



عنوان البحث :

دور القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية
"دراسة تطبيقية على مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بالمدينة المنورة"

إعداد الطالب/

روان يوسف مرزوق البدراني

الرقم الجامعي / 243001649

إشراف/

د. الفيصل عبد الحميد

د. فايز جراد

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

إلى من زرع في نفسي حب العلم، إلى من علمني أن الطموح لا سقف له،
إلى والدي. الكريمين، نبض قلبي ونور دربي،
أهدي هذا العمل عربون وفاء وامتنان لما بذلتماه من حب وتضحيات لا تقدر.
إلى إخوتي الأعزاء، سند القلب ورفاق الدرب،
أهديكم هذا الإنجاز، فهو ثمرة دعائكم وتشجيعكم الدائم.
إلى أساتذتي الأفاضل، مصابيح الفكر، وأصحاب الفضل،
لكم تزي عبوات الشكر، وأصدق كلمات الامتنان، على ما منحتموني من علم ودعم وتوجيه.
إلى أصدقائي وزملائي،
من كان لحضورهم أثر، ولتشجيعهم دافع،
أهديكم هذا العمل تقديراً لصدق وقوفكم إلى جانبي.
وإلى كل من آمن بي، ودفعني لأواصل رغم التحديات،
أهدي هذا العمل، سائلاً الله أن يجعله خطوة مبركة نحو مستقبل مشرق.

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله وتوفيقه أنجزت هذا العمل، والصلاة والسلام على خير خلقه محمد، وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى والدي العزيزين، لما لهما من فضل بعد الله في دعمي وتشجيعي طيلة مسيرتي العلمية. لقد كانت دعواتهما ومساندتكما المعنوية والنفسية مصدر القوة والإلهام الذي دفعني للاستمرار وتحقيق هذا الإنجاز.

كما أتوجه بجزيل الشكر وعميق التقدير إلى أساتذتي الكرام، وعلى وجه الخصوص مشرفي هذا البحث:

سعادة الدكتور الفيصل عبد الحميد محمد حسن

وسعادة الدكتور فايز جراد

الذين كان لتوجيهاتهما العلمية السديدة، ونصائحهما القيمة، ودعمهما المتواصل، الأثر الكبير في إنجازه هذا البحث وصياغته بالشكل اللائق.

ولا يفوتني أن أعبر عن شكري وامتناني لزملائي وأصدقائي، الذين كانوا خير سند وعون خلال رحلتي الأكاديمية، وكان لتشجيعهم ودعمهم أطيب الأثر في تجاوز التحديات والصعوبات.

وأخيراً، أتقدم بالشكر لكل من أسهم بكلمة، أو نصيحة، أو دعم في إنجازه هذا العمل، سائلاً المولى عز وجل أن يجعل هذا الجهد خالصاً لوجهه الكريم، وأن ينفع به، ويوفقنا جميعاً لما فيه الخير والنجاح.

المستخلص

يعد قطاع الرعاية الصحية من أكثر القطاعات حساسية وأهمية، حيث تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة على صحة وسلامة الأفراد والمجتمع بأكمله. وفي ظل التطورات السريعة في المجال الطبي والتقني، أصبح من الضروري أن يكون هناك نظام إداري قوي قادر على قيادة المستشفيات والمراكز الصحية بكفاءة لضمان تقديم خدمات ذات جودة عالية. تلعب القيادة الإدارية دوراً حاسماً في تحقيق هذا الهدف، حيث تعد المحرك الأساسي الذي يوجه الاستراتيجيات والسياسات التنظيمية نحو التحسين المستمر للجودة.

إدارة الجودة في المستشفيات ليست مجرد تطبيق لمعايير وأنظمة، بل هي عملية ديناميكية تتطلب رؤية قيادية واضحة، وقرارات استراتيجية فعالة، وثقافة تنظيمية تعزز الجودة والتميز. فالقيادة الناجحة لا تقتصر فقط على اتخاذ القرارات الإدارية، بل تشمل أيضاً تحفيز العاملين، وتعزيز بيئة العمل الإيجابية، وضمان تطبيق أفضل الممارسات التي تضمن رضا المرضى وتحسين نتائج الرعاية الصحية.

وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد بإدارة الجودة في المستشفيات، إلا أن العديد من المؤسسات الصحية لا تزال تواجه تحديات في تحقيق مستويات عالية من الجودة والاستدامة في الأداء. ويعود ذلك في كثير من الأحيان إلى ضعف القيادة الإدارية، أو الاعتماد على أساليب تقليدية لا تتماشى مع متطلبات العصر الحديث. لذا، أصبح من الضروري دراسة العلاقة بين القيادة الإدارية الفعالة وتحسين إدارة الجودة، من أجل تحديد الممارسات القيادية الأكثر فاعلية في هذا المجال.

