

عنوان البحث

أثر القيادة التحويلية على الولاء الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في وزارة الصحة السعودية

إعداد الباحث/ فهد غايب الحارثي

التخصص: ماجستير إدارة صحية

الكلية: كلية الإدارة

الجامعة: جامعة ميدأوشن

الدولة: المملكة العربية السعودية

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر القيادة التحويلية بأبعادها الأربعة (التأثير المثالي، الحفز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، الاعتبار الفردي) على الولاء الوظيفي بأبعاده الثلاثة (العاطفي، المستمر، المعياري) لدى الممارسين الصحيين في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية. ولتحقيق هذا الهدف، اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم استبانة إلكترونية طُورت بالاستناد إلى مقياس القيادة متعدد العوامل (MLQ) ومقياس ألين وميجر للولاء، حيث جُمعت البيانات من عينة عشوائية بسيطة بلغت 150 ممارساً صحياً من مختلف الفئات الطبية والتمريضية والفنية، وعُولجت إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود مستوى مرتفع لممارسة القيادة التحويلية بمتوسط حسابي بلغ (3.80 من 5) ومستوى مرتفع للولاء الوظيفي بمتوسط بلغ (3.66 من 5)، مع وجود علاقة ارتباطية طردية قوية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين بلغت (0.65)، كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد أن أبعاد القيادة التحويلية تفسر ما نسبته (50.4%) من التباين الحاصل في الولاء الوظيفي، حيث كان بُعد "الحفز الإلهامي" هو الأكثر تأثيراً في التنبؤ بالولاء، يليه "التأثير المثالي"، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الولاء تعزى لمتغير سنوات الخبرة لصالح الممارسين الأكثر خبرة (أكثر من 10 سنوات)، في حين لم تظهر فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس. وبناءً على هذه النتائج، أوصت الدراسة بضرورة تصميم برامج تدريبية تخصصية ومستمرة لتمكين القيادات الصحية بوزارة الصحة من ممارسات القيادة التحويلية، مع إيلاء اهتمام إرشادي وتوجيهي خاص بالممارسين الصحيين الجدد والأقل خبرة لتعزيز ارتباطهم الوجداني بجهات عملهم وتجنب تسربهم الوظيفي.

الكلمات المفتاحية: القيادة التحويلية، الولاء الوظيفي، الممارسون الصحيون، وزارة الصحة السعودية، رؤية المملكة 2030.

Abstract

This study aimed to measure the impact of transformational leadership in its four dimensions (idealized influence, inspirational motivation, intellectual stimulation, and individualized consideration) on organizational commitment in its three dimensions (affective, continuance, and normative) among healthcare practitioners at health facilities affiliated with the Ministry of Health in the Kingdom of Saudi Arabia. To achieve this objective, the study adopted a descriptive-analytical approach, utilizing an electronic questionnaire developed based on the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) and the Allen and Meyer commitment scale. Data were gathered from a simple random sample of 150 healthcare practitioners, representing various medical, nursing, and technical specialties, and statistically analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The findings revealed a high level of practice for both transformational leadership ($M = 3.80$ out of 5) and

organizational commitment ($M = 3.66$ out of 5), with a strong, statistically significant positive correlation between the two variables ($r = 0.65$). Moreover, multiple regression analysis showed that transformational leadership dimensions accounted for 50.4% of the variance in organizational commitment, with "inspirational motivation" being the most influential dimension in predicting commitment, followed directly by "idealized influence." The results also indicated statistically significant differences in commitment levels attributable to the years of experience variable in favor of more experienced practitioners (more than 10 years), whereas no statistically significant differences were found based on gender. Based on these findings, the study recommended the design of specialized and continuous training programs to empower healthcare leaders within the Ministry of Health with transformational leadership practices, alongside providing tailored guidance, onboarding, and mentorship programs for newly hired and less experienced healthcare practitioners to strengthen their emotional connection and retention within their healthcare organizations.

Keywords : Transformational Leadership, Organizational Commitment, Healthcare Practitioners, Saudi Ministry of Health, Saudi Vision 2030.

مقدمة الدراسة (Introduction)

تُعد المنظمات الصحية من أكثر البيئات التنظيمية تعقيداً وديناميكية، نظراً لطبيعة الخدمات الإنسانية والطبية التي تقدمها، والتي ترتبط ارتباطاً مباشراً بحياة الإنسان وسلامته. وفي هذا السياق، تشير تقارير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2024) إلى أن الكوادر البشرية المؤهلة تمثل الشريان التاجي للمنظومات الصحية، حيث يُعزى نجاح أي نظام صحي في العالم بنسبة تتجاوز 70% إلى كفاءة موظفيه واستقرارهم النفسي والمهني. ومع ذلك، يواجه القطاع الصحي عالمياً تحديات سلوكية وإدارية متزايدة، أبرزها ظاهرة "الاحتراق الوظيفي" (Burnout) وارتفاع معدلات الدوران الوظيفي بين الأطباء والممرضين، مما يهدد استدامة وجودة الرعاية الطبية المقدمة.

وعلى المستوى المحلي، تعيش المملكة العربية السعودية حراكاً تنموياً وتاريخياً غير مسبوق تحت مظلة "رؤية المملكة 2030"، حيث يمثل "برنامج تحول القطاع الصحي" أحد أهم ركائزها الاستراتيجية. يهدف هذا البرنامج إلى إعادة هيكلة القطاع بالكامل، والتحول نحو نموذج "التجمعات الصحية" (Health Clusters) وتخصيص الخدمات الصحية، مما يستلزم تغييراً جذرياً في بيئة العمل وثقافة المنشآت الطبية التابعة لوزارة الصحة السعودية. هذا التحول المؤسسي والرقمي المتسارع يفرض ضغوطاً مهنية ونفسية جديدة على الممارسين

الصحيين من أطباء، وتمريض، وأخصائيين، وفنيين، مما قد يزعزع أمانهم الوظيفي ويؤثر سلباً على ارتباطهم وولائهم لجهات عملهم إذا لم يُدر بعقلية قيادية مرنة ومُلهمة.

وهنا تبرز الحاجة الملحة إلى تبني نمط إداري معاصر يبتعد عن التسلط والبيروقراطية التقليدية؛ وتعد "القيادة التحويلية" (Transformational Leadership) بنموذجها الشهير الذي طوره باس وأفوليو (Bass & Avolio, 1994) الحل الأمثل والنهج المقترح لقيادة هذا التغيير. فالقائد التحويلي، من خلال أبعادها الأربعة (التأثير المثالي، الحفز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، الاعتبار الفردي)، لا يكتفي بإدارة المهام اليومية، بل يسعى إلى إلهام الممارسين الصحيين، والاهتمام باحتياجاتهم الفردية، وتحفيزهم على الابتكار، مما يسهم مباشرة في تعزيز "الولاء الوظيفي" (Organizational Commitment) بأبعاده الثلاثة (العاطفي، المستمر، المعياري). وقد أكدت العديد من الأدبيات الإدارية الرائدة (مثل دراسة: Gillet et al., 2013) أن الأنماط القيادية الداعمة والتحويلية هي المتنبئ الأقوى بالولاء الوجداني للموظفين في القطاعات الخدمية الحيوية.

تكمن القيمة العلمية والجديدة لهذا البحث في أنه يأتي متزامناً مع التطبيق الفعلي والميداني الكامل لمشروع خصخصة القطاع الصحي وتأسيس شركة الصحة القابضة والتجمعات الصحية بوزارة الصحة السعودية لعام 2026. حيث تسعى هذه الدراسة إلى تقديم خارطة طريق سلوكية متكاملة لصناع القرار الصحي، تكشف عن الكيفية التي يمكن من خلالها تطوير ممارسات القيادة التحويلية للحفاظ على الكفاءات الطبية والحد من تسربها، مما يضمن انتقالاً آمناً ومستقراً للمنظومة الصحية نحو مستهدفات الرؤية الوطنية.

مشكلة الدراسة (Research Problem)

تشهد وزارة الصحة السعودية مرحلة انتقالية كبرى تتضمن هيكلة إدارية شاملة، والتحول من النظام المركزي الإداري إلى نظام الشركات والتجمعات الصحية المستقلة تماشياً مع رؤية 2030. ورغم المزايا التنافسية والتشغيلية الهائلة لهذا التحول، إلا أنه أحدث حالة من "عدم اليقين الوظيفي" والتوتر المهني لدى شريحة واسعة من الممارسين الصحيين (أطباء، تمريض، أخصائيين) تجاه مستقبلهم الوظيفي، ومزاياهم التعاقدية، وضغوط العمل الإضافية المتوقعة. هذا القلق التنظيمي يهدد بشكل مباشر مستويات "الولاء الوظيفي" (خاصة الولاء العاطفي والمعياري)، وهو ما قد يترجم سلوكياً في صورة انخفاض في الإنتاجية، أو هجرة متزايدة للكوادر الوطنية المتميزة نحو القطاع الصحي الخاص أو خارج المملكة، مما يؤدي إلى هدر اقتصادي ومعرفي فادح لوزارة الصحة.

إن المشكلة الجوهرية التي تتقاصها هذه الدراسة تكمن في رصد وتقييم مدى كفاية ومواءمة الأنماط القيادية المتبعة حالياً في المنشآت الصحية بوزارة الصحة السعودية لتعزيز ولاء الممارسين وضمان استقرارهم في ظل هذا التحول الجوهري. فهناك فجوة تطبيقية واضحة في فهم دور أبعاد القيادة التحويلية (كأداة لإدارة التغيير الإنساني والمهني) في رفع مستويات الارتباط الوجداني والأخلاقي للموظفين بمختلف خبراتهم وتخصصاتهم.

الأثر المجتمعي المضاف لحل المشكلة:

إن دراسة هذه المشكلة وتقديم حلول علمية لها يضيف للمجتمع قيمة إنسانية ووطنية بالغة الأهمية؛ حيث إن استقرار الكادر الطبي وولائه ينعكس طردياً ومباشرة على:

1. سلامة المرضى وجودة الرعاية: الكوادر الطبية الأكثر ولاءً واستقراراً تكون أقل عرضة للأخطاء الطبية، وأكثر التزاماً ببروتوكولات السلامة العلاجية للمواطنين والمقيمين.
2. استدامة الأمن الصحي الوطني: الحد من دوران وتدفق الأطباء والمرضى يضمن استمرارية الخدمات الطبية في الأوقات الحرجة والأزمات الوبائية دون ارتباك تشغيلي.
3. الكفاءة الاقتصادية: تقليل معدلات الاستقالة والتسرب يوفر على خزينة الدولة والمجتمع ملايين الريالات التي تُنفق على استقطاب وتأهيل بدلاء من الكوادر الأجنبية أو تدريب كوادر جديدة.

أسئلة الدراسة (Research Questions)

تأسست هذه الدراسة للإجابة عن التساؤل الرئيس التالي:

"ما أثر القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة على مستوى الولاء الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في وزارة الصحة السعودية؟"

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما مستوى ممارسة القيادة التحويلية بأبعادها (التأثير المثالي، الحفز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، الاعتبار الفردي) لدى القيادات الصحية بوزارة الصحة السعودية من وجهة نظر الممارسين الصحيين؟
2. ما مستوى الولاء الوظيفي بأبعاده (العاطفي، المستمر، المعياري) السائد لدى الممارسين الصحيين في وزارة الصحة السعودية؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (Alpha) أقل من أو يساوي (0.05) بين ممارسة القيادة التحويلية وأبعادها والولاء الوظيفي للممارسين الصحيين؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (Alpha) أقل من أو يساوي (0.05) في مستوى الولاء الوظيفي لدى الممارسين الصحيين تعزى للمتغيرات الديموغرافية والشخصية (الجنس، سنوات الخبرة، التخصص الوظيفي، العمر)؟

أهمية الدراسة (Significance of the Study)

تكتسب هذه الدراسة أهمية بالغة بالنظر إلى توقيتها وموضوعها وبيئتها التطبيقية، ويمكن تصنيف هذه الأهمية إلى محورين رئيسيين:

أولاً: الأهمية العلمية (النظرية):

1. إثراء الأدبيات العربية: توفير مرجع علمي حديث يثري المكتبة العربية والأكاديمية في مجالات السلوك التنظيمي، والإدارة الصحية، وإدارة الموارد البشرية، وتحديدًا في سياق الربط بين القيادة التحويلية والولاء الوظيفي.
2. التأصيل المنهجي المعاصر: تقديم إطار نظري متكامل يوضح كيف تتفاعل أبعاد القيادة التحويلية مع بنية الولاء الثلاثية (العاطفي، المستمر، المعياري) في القطاع الصحي السعودي خلال مرحلة التحول المؤسسي الحالية لعام 2026.

3. **منطلق للأبحاث المستقبلية:** يفتح هذا البحث آفاقاً بحثية جديدة للباحثين وطلاب الماجستير والدكتوراه لدراسة متغيرات وسيطة أو تابعة أخرى في البيئة الصحية السعودية مثل: "التمكين الإداري، والعدالة التنظيمية، والرضا الوظيفي، والاحتراق المهني".
ثانياً: الأهمية العملية (التطبيقية):

1. **مساعدة صناع القرار بوزارة الصحة:** تزويد الإدارة العليا بوزارة الصحة والرؤساء التنفيذيين للتجمعات الصحية ببيانات ومؤشرات علمية واقعية حول مستويات ولاء كوادرهم وتأثير أنماطهم القيادية عليها.
2. **تطوير البرامج القيادية:** الإسهام الفعال في تصميم وتطوير الحقائق التدريبية والبرامج التأهيلية للقيادات الصحية الوسطى والعليا (مدراء المستشفيات، رؤساء الأقسام، مدراء التمريض) لتمكينهم من أدوات القيادة التحويلية.
3. **تحسين جاذبية بيئة العمل:** تقديم توصيات عملية تسهم في خفض معدلات التسرب الوظيفي واستقطاب الكفاءات الطبية، بما يحقق مستهدفات وزارة الصحة في تعزيز الكفاءة البشرية والتشغيلية تماشياً مع رؤية 2030.

