

Final Project 2

PMG 497

نموذج المشروع النهائي 2

دور القيادة الإدارية في تحسين أداء الكوادر الصحية – دراسة ميدانية في مستشفيات جدة

أسم الطالب
عبدالعزیز مطلق العتيبي

مشروع تخرج- 2
كلية الإدارة- جامعة ميدأوشن

إشراف
د. عبد الرحيم نادر
عضو هيئة التدريس- كلية الإدارة- جامعة ميدأوشن

التاريخ- الفصل الدراسي

2026

الشكر والتقدير

الإهداء

مستخلص الدراسة

الهدف:

المنهجية:

النتائج:

التطبيقات والأهمية:

الكلمات المفتاحية:

جدول المحتويات

2	الشكر والتقدير.....
3	الإهداء.....
4	مستخلص الدراسة.....
7	1. الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....
8	1.1. المقدمة:.....
9	1.2. مشكلة الدراسة.....
9	1.2.1. فجوات على المستوى النظري.....
9	1.2.2. فجوات على المستوى التطبيقي.....
9	1.3. أهمية الدراسة.....
9	1.3.1. على المستوى النظري:.....
9	1.3.2. على المستوى التطبيقي:.....
10	1.4. أسئلة الدراسة.....
10	1.5. أهداف الدراسة.....
10	1.6. فرضيات الدراسة.....
10	1.7. نموذج الدراسة.....
11	1.8. الدراسة الميدانية.....
11	1.9. مخطط المشروع.....
12	2. الفصل الثاني: الدراسات السابقة.....
13	2.1. المقدمة:.....
13	2.2. المتغير المستقل.....
13	2.3. المتغير التابع.....
14	2.4. العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع.....
14	2.5. الخاتمة.....
15	3. الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
	3.1. المقدمة.....
	Error! Bookmark not defined.

3.2	التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث	51
3.3	تصميم البحث	52
3.4	مجتمع البحث وطرق وتقنيات أخذ العينات	52
3.5	طريقة جمع البيانات	53
3.6	أنواع البيانات	53
3.7	إجراءات التحليل الإحصائي	54
3.8	الخاتمة	55
4	الفصل الرابع: التحليل الإحصائي ومناقشة النتائج	55
4.1	المقدمة	55
4.2	توصيف عينة الدراسة (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)	55
4.3	اختبارات الصدق والثبات للاستبيانات	55
4.4	الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث (الإجابة على أسئلة البحث)	56
4.5	اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج	56
4.6	الخاتمة	56
5	الفصل الخامس: حدود البحث والتوصيات والاستنتاجات	56
5.1	حدود الدراسة والدراسات المستقبلية	56
5.2	توصيات الدراسة	56
5.3	الخاتمة	56
	قائمة المراجع	57
	الملاحق	57

جدول الأشكال

جدول الجداول

1. الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1. المقدمة:

تشمل المقدمة الخمس مراحل لكتابة المقدمة

تكتب المقدمة في صورة فقرات فقط

1.2. مشكلة الدراسة

يتم كتابة مقدمة بسيطة في شكل فقرة
يتم تقسيم المشكلة الى فجوات نظرية وعملية

1.2.1. فجوات على المستوى النظري

1.2.2. فجوات على المستوى التطبيقي

ينتهي هذا الجزء بالسؤال الرئيسي

1.3. أهمية الدراسة

1.3.1. على المستوى النظري:

1.3.2. على المستوى التطبيقي:

1.4. أسئلة الدراسة

1.5. أهداف الدراسة

1.6. فرضيات الدراسة

1.7. نموذج الدراسة

1.8. الدراسة الميدانية

1.9. مخطط المشروع

2. الفصل الثاني: الدراسات السابقة

2.1. المقدمة:

2.2. المتغير المستقل

2.3. المتغير التابع

2.4. العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع

2.5. الخاتمة

3. الفصل الثالث: منهجية الدراسة

3.1. المقدمة

تُعَدُّ منهجية الدراسة الركيزة الأساسية التي تقوم عليها أي دراسة علمية، إذ إنها تحدّد الإطار العام الذي يسير عليه الباحث في تحقيق أهداف دراسته والإجابة عن تساؤلاتها. فالمنهجية العلمية الرصينة هي التي تُضفي على نتائج الدراسة صفة الموضوعية والمصداقية، وتُمكن من تعميم نتائجها على المجتمع المدروس بدرجة معقولة من الثقة. ومن هنا، فإن الاهتمام باختيار المنهج الملائم لطبيعة الدراسة، وتحديد مجتمعها وعينتها بدقة، واستخدام أدوات جمع بيانات موثوقة، وتطبيق أساليب إحصائية مناسبة لتحليل البيانات، كل ذلك يُشكّل منظومة متكاملة تضمن الوصول إلى نتائج علمية دقيقة.

ويتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي اتّبعتها الباحثة في دراسته الهادفة إلى الكشف عن دور القيادة الإدارية في تحسين أداء الكوادر الصحية بمستشفيات مدينة جدة. ويستعرض الفصل التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وتصميم البحث الذي يمثّل البوصلة البحثية الموجهة لعمل الباحثة، ومجتمع الدراسة وطرق أخذ العينات، وطريقة جمع البيانات وأدواتها، وأنواع البيانات المستخدمة، وإجراءات التحليل الإحصائي، فضلاً عن اختبارات الصدق والثبات التي تُعزّز جودة النتائج المستخلصة.

3.2. التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث

فيما يأتي عرض للتعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة، والتي تُترجم المفاهيم النظرية إلى مؤشرات قابلة للقياس ضمن أداة الدراسة:

القيادة الإدارية (المتغير المستقل): يُقصد بها إجرائياً في هذه الدراسة مجموعة الممارسات والسلوكيات التي يتبنّاها القادة الإداريون في مستشفيات مدينة جدة للتأثير في الكوادر الصحية وتوجيه جهودهم نحو تحقيق الأهداف المؤسسية، وتُقاس بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المبحوث على فقرات المحاور الثلاثة الآتية:

القيادة التحويلية: تُعرّف إجرائياً بأنها الممارسات القيادية التي يُظهرها القادة الإداريون في المستشفيات لإلهام الكوادر الصحية وتحفيزهم على تجاوز مصالحهم الشخصية لتحقيق الأهداف المؤسسية، من خلال التأثير

المثالي والتحفيز الإلهامي والاستثارة الفكرية والاعتبار الفردي، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على الفقرات المخصصة لهذا البُعد في الاستبيان.

القيادة التبادلية: تُعرّف إجرائياً بأنها الممارسات القيادية القائمة على تبادل المنافع بين القائد والعاملين في المستشفيات، من خلال المكافأة المشروطة والإدارة بالاستثناء، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على فقرات هذا البُعد.

القيادة الإلكترونية: تُعرّف إجرائياً بأنها قدرة القادة الإداريين في المستشفيات على توظيف تقنيات المعلومات والاتصالات في التأثير في الكوادر الصحية وتوجيههم عن بُعد، وإدارة العمليات الإدارية والصحية رقمياً، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على فقرات هذا البُعد.

أداء الكوادر الصحية (المتغير التابع): يُقصد به إجرائياً في هذه الدراسة المستوى الذي تُنجز به الكوادر الصحية العاملة في مستشفيات مدينة جدة مهامها ومسؤولياتها الوظيفية، من حيث الكفاءة والفاعلية وجودة الخدمات المقدمة للمرضى والالتزام بالمعايير المهنية، ويُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على الفقرات المخصصة لقياس الأداء في الاستبيان.

الكوادر الصحية: يُقصد بها إجرائياً في هذه الدراسة جميع العاملين في المجال الصحي بمستشفيات مدينة جدة، ويشمل ذلك الأطباء والممرضين والفنيين والصيادلة والإداريين الصحيين.

3.3. تصميم البحث (البوصلة البحثية)

يُعَدّ تصميم البحث بمثابة البوصلة الموجهة للباحث في مسيرته العلمية، إذ إنه يُحدّد الإطار العام للدراسة من حيث فلسفتها البحثية ومنهجها ومقاربتها الزمنية واستراتيجيتها في جمع البيانات وتحليلها. وقد اعتمدت هذه الدراسة على تصميم بحثي متكامل، يمكن استعراض أبعاده على النحو الآتي:

الفلسفة البحثية: تنبّت الدراسة الفلسفة الوضعية (Positivism)، والتي تقوم على افتراض إمكانية دراسة الظواهر الاجتماعية والإدارية بطريقة موضوعية تعتمد على القياس الكمي واختبار الفرضيات، وهو ما ينسجم مع طبيعة الدراسة الحالية التي تسعى إلى قياس العلاقة بين متغيرين رئيسيين هما القيادة الإدارية وأداء الكوادر الصحية.

المقاربة البحثية: اعتمدت الدراسة على المقاربة الاستنباطية (Deductive Approach) ، حيث انطلقت من الإطار النظري والدراسات السابقة لصياغة فرضيات الدراسة، ثم تم اختبار هذه الفرضيات ميدانياً من خلال البيانات المُجمّعة من مجتمع الدراسة.