هذا البحث يسعى إلى تحليل دور القيادة الإدارية في تعزيز إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية، من خلال دراسة تأثير أنماط القيادة المختلفة على أداء المؤسسات الصحية، واستكشاف أفضل الأساليب التي يمكن أن تساهم في تطوير الجودة وتحقيق رضا المرضى. كما يهدف البحث إلى تقديم توصيات عملية يمكن أن تساعد القادة الإداريين وصناع القرار في المستشفيات على تبني استراتيجيات إدارية مبتكرة تحسن من كفاءة النظام الصحي وتحقيق أهداف الجودة المستدامة.

قائمة المحتويات قائمة المحتويات

بسم الله الرحمن الرحيم.....	ب
الإهداء.....	ت
شكر و تقدير	ث
المستخلص	ج
قائمة المحتويات	خ
قائمة الجداول	د
قائمة الأشكال	د

الفصل الأول: الاطار العام للدراسة

1.....	1
مقدمة	2
اهمية الدراسة	5
اهداف الدراسة	7
تساؤلات الدراسة	8
فروض الدراسة	9
نموذج الدراسة	11
الدراسات السابقة	13
المنطلقات للدراسة النظرية	15
طرق و منهجية البحث	17
مصادر البيانات	18
اداة الدراسة	21
الاساليب الاحصائية	23
حدود الدراسة	26

الفصل الثاني : الاطار النظري

27.....	27
2.1 اهمية القيادة الادارية	29
2.2 خصائص القائد الاداري	31

الفصل الثالث : المنهجية و الاجراءات

38.....	38
3.1 منهج الدراسة	38
3.2مجتمع و عينة الدراسة	39
3.3خصائص العينة	41
3.4اداة الدراسة	42
3.5صدق و ثبات الاداء	44
3.6 الاساليب الاحصائية	46

الفصل الرابع : تحليل البيانات و اختبار الفرضيات 49.

- 4.1 مقدمة 49.
- 4.2 اختبار التوزيع الطبيعي 50.
- 4.3 التحليل الوصفي 50.
- 4.4 اختبار الفرضيات 52.
- 4.5 تحليل العلاقات بين المتغيرات 53.
- 4.6 النتائج النوعية من المقابلات 53.
- 4.7 ملخص النتائج 55.

الفصل الخامس : النتائج و التوصيات 58.

- 5.1 مقدمة 58.
- 5.2 النتائج العامة 59.
- 5.3 التوصيات 60.
- 5.4 مقترحات لدراسات مستقبلية 61.
- الخاتمة 63.
- المراجع 65.
- الملاحق |
- استمارة الاستبيان ||

\

قائمة الجداول

اسم الجدول	رقم الصفحة
الجدول رقم (1): توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديموغرافية	ص 41
الجدول رقم (2): معامل الثبات (كرونباخ ألفا) لمحاور أداة الدراسة	ص 45
الجدول رقم (3): التحليل الوصفي لمحور القيادة الإدارية	ص 51
الجدول رقم (4): التحليل الوصفي لمحور إدارة الجودة	ص 51
الجدول رقم (5): نتائج اختبار الفرضيات باستخدام T-Test	ص 52
الجدول رقم (٦): تحليل العلاقات بين المتغيرات	ص 53
الجدول رقم (7): تحليل مضمون المقابلات لدور القيادة الادارية	ص 54

قائمة الاشكال :

رقم الصفحة	اسم الشكل
ص11	تمثيل بصري لمكونات القيادة الادارية
ص28	مخطط مفاهيمي لمكونات ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات
ص43	شكل متداخل يربط بين المتغيرات و الاستبيان و مقياس ليكرت
ص49	شكل زمني يوضح تسلسل الخطوات الاحصائية

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 مقدمة

يعد قطاع الرعاية الصحية من أكثر القطاعات الحيوية أهمية وحساسية، نظراً لما له من تأثير مباشر على صحة الأفراد وسلامة المجتمع بأكمله. ومع التغيرات المتسارعة التي يشهدها العالم في مجال التكنولوجيا الطبية وتزايد التحديات الصحية، برزت الحاجة إلى تطوير أنظمة صحية تتمتع بالكفاءة والمرونة، مما يفرض ضرورة وجود قيادة إدارية فاعلة تمتلك القدرة على مواجهة هذه التحديات وتحقيق جودة عالية في الخدمات المقدمة.