أهداف الدراسة (Research Objectives)

تسعى هذه الدراسة الحالية بصفة عامة إلى تحقيق الأهداف التالية:

الهدف الرئيسي:

- التعرف على أثر ممارسة القيادة التحويلية بأبعادها الأربعة في التنبؤ بمستوى الولاء الوظيفي بأبعاده الثلاثة لدى الممارسين الصحيين في وزارة الصحة السعودية.

الأهداف الفرعية:

1. الكشف عن درجة ممارسة أبعاد القيادة التحويلية (التأثير المثالي، الحفز الإلهامي، الاستشارة الفكرية، الاعتبار الفردي) لدى القيادات الإدارية بوزارة الصحة السعودية من وجهة نظر الممارسين.
2. تحديد مستوى الولاء الوظيفي (العاطفي، المستمر، المعياري) السائد لدى الممارسين الصحيين المستجيبين للدراسة.
3. تحديد طبيعة وقوة العلاقة الارتباطية بين ممارسات القيادة التحويلية ومستويات الولاء الوظيفي الإجمالية والفرعية.
4. قياس مدى مساهمة كل بعد من أبعاد القيادة التحويلية في التباين الحاصل في مستوى الولاء الوظيفي الكلي للممارسين الصحيين.
5. استقصاء مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المبحوثين نحو الولاء الوظيفي تختلف باختلاف متغيراتهم الديموغرافية (الجنس، الخبرة، التخصص، العمر).
6. تقديم مقترحات وتوصيات عملية للقيادات الصحية في وزارة الصحة السعودية لتبني وتفعيل ممارسات القيادة التحويلية الكفيلة برفع ولاء العاملين واستبقائهم.

مصطلحات الدراسة (Definition of Terms)

لضمان الدقة المنهجية وإزالة اللبس حول متغيرات الدراسة، يتم صياغة المصطلحات علمياً (مفاهيمياً وإجراءياً) على النحو التالي:

أ. القيادة التحويلية (Transformational Leadership):

- **التعريف المفاهيمي (الظاهري):** هي نمط قيادي يتجاوز فيه القائد والتابعون المصالح الذاتية الضيقة لتحقيق أهداف عليا؛ حيث يعمل القائد على تغيير قيم الأتباع ودوافعهم وسلوكياتهم من خلال تحفيز حماسهم، وإثارتهم فكرياً للابتكار، وإبراز قيم القدوة الحسنة، والاهتمام الفردي بالمرؤوسين (Bass & Avolio, 1994).
- **التعريف الإجرائي (داخل الدراسة):** هي الدرجة الكلية والفرعية التي يحصل عليها القائد الصحي المباشر في وزارة الصحة السعودية من خلال إجابات المبحوثين على فقرات مقياس القيادة متعدد العوامل (MLQ) والمُدرج في الاستبانة، وتتمثل في الأبعاد الأربعة: (التأثير المثالي، الحفز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، الاعتبار الفردي).

ب. الولاء الوظيفي (Organizational Commitment):

- **التعريف المفاهيمي (الظاهري):** هو القوة النسبية لتطابق الفرد النفسي والوجداني مع قيم وأهداف منظمته، ورغبته الأكيدة في البقاء كعضو فاعل ومستمر فيها وبذل طاقات استثنائية من أجلها (Allen & Meyer, 1996).
 - **التعريف الإجرائي (داخل الدراسة):** هو مدى ارتباط الممارس الصحي بوزارة الصحة السعودية وشعوره بالانتماء والفخر تجاهها، ويُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب من خلال إجابته على عبارات مقياس الولاء الثلاثي (العاطفي، المستمر، المعياري) والمُضمن في الاستبانة المطورة للدراسة الحالية.
- ج. الممارسون الصحيون (Health Practitioners):

- **التعريف المفاهيمي (الظاهري):** هم الكوادر المهنية الطبية والفنية المرخص لها بمزاولة المهن الطبية والطبية المساعدة لتقديم الخدمات الوقائية والعلاجية والتشخيصية للمرضى وفقاً للأنظمة واللوائح الرسمية للدولة.
- **التعريف الإجرائي (داخل الدراسة):** هم جميع الأطباء، والممرضين، والأخصائيين، والفنيين الطبيين العاملين في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية التابعة لوزارة الصحة السعودية والمدرجين تحت لائحة الوظائف الصحية في عينة الدراسة والبالغ عددهم 150 ممارساً صحياً.

الإطار النظري للدراسة (Theoretical Framework)

المحور الأول: مفهوم القيادة ونظرياتها الحديثة

1. تطور الفكر الإداري من القيادة التقليدية إلى القيادة الحديثة

شهد الفكر الإداري والقيادي عبر العقود الماضية سلسلة من التحولات الجوهرية والمنعطفات الفلسفية التي تزامنت مع تعقد بيئات العمل وتغير تطلعات الموارد البشرية. فبعد أن سادت كلاسيكيات الإدارة التي ركزت على الهياكل التنظيمية الصارمة والإنتاجية الآلية البحتة، حدثت انعطافة كبرى نحو مدرسة العلاقات الإنسانية التي ركزت على الجوانب السلوكية والنفسية للموظف كعامل أساسي للإنتاج والولاء (الزعبي والبطاينة، 2014).

ومع تطور النظريات السلوكية والموقفية، تيقن علماء الإدارة والسلوك التنظيمي بأن القيادة الفعالة لا تعتمد على أسلوب نمطي واحد صالح لكل الأوقات، بل تتطلب مرونة فائقة وقدرة على المواءمة بين خصائص القائد، وتطلعات المرؤوسين، وطبيعة الموقف التنظيمي (الزعبي والبطاينة، 2014؛ Northouse, 2013). وفي العصر المعاصر الذي يتسم بالتغير الرقمي والتقني المتسارع، قاد هذا التطور إلى ولادة الأنماط القيادية الحديثة مثل القيادة التحويلية، والقيادة الريادية، والقيادة الخدمية، والتي تضع التمكين، وبناء الهوية المشتركة، والاستثمار في العنصر البشري كأولويات قصوى لضمان الميزة التنافسية واستدامة التميز المؤسسي (حافظ وعباس، 2016).

2. الفرق بين القيادة والإدارة في المنظمات الصحية

يمثل التداخل بين مفهومي الإدارة والقيادة تحدياً معرفياً وتطبيقياً كبيراً، لاسيما داخل البيئة الاستثنائية للمستشفيات والمنشآت الصحية. وتتجسد الفروق الجوهرية بينهما في عدة جوانب تنظيمية؛ فالإدارة الصحية (Healthcare Management) تركز بشكل أساسي على النظم، واللوائح، والرقابة اليومية، وضمان تطبيق البروتوكولات والسياسات الطبية بدقة، فضلاً عن السعي نحو الاستقرار والضبط وحل المشكلات التشغيلية وتخصيص الموارد بطريقة تمنع حدوث الانحرافات (الشنطي، 2016).

أما القيادة الصحية (Healthcare Leadership)، فتتعدى تلك الحدود الفنية البسيطة لتستهدف إدارة العنصر الإنساني وبناء الرؤية المستقبلية الملهمة للطواقم الطبية وتفعيل التغيير الثقافي والمؤسسي (Northouse, 2013). القائد الصحي لا يعتمد نفوذه فقط من المركز الوظيفي أو السلطة الرسمية التي تمنحها اللوائح، بل يستمدّها من القدوة الحسنة، وبناء مناخ من الأمان النفسي، وتحفيز الطواقم الطبية لتقديم مستويات رعاية تفوق التوقعات (الشنطي، 2016؛ Gillet et al., 2013). وفي المنشآت الصحية الحديثة، يتكامل المفهومان؛ فالمنظمة تحتاج للإدارة لضمان معايير السلامة والجودة والتعقيم واللوائح الطبية، ولكنها تحتاج بنفس القدر للقيادة لمواجهة حالات الاحتراق المهني وبناء الولاء والتعامل المرن مع التغييرات والأزمات الطارئة.

3. نظريات القيادة المعاصرة وأهميتها في القطاع الصحي

تتعدد النظريات القيادية المعاصرة التي تحاول تقديم إطار عمل سلوكي فعال للتعامل مع تحديات بيئة العمل الطبية والخدمية المجاهدة، ومن أبرزها:

- **القيادة الموقفية (Situational Leadership):** التي تؤكد على ضرورة قيام القائد الصحي بتكييف وتعديل نمطه القيادي (توجيهي، تفويضي، مساند، أو تدريبي) وفقاً لمستويات نضج وجاهزية الفريق الطبي السريرية والسلوكية في المواقف المختلفة (Northouse, 2013).
 - **القيادة الخدمية (Servant Leadership):** التي تضع تلبية احتياجات المرؤوسين ودعمهم وتذليل العقبات من أمامهم في قمة أولويات القائد. وتسهم هذه القيادة بشكل فعال في خفض معدلات الاحتراق النفسي للأطباء والتمريض من خلال توفير الدعم النفسي والمهني اللازم لهم ليتفرغوا بتركيز لرعاية مرضاهم (الزعيبي والبطاينة، 2014).
 - **القيادة التشاركية (Participatory Leadership):** وتبرز أهميتها في إشراك الكوادر الطبية المتخصصة في عملية اتخاذ القرار العلاجي والإداري، مما يعزز لديهم الشعور بالملكية التنظيمية والمسؤولية الأخلاقية والمهنية تجاه أهداف منشأتهم (حافظ وعباس، 2016).
- المحور الثاني: ماهية القيادة التحويلية (Transformational Leadership)

1. مفهوم القيادة التحويلية ونشأتها (نموذج بيرنز وباس)

تعد نظرية القيادة التحويلية من أكثر النظريات السلوكية والتنظيمية حضوراً وبحثاً في الفكر الإداري الحديث لقدرتها العالية على إحداث نقلات نوعية في أداء المنظمات. وقد صاغ عالم الاجتماع السياسي جيمس بيرنز (James Burns, 1978) هذا المفهوم لأول مرة في سياق القيادة السياسية، معرباً إياها بأنها عملية يسعى من خلالها القائد والأتباع إلى رفع كل منهما الآخر إلى مستويات أعلى من الأخلاق والدافعية والهمة المشتركة.

ثم قام برنارد باس (Bernard Bass, 1985) بنقل هذا المفهوم وتطبيقه في علم السلوك التنظيمي وإدارة المنشآت. وأوضح باس أن القائد التحويلي يتجاوز نظام التبادلات التقليدي ليحدث تحولاً جوهرياً وعميقاً في نظام قيم وتطلعات المرؤوسين، مما يدفعهم برغبة ذاتية لبذل جهود استثنائية تفوق توقعاتهم الفردية وصلاحياتهم الوظيفية المكتوبة تحقيقاً لرؤية وأهداف المنظمة. وساهم باس بالتعاون مع أفوليو في تطوير مقياس القيادة متعدد العوامل (MLQ) الذي يعد الأداة المعيارية الأبرز لقياس هذا النمط القيادي عالمياً (Avolio et al., 1999).

2. الخصائص السلوكية للقائد التحويلي في البيئة الطبية

يتطلب العمل في البيئة الطبية قيادات تتحلّى بخصائص سلوكية وأخلاقية رفيعة المستوى لضمان التناغم وبناء الثقة، ومن أهم هذه الخصائص:

- **الرؤية الاستراتيجية الواضحة والملهمة:** القدرة على رسم مسارات مستقبلية واضحة للمنشأة الطبية تتسق بصورة وثيقة مع تطلعات ومستهدفات رؤية المملكة 2030 (الحسيني والبلتاجي، 2016).
- **الذكاء العاطفي المرتفع (Emotional Intelligence):** ويتمثل في فهم مشاعر وعواطف الطواقم الطبية والتعامل الإنساني الواعي مع الضغوط النفسية الاستثنائية التي يواجهونها في المستشفيات وأقسام الطوارئ (البشاري والجرافي، 2021).
- **النزاهة والعدالة التنظيمية:** إظهار التزام كامل بالمعايير الأخلاقية والمهنية الرفيعة والشفافية التامة، مما يجعل القائد نموذجاً يحتذى به ومحلاً للثقة المطلقة من قبل مرؤوسيه (Gillet et al., 2013).

- **التمكين والتفويض المرن:** الابتعاد عن المركزية البيروقراطية والإدارة التفصيلية الخانقة، ومنح الكوادر الطبية المتخصصة مساحات كافية لاتخاذ القرارات السريية والتشغيلية المبتكرة (الكساسة وآخرون، 2009).

3. الفرق بين القيادة التحويلية والقيادة التبادلية

تختلف القيادة التحويلية عن القيادة التبادلية (Transactional Leadership) في الفلسفة وفي طريقة التأثير؛ حيث ترتكز القيادة التبادلية على نظام "المقايضة والمكافأة المشروطة" والجهد مقابل الأجر؛ فالمرؤوس ينجز المهام المطلوبة منه بالحدود العادية لتجنب العقوبة أو للحصول على حافز مالي خارجي دون وجود دافع داخلي أو ارتباط حقيقي برسالة المنظمة (الخصاونة والشرابي، 2021).

أما القائد التحويلي، فيتجه إلى إثارة الدوافع الذاتية والداخلية للموظف (كالحاجة للإنجاز، والنمو الشخصي، والابتكار، وخدمة المجتمع الإنسانية)، مما يثمر عن أداء متميز ومستويات التزام وولاء تنظيمي راسخة تفوق الواجبات الروتينية المفروضة في العقد الوظيفي (الخصاونة والشرابي، 2021؛ Avolio et al., 1999). وفي حين يعتمد القائد التبادلي على المراقبة اللصيقة وتصحيح الانحرافات عند حدوثها (الإدارة بالاستثناء)، يسعى القائد التحويلي لتطوير قدرات الأفراد وتمكينهم فكرياً ووجدانياً (عبد العظيم وآخرون، 2020).