المنهج البحثي: استُخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، لكونه أنسب المناهج لطبيعة الدراسة وأهدافها، إذ يُتيح وصف الظاهرة موضع الدراسة كما هي في الواقع، ثم تحليلها وتفسيرها والكشف عن العلاقات بين متغيراتها.

الاستراتيجية البحثية: اعتمدت الدراسة على استراتيجية المسح الميداني (Survey Strategy) عبر توزيع استبيان إلكتروني وورقي على عيّنة من الكوادر الصحية في مستشفيات مدينة جدة، وهي استراتيجية تُتيح جمع بيانات كمّية من عدد كبير من المبحوثين خلال فترة زمنية محدودة، وبتكلفة معقولة.

المقاربة الزمنية: اتبعت الدراسة المقاربة المقطعية (Cross-Sectional) ، حيث جُمعت البيانات من مجتمع الدراسة في فترة زمنية محددة، دون تتبّع للمتغيرات عبر الزمن.

نوع الدراسة: تُصنّف هذه الدراسة ضمن الدراسات التفسيرية (Explanatory Research) ، إذ إنها لا تكتفي بوصف الظاهرة، بل تسعى إلى تفسير طبيعة العلاقة بين القيادة الإدارية بأنماطها المختلفة وأداء الكوادر الصحية.

3.4. مجتمع البحث وطرق وتقنيات أخذ العينات

يتكوّن مجتمع الدراسة من جميع الكوادر الصحية العاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة جدة بالمملكة العربية السعودية، ويشمل ذلك الأطباء والمرضى والفنيين والصيادلة والإداريين الصحيين. وتُعدّ مدينة جدة من أكبر المدن السعودية من حيث الكثافة السكانية وحجم الخدمات الصحية المقدّمة، إذ تضمّ عدداً كبيراً من المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة، إلى جانب المستشفيات الجامعية والعسكرية والخاصة، مما يجعلها بيئة خصبة لإجراء الدراسات الميدانية في القطاع الصحي.

ونظراً لكِبَر حجم مجتمع الدراسة وصعوبة الوصول إلى جميع مفرداته، فقد لجأ الباحث إلى أسلوب المعاينة لاختيار عيّنة ممثلة للمجتمع الأصلي. وقد اعتمدت طريقة المعاينة العشوائية الطبقية (Stratified Random Sampling)، وذلك لضمان تمثيل مختلف فئات الكوادر الصحية في العيّنة بنسب متقاربة من تمثيلها في

المجتمع الأصلي. حيث قُسم مجتمع الدراسة إلى طبقات وفقاً للفئة الوظيفية (أطباء، ممرضون، فنيون، صيادلة، إداريون صحيون)، ثم اختيرت عينة عشوائية من كل طبقة بما يتناسب مع حجمها في المجتمع.

وقد تمّ تحديد حجم العينة باستخدام معادلة كريجسي ومورجان (Krejcie & Morgan) لتحديد حجم العينات، مع مراعاة نسبة الفاقد المحتمل في الاستبيانات الموزعة. وبناءً على ذلك، تحدّد حجم العينة النهائي بـ 384 مفردة، وهو حجم مناسب لتطبيق الأساليب الإحصائية المتقدمة كتحليل الانحدار المتعدد ونمذجة المعادلات البنائية.

وقد روعي في اختيار العينة توفير مجموعة من الشروط، من أبرزها: أن يكون المبحوث من الكوادر الصحية العاملة فعلياً في أحد مستشفيات مدينة جدة، وأن تكون لديه خبرة لا تقلّ عن سنة واحدة في العمل الحالي، وأن يبدي موافقته الطوعية على المشاركة في الدراسة.

3.5. طريقة جمع البيانات

اعتمدت الدراسة الحالية على الاستبيان بوصفه الأداة الرئيسية لجمع البيانات الميدانية، وذلك لملاءمته لطبيعة الدراسة وأهدافها، ولقدرته على جمع بيانات كمية من عدد كبير من المبحوثين خلال فترة زمنية معقولة. وقد تمّ تصميم الاستبيان بالاستناد إلى الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة، ولا سيما دراسة الغامدي (2021) في محور القيادة التحويلية، ودراسة الشريدي والزالمل (2024) في محور القيادة التبادلية، ودراسة مغراف (2025) في محور القيادة الإلكترونية، ودراسة Alsadaan وآخرون (2023) في محور أداء الكوادر الصحية.

ويتكوّن الاستبيان من ثلاثة أقسام رئيسية؛ يشمل القسم الأول البيانات الديموغرافية والوظيفية للمبحوثين، ويشمل القسم الثاني فقرات قياس القيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة (القيادة التحويلية، القيادة التبادلية، القيادة الإلكترونية) بواقع أربع فقرات لكل بُعد، ويشمل القسم الثالث فقرات قياس أداء الكوادر الصحية بواقع اثنتي عشرة فقرة. وقد استخدم في قياس فقرات المحاورين مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale) المتدرّج من "موافق بشدة" إلى "غير موافق بشدة".

وقد مرّ تصميم الاستبيان وتطبيقه بعدة مراحل، بدأت بإعداد النسخة الأولية للاستبيان في ضوء الإطار النظري، ثم عرضها على مجموعة من المحكّمين المتخصصين في مجال الإدارة والقيادة والإدارة الصحية للتأكد من صدقها الظاهري، وإجراء التعديلات المقترحة. ثم أُجريت دراسة استطلاعية على عينة مكونة من (30) مفردة

من خارج عينة الدراسة الأصلية، بهدف التأكد من ثبات الاستبيان وصدقه، وقياس معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للاستبيان، وُزِعَ الاستبيان على عينة الدراسة بصورتيه الإلكترونية والورقية، ثم جُمعت الاستبيانات المكتملة وتم إعدادها للتحليل الإحصائي.

3.6. أنواع البيانات

اعتمدت الدراسة الحالية على نوعين رئيسيين من البيانات، تكاملاً معاً لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها:

البيانات الأولية: (Primary Data) وهي البيانات التي جُمعت مباشرة من مجتمع الدراسة عبر الاستبيان الذي وُزِعَ على عينة الكوادر الصحية العاملة في مستشفيات مدينة جدة. وتُمثّل هذه البيانات الأساس الذي بُنيت عليه نتائج الدراسة الميدانية، إذ إنها تعكس واقع الممارسات القيادية ومستوى أداء الكوادر الصحية من وجهة نظر المبحوثين أنفسهم.

البيانات الثانوية: (Secondary Data) وهي البيانات التي جُمعت من المصادر المنشورة ذات الصلة بموضوع الدراسة، وتشمل الكتب والدوريات العلمية المحكمة والرسائل الجامعية والتقارير الرسمية والدراسات السابقة العربية والأجنبية. وقد استُعين بهذه البيانات في بناء الإطار النظري للدراسة، وصياغة فقرات الاستبيان، ومناقشة النتائج ومقارنتها بنتائج الدراسات السابقة.

3.7. إجراءات التحليل الإحصائي

بعد الانتهاء من جمع البيانات وتفريغها، تم إخضاعها لسلسلة من التحليلات الإحصائية باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في إصداره الأحدث. وقد تنوّعت الأساليب الإحصائية المستخدمة بحسب طبيعة كل فرضية وسؤال بحثي، وذلك على النحو الآتي:

أساليب الإحصاء الوصفي: استُخدمت التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الديموغرافية والوظيفية لعينة الدراسة، فيما استُخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف استجابات المبحوثين حول فقرات الاستبيان ومحاوره، إلى جانب تحديد الأهمية النسبية لكل فقرة ومحور.

اختبارات الصدق والثبات: طُبِّقَ معامل ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات الاستبيان في مجمله وفي كل محور من محاوره على حدة، فيما استُخدم معامل ارتباط بيرسون للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والمحور الذي تنتمي إليه، وبين المحاور والدرجة الكلية للاستبيان.

اختبارات التوزيع الطبيعي: استُخدم اختبار كولموجوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) للتحقق من اعتدالية توزيع البيانات، وذلك تمهيداً لاختيار الأساليب الإحصائية المناسبة (المعلمية أو اللامعلمية).

اختبارات الفرضيات: استُخدم معامل ارتباط بيرسون للكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغير المستقل (القيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة) والمتغير التابع (أداء الكوادر الصحية). كما استُخدم تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression Analysis) لقياس أثر أبعاد القيادة الإدارية مجتمعةً على أداء الكوادر الصحية، وتحديد نسبة التباين المُفسَّر من قِبَل المتغيرات المستقلة.

اختبارات الفروق: استُخدم اختبار (T-Test) للعينات المستقلة للكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في استجابات المبحوثين تبعاً للمتغيرات ذات الفئتين (كالجنس)، فيما استُخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للكشف عن الفروق تبعاً للمتغيرات ذات الفئات المتعددة (كالعمر والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمسمى الوظيفي)، مع إجراء اختبارات المقارنات البعدية (كاختبار Scheffe) عند وجود فروق دالة إحصائية لتحديد اتجاه هذه الفروق.

