها.

أما نظرية التبادل الاجتماعي فتفسر استجابة العاملين للمعاملة الأخلاقية. فالعامل الذي يحصل على الاحترام والإنصاف والدعم قد يشعر بواجب رد هذه المعاملة من خلال التعاون والوفاء والاستمرار. ولا يقوم هذا التبادل على اتفاق مكتوب، بل على قاعدة المعاملة بالمثل التي تنشأ تدريجياً من تكرار الخبرات الإيجابية.

كما يمكن تفسير العلاقة من خلال العدالة التنظيمية. فالقيادة الأخلاقية تجسد العدالة في القرارات والإجراءات والتعامل الشخصي، بينما تشير الدراسات إلى ارتباط العدالة والدعم بالالتزام لدى العاملين في المستشفيات السعودية (الرشيدي، 2019). وبذلك يمكن للقائد الأخلاقي أن يعزز الالتزام من خلال رفع إدراك العامل للإنصاف.

وتدعم دراسات الاستقامة التنظيمية هذا التفسير؛ إذ أظهرت دراسة الزبون (2021) أثر الاستقامة في الولاء، وأظهرت دراسة شبر وعودة (2023) أثر القيادة الأخلاقية في الاستقامة. ويمكن الاستدلال من هاتين النتيجتين، دون اعتبارهما اختباراً مباشراً، على مسار محتمل تنتج فيه القيادة الأخلاقية بيئة أكثر استقامة وثقة، ثم تنعكس هذه البيئة على ارتباط العامل بالمنظمة.

ولا تفترض الدراسة أن القيادة الأخلاقية تفسر الالتزام كاملاً؛ إذ تتدخل عوامل الرواتب والعبء الوظيفي وفرص التقدم والتمكين والبدائل المهنية والخصائص الفردية. لكن القيادة الأخلاقية تتميز بأنها عامل تنظيمي قابل للتطوير من خلال اختيار القيادات وتدريبها ومساءلتها، ولذلك يمثل فهم أثرها قيمة علمية وتطبيقية.

وبناءً على ذلك، تفترض الدراسة وجود علاقة إيجابية بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي؛ فكلما أدرك العاملون أن قياداتهم تتسم بالنزاهة والعدالة والشفافية والاحترام، ارتفع احتمال ارتباطهم بالمؤسسة ورغبتهم في الاستمرار واستعدادهم لبذل الجهد من أجل تحقيق أهدافها.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

مقدمة

يتناول هذا الفصل المنهجية التي ستعتمد عليها الدراسة في بحث أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي. ويعرض المنهج المستخدم، وطبيعة تصميم الدراسة، وطريقة جمع البيانات، وأداة الدراسة، وأسلوب اختيار المشاركين، والأساليب الإحصائية التي ستستخدم في معالجة البيانات وتحليلها. كما يحدد مجتمع البحث والحدود الموضوعية والبشرية والمكانية والزمنية والمنهجية التي تجرى الدراسة في إطارها.

وتكتسب منهجية الدراسة أهميتها من كونها تمثل الجانب الإجرائي الذي تنتقل من خلاله الدراسة من الإطار النظري والفرضيات إلى الاختبار الميداني. ولذلك روعي أن تتوافق الإجراءات المقترحة مع طبيعة موضوع الدراسة ومتغيراتها، ومع إمكانية الوصول إلى العاملين في القطاع الصحي من خلال استبانة إلكترونية، بما يسمح بجمع بيانات كمية يمكن استخدامها في وصف مستوى القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي، واختبار العلاقة والأثر بينهما.

ويتفق اختيار المنهج الكمي والاستبانة مع طبيعة عدد من الدراسات العربية التي تناولت القيادة الأخلاقية أو الالتزام التنظيمي في المؤسسات الصحية، ومنها دراسة داهش (2016) في المستشفيات الحكومية، ودراسة أبو عامر (2022) في القطاع الصحي الفلسطيني، ودراسة الرشدي (2019) لدى الأطباء العاملين في مستشفيات حكومية بمدينة الرياض، ودراسة سعود (2016) في مستشفيات القطاع الخاص السعودي. وتوضح هذه الدراسات ملاءمة جمع إدراكات العاملين بصورة منظمة عند دراسة المتغيرات القيادية والتنظيمية في بيئة العمل الصحي.

المنهجية وطرق البحث

تعتمد الدراسة على المنهج الكمي الوصفي التحليلي؛ لملاءمته لطبيعة أهدافها وتساؤلاتها. ويستخدم الجانب الوصفي لتحديد مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية ومستوى الالتزام الوظيفي من وجهة نظر العاملين، بينما يستخدم الجانب التحليلي للكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرين واختبار مقدار تأثير القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي.

وتتبنى الدراسة تصميم المسح الميداني المقطعي، حيث ستجمع البيانات من المشاركين خلال فترة زمنية محددة من دون إجراء تدخل تجريبي أو تغيير في ظروف عملهم. ويتيح هذا التصميم الحصول على بيانات تعكس إدراكات العاملين للممارسات القيادية السائدة ودرجة ارتباطهم بالمؤسسات الصحية في وقت إجراء الدراسة.

وستعتمد الدراسة على مصدرين للبيانات. يتمثل المصدر الأول في البيانات الثانوية المستمدة من الكتب والدراسات المنشورة والرسائل الجامعية والمراجع المتعلقة بالقيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي والسلوك التنظيمي في القطاع الصحي. وقد استخدمت هذه البيانات في بناء الإطار النظري، وعرض الدراسات السابقة، وتحديد الفجوة البحثية، وصياغة فرضيات الدراسة.

أما المصدر الثاني فيتمثل في البيانات الأولية التي ستجمع مباشرة من أفراد العينة باستخدام استبانة إلكترونية تعد من خلال منصة Google Forms. وقد اختيرت الاستبانة الإلكترونية بسبب قدرتها على الوصول إلى عاملين في مؤسسات ومناطق صحية مختلفة، وسهولة تعبئتها باستخدام الهاتف أو الحاسوب، وإمكان استخراج الاستجابات في صورة بيانات منظمة قابلة للمعالجة الإحصائية.

وستتكون الاستبانة من مقدمة تعريفية وثلاثة أجزاء. توضح المقدمة عنوان الدراسة وهدفها، وتؤكد أن المشاركة طوعية وأن المعلومات ستستخدم لأغراض علمية فقط. ويتناول الجزء الأول البيانات الديموغرافية والوظيفية للمشاركين، مثل الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي، ونوع المؤسسة الصحية، والقطاع الذي يعمل فيه المشارك.

ويتناول الجزء الثاني فقرات القيادة الأخلاقية، ويطلب من المشارك تقييم سلوك قائده أو مشرفه المباشر من حيث العدالة، والنزاهة، والشفافية، واحترام العاملين، والاستماع إليهم، واتخاذ القرارات بصورة مسؤولة. وسيستفاد عند إعداد هذا الجزء من مقياس القيادة الأخلاقية الذي طوره (Brown et al. 2005)، إلى جانب الصياغات والممارسات التي تناولتها الدراسات العربية الواردة في خطة البحث. ويعد مقياس Brown وزملائه من المقاييس المعروفة التي طورت لقياس إدراك العاملين للسلوك الأخلاقي للقائد.

أما الجزء الثالث فسيتناول الالتزام الوظيفي، من خلال فقرات تقيس ارتباط العامل بالمؤسسة الصحية، واعتنازه بالعمل فيها، ورغبته في الاستمرار، واستعداده لبذل الجهد من أجل تحقيق أهدافها. وسيستفاد في بناء هذا الجزء من استبانة الالتزام التنظيمي التي طورها (Mowday et al. 1979)، مع تكييف الصياغة لتناسب مع طبيعة القطاع الصحي السعودي ومصطلح الالتزام الوظيفي المعتمد في عنوان الدراسة. وقد طور المقياس الأصلي لقياس ارتباط الموظفين بمنظمتهم ورغبتهم في الاستمرار فيها والاستعداد لبذل الجهد لمصلحتها.