المحور الثالث: أبعاد القيادة التحويلية (Transformational Leadership Dimensions)

تتكون القيادة التحويلية وفقاً لنموذج (Avolio, 1994 & Bass) من أربعة أبعاد سلوكية تتفاعل معاً لتشكيل النمط القيادي التحويلي المتكامل:

1. التأثير المثالي (Idealized Influence) - الكاريزما

يعبر هذا البعد عن الجانب الأخلاقي والسلوكي الكاريزمي للقائد؛ حيث يتصرف القائد كقدوة حسنة ونموذج يحتذى به (Role Model) لمرؤوسيه في التضحية والنزاهة، ووضعاً مصلحة الفريق والمنظمة والجمهور فوق أي اعتبار ذاتي أو مكاسب شخصية (محمود وآخرون، 2022). وفي سياق المنظمات الصحية، عندما يلمس الممارسون الصحيون التزام قائدهم ورئيس القسم بأرقى أخلاقيات المهنة الطبية وسعيه المخلص لراحة المرضى وتوفير الأمان المهني للموظفين، فإنهم يكونون له احتراماً بالغاً وثقة عميقة تترجم سلوكياً في صورة تماثل وجداني كامل ورغبة أكيدة في الاقتداء بأساليبه وقيمه الأخلاقية، مما يدعم ولائهم للجهة التي يمثلها هذا القائد (الشنطي، 2016؛ محمود وآخرون، 2022).

2. الحفز الإلهامي (Inspirational Motivation)

يشير هذا البعد إلى قدرة القائد الفائقة على صياغة رؤية مستقبلية واعدة والتعبير عنها بطريقة واضحة ومفعمة بالحماس والتفاؤل تبث الطاقة الإيجابية وروح التحدي في نفوس الموظفين (طيمان، 2021). يواجه الممارسون الصحيون في عملهم اليومي حالات مرضية حرجة وضغوط عمل مجهدة قد تؤدي إلى الإرهاق والإنهاك؛ وهنا يبرز دور القائد الإلهامي الذي يربط تلك الأعباء اليومية برسالة المنظمة السامية ومستهدفاتها الوطنية الكبرى لإنقاذ الأرواح وتحقيق الأمن الصحي الوطني ضمن رؤية 2030 (البشاري والجرافي، 2021). هذا الربط المعنوي يجعل الممارسين يشعرون بالقيمة والأثر والتقدير الفائق لجهودهم، مما يشحن دافعيتهم للعمل بروح الفريق الواحد المنسجم (طيمان، 2021؛ Shahzad, 2021 & Rasheed).

3. الاستثارة الفكرية (Intellectual Stimulation)

يتمثل هذا البعد في تشجيع القائد لمروسيه وحثهم المستمر على التفكير الإبداعي والابتكار وإعادة النظر في الافتراضات التشغيلية والأساليب البيروقراطية التقليدية لحل مشكلات العمل بطرق غير مألوفة، مع تفعيل ثقافة عدم اللوم عند حدوث أخطاء غير مقصودة في مسارات التجريب والتطوير (الكساسبة وآخرون، 2009). وفي الميدان الصحي، يدفع القائد التحويلي طواقمه لتطبيق الطب القائم على الأدلة العلمية، والمساهمة في ابتكار بروتوكولات علاجية وتشغيلية تختصر وقت الانتظار وتحسن من تدفق المرضى، مما يخلق بيئة عمل محفزة علمياً وفكرياً تشعر الكادر الطبي بتقدير ذكائهم وقدراتهم المهنية الفريدة (الكساسبة وآخرون، 2009؛ Shahzad, 2021 & Rasheed).

4. الاعتبار الفردي (Individualized Consideration)

يمثل هذا البعد الجانب الإنساني الأكثر دفئاً وعمقاً في شخصية القائد التحويلي؛ حيث يتعامل مع كل موظف كشخص مستقل يمتلك طموحات واحتياجات وظروفاً وقدرات خاصة، مقدماً له الدعم والتدريب والنصح الإرشادي والتوجيه الفردي (Mentoring & Coaching) المخصص لتطوير مساره المهني والذاتي من خلال سياسة الباب المفتوح والإنصات الفعال (عبد العظيم وآخرون، 2020). وفي بيئة المستشفيات، يتلمس القائد احتياجات الكادر الطبي المختلفة (مثل توجيه الموظفين الجدد، ومراعاة ظروف الطبيبات والمرضات الأسرية في جداول المناوبات، وتسهيل فرص الابتعاث والتطور المهني للأخصائيين). هذا السلوك الإنساني الفردي يزرع في نفوس الممارسين شعوراً عارماً بالتقدير الفردي والأمان الوظيفي والوجداني، وهو ما يثمر مباشرة عن تمسك ولاء مطلق بالمنشأة الصحية (عبد العظيم وآخرون، 2020؛ Mukti et al., 2022).

المحور الرابع: الولاء الوظيفي (Organizational Commitment)

1. مفهوم الولاء الوظيفي وأهميته في استدامة الكوادر الصحية

يمثل الولاء الوظيفي (أو الالتزام التنظيمي) حالة سيكولوجية وسلوكية تعبر عن قوة وعمق العلاقة والارتباط الوجداني بين الموظف والمنظمة التي يعمل بها، وتظهر في رغبته القوية للاستمرار في عضويتها، وتبني قيمها وأهدافها بوعي، واستعداده الكامل لبذل أقصى طاقاته الممكنة لحمايتها والدفاع عنها وتحقيق تميزها (الشاول، 2018).

وتتضاعف أهمية الولاء الوظيفي بشكل كبير في القطاع الصحي عما سواه من القطاعات الخدمية الأخرى، ويرجع ذلك للعديد من الأسباب الجوهرية:

- **مواجهة الندرة العالمية في الكفاءات الطبية:** يستغرق إعداد وتأهيل وتدريب الكوادر الطبية والتمريضية المتخصصة فترات زمنية طويلة واستثمارات مالية وطنية ضخمة، وبالتالي يمثل تسرب هذه الكفاءات خسارة فادحة للمنظومة الصحية (العولقي والنظاري، 2018؛ Dhurup, 2014 & Chinomona).
- **ضمان استمرارية وجودة الرعاية الطبية:** ترتبط سلامة المرضى طردياً باستقرار الفرق الطبية واستمراريتها؛ فالكوادر الطبية الأكثر ولاءً واستقراراً تبني علاقات علاجية تراكمية ومستقرة مع المراجعين، وتلتزم بأعلى معايير جودة الرعاية الطبية وبروتوكولات السلامة لتجنب الأخطاء السريرية (الشنطي، 2016؛ Gillet et al., 2013).

- **الكفاءة الاقتصادية والتشغيلية:** يساهم الولاء المرتفع في خفض نية ومعدلات الدوران الوظيفي، مما يجنب ميزانية المستشفيات وتجمعات وزارة الصحة الأعباء المالية الضخمة المخصصة لاستقطاب وتدريب الكوادر البديلة (العولقي والنظاري، 2018).

2. الفرق بين الولاء الوظيفي، والرضا الوظيفي، والارتباط الوظيفي

يتحتم على باحثي السلوك التنظيمي التمييز بدقة بين هذه المفاهيم الثلاثة المترابطة لإزالة أي لبس علمي:

- **الرضا الوظيفي (Job Satisfaction):** يمثل حالة شعورية أو عاطفية إيجابية ناتجة عن تقييم الموظف لظروف ومزايا عمله الحالية (مثل الراتب، وزملاء العمل، وساعات النوبة)؛ وهو مفهوم نسبي وقصير المدى ومستجيب للتغيرات السريعة (سعد، 2021).
- **الارتباط الوظيفي (Employee Engagement):** يعبر عن حالة ذهنية ونفسية نشطة يندمج خلالها الموظف بحيوية وطاقة عالية في أداء مهامه الطبية واليومية الموكلة إليه بشغف واهتمام ظاهر (العولقي والنظاري، 2018).
- **الولاء الوظيفي (Organizational Commitment):** يمثل ارتباطاً أوسع وأشمل بالمنظمة ككيان وهوية ورسالة، ويتسم بالاستقرار والثبات النسبي طويل المدى؛ فالموظف الذي يمتلك ولاءً تنظيمياً متميزاً قد يظل متمسكاً بمنظمته ويدافع عنها حتى لو واجه فترات من انخفاض الرضا الوظيفي أو زيادة ضغوط العمل المؤقتة (الشاوش والأشول، 2018؛ سعد، 2021).

3. العوامل المؤثرة على ولاء الممارسين الصحيين

يتأثر ولاء الكادر الطبي والتمريضي بشبكة متداخلة من المتغيرات والعوامل التنظيمية والشخصية التي يمكن إيجازها في محورين:

أ. العوامل الداخلية (التنظيمية والبيئية):

- **الدعم القيادي والسلوك الإنساني للقائد المباشر:** يمثل العامل الأقوى في تشكيل الولاء؛ فالقائد الذي يتواصل بإنسانية وشفافية يساهم مباشرة في خلق الارتباط النفسي والوجداني بالمنشأة (البشاري والجرافي، 2021).
- **العدالة التنظيمية المدركة:** مدى شعور الممارس الصحي بعدالة توزيع المهام والمناوبات الليلية والتقييمات السنوية وفرص الترقية والتطوير (Gillet et al., 2013).
- **بيئة ومناخ العمل المادي والمعنوي:** توافر الموارد الطبية والمستلزمات التقنية الحديثة لحماية وسلامة المرضى والموظفين، وسيادة مناخ تسوده روح التعاون والأمان النفسي (عجربة، 2016؛ ماضي والخطيب، 2010).

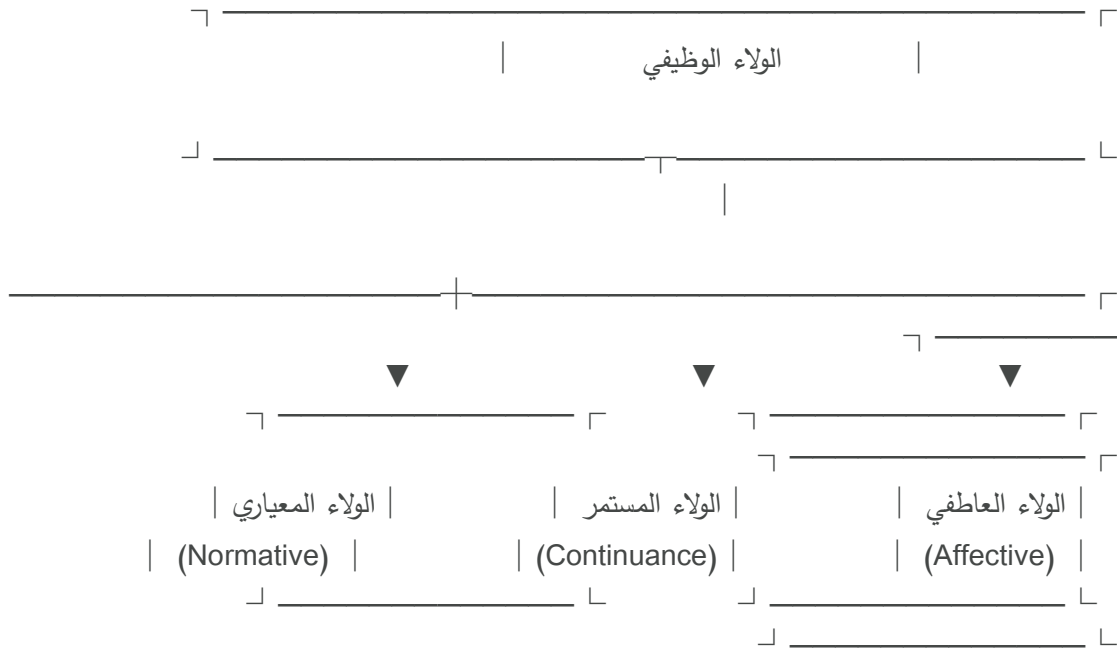
ب. العوامل الخارجية والشخصية:

- **فرص العمل البديلة والمنافسة السوقية:** مدى توافر عروض عمل بميزات مالية مغرية ومسارات مهنية أفضل في القطاع الصحي الخاص (قريشي وبديسي، 2016).
- **الخصائص الديموغرافية والشخصية:** مثل زيادة العمر وسنوات الخبرة الطويلة داخل المنظمة التي تساهم في رفع مستويات الولاء والاستقرار وتجنب المغامرة بالتنقل الوظيفي، وتوافق موقع العمل جغرافياً مع الاستقرار الأسري للموظف (قريشي وبديسي، 2016؛ Dhurup, 2014 & Chinomona).

المحور الخامس: نماذج وأبعاد الولاء الوظيفي

نموذج (Meyer, 1991 & Allen) الثلاثي للولاء الوظيفي

يعتبر هذا النموذج الإطار السلوكي الأكثر قبولاً واعتماداً في بيئة الإدارة الحديثة والسلوك التنظيمي لتفسير بنية الالتزام والولاء؛ حيث يقسم الباحثان ناتالي ألين وجون ميجر الولاء إلى ثلاثة أبعاد نفسية مختلفة تعبر عن الروابط التي تربط الموظف بمنظمته:



1. الولاء العاطفي (Affective Commitment)

يمثل هذا البعد الرابط الوجداني والنفسي الأقوى والأنقى بين الموظف ومنظمته؛ حيث يتماهى الموظف بالكامل مع أهداف وقيم المنشأة ويشعر بفخر حقيقي بالانتماء والانتساب إليها، ويكون الدافع وراء استمراره وبقائه في العمل هو رغبته الذاتية الحقيقية وصوت قلبه الوجداني "لأنه يريد ويرغب بصدق في ذلك" (صالح، 2013؛ محمود وآخرون، 2022). وفي القطاع الصحي، يظهر هذا الولاء بوضوح لدى الأطباء والممرضين الذين يتفانون في خدمة المرضى ويعملون لساعات إضافية طوعية في أوقات الأزمات والضغط الشديد بدافع الحب المطلق لمنشأتهم والإيمان بالرسالة الإنسانية النبيلة لمهنتهم (الشنطي، 2016).