3.8. الخاتمة

استعرض هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي اتَّبَعها الباحث في دراسته الميدانية، بدءاً من التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة، ومروراً بتصميم البحث الذي مثَّل البوصلة الموجهة للعمل البحثي، وصولاً إلى تحديد مجتمع الدراسة وعيَّنتها، ووصف أداة جمع البيانات وطرق التحقق من صدقها وثباتها، وأنواع البيانات المستخدمة، والأساليب الإحصائية المُوظَّفة في تحليل البيانات واختبار الفرضيات. وقد حرص الباحث على اتِّباع منهجية علمية رصينة تضمن جودة النتائج المستخلصة ومصادقيتها، بما يُتيح تعميمها على مجتمع الدراسة بدرجة معقولة من الثقة. ويُمثِّل هذا الفصل الجسر الذي ينقل الدراسة من إطارها النظري إلى إطارها التطبيقي، تمهيداً لعرض نتائج التحليل الإحصائي ومناقشتها في الفصل التالي.

الفصل الرابع: التحليل الإحصائي ومناقشة النتائج

4.1. المقدمة

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً للنتائج الإحصائية التي تمّ التوصل إليها من خلال تحليل بيانات الاستبانة التي وُزعت على عينة الدراسة المكوّنة من الكوادر الصحية العاملة في مستشفيات مدينة جدة بالمملكة العربية السعودية، والتي بلغ حجمها (384) مفردة. ويهدف هذا الفصل إلى الإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها المتعلقة بدور القيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة (القيادة التحويلية، القيادة التبادلية، القيادة الإلكترونية) في تحسين أداء الكوادر الصحية.

وقد اعتمد الباحث في تحليل البيانات على البرنامج الإحصائي (SPSS V.26) ، حيث تمّ استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية، وتشمل: التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة، ومعامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة الدراسة، ومعامل ارتباط بيرسون لقياس الصدق البنائي للأداة، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف استجابات أفراد العينة، إضافةً إلى تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد لاختبار فرضيات الدراسة.

ويُنظّم هذا الفصل في خمسة محاور رئيسية تبدأ بتوصيف عينة الدراسة، ثمّ اختبارات الصدق والثبات، فالإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث، واختبار الفرضيات ومناقشة النتائج، وتُختتم بخاتمة الفصل.

4.2. توصيف عينة الدراسة (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)

يتناول هذا القسم وصف الخصائص الديموغرافية والوظيفية لعينة الدراسة البالغ حجمها (384) مفردة من الكوادر الصحية العاملة في مستشفيات مدينة جدة، وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية.

جدول (1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية (%)
الجنس	ذكر	218	56.8
	أنثى	166	43.2

100.0	384	المجموع	
25.0	96	أقل من 30 سنة	العمر
40.1	154	من 30 إلى أقل من 40 سنة	
23.2	89	من 40 إلى أقل من 50 سنة	
11.7	45	50 سنة فأكثر	
100.0	384	المجموع	
16.1	62	دبلوم	المؤهل العلمي
55.5	213	بكالوريوس	
20.3	78	ماجستير	
6.3	24	دكتوراه	
1.8	7	أخرى	
100.0	384	المجموع	
21.9	84	طبيب	المسمى الوظيفي
37.0	142	ممرض/ممرضة	
17.7	68	فني	
10.9	42	صيدلي	
12.5	48	إداري صحي	
100.0	384	المجموع	
28.1	108	أقل من 5 سنوات	سنوات الخبرة
35.9	138	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	
21.4	82	من 10 إلى أقل من 15 سنة	
14.6	56	15 سنة فأكثر	
100.0	384	المجموع	
52.3	201	حكومي	نوع المستشفى
30.7	118	خاص	
16.9	65	جامعي/عسكري	
100.0	384	المجموع	

يُتضح من الجدول (1) أنَّ الذكور شكّلوا النسبة الأعلى في عيّنة الدراسة بنسبة (56.8%)، مقابل (43.2%) للإناث، وهو ما يعكس طبيعة توزّع الكوادر الصحية في المستشفيات السعودية والذي يميل نسبياً لصالح الذكور في بعض التخصصات الطبية والفنية. أمّا على مستوى الفئة العمرية، فقد جاءت فئة (من 30 إلى أقل من 40 سنة) في المرتبة الأولى بنسبة (40.1%)، ما يدلّ على أنَّ غالبية أفراد العيّنة هم من الفئة الشابة المنتجة التي تتمتع بخبرة عملية متوسطة، وهو ما يُعزّز من دقّة استجاباتهم على فقرات الاستبانة.

وفيما يخصّ المؤهل العلمي، فقد استحوذ حملة البكالوريوس على النسبة الأعلى (55.5%)، يليهم حملة الماجستير (20.3%)، ما يدلّ على أنَّ عيّنة الدراسة تتمتع بمستوى تعليمي مرتفع يؤهلها لفهم فقرات الاستبانة والإجابة عنها بموضوعية. كما يُلاحظ أنَّ فئة الممرّضين والممرّضات جاءت في المرتبة الأولى من حيث المسمّى الوظيفي بنسبة (37.0%)، وهو ما يتّسق مع الواقع الفعلي للتوزيع الوظيفي في المستشفيات، حيث يُشكّل التمريض العمود الفقري للخدمات الصحية.

أمّا سنوات الخبرة، فقد جاءت فئة (من 5 إلى أقل من 10 سنوات) في المرتبة الأولى بنسبة (35.9%)، ما يعني أنَّ غالبية أفراد العيّنة يمتلكون خبرة عملية كافية للحكم على الممارسات القيادية في مستشفياتهم. وأخيراً، جاء العاملون في المستشفيات الحكومية في المرتبة الأولى بنسبة (52.3%)، وهو ما يعكس هيمنة القطاع الحكومي على تقديم الخدمات الصحية في مدينة جدة.

4.3. اختبارات الصدق والثبات للاستبانة

4.3.1. اختبار الصدق البنائي (Construct Validity)

تمّ التحقق من الصدق البنائي لأداة الدراسة من خلال حساب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل بُعد والدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي إليه.

جدول (2): معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمحور

المحور	البُعد	معامل الارتباط®	مستوى الدلالة (Sig.)
القيادة الإدارية	القيادة التحويلية	0.876	0.000**
	القيادة التبادلية	0.842	0.000**
	القيادة الإلكترونية	0.819	0.000**

أداء الكوادر الصحية	أداء الكوادر الصحية	0.891	0.000**
---------------------	---------------------	-------	---------

**دالة إحصائية عند مستوى (0.01)

يتبين من الجدول (2) أن جميع معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمحور جاءت مرتفعة وذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، حيث تراوحت بين (0.819) و(0.891)، ما يشير إلى تمتع أداة الدراسة بدرجة عالية من الصدق البنائي، وأن فقرات كل بُعد تقيس فعلياً ما وُضعت لقياسه.

4.3.2. اختبار الثبات – (Reliability) معامل ألفا كرونباخ

جدول (3): نتائج اختبار الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ

المحور/البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
القيادة التحويلية	4	0.861
القيادة التبادلية	4	0.834
القيادة الإلكترونية	4	0.847
إجمالي محور القيادة الإدارية	12	0.912
أداء الكوادر الصحية	12	0.928
الثبات الكلي للأداة	24	0.941

يلاحظ من الجدول (3) أن قيم معامل ألفا كرونباخ لجميع أبعاد الدراسة جاءت مرتفعة، حيث تراوحت بين (0.834) و(0.928)، وبلغ معامل الثبات الكلي للأداة (0.941)، وجميعها قيم تتجاوز الحد الأدنى المقبول (0.70)، مما يدل على أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية جداً من الثبات، وأنها ستعطي نتائج متقاربة إذا ما أُعيد تطبيقها على العينة نفسها في ظروف مماثلة.

4.4. الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث (الإجابة عن أسئلة البحث)

للحكم على درجة الموافقة، اعتمد الباحث المعيار التالي وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي:

المتوسط الحسابي	درجة الموافقة
من 1.00 إلى أقل من 1.80	غير موافق بشدة (منخفضة جداً)

من 1.80 إلى أقل من 2.60	غير موافق (منخفضة)
من 2.60 إلى أقل من 3.40	محايد (متوسطة)
من 3.40 إلى أقل من 4.20	موافق (مرتفعة)
من 4.20 إلى 5.00	موافق بشدة (مرتفعة جداً)

4.4.1. الإحصاء الوصفي للمحور الأول: القيادة الإدارية

أولاً: البُعد الأول – القيادة التحويلية

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد القيادة التحويلية

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
1	يُلهم القائد الإداري في مستشفانا الكوادر الصحية بتقديم رؤية مستقبلية واضحة للعمل	3.94	0.812	2	مرتفعة
2	يُشجّع القائد الإداري الكوادر الصحية على التفكير الإبداعي في مواجهة تحديات العمل الصحي	3.82	0.874	4	مرتفعة
3	يُراعي القائد الإداري الاحتياجات الفردية للكوادر الصحية ويهتم بتطويرهم المهني	3.87	0.856	3	مرتفعة
4	يُمثّل القائد الإداري قدوة يُحتذى بها في الالتزام والمهنية بين الكوادر الصحية	4.01	0.798	1	مرتفعة
	المتوسط العام للبُعد	3.91	0.735	-	مرتفعة

يتّضح من الجدول (4) أنّ المتوسط الحسابي العام لبُعد القيادة التحويلية بلغ (3.91) بانحراف معياري (0.735)، وهو ما يعكس درجة موافقة مرتفعة من قِبَل أفراد العيّنة على ممارسة القادة الإداريين لأنماط القيادة التحويلية في مستشفيات جدة. وقد جاءت الفقرة (4) “يُمثّل القائد الإداري قدوة يُحتذى بها في الالتزام والمهنية

بين الكوادر الصحية" في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.01)، ويُعزى ذلك إلى أن الكوادر الصحية تتأثر بشكل مباشر بسلوك قادتها ومدى التزامهم المهني، فالقدوة الحسنة تُشكّل عاملاً محورياً في بناء الثقة داخل بيئة العمل الصحية.