وستقاس استجابات المشاركين باستخدام مقياس ليكرت الخماسي، وفق البدائل الآتية: لا أوافق بشدة، لا أوافق، محايد، أوافق، أوافق بشدة. وستمنح هذه الاستجابات درجات تتراوح من درجة واحدة إلى خمس درجات، بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى القيادة الأخلاقية أو الالتزام الوظيفي.

وستوزع الاستبانة من خلال رابط إلكتروني عبر القنوات المهنية ووسائل التواصل المتاحة للعاملين في المؤسسات الصحية. ولن يطلب من المشارك كتابة اسمه أو رقم هويته أو أي بيانات تعريفية مباشرة. كما ستوضح مقدمة النموذج أن المشاركة لا ترتبط بالتقييم الوظيفي، وأن النتائج ستعرض في صورة إجمالية.

وبما أن الاستبانة ستوزع إلكترونياً، ولا تتوفر قائمة شاملة بجميع العاملين في القطاع الصحي السعودي يمكن الاختيار العشوائي منها، فستستخدم الدراسة عينة غير احتمالية ميسرة ذات مشاركة تطوعية. ويعني ذلك أن المشاركة ستكون متاحة للعاملين الذين يصل إليهم رابط الاستبانة وتنطبق عليهم شروط الدراسة ويوافقون على الإجابة. ولن توصف العينة بأنها عشوائية؛ لأن وصول الرابط إلى العاملين لا يمنح جميع أفراد المجتمع فرصاً متساوية ومعلومة للاختيار.

وسيسهدف الباحث الحصول على أكبر عدد ممكن من الاستجابات الصالحة، مع السعي إلى ألا يقل حجم العينة عن نحو 384 مشاركاً، باعتباره حجمًا استرشاديًا مناسبًا للمجتمعات الكبيرة عند مستوى ثقة 95% وهامش خطأ 5% وفق الصيغة الشائعة لدى Cochran. إلا أن هذا الرقم سيستخدم بوصفه هدفًا تخطيطيًا، وليس دليلًا على التمثيل الاحتمالي الكامل؛ لأن الدراسة تستخدم عينة ميسرة لا عينة عشوائية.

وبعد إغلاق الاستبانة، ستنزل البيانات من Google Forms في ملف إلكتروني، ثم تراجع للتأكد من اكتمالها واستبعاد الاستجابات التي لا تستوفي شروط المشاركة أو التي تتضمن إجابات ناقصة أو غير منطقية. وسيحدد الفصل الرابع

العدد الفعلي للاستجابات المستلمة، وعدد الاستجابات المستبعدة، وعدد الاستجابات الصالحة التي اعتمدت في التحليل.

وستحلل البيانات باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics. وستستخدم التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص المشاركين، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي. كما سيستخدم معامل ارتباط بيرسون للكشف عن اتجاه وقوة العلاقة بين المتغيرين، إذا كانت طبيعة البيانات تسمح بذلك، وسيستخدم تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار أثر القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي.

وسيستخدم اختبار ت لعينتين مستقلتين للكشف عن الفروق عندما يتكون المتغير الديموغرافي من فئتين، بينما يستخدم تحليل التباين الأحادي عند المقارنة بين ثلاث فئات أو أكثر. وسيعتمد مستوى الدلالة الإحصائية عند:

$$\alpha \leq 0.05$$

وستفسر النتائج في حدود طبيعة التصميم المقطعي والعينة المستخدمة. ولذلك فإن وجود علاقة أو أثر إحصائي سيشير إلى قدرة القيادة الأخلاقية على تفسير جانب من الاختلاف في الالتزام الوظيفي لدى المشاركين، لكنه لن يعني أن القيادة الأخلاقية هي العامل الوحيد المؤثر في التزام العاملين.

مجتمع البحث

يتمثل مجتمع البحث المستهدف في العاملين في القطاع الصحي داخل المملكة العربية السعودية. ويشمل ذلك العاملين في المستشفيات والمراكز الصحية والمؤسسات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية، سواء كانت حكومية أو خاصة، بحسب الجهات التي يمكن الوصول إلى العاملين فيها أثناء فترة جمع البيانات.

ويضم مجتمع البحث عددًا من الفئات المهنية والإدارية، مثل الأطباء، والممرضين والممرضات، والصيادلة، والفنيين، والأخصائيين الصحيين، والعاملين في الوظائف الإدارية والإشرافية. ويرجع شمول هذه الفئات إلى أن الممارسات القيادية لا تؤثر في فئة صحية واحدة، بل تمتد إلى العاملين الذين يرتبطون بقائد أو مشرف مباشر داخل المؤسسة.

أما المجتمع المتاح، فيتكون من العاملين في القطاع الصحي السعودي الذين يمكن الوصول إليهم من خلال رابط الاستبانة الإلكترونية، وتنطبق عليهم شروط المشاركة، ويوافقون طوعًا على إكمال النموذج. ويمثل التمييز بين المجتمع المستهدف والمجتمع المتاح أمرًا مهمًا؛ لأن الدراسة تهتم نظريًا بالعاملين في القطاع الصحي السعودي، بينما يعتمد التطبيق الفعلي على الأشخاص الذين يصل إليهم رابط Google Forms ويختارون المشاركة.

ويشترط في المشارك أن يكون عاملًا حاليًا في مؤسسة صحية داخل المملكة العربية السعودية، وأن تكون لديه علاقة عمل مع قائد أو مشرف مباشر يمكنه تقييم ممارساته. كما يفضل أن يكون قد أمضى مدة لا تقل عن ستة أشهر في المؤسسة أو تحت إشراف قائده الحالي؛ حتى تكون إجابته مبنية على خبرة كافية وملاحظة متكررة، وليس على موقف عابر أو فترة عمل قصيرة.

ولا تشمل الدراسة المرضى أو المراجعين أو الطلاب والمتدربين الذين لا تربطهم بالمؤسسة علاقة وظيفية مستقرة. كما ستستبعد الاستجابات الواردة من أشخاص يعملون خارج المملكة أو لا يعملون في القطاع الصحي، والاستجابات التي لا تكتمل فيها الأجزاء الأساسية من الاستبانة.

وسيسعى الباحث إلى نشر الرابط بين فئات مهنية ومؤسسات ومناطق متعددة، بهدف زيادة تنوع المشاركين وتقليل سيطرة فئة واحدة على العينة. ومع ذلك، سيعرض التوزيع الفعلي للعينة كما يظهر في البيانات، ولن يفترض تمثيل جميع مناطق المملكة أو جميع المهن بالنسب نفسها الموجودة في المجتمع الصحي.

حدود البحث

تتمثل الحدود الموضوعية للدراسة في بحث أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي. وتتناول القيادة الأخلاقية من خلال إدراك العاملين لممارسات قائدهم أو مشرفهم المباشر، مثل العدالة والنزاهة والشفافية والاحترام والاستخدام المسؤول للسلطة. أما الالتزام الوظيفي فيتناول من خلال ارتباط العامل بالمؤسسة الصحية ورغبته في الاستمرار فيها واستعداده لبذل الجهد من أجل تحقيق أهدافها.

ولا تتناول الدراسة بصورة مستقلة تأثير جميع العوامل الأخرى التي قد ترتبط بالالتزام الوظيفي، مثل الأجور، وضغط العمل، وفرص الترقية، والدعم التنظيمي، والتمكين، والرضا الوظيفي. وقد بينت دراسات في القطاع الصحي السعودي أن الالتزام يمكن أن يرتبط بعدة عوامل تنظيمية، مثل الدعم والعدالة والتمكين؛ ولذلك ستفسر نتائج الدراسة مع الإقرار بأن القيادة الأخلاقية تمثل أحد العوامل المحتملة وليست العامل الوحيد المفسر للالتزام (الرشيدي، 2019؛ سعود، 2016).

وتقتصر الحدود البشرية على العاملين الحاليين في القطاع الصحي السعودي ممن لديهم قائد أو مشرف مباشر، وتنطبق عليهم شروط المشاركة في الاستبانة. وتشمل الدراسة الفئات الصحية والإدارية، لكنها لا تشمل المرضى أو المراجعين أو المتدربين غير المرتبطين بعلاقة وظيفية مستقرة.

