

جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

قسم / تخصص ادارة صحية

عنوان البحث

متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية لتقليل مقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية أثناء الخصخصة

فوزيه على الشهري

261000547

العام الدراسي: 2026

فهرس المحتويات

1	عنوان البحث
2	فهرس المحتويات
4	شكرو تقدير
5	مقدمة
6	تعريفات إجرائية لمصطلحات الدراسة
7	مشكلة الدراسة
8	أهمية الدراسة
9	أهداف الدراسة
10	تسؤلات الدراسة
10	فروض الدراسة
11	الدراسات السابقة
14	الفجوة البحثية
15	المنطلقات النظرية للدراسة
16	المنهجية وطرق البحث
17	مجتمع وعينة الدراسة
18	أداة الدراسة
19	أساليب التحليل الإحصائي
20	حدود الدراسة

21	النتائج المتوقعة للدراسة
21	ملحق (أ): دليل المقابلة شبه المنظمة
22	ملحق (ب): نموذج استبيان الدراسة
25	خاتمة العرض المبدئي
26	أخلاقيات البحث
26	الصعوبات المتوقعة وأساليب التغلب عليها
27	المراجع

شكرو تقدير

يتقدم الباحث بالشكر والتقدير لكل من ساهم في إنجاز هذا العرض المبدئي، وأخص بالشكر المشرف على هذا البحث لما قدمه من توجيه وملاحظات قيّمة أسهمت في تحسين صياغة عناصر الدراسة، كما يتقدم بالشكر لإدارة كلية الإدارة بجامعة ميدأوشن على ما تقدمه من دعم أكاديمي للطلاب الباحثين، ولكل من سيسهم لاحقاً من المسؤولين والعاملين في المستشفيات المستهدفة بالمشاركة في هذه الدراسة الميدانية.

مقدمة

تشهد أنظمة الرعاية الصحية حول العالم تحولات هيكلية متسارعة، إذ تتجه العديد من الحكومات نحو إعادة صياغة نماذج تقديم الخدمات الصحية عبر برامج الخصخصة والشراكة مع القطاع الخاص، سعياً لتحسين الكفاءة التشغيلية، وترشيد الإنفاق العام، ورفع جودة الرعاية المقدمة للمرضى. وتُعد المملكة العربية السعودية من الدول التي تبنت هذا التوجه ضمن رؤية 2030، حيث يمثل تحويل المستشفيات الحكومية إلى كيانات مستقلة أو مخصصة أحد المحاور الجوهرية لبرنامج التحول الصحي، الذي يستهدف تطوير نموذج رعاية صحية متكامل يركز على الوقاية والقيمة المقدمة للمريض بدلاً من الكم.

وقد رافق هذا التوجه إطلاق عدد من المبادرات التنظيمية والتشريعية الهادفة إلى فصل الأدوار بين مقدمي الخدمة والمنظم والمشتري، وإنشاء تجمعات صحية تُدار وفق مبادئ الحوكمة المؤسسية الحديثة. وتقوم فلسفة هذا التحول على افتراض أن تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة - من شفافية، ومساءلة، ووضوح في توزيع الأدوار والصلاحيات - سيؤدي إلى تحسين الأداء التشغيلي والمالي للمنشآت الصحية، وتعزيز قدرتها التنافسية، وتحسين تجربة المريض بشكل عام.

إلا أن الواقع العملي يكشف أن نجاح هذا التحول لا يتوقف فقط على سلامة التصميم المؤسسي والتشريعي، بل يرتبط بدرجة كبيرة بمدى تقبل الكوادر البشرية العاملة في القطاع الصحي لهذا التحول، وقدرتها على التكيف مع الأنظمة والهياكل الجديدة. فالعنصر البشري يُعد الركيزة الأساسية لنجاح أي تحول مؤسسي، إذ إن أفضل الأنظمة والسياسات قد تفشل في التطبيق إذا لم تحظَ بقبول ودعم من القائمين على تنفيذها ميدانياً. وتشير أدبيات إدارة التغيير التنظيمي إلى أن مقاومة التغيير ظاهرة طبيعية ومتوقعة في أي عملية تحول مؤسسي، إلا أنها تصبح أكثر حدة في القطاعات ذات الطابع الإنساني والحساس كالقطاع الصحي، حيث يرتبط أداء الأفراد مباشرة بحياة المرضى وسلامتهم. فالأطباء والممرضون والإداريون في المستشفيات الحكومية اعتادوا لعقود على أنظمة عمل حكومية تتسم بالاستقرار الوظيفي والتدرج الإداري التقليدي، وهو ما يجعل الانتقال إلى نماذج حوكمة القطاع الخاص أو شبه الخاص مصدر قلق وتوجس لدى شريحة واسعة منهم.

وتزداد أهمية هذا الموضوع في ظل التوجه المتسارع نحو توسيع نطاق برامج الخصخصة الصحية في المملكة خلال السنوات القادمة، مما يستدعي فهمًا عميقًا للعوامل البشرية والتنظيمية التي تحدد نجاح أو فشل هذه البرامج. فمن دون معالجة جذرية لمصادر مقاومة التغيير، قد تتحول برامج الإصلاح الطموحة إلى مجرد تغييرات شكلية لا تنعكس فعليًا على جودة الخدمة أو كفاءة الأداء.

من هذا المنطلق، يسعى هذا البحث إلى دراسة العلاقة بين متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية ومقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية في المستشفيات السعودية الخاضعة لبرامج الخصخصة والتحول الصحي، بهدف الوصول إلى فهم أعمق للعوامل التي تسهم في تخفيف حدة هذه المقاومة، وتقديم إطار عملي يمكن أن تستند إليه الجهات المعنية بإدارة هذا التحول، سواء على مستوى وزارة الصحة أو على مستوى إدارات المستشفيات المعنية مباشرة بالتنفيذ.

ويتناول البحث في فصوله اللاحقة استعراضًا لمشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها وتساقولاتها وفروضها، ثم يعرض الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة محليًا وإقليميًا ودوليًا، مع تحليل نقدي لأوجه الاتفاق والاختلاف بينها، قبل الانتقال إلى منهجية البحث وأدواته وأساليب تحليل البيانات، وصولًا إلى حدود الدراسة والخطة الزمنية المقترحة لتنفيذها، وقائمة المراجع المعتمدة.