2. الولاء المستمر (Continuance Commitment)

يرتبط هذا البعد بحسابات التكلفة والمنفعة والربح والخسارة الاقتصادية والمادية المترتبة على ترك العمل؛ فالموظف يستمر في وظيفته الحالية لأن تكلفة مغادرتها تفوق قدرته (مثل الخوف من خسارة المزايا التقاعدية المتراكمة، أو الأمان الوظيفي العالي، أو مواجهة صعوبة في إيجاد وظيفة مكافئة في نفس المحيط الجغرافي)، ويكون بقاءه بدافع الحاجة الاضطرارية "لأنه يحتاج للبقاء اقتصادياً وظرفياً" (الشواش والأشول، 2018؛ صالح، 2013). وفي المنشآت الصحية بوزارة الصحة السعودية، يميل بعض الممارسين الصحيين للبقاء مدفوعين

بالأمان الوظيفي المتميز والمزايا التعاقدية للتحويل الصحي ومشاريع التدريب المتخصصة، وهو بعد يضمن حضور الموظف جسدياً والتزامه بالمعايير العادية ولكنه قد لا يحفز الابتكار الذاتي لديه إن لم يدعمه ولاء عاطفي (العولقي والنظاري، 2018؛ Mukti et al., 2022).

3. الولاء المعياري (Normative Commitment)

يستند هذا البعد إلى الالتزام الأخلاقي والأدبي والشعور بالواجب المهني والوطني تجاه المنظمة كرد لجميلها؛ فالموظف يرى أن من الواجب عليه الاستمرار والبقاء في خدمة المنظمة لأنها قدمت له الرعاية والتدريب والتأهيل والاستثمار المهني الرفيع، ويستمر في العمل بدافع أخلاقي "لأنه يشعر بأن من واجبه رد الجميل لمنظمتة" (الشاوش والأشول، 2018؛ محمود وآخرون، 2022). ويتجسد هذا الولاء بقوة في الكوادر الصحية السعودية التي حظيت بفرص ابتعاث وتدريب تخصصي متقدم وزمالات طبية مكلفة على نفقة وزارة الصحة أو الدولة؛ حيث يتولد لديهم التزام وطني وأخلاقي قوي بضرورة البقاء لخدمة المنشآت الصحية الحكومية والمساهمة الفاعلة في إنجاح مشاريع التحويل الصحي الوطني (العولقي والنظاري، 2018؛ Mukti et al., 2022).

المحور السادس: العلاقة بين القيادة التحويلية والولاء الوظيفي

1. دور النمط التحويلي في تعزيز الارتباط الوجداني للموظف

يسهم القائد التحويلي من خلال ممارساته المتكاملة في صياغة وإعادة بناء البنية الوجدانية لمروؤوسيه وتوجيهها مباشرة نحو الولاء العالي؛ فعبر بُعد "التأثير المثالي" يبني القائد جسوراً متينة من الثقة المتبادلة والتقدير الأخلاقي تجعل الموظف فخوراً بربط هويته الشخصية بهوية المنظمة وقيمها (محمود وآخرون، 2022؛ Avolio et al., 1999).

ومن خلال "الحفز الإلهامي" وربط الواجبات اليومية برسالة وطنية وإنسانية نبيلة، تتحول المهام الروتينية الشاقة إلى رسالة إنسانية ممتعة تزيد من تمسك الموظف بكيانه التنظيمي (البشاري والجرافي، 2021). أما بُعد "الاعتبار الفردي" وما يحويه من إنصات حقيقي وتلمس للاحتياجات وحل للمشكلات الفردية ومرونة إنسانية، فإنه يمنح الممارس الصحي شعوراً بالتقدير والدعم اللامحدود، مما يدفعه طواعية لرد هذا الجميل الإنساني والمهني في صورة التزام عاطفي ومعيارى مطلق برفض كافة الإغراءات والعروض الوظيفية الخارجية والبقاء عضواً فاعلاً ومخلصاً في منظمتة (عبد العظيم وآخرون، 2020؛ Mukti et al., 2022).

2. دور القيادة في تقليل "الدوران الوظيفي" (Job Turnover) في المستشفيات

يعتبر الاحتراق المهني (Burnout) والرغبة في الاستقالة أو هجرة الطواقم الطبية من أكبر التحديات السلوكية والإدارية المعاصرة في القطاع الصحي عالمياً ومحلياً. وتلعب ممارسات القيادة التحويلية دوراً محورياً في كسر حدة هذا التوتر والتسرب الوظيفي من خلال تفويض الصلاحيات ومنح الاستقلالية السريرية والمهنية للممارسين، مما يزيد من رضاهم الوظيفي واستقرارهم النفسي (الشنطي، 2016؛ Gillet et al., 2013).

كما أن استخدام بُعد "الاستثارة الفكرية" يسهم بشكل متميز في خلق بيئة عمل آمنة نفسياً وثقافة خالية من التلاوم (Just Culture) والتشهير بالأخطاء غير المقصودة، بل تركز على التعلم المستمر والابتكار الوقائي، مما يحد

من الضغوط النفسية ومستويات الإحباط المهني التي تمهد لنية ترك العمل الفعلي (الكساسبة وآخرون، 2009؛ سعد، 2021).

3. النظريات السلوكية المفسرة لأثر القيادة على الالتزام والولاء

تتفق الأدبيات والنظريات التنظيمية على تفسير العلاقة الوطيدة بين المتغيرين من خلال إطارين نظريين:
رصينين:

أ. نظرية التبادل الاجتماعي (Social Exchange Theory – Blau, 1964):

تعد النظرية الأساسية المفسرة لهذه العلاقة؛ إذ تقتض أن التفاعلات الإنسانية والمهنية داخل بيئة العمل تقوم على قاعدة "المعاملة بالمثل" (Reciprocity). فعندما يتلقى الممارس الصحي رعاية واهتماماً بظروفه ونموه مهنيًا وتشجيعاً فكرياً وتقديراً عالياً من قائده التحويلي (وهي موارد اجتماعية وإنسانية ونفسية فائقة القيمة)، يتشكل لديه دافع نفسي قوي لرد هذا الجميل وصناعة توازن إيجابي في هذه العلاقة الاجتماعية. ولما كان القائد يمثل المنظمة في عيون موظفيه، فإن الممارس الصحي يعبر عن رغبته في المعاملة بالمثل عبر إظهار أقصى درجات الولاء والالتزام العاطفي، وبذل مجهودات استثنائية وبقائه مخلصاً لمنظمته (البشاري والجرافي، 2021؛ Gillet et al., 2013).

ب. نموذج متطلبات وموارد الوظيفة (Job Demands–Resources Model – JD–R):

يفترض هذا النموذج العلمي أن كل وظيفة تتكون من متطلبات (أعباء عمل، حالات حرجية، مناوبات طويلة، أزمات) وموارد (دعم قيادي، تقدير، تمكين، استقلالية). وفي البيئة الصحية المجهدة، تصنف "القيادة التحويلية" كمورد تنظيمي فائق الأهمية (Organizational Resource) يعمل على امتصاص الصدمات وتخفيف وطأة وتأثير المتطلبات والضغوط المهنية الشاقة على نفسية وجسد الممارس الصحي، مما يقيه من الاحتراق والإنهاك المهني ويحافظ على بقاءه وولائه الوجداني المستمر للمستشفى (الشنطي، 2016؛ سعد، 2021).

المحور السابع: خصوصية القيادة في القطاع الصحي

1. تحديات القيادة في البيئات الحرجة (غرف العمليات، الطوارئ، العناية المركزة)

يمتاز العمل في المنظمات الصحية بخصائص فريدة تجعل القيادة فيها تختلف جذرياً عن القطاعات الصناعية والتجارية؛ فالمنتج الأساسي والوحيد للخدمة هنا هو "حياة الإنسان وسلامته الوجدانية والجسدية"؛ والخطأ المهني لا يترجم في صورة خسارة مالية بسيطة بل يعني فقداناً للأرواح (الشنطي، 2016). وتتطلب القيادة في أقسام الرعاية الحرجة غرف العمليات، ووحدات العناية المركزة، وأقسام الطوارئ نمطاً قيادياً مرناً يمزج بحكمة متناهية بين "الحزم التشغيلي والمهني الصارم" والالتزام الكامل بالبروتوكولات العلاجية السريعة، وبين "الدعم الإنساني والوجداني اللامحدود" للفريق الطبي الذي يعمل تحت وطأة ضغوط وتوترات لحظية هائلة تحتاج لقدرة متميزة على التنسيق السريع وصناعة القرار الآمن تحت الضغط (طيمان، 2021؛ ماضي والخطيب، 2010).

2. تأثير أسلوب القيادة على جودة الرعاية وسلامة المرضى

تؤكد الدراسات الصحية الحديثة أن "ثقافة سلامة المرضى" والحد من الأخطاء الطبية داخل المستشفيات هي انعكاس مباشر ومطابق لسلوك القيادة الإدارية والطبية المباشرة؛ فالقائد التحويلي يسعى لبناء بيئة عمل يسودها

الأمان النفسي تدفع الممارسين الصحيين للإبلاغ الطوعي عن الحوادث الوشيكة (Near Misses) والمخاطر التشغيلية والسريية دون خوف من العقاب الشخصي أو التشهير واللوم البيروقراطي (ماضي والخطيب، 2010). هذا السلوك القيادي يحول المستشفى إلى منظمة ذكية موثوقة عالية الاعتمادية (High Reliability Organization) تركز على تحسين وتطوير العمليات وبناء بروتوكولات حماية متينة للمواطنين والمقيمين على حد سواء (الشنطي، 2016؛ ماضي والخطيب، 2010).

3. الحاجة إلى القيادة الملهمة لمواجهة ضغوط العمل (الاحتراق النفسي للممارسين)

تعد ظاهرة الاحتراق النفسي والمهني (Burnout) والإنهاك العاطفي من التحديات والمخاطر السلوكية الأكثر انتشاراً وتدميراً في الأوساط الطبية عالمياً ومحلياً نتيجة لأعباء العمل الممتدة والتعرض المستمر للألم الإنساني والوفيات وضغوط النوبات الليلية المتكررة (سعد، 2021). وتبرز الحاجة الماسة لتبني القيادة التحويلية كأداة وقائية وعلاجية متميزة؛ فمن خلال أبعاد "الاعتبار الفردي" و"الحفز الإلهامي" يعمل القائد المباشر على توفير الدعم النفسي والإنساني للممارسين وإعادة شحن طاقتهم وربط معاناتهم اليومية الشاقة برسالة مهنتهم السامية والنبيلة، مما يرفع من مرونتهم النفسية وقدرتهم العالية على الصمود في وجه الضغوط والمهام الشاقة والاحتفاظ بولائهم وارتباطهم بجهات عملهم (سعد، 2021؛ Mukti et al., 2022).

المحور الثامن: واقع القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية ورؤية 2030

1. وزارة الصحة السعودية: الهيكل والتاريخ المعاصر لعام 2026

تعيش وزارة الصحة السعودية في الوقت الحاضر لعام 2026 ذروة التحول التاريخي والميداني الأكبر في مسيرتها الطويلة؛ حيث انتقلت الوزارة بالكامل من دورها التقليدي المزدوج المتمثل في "تقديم الخدمة الصحية والإشراف عليها وتسييرها إدارياً ومالياً بشكل مركزي" لتتفرغ تماماً لدورها الاستراتيجي الحديث كـ "مشرع، ومنظم، ومراقب" للقطاع الصحي بأكمله، مما يضمن رفع مستويات الرقابة والعدالة الصحية وتطبيق أعلى معايير الجودة والاعتمادية العالمية (تكروني والشماسي، 2021).

2. برنامج التحول الصحي والتجمعات الصحية (Health Clusters)

يمثل "برنامج تحول القطاع الصحي" أحد الركائز والبرامج التنفيذية الاستراتيجية لرؤية المملكة 2030؛ ويهدف إلى إعادة هيكلة وتطوير القطاع بشكل شامل لتسهيل الوصول للخدمات الصحية وتجويدها ورفع كفاءتها التشغيلية والمالية. وتم تطبيق هذا البرنامج ميدانياً عبر تقسيم مناطق المملكة الصحية إلى منظومات جغرافية مستقلة تسمى "التجمعات الصحية" (Health Clusters) تعمل بمرونة عالية، مع تأسيس "شركة الصحة القابضة" لتكون المظلة التشغيلية لهذه التجمعات وتخصيص الخدمات الصحية بالكامل تماشياً مع المعايير الاقتصادية الحديثة (تكروني والشماسي، 2021؛ العولقي والنظاري، 2018).

3. الاستثمار في القيادات الصحية الشابة والتمكين القيادي

تدرك وزارة الصحة السعودية وشركة الصحة القابضة لعام 2026 أن نجاح هذا التحول المؤسسي والهيكلية المعقد يعتمد بشكل مطلق على توفر "قيادات صحية بفكر ورؤية تحويلية ملهمة" قادرة على قيادة العنصر البشري والتعامل الذكي مع تحديات التخصص والتحول (تكروني والشماسي، 2021). وبناءً على ذلك، توسعت

الوزارة بالتعاون مع أرقى الأكاديميات والجامعات العالمية والمحلية في إطلاق البرامج التدريبية المتقدمة لإعداد وتمكين القيادات الصحية الوسطى والعليا وتأهيل مديري المستشفيات ورؤساء الأقسام الطبية والتمريضية وتطوير قدراتهم القيادية والسلوكية لتمكينهم من قيادة التحول وتوفير بيئة عمل جاذبة لكافة الكوادر الصحية (البشري والجراحي، 2021).

المحور التاسع: أثر التحول الرقمي والمؤسسي على ولاء الممارسين

1. دور القيادة التحويلية في إدارة التغيير الرقمي والمؤسسي

شهد القطاع الصحي السعودي طفرة تقنية ورقمية غير مسبوقة تضمنت توحيد السجلات الطبية الإلكترونية وتفعيل منصات متميزة للطب الاتصالي والرعاية الصحية الرقمية (مثل منصات: صحي، ووصفة، وأناة، وملف المريض الموحد رصد) (تكروني والشماسي، 2021). وفي مثل هذه المراحل الانتقالية، يبرز دور القيادة التحويلية كأداة وقوة دافعة لإدارة التغيير الإنساني والتقني ومواجهة التحديات السلوكية المتمثلة في "مقاومة التغيير" لدى بعض الكوادر الطبية المعتادة على العمل الورقي والتقليدي؛ فالقائد التحويلي عبر بُعد "الاستشارة الفكرية" و"الاعتبار الفردي" يقدم الدعم والتدريب اللازم للموظفين ويقنعهم إيجابياً بأن التحول الرقمي والتكنولوجي هو أداة رئيسية لتمكينهم وتسهيل مهامهم وتقليل الأخطاء الطبية، وليس عبئاً إدارياً إضافياً يثقل كاهلهم، مما يحافظ على استقرار أدائهم وولائهم (تكروني والشماسي، 2021؛ Shahzad, 2021 & Rasheed).