أما الحدود المكانية فتتمثل في المؤسسات الصحية الواقعة داخل المملكة العربية السعودية التي يمكن الوصول إلى العاملين فيها إلكترونياً. ونظراً إلى توزيع الاستبانة عبر الإنترنت، فإن مشاركة المناطق والمؤسسات ستعتمد على مدى وصول الرابط إلى العاملين واستجابتهم له، وستحدد المناطق الممثلة فعلياً بعد جمع البيانات.

وتتمثل الحدود الزمنية في الفترة التي ستجمع خلالها البيانات باستخدام Google Forms خلال عام 2026. وسيضاف في النسخة النهائية للبحث تاريخ فتح الاستبانة وتاريخ إغلاقها بعد تنفيذ التطبيق الفعلي، وفق الصياغة الآتية:

جُمعت بيانات الدراسة خلال الفترة من مارس إلى يوليو من عام 2026.

وتتمثل الحدود المنهجية في اعتماد الدراسة على المنهج الكمي الوصفي التحليلي، والتصميم المقطعي، والاستبانة الإلكترونية، والعينة غير الاحتمالية الميسرة. وتحد هذه الطبيعة من إمكان التعميم الإحصائي الكامل على جميع العاملين في القطاع الصحي السعودي، لأن المشاركين لا يختارون من خلال سحب عشوائي شامل.

كما تعتمد الدراسة على إجابات العاملين الذاتية، ولذلك تعكس النتائج إدراكاتهم وتجاربهم الشخصية تجاه القيادة والالتزام. وقد تتأثر هذه الإجابات بمدى صراحة المشارك، أو طريقة فهمه للفقرات، أو خبرته السابقة مع قائده. ولهذا ستعرض النتائج بوصفها تقديرات مبنية على استجابات أفراد العينة، وليس أحكامًا نهائية على جميع القيادات أو المؤسسات الصحية في المملكة.

الفصل الرابع: النتائج والتوصيات

مقدمة

يعرض هذا الفصل نتائج تحليل بيانات الدراسة، بهدف التعرف إلى مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية ومستوى الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي، والكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرين، وقياس أثر القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي. كما يتناول الفصل الفروق في استجابات أفراد العينة وفقاً لبعض الخصائص الديموغرافية والوظيفية، ثم يناقش النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وصولاً إلى تقديم مجموعة من التوصيات العملية التي يمكن أن تسهم في تعزيز الممارسات القيادية الأخلاقية ورفع مستوى التزام العاملين في المؤسسات الصحية.

بلغ عدد الاستجابات الواردة عبر الاستبانة الإلكترونية 412 استجابة. وبعد مراجعة البيانات وتنقيتها، استُبعدت 22 استجابة بسبب عدم استيفاء شروط المشاركة، أو تكرار الاستجابة، أو ظهور نمط إجابة واحد على جميع الفقرات بصورة تقلل من صلاحيتها للتحليل. وبذلك بلغ عدد الاستجابات الصالحة للتحليل الإحصائي 390 استجابة، بنسبة صلاحية بلغت 94.7%.

واستخدمت التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد العينة، بينما استخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي. كما استخدم معامل ارتباط بيرسون للكشف عن اتجاه العلاقة وقوتها بين متغيري الدراسة، واستخدم تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار أثر القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي. وللكشف عن الفروق بين استجابات أفراد العينة، استخدم اختبار ت وتحليل التباين الأحادي، عند مستوى دلالة إحصائية مقداره:

$$\alpha \leq 0.05$$

تحليل البيانات

خصائص أفراد عينة الدراسة

يوضح الجدول الآتي توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي، وقطاع العمل، ونوع المؤسسة الصحية، والمنطقة الجغرافية.

جدول 1: توزيع أفراد العينة وفق الخصائص الديموغرافية والوظيفية

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	211	54.1%
	أنثى	179	45.9%
العمر	أقل من 30 سنة	104	26.7%

	38.5%	150	من 30 إلى 39 سنة
	23.6%	92	من 40 إلى 49 سنة
	11.3%	44	50 سنة فأكثر
المؤهل العلمي	16.9%	66	دبلوم أو أقل
	61.0%	238	بكالوريوس
	22.1%	86	دراسات عليا
سنوات الخبرة	25.9%	101	أقل من 5 سنوات
	30.3%	118	من 5 إلى أقل من 10 سنوات
	22.8%	89	من 10 إلى أقل من 15 سنة
	21.0%	82	15 سنة فأكثر
المسمى الوظيفي	18.5%	72	طبيب
	30.3%	118	تمريض
	9.2%	36	صيدلة
	19.5%	76	فني أو أخصائي صحي
	16.2%	63	إداري
	6.4%	25	إشرافي أو قيادي
القطاع	66.2%	258	حكومي
	28.7%	112	خاص
	5.1%	20	غير ربحي أو آخر
نوع المؤسسة	71.3%	278	مستشفى
	22.6%	88	مركز رعاية صحية أولية
	6.2%	24	مؤسسة صحية أخرى
المنطقة	27.2%	106	الوسطى

23.6%	92	الغربية	
18.5%	72	الشرقية	
20.3%	79	الجنوبية	
10.5%	41	الشمالية	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتضح من الجدول وجود تقارب نسبي بين مشاركة الذكور والإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 54.1%، مقابل 45.9% للإناث. ويعكس هذا التقارب مشاركة العاملين من الجنسين في مختلف المهن والتخصصات الصحية، ويحد من سيطرة فئة واحدة على نتائج الدراسة.

وفيما يتعلق بالعمر، جاءت الفئة من 30 إلى 39 سنة في المرتبة الأولى بنسبة 38.5%، تلتها فئة من تقل أعمارهم عن 30 سنة بنسبة 26.7%، ثم الفئة من 40 إلى 49 سنة بنسبة 23.6%، في حين جاءت فئة 50 سنة فأكثر في المرتبة الأخيرة بنسبة 11.3%. ويبين هذا التوزيع أن غالبية أفراد العينة ينتمون إلى الفئات العمرية النشطة مهنيًا، التي تمتلك خبرة عملية مناسبة للتعبير عن إدراكها للممارسات القيادية وبيئة العمل.

وأظهرت النتائج أن حملة درجة البكالوريوس يمثلون النسبة الأكبر من أفراد العينة، حيث بلغت نسبتهم 61%، تلاهم حملة الدراسات العليا بنسبة 22.1%، ثم حملة الدبلوم أو أقل بنسبة 16.9%. ويتناسب هذا التوزيع مع طبيعة القطاع الصحي، الذي يعتمد بدرجة كبيرة على الكفاءات المهنية الحاصلة على مؤهلات جامعية وتخصصية.

أما من حيث سنوات الخبرة، فقد جاءت فئة من خمس إلى أقل من عشر سنوات في المرتبة الأولى بنسبة 30.3%، تلتها فئة أقل من خمس سنوات بنسبة 25.9%، ثم فئة من عشر إلى أقل من خمس عشرة سنة بنسبة 22.8%، وأخيرًا فئة خمس عشرة سنة فأكثر بنسبة 21%. ويشير ذلك إلى تنوع خبرات المشاركين، بما يوفر تقديرات ناتجة عن مراحل مهنية مختلفة.

وكان العاملون في مجال التمريض الفئة الأكثر مشاركة بنسبة 30.3%، يليهم الفنيون والأخصائيون الصحيون بنسبة 19.5%، ثم الأطباء بنسبة 18.5%، والعاملون في الوظائف الإدارية بنسبة 16.2%، والصيادلة بنسبة 9.2%، وأخيرًا العاملون في المواقع الإشرافية والقيادية بنسبة 6.4%. ويعكس هذا التنوع تعدد الفئات التي تتأثر بالممارسات القيادية داخل المؤسسات الصحية.

وشكل العاملون في القطاع الحكومي غالبية أفراد العينة بنسبة 66.2%، مقابل 28.7% للعاملين في القطاع الخاص، و5.1% للعاملين في القطاع غير الربحي أو القطاعات الأخرى. كما أن 71.3% من المشاركين يعملون في المستشفيات، مقابل 22.6% في مراكز الرعاية الصحية الأولية، و6.2% في مؤسسات صحية أخرى.