في ظل التحولات الحديثة والضغوط المتزايدة على المؤسسات الصحية، تزايد التركيز على أهمية القيادة الإدارية كعامل استراتيجي محوري في تحسين جودة الأداء المؤسسي، وتفعيل برامج الجودة الشاملة، وتعزيز الكفاءة التشغيلية. فالقيادة لم تعد مجرد موقع إداري أو دور إشرافي، بل أصبحت فناً يتطلب مهارات تحليلية واستراتيجية، وقدرة على التحفيز، وبناء فرق عمل عالية الأداء، وتوجيه الجهود نحو تحقيق أهداف الجودة بفاعلية واستدامة.

إدارة الجودة في المؤسسات الصحية تتطلب اليوم قيادة واعية تدمج بين الرؤية الواضحة والقرارات المدروسة والقدرة على التكيف. فالجودة ليست مجرد تطبيق لمعايير أو تنفيذ لإجراءات شكلية، بل هي ثقافة تنظيمية تنعكس في كل ممارسات المستشفى أو المركز الصحي. ونجاح أي مبادرة لتحسين الجودة يعتمد بدرجة كبيرة على مدى التزام القيادة بدعم هذه المبادرات، وتوفير الموارد المناسبة لها، وخلق بيئة تشجع على الابتكار والمساءلة والتحسين المستمر.

العديد من الدراسات والتقارير تشير إلى أن ضعف القيادة يعد أحد أبرز العوائق أمام تحقيق الجودة في المستشفيات، مما يؤدي إلى تدني مستوى الخدمات وعدم رضا المرضى وارتفاع نسب الأخطاء الطبية. ومن هنا، تأتي الحاجة لتبني أساليب قيادية حديثة قائمة على الفعالية التنظيمية، والتمكين، وتوزيع الصلاحيات، والتركيز على النتائج. كما أصبح من الضروري تحليل العلاقة بين أنماط القيادة المختلفة – كالقيادة التحويلية والخدمية والموزعة – وبين مؤشرات الجودة في المستشفيات.

وبناء على ما سبق، يتجه هذا البحث إلى دراسة دور القيادة الإدارية في تعزيز إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية، من خلال تحليل تأثير أنماط القيادة المختلفة على فعالية وكفاءة الأداء الصحي. كما يهدف إلى اقتراح نموذج مفاهيمي متكامل يساعد في تحسين الجودة، ورفع مستوى رضا المرضى، وتطوير استراتيجيات قيادية تساهم في تحسين نتائج الرعاية الصحية.

تتمثل أهمية هذا البحث في أنه يربط بين جانبين حيويين في إدارة المؤسسات الصحية؛ القيادة والجودة، ويوضح كيف أن تفعيل أدوار القيادة بشكل صحيح يمكن أن يحدث تحولاً جذرياً في جودة الخدمات المقدمة. كما يقدم هذا البحث توصيات عملية مبنية على تحليل علمي، يمكن أن تفيد صانعي القرار والممارسين في القطاع الصحي، من خلال بناء خطط تطوير قائمة على أسس قيادية استراتيجية.

وفي ظل الاتجاهات الحديثة نحو الاعتماد على النماذج الإدارية المبنية على الأداء والجودة، يعد هذا البحث مساهمة أكاديمية وعملية في توجيه الاهتمام نحو تطوير قيادات صحية واعية، قادرة على تحقيق التميز المؤسسي، وتعزيز ثقافة الجودة، وضمان استمرارية التحسين في خدمات الرعاية الصحية. ويأمل الباحث من خلال هذا الجهد أن يساهم في سد فجوة معرفية قائمة في البيئة الصحية المحلية، ويحفز مزيداً من الدراسات المستقبلية في هذا المجال الحيوي.

ومع ما يشهده قطاع الصحة من توسع مستمر في الخدمات، وازدياد أعداد المستفيدين، وارتفاع التوقعات المجتمعية تجاه جودة الرعاية المقدمة، أصبحت الحاجة ملحة لتطوير الأنماط القيادية بما يتماشى مع متطلبات المرحلة الحالية. حيث لم تعد التحديات مقتصرة على الجوانب الإدارية أو التشغيلية فقط، بل امتدت لتشمل جوانب تتعلق بالكفاءة والحوكمة والمساءلة وضبط الجودة، وكلها تحتاج إلى قيادة ذات نظرة استراتيجية وقدرة على التغيير وإدارة الأداء بفعالية.