2. التجمعات الصحية وتحديات الولاء والأمان الوظيفي لدى الممارسين

ترافق مع إطلاق نظام التجمعات الصحية والخصخصة الجزئية وتأسيس شركة الصحة القابضة ظهور مشاعر قلق وتحديات سلوكية بالغة الحساسية بين الممارسين الصحيين تتعلق بـ "الأمان الوظيفي" وغموض المستقبل التعاقدية وصعوبة التكيف مع متطلبات العمل والتقييمات الرقمية الصارمة للتجمعات، وهو ما هدد مستويات ولاء الموظفين واستقرارهم النفسي (Mukti et al., 2022). وهنا يتأكد الدور الاستثنائي والاستراتيجي للقائد التحويلي؛ فمن خلال تفعيل بُعد "التأثير المثالي" والتخلي بالشفافية والعدالة التنظيمية، والحرص الكامل على التواصل الفعال وتوضيح المزايا والمسارات المهنية المستقبلية المتميزة للنظام الجديد (الحفز الإلهامي)، ينجح القائد في طمأنة الكوادر الطبية وتبديد مخاوفهم وتحويل قلقهم وتوجسه إلى حماس والتزام وجداني وفخر حقيقي بالانتماء لمنظومة التجمعات الصحية الواعدة، محولاً الولاء من كونه ولاءً مستمراً تقليدياً مرتبطاً بالخوف من خسارة الوظيفة، إلى ولاء عاطفي رائد مفعم بالشغف والتفاني المهني (Mukti et al., 2022؛ Gillet et al., 2013).

الدراسات السابقة

المحور الأول: الدراسات السابقة التي تناولت القيادة التحويلية

1. دراسة محمود وآخرون (2022)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى مساهمة القيادة التحويلية بأبعادها في تحقيق الالتزام التنظيمي لدى مديري المدارس الثانوية بمدينة درنة. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي كإطار لمنهجيتها، حيث تم تصميم استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات، وطبقت على عينة من الإداريين والمعلمين في المدارس المستهدفة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن القادة الإداريين يمارسون أساليب القيادة التحويلية بدرجة مرتفعة، وأن هناك مساهمة إيجابية وفعالة لهذه الأبعاد في تعزيز وتطوير الالتزام والولاء التنظيمي بين الكوادر الإدارية والتعليمية، مما يؤكد قوة التأثير السلوكي للنمط التحويلي على الأداء العام.

2. دراسة تكروني والشماسي (2021)

استهدفت هذه الدراسة التعرف على أثر القيادة التحويلية على أداء العلاقات العامة الرقمية في الجامعات الحكومية بمحافظة جدة بالمملكة العربية السعودية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق الاستبانة على عينة عشوائية ممثلة للعاملين في إدارات العلاقات العامة والإعلام الرقمي بالجامعات المستهدفة. وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لممارسات القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة على تحسين جودة وتطور الأداء الرقمي للعلاقات العامة، مؤكدة أن القائد الذي يدعم الابتكار والاستثارة الفكرية يسهم مباشرة في تسهيل وتسريع عمليات التحول الرقمي المؤسسي.

3. دراسة البشاري والجرافي (2021)

تناولت هذه الدراسة قياس أثر أبعاد القيادة التحويلية على جودة الحياة الوظيفية من خلال دراسة ميدانية تطبيقية في الشركات اليمنية المصنعة للأدوية. واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لملائمته لطبيعة الأهداف، وتم جمع البيانات بواسطة استبانة وزعت على عينة من الموظفين والعاملين في خطوط الإنتاج والإدارة بالشركات الدوائية. وأظهرت النتائج وجود أثر معنوي وإيجابي كبير لأبعاد القيادة التحويلية في تحسين جودة الحياة الوظيفية للموظفين، حيث تبين أن الاهتمام والاعتبار الفردي وتقديم الدعم الإنساني يسهمان بصورة مباشرة في خفض مستويات ضغوط العمل ورفع الرضا العام.

4. دراسة Shahzad (2021) & Rasheed

بحثت هذه الدراسة في تأثير القيادة التحويلية على الابتكار في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة (SMEs). واعتمدت الدراسة المنهج الكمي من خلال تصميم استبانة وتوزيعها على عينة من الموظفين والمديرين في المنشآت المستهدفة. وتوصلت النتائج إلى أن القيادة التحويلية تؤثر بشكل إيجابي ومعنوي على عملية الابتكار في الخدمات والمنتجات، وأن سلوك "صوت الموظف" والمشاركة الفعالة يلعبان دوراً وسيطاً ومحورياً في تعزيز هذه العلاقة، مما يشير إلى أن القائد التحويلي يمهّد البيئة النفسية الملائمة لتوليد الأفكار الإبداعية.

المحور الثاني: الدراسات السابقة التي تناولت الولاء الوظيفي والارتباط وجودة حياة العمل

1. دراسة العزيمي (2024)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بالارتباط والولاء لدى موظفي جامعة العلوم والتكنولوجيا بالجمهورية اليمنية. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات من خلال استبانة وزعت على عينة عشوائية من الأكاديميين والإداريين بالجامعة. وتوصلت النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة الوظيفية السائد لدى العاملين كان بدرجة متوسطة بصفة عامة، وأوصت الدراسة بضرورة تحسين بيئة العمل المادية والمعنوية ودعم مسارات الترقى المهني لرفع مستويات الولاء والاستقرار التنظيمي ومنع تسرب الكفاءات الأكاديمية.

2. دراسة طه وزايد (2022)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى تأثير نمط القيادة الريادية على جودة الحياة الوظيفية والالتزام لدى الموظفين في وزارة التجارة والصناعة المصرية. واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطوير استبانة وتوزيعها على عينة من العاملين بالوزارة بمختلف مستوياتهم الإدارية. وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود أثر إيجابي قوي وذو دلالة إحصائية للقيادة الريادية في تعزيز جودة الحياة الوظيفية، مما ينعكس إيجاباً على التزامهم بالعمل ورغبتهم في استدامة العطاء التنظيمي.

3. دراسة سعد (2021)

بحثت هذه الدراسة في واقع جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بظاهرة الاحتراق الوظيفي والولاء لدى العاملين بمكتبات جامعة الإسكندرية بجمهورية مصر العربية. وطبقت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي لملائمته لأهداف البحث، واستخدمت الاستبانة لجمع استجابات عينة من الموظفين. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة قوية ذات دلالة إحصائية بين المجموع الكلي للاحتراق الوظيفي والمجموع الكلي لجودة الحياة الوظيفية والولاء؛ فكلما انخفضت جودة الحياة الوظيفية وغاب الدعم القيادي زادت مستويات الاحتراق النفسي وارتفعت نية الدوران الوظيفي لدى العاملين.

4. دراسة العولقي والنظاري (2018)

حللت هذه الدراسة طبيعة العلاقة والأثر بين تطبيق أبعاد جودة حياة العمل في المؤسسة العامة للاتصالات اليمنية وبين تعزيز ارتباط العاملين وتطوير ولاءهم التنظيمي. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات من عينة ممثلة من موظفي المؤسسة. وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية وأثر معنوي ذو دلالة إحصائية بين توفير متطلبات جودة حياة العمل (كالأمان الوظيفي، والعدالة، والمشاركة) وبين تعزيز ارتباط الموظفين وتعميق شعورهم بالانتماء للكيان المؤسسي.

5. دراسة Dhurup (2014) & Chinomona

بحثت هذه الدراسة في تأثير جودة حياة العمل والالتزام التنظيمي على سلوك الموظفين ونية البقاء لدى موظفي المؤسسات الصغيرة والمتوسطة في جنوب أفريقيا وزيمبابوي. واعتمد الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، وجمعت البيانات باستخدام الاستبانة. وأكدت النتائج وجود تأثير إيجابي مباشر لجودة حياة العمل في تحقيق الرضا

الوظيفي والالتزام التنظيمي والوجداني، وأن هذه المتغيرات تساهم مجتمعة في تعزيز نية الموظفين بالبقاء والاستقرار في وظائفهم لفترات طويلة.

المحور الثالث: الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة التفاعلية بين المتغيرين

1. دراسة رمضان وصغيري (2022)

بحثت هذه الدراسة في طبيعة العلاقة بين السلوك القيادي التحويلي وجودة الحياة الوظيفية والالتزام التنظيمي لدى العاملين في مؤسسة سوناريك بالجزائر. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتم توزيع استبانة على عينة ممثلة من العمال والإداريين بالمؤسسة. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين ممارسة القيادة التحويلية وتحسين جودة الحياة الوظيفية، مؤكدة أن القائد التحويلي يساهم مباشرة في بناء بيئة عمل جاذبة تدعم الاستقرار النفسي للموظف وتعزز ولائه للجهة التي يعمل بها.

2. دراسة . Mukti et al (2022)

هدفت هذه الدراسة للتعرف على أثر القيادة التحويلية على الانضباط الوظيفي، وجودة حياة العمل، والالتزام التنظيمي لدى الممرضات العاملات في مستشفى الدكتور سيف الأنوار الحكومي في إندونيسيا. واعتمدت الدراسة المنهج الكمي التحليلي، حيث جمعت البيانات من عينة من الممرضات عبر استبيان منظم. وأكدت النتائج أن القيادة التحويلية تؤثر بشكل مباشر وإيجابي قوي على المتغيرات الثلاثة مجتمعة، وأن ممارسات الاعتبار الفردي والتأثير المثالي للقادة تساهم في استقرار الطواقم التمريضية ورفع مستويات انضباطهم والتزامهم الأخلاقي بتقديم أفضل رعاية للمرضى.

3. دراسة الهبارنة وآخرون (2020)

هدفت الدراسة إلى توضيح أثر القيادة التحويلية في الأداء الاستراتيجي بدائرة الجمارك الأردنية من خلال إدخال جودة حياة العمل كمتغير وسيط. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وصممت استبانة وزعت على عينة عشوائية من العاملين بالدائرة. وأظهرت النتائج وجود أثر معنوي ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على الأداء الاستراتيجي والولاء التنظيمي من خلال جودة حياة العمل كمتغير وسيط، مما يعني أن القيادة التحويلية تبني أولاً بيئة عمل داعمة وحياة وظيفية متميزة، وهو ما يترجم تالياً إلى ولاء مؤسسي وأداء استراتيجي متطور.

4. دراسة . Gillet et al (2013)

هدفت هذه الدراسة الطولية للتعرف على تأثير القيادة التحويلية في جودة الحياة الوظيفية والولاء لدى طواقم التمريض في المستشفيات الفرنسية، مع فحص الدور الوسيط للعدالة التنظيمية المدركة. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقارن عبر استقصاء شمل عينة واسعة من الممرضات. وتوصلت النتائج إلى أن ممارسات القيادة التحويلية تؤثر بشكل إيجابي كبير في جودة الحياة الوظيفية والارتباط المهني للممرضات، وأن إدراك العدالة التنظيمية (التوزيعية والتعاملية) يتوسط هذه العلاقة بشكل كامل، مؤكدة أن القيادة الداعمة تقلل من رغبة الممرضات في ترك العمل الطبي.

رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استعراض وفحص الدراسات السابقة في المحاور الثلاثة، يمكن تقديم التعقيب العلمي التالي لبيان أوجه الشبه والاختلاف، والمزايا المنهجية التي تخدم دراستنا الحالية:

- **من حيث الهدف والاهتمام:** اتفقت غالبية الدراسات السابقة على الأهمية الفائقة لأسلوب القيادة التحويلية كمتغير مستقل حاسم في التأثير على سلوكيات الأتباع، وربطه بمخرجات تنظيمية حيوية كالالتزام، والولاء، والارتباط الوظيفي، والحد من الاحتراق المهني وتجنب تسرب الكفاءات البشرية.
- **من حيث المنهج والأدوات:** أجمعت كافة الدراسات تقريباً على استخدام المنهج الوصفي التحليلي بصفته المنهج الأكثر ملائمة وتوافقاً مع دراسات السلوك التنظيمي والموارد البشرية، كما مثلت "الاستبانة" الأداة المعيارية والأساسية لجمع البيانات الأولية، مع الاعتماد على مقاييس عالمية رصينة ومحكمة مثل مقياس القيادة متعدد العوامل (MLQ) ومقياس أليين وميجر للولاء.
- **من حيث بيئة ومجتمع الدراسة:** تباينت البيئات التطبيقية للدراسات؛ فبعضها طُبّق في قطاع التعليم والجامعات (مثل دراسة العزيزي، 2024؛ تكروني والشماسي، 2021)، وبعضها في قطاع الشركات الصناعية أو الخدمية العامة (مثل دراسة رمضان وصغيري، 2022؛ العولقي والنظاري، 2018)، بينما طُبقت قلة منها في المنظمات الصحية والمستشفيات (مثل دراسة Mukti et al., 2022؛ Gillet et al., 2013).