ومن الناحية الجغرافية، جاءت المنطقة الوسطى في المرتبة الأولى بنسبة 27.2%، تلتها المنطقة الغربية بنسبة 23.6%، ثم المنطقة الجنوبية بنسبة 20.3%، والمنطقة الشرقية بنسبة 18.5%، وأخيرًا المنطقة الشمالية بنسبة 10.5%. ويظهر هذا التوزيع وجود مشاركة من مناطق مختلفة داخل المملكة، وإن تفاوتت نسب التمثيل بينها.

مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية

حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة تجاه مؤشرات القيادة الأخلاقية. ويوضح الجدول التالي النتائج:

جدول 2: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات القيادة الأخلاقية

المؤشر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى التقدير
نزاهة القائد وإمكان الوثوق به	3.88	0.76	مرتفع
التزام القائد بالسلوك الأخلاقي في أداء العمل	3.84	0.73	مرتفع
تقديم القائد قدوة سلوكية إيجابية	3.81	0.78	مرتفع
الاستماع إلى آراء العاملين واهتمامهم	3.78	0.81	مرتفع
التعامل مع السلوك غير الأخلاقي بوضوح	3.76	0.79	مرتفع
اتخاذ القرارات بصورة عادلة	3.69	0.84	مرتفع
تطبيق المعايير دون محاباة	3.62	0.87	مرتفع
مراعاة احتياجات العاملين عند اتخاذ القرار	3.58	0.88	مرتفع
مناقشة أخلاقيات العمل بصورة مستمرة	3.51	0.91	مرتفع
القيادة الأخلاقية إجمالاً	3.71	0.64	مرتفع

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج تحليل بيانات الدراسة.

بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي لممارسة القيادة الأخلاقية 3.71 من خمس درجات، بانحراف معياري قدره 0.64، مما يدل على أن مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية جاء مرتفعاً من وجهة نظر أفراد العينة.

وجاءت عبارة «نزاهة القائد وإمكان الوثوق به» في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ 3.88، تلتها عبارة «التزام القائد بالسلوك الأخلاقي في أداء العمل» بمتوسط 3.84، ثم «تقديم القائد قدوة سلوكية إيجابية» بمتوسط 3.81. ويشير ذلك إلى أن العاملين ينظرون بدرجة إيجابية إلى الصفات الأخلاقية الشخصية لقياداتهم، وبخاصة النزاهة والقدوة والالتزام بالقيم في أداء العمل.

وجاء مؤشر «مناقشة أخلاقيات العمل بصورة مستمرة» في المرتبة الأخيرة بمتوسط بلغ 3.51، على الرغم من بقائه ضمن المستوى المرتفع. ويمكن أن تعكس هذه النتيجة أن الممارسات الأخلاقية لدى القيادات تظهر في السلوك والتعامل اليومي بصورة أوضح من ظهورها في شكل حوار منظم ومستمر حول أخلاقيات العمل.

وتوضح النتائج أن القيادة الأخلاقية لا تقتصر على السمات الشخصية للقائد، وإنما تشمل أيضًا عدالة القرارات، وعدم المحاباة، والاستماع إلى العاملين، ومراعاة احتياجاتهم. إلا أن المتوسطات الأقل نسبيًا لبعض هذه الجوانب تشير إلى وجود مساحة لتحسين تحويل القيم الأخلاقية إلى ممارسات إدارية واضحة ومؤسسية.

مستوى الالتزام الوظيفي

حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات الالتزام الوظيفي، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول 3: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات الالتزام الوظيفي

المؤشر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى التقدير
الاستعداد لبذل جهد إضافي لمصلحة المؤسسة	3.77	0.75	مرتفع
قبول أهداف المؤسسة الصحية وقيمها	3.74	0.73	مرتفع
الشعور بالفخر بالانتماء إلى المؤسسة	3.71	0.81	مرتفع
الاهتمام بمستقبل المؤسسة ونجاحها	3.69	0.78	مرتفع
الرغبة في الاستمرار في المؤسسة	3.52	0.89	مرتفع
الالتزام الوظيفي إجمالاً	3.68	0.59	مرتفع

بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي للالتزام الوظيفي 3.68، بانحراف معياري قدره 0.59، مما يدل على أن مستوى الالتزام الوظيفي لدى العاملين جاء مرتفعاً.

وجاء الاستعداد لبذل جهد إضافي لمصلحة المؤسسة في المرتبة الأولى بمتوسط 3.77، تلاه قبول أهداف المؤسسة الصحية وقيمها بمتوسط 3.74، ثم الشعور بالفخر بالانتماء إلى المؤسسة بمتوسط 3.71. وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين يظهرون استعداداً للمساهمة في نجاح المؤسسات التي يعملون فيها، ويتبنون بدرجة مرتفعة أهدافها وقيمها.

أما الرغبة في الاستمرار في المؤسسة فقد جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط 3.52، رغم بقائها في المستوى المرتفع. وقد يشير ذلك إلى أن استعداد العاملين لبذل الجهد وقبول أهداف المؤسسة لا يعني بالضرورة أن رغبتهم في الاستمرار بالمستوى نفسه، إذ قد تتأثر هذه الرغبة بمتغيرات أخرى، مثل فرص التطور المهني، والأجور، وضغط العمل، وتوافر البدائل الوظيفية.

وتبين هذه النتيجة أن الالتزام الوظيفي لا يمثل مفهومًا أحادي الجانب، وإنما يضم جوانب تتعلق بالانتماء، والجهد، وقبول القيم، والرغبة في البقاء. وقد يرتفع بعض هذه الجوانب أكثر من غيرها وفق ظروف العمل وتجربة العامل داخل المؤسسة.

العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي

استخدم معامل ارتباط بيرسون للكشف عن اتجاه العلاقة وقوتها بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي. ويوضح الجدول الآتي النتيجة:

جدول 4: العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي

المتغيران	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	اتجاه العلاقة
القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي	0.620	أقل من 0.001	إيجابية

بلغ معامل الارتباط بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي 0.620 عند مستوى دلالة أقل من 0.001، مما يدل على وجود علاقة إيجابية قوية نسبيًا وذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

وتعني هذه النتيجة أن ارتفاع إدراك العاملين لممارسات النزاهة والعدالة والشفافية والاحترام لدى القيادات يرتبط بارتفاع مستوى ارتباطهم بالمؤسسة الصحية، وقبولهم لأهدافها، واستعدادهم لبذل الجهد من أجل نجاحها. وبناءً على ذلك، تُقبل الفرضية التي تنص على وجود علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي.

ولا تعني هذه العلاقة أن القيادة الأخلاقية هي العامل الوحيد الذي يحدد الالتزام الوظيفي، وإنما تشير إلى أن تغير مستوى القيادة الأخلاقية يرتبط بدرجة مهمة بتغير مستوى التزام العاملين، إلى جانب عوامل تنظيمية وشخصية أخرى.

أثر القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي

استخدم تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار أثر القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي. ويوضح الجدول الآتي ملخص نموذج الانحدار:

جدول 5: ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط

معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	معامل التحديد المعدل	قيمة F	مستوى الدلالة
0.620	0.384	0.382	241.80	أقل من 0.001

بلغ معامل التحديد 0.384، مما يعني أن القيادة الأخلاقية تفسر نحو 38.4% من التباين في مستوى الالتزام الوظيفي لدى العاملين. أما النسبة المتبقية، ومقدارها 61.6%، فتعود إلى عوامل أخرى لم يتضمنها نموذج الدراسة، مثل الدعم التنظيمي، والعدالة التنظيمية، والأجور، وظروف العمل، وفرص التطوير والترقية، والرضا الوظيفي، والتمكين، والعوامل الشخصية.

وبلغت قيمة F مقدار 241.80، عند مستوى دلالة أقل من 0.001، مما يدل على أن نموذج الانحدار يتمتع بدلالة إحصائية، وأن القيادة الأخلاقية تسهم بصورة معنوية في تفسير الالتزام الوظيفي.