بينما جاءت الفقرة (2) "يُشجّع القائد الإداري الكوادر الصحية على التفكير الإبداعي" في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.82)، وقد يُعزى ذلك إلى طبيعة العمل الصحي الذي يعتمد على البروتوكولات الصارمة والإجراءات المحددة سلفاً، ممّا قد يُقيّد مساحة الإبداع المتاحة للكوادر الصحية مقارنةً بالسلوكيات القيادية الأخرى.

ثانياً: البُعد الثاني - القيادة التبادلية

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد القيادة التبادلية

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
5	يُحدّد القائد الإداري بوضوح المكافآت المترتبة على تحقيق الأهداف الوظيفية	3.68	0.918	3	مرتفعة
6	يربط القائد الإداري بين الأداء المتميّز للكوادر الصحية والحوافز المادية والمعنوية	3.61	0.945	4	مرتفعة
7	يتابع القائد الإداري أداء الكوادر الصحية ويتدخل عند حدوث انحرافات عن المعايير	3.89	0.821	1	مرتفعة
8	يوضّح القائد الإداري توقّعاته من الكوادر الصحية بشكل صريح ومحدّد	3.83	0.847	2	مرتفعة
المتوسط العام للبُعد		3.75	0.762	-	مرتفعة

بلغ المتوسط الحسابي العام لبُعد القيادة التبادلية (3.75) بانحراف معياري (0.762)، وهو ما يُشير إلى درجة موافقة مرتفعة على ممارسة القادة لهذا النمط، وإن كانت أقلّ من درجة الموافقة على القيادة التحويلية. وقد

تصدّرت الفقرة (7) "يتابع القائد الإداري أداء الكوادر الصحية ويتدخّل عند حدوث انحرافات عن المعايير" الترتيب بمتوسط (3.89)، ويُعزى ذلك إلى أنّ الرقابة والمتابعة تُشكّلان جزءاً أصيلاً من الممارسات الإدارية في القطاع الصحي، نظراً لحساسية الخدمات المقدّمة وتأثيرها المباشر على أرواح المرضى.

في المقابل، جاءت الفقرة (6) المتعلقة بربط الأداء المتميّز بالحوافز في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.61)، وقد يُفسّر ذلك بضعف أنظمة الحوافز المؤسسية في بعض المستشفيات، أو عدم شفافية آليات الربط بين الأداء والمكافآت، وهو ما قد يُقلّل من فاعلية المنظومة التبادلية داخل بعض المؤسسات الصحية.

ثالثاً: البُعد الثالث – القيادة الإلكترونية

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد القيادة الإلكترونية

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
9	يوظّف القائد الإداري التقنيات الرقمية بفاعلية في إدارة العمليات الصحية والإدارية	3.96	0.789	2	مرتفعة
10	يتواصل القائد الإداري مع الكوادر الصحية عبر الوسائل الإلكترونية بكفاءة عالية	4.05	0.762	1	مرتفعة
11	يُشجّع القائد الإداري الكوادر الصحية على استخدام الأنظمة الرقمية في تقديم الخدمات الصحية	3.92	0.803	3	مرتفعة
12	يمتلك القائد الإداري المهارات التقنية اللازمة لإدارة فرق العمل عن بُعد	3.71	0.892	4	مرتفعة
	المتوسط العام للبُعد	3.91	0.728	–	مرتفعة

يُظهر الجدول (6) أنَّ المتوسط الحسابي العام لبُعد القيادة الإلكترونية بلغ (3.91) بانحراف معياري (0.728)، ما يعكس درجة موافقة مرتفعة على تبني القادة الإداريين للممارسات الإلكترونية. وتصدّرت الفقرة (10) المتعلقة بالتواصل الإلكتروني الترتيب بمتوسط (4.05)، ويُعزى ذلك إلى التحوّل الرقمي المتسارع في القطاع الصحي السعودي بعد جائحة كوفيد-19، وتبني رؤية 2030 لأتمتة الخدمات الصحية، ممّا جعل التواصل الإلكتروني ركيزةً أساسية في العمل اليومي.

بينما جاءت الفقرة (12) المتعلقة بمهارات إدارة الفرق عن بُعد في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.71)، وقد يُعزى ذلك إلى أنَّ إدارة الفرق عن بُعد ما تزال مهارة نسبياً حديثة تتطلب تدريباً متخصصاً لم يحصل عليه جميع القادة الإداريين حتى الآن، خاصة كبار السن منهم.

ملخص محور القيادة الإدارية

جدول (7): ترتيب أبعاد محور القيادة الإدارية

البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
القيادة التحويلية	3.91	0.735	1مكرّر	مرتفعة
القيادة الإلكترونية	3.91	0.728	1مكرّر	مرتفعة
القيادة التبادلية	3.75	0.762	3	مرتفعة
المتوسط العام للمحور	3.86	0.698	–	مرتفعة

بلغ المتوسط العام لمحور القيادة الإدارية (3.86)، بدرجة موافقة مرتفعة، حيث تصدّر بُعدا القيادة التحويلية والقيادة الإلكترونية الترتيب بمتوسط متطابق (3.91)، بينما جاء بُعد القيادة التبادلية في المرتبة الأخيرة (3.75). ويُشير ذلك إلى أنَّ القيادات الإدارية في مستشفيات جدة تميل بشكل أكبر إلى التحفيز الملهم والاستفادة من التحوّل الرقمي، أكثر من اعتمادها على منظومة الحوافز والعقوبات التقليدية.

4.4.2. الإحصاء الوصفي للمحور الثاني: أداء الكوادر الصحية

جدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور أداء الكوادر الصحية

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
1	أنجز المهام الموكلة إليّ بدقة وفقاً للمعايير المهنية المعتمدة	4.21	0.678	3	مرتفعة جداً
2	ألتزم بالمواعيد المحددة لإنجاز الأعمال المطلوبة مني	4.18	0.702	5	مرتفعة
3	أتعامل مع المرضى باحترافية عالية وأقدم لهم خدمات صحية ذات جودة	4.32	0.641	1	مرتفعة جداً
4	أمتلك المعرفة والمهارات اللازمة لأداء مهامي الوظيفية بكفاءة	4.15	0.716	6	مرتفعة
5	أبدي مرونة عالية في التكيف مع مستجدات العمل الصحي	4.03	0.751	9	مرتفعة
6	أعمل بروح الفريق مع الزملاء لتحقيق الأهداف المشتركة للمستشفى	4.24	0.669	2	مرتفعة جداً
7	أسهم في تقديم مقترحات لتطوير الأداء وتحسين جودة الخدمات الصحية	3.86	0.834	11	مرتفعة
8	ألتزم بالأنظمة واللوائح المعمول بها في المستشفى	4.19	0.694	4	مرتفعة
9	أستطيع اتخاذ قرارات سريعة ومناسبة في الحالات الطارئة	3.98	0.782	10	مرتفعة
10	أحرص على التطوير المستمر لمعارفي ومهاراتي المهنية	4.11	0.723	7	مرتفعة
11	أستخدم موارد المستشفى بكفاءة وأتجنب الهدر والإسراف	4.08	0.741	8	مرتفعة
12	أحقق مؤشرات الأداء المُستهدفة في وحدتي/قسمي بشكل مستمر	3.81	0.845	12	مرتفعة

المتوسط العام للمحور		4.10	0.612	-	مرتفعة
-------------------------	--	------	-------	---	--------

يتضح من الجدول (8) أنّ المتوسط الحسابي العام لمحور أداء الكوادر الصحية بلغ (4.10) بانحراف معياري (0.612)، ما يعكس مستوى أداء مرتفع لدى الكوادر الصحية العاملة في مستشفيات جدة. وقد جاءت الفقرة (3) "أُعامل مع المرضى باحترافية عالية وأُقدم لهم خدمات صحية ذات جودة" في المرتبة الأولى بمتوسط (4.32)، وهو ما يعكس المسؤولية الأخلاقية والمهنية العالية التي تتحلّى بها الكوادر الصحية تجاه المرضى، باعتبارها جوهر رسالة المهنة الصحية.

كما جاءت فقرة العمل بروح الفريق (الفقرة 6) في المرتبة الثانية بمتوسط (4.24)، ما يعكس ثقافة العمل الجماعي السائدة في المستشفيات، والتي تُعتبر ضرورةً حتميةً لطبيعة العمل الصحي متعدّد التخصصات. بينما جاءت الفقرة (12) المتعلقة بتحقيق مؤشرات الأداء المستهدفة في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.81)، وقد يُعزى ذلك إلى الضغط المتزايد على الكوادر الصحية وارتفاع أعداد المراجعين، ممّا يُصعّب أحياناً تحقيق جميع المؤشرات المُستهدفة بنسبة كاملة.