خامساً: الثغرة البحثية (Research Gap)

رغم القيمة المعرفية الكبيرة التي قدمتها الأدبيات السابقة، إلا أن فحصها الدقيق يكشف عن وجود فجوة موضوعية وبيئية واضحة يتمثل دور الدراسة الحالية في سدها ومعالجتها، وتبرز هذه الثغرة في النقاط التالية:

1. **محدودية الفئة المستهدفة في القطاع الصحي:** ركزت معظم الدراسات الصحية السابقة (مثل دراسة Mukti et al., 2022؛ Gillet et al., 2013) بشكل حصري وشبه كامل على "طواقم التمريض" فقط، دون دمج وتناول الفئات المهنية الطبية الأخرى. وتتميز الدراسة الحالية بشموليتها وتوجيهها لكافة الفئات المكونة للممارسين الصحيين (أطباء، تمريض، أخصائيين، فنيين) لرصد صورة تنظيمية متكاملة لبيئة العمل الصحي بوزارة الصحة السعودية.
2. **الخصوصية الزمنية والبيئية الاستثنائية لعام 2026:** تفتقر الأدبيات السابقة تماماً لدراسة العلاقة بين المتغيرين في ظل "مرحلة تحول مؤسسي وهيكلية كبرى" كالتي يعيشها القطاع الصحي السعودي في الوقت الراهن لعام 2026، والتي تشمل الانتقال من العمل الحكومي المركزي لوزارة الصحة إلى نظام "الخصخصة والتجمعات الصحية وتأسيس شركة الصحة القابضة". هذا التحول الهيكلي يرافقه بطبيعة الحال مستويات عالية من قلق الأمان الوظيفي والغموض لدى الممارسين؛ وهنا تظهر الحاجة العلمية والعملية الملحة لدراسة دور "القيادة التحويلية" كأداة وقوة تنظيمية لإدارة التغيير، وتبديد مخاوف العاملين، وإعادة بناء ولائهم العاطفي والمعياري للمنظومة الجديدة، وهو ما لم تتناوله أي دراسة سابقة ببيئة المملكة العربية السعودية.
3. **تطبيق وتفعيل أدوات قياس معيارية متكاملة بوزارة الصحة:** تقدم هذه الدراسة تأصيلاً وتطبيقاً ميدانياً حديثاً يربط مباشرة وبدقة إحصائية بين الأبعاد الأربعة للقيادة التحويلية كمتغير مستقل، والأبعاد الثلاثة

للولاء الوظيفي (العاطفي، المستمر، المعياري) كمتغير تابع على عينة علمية من الممارسين الصحيين بوزارة الصحة السعودية، لتكون مكملاً ومرجعاً معاصراً لصناع القرار في وزارة الصحة والأكاديميات التدريبية.

منهجية الدراسة وإجراءاتها (Research Methodology)

1. منهج الدراسة ونوعها

لتحقيق أهداف الدراسة المتمثلة في معرفة أثر القيادة التحويلية على الولاء الوظيفي للممارسين الصحيين بوزارة الصحة السعودية، تم الاعتماد على **المنهج الوصفي التحليلي**، وهو المنهج الأكثر ملائمة لطبيعة الدراسات الإدارية والسلوكية؛ حيث لا يقتصر هذا المنهج على رصد ووصف الظاهرة والوضع الراهن للمتغيرات فقط، بل يتعدى ذلك إلى تحليل البيانات إحصائياً، واستقصاء طبيعة وقوة العلاقات الارتباطية بين المتغير المستقل (القيادة التحويلية بأبعادها) والمتغير التابع (الولاء الوظيفي بأبعاده)، وتحديد مدى مساهمة المتغير المستقل في التنبؤ بالمتغير التابع، ومن ثم تفسير هذه النتائج وتعميمها وتقديم التوصيات المقترحة لحل المشكلة. وتصنف هذه الدراسة باعتبارها **دراسة ميدانية مقطعية (Cross-Sectional Field Study)**؛ حيث جُمعت البيانات الأولية من الباحثين في الميدان الصحي مباشرة خلال فترة زمنية محددة باستخدام الاستبانة الإلكترونية المطورة كأداة رئيسية لجمع البيانات.

2. حدود الدراسة

تلتزم هذه الدراسة في مسارها العلمي والبحثي بمجموعة من الحدود المنهجية التي تضبط عملية جمع البيانات وتعميم النتائج، وتتمثل في الآتي:

- **الحدود الموضوعية:** تقتصر الدراسة موضوعياً على قياس أثر ممارسات القيادة التحويلية بأبعادها الأربعة (التأثير المثالي، الحفز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، الاعتبار الفردي) كمتغير مستقل، على مستوى الولاء الوظيفي بأبعاده الثلاثة (الولاء العاطفي، الولاء المستمر، الولاء المعياري) كمتغير تابع، لدى الممارسين الصحيين بوزارة الصحة.
- **الحدود البشرية:** تشمل الدراسة الممارسين الصحيين العاملين في القطاع الصحي والمدرجين تحت لائحة الوظائف الصحية بوزارة الصحة وتجمعاتها، من الفئات التالية: (الأطباء، الممرضون، الأخصائيون، الفنيون).
- **الحدود المكانية:** تُطبق هذه الدراسة في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في مختلف المناطق والمحافظات بالمملكة العربية السعودية.
- **الحدود الزمانية:** تم تصميم وبناء الأداة وجمع البيانات الميدانية من الباحثين وتحليلها إحصائياً خلال العام الدراسي 2025/2026.

3. مجتمع وعينة الدراسة

أ. مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة المستهدف من جميع الممارسين الصحيين من أطباء وطواقم تمريض وأخصائيين وفنيين طبيين بمختلف فئاتهم وتخصصاتهم ومسمياتهم الوظيفية، العاملين بالمنشآت الصحية (المستشفيات، المدن الطبية، ومراكز الرعاية الأولية) التابعة لوزارة الصحة السعودية لعام 2026.

ب. عينة الدراسة وخصائصها الديموغرافية:

نظراً لصعوبة الوصول والمسح الشامل لكافة أفراد مجتمع الدراسة الضخم والممتد جغرافياً في مناطق المملكة، تم استخدام العينة العشوائية البسيطة (Simple Random Sample). وبلغ حجم العينة المستجيبة بالكامل والتي خضعت بياناتها للتحليل الإحصائي 150 ممارساً صحياً (ن = 150). ويلخص الجدول التالي توزيع وخصائص أفراد عينة الدراسة الديموغرافية والشخصية بالتفصيل:

جدول (1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (ن = 150)

المتغير الديموغرافي	الفئة	التكرار (عدد المبحوثين)	النسبة المئوية للتمثيل
الجنس	ذكور	65	43.3%
	إناث	85	56.7%
العمر	أقل من 30 سنة	40	26.7%
	من 30 إلى 40 سنة	75	50.0%
	أكثر من 40 سنة	35	23.3%
التخصص الوظيفي	طبيب	35	23.3%
	تمريض	65	43.3%
	أخصائي / فني	50	33.4%
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	45	30.0%
	من 5 إلى 10 سنوات	70	46.7%

أكثر من 10 سنوات	35	23.3%
المشاركون الفعليون	150	100%

4. أداة الدراسة والمقاييس المستخدمة

تم تطوير استبانة إلكترونية كأداة رئيسية وموحدة لجمع البيانات الأولية من الممارسين الصحيين المكونين للعينة، وتم تقسيم الاستبانة منهجياً وعلمياً إلى ثلاثة أجزاء رئيسية على النحو التالي:

الجزء الأول: البيانات الأولية والديموغرافية

ويشتمل على الأسئلة العامة والشخصية لتصنيف وفهم خصائص عينة الدراسة، وهي: (الجنس، العمر، التخصص الوظيفي، وسنوات الخبرة).

الجزء الثاني: مقياس القيادة التحويلية (المتغير المستقل)

تم بناء وتطوير عبارات هذا الجزء بالاستناد إلى مقياس القيادة متعدد العوامل (Multifactor Leadership Questionnaire – MLQ) المعياري والمصمم علمياً من قبل (Avolio & Bass). ويتكون هذا المقياس في الاستبانة الحالية من 16 فقرة موزعة بالتساوي على الأبعاد الأربعة للقيادة التحويلية (بمعدل 4 فقرات لكل بعد):

- **بعد التأثير المثالي (Idealized Influence) - الكاريزما:** يقيس السلوك الكاريزمي والأخلاقي للقائد المباشر ومستوى احترام وثقة الموظفين بقراراته (الفقرات من 1 إلى 4).
- **بعد الحفز الإلهامي (Inspirational Motivation):** يقيس قدرة القائد على بث روح التفاؤل وصياغة رؤية مستقبلية وحث الفريق على التميز وتجاوز التوقعات (الفقرات من 5 إلى 8).
- **بعد الاستثارة الفكرية (Intellectual Stimulation):** يقيس مدى تشجيع القائد للتفكير الإبداعي وحل المشكلات بطرق مبتكرة وإعادة النظر في الافتراضات (الفقرات من 9 إلى 12).
- **بعد الاعتبار الفردي (Individualized Consideration):** يقيس البعد الإنساني للقائد واهتمامه باحتياجات الموظفين المهنية والشخصية وتوفير التوجيه المخصص (الفقرات من 13 إلى 16).

الجزء الثالث: مقياس الولاء الوظيفي (المتغير التابع)

تم بناء وتطوير عبارات هذا الجزء بالاستناد إلى مقياس الالتزام التنظيمي الثلاثي المعياري والمطور من قبل الباحثين (Meyer & Allen). ويتكون هذا المقياس في الاستبانة من 12 فقرة موزعة بالتساوي على الأبعاد الثلاثة للولاء الوظيفي (بمعدل 4 فقرات لكل بعد):

- **بعد الولاء العاطفي (Affective Commitment):** يقيس مدى الارتباط الوجداني والعاطفي الفعلي للممارس بالمنشأة الصحية والفخر بالانتماء لها والرغبة الصادقة في الاستمرار بها (الفقرات من 17 إلى 20).
- **بعد الولاء المستمر (Continuance Commitment):** يقيس حسابات التكلفة والمنفعة المادية والاجتماعية المترتبة على مغادرة العمل والحاجة للبقاء (الفقرات من 21 إلى 24).
- **بعد الولاء المعياري (Normative Commitment):** يقيس مدى شعور الممارس الصحي بالالتزام الأخلاقي والأدبي والواجب الوطني بضرورة البقاء ودعم الكيان الصحي (الفقرات من 25 إلى 28).

مقياس القياس والمحك الإحصائي:

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (5-point Likert Scale) لتحديد درجة موافقة المبحوثين على فقرات الاستبانة، وأعطيت البدائل الإجابة الأوزان الرقمية التالية: (موافق بشدة = 5 درجات، موافق = 4 درجات، محايد = 3 درجات، غير موافق = 2 درجة، غير موافق بشدة = 1 درجة). ولتفسير المتوسطات الحسابية لاستجابات المبحوثين وتحديد مستوى الموافقة على الأبعاد والدرجات الكلية، تم اعتماد المدى الإحصائي لتوزيع الفئات بإنقاص الحد الأدنى للمقياس (1) من الحد الأعلى (5) وقسمته على عدد فئات المقياس (3 فئات رئيسية)، لتصبح طول الفئة 1.33، وبناءً عليه تم تحديد المحك الإحصائي لتفسير النتائج كما يلي:

- المتوسطات الحسابية من 1.00 إلى 2.33: تمثل مستوى موافقة (منخفض).
- المتوسطات الحسابية من 2.34 إلى 3.67: تمثل مستوى موافقة (متوسط).
- المتوسطات الحسابية من 3.68 إلى 5.00: تمثل مستوى موافقة (مرتفع).

5. اختبارات الصدق والثبات لأداة الدراسة

للتأكد من أن الاستبانة تقيس فعلياً ما صُممت لقياسه، وأنها صالحة لجمع البيانات والاعتماد على نتائجها علمياً، تم تطبيق الاختبارات والأساليب الإحصائية التالية للصدق والثبات:

أ. صدق أداة الدراسة:

- **الصدق الظاهري (صدق المحكمين):** تم عرض الاستبانة في مرحلتها الأولية على مجموعة من الأساتذة والمحكمين المتخصصين في مجالات الإدارة الصحية، وإدارة الموارد البشرية، والسلوك التنظيمي، والإحصاء التطبيقي بالجامعات السعودية والعربية؛ وذلك لإبداء آرائهم وتقييمهم لمدى دقة الصياغة اللغوية للفقرات، ومدى ملائمتها وانتمائها للأبعاد والمحاور المحددة، ومدى ملاءمة المقياس الخماسي. وبناءً على ملاحظاتهم القيمة، تم إجراء بعض التعديلات اللغوية البسيطة لتبسيط الفهم، مما ضمن الصدق الظاهري للاستبانة وصلاحياتها للتطبيق الميداني.
- **صدق الاتساق الداخلي (الاتساق البنائي):** تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة من خلال حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه؛ حيث أظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط كانت موجبة، وقوية، ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، مما يؤكد التلاحم البنائي للأداة وتكامل فقراتها.

ب. ثبات أداة الدراسة (Reliability):

تم قياس ثبات الأداة والاتساق الداخلي لعبارة المحاور والدرجة الكلية للاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، حيث أظهرت النتائج مستويات ثبات ممتازة تتجاوز بكثير الحد الأدنى المقبول إحصائياً البالغ 0.70 في العلوم الإدارية والسلوكية. ويلخص الجدول التالي قيم معاملات الثبات المستخرجة من البيانات الميدانية الفعلية:

جدول (2): معاملات ثبات الاتساق الداخلي لأداة الدراسة (معامل ألفا كرونباخ) (ن = 150)

المحور الرئيسي للدراسة	الأبعاد الفرعية للمحور	عدد الفقرات للبعد	معامل ألفا كرونباخ	الاتجاه العام للثبات وتفسيره
القيادة التحويلية	بعد التأثير المثالي	4	0.84	ممتاز ومرتفع جداً
	بعد الحفز الإلهامي	4	0.81	ممتاز ومرتفع جداً
	بعد الاستشارة الفكرية	4	0.79	جيد جداً
	بعد الاعتبار الفردي	4	0.82	ممتاز ومرتفع جداً
الولاء الوظيفي	بعد الولاء العاطفي	4	0.85	ممتاز ومرتفع جداً
	بعد الولاء المستمر	4	0.76	جيد جداً
	بعد الولاء المعياري	4	0.78	جيد جداً
الأداة الإجمالية	الاستبانة كاملة بكافة أبعادها	28	0.89	ممتاز وصالح تماماً للدراسة

تؤكد النتائج الواردة في الجدول أعلاه أن الاستبانة تتمتع بدرجة ثبات عالية ومتميزة ككل، حيث بلغ معامل الثبات الإجمالي للاستبانة كاملة (0.89)، مما يعطي الباحث ثقة مطلقة في دقة أداة الدراسة وقدرتها على تقديم نتائج مستقرة وصادقة عند تكرار تطبيقها في ظروف مماثلة.