تعريفات إجرائية لمصطلحات الدراسة

الحوكمة الصحية:

تُعرف إجرائيًا في هذه الدراسة بأنها مجموعة الأنظمة والسياسات والآليات التي تحدد كيفية اتخاذ القرارات في المنشأة الصحية، وتوزيع الأدوار والمسؤوليات بين الإدارة والعاملين، بما يضمن الشفافية والمساءلة وتحقيق أهداف المنشأة بكفاءة وفعالية.

مقاومة التغيير:

تُعرف إجرائيًا بأنها مجموعة السلوكيات والمواقف السلبية - الظاهرة والكامنة - التي يُبديها الأفراد تجاه عملية تحول تنظيمي معينة، وتتراوح بين الرفض الصريح، والتباطؤ في التنفيذ، وضعف المشاركة، وصولًا إلى محاولات تعطيل التغيير أو إفشاله.

الخصخصة الصحية:

تُعرّف إجرائيًا بأنها العملية التي يتم بموجبها تحويل ملكية أو إدارة أو تشغيل المنشآت الصحية الحكومية كليًا أو جزئيًا إلى جهات خاصة أو شبه خاصة، بهدف تحسين الكفاءة التشغيلية والمالية مع الحفاظ على جودة الخدمة المقدمة للمستفيدين.

الكوادر الطبية والإدارية:

يُقصد بها في هذه الدراسة جميع العاملين في المستشفيات المستهدفة من الأطباء وأعضاء هيئة التمريض والفنيين الصحيين، إضافة إلى الموظفين الإداريين على اختلاف مستوياتهم الوظيفية.

متطلبات الحوكمة الصحية:

تُعرّف إجرائيًا بأنها مجموعة الشروط والممارسات التنظيمية والتشريعية والتواصلية والقيادية التي ينبغي توفرها في المنشأة الصحية لضمان تطبيق فعال ومستدام لمبادئ الحوكمة أثناء عمليات التحول والخصخصة، وتُقاس في هذه الدراسة من خلال أربعة أبعاد فرعية هي: البُعد التنظيمي، والبُعد التشريعي، والبُعد التواصل، والبُعد القيادي.

مشكلة الدراسة

على الرغم من الجهود الكبيرة التي تبذلها وزارة الصحة والجهات المشرفة على برامج التحول الصحي في المملكة العربية السعودية لتطبيق أطر حوكمة متقدمة في المستشفيات المرشحة للخصخصة، فإن العديد من التقارير القطاعية والدراسات الأولية تشير إلى أن نسبة معتبرة من مبادرات التحول لا تحقق أهدافها المخطط لها في الوقت المحدد، أو تواجه تعثرًا في مراحل التنفيذ، وذلك لأسباب تنظيمية وبشرية أكثر منها تقنية أو مالية. ويلاحظ من خلال الاطلاع على تجارب ميدانية ومقابلات أولية غير رسمية مع عدد من العاملين في مستشفيات خاضعة للتحول، وجود مظاهر متعددة لمقاومة التغيير، تتراوح بين التردد في تطبيق الإجراءات الجديدة، والمقاومة الصامتة عبر التباطؤ في الأداء أو التمسك بالإجراءات القديمة، وصولًا إلى حالات من عدم الرضا الوظيفي والرغبة في ترك العمل أو الانتقال إلى منشآت حكومية أخرى لم تخضع للتحول بعد.

وتتعدد أسباب هذه المقاومة بين القلق من فقدان الاستقرار الوظيفي والامتيازات المكتسبة، وغموض الأدوار والمسؤوليات الجديدة في ظل الهياكل التنظيمية المعدلة، وضعف قنوات التواصل بين الإدارة العليا والعاملين أثناء مراحل التحول، وضعف إشراك الكوادر التنفيذية في صياغة سياسات وإجراءات التحول منذ البداية، مما يجعلها تشعر بأنها متلقٍ للقرار لا شريكاً فيه.

وتكمن مشكلة الدراسة في أن غياب متطلبات واضحة ومحددة لتطبيق الحوكمة الصحية - كالشفافية في اتخاذ القرار، ووضوح الهياكل التنظيمية والتشريعية، وفعالية قنوات التواصل الداخلي، وإشراك العاملين في صياغة سياسات التحول - يُسهم في تعميق فجوة الثقة بين الإدارة والعاملين، ويرفع من مستوى المقاومة، مما يهدد استدامة نتائج برامج الخصخصة والتحول الصحي على المدى الطويل، وقد ينعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في نهاية المطاف.

ومن هنا تنبثق المشكلة البحثية الرئيسية في التساؤل التالي: ما المتطلبات اللازمة توفرها عند تطبيق الحوكمة الصحية للحد من مقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية أثناء عمليات الخصخصة؟ وتتفرع عن هذا التساؤل الرئيسي مجموعة من التساؤلات الفرعية التي سيتم تناولها بالتفصيل في الأقسام اللاحقة من هذا العرض.

أهمية الدراسة

(أ) الأهمية العلمية:

- إثراء الأدب النظري في مجال الحوكمة الصحية من خلال ربطه بشكل مباشر بمتغير مقاومة التغيير التنظيمي، وهو ربط لم يحظَ باهتمام كافٍ في الدراسات العربية.
- سد فجوة في الأدبيات المتعلقة بمتطلبات تطبيق الحوكمة أثناء عمليات الخصخصة الصحية تحديداً، بعيداً عن الطرح العام لمفهوم الحوكمة المؤسسية.
- تقديم إطار نظري متكامل يجمع بين نظريات الحوكمة المؤسسية وإدارة التغيير التنظيمي ونظرية أصحاب المصلحة، يمكن أن يُستفاد منه في دراسات مستقبلية مشابهة في قطاعات خدمية أخرى.

- إثراء المكتبة البحثية العربية بدراسة ميدانية تطبيقية في بيئة سعودية، تسهم في فهم خصوصية السياق المحلي مقارنة بالدراسات الغربية.

- توفير أداة بحثية (استبيان) تم التحقق من صدقها وثباتها، يمكن أن تُستخدم من قبل باحثين آخرين في دراسات مماثلة.

ب) الأهمية التطبيقية:

- تزويد صناع القرار في وزارة الصحة والهيئات المشرفة على التحول الصحي بتوصيات عملية قابلة للتطبيق لإدارة عمليات التخصص بفعالية أكبر.

- مساعدة إدارات المستشفيات المخصصة على تصميم برامج تهيئة وتواصل داخلي تقلل من حدة المقاومة لدى الكوادر الطبية والإدارية.

- تطوير مؤشرات عملية يمكن الاستعانة بها لقياس جاهزية الكوادر البشرية للتغيير قبل الشروع في عمليات التحول.

- توفير مرجعية عملية للمستشارين والخبراء العاملين في مشاريع إصلاح القطاع الصحي داخل المملكة ودول الخليج.