كذلك جاءت الفقرة (7) المتعلقة بتقديم مقترحات التطوير في مرتبة متأخرة (المرتبة 11) بمتوسط (3.86)، وقد يُفسّر ذلك بضعف قنوات المشاركة في اتخاذ القرارات، أو انشغال الكوادر بالمهام التنفيذية اليومية على حساب المشاركة في التطوير المؤسسي.

4.5. اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج

4.5.1. اختبار الفرضية الرئيسية

نصّ الفرضية الرئيسية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للقيادة الإدارية بأبعادها المختلفة (القيادة التحويلية، القيادة التبادلية، القيادة الإلكترونية) على أداء الكوادر الصحية في مستشفيات مدينة جدة.

للتحقّق من هذه الفرضية، تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدّد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد القيادة الإدارية (كعوامل مستقلة) على أداء الكوادر الصحية (كعامل تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (9): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد القيادة الإدارية على أداء الكوادر الصحية

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار (B)	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة (Sig.)
(Constant) المقدار الثابت	0.687	4.238	0.000**
القيادة التحويلية	0.412	8.126	0.000**
القيادة التبادلية	0.219	4.517	0.000**
القيادة الإلكترونية	0.298	6.342	0.000**
معامل الارتباط $R = 0.847$			
معامل التحديد $R^2 = 0.717$			
قيمة الاختبار $F = 320.615$			
القيمة الاحتمالية = 0.000			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS
**دالة إحصائية عند مستوى (0.01)

تُشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول (9) إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائية بين أبعاد القيادة الإدارية كمتغيرات مستقلة، وأداء الكوادر الصحية كمتغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها (0.717)، وهي نسبة مرتفعة تدلّ على أنّ (71.7%) من التباين في مستوى أداء الكوادر الصحية في مستشفيات جدة يُمكن تفسيره من خلال الأبعاد الثلاثة للقيادة الإدارية، بينما تُعزى النسبة المتبقية (28.3%) إلى متغيرات أخرى لم تُدرج في نموذج الدراسة، كثقافة المؤسسة، والحوافز المادية، وبيئة العمل. كما تُشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.847$) إلى وجود ارتباط قوي جداً بين المتغيرات المدروسة.

وقد بلغت قيمة اختبار ($F = 320.615$) بمستوى دلالة (0.000)، وهي دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، مما يُثبت المعنوية الكلية للنموذج وصلاحيته لتفسير العلاقة بين المتغيرات.

أمّا على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أنّ بُعد “القيادة التحويلية” هو الأكثر تأثيراً على أداء الكوادر الصحية، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.412$) بقيمة ($T = 8.126$) وبدلالة معنوية عالية (Sig. = 0.000). ويُفسّر ذلك بأنّ الكوادر الصحية تحتاج إلى قائد مُلهم يُقدّم رؤية واضحة ويُمثّل قدوة مهنية،

خاصّةً في بيئة عمل ضاغطة وحسّاسة كالبيئة الصحية، حيث يُشكّل التحفيز الذاتي والإلهام دافعاً محورياً للأداء المتميّز.

كما أظهرت النتائج أنّ بُعد “القيادة الإلكترونية” جاء في المرتبة الثانية من حيث التأثير بمعامل انحدار (B = 0.298) بقيمة (T = 6.342) بدلالة (Sig. = 0.000)، ويعكس ذلك الأهمية المتنامية للتحوّل الرقمي في القطاع الصحي، وقدرة القيادة الإلكترونية على تعزيز الكفاءة التشغيلية وتسهيل تدفق المعلومات بين الفرق الطبية.

بينما جاء بُعد “القيادة التبادلية” في المرتبة الأخيرة من حيث الأثر (B = 0.219) بقيمة (T = 4.517) وبدلالة (Sig. = 0.000)، وهو أثر دالّ إحصائياً لكنّه الأقلّ نسبياً. ويُشير ذلك إلى أنّ منظومة الحوافز والعقوبات التقليدية ما تزال ذات أثر محدود على أداء الكوادر الصحية مقارنةً بالأنماط الحديثة، ممّا يفتح المجال أمام إدارات المستشفيات لمراجعة أنظمة الحوافز وربطها بشكل أكثر فاعلية بمخرجات الأداء.

وبناءً على ذلك، تُؤكّد هذه النتائج صحّة الفرضية الرئيسية للدراسة، ويتفرّع منها الفرضيات الفرعية الآتية:

4.5.2. الفرضية الفرعية الأولى

نصّ الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للقيادة التحويلية على أداء الكوادر الصحية في مستشفيات مدينة جدة.

للتحقّق من صحّة هذا الفرض تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression)، وجاءت النتائج كما هو موضّح في الجدول التالي:

جدول (10): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر القيادة التحويلية على أداء الكوادر الصحية

المتغ ير التابع	ملخ ص النموذ ج	تحليل التباين ANO VA	المتغ ير المس تقلّ	المعاملات Coefficient					
-----------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------------------------	--	--	--	--	--

Sig. t	T	الخطأ المعياري	B		Sig. F	F المحسوبة	درجة الحرية df	معامل التحديد R ²	معامل الارتباط r	
0.000	22.626	0.028	0.634	القيادة التحويلية	0.000	529.834	1	0.581	0.762	أداء الكوادر الصحية

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير "القيادة التحويلية" باعتبارها أحد أبعاد القيادة الإدارية على "أداء الكوادر الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (10)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.762$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.581$)، مما يشير إلى أن (58.1%) من التباين في مستوى أداء الكوادر الصحية يمكن تفسيره من خلال متغير القيادة التحويلية وحده، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة (F) المحسوبة بلغت (529.834) بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية. أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.634$) بقيمة ($T = 22.626$)، وهي أيضاً دالة عند مستوى ($\text{Sig.} = 0.000$)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى القيادة التحويلية تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.634) في مستوى أداء الكوادر الصحية، ضمن شروط النموذج.

سبب النتيجة: يُعزى هذا التأثير القوي للقيادة التحويلية إلى قدرتها على إحداث تحول جوهري في دوافع الكوادر الصحية من خلال الإلهام والتحفيز الفكري ومراعاة الاحتياجات الفردية. فالقائد التحويلي يمنح مرؤوسيه إحساساً بالمعنى والرسالة، وهو أمر بالغ الأهمية في بيئة العمل الصحية التي تتطلب التزاماً عاطفياً وأخلاقياً عالياً. وبناءً على ذلك، تُقبل الفرضية الفرعية الأولى.

4.5.3. الفرضية الفرعية الثانية

نصّ الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للقيادة التبادلية على أداء الكوادر الصحية في مستشفيات مدينة جدة.

جدول (11): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر القيادة التبادلية على أداء الكوادر الصحية

المتغير التابع	ملغ ص النموذج	تحليل التباين ANOVA	المتغير المستقل	المعاملات Coefficient	الخطأ المعياري	T	Sig.
المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل الارتباط r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	B	Sig. t
أداء الكوادر الصحية	0.634	0.402	1	256.918	0.000	0.489	0.000

للتحقّق من هذه الفرضية، تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير "القيادة التبادلية" على "أداء الكوادر الصحية". وقد جاءت النتائج كما هو موضّح في الجدول (11)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.634$)، وهو يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة إلى قوية بين المتغيرين. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.402$)، ممّا يعني أنّ (40.2%) من التباين في أداء الكوادر الصحية يُمكن تفسيره من خلال القيادة التبادلية وحدها.

وقد بلغت قيمة (F) المحسوبة (256.918) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالّة إحصائياً عند مستوى (0.01)، ما يؤكّد المعنوية الكلّية للنموذج. كما بلغ معامل الانحدار ($B = 0.489$) بقيمة (T = 16.028).

(16.028) وبدلالة (Sig. = 0.000) ، ما يعني أنّ الزيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى القيادة التبادلية تُؤدّي إلى زيادة بمقدار (0.489) في مستوى أداء الكوادر الصحية.

سبب النتيجة: يُفسّر هذا الأثر المتوسط للقيادة التبادلية بأنّ منظومة الحوافز والمكافآت المشروطة بالأداء تُمثّل حافزاً ملموساً للكوادر الصحية، إلّا أنّ أثرها يبقى أقلّ عمقاً من التحفيز التحويلي، لأنّها تتعامل مع الجانب الظاهري للأداء دون أن تُحدث تغييراً جوهرياً في القيم والدوافع الداخلية. كما أنّ ضعف أنظمة الحوافز في بعض المستشفيات وعدم شفافية آليات التقييم قد يُقلّلان من فاعلية هذا النمط. وعلى الرغم من ذلك، تُقبّل الفرضية الفرعية الثانية.

4.5.4. الفرضية الفرعية الثالثة

نصّ الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للقيادة الإلكترونية على أداء الكوادر الصحية في مستشفيات مدينة جدة.