6. إجراءات جمع البيانات الميدانية

تم تنفيذ الدراسة وجمع البيانات والتحقق منها باتباع الخطوات والمراحل المنهجية التالية:

1. **الخطوة الأولى (التصميم والتحكيم):** مراجعة الأدبيات السابقة وصياغة فقرات الأداة، وعرضها على المحكمين وتعديلها وفقاً لتوجيهاتهم للوصول للصيغة النهائية للاستبانة.
2. **الخطوة الثانية (التطبيق الإلكتروني):** تحويل الاستبانة إلى نموذج إلكتروني منظم وموضح به الهدف العلمي من الدراسة، مع التعهد الكامل للمشاركين بالحفاظ على سرية وخصوصية إجاباتهم واستخدامها للأغراض البحثية والأكاديمية البحتة لدراسة الماجستير بجامعة ميدأوشن.
3. **الخطوة الثالثة (النشر والاستقصاء الميداني):** نشر رابط الاستبانة الإلكترونية وتوزيعه عبر قنوات التواصل المهنية والأكاديمية للممارسين الصحيين العاملين في وزارة الصحة السعودية بمختلف المستشفيات والمناطق الصحية، واستمرت عملية جمع البيانات لعدة أسابيع خلال العام الدراسي 2026/2025 لضمان الحصول على عينة ممثلة وكافية للتحليل.

4. **الخطوة الرابعة (الفحص والفرز الفني):** جمع الاستجابات إلكترونياً، وفحصها، واستبعاد الردود غير المكتملة أو غير الجادة، ليتشكل ملف البيانات النهائي المكون من 150 ممارساً صحياً مستجيباً بالكامل وخاضعاً للتحليل المباشر.

5. **الخطوة الخامسة (الترميز والتحليل الإحصائي):** ترميز البيانات وإدخالها على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتطبيق الاختبارات والمعالجات الإحصائية واستخراج النتائج الميدانية للدراسة وتفسيرها ومناقشتها.

1. جدول الاختبارات الإحصائية للدراسة (باختصار)

يوضح الجدول التالي الاختبارات الإحصائية التي تم استخدامها في الدراسة لتحليل البيانات الميدانية، والهدف المنهجي من استخدام كل اختبار:

جدول (1): الاختبارات الإحصائية المستخدمة في الدراسة وأهدافها المنهجية

م	الاختبار الإحصائي المستخدم	المتغيرات المستهدفة بالتحليل	الهدف العلمي والمنهجي من الاختبار
1	معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)	أبعاد القيادة التحويلية وأبعاد الولاء الوظيفي	قياس ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) والتحقق من الاتساق الداخلي للعبارات.
2	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية	جميع محاور وأبعاد الاستبانة	قياس واقع ومستوى ممارسة القيادة التحويلية، ومستوى الولاء الوظيفي السائد.
3	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	القيادة التحويلية والولاء الوظيفي	قياس قوة واتجاه العلاقة الارتباطية بين المتغير المستقل والمتغير التابع وأبعادهما.
4	تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression)	أبعاد القيادة الأربعة والولاء الوظيفي الكلية	قياس الأثر التنبئي للأبعاد المستقلة مجتمعة وتحديد البعد الأكثر تأثيراً في الولاء.

5	اختبارات للعينات المستقلة (Independent Samples T-test)	الجنس (ذكور / إناث) والولاء الوظيفي	قياس الفروق ذات الدلالة الإحصائية في مستويات الولاء تعزى لمتغير الجنس.
6	تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)	سنوات الخبرة والولاء الوظيفي	قياس الفروق ذات الدلالة الإحصائية في مستويات الولاء تعزى لمتغير سنوات الخبرة.
7	اختبار شيفيه للمقارنات البعدية (Scheffe Test)	فئات سنوات الخبرة والولاء الوظيفي	تحديد اتجاه الفروق بدقة وصالح أي فئة من فئات سنوات الخبرة عند ثبوت معنوية ANOVA.

نتائج الدراسة (Study Results)

أسفرت المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة الميدانية (ن = 150 ممارساً صحياً بوزارة الصحة السعودية لعام 2026) عن النتائج الرئيسية التالية:

أولاً: واقع ممارسة القيادة التحويلية

- أظهرت النتائج أن مستوى ممارسة القادة الصحيين لأسلوب القيادة التحويلية من وجهة نظر الممارسين جاء بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي إجمالي بلغ (3.80 من 5).
- رتبت أبعاد القيادة التحويلية تنازلياً حسب مستوى الممارسة كالتالي:

1. بُعد الحفز الإلهامي في المرتبة الأولى بمتوسط مرتفع بلغ (3.98).
2. بُعد التأثير المثالي (الكاريزما) في المرتبة الثانية بمتوسط مرتفع بلغ (3.85).
3. بُعد الاعتبار الفردي في المرتبة الثالثة بمتوسط مرتفع بلغ (3.74).
4. بُعد الاستثارة الفكرية في المرتبة الرابعة والأخيرة بمتوسط مرتفع بلغ (3.62).

ثانياً: مستوى الولاء الوظيفي لدى الممارسين الصحيين

- بينت النتائج أن مستوى الولاء الوظيفي الإجمالي لدى الممارسين الصحيين جاء بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي إجمالي بلغ (3.66 من 5).
- رتبت أبعاد الولاء الوظيفي تنازلياً حسب مستوى الاستجابة كالتالي:

1. بُعد الولاء العاطفي في المرتبة الأولى بمتوسط مرتفع بلغ (3.91).
2. بُعد الولاء المعياري في المرتبة الثانية بمتوسط مرتفع بلغ (3.65).
3. بُعد الولاء المستمر في المرتبة الثالثة والأخيرة بمتوسط مرتفع بلغ (3.42).

ثالثاً: العلاقة الارتباطية بين القيادة التحويلية والولاء الوظيفي

- كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة وطردية قوية ذات دلالة إحصائية (عند مستوى دلالة أقل من 0.01) بين ممارسة القيادة التحويلية والولاء الوظيفي الإجمالي، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون (0.65).
- تبين أن أقوى علاقة ارتباطية فرعية كانت بين القيادة التحويلية و"الولاء العاطفي" بمعامل ارتباط بلغ (0.68).

رابعاً: أثر القيادة التحويلية في التنبؤ بالولاء الوظيفي

- أثبتت نتائج تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد القيادة التحويلية مجتمعة في التنبؤ بمستوى الولاء الوظيفي؛ حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R-Square) ما قيمته (0.504)، مما يعني أن أبعاد القيادة التحويلية تفسر ما نسبته (50.4%) من التباين الحاصل في الولاء الوظيفي للممارسين الصحيين، بينما تعود النسبة المتبقية (49.6%) لعوامل أخرى خارج نطاق الدراسة.
- أظهرت النتائج أن بُعد الحفز الإلهامي هو الأكثر تأثيراً في الولاء الوظيفي بمعامل انحدار قياسي (بيتا = 0.290)، يليه مباشرة بُعد التأثير المثالي (بيتا = 0.260)، ثم بُعد الاعتبار الفردي (بيتا = 0.200)، وحل بُعد الاستثارة الفكرية كأقل الأبعاد تأثيراً (بيتا = 0.150).

خامساً: الفروق الإحصائية تبعا للمتغيرات الديموغرافية

- متغير الجنس: أثبتت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الولاء الوظيفي تعزى لمتغير الجنس (حيث بلغ مستوى الدلالة 0.419 وهو أكبر من 0.05).
- متغير سنوات الخبرة: كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى دلالة أقل من 0.01) في مستوى الولاء الوظيفي تعزى لسنوات الخبرة؛ وبين اختبار شيفيه للمقارنات البعدية أن الفروق تميل معنوياً لصالح الممارسين ذوي الخبرة الطويلة (أكثر من 10 سنوات) مقارنة بالموظفين الأقل خبرة (أقل من 5 سنوات).

مناقشة النتائج (Discussion of Results)

تكتسب نتائج هذه الدراسة أهمية علمية وتطبيقية بالغة بالنظر إلى توقيتها الذي يتزامن مع التحولات الهيكلية والميدانية الضخمة التي يشهدها القطاع الصحي السعودي لعام 2026. ويمكن مناقشة وتفسير هذه النتائج في ضوء الأدبيات والنظريات الإدارية والسلوكية على النحو التالي:

أولاً: تفسير واقع ممارسة القيادة التحويلية وأبعادها

إن حصول القيادة التحويلية على متوسط إجمالي مرتفع (3.80) يعكس التوجه المتميز لوزارة الصحة السعودية وشركة الصحة القابضة نحو تمكين القيادات الطبية والتمريضية وتأهيل مديري المستشفيات ورؤساء الأقسام وتطوير قدراتهم القيادية.

وجاء بُعد الحفز الإلهامي في المقدمة بمتوسط (3.98)؛ ويفسر ذلك بحاجة المنظومة الصحية اليوم في ظل "التحول الصحي" و"نظام التجمعات الصحية" إلى قادة قادرين على رسم رؤية مستقبلية واعدة ومحفزة لتبديد

مخاوف العاملين وحثهم على تبني التغيير بنشاط وإيجابية. هذا الارتفاع يتفق علمياً مع نظرية باس وأفوليو (Avolio, 1994 & Bass) التي تؤكد أن القيادة في أوقات التغيير الكبرى تتطلب مستويات عالية من الإلهام وبث الحماس.

بينما حل بُعد الاستثارة الفكرية في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.62)؛ مما يشير إلى أنه على الرغم من ممارسة هذا البعد بشكل مرتفع، إلا أن القيادات الصحية لا تزال تميل أحياناً في البيئة الطبية الحساسة إلى الالتزام التام بالبروتوكولات الصارمة والسياسات المحددة سلفاً تجنباً للمخاطر الطبية، مما قد يحد نسبياً من تشجيع الممارسين على الابتكار أو حل المشكلات بطرق غير مألوفة خارج الصندوق. وتتفق هذه النتيجة مع طبيعة البيئة الطبية التي تضع معايير السلامة والجودة والاعتمادية كأولويات تشغيلية قصوى قد تحد من مساحات التجريب. ثانياً: تفسير مستويات الولاء الوظيفي وأبعاده

أظهر الممارسون الصحيون مستوى مرتفعاً من الولاء الوظيفي الإجمالي (3.66)، وحل الولاء العاطفي (الارتباط الوجداني) في المرتبة الأولى بمتوسط (3.91). وتعد هذه النتيجة مباشرة للغاية وتفسر علمياً بأن الممارسين الصحيين في المملكة العربية السعودية يمتلكون ارتباطاً وجدانياً وقيماً وأخلاقياً عميقاً بمهنتهم الإنسانية السامية وبالمؤسسات التي يخدمون بها، وبخاصة في ظل الدعم الحكومي والتمكين الاجتماعي والمهني الذي يحظون به. بينما جاء الولاء المستمر (الحاجة المادية للبقاء) في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.42)؛ وهو ما يفسر بأن الممارسين الصحيين لا يبنون تمسكهم بوزارة الصحة وتجمعاتها على حسابات التكلفة والمنفعة المادية البحتة أو الخوف من خسارة المزايا فقط، بل بدافع الرغبة الحقيقية والارتباط الوجداني الفعلي (الولاء العاطفي). وتتسجم هذه النتيجة مع دراسة الشنطي (2016) التي بينت أن الكوادر الصحية تبدي التزاماً عاطفياً متميزاً نتيجة نبل الرسالة الإنسانية للمهنة الطبية.

ثالثاً: تفسير أثر القيادة التحويلية على الولاء الوظيفي

أثبتت الدراسة أن القيادة التحويلية تفسر (50.4%) من التباين في الولاء الوظيفي، مع وجود علاقة ارتباطية قوية (0.65). وتفسر هذه النتيجة القوية استناداً إلى نظرية التبادل الاجتماعي (Social Exchange Theory)؛ فعندما يلمس الممارس الصحي اهتماماً بظروفه الشخصية والمهنية (الاعتبار الفردي)، ويجد في رئيسه قدوة أخلاقية ونموذجاً يحتذى به (التأثير المثالي)، ويستمتع لرؤية ملهمة ومحفزة للمستقبل (الحفز الإلهامي)، فإنه يشعر بالدعم والتقدير والأمان النفسي والمهني؛ مما يدفعه طوعاً بموجب قاعدة "المعاملة بالمثل" لرد هذا الجميل من خلال تقديم أقصى طاقاته وتعميق ولائه العاطفي والمعياري للمنظمة والبقاء مخلصاً لها. كما يدعم هذا الأثر نموذج متطلبات وموارد الوظيفة (JD-R)؛ حيث تمثل القيادة التحويلية مورداً تنظيمياً فائق الأهمية يمتص ضغوط العمل الشاقة والاحتراق المهني لغرف العمليات والطوارئ، ويحولها لبيئة عمل جاذبة ومحفزة تدعم البقاء والولاء الوجداني. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Mukti et al (2022) ودراسة Gillet et al (2013) التي أكدت الأثر المباشر للنمط التحويلي في تعزيز استقرار وطاقات الطواقم الطبية والحد من رغبتهم في ترك العمل.

رابعاً: تفسير الفروق الديموغرافية (الجنس والخبرة)

- **الجنس:** عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الولاء الوظيفي يفسر بأن بيئة العمل في وزارة الصحة السعودية تلتزم بلوائح موحدة، وأنظمة تعاقدية متطابقة، وبيئة تنظيمية عادلة

ومحفزة لكلا الجنسين تماشياً مع مستهدفات رؤية 2030 في تحقيق العدالة الوظيفية والتمكين الكامل للمرأة في القطاع الصحي.