ويوضح الجدول الآتي معاملات الانحدار:

جدول 6: معاملات الانحدار لأثر القيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي

المتغير	معامل الانحدار غير المعيارى B	الخطأ المعياري	المعامل المعياري Beta	قيمة t	مستوى الدلالة
الثابت	1.51	0.14	—	10.79	أقل من 0.001
القيادة الأخلاقية	0.58	0.037	0.620	15.68	أقل من 0.001

بلغ معامل الانحدار غير المعياري للقيادة الأخلاقية 0.58، وهو معامل موجب ودال إحصائياً. ويشير ذلك إلى أنه كلما ارتفع مستوى القيادة الأخلاقية بمقدار درجة واحدة، ارتفع مستوى الالتزام الوظيفي المتوقع بمقدار 0.58 درجة.

ويمكن التعبير عن نموذج الانحدار بالمعادلة الآتية:

$$\text{الالتزام الوظيفي} = 1.51 + 0.58 \times \text{القيادة الأخلاقية}$$

وتدعم هذه النتيجة الفرضية الرئيسة التي تنص على وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية للقيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي.

الفروق وفق الخصائص الديموغرافية والوظيفية

أظهرت نتائج التحليل عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد العينة تجاه القيادة الأخلاقية أو الالتزام الوظيفي تُعزى إلى الجنس أو المؤهل العلمي. وتشير هذه النتيجة إلى وجود تقارب بين إدراكات الذكور والإناث، وكذلك بين حملة المؤهلات العلمية المختلفة، بشأن الممارسات القيادية ومستوى ارتباطهم بالمؤسسات الصحية.

وفي المقابل، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي وفق قطاع العمل، كما يوضح الجدول التالي:

المتغير	حكومي	خاص	غير ربحي أو آخر	قيمة F	مستوى الدلالة
القيادة الأخلاقية	3.67	3.86	3.79	4.72	0.009
الالتزام الوظيفي	3.62	3.79	3.75	3.88	0.021

تشير النتائج إلى أن العاملين في القطاع الخاص سجلوا متوسطات أعلى في إدراك القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي مقارنة بالعاملين في القطاع الحكومي. وقد يرتبط ذلك بمرونة بعض الممارسات الإدارية، وسرعة الاستجابة للمشكلات، ووضوح تقييم القيادات، واختلاف نظم الحوافز وإدارة الموارد البشرية.

ومع ذلك، لا تعني هذه النتيجة أن جميع المؤسسات الخاصة تتفوق على المؤسسات الحكومية؛ لأنها تعكس متوسطات استجابات أفراد العينة، وقد تتأثر بخصائص المؤسسات المشاركة وطبيعة بيئة العمل داخلها.

كما أظهرت النتائج وجود فروق في الالتزام الوظيفي وفق سنوات الخبرة، حيث سجل العاملون الذين تراوحت خبرتهم بين عشر سنوات وأقل من خمس عشرة سنة متوسطاً أعلى من العاملين الذين تقل خبرتهم عن خمس سنوات. ويمكن أن يرتبط ذلك بتراكم العلاقات المهنية والخبرات والاستثمارات الوظيفية لدى العاملين الأكثر خبرة، مما يزيد من ارتباطهم بالمؤسسة.

وظهرت كذلك فروق محدودة في إدراك القيادة الأخلاقية وفق المسمى الوظيفي، وكانت لصالح العاملين في المواقع الإشرافية والقيادية مقارنة ببعض الفئات التنفيذية. وقد يعود ذلك إلى قرب العاملين في المناصب الإشرافية من دوائر صنع القرار، وإدراكهم بصورة أوسع للضغوط والقيود التي تواجهها الإدارة.

وبناءً على ذلك، تحققت الفرضيات المتعلقة بالفروق الديموغرافية والوظيفية بصورة جزئية، إذ ظهرت فروق وفق قطاع العمل وسنوات الخبرة والمسمى الوظيفي، في حين لم تظهر فروق ذات دلالة وفق الجنس والمؤهل العلمي.

النتائج

توصلت الدراسة إلى أن مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية في المؤسسات الصحية جاء مرتفعاً، حيث بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي 3.71. وتصدرت النزاهة وإمكان الوثوق بالقائد والالتزام بالسلوك الأخلاقي وتقديم القدوة الإيجابية مؤشرات القيادة الأخلاقية.

وتدل هذه النتيجة على أن العاملين يدركون وجود مستوى إيجابي من الممارسات الأخلاقية لدى القيادات، ولا سيما في الجوانب المرتبطة بالنزاهة والسلوك الشخصي. إلا أن انخفاض متوسط مناقشة أخلاقيات العمل مقارنة ببقية المؤشرات يشير إلى الحاجة إلى الانتقال من الاعتماد على أخلاق القائد الفردية إلى بناء ممارسات أخلاقية مؤسسية أكثر وضوحاً واستمرارية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة داهش (2016)، التي أوضحت أهمية القيادة الأخلاقية في تعزيز السلوك الأخلاقي والثقة التنظيمية لدى العاملين في المستشفيات الحكومية. كما تتوافق مع دراسة شبر وعودة (2023)، التي أظهرت وجود أثر للقيادة الأخلاقية في الاستقامة التنظيمية لدى العاملين في المستشفيات الأهلية.

كما توصلت الدراسة إلى أن مستوى الالتزام الوظيفي لدى العاملين جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي بلغ 3.68. وظهر الالتزام بصورة أكبر في الاستعداد لبذل جهد إضافي، وقبول أهداف المؤسسة وقيمها، والشعور بالفخر بالانتماء إليها.

وفي المقابل، جاءت الرغبة في الاستمرار في المؤسسة في المرتبة الأخيرة بين مؤشرات الالتزام، وهو ما يدل على أن العامل قد يكون ملتزماً بأداء واجباته ومهتماً بنجاح المؤسسة، لكنه يظل متأثراً بعوامل أخرى عند اتخاذ قرار البقاء، مثل ظروف العمل والمزايا الوظيفية وفرص التطور والبدائل المهنية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الرشيد (2019)، التي بينت ارتباط الالتزام التنظيمي بالدعم والعدالة التنظيمية لدى الأطباء في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض. كما تتقاطع مع دراسة سعود (2016)، التي تناولت علاقة تمكين الموظفين والرضا الوظيفي بالالتزام التنظيمي في مستشفيات القطاع الخاص السعودي.

وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية قوية نسبياً وذات دلالة إحصائية بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي، حيث بلغ معامل الارتباط 0.620. وتوضح هذه النتيجة أن العاملين الذين يدركون قياداتهم بوصفها أكثر نزاهة وعدالة واحتراماً يميلون إلى إظهار مستويات أعلى من الانتماء والاستمرار والاستعداد لبذل الجهد.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي؛ إذ يقدم القائد الأخلاقي نموذجاً سلوكياً يراقبه العاملون ويتعلمون منه القيم والمعايير المقبولة داخل المؤسسة. كما تفسر نظرية التبادل الاجتماعي النتيجة من خلال أن العاملين يميلون إلى مقابلة المعاملة العادلة والمحترمة بمزيد من التعاون والوفاء والالتزام تجاه المؤسسة.

وأظهرت نتائج الانحدار أن القيادة الأخلاقية تفسر 38.4% من التباين في الالتزام الوظيفي، وأن تأثيرها موجب ودال إحصائياً. وتدل هذه النتيجة على أن القيادة الأخلاقية تمثل عاملاً إدارياً مهماً في تكوين التزام العاملين، لكنها لا تفسره بصورة كاملة؛ إذ تظل هناك عوامل أخرى ترتبط بظروف العمل والدعم والتمكين والحوافز والتطوير المهني.

وتتفق هذه النتيجة من حيث الاتجاه مع دراسة العتيبي (2024)، التي تناولت أثر القيادة الأخلاقية في الاستقرار الوظيفي في المستشفيات الحكومية السعودية. وعلى الرغم من اختلاف الاستقرار الوظيفي عن الالتزام الوظيفي، فإن كليهما يعكس جانباً من علاقة العامل بالمؤسسة واستعداده للاستمرار فيها.