- دعم متخذي القرار في تصميم برامج تدريبية وتوعوية موجهة للكوادر الطبية والإدارية أثناء مراحل التحول المختلفة.

أهداف الدراسة

الهدف العام:

تحديد متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية اللازمة لتقليل مقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية أثناء عمليات التخصص والتحول الصحي في المستشفيات السعودية.

الأهداف الخاصة:

- تحديد أبرز مظاهر ومسببات مقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية أثناء عمليات الخصخصة.
- تحليل متطلبات الحوكمة الصحية (التنظيمية، والتشريعية، والتواصلية، والقيادية) الأكثر تأثيرًا في تقليل هذه المقاومة.
- قياس طبيعة وقوة العلاقة بين مستوى تطبيق الحوكمة الصحية ودرجة مقاومة التغيير لدى العينة المستهدفة.
- الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في درجة مقاومة التغيير تبعًا للمتغيرات الديموغرافية (الفئة الوظيفية، سنوات الخبرة، المستوى الإداري).
- تقديم إطار مقترح وتوصيات عملية لإدارات المستشفيات لتعزيز قبول التغيير أثناء برامج الخصخصة.

تساؤلات الدراسة

- ما أبرز مظاهر ومسببات مقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية أثناء الخصخصة؟
- ما متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية الأكثر تأثيرًا في الحد من مقاومة التغيير؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق الحوكمة الصحية ودرجة مقاومة التغيير؟
- هل تختلف درجة مقاومة التغيير باختلاف الفئة الوظيفية (طبية/إدارية) أو سنوات الخبرة أو المستوى الإداري؟
- ما أهم التوصيات والآليات العملية التي يمكن أن تسهم في تعزيز تقبل التغيير لدى الكوادر أثناء عمليات التحول؟

فروض الدراسة

الفرضية الرئيسية:

توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين مستوى تطبيق متطلبات الحوكمة الصحية ودرجة مقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية.

الفرضيات الفرعية:

- H1: توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين وضوح الأطر التنظيمية والتشريعية للحكومة ومستوى مقاومة التغيير.
- H2: تؤثر فعالية قنوات التواصل الداخلي أثناء التحول بشكل سلبي ودالّ إحصائيًا على درجة المقاومة.
- H3: يؤثر إشراك العاملين في صياغة سياسات التحول بشكل سلبي ودالّ إحصائيًا على درجة مقاومة التغيير.
- H4: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة مقاومة التغيير تُعزى لمتغير الفئة الوظيفية (طبية/إدارية).
- H5: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة مقاومة التغيير تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات المتعلقة بالحكومة الصحية

تناولت دراسة العتيبي (2021) واقع الحكومة في المستشفيات الحكومية السعودية المرشحة للخصخصة، واستخدمت منهجاً كمياً عبر استبيان طُبّق على عينة من 200 موظف إداري وطبي في ثلاث مناطق، وخلصت الدراسة إلى أن ضعف وضوح الأدوار وتداخل الصلاحيات من أبرز معوقات تطبيق الحكومة. وقد قدمت الدراسة أدلة كمية قوية، غير أنها لم تتناول بشكل مباشر العلاقة بين متطلبات الحكومة ومقاومة التغيير، وهو ما يعالجه البحث الحالي.

كما أجرت دراسة القحطاني وآخرون (2022) تحليلاً مقارناً لأنظمة الحكومة في المستشفيات الحكومية والخاصة بالملكة، معتمدة على تحليل الوثائق والمقابلات مع 15 مسؤولاً، وتوصلت إلى أن المستشفيات الخاصة تتميز بمرونة أكبر في هياكل اتخاذ القرار مقارنة بالقطاع الحكومي. وركزت الدراسة على البعد الهيكلي دون التطرق لأثر ذلك على سلوك العاملين تجاه التغيير.

وفي دراسة دولية، بحث (Jones & Barry 2019) في أثر تطبيق معايير الحوكمة السريرية على جودة الخدمات الصحية في مستشفيات بريطانية خاضعة للإصلاح، مستخدمين منهجًا كميًا على عينة من 400 ممارس صحي، وأظهرت النتائج تحسنًا ملموسًا في مؤشرات السلامة المرضية مع تطبيق الحوكمة السريرية، إلا أن الدراسة لم تتطرق لبُعد مقاومة التغيير التنظيمي بشكل مباشر.

وأضافت دراسة (Greer et al. 2018) تحليلًا مقارنًا لأنظمة الحوكمة الصحية في خمس دول أوروبية مرت بإصلاحات هيكلية مشابهة، وخلصت إلى أن الدول التي اعتمدت نهجًا تشاركيًا في صياغة سياسات الحوكمة حققت معدلات أعلى من القبول المؤسسي للتحويل مقارنة بالدول التي فرضت الإصلاحات بشكل مركزي دون تشاور كافٍ.

ثانيًا: الدراسات المتعلقة بمقاومة التغيير التنظيمي

بحثت دراسة الزهراني (2022) مقاومة التغيير التنظيمي في القطاع الصحي السعودي بشكل عام، معتمدة على المنهج الكيفي عبر مقابلات معمقة مع 12 مديرًا في مستشفيات حكومية، وتوصلت إلى أن القلق الوظيفي، والغموض في السياسات، وضعف الثقة بالإدارة العليا من أبرز أسباب المقاومة. ومع أهمية نتائجها النوعية، فقد اقتصرَت الدراسة على البعد الإداري العام دون ربطه بمتطلبات الحوكمة تحديدًا.

وفي سياق دولي، تناولت دراسة (Alonazi 2020) العلاقة بين أنماط القيادة التحويلية ومقاومة التغيير في المستشفيات السعودية الخاضعة للإصلاح، مستخدمة استبيانًا على عينة من 250 ممرضًا وإداريًا، وأظهرت أن القيادة الداعمة والمشاركة في اتخاذ القرار تقلل من حدة المقاومة بشكل ملحوظ. وتختلف هذه الدراسة عن البحث الحالي في تركيزها على متغير القيادة بدلًا من متطلبات الحوكمة كمتغير رئيسي مستقل.

كما قدّم (Oreg et al. 2011) مراجعة تحليلية شاملة لأكثر من 60 دراسة حول محددات مقاومة التغيير التنظيمي في قطاعات متعددة، وخلصت إلى أن العوامل الشخصية كالقلق من المجهول، والعوامل السياقية كجودة التواصل وعدالة الإجراءات، هي الأكثر تفسيرًا لتباين درجات المقاومة بين الأفراد. وتُعد هذه الدراسة مرجعية مهمة في بناء الإطار النظري للبحث الحالي، رغم عدم تخصصها بالقطاع الصحي.