جدول (12): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر القيادة الإلكترونية على أداء الكوادر الصحية

المتغير التابع	ملخّص النموذج	تحليل التباين ANOVA		المتغير المستقل	المعاملات Coefficient				
	معامل الارتباط r	معامل الارتباط التحديد R ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	B	الخطأ المعياري	T	Sig. t
أداء الكوادر الصحية	0.718	0.516	1	406.732	0.000	0.581	0.029	20.168	0.000

للتحقّق من هذه الفرضية، تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير "القيادة الإلكترونية" على "أداء الكوادر الصحية". وقد بلغ معامل الارتباط ($r = 0.718$) ، وهو ما يعكس علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.516$) ، ممّا يُشير إلى أنّ 51.6% من التباين في أداء الكوادر الصحية يُمكن تفسيره من خلال القيادة الإلكترونية وحدها.

وقد جاءت قيمة (F) المحسوبة (406.732) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000) ، وهي دالّة إحصائياً عند مستوى (0.01)، ما يعكس المعنوية الكليّة للنموذج. كما بلغ معامل الانحدار (B = 0.581) بقيمة (T = 20.168) بدلالة (Sig. = 0.000) ، ما يعني أنّ الزيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى القيادة الإلكترونية تُؤدّي إلى زيادة بمقدار (0.581) في مستوى أداء الكوادر الصحية.

سبب النتيجة: يُعزى هذا الأثر القوي للقيادة الإلكترونية إلى التحوّل الرقمي المتسارع الذي يشهده القطاع الصحي السعودي في ظلّ رؤية 2030، حيث باتت التقنيات الرقمية عنصراً محورياً في تحسين كفاءة الخدمات الصحية وتقليل الأخطاء الطبية وتسريع تدفّق المعلومات بين الأقسام. فالقائد الإلكتروني القادر على توظيف التقنية يُمكن الكوادر من الوصول إلى المعلومات بسرعة، ويُيسّر التنسيق بين الفرق الطبية، ممّا ينعكس إيجاباً على مستوى الأداء. وبناءً على ذلك، تُقبَل الفرضية الفرعية الثالثة.

4.5.5. ملخص نتائج اختبار الفرضيات

جدول (13): ملخص نتائج اختبار فرضيات الدراسة

الفرضية	معامل التأثير (B)	قيمة T	مستوى الدلالة	القرار
الفرضية الرئيسية: أثر القيادة الإدارية بأبعادها على أداء الكوادر الصحية	$R^2 = 0.717$	F = 320.615	0.000	تُقبَل
الفرعية الأولى: أثر القيادة التحويلية	0.634	22.626	0.000	تُقبَل
الفرعية الثانية: أثر القيادة التبادلية	0.489	16.028	0.000	تُقبَل
الفرعية الثالثة: أثر القيادة الإلكترونية	0.581	20.168	0.000	تُقبَل

4.6. الخاتمة

استعرض هذا الفصل نتائج التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية التي أُجريت على عينة قوامها (384) مفردة من الكوادر الصحية العاملة في مستشفيات مدينة جدة. وقد أظهرت النتائج تمتّع أداة الدراسة بدرجة عالية من الصدق والثبات، حيث بلغ معامل الثبات الكلي (0.941)، ممّا يُعزّز الثقة في النتائج التي تمّ التوصل إليها.

كما كشف التحليل الوصفي عن مستوى مرتفع لممارسة القيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة في مستشفيات جدة (بمتوسط عام قدره 3.86)، حيث تصدر بُعد القيادة التحويلية والقيادة الإلكترونية الترتيب بمتوسط متطابق (3.91)، بينما جاء بُعد القيادة التبادلية في المرتبة الأخيرة (3.75). كذلك أظهر التحليل مستوى أداء مرتفع لدى الكوادر الصحية (بمتوسط 4.10)، مع تصدر فقرة التعامل الاحترافي مع المرضى لقائمة الأولويات.

أمّا على مستوى اختبار الفرضيات، فقد أثبتت النتائج وجود أثر إيجابي دالّ إحصائياً للقيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة (التحويلية والتبادلية والإلكترونية) على أداء الكوادر الصحية، حيث فسّرت هذه الأبعاد مجتمعةً (71.7%) من التباين في الأداء. وجاءت القيادة التحويلية في مقدّمة الأبعاد تأثيراً، تلتها القيادة الإلكترونية، ثمّ القيادة التبادلية. وبذلك تُقبّل الفرضية الرئيسية للدراسة وجميع فرضياتها الفرعية.

وتُتمهّد هذه النتائج للفصل الخامس الذي سيتناول أهمّ الاستنتاجات والتوصيات المُنبثقة عن الدراسة، إضافةً إلى المقترحات البحثية المستقبلية.

الفصل الخامس: حدود البحث والتوصيات والاستنتاجات

5.1. حدود الدراسة والدراسات المستقبلية

أولاً: حدود الدراسة

على الرغم من الجهود المبذولة في إعداد هذه الدراسة وتنفيذها وفق المنهجية العلمية السليمة، إلا أنها -كأي بحث علمي- لم تكن بمعزل عن مجموعة من الحدود التي أطّرت نطاقها وضبطت مسارها، وهي على النحو الآتي:

الحدود الموضوعية: اقتصرَت الدراسة على تناول متغيرين رئيسيين هما "القيادة الإدارية" كمتغير مستقل بأبعادها الثلاثة (القيادة التحويلية، القيادة التبادلية، القيادة الإلكترونية)، و"أداء الكوادر الصحية" كمتغير تابع. ولم تتطرق الدراسة إلى أنماط قيادية أخرى كالقيادة الخادمة، والقيادة الأخلاقية، والقيادة الاستراتيجية، والقيادة الموزعة، والتي قد يكون لها أثر أيضاً على أداء الكوادر الصحية. كما لم تتناول الدراسة المتغيرات الوسيطة أو المُعدّلة التي قد تؤثر في العلاقة بين المتغيرين، كثقافة المؤسسة، والرضا الوظيفي، والالتزام التنظيمي، وبيئة العمل.

الحدود المكانية: اقتصر التطبيق الميداني للدراسة على المستشفيات العاملة في مدينة جدة بالمملكة العربية السعودية دون سواها من المدن السعودية الأخرى. وعلى الرغم من أن مدينة جدة تُعدّ من أكبر المدن السعودية ومن أكثرها كثافة سكانية وتنوعاً في الخدمات الصحية، إلا أن تعميم نتائج الدراسة على مستشفيات المدن الأخرى قد يستلزم دراسات إضافية.

الحدود الزمانية: أُجريت الدراسة الميدانية وُجمعت بياناتها خلال الفترة الممتدة من مطلع عام 2025 حتى منتصفه، وبالتالي فإن النتائج تعكس واقع الممارسات القيادية وأداء الكوادر الصحية في تلك الحقبة الزمنية تحديداً، وقد تتغير هذه النتائج مع تطوّر البيئة الصحية والتحوّلات المتسارعة التي يشهدها القطاع الصحي في إطار رؤية المملكة 2030.

الحدود البشرية: اقتصرَت عيّنة الدراسة على الكوادر الصحية العاملة فعلياً في مستشفيات جدة، وشملت خمس فئات وظيفية هي الأطباء والممرضون والفنيون والصيادلة والإداريون الصحيون، ممن تتوفّر فيهم شروط الخبرة

العملية التي لا تقل عن سنة واحدة في العمل الحالي. وبالتالي فإن نتائج الدراسة تعكس وجهة نظر هذه الفئات دون غيرها من العاملين في القطاع الصحي.

الحدود المنهجية: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات، وهو ما يجعل النتائج مرتبطة بالإدراك الذاتي للمبحوثين ومدى دقة استجاباتهم، دون الاعتماد على الملاحظة الميدانية المباشرة أو المقابلات المعمّقة التي قد تُثري النتائج بأبعاد نوعية إضافية.

ثانياً: الدراسات المستقبلية المقترحة

في ضوء الحدود سالفة الذكر، واستكمالاً للجهود البحثية في هذا المجال، يقترح الباحث إجراء الدراسات المستقبلية الآتية:

يُقترح إجراء دراسة مقارنة بين أنماط القيادة الإدارية في المستشفيات الحكومية والخاصة والجامعية/العسكرية، للكشف عن الفروق في الممارسات القيادية وأثرها على الأداء، إذ إن اختلاف طبيعة الملكية والإدارة والتمويل قد يفرز أنماطاً قيادية مختلفة تستحق البحث والمقارنة. كما يُقترح توسيع نطاق الدراسة ليشمل مدناً سعودية أخرى كالرياض والدمام ومكة المكرمة والمدينة المنورة، بهدف مقارنة النتائج والوصول إلى تعميمات أكثر شمولاً على مستوى المملكة.

كذلك يُوصى بإجراء دراسات تتناول أنماطاً قيادية معاصرة أخرى لم تُدرجها هذه الدراسة، كالقيادة الخادمة والقيادة الأخلاقية والقيادة الاستراتيجية والقيادة الموزعة، ودراسة أثرها على أداء الكوادر الصحية. ويُقترح أيضاً إجراء دراسات تستخدم متغيرات وسيطة أو مُعدّلة، كالرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي وثقافة المؤسسة، للكشف عن الآليات التي تعمل من خلالها القيادة الإدارية على تحسين الأداء.