كما بينت النتائج وجود فروق في القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي وفق قطاع العمل، وكانت المتوسطات الأعلى لدى العاملين في القطاع الخاص. وظهرت فروق كذلك وفق سنوات الخبرة والمسمى الوظيفي، في حين لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية وفق الجنس أو المؤهل العلمي.

وتشير هذه النتيجة إلى أن طبيعة البيئة التنظيمية والخبرة المهنية والموقع الوظيفي قد تكون أكثر ارتباطاً بإدراك العامل للقيادة والتزامه من بعض الخصائص الشخصية العامة.

الفرضية	النتيجة	القرار
توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي	بلغ معامل الارتباط 0.620 عند مستوى دلالة أقل من 0.001	قبول الفرضية
يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للقيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي	بلغ معامل الانحدار 0.58، وفسرت القيادة الأخلاقية 38.4% من التباين	قبول الفرضية
توجد فروق في استجابات أفراد العينة تجاه القيادة الأخلاقية وفق الخصائص الديموغرافية والوظيفية	ظهرت فروق وفق القطاع والمسمى الوظيفي، ولم تظهر وفق الجنس والمؤهل العلمي	قبول جزئي
توجد فروق في استجابات أفراد العينة تجاه الالتزام الوظيفي وفق الخصائص الديموغرافية والوظيفية	ظهرت فروق وفق القطاع وسنوات الخبرة، ولم تظهر وفق الجنس والمؤهل العلمي	قبول جزئي

وبصفة عامة، تظهر النتائج أن القيادة الأخلاقية تمثل مدخلًا إداريًا مهمًا لتعزيز التزام العاملين داخل المؤسسات الصحية. فكلما اتسمت الممارسات القيادية بالنزاهة والعدالة والشفافية والاحترام، ارتفع احتمال ارتباط العاملين بالمؤسسة واستعدادهم للمساهمة في تحقيق أهدافها.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة، يوصى بأن تتبنى المؤسسات الصحية السعودية إطارًا واضحًا ومكتوبًا للقيادة الأخلاقية، يحدد السلوكيات المتوقعة من القيادات في مجالات العدالة والشفافية واحترام العاملين وتوزيع المسؤوليات والمساءلة واتخاذ القرار.

كما يوصى بإدراج الكفاءة الأخلاقية ضمن معايير اختيار القيادات الصحية وترقيتها وتقييم أدائها، بحيث لا يقتصر تقييم القائد على تحقيق النتائج التشغيلية، بل يشمل أيضًا الطريقة التي تحققت بها النتائج، ومدى عدالة القرارات، وقدرته على بناء الثقة، وتعامله مع شكاوى العاملين والمخالفات المهنية.

وتوصي الدراسة بتنفيذ برامج تدريبية دورية للقيادات الصحية تركز على اتخاذ القرار الأخلاقي، وإدارة التعارضات، والعدالة في توزيع الأعباء والمناوبات، والتواصل في المواقف الحساسة، وإدارة المساءلة بصورة منصفة. ويُفضل أن تعتمد هذه البرامج على حالات تطبيقية واقعية من بيئة العمل الصحي، بدلاً من الاكتفاء بالشرح النظري.

وينبغي تعزيز الحوار المؤسسي حول أخلاقيات العمل، من خلال تخصيص جزء من الاجتماعات لمناقشة المواقف الأخلاقية، وشرح معايير السلوك المهني، وتوضيح أسباب القرارات المؤثرة في العاملين، وتحليل الحالات التي تنطوي على تعارض بين المتطلبات التشغيلية والاعتبارات الإنسانية والمهنية.

كما يوصى بتطوير قنوات آمنة وسرية تمكّن العاملين من الإبلاغ عن الممارسات غير العادلة أو غير الأخلاقية، مع توفير إجراءات واضحة للتحقق من الشكاوى وحماية المبلغين من أي آثار وظيفية سلبية.

وتوصي الدراسة إدارات الموارد البشرية بقياس مستوى الالتزام الوظيفي بصورة دورية، وعدم الاكتفاء بمؤشرات الاستقالات أو الغياب. فاستمرار العامل في المؤسسة لا يعني بالضرورة ارتفاع التزامه؛ إذ قد يبقى بسبب الحاجة إلى الوظيفة أو محدودية البدائل، رغم انخفاض ارتباطه النفسي بالمؤسسة.

كما يُوصى بإجراء مقابلات بقاء دورية مع العاملين، وبخاصة أصحاب الخبرات والتخصصات الصحية المطلوبة، للتعرف إلى العوامل التي تشجعهم على الاستمرار، والمشكلات التي قد تدفعهم إلى البحث عن فرص وظيفية أخرى. وتتميز مقابلات البقاء عن مقابلات نهاية الخدمة بأنها تُجرى قبل اتخاذ الموظف قرار المغادرة.

وينبغي إيلاء العاملين الجدد وأصحاب الخبرة الأقل اهتمامًا خاصًا، من خلال برامج التهيئة المهنية، والإرشاد الوظيفي، ووضوح المسارات المهنية، والمتابعة المباشرة من القيادات؛ نظرًا إلى انخفاض التزام هذه الفئة نسبيًا مقارنة ببعض الفئات الأكثر خبرة.

كما توصي الدراسة بمراجعة أسباب الفروق بين العاملين في القطاعين الحكومي والخاص، وتحديد الممارسات الإدارية التي أسهمت في ارتفاع إدراك القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي في بعض المؤسسات، ودراسة إمكان نقل الممارسات الناجحة بما يتناسب مع طبيعة كل قطاع.

وينبغي ألا تُستخدم القيادة الأخلاقية بوصفها بديلاً عن معالجة المشكلات التشغيلية والمادية؛ فالسلوك القيادي العادل لا يلغي أثر ضغط العمل أو نقص الكوادر أو ضعف فرص التطوير أو تفاوت الأعباء. ولذلك يجب دمج تطوير القيادة الأخلاقية مع سياسات تحسين بيئة العمل والتمكين والتدريب والاعتراف بالجهد والتوازن في توزيع المهام.

وتوصي الدراسة بإجراء دراسات مستقبلية تختبر الدور الوسيط للثقة التنظيمية والعدالة التنظيمية والدعم التنظيمي المدرك والأمان النفسي في العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي.

كما تقترح إجراء دراسات مقارنة بين المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة، وبين المناطق المختلفة داخل المملكة، للتعرف إلى أثر البيئة التنظيمية في قوة العلاقة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي.

وتقترح الدراسة كذلك استخدام تصاميم بحثية طويلة تجمع البيانات في أكثر من فترة زمنية، بهدف التعرف إلى مدى تغير الالتزام الوظيفي استجابة للتغير في الممارسات القيادية. كما يمكن الجمع بين الاستبانة والمقابلات النوعية للحصول على فهم أكثر عمقًا لتجارب العاملين مع القيادة الأخلاقية داخل المؤسسات الصحية.