وأشارت دراسة المطيري (2020) إلى أن مستوى الثقة التنظيمية يُعد متغيرًا وسيطًا مهمًا بين وضوح سياسات التغيير ودرجة المقاومة لدى العاملين في القطاع الحكومي السعودي بشكل عام، مستخدمة عينة من 180 موظفًا من قطاعات خدمية متعددة، وهو ما يفتح المجال لاستكشاف دور الثقة التنظيمية كمتغير وسيط محتمل في سياق الحوكمة الصحية أيضًا.

ثالثًا: الدراسات المتعلقة بالخصخصة الصحية

درست الحربي (2021) تجارب الخصخصة الجزئية في مستشفيات سعودية مختارة، معتمدة على دراسة حالة وصفية لثلاث منشآت صحية، وخلصت إلى أن نجاح التحول ارتبط بدرجة كبيرة بمدى وضوح الرؤية الاستراتيجية وتوفر برامج تهيئة مسبقة للعاملين. وقد أشارت الدراسة إلى دور الحوكمة كعامل مساعد، دون قياسه إحصائيًا بشكل مباشر.

وفي دراسة إقليمية، بحث Khoja et al. (2017) تحديات إصلاح القطاع الصحي في دول مجلس التعاون الخليجي بما فيها برامج الخصخصة، عبر تحليل وثائقي لسياسات صحية في ست دول، وخلص إلى أن غياب أطر حوكمة واضحة ومحددة يُعد من أبرز العوائق المشتركة أمام نجاح برامج الإصلاح الصحي في المنطقة.

كما تناولت دراسة العنزي (2023) أثر الخصخصة على الرضا الوظيفي للكوادر الطبية في مستشفيات سعوديين خضعوا للتحول، باستخدام استبيان على عينة من 220 موظفًا، وخلصت إلى وجود انخفاض ملحوظ في مستوى الرضا الوظيفي خلال الأشهر الأولى من التحول، يعاود التحسن تدريجيًا مع مرور الوقت ووضوح السياسات الجديدة، مما يؤكد أهمية العامل الزمني في دراسة ظاهرة المقاومة.

رابعًا: تحليل ومقارنة الدراسات السابقة

يتضح من استعراض الدراسات السابقة أن هناك اتفاقًا عامًا على أهمية الحوكمة الصحية من جهة، وعلى وجود مقاومة تنظيمية ملموسة تجاه برامج التحول والخصخصة من جهة أخرى. إلا أن الدراسات اختلفت في مناهجها؛ إذ اعتمدت بعضها المنهج الكمي (العتيبي 2021، Jones & Barry 2019)، بينما اعتمدت أخرى المنهج الكيفي (الزهراني 2022، القحطاني وآخرون 2022)، وهو ما يبرر اعتماد الدراسة الحالية للمنهج المختلط للجمع بين عمق الفهم النوعي ودقة القياس الكمي.

كما تباينت النتائج حول العوامل الأكثر تأثيرًا في المقاومة؛ فبينما ركزت بعض الدراسات على البعد القيادي، ركزت أخرى على وضوح الأدوار أو جودة التواصل أو الثقة التنظيمية، وهو تباين يعكس اختلاف السياقات المؤسسية والثقافية بين الدراسات، ويؤكد الحاجة لدراسة تجمع هذه الأبعاد ضمن إطار واحد يربطها مباشرة بمتطلبات الحوكمة الصحية. كما يلاحظ أن معظم الدراسات المحلية ركزت على مرحلة واحدة من مراحل التحول، بينما لم تتناول أي منها البعد الزمني لتطور المقاومة عبر مراحل الخصخصة المختلفة بشكل منهجي، وهو ما ستحاول الدراسة الحالية الإشارة إليه من خلال المرحلة النوعية.

خامسًا: دراسات إضافية ذات صلة

تناولت دراسة الشمري (2023) دور التدريب والتأهيل في تقليل مقاومة التغيير أثناء تطبيق أنظمة إدارية جديدة في القطاع الصحي السعودي، معتمدة على منهج شبه تجريبي بمجموعتين (تجريبية وضابطة) من العاملين في مستشفى حكومي واحد، وخلصت إلى أن البرامج التدريبية المكثفة قبل وأثناء التحول تسهم في خفض مستوى المقاومة بشكل ذي دلالة إحصائية مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق تدريبًا مماثلًا.

وفي دراسة مقارنة أخرى، بحث (Fernandez & Rainey 2006) العوامل المحددة لنجاح التغيير التنظيمي في القطاع العام بشكل عام، مستعرضين ثمانية عوامل رئيسية من أبرزها ضمان دعم القيادة العليا، وبناء ائتلاف داعم للتغيير، ووضوح الرؤية والاستراتيجية، وإيجاد حوافز للتغيير، وهي عوامل تتقاطع بشكل كبير مع أبعاد الحوكمة الصحية التي تتناولها الدراسة الحالية، رغم أن دراستهما لم تكن مخصصة للقطاع الصحي أو لسياق الخصخصة تحديدًا.

ويلاحظ الباحث من خلال استعراض هذه الدراسة الإضافية أن التدريب والتأهيل يمثلان أحد المتطلبات العملية المهمة لتطبيق الحوكمة الصحية بفعالية، وهو ما سيؤخذ بعين الاعتبار عند صياغة فقرات الاستبيان الخاصة بالبُعد القيادي والتواصلي في الدراسة الحالية.

الفجوة البحثية

رغم تعدد الدراسات التي تناولت الحوكمة الصحية بشكل منفصل، والدراسات التي تناولت مقاومة التغيير التنظيمي بشكل عام في القطاع الصحي، فإن الأدبيات المتاحة - في حدود اطلاع الباحث - لم تربط بشكل مباشر ومحدد بين متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية (التنظيمية والتشريعية والتواصلية والقيادية) ومقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية تحديداً في سياق الخصخصة الصحية بالمملكة العربية السعودية.

كما أن معظم الدراسات السابقة اعتمدت إما المنهج الكمي وحده أو الكيفي وحده، دون الجمع بينهما بأسلوب المنهج المختلط الذي يتيح فهماً أعمق للظاهرة من الناحيتين الكمية والنوعية معاً. ويُلاحظ أيضاً غياب دراسات تتناول دور المتغيرات الوسيطة، كجودة التواصل الداخلي ومستوى إشراك العاملين، في العلاقة بين الحوكمة ومقاومة التغيير ضمن السياق الصحي السعودي تحديداً.