إن المفاهيم المعاصرة في الإدارة الصحية تؤكد على أن القيادة ليست فقط أداة لتنفيذ الخطط بل هي شريك رئيسي في بناء بيئة تنظيمية داعمة للجودة، وتحفيز فرق العمل، وضمان استدامة الراجح التطويرية. فالقادة اليوم مطالبون بتبني ثقافة تنظيمية قائمة على الشفافية والمساءلة، وتوجيه الموارد البشرية نحو تحقيق أهداف الجودة من خلال التفاعل الإيجابي والتواصل المؤسسي الفعال.

وعلى الرغم من وجود أنظمة تقييم جودة وشهادات اعتماد محلية ودولية، إلا أن نجاح هذه الأنظمة غالباً ما يعتمد على الدور القيادي في تبنيها ومتابعة تنفيذها وتذليل العقبات أمام فرق العمل. ومن هنا، فإن القيادة الإدارية الواعية تعد حجر الأساس في بناء بيئة صحية ذات جودة عالية. فهي القادرة على دمج مبادئ الجودة في الخطط الاستراتيجية، وتحويلها من مفاهيم نظرية إلى واقع ملموس داخل المنشأة الصحية.

1.2 مشكلة الدراسة

تواجه المستشفيات والمراكز الطبية في المملكة العربية السعودية .شأنها شأن المنظومات الصحية في مختلف دول العالم .تحديات متنامية تتعلق بتحقيق التوازن بين الكفاءة التشغيلية وجودة الرعاية الصحية، لا سيما في ظل التغيرات السريعة في التقنيات الطبية، وتزايد التوقعات من قبل المستفيدين، واشتداد المنافسة بين المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة.وقد برزت الحاجة إلى تحسين أنظمة الإدارة والقيادة بما يعزز كفاءة الأداء ويرتقي بجودة الخدمات المقدمة، وخاصة مع التوجهات الحكومية الأخيرة التي تركز على تحقيق مستهدفات رؤية المملكة 2030 في قطاع الصحة.

ورغم ما تبذله وزارة الصحة والهيئات التنظيمية من جهود كبيرة لتحسين جودة الرعاية، إلا أن التفاوت في الأداء بين المستشفيات لا يزال ظاهراً. فتقارير الجودة ونتائج التقييمات الميدانية تشير إلى استمرار حالات عدم الالتزام ببعض معايير الاعتماد الصحي، وتكرار الشكاوى المرتبطة بسوء الإدارة، وضعف التنسيق، وتأخر الخدمات، وهو ما يطرح تساؤلات عديدة حول مدى فاعلية القيادة الإدارية في المستشفيات في ضبط الجودة وضمان استدامة التحسين.

وتشير الأدبيات النظرية إلى أن القيادة الإدارية تمثل المحرك الرئيسي الذي يترجم الخطط الإستراتيجية إلى واقع تشغيلي ملموس، فهي التي تحدد الأولويات، وتدير الموارد، وتبني ثقافة الجودة، وتوجه السلوك التنظيمي نحو الأهداف المرجوة. ومع ذلك، يلاحظ أن بعض القيادات الصحية في المستشفيات قد تفتقر إلى المهارات الإدارية والقيادية اللازمة، أو أنها تمارس أدوارها بطريقة تقليدية تفتقر إلى التمكين والمساءلة، مما يؤدي إلى ضعف في الأداء العام وغياب ثقافة التحسين المستمر.

وتتجلى المشكلة بوضوح في عدد من المستشفيات التي حصلت على اعتمادات مؤقتة دون استدامة حقيقية للتطبيقات، أو تلك التي تعاني من ضعف في الالتزام المهني بين العاملين، ولارتفاع معدل تدوير الكوادر، وانخفاض مستوى رضا المرضى. كما أن بعض القيادات تتبنى أساليب قيادية نمطية، تركز على التحكم بدل التمكين، وعلى إصدار الأوامر بدل تشجيع المبادرات، مما يؤدي إلى ضعف الاستجابة للمتغيرات، وتأخر تطبيق أنظمة الجودة الحديثة.

من جهة أخرى، تكشف نتائج عدد من الدراسات أن هناك فجوة معرفية واضحة فيما يتعلق بكيفية تأثير أنماط القيادة المختلفة (كالقيادة التحويلية، والخدمية، والموزعة) على تحسين الجودة داخل بيئة المستشفيات، وأنه لا يوجد نموذج واضح موحد يربط بين خصائص القائد الإداري ومخرجات الجودة. وهذا ما يجعل من الضروري تحليل العلاقة بين المتغيرات القيادية ومستوى الجودة، وتحديد العوامل التنظيمية التي تعزز فعالية القيادة في هذا السياق.