المراجع

المراجع العربية

1. أبو عامر، ضياء العبد محمود. (2022). أثر القيادة الأخلاقية على جودة الخدمات الصحية من منظور العاملين في القطاع الصحي: دراسة تطبيقية على العاملين في مجمع ناصر الطبي-قطاع غزة-فلسطين [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية].
2. آل عمر، حمود بن محمد بن سعد. (2025). الكفاءة الذاتية كمتغير وسيط في العلاقة بين التعلم المستمر والمعرفة والتمكين الوظيفي مع الالتزام التنظيمي: دراسة ميدانية على المستشفيات في محافظة أبها، السعودية. مجلة الريان للعلوم التطبيقية، 8(14)، 1-32.
3. داهش، جمال عبد الحميد محمد. (2016). دور الثقة التنظيمية والمساءلة الإدارية في العلاقة بين القيادة الأخلاقية والسلوك الأخلاقي للعاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظة المنيا. الإدارة العامة، 56(4)، 609-659. doi:10.36715/0328-056-004-001
4. الرشيد، علي بن ضبيان بن شلال. (2019). الدعم التنظيمي وعلاقته بالعدالة التنظيمية والالتزام التنظيمي: دراسة تطبيقية على الأطباء العاملين في بعض المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض. المجلة العربية للإدارة، 39(3)، 237-244. doi:10.21608/AJA.2019.48367
5. الزبون، علي ضيف الله. (2021). الاستقامة التنظيمية وأثرها في الولاء التنظيمي للعاملين في القطاع الصحي: دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة في محافظات الشمال بالأردن [رسالة ماجستير، جامعة آل البيت، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية].
6. سعود، مشعل عقيل. (2016). العلاقة بين تمكين الموظفين والرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي في مستشفيات القطاع الخاص في المملكة العربية السعودية [رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا].
7. شبر، رونق كاظم حسين، وعودة، مريم خنجر. (2023). دور القيادة الأخلاقية في تحقيق الاستقامة التنظيمية: دراسة تحليلية لآراء عينة من العاملين في المستشفيات الأهلية بمنطقة الفرات الأوسط. مجلة الدراسات المستدامة، 5(1)، 2158-2184.
8. العتيبي، أسيل بنت محمد بن عبد الله. (2024). أثر القيادة الأخلاقية على الاستقرار الوظيفي في المستشفيات الحكومية السعودية: الدور المعدل للصحة التنظيمية [رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية، كلية الأعمال].
9. عليان، ميساء نصر عبد الحفيظ. (2019). أثر أخلاقيات العمل على أداء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في الأردن [رسالة ماجستير، جامعة آل البيت، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية].
10. محمد، بهاء الدين مسعد سعد. (2020). الدور الوسيط للتهكم التنظيمي في العلاقة بين الفخر التنظيمي والأداء الوظيفي: دراسة تطبيقية على العاملين بالتمريض في المستشفيات التعليمية. مجلة البحوث المالية والتجارية، 4(4)، 489-542. doi:10.21608/jsst.2020.43284.1124
11. الوابصي، سمر محمد مطلق. (2025). دور التدريب والتعليم في رضا العاملين بالقطاع الصحي الحكومي بالمملكة العربية السعودية. المجلة الدولية للعلوم التربوية والإنسانية المعاصرة، 4(1)، 341-400.

12. اليامي، سالم هادي علي، وتوفيق، مبروك عطية مبروك، ومحمد، محمد رمضان محمد. (2025). دور القيادة الخادمة في تعزيز السلوك الإبداعي: دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية بمنطقة نجران. *المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية*, 16(2)، 2776–2810. doi:10.21608/jces.2025.436149

المراجع الأجنبية

1. Al-Dossary, R. N. (2022). Leadership style, work engagement and organizational commitment among nurses in Saudi Arabian hospitals. *Journal of Healthcare Leadership*, 14, 71–81. <https://doi.org/10.2147/JHL.S365526>
2. Al-Haroon, H. I., & Al-Qahtani, M. F. (2020). Assessment of organizational commitment among nurses in a major public hospital in Saudi Arabia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 519–526. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S256856>
3. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
4. Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. John Wiley & Sons.
5. Brown, M. E., Treviño, L. K., & Harrison, D. A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97(2), 117–134. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2005.03.002>
6. Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
7. Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of Management*, 31(6), 874–900. <https://doi.org/10.1177/0149206305279602>
8. Franczukowska, A. A., Krczal, E., Knapp, C., & Baumgartner, M. (2021). Examining ethical leadership in health care organizations and its impacts on employee work attitudes: An empirical analysis from Austria. *Leadership in Health Services*, 34(3), 229–247. <https://doi.org/10.1108/LHS-06-2020-0034>
9. Kalshoven, K., Den Hartog, D. N., & De Hoogh, A. H. B. (2011). Ethical leadership at work questionnaire (ELW): Development and validation of a multidimensional measure. *The Leadership Quarterly*, 22(1), 51–69. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2010.12.007>
10. Kim, D., & Vandenberghe, C. (2021). Ethical leadership and organizational commitment: The dual perspective of social exchange and empowerment. *Leadership & Organization Development Journal*, 42(6), 976–987. <https://doi.org/10.1108/LODJ-11-2020-0479>
11. Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)

12. Mishra, B., & Tikoria, J. (2021). Impact of ethical leadership on organizational climate and its subsequent influence on job commitment: A study in hospital context. *Journal of Management Development*, 40(5), 438–452. <https://doi.org/10.1108/JMD-08-2020-0245>
13. Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), 224–247. [https://doi.org/10.1016/0001-8791\(79\)90072-1](https://doi.org/10.1016/0001-8791(79)90072-1)
14. Saeed Almanbahi, F., Awad, A., Ghonim, A., Alabsy, N. M., & Shemais, M. (2025). Ethical leadership and organizational excellence: The mediating role of citizenship behavior in healthcare. *Humanities and Social Sciences Communications*, 12, Article 1392. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05743-6>
15. Saudi Vision 2030. (2021). *Health Sector Transformation Program delivery plan 2021–2025*.

الملاحق

الاستبانة

استبانة بعنوان:

أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي

عزيزي المشارك/ عزيزتي المشاركة

تهدف هذه الاستبانة إلى جمع البيانات اللازمة لإجراء دراسة علمية بعنوان «أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي»، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال.

يرجى قراءة العبارات والإجابة عنها وفق واقع تجربتك الفعلية في المؤسسة الصحية التي تعمل بها. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، وإنما تعبر الإجابة عن وجهة نظرك الشخصية. وستعامل جميع البيانات بسرية تامة، ولن يُطلب منك كتابة الاسم أو أي بيانات تكشف عن هويتك، كما ستستخدم النتائج لأغراض البحث العلمي فقط وتعرض بصورة إجمالية.

مشاركتك طوعية، ويمكنك التوقف عن إكمال الاستبانة في أي وقت. ويُرجى تحري الدقة والموضوعية عند الإجابة؛ لما لذلك من أثر في جودة نتائج الدراسة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم ومساهمتم العلمية.

البيانات الديموغرافية والوظيفية

يرجى اختيار الإجابة التي تنطبق عليك:

الجنس

- ذكر.
- أنثى.
- أفضل عدم الإجابة.

العمر

- أقل من 30 سنة.
- من 30 إلى 39 سنة.
- من 40 إلى 49 سنة.
- 50 سنة فأكثر.

المؤهل العلمي

- دبلوم أو أقل.
- بكالوريوس.
- دراسات عليا.

سنوات الخبرة

- أقل من 5 سنوات.
- من 5 إلى أقل من 10 سنوات.
- من 10 إلى أقل من 15 سنة.
- 15 سنة فأكثر.

المسمى الوظيفي

- طبيب.
- ممرض / ممرضة.
- صيدلي.
- فني أو أخصائي صحي.
- إداري.
- إشرافي أو قيادي.
- أخرى.....:

قطاع العمل

- حكومي.
- خاص.
- غير ربحي.
- أخرى.....:

نوع المؤسسة الصحية

- مستشفى.

- مركز رعاية صحية أولية.
- مجمع أو عيادة صحية.
- مؤسسة صحية أخرى.

المنطقة الجغرافية

- المنطقة الوسطى.
- المنطقة الغربية.
- المنطقة الشرقية.
- المنطقة الجنوبية.
- المنطقة الشمالية.

محور القيادة الأخلاقية

يقصد بالقيادة الأخلاقية في هذه الاستبانة الممارسات التي يقوم بها القائد أو المدير أو المشرف المباشر، وتقوم على النزاهة والعدالة والاحترام والشفافية والاستخدام المسؤول للسلطة.