وتسعى الدراسة الحالية إلى معالجة هذه الفجوة من خلال بناء نموذج بحثي متكامل يربط بين متغيرات الحوكمة الصحية ومقاومة التغيير، مع الأخذ بعين الاعتبار الدور الوسيط لجودة التواصل ومستوى المشاركة، ويُختبر هذا النموذج ميدانياً في بيئة المستشفيات السعودية الخاضعة لبرامج التحول باستخدام منهج مختلط يجمع بين عمق التحليل النوعي ودقة القياس الكمي.

المنطلقات النظرية للدراسة

تستند الدراسة إلى إطار نظري متعدد الأبعاد يجمع بين ثلاث نظريات رئيسية:

أولاً: نظرية الحوكمة المؤسسية، والتي تركز على أهمية آليات المساءلة، والشفافية، ووضوح توزيع السلطة والصلاحيات بين مكونات المنظمة، وتُستخدم في هذه الدراسة لتفسير الأبعاد التنظيمية والتشريعية لمتطلبات الحوكمة الصحية أثناء عمليات التحول. وتفترض هذه النظرية أن جودة الأنظمة والهياكل الرقابية تُعد شرطاً ضرورياً وإن لم يكن كافياً لنجاح أي تحول مؤسسي.

ثانياً: نظرية إدارة التغيير التنظيمي، وتحديداً نموذج Kotter للتغيير الثماني الخطوات (1996)، والذي يفسر مراحل تبني التغيير التنظيمي بدءاً من خلق شعور بالإلحاح، مروراً ببناء ائتلاف قيادي وصياغة رؤية واضحة للتغيير وتمكين العاملين من التصرف وفق هذه الرؤية، وصولاً إلى ترسيخ التغيير في الثقافة المؤسسية. ويُستخدم هذا النموذج في الدراسة الحالية لفهم أسباب ومراحل ظهور مقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية، وتحديد النقاط الحرجة التي تستدعي تدخلات حوكمية معينة.

ثالثاً: نظرية أصحاب المصلحة لفريمان (1984)، والتي تفترض أن نجاح أي تحول مؤسسي يتوقف على مدى مراعاة مصالح مختلف الأطراف المعنية، وتُستخدم لتفسير تباين مواقف الفئات الوظيفية المختلفة (الأطباء، التمريض، الإداريين) تجاه عمليات الخصخصة والتحول الصحي، وتبرير أهمية إشراك هذه الفئات في صياغة سياسات التحول بدلاً من فرضها عليها.

ومن خلال دمج هذه النظريات الثلاث، يقترح الباحث نموذجاً مفاهيمياً يربط متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية كمتغير مستقل، بمقاومة التغيير التنظيمي كمتغير تابع، مع الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات الوسيطة المتمثلة في جودة التواصل الداخلي، ومستوى إشراك العاملين في صياغة القرارات، والمتغيرات الديموغرافية كمتغيرات تصنيفية. ويوضح الجدول التالي متغيرات النموذج المقترح وأبعادها الفرعية:

المتغير	الأبعاد الفرعية
المتغير المستقل: متطلبات الحوكمة الصحية	البُعد التنظيمي، البُعد التشريعي، البُعد التواصل، البُعد القيادي
المتغير الوسيط	جودة التواصل الداخلي، مستوى إشراك العاملين في القرار
المتغير التابع: مقاومة التغيير	المقاومة السلوكية، المقاومة الانفعالية، المقاومة الإدراكية
المتغيرات الديموغرافية	الفئة الوظيفية، سنوات الخبرة، المستوى الإداري، المستشفى

المنهجية وطرق البحث

تعتمد الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب المنهج المختلط، الذي يجمع بين المرحلة النوعية والمرحلة الكمية على النحو التالي:

المرحلة النوعية:

تهدف هذه المرحلة إلى استكشاف متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية ومظاهر مقاومة التغيير من وجهة نظر صناع القرار، وذلك من خلال إجراء مقابلات شبه منظمة مع عينة قصدية من مديري المستشفيات ومسؤولي الحوكمة والتحول الصحي. وتُستخدم نتائج هذه المرحلة لبناء وصياغة فقرات الاستبيان الكمي بشكل أكثر دقة وملاءمة للسياق السعودي، إضافة إلى تفسير النتائج الكمية وإثرائها بأمثلة ميدانية واقعية.

المرحلة الكمية:

تهدف إلى قياس العلاقة الإحصائية بين متطلبات الحوكمة الصحية ودرجة مقاومة التغيير على عينة أوسع من الكوادر الطبية والإدارية، وذلك من خلال استبيان مُصمم بناءً على نتائج المرحلة النوعية ومراجعة الأدبيات ذات الصلة، يُطبق على عينة تمثيلية من المستشفيات المستهدفة، ثم تُحلل بياناته إحصائيًا لاختبار فرضيات الدراسة.

وتُصمم الدراسة وفق تسلسل متتابع تفسيري (Explanatory Sequential Design)، حيث تُجرى المرحلة النوعية أولاً لاستكشاف أبعاد الظاهرة، تليها المرحلة الكمية لاختبار العلاقات الإحصائية بين المتغيرات، وأخيراً تُدمج نتائج المرحلتين في مرحلة تفسيرية شاملة تجيب عن تساؤلات الدراسة وتختبر فرضياتها.

ويُبرر اختيار هذا التصميم المنهجي بأن الظاهرة موضوع الدراسة - العلاقة بين الحوكمة الصحية ومقاومة التغيير - تتسم بتعقيد نسبي يصعب فهمه بشكل كامل من خلال أداة كمية وحدها، إذ إن الاستبيان قد يكشف عن وجود علاقة إحصائية بين المتغيرات دون أن يفسر بعمق الأسباب والسياقات الكامنة وراء هذه العلاقة. لذلك، فإن المرحلة النوعية الاستكشافية الأولى تسمح للباحث بفهم أعمق للسياق المؤسسي والثقافي قبل تصميم أداة القياس الكمية، بينما تتيح المرحلة الكمية اللاحقة تعميم النتائج على نطاق أوسع من العينة، واختبار الفرضيات إحصائيًا بموضوعية ودقة أكبر. كما يراعي هذا التصميم خصوصية القطاع الصحي السعودي، الذي يتميز بتنوع الفئات الوظيفية (أطباء، تمريض، فنيون، إداريون) واختلاف مستوى إدراكها لمفهوم الحوكمة ولمفهوم مقاومة التغيير، مما يستدعي مرحلة استكشافية تسبق التطبيق الكمي الواسع لضمان ملائمة الأداة لجميع هذه الفئات.

مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الكوادر الطبية والإدارية العاملة في المستشفيات الحكومية السعودية المشمولة ببرامج التخصصية والتحول الصحي، والتي تشمل الأطباء، وأعضاء هيئة التمريض، والإداريين على مختلف المستويات الوظيفية.

وستُختار عينة عشوائية طبقية من نحو 300 موظف موزعين على مستشفيات في مدن الرياض وجدة والدمام، بما يضمن تمثيل مختلف المناطق الجغرافية والفئات الوظيفية، على أن يُراعى في اختيار العينة تمثيل نسبي متوازن بين الأطباء والتمريض والإداريين. كما ستُختار عينة قصدية إضافية من 10-12 من صناع القرار والمسؤولين عن ملفات الحوكمة والتحول الصحي في هذه المستشفيات، لأغراض إجراء المقابلات النوعية في المرحلة الأولى من الدراسة.

وسيتم تحديد حجم العينة الكمية بالاستناد إلى معادلات تحديد حجم العينة الإحصائية المعتمدة، مع مراعاة نسبة استجابة متوقعة تتراوح بين 70-80% من الاستبيانات الموزعة، وسيتم توزيع الاستبيان إلكترونياً وورقياً لضمان أعلى معدل استجابة ممكن، مع مراعاة سرية البيانات وطوعية المشاركة.

أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة على أداتين رئيسيتين لجمع البيانات:

- دليل مقابلة شبه منظمة مكون من (10-12) سؤالاً مفتوحاً، موجه لمديري الحوكمة والتحول الصحي، يتناول متطلبات تطبيق الحوكمة ومظاهر مقاومة التغيير من وجهة نظرهم، مع أسئلة استكشافية حول التحديات والحلول المقترحة.
- استبيان مكون من ثلاثة أجزاء رئيسية: الجزء الأول يتضمن البيانات الديموغرافية (الفئة الوظيفية، سنوات الخبرة، المستوى الإداري، المستشفى): الجزء الثاني يتضمن مقياس ليكرت الخماسي لقياس متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية موزعة على أربعة أبعاد (تنظيمية، تشريعية، تواصلية، قيادية) بواقع 20-24 فقرة؛ والجزء الثالث يتضمن مقياس ليكرت الخماسي لقياس درجة مقاومة التغيير بواقع 12-15 فقرة موزعة على الأبعاد السلوكية والانفعالية والإدراكية للمقاومة.
- سيتم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الإدارة الصحية وإدارة الموارد البشرية للتحقق من صدق المحتوى، مع إجراء التعديلات اللازمة بناءً على ملاحظاتهم.

- سيتم إجراء دراسة استطلاعية (Pilot Study) على عينة صغيرة من 30 موظفًا للتأكد من وضوح الفقرات ومناسبتها قبل التطبيق النهائي.
- سيتم حساب معامل ثبات كرونباخ ألفا لكل بُعد من أبعاد الاستبيان للتأكد من ثبات الأداة الداخلي، مع استهداف معامل ثبات لا يقل عن 0.70 لكل بُعد.

أساليب التحليل الإحصائي

- سيتم تحليل البيانات الكمية باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS، وذلك عبر الأساليب التالية:
- التحليل الوصفي: حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة ومستويات المتغيرات.
- معامل ارتباط بيرسون لاختبار طبيعة وقوة العلاقة بين متطلبات الحوكمة الصحية ومقاومة التغيير.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار أثر أبعاد الحوكمة الصحية كمتغيرات مستقلة على مقاومة التغيير كمتغير تابع.
- تحليل الوساطة (Mediation Analysis) لاختبار الدور الوسيط لجودة التواصل الداخلي ومستوى إشراك العاملين في العلاقة بين الحوكمة ومقاومة التغيير.
- اختبار (t-test) للعينات المستقلة لدراسة الفروق في درجة مقاومة التغيير تبعًا لمتغير الفئة الوظيفية (طبية/إدارية).
- تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق تبعًا لمتغيرات سنوات الخبرة والمستوى الإداري، مع استخدام اختبارات البعدية (Post Hoc) عند الحاجة.
- التحليل الموضوعي النوعي (Thematic Analysis) لبيانات المقابلات شبه المنظمة، لاستخلاص الأنماط والموضوعات الرئيسية المتكررة في إجابات المشاركين، باستخدام الترميز المفتوح والمحوري.

حدود الدراسة

أ) المجال البشري:

- مجتمع الدراسة: الكوادر الطبية والإدارية العاملة في المستشفيات الحكومية السعودية الخاضعة لبرامج التخصصية والتحول الصحي.
- عينة الدراسة: نحو 300 موظف (أطباء، تمريض، إداريون) من مستشفيات في مدن الرياض وجدة والدمام، إضافة إلى عينة قصدية من 10-12 من صناعات القرار.

ب) المجال المكاني:

تقتصر الدراسة جغرافيًا على المستشفيات الحكومية الخاضعة لبرامج التخصصية والتحول الصحي في المملكة العربية السعودية، وتحديدًا في مدن الرياض وجدة والدمام، نظرًا لتركز عدد كبير من المستشفيات الخاضعة للتحول في هذه المناطق.

ج) المجال الزمني:

ستُجرى عملية جمع البيانات الميدانية خلال الربع الثاني من عام 2026، على أن تمتد فترة الدراسة الكلية من بداية عام 2025 حتى نهاية عام 2026،

وفق الخطة الزمنية الموضحة في الجدول التالي:

المرحلة	الأنشطة	المدة الزمنية
الأولى	مراجعة الأدبيات وبناء الإطار النظري	شهر ونصف
الثانية	تصميم أدوات الدراسة وتحكيمها	شهر
الثالثة	إجراء المقابلات النوعية وتحليلها	شهر ونصف
الرابعة	توزيع الاستبيان وجمع البيانات الكمية	شهران
الخامسة	التحليل الإحصائي والنوعي للبيانات	شهر ونصف
السادسة	كتابة التقرير النهائي والتوصيات	شهر

النتائج المتوقعة للدراسة

بناءً على الإطار النظري ومراجعة الدراسات السابقة، يتوقع الباحث التوصل إلى مجموعة من النتائج، من أبرزها:

- وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق متطلبات الحوكمة الصحية ودرجة مقاومة التغيير، بحيث كلما ارتفع مستوى وضوح الأطر التنظيمية والتشريعية، انخفضت درجة المقاومة لدى الكوادر.
 - تفوق البُعد التواصل والُبُعد القيادي من أبعاد الحوكمة الصحية في تفسير التباين في درجة مقاومة التغيير، مقارنة بالبُعد التنظيمي والتشريعي.
 - وجود دور وسيط ذي دلالة إحصائية لجودة التواصل الداخلي ومستوى إشراك العاملين في العلاقة بين متطلبات الحوكمة ومقاومة التغيير.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة مقاومة التغيير تُعزى للفرقة الوظيفية، بحيث تكون درجة المقاومة لدى الكوادر الطبية أعلى نسبتياً من الكوادر الإدارية، نظراً لطبيعة العلاقة المباشرة بين الأطباء والمرضى وحساسيتهم تجاه أي تغيير قد يؤثر على جودة الرعاية.
 - تباين مصادر المقاومة بين المراحل المبكرة والمتأخرة من عملية التحول، إذ يُتوقع أن تكون المقاومة أعلى في المراحل الأولى قبل وضوح السياسات والإجراءات الجديدة، ثم تتراجع تدريجياً مع تحسن التواصل ووضوح الأدوار.
- وستُقارن هذه النتائج المتوقعة بنتائج الدراسات السابقة عند مناقشة النتائج الفعلية بعد جمع البيانات وتحليلها، للوقوف على أوجه الاتفاق والاختلاف وتفسيرها في ضوء خصوصية السياق السعودي.

ملحق (أ): دليل المقابلة شبه المنظمة

يوجّه هذا الدليل لمديري المستشفيات ومسؤولي الحوكمة والتحول الصحي، ويتضمن الأسئلة التالية:

- كيف تصف واقع تطبيق الحوكمة الصحية في مستشفياتكم خلال مرحلة التحول الحالية؟
- ما أبرز التحديات التنظيمية والتشريعية التي واجهتكم عند تطبيق متطلبات الحوكمة؟
- ما مظاهر مقاومة التغيير التي لاحظتموها لدى الكوادر الطبية والإدارية؟
- في رأيكم، ما الأسباب الرئيسية وراء هذه المقاومة؟
- كيف تُدار قنوات التواصل مع العاملين أثناء مراحل التحول المختلفة؟
- إلى أي مدى تم إشراك العاملين في صياغة سياسات وإجراءات التحول؟
- ما الإجراءات أو المبادرات التي اتخذت للحد من مقاومة التغيير؟
- كيف تقيّمون فعالية هذه الإجراءات حتى الآن؟
- هل لاحظتم تبايناً في درجة المقاومة بين الفئات الوظيفية المختلفة (أطباء، تمريض، إداريين)؟
- هل تغيرت درجة المقاومة عبر مراحل التحول المختلفة؟ وكيف؟
- ما التوصيات التي تفترحونها لتحسين إدارة التغيير في المستشفيات الأخرى التي ستخضع للتحول مستقبلاً؟
- هل هناك أي جوانب أخرى تودون إضافتها لم تتطرق إليها الأسئلة السابقة؟

ملحق (ب): نموذج استبيان الدراسة

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية

- الفئة الوظيفية: طبيب / عضو هيئة تمريض / فني صحي / إداري
- سنوات الخبرة: أقل من 5 سنوات / 5-10 سنوات / 11-15 سنة / أكثر من 15 سنة

• المستوى الإداري: تنفيذي / إشرافي / قيادي

• المستشفى: (يُذكر اسم المستشفى)

الجزء الثاني: مقياس متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية

البُعد التنظيمي:

- توجد هياكل تنظيمية واضحة تحدد الأدوار والمسؤوليات بعد التحول.
- تُطبَّق آليات واضحة للمساءلة والمحاسبة على الأداء.
- تتوفر أنظمة رقابة داخلية فعالة لمتابعة تنفيذ سياسات التحول.
- يوجد وضوح في تسلسل اتخاذ القرار داخل المستشفى بعد التحول.
- تُحدَّث اللوائح التنظيمية بما يتناسب مع متطلبات المرحلة الجديدة.
- تتوفر آليات لتقييم أداء الإدارات المختلفة بشكل دوري وشفاف.

البُعد التشريعي:

- تتوافق سياسات التحول مع الأنظمة والتشريعات الصحية المعتمدة.
- تُوضَّح الحقوق والواجبات الوظيفية بشكل رسمي ومكتوب.
- توجد ضمانات تشريعية تحمي حقوق العاملين أثناء عملية التحول.
- تُطبَّق العقود الوظيفية الجديدة بشفافية ووضوح كافيين.
- تتوفر آليات رسمية للتظلم وتقديم الشكاوى المتعلقة بإجراءات التحول.

- تُراجَع السياسات التشريعية بشكل دوري بما يواكب مستجدات التحول.

البُعد التواصلّي:

- تُبلَّغ القرارات المتعلقة بالتحول للعاملين في وقت مناسب.
- تتوفر قنوات تواصل فعالة بين الإدارة العليا والعاملين أثناء التحول.
- تُجرى لقاءات دورية لتوضيح مستجدات عملية التحول للعاملين.
- تُتاح الفرصة للعاملين لطرح استفساراتهم ومخاوفهم بحرية.
- تُقدَّم تغذية راجعة واضحة للعاملين حول أدائهم بعد التحول.

البُعد القيادي:

- تُبدي القيادة العليا دعمًا واضحًا لعملية التحول أمام العاملين.
- تُشرك القيادات الوسطى في صياغة وتنفيذ خطط التحول.
- تتعامل القيادة مع مخاوف العاملين بجدية واهتمام.
- تُظهر القيادة نموذجًا قدوة في تبني قيم الحوكمة الجديدة.

الجزء الثالث: مقياس مقاومة التغيير

المقاومة السلوكية:

- ألاحظ تباطؤًا في تنفيذ الإجراءات الجديدة المرتبطة بالتحول لدى بعض الزملاء.
- يميل بعض العاملين إلى التمسك بأساليب العمل القديمة رغم صدور تعليمات جديدة.

- لاحظتُ زيادة في طلبات النقل أو الاستقالة منذ بدء عملية التحول.

المقاومة الانفعالية:

- أشعر بالقلق تجاه مستقبلي الوظيفي في ظل عملية التحول.
- أشعر بعدم الارتياح تجاه التغييرات في هيكل الإدارة الجديد.
- أشعر أن التحول يهدد الاستقرار الذي اعتدت عليه في عملي.