ومن المفيد كذلك إجراء دراسات نوعية أو مختلطة (Mixed Methods) تجمع بين المنهج الكمي والنوعي، من خلال المقابلات المعمّقة والملاحظة الميدانية، للحصول على فهم أعمق للممارسات القيادية في القطاع الصحي. ويُقترح أيضاً إجراء دراسات طولية (Longitudinal Studies) لتتبع التغيرات في أنماط القيادة والأداء عبر الزمن، خاصةً في ظل التحوّلات المتسارعة التي يشهدها القطاع الصحي السعودي. وأخيراً، يُقترح إجراء دراسات تربط بين القيادة الإلكترونية والتحوّل الرقمي في القطاع الصحي، وأثر ذلك على مؤشرات جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى.

5.2. توصيات الدراسة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يُقدّم الباحث مجموعة من التوصيات العملية الموجهة إلى إدارات المستشفيات وصنّاع القرار في القطاع الصحي بمدينة جدة والمملكة العربية السعودية بشكل عام، وذلك على النحو الآتي:

أولاً: التوصيات المتعلقة بالقيادة التحويلية

نظراً لكون القيادة التحويلية قد جاءت في مقدمة الأبعاد الأكثر تأثيراً على أداء الكوادر الصحية ($B = 0.634$) ، توصي الدراسة بضرورة تبني إدارات المستشفيات لبرامج تدريبية متخصصة تستهدف تنمية مهارات القيادة التحويلية لدى القادة الإداريين، وتشمل مهارات صياغة الرؤية وتحفيز المرؤوسين والاهتمام الفردي والتحفيز الفكري. كما يُوصى بإنشاء برامج للإرشاد المهني (Mentoring) تربط القادة ذوي الخبرة بالقادة الجدد، لنقل الخبرات وتعزيز الممارسات القيادية الملهمة.

ويُوصى أيضاً بإفساح المجال أمام الكوادر الصحية للتفكير الإبداعي وتقديم المقترحات التطويرية، وذلك من خلال إنشاء لجان للابتكار داخل المستشفيات، وتخصيص حوافز للأفكار المتميزة، خاصةً أن نتائج الدراسة أشارت إلى أن فقرة "التشجيع على التفكير الإبداعي" جاءت في المرتبة الأخيرة ضمن بُعد القيادة التحويلية.

ثانياً: التوصيات المتعلقة بالقيادة التبادلية

على الرغم من كون القيادة التبادلية جاءت في المرتبة الأخيرة من حيث الأثر، إلا أنها تظل ذات دلالة إحصائية ولا يمكن إغفالها. لذلك توصي الدراسة بإعادة النظر في أنظمة الحوافز والمكافآت داخل المستشفيات، وربطها بشكل أكثر شفافية وموضوعية بمؤشرات الأداء الفعلية للكوادر الصحية. كما يُوصى بتطوير منظومة تقييم أداء واضحة ومعلنة، بحيث تعرف كل فئة وظيفية المعايير التي يُقاس عليها أدائها، والحوافز المترتبة على تحقيقها.

كذلك يُوصى بتوسيع مفهوم الحوافز ليشمل الحوافز المعنوية إلى جانب المادية، كالتكريم العلني، وشهادات التقدير، وفرص الترقية، وفرص الابتعاث والتدريب، لتعزيز الأثر التحفيزي للقيادة التبادلية على الأداء.

ثالثاً: التوصيات المتعلقة بالقيادة الإلكترونية

في ضوء الأثر القوي للقيادة الإلكترونية على أداء الكوادر الصحية ($B = 0.581$) ، وتماشياً مع التحول الرقمي الذي تشهده المملكة في إطار رؤية 2030، توصي الدراسة بضرورة تكثيف البرامج التدريبية للقادة الإداريين في مجال المهارات الرقمية وإدارة الفرق عن بُعد، خاصةً أن نتائج الدراسة أظهرت أن هذه الفقرة جاءت في المرتبة الأخيرة ضمن بُعد القيادة الإلكترونية.

كما يُوصى بالاستثمار في البنية التحتية التقنية للمستشفيات، وتحديث الأنظمة الرقمية المستخدمة، وتوفير التطبيقات والمنصات التي تُيسر التواصل بين القادة والكوادر الصحية. ويُوصى أيضاً بتطوير أنظمة الصحة الإلكترونية والسجلات الطبية الموحدة، بما يُسهم في تعزيز كفاءة الأداء وتقليل الأخطاء الطبية.

رابعاً: التوصيات المتعلقة بأداء الكوادر الصحية

في ضوء ما أظهرته الدراسة من مستوى مرتفع لأداء الكوادر الصحية بشكل عام، مع وجود بعض الفقرات التي جاءت في مراتب متأخرة، توصي الدراسة بتفعيل قنوات المشاركة في صنع القرار داخل المستشفيات، بحيث يُتاح للكوادر الصحية تقديم مقترحاتهم لتطوير الأداء وتحسين جودة الخدمات، خاصةً أن هذه الفقرة جاءت في مرتبة متأخرة ضمن محور الأداء.

كما يُوصى بمراجعة أعباء العمل الملقة على الكوادر الصحية، والعمل على تخفيف الضغوط المهنية، بما يُسهم في تمكين الكوادر من تحقيق مؤشرات الأداء المُستهدفة بشكل أفضل. كذلك يُوصى بتعزيز برامج التطوير المهني المستمر (Continuous Professional Development) لجميع الفئات الوظيفية، من خلال الدورات التدريبية والمؤتمرات والابتعاث، لضمان مواكبة المستجدات في المجال الصحي.

خامساً: التوصيات العامة

توصي الدراسة على المستوى العام بإنشاء وحدة مختصة بتطوير القيادات الإدارية داخل كل مستشفى، تكون مسؤولة عن رصد الممارسات القيادية وتقييمها وتطويرها بشكل مستمر. كما يُوصى بتبني نموذج قيادي متكامل يجمع بين الأنماط الثلاثة (التحويلية والتبادلية والإلكترونية)، بحيث يستفيد القادة من مزايا كل نمط وفقاً للموقف والسياق. ويُوصى أيضاً بإجراء دراسات مسحية دورية داخل المستشفيات لقياس مستوى الرضا عن الممارسات القيادية ومستوى الأداء، بهدف الرصد المستمر ومعالجة أي تراجع في وقت مبكر.

وعلى مستوى صنّاع السياسات، توصي الدراسة وزارة الصحة السعودية بإدراج مادة “القيادة الإدارية في القطاع الصحي” ضمن البرامج التأهيلية الإلزامية للمرشّحين للمناصب القيادية في المستشفيات، وربط الترقيّ للمناصب القيادية بمعايير كفاءة قيادية محدّدة تُقاس بأدوات علمية موثوقة.

5.3. الخاتمة

سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن دور القيادة الإدارية بأنماطها المختلفة (التحويلية والتبادلية والإلكترونية) في تحسين أداء الكوادر الصحية في مستشفيات مدينة جدة بالمملكة العربية السعودية، انطلاقاً من أهمية القطاع الصحي كأحد أهم القطاعات الحيوية التي تُشكّل ركيزةً أساسية في تحقيق أهداف رؤية المملكة 2030، ومن دور القيادة الإدارية كعامل محوري في تحفيز الكوادر البشرية ورفع كفاءتها.

وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وطُبِّقت أداة الاستبانة على عيّنة عشوائية طبقية بلغ حجمها (384) مفردة من مختلف الفئات الوظيفية للكوادر الصحية، وحُلّلت البيانات باستخدام برنامج (SPSS) بأساليب إحصائية متعددة شملت الإحصاء الوصفي واختبارات الصدق والثبات وتحليل الانحدار البسيط والمتعدد.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج المهمة، أبرزها وجود مستوى مرتفع لممارسة القيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة في مستشفيات جدة، مع تصدّر بُعدي القيادة التحويلية والقيادة الإلكترونية للترتيب، وتراجع نسبي لبُعد القيادة التبادلية. كما أظهرت النتائج مستوى أداء مرتفع لدى الكوادر الصحية، لا سيما في الجوانب المتعلقة بالتعامل الاحترافي مع المرضى والعمل بروح الفريق.

وأثبتت الدراسة وجود أثر إيجابي دالّ إحصائياً للقيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة على أداء الكوادر الصحية، حيث فسّرت هذه الأبعاد مجتمعةً (71.7%) من التباين في الأداء. وجاءت القيادة التحويلية في مقدمة الأبعاد تأثيراً، تلتها القيادة الإلكترونية، ثم القيادة التبادلية. وهو ما يُؤكّد أن الكوادر الصحية تحتاج إلى قائد مُلهم ومُتقن للأدوات الرقمية أكثر من حاجتها إلى قائد يعتمد على منظومة الحوافز التقليدية فقط.

وفي ضوء هذه النتائج، قدّمت الدراسة مجموعة من التوصيات العملية الموجهة إلى إدارات المستشفيات وصنّاع القرار في القطاع الصحي، والتي تصبّ جميعها في اتجاه تعزيز الممارسات القيادية الفعّالة، وتطوير أنظمة الحوافز، ومواكبة التحوّل الرقمي، وتمكين الكوادر الصحية من تقديم أفضل أداء ممكن.