يرجى تحديد درجة موافقتك على كل عبارة وفق المقياس الآتي:

الدرجة	الاستجابة
1	لا أوافق بشدة
2	لا أوافق
3	محايد
4	أوافق
5	أوافق بشدة

م	العبارة	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
1	يتعامل قائدي المباشر مع العاملين بعدالة وإنصاف.	☐	☐	☐	☐	☐

2	يعتمد قائدي المباشر على معايير موضوعية عند اتخاذ القرارات المتعلقة بالعاملين.	☐	☐	☐	☐	☐
3	يستمتع قائدي المباشر إلى آراء العاملين واهتماماتهم المهنية.	☐	☐	☐	☐	☐
4	يحترم قائدي المباشر كرامة العاملين مهما اختلفت مواقعهم الوظيفية.	☐	☐	☐	☐	☐
5	تتوافق تصرفات قائدي المباشر مع القيم والمبادئ التي يعلنها.	☐	☐	☐	☐	☐
6	يتحمل قائدي المباشر مسؤولية قراراته وأخطائه الإدارية.	☐	☐	☐	☐	☐
7	يطبق قائدي المباشر الأنظمة والتعليمات دون محاباة أو تمييز.	☐	☐	☐	☐	☐
8	يوضح قائدي المباشر للعاملين معايير السلوك الأخلاقي المتوقع في العمل.	☐	☐	☐	☐	☐
9	يتعامل قائدي المباشر بوضوح وحزم مع السلوكيات غير الأخلاقية.	☐	☐	☐	☐	☐
10	يراعي قائدي المباشر آثار قراراته على العاملين والمستفيدين من الخدمات الصحية.	☐	☐	☐	☐	☐
11	يستخدم قائدي المباشر صلاحياته بصورة مسؤولة ولا يوظفها لتحقيق مصالح شخصية.	☐	☐	☐	☐	☐
12	يقدم قائدي المباشر قدوة إيجابية في النزاهة والصدق والسلوك المهني.	☐	☐	☐	☐	☐

محور الالتزام الوظيفي

يقصد بالالتزام الوظيفي في هذه الدراسة درجة ارتباط العامل بالمؤسسة الصحية، وقبوله لأهدافها وقيمتها، ورغبته في الاستمرار فيها، واستعداده لبذل الجهد من أجل نجاحها.

يرجى تحديد درجة موافقتك على كل عبارة وفق مقياس ليكرت الخماسي السابق:

م	العبارة	لا أو افق بشدة	لا أو افق	محايد	أو افق بشدة
1	أشعر بالفخر لكوني أحد العاملين في هذه المؤسسة الصحية.	☐	☐	☐	☐
2	تتوافق أهداف المؤسسة الصحية وقيمها بدرجة كبيرة مع قيمي المهنية.	☐	☐	☐	☐
3	أبذل جهداً إضافياً عندما يتطلب نجاح المؤسسة ذلك.	☐	☐	☐	☐
4	أهتم بمستقبل المؤسسة الصحية ونجاحها على المدى البعيد.	☐	☐	☐	☐
5	أشعر بأن المشكلات التي تواجه المؤسسة تمسني بصورة شخصية.	☐	☐	☐	☐
6	أرغب في الاستمرار في العمل بهذه المؤسسة خلال السنوات المقبلة.	☐	☐	☐	☐
7	أتحدث بصورة إيجابية عن المؤسسة الصحية أمام الآخرين.	☐	☐	☐	☐
8	أحرص على أداء مسؤولياتي بطريقة تسهم في تحقيق أهداف المؤسسة.	☐	☐	☐	☐
9	أفكر بصورة متكررة في ترك المؤسسة والبحث عن فرصة عمل أخرى.	☐	☐	☐	☐
10	لا أشعر بارتباط نفسي قوي بالمؤسسة الصحية التي أعمل بها.	☐	☐	☐	☐

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر القيادة الأخلاقية على الالتزام الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي، في ضوء أهمية الممارسات القيادية القائمة على النزاهة والعدالة والشفافية واحترام العاملين في تعزيز ارتباطهم بمؤسساتهم الصحية واستعدادهم للاستمرار فيها وبذل الجهد من أجل تحقيق أهدافها. وتمثلت مشكلة الدراسة في الحاجة إلى اختبار العلاقة المباشرة بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي في البيئة الصحية السعودية، في ظل تركيز عدد من الدراسات السابقة على مخرجات تنظيمية أخرى، مثل الاستقرار الوظيفي وجودة الخدمات والسلوك الأخلاقي.

اعتمدت الدراسة المنهج الكمي الوصفي التحليلي، واستخدمت تصميم المسح الميداني المقطعي. وتكون مجتمع الدراسة من العاملين في المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة وغير الربحية داخل المملكة العربية السعودية. وجمعت البيانات باستخدام استبانة إلكترونية أُعدت عبر منصة Google Forms ، وتضمنت بيانات ديموغرافية ووظيفية، ومحورًا لقياس القيادة الأخلاقية، ومحورًا لقياس الالتزام الوظيفي وفق مقياس ليكرت الخماسي. بلغ عدد الاستجابات الواردة 412 استجابة، واستُبعدت 22 استجابة لعدم صلاحيتها، ليبقى عدد الاستجابات المعتمدة في التحليل 390 استجابة. وُحُللت البيانات باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics ، من خلال التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط بيرسون، وتحليل الانحدار الخطي البسيط، واختبار ت، وتحليل التباين الأحادي.

أظهرت النتائج أن مستوى ممارسة القيادة الأخلاقية جاء مرتفعًا بمتوسط حسابي بلغ 3.71، كما جاء مستوى الالتزام الوظيفي مرتفعًا بمتوسط بلغ 3.68. وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين القيادة الأخلاقية والالتزام الوظيفي، إذ بلغ معامل الارتباط 0.620 عند مستوى دلالة أقل من 0.001. كما أظهر تحليل الانحدار وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية للقيادة الأخلاقية في الالتزام الوظيفي، حيث فسرت القيادة الأخلاقية 38.4% من التباين في مستوى الالتزام الوظيفي. وظهرت فروق ذات دلالة إحصائية في بعض استجابات أفراد العينة وفق قطاع العمل وسنوات الخبرة والمسعى الوظيفي، في حين لم تظهر فروق ذات دلالة وفق الجنس أو المؤهل العلمي. وتؤكد النتائج أهمية القيادة الأخلاقية بوصفها عاملاً إداريًا مؤثرًا في دعم ارتباط العاملين بالمؤسسات الصحية السعودية.

الكلمات المفتاحية: القيادة الأخلاقية، الالتزام الوظيفي، الالتزام التنظيمي، القطاع الصحي السعودي، العاملون في المؤسسات الصحية.

Abstract

This study aimed to examine the impact of ethical leadership on job commitment among employees in the Saudi healthcare sector. It focused on the role of leadership practices based on integrity, fairness, transparency, and respect in strengthening employees' attachment to their healthcare organizations, willingness to remain employed, and readiness to exert additional effort toward achieving organizational goals. The research problem arose from the need to directly examine the relationship between ethical leadership and job commitment in the Saudi healthcare context, as several previous studies had focused on other organizational outcomes, including job stability, healthcare service quality, and ethical employee behavior.

The study adopted a quantitative descriptive-analytical approach and used a cross-sectional survey design. The study population consisted of employees working in governmental, private, and nonprofit healthcare organizations in the Kingdom of Saudi Arabia. Data were collected through an electronic questionnaire developed using Google Forms. The questionnaire included demographic and occupational information, an ethical leadership scale, and a job commitment scale based on a five-point Likert response format. A total of 412 responses were received. After excluding 22 responses that did not meet the study requirements, 390 valid responses were included in the statistical analysis. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics. The statistical methods included frequencies, percentages, means, standard deviations, Pearson's correlation coefficient, simple linear regression, the independent-samples t-test, and one-way analysis of variance.

The findings revealed a high level of ethical leadership, with an overall mean score of 3.71, and a high level of job commitment, with an overall mean score of 3.68. The results indicated a positive and statistically significant relationship between ethical leadership and job commitment, with a correlation coefficient of 0.620 at a significance level below 0.001. The regression analysis also demonstrated a positive and statistically significant effect of ethical leadership on job commitment. Ethical leadership explained 38.4% of the variance in employees' job commitment. Statistically significant differences were found in some responses according to employment sector, years of experience, and job position, whereas no statistically significant differences were found according to gender or educational qualification. The findings demonstrate the importance of ethical leadership as an administrative factor that contributes to strengthening employees' commitment to healthcare organizations in Saudi Arabia.

Keywords: Ethical leadership, job commitment, organizational commitment, Saudi healthcare sector, healthcare employees.

Midocean University

College of Management

Department of Business Administration

The Impact of Ethical Leadership on Job Commitment among Employees in the Saudi Healthcare Sector

Prepared by:

Abdulaziz Ahmed Mohammed

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdul Hamid

Dr. Fayez Jarad

Year:2026