- **سنوات الخبرة:** وجود فروق لصالح الممارسين الأكثر خبرة (أكثر من 10 سنوات) يعزى إلى أن الموظفين القدامى قد حققوا بالفعل استقراراً مهنيًا واجتماعيًا ومادياً كافياً داخل الوزارة وتكيفوا مع ضغوط العمل الطبي، مما يرفع ولاءهم العاطفي والمعياري. بينما الموظفون الجدد والأقل خبرة (أقل من 5 سنوات) يعيشون مرحلة صعبة من التكيف والضغط التشغيلي في بداية مسيرتهم، ولديهم تطلعات عالية نحو فرص عمل أخرى، كما قد يشعرون بقلق وتوجس وغموض وظيفي تجاه التغيرات الهيكلية الجارية ومشاريع الخصخصة، مما يجعلهم الفئة الأكثر حاجة للرعاية والدعم القيادي لرفع مستويات ولائهم.
- التوصيات (Recommendations)

بناءً على النتائج الميدانية التي توصلت إليها الدراسة والتحليل الإحصائي العلمي لبيانات الممارسين الصحيين بوزارة الصحة السعودية لعام 2026، يتقدم الباحث بالحزمة التالية من التوصيات التطبيقية والعملية:

أولاً: التوصيات التطبيقية للقيادات والمنشآت الصحية:

1. **تمكين القيادات الصحية بالمهارات التحويلية:**
 - تصميم وإطلاق برامج تدريبية تخصصية ومستمرة لرؤساء الأقسام الطبية، والمديرين الطبيين، ومديري التمريض بالتجمعات الصحية حول مهارات القيادة التحويلية، مع التركيز المكثف على كيفية بناء وصياغة الرؤية المشتركة والتواصل الإلهامي الفعال.
2. **العناية الخاصة بالممارسين الصحيين الجدد والأقل خبرة:**
 - تفعيل وتطوير برامج التوجيه والإرشاد المهني (Mentorship & Onboarding Programs) المصممة خصيصاً للممارسين الجدد (أقل من 5 سنوات خبرة)، لمساعدتهم على التكيف السريع مع ضغوط العمل الطبي وتذليل العقبات النفسية والمهنية التي تواجههم في بداية مسيرتهم لتعزيز ولائهم العاطفي مبكراً وتجنب تسربهم.
3. **تطوير بُعد الاستشارة الفكرية وخلق بيئة آمنة نفسياً:**
 - تدريب القيادات الصحية على تبني وتفعيل بُعد "الاستشارة الفكرية" من خلال إشراك الممارسين الصحيين في لجان حل المشكلات التشغيلية وتطوير الخدمات، وتفعيل ثقافة عدم اللوم عند حدوث أخطاء غير مقصودة في مسارات التجريب والتطوير (Just Culture)، لكون هذا البعد الأقل ممارسة والأقل تأثيراً في نتائج التحليل الإحصائي.
4. **ربط تقييم القادة الصحيين بمؤشرات القيادة الإنسانية:**
 - إدراج مؤشرات أداء (KPIs) خاصة بالجانب القيادي الإنساني والداعم ضمن بطاقات تقييم أداء المديرين الطبيين ورؤساء الأقسام، بحيث لا يقتصر التقييم على الكفاءة التشغيلية والمالية البحتة، بل يشمل قياس مستويات الرضا والتمكين والارتباط لدى مرؤوسيهم من الكادر الطبي.
5. **تعزيز الولاء العاطفي كبديل للولاء المستمر:**

- تحسين بيئة ومناخ العمل المادي والمعنوي، وتوفير التوازن الملائم بين الحياة المهنية والشخصية (Work-Life Balance) للحد من مستويات الضغط النفسي، والعمل المستمر على إبراز الأثر الإنساني والوطني لعمل الممارس لتغذية ولائه العاطفي والمعياري المستند للحب والالتزام الأخلاقي والوطني.

ثانياً: التوصيات البحثية والمستقبلية (Future Research Recommendations):

1. إجراء دراسة مماثلة لمقارنة أثر القيادة التحويلية على الولاء الوظيفي للممارسين الصحيين بين القطاع الصحي الحكومي والقطاع الصحي الخاص للوقوف على الفروق الجوهرية وطبيعة المنافسة السوقية على استقطاب الكفاءات.
2. دراسة أثر "العدالة التنظيمية المدركة" أو "الأمان الوظيفي" كمتغير وسيط في العلاقة بين القيادة التحويلية والولاء الوظيفي بوزارة الصحة السعودية في ظل مشاريع الخصخصة وتأسيس شركة الصحة القابضة.
3. إجراء دراسة تتقصى أثر ممارسات القيادة التحويلية في الحد من ظاهرة "الاحتراق المهني" (Burnout) وعلاقتها ببنية الدوران الوظيفي لدى الأطباء والممرضين بوزارة الصحة السعودية.

خاتمة الدراسة (Study Conclusion)

تؤكد هذه الدراسة في خاتمتها أن الموارد البشرية الطبية والتمريضية والفنية المتميزة تمثل الثروة الاستراتيجية والشریان التاجي الحقيقي لمنظومة الرعاية الصحية بوزارة الصحة السعودية لعام 2026. وفي ظل الحراك الوطني والتاريخي والتنظيمي المتسارع الذي يعيشه القطاع تماشياً مع رؤية المملكة 2030 وبرامج التحول الصحي وتأسيس التجمعات الصحية المستقلة وشركة الصحة القابضة، لم يعد أسلوب القيادة التقليدي القائم على الرقابة والبيروقراطية وتصيد الأخطاء صالحاً لإدارة الكفاءات الطبية أو ضمان استقرارها.

لقد برهنت النتائج الميدانية لهذه الدراسة وبدقة إحصائية عالية أن ممارسة القيادة التحويلية بأبعادها المتكاملة (الحفز الإلهامي، التأثير المثالي، الاعتبار الفردي، الاستثارة الفكرية) لا تمثل ترفاً إدارياً، بل هي أولوية وضرورة استراتيجية قصوى للتنبؤ بولاء الممارسين الصحيين واستبقائهم؛ حيث يمتلك السلوك القيادي الإنساني والملمم القدرة الكاملة على تفسير (50.4%) من التباين في مستويات الولاء والارتباط الوجداني للموظفين. إن حجر الزاوية في إنجاح مشروع التحول الصحي الوطني ورفع كفاءة وموثوقية الرعاية الطبية للمواطنين والمقيمين يكمن في الاستثمار الفعلي والمستدام في بناء جيل من القيادات الطبية والتمريضية المؤهلة بفكر ورؤية تحويلية ملهمة؛ قيادات قادرة على تبديد قلق التغيير، وتلمس الاحتياجات الإنسانية والمهنية الفردية للعاملين، وبث روح التفاؤل والحماس لتجاوز التوقعات، وبناء بيئة عمل آمنة نفسياً تدعم الابتكار والتميز، وتحول الولاء من مجرد بقاء اضطراري مرتبط بالحاجة للوظيفة (الولاء المستمر)، إلى ارتباط والتزام وجداني وأخلاقي ووطني راسخ (الولاء العاطفي والمعياري) يدفع الممارس الصحي لتقديم أفضل ما لديه برغبة وشغف، محققاً الأمن الصحي المستدام للوطن والمواطن.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

1. الحسيني، سوسن، والبلتاجي، إبراهيم (2016). القيادة التحويلية والابتكار: دراسة مقارنة بين التعليم العالي العام والخاص في العراق. مركز البيان للدراسات والتخطيط.
2. البشاري، نجيب محمد يحيى، والجرافي، هند يحيى محمد عبد الله (2021). القيادة التحويلية وأثرها في جودة الحياة الوظيفية: دراسة ميدانية في الشركات اليمنية المصنعة للأدوية. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، 29(1)، 164-194.
3. تكروني، دنيا عبد الرحمن، والشماسي، أريج بنت عبد الرحمن ناصر (2021). أثر القيادة التحويلية على أداء العلاقات العامة الرقمية في الجامعات الحكومية بمحافظة جدة. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، 29(2)، 185-208.
4. جاد الرب، سيد محمد (2008). جودة الحياة الوظيفية في منظمات الأعمال العصرية. مراجع إدارة الأعمال جامعة قناة السويس.
5. حافظ، عبد الناصر علك، وعباس، حسين (2016). الأنماط القيادية: الطريق لبناء الميزة التنافسية المستدامة (ط1). دار غيداء للنشر والتوزيع.
6. الخصاونة، معن يوسف، والشريري، معتصم عبد الله (2021). أثر القيادة التحويلية في تنوع الموارد البشرية: دراسة تطبيقية في شركات الاتصالات العاملة في المملكة الأردنية الهاشمية. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 11(95).
7. رمضان، حمزة، وصغيري، حسين (2022). القيادة التحويلية وعلاقتها بجودة الحياة الوظيفية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 10(3)، 23-41.
8. الزعبي، محمد عمر، والبطاينة، محمد تركي (2014). القيادة الإدارية. دار وائل للنشر.
9. سعد، أمينة خير توفيق (2021). واقع جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى العاملين بمكتبات جامعة الإسكندرية: دراسة ميدانية. المجلة العلمية للمكتبات والوثائق والمعلومات، 3(5)، 193-254.
10. الشاوش، زايد ناجي، والأشول، محمد عبد الله أحمد (2018). تأثير جودة الحياة الوظيفية على الصمت التنظيمي في جامعة دار السلام الدولية للعلوم والتكنولوجيا - اليمن. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، 2(12)، 26-41.
11. الشنطي، محمود عبد الرحمن (2016). ممارسة أساليب القيادة التحويلية في جودة الوظيفية: دراسة تطبيقية على وزارة الصحة الفلسطينية. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 12(1)، 31-57.
12. صالح، أماني عبد التواب (2013). واقع جودة حياة العمل لدى أعضاء هيئة التدريس بكليات التربية بجامعة سلمان بن عبد العزيز. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 39(3)، 158-189.
13. طيمان، طعيمان جعبل (2021). أثر القيادة التحويلية على إدارة الأزمات (ط1). الآن ناشرون وموزعون.

14. طه، حسنين السيد، وزايد، حسني جليشاني عبد المقصود (2022). تأثير القيادة الريادية على جودة الحياة الوظيفية دراسة تطبيقية على وزارة التجارة والصناعة المصرية. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والإدارية، 13(3)، 242-278.
 15. عجرمة، فاطمة (2016). أثر تأمين بيئة العمل على جودة الحياة الوظيفية بمواقع مشروعات التشييد المصرية بين التفعيل والمسؤولية التشريعية والتعاقدية. المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، 2(3)، 12-36.
 16. عبد العظيم، ياسر السيد محمد إمام، ومحمد، وعثمان، محمود (2020). القيادة التحولية وضغوط العمل في المجال الرياضي (ط1). دار ماستر للنشر والتوزيع.
 17. العولقي، عبد الله أحمد، والنظاري، فواز أحمد (2018). أثر جودة حياة العمل في الارتباط الوظيفي لدى العاملين في المؤسسة العامة للاتصالات اليمنية. مجلة الدراسات والبحوث، 24(2)، 87-121.
 18. القحطاني، سالم سعيد (2008). القيادة الإدارية: التحول نحو نموذج القيادي العالمي (ط2). مكتبة العبيكان للنشر.
 19. قريشي، هاجر، وبديسي، فهيمة (2016). جودة الحياة الوظيفية ودورها في تحسين الأداء الوظيفي: دراسة حالة كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة قسنطينة 2. مجلة دراسات اقتصادية، 3(3)، 211-254.
 20. الكساسبة، محمد مفضي، وعثمان، عبد الله كفاية محمد طه، والفاعوري، عبير حمود (2009). تأثير ثقافة التمكين والقيادة التحولية على المنظمة المتعلمة. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 5(1)، 19-45.
 21. كلارك، رون (2005). كتاب التنمية البشرية (ط1). مكتبة الرمحي أحمد.
 22. ماضي، خالد فتحي، والخطيب، أحمد (2010). السلامة المهنية العامة. دار كنوز المعرفة.
 23. محمود، سليم عبد ربه العوكلي، وزكريا، عبد الله، وعلي، حسن عياد (2022). أبعاد القيادة التحولية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي لدى إداريي المدارس الثانوية العامة في مدينة درنة. مجلة المختار للعلوم الإنسانية، 40(2)، 263-296.
- ثانياً: المراجع الأجنبية (English References)

1. Amin, D. (2016). The role of transformational leadership on Organizational performance in Kenya: A case study of National Bank of Kenya (Doctoral dissertation). United States International University-Africa.
2. Avolio, B. J., Bass, B. M & ,Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership .Journal of Occupational and Organizational Psychology.462-441 , 72(4) ,
3. Chinomona, R & ,Dhurup, M. (2014). The influence of the quality of working life on employee job satisfaction, job commitment and tenure intention in the

- SME sector in Zimbabwe .South African Journal of Economic and Management Sciences.378–363 ,(4)17 ,
4. Gayathiri, R., Ramakrishnan, L., Babatunde, S. A., Banerjee, A & ,Islam, M. Z. (2013). Quality of work life–Linkage with job satisfaction and performance .International Journal of Business and Management Invention , .8–1 ,(1)2
 5. Gillet, N., Fouquereau, E., Bonnaud–Antignac, A., Mokounkolo, R & , Colombat, P. (2013). The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross–sectional questionnaire survey .International Journal of Nursing Studies.1367–1359 ,(10)50 ,
 6. Kumar, M & ,Shani, N. (2013). A study on quality of work life among the employees at Metro Engineering private limited .International Journal of Management.05–01 ,(1)4 ,
 7. Mathis, R. L., Jackson, J. H., Valentine, S. R & ,Meglich, P. (2007) .Human Resource Management .Cengage Learning.
 8. Mukti, L., Suci, R. P & ,Hermawati, A. (2022). Analyzing the impact of transformational leadership on job discipline, quality of work life, and organizational commitment that implicates to nurse performance at the Public Hospital of dr. Saiful Anwar Malang .Asia Pacific Journal of Business Economics and Technology.92–81 ,(02)2 ,
 9. Northouse, P. G. (2013) .Leadership: Theory and practice .Sage Publications.
 10. Rasheed, M. A., Shahzad, K & ,Nadeem, S. (2021). Transformational leadership and employee voice for product and process innovation in SMEs . Innovation & Management Review.89–69 ,(1)18 ,
 11. Swapna, M. (2014). Quality of work life metrics as a predictor of job satisfaction and organizational commitment: A study with special reference to information technology industry .Mediterranean Journal of Social Sciences , 3)6S2.170–170 ,(
 12. Zare, H., Haghighooyan, Z & ,Asl, Z. K. (2012). Determining and prioritizing factors affecting quality of work life .Journal of Management Research.(3)4 ,