المقاومة الإدراكية:

- أعتقد أن عملية التحول لن تحقق الفوائد المرجوة منها.
- أرى أن أسلوب إدارة عملية التحول لم يكن مناسباً.
- أعتقد أن آرائي ومخاوفي كموظف لم تؤخذ بعين الاعتبار أثناء التحول.
- أرى أن التغييرات الحالية ستؤثر سلباً على جودة الخدمة المقدمة للمرضى.

خاتمة العرض المبدئي

يمثل هذا العرض المبدئي محاولة لتقديم تصور متكامل لدراسة تجمع بين متغيرين مهمين في سياق تحول القطاع الصحي السعودي، هما متطلبات تطبيق الحوكمة الصحية ومقاومة التغيير لدى الكوادر الطبية والإدارية. وقد استعرض العرض مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها وتساولاتها وفروضها، إضافة إلى الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة، ومنهجية البحث وأدواته وأساليب تحليل بياناته، وصولاً إلى حدود الدراسة وخطتها الزمنية.

ويأمل الباحث أن تسهم نتائج هذه الدراسة، بعد استكمال مراحلها الميدانية والتحليلية، في تقديم رؤية علمية وعملية تساعد الجهات المعنية بإدارة برامج التخصص والتحول الصحي في المملكة العربية السعودية على تصميم استراتيجيات أكثر فعالية للتعامل مع مقاومة التغيير، بما يضمن تحقيق الأهداف المرجوة من هذه البرامج دون المساس باستقرار الكوادر البشرية أو جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

أخلاقيات البحث

يلتزم الباحث بمراعاة الجوانب الأخلاقية التالية طوال مراحل تنفيذ الدراسة:

- الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة من الجهات المعنية (وزارة الصحة، إدارات المستشفيات المستهدفة) قبل الشروع في جمع البيانات.
- الحصول على موافقة مستنيرة من كل مشارك في المقابلات أو الاستبيان، مع توضيح أهداف الدراسة وطبيعة المشاركة.
- ضمان السرية التامة للبيانات الشخصية للمشاركين، وعدم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي فقط.
- إتاحة حق الانسحاب من الدراسة في أي مرحلة دون أي تبعات على المشارك.
- تجنب أي أسئلة قد تُشعر المشاركين بالحرج أو تعرضهم لأي ضرر مهني أو نفسي.
- الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي في الجامعة أو الجهة المعنية قبل بدء جمع البيانات الميدانية.

الصعوبات المتوقعة وأساليب التغلب عليها

يتوقع الباحث مواجهة عدد من الصعوبات أثناء تنفيذ الدراسة، من أبرزها:

- تحفظ بعض الكوادر الطبية والإدارية على المشاركة في الاستبيان أو المقابلات خشية التأثير على وضعهم الوظيفي، وسيتم التغلب على ذلك من خلال التأكيد على سرية البيانات وطوعية المشاركة، والحصول على دعم رسمي من إدارات المستشفيات.

- صعوبة الوصول إلى بعض صناع القرار لإجراء المقابلات النوعية بسبب ضيق أوقاتهم، وسيتم التغلب على ذلك من خلال التنسيق المسبق ومرونة تحديد مواعيد المقابلات، بما في ذلك إمكانية إجرائها عن بُعد.
- احتمال انخفاض معدل الاستجابة على الاستبيان الإلكتروني، وسيتم التعامل مع ذلك من خلال إرسال تذكيرات دورية وتنويع وسائل التوزيع (إلكتروني وورقي).
- حساسية بعض الأسئلة المتعلقة بتقييم أداء الإدارة، وسيتم صياغتها بحيادية ودقة لتقليل التحيز في الإجابات.

المراجع

- Fernandez, S., & Rainey, H. G. (2006). Managing successful organizational change in the public sector. *Public Administration Review*, 66(2), 176-168.
- الشمري، ط. (2023). دور التدريب والتأهيل في تقليل مقاومة التغيير أثناء التحول الإداري في القطاع الصحي. *مجلة التدريب والتنمية الإدارية*، 14(2)، 60-79.
- Alonazi, W. B. (2020). Leadership styles and change resistance in Saudi hospitals undergoing reform. *Journal of Healthcare Leadership*, 12, 45-56.
- Alshuwaikhat, H., & Abubakar, I. (2020). Sustainable development in Saudi Arabia: Current status and future perspectives. *Sustainability*, 12(5), 212-230.
- Freeman, R. E. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge University Press
- Greer, S. L., Wismar, M., & Figueras, J. (2018). Strengthening health system governance: Better policies, stronger performance. Open University Press

Jones, L., & Barry, M. (2019). Clinical governance and quality outcomes in reforming NHS hospitals. *Health Policy Journal*, 123(4)

.322-310

Khoja, T., Rawaf, S., Qidwai, W., Rawaf, D., Nanji, K., & Hamad, A. (2017). Health care in Gulf Cooperation Council countries: A review

.of challenges and opportunities. *Cureus*, 9(11), e1586

Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business School Press

Oreg, S., Vakola, M., & Armenakis, A. (2011). Change recipients' reactions to organizational change: A 60-year review of quantitative

.studies. *Journal of Applied Behavioral Science*, 47(4), 461-524

الحري، س. (2021). تجارب التخصصة الجزئية في مستشفيات سعودية مختارة: دراسة حالة. *مجلة الإدارة الصحية العربية*, 18(3)، 130-112.

الزهراني، ن. (2022). مقاومة التغيير التنظيمي في القطاع الصحي: دراسة نوعية. *مجلة العلوم الإدارية*, 9(1)، 70-55.

العنبي، م. (2021). واقع الحوكمة في المستشفيات الحكومية السعودية المرشحة للتخصص. *مجلة الإدارة الصحية*, 15(2)، 104-88.

العنزي، ف. (2023). أثر التخصص على الرضا الوظيفي للكوادر الطبية: دراسة ميدانية. *مجلة البحوث الإدارية*, 27(1)، 58-40.

القحطاني، ع.، والدوسري، ف.، والمطيري، خ. (2022). تحليل مقارن لأنظمة الحوكمة في المستشفيات الحكومية والخاصة بالمملكة العربية السعودية.

مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية, 34(2)، 218-201.

المطيري، ب. (2020). الثقة التنظيمية كمتغير وسيط بين سياسات التغيير ومقاومته: دراسة تطبيقية. *مجلة الإدارة والأعمال*, 11(2)، 92-75.

وزارة الصحة. (2022). دليل حوكمة المنشآت الصحية في إطار برنامج التحول الصحي. الرياض.

وزارة الصحة. (2023). التقرير السنوي لبرنامج التحول الصحي. الرياض.

إعداد: أ.د. فايز علي جراد