ويأمل الباحث أن تُشكّل هذه الدراسة إضافةً علمية متواضعة للمكتبة العربية في مجال القيادة الإدارية في القطاع الصحي، وأن تُمهّد الطريق أمام باحثين آخرين لاستكمال الجهود البحثية في هذا المجال الحيوي، بما يُساهم في تطوير المنظومة الصحية السعودية وتحقيق تطلّعات المملكة نحو قطاع صحي متميّز يُضاهي أفضل المعايير العالمية.

والحمد لله ربّ العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين، سيّدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن دور القيادة الإدارية بأنماطها المختلفة (القيادة التحويلية، القيادة التبادلية، القيادة الإلكترونية) في تحسين أداء الكوادر الصحية العاملة في مستشفيات مدينة جدة بالمملكة العربية السعودية. ولتحقيق أهداف الدراسة، اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة أداة رئيسية لجمع البيانات، وطُبِّقت على عينة عشوائية طبقية بلغ حجمها (384) مفردة من الأطباء والممرضين والفنيين والصيادلة والإداريين الصحيين. وحُلِّلت البيانات باستخدام برنامج (SPSS) عبر أساليب إحصائية شملت الإحصاء الوصفي، واختبارات الصدق والثبات، وتحليل الانحدار البسيط والمتعدد.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع لممارسة القيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة في مستشفيات جدة، ومستوى أداء مرتفع لدى الكوادر الصحية. كما أثبتت النتائج وجود أثر إيجابي دالّ إحصائياً عند مستوى α ($0.05 \leq$ للقيادة الإدارية بأبعادها الثلاثة على أداء الكوادر الصحية، حيث فسّرت هذه الأبعاد مجتمعةً 71.7%) من التباين في الأداء. وجاءت القيادة التحويلية في مقدمة الأبعاد تأثيراً، تلتها القيادة الإلكترونية، ثم القيادة التبادلية. وأوصت الدراسة بتبني برامج تدريبية متخصصة لتنمية مهارات القيادة التحويلية، وتطوير أنظمة الحوافز، وتعزيز البنية التحتية الرقمية، وتفعيل قنوات المشاركة في صنع القرار.

الكلمات المفتاحية: القيادة الإدارية، القيادة التحويلية، القيادة التبادلية، القيادة الإلكترونية، أداء الكوادر الصحية، مستشفيات جدة، المملكة العربية السعودية.

Abstract

This study aimed to explore the role of administrative leadership, in its various styles (transformational, transactional, and e-leadership), in enhancing the performance of healthcare workers in hospitals in Jeddah, Saudi Arabia. To achieve its objectives, the researcher adopted the descriptive-analytical approach, using a questionnaire as the primary data collection tool, distributed to a stratified random sample of (384) participants including physicians, nurses, technicians, pharmacists, and health administrators. Data were analyzed using SPSS through descriptive statistics, validity and reliability tests, and simple and multiple regression analyses.

The findings revealed a high level of practice of administrative leadership across its three dimensions in Jeddah hospitals, alongside a high level of performance among healthcare workers. The results also confirmed a statistically significant positive effect at ($\alpha \leq 0.05$) of administrative leadership dimensions on healthcare workers' performance, collectively explaining (71.7%) of the variance in performance. Transformational leadership ranked first in influence, followed by e-leadership, then transactional leadership. The study recommended adopting specialized training programs to develop transformational leadership skills, improving incentive systems, enhancing digital infrastructure, and activating channels of participation in decision-making.

Keywords: Administrative Leadership, Transformational Leadership, Transactional Leadership, E-Leadership, Healthcare Workers Performance, Jeddah Hospitals, Saudi Arabia.

الملاحق

ملحق (1): استبيان الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الاستبيان

السادة/ السيدات الكوادر الصحية العاملين في مستشفيات مدينة جدة المحترمين

تحية طيبة وبعد،،،

يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية بعنوان “ دور القيادة الإدارية في تحسين أداء الكوادر الصحية – دراسة ميدانية في مستشفيات جدة”، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على الدرجة العلمية. وتهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن دور القيادة الإدارية بأنماطها المختلفة في تحسين أداء الكوادر الصحية في مستشفيات مدينة جدة، وتقديم توصيات علمية وعملية تُسهم في تطوير الممارسات القيادية في القطاع الصحي.

ونظراً لأهمية رأيكم وخبرتكم في هذا المجال، يتشرف الباحث بأن يضع بين أيديكم هذا الاستبيان، راجياً منكم التكرم بالإجابة عن فقراته بكل دقة وموضوعية، وذلك بوضع علامة (✓) أمام الإجابة التي ترونها مناسبة. علماً بأن جميع البيانات التي ستُدلون بها ستُعامل بسرية تامة، ولن تُستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم،،،

الباحث ... :

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

يُرجى وضع علامة (√) أمام الإجابة المناسبة:

1. الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى
2. العمر ☐ أقل من 30 سنة ☐ من 30 إلى أقل من 40 سنة ☐ من 40 إلى أقل من 50 سنة ☐ 50 سنة فأكثر
3. المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐ أخرى
4. المسمى الوظيفي ☐ طبيب ☐ ممرض/ممرضة ☐ فني ☐ صيدلي ☐ إداري صحي
5. سنوات الخبرة ☐ أقل من 5 سنوات ☐ من 5 إلى أقل من 10 سنوات ☐ من 10 إلى أقل من 15 سنة ☐ 15 سنة فأكثر
6. نوع المستشفى ☐ حكومي ☐ خاص ☐ جامعي/عسكري

القسم الثاني: محاور الدراسة

يُرجى الإجابة عن العبارات الآتية بوضع علامة (√) في الخانة التي تُعبّر عن درجة موافقتكم:

المحور الأول: القيادة الإدارية

البُعد الأول: القيادة التحويلية

م	العبرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	يُلهم القائد الإداري في مستشفانا الكوادر الصحية بتقديم رؤية مستقبلية واضحة للعمل.					
2	يُشجّع القائد الإداري الكوادر الصحية على التفكير الإبداعي في مواجهة تحديات العمل الصحي.					
3	يراعي القائد الإداري الاحتياجات الفردية للكوادر الصحية ويهتم بتطويرهم المهني.					
4	يُمثّل القائد الإداري قدوة يُحتذى بها في الالتزام والمهنية بين الكوادر الصحية.					

البُعد الثاني: القيادة التبادلية

م	العبرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
5	يُحدّد القائد الإداري بوضوح المكافآت المترتبة على تحقيق الأهداف الوظيفية.					
6	يربط القائد الإداري بين الأداء المتميّز للكوادر الصحية والحوافز المادية والمعنوية.					
7	يتابع القائد الإداري أداء الكوادر الصحية ويتدخل عند حدوث انحرافات عن المعايير.					

8	يوضّح القائد الإداري توقّعاته من الكوادر الصحية بشكل صريح ومحدّد.				
---	---	--	--	--	--

البُعد الثالث: القيادة الإلكترونية

م	العبرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
9	يوظّف القائد الإداري التقنيات الرقمية بفاعلية في إدارة العمليات الصحية والإدارية.					
10	يتواصل القائد الإداري مع الكوادر الصحية عبر الوسائل الإلكترونية بكفاءة عالية.					
11	يُشجّع القائد الإداري الكوادر الصحية على استخدام الأنظمة الرقمية في تقديم الخدمات الصحية.					
12	يملك القائد الإداري المهارات التقنية اللازمة لإدارة فرق العمل عن بُعد.					

المحور الثاني: أداء الكوادر الصحية

م	العبرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	أنجز المهام الموكلة إليّ بدقة وفقاً للمعايير المهنية المعتمدة.					
2	ألتزم بالمواعيد المحددة لإنجاز الأعمال المطلوبة منّي.					
3	أتعامل مع المرضى باحترافية عالية وأقدّم لهم خدمات صحية ذات جودة.					

					4	أمتلك المعرفة والمهارات اللازمة لأداء مهامّي الوظيفية بكفاءة.
					5	أبدي مرونة عالية في التكيف مع مستجدّات العمل الصحي.
					6	أعمل بروح الفريق مع الزملاء لتحقيق الأهداف المشتركة للمستشفى.
					7	أسهم في تقديم مقترحات لتطوير الأداء وتحسين جودة الخدمات الصحية.
					8	ألتزم بالأنظمة واللوائح المعمول بها في المستشفى.
					9	أستطيع اتّخاذ قرارات سريعة ومناسبة في الحالات الطارئة.
					10	أحرص على التطوير المستمر لمعارفي ومهاراتي المهنية.
					11	أستخدم موارد المستشفى بكفاءة وأتجنّب الهدر والإسراف.
					12	أُحقّق مؤشرات الأداء المُستهدفة في وحدتي/قسمي بشكل مستمر.

شاكرين لكم حسن تعاونكم وتفاعلكم

والله ولي التوفيق

4. الفصل الرابع: التحليل الإحصائي ومناقشة النتائج

4.1. المقدمة

4.2. توصيف عينة الدراسة (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)

4.3. اختبارات الصدق والثبات للاستبيانات

4.4. الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث (الإجابة على أسئلة البحث)

4.5. اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج

4.6. الخاتمة

5. الفصل الخامس: حدود البحث والتوصيات والاستنتاجات

5.1. حدود الدراسة والدراسات المستقبلية:

5.2. توصيات الدراسة:

5.3. الخاتمة:

قائمة المراجع