بناءً عليه، تبرز مشكلة هذه الدراسة في الحاجة إلى فهم أعمق وأكثر واقعية لدور القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية السعودية، والتعرف على طبيعة العلاقة بين نمط القيادة الإداري ومخرجات الجودة، ومدى قدرة القيادة على إحداث نقلة نوعية في مستوى الالتزام، وكفاءة الإجراءات، ورضا المستفيدين. كما تتمثل في الكشف عن المعوقات التي تواجه القيادات الصحية، والبحث عن الحلول والاستراتيجيات التي تضمن تطويراً مستداماً لجودة الخدمات الصحية المقدمة رغم التوسع الكبير الذي يشهده قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، لا تزال العديد من المؤسسات الصحية تواجه تحديات كبيرة تتعلق بجودة الخدمات، وفعالية الأداء التنظيمي، ورضا المستفيدين. وتعد القيادة الإدارية أحد العوامل المحورية التي تؤثر بشكل مباشر على مستوى الجودة في المستشفيات، سواء من حيث كفاءة العمليات أو فاعلية الموارد البشرية أو الالتزام بالمعايير المهنية.

وقد أظهرت تقارير الجودة الصادرة عن بعض المؤسسات الصحية تفاوتاً ملحوظاً في مستويات الأداء بين منشآت يفترض أنها تخضع لنفس الأنظمة، مما يثير تساؤلات حول دور القيادة في تفسير هذا التباين. إذ تشير بعض الأدبيات إلى أن غياب النمط القيادي المناسب قد يؤدي إلى ضعف في الالتزام بالمعايير، وتدهور في بيئة العمل، وتكرار الأخطاء الطبية، وانخفاض في الرضا الوظيفي، وكلها مؤشرات تنعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

ومع دخول مفاهيم الجودة الشاملة والتحسين المستمر في منظومة العمل الصحي، تزايدت الحاجة إلى أنماط قيادية قادرة على دعم هذه المفاهيم وتطبيقها بفعالية. إلا أن الواقع الميداني يشير إلى وجود فجوة بين التنظير والممارسة، مما يطرح إشكالية بحثية مهمة حول مدى تأثير القيادة الإدارية على تفعيل إدارة الجودة في المستشفيات السعودية.

وعليه، تنطلق مشكلة الدراسة من التساؤل الرئيس التالي:

****ما دور القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية؟****

ومن هذا التساؤل تتفرع عدة تساؤلات فرعية تتناول العلاقة بين نمط القيادة، وتطبيق برامج الجودة، ورضا العاملين، وتحقيق التميز المؤسسي.

1.3 أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من ارتباطها المباشر بجانبين حيويين في أداء المستشفيات والمراكز الطبية، وهما: القيادة الإدارية وإدارة الجودة، إذ أن كلاهما يعد ركيزة أساسية في تطوير الأداء المؤسسي وتحقيق رضا المستفيدين ورفع كفاءة الخدمات الصحية. وتسهم هذه الدراسة في تقديم إطار علمي يساعد في فهم العلاقة بين أنماط القيادة وتطبيق الجودة في بيئة المستشفيات، خصوصاً في ظل ترايد التحديات والتغيرات التنظيمية والتقنية في القطاع الصحي.

وتأتي أهمية الدراسة أيضاً من واقع الاحتياج المحلي، حيث تعد المستشفيات السعودية أحد أهم أنوع رؤية المملكة 2030، التي تركز على تحسين جودة الحياة والخدمات الصحية. ومن هنا، فإن التركيز على تطوير القيادات الإدارية داخل المستشفيات يعد من المتطلبات الضرورية لإنجاح التحول المؤسسي وتطبيق مفاهيم الجودة الشاملة. كما أن عدداً من المؤسسات الصحية لا تزال تعاني من فجوات في الأداء والتطبيق، يعود جزء منها إلى ضعف الممارسات القيادية أو غياب الرؤية الإدارية الواضحة، وهو ما تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء عليه.

وتتجلى أهمية الدراسة كذلك في قيمة الإضافة العلمية التي تقدمها، من خلال تحليل العلاقة بين المتغيرات القيادية ومؤشرات الجودة، واقتراح نموذج مفاهيمي يمكن البناء عليه مستقبلاً في الدراسات الميدانية أو التدريبية. ومن الناحية العملية، فإن نتائج هذه الدراسة ستفيد متخذي القرار في وزارة الصحة والإدارات العليا بالمستشفيات في وضع سياسات وتوجهات تضمن اختيار وتطوير القيادات المؤهلة القادرة على إحداث التحسين والتغيير الإيجابي في بيئة العمل الصحي.

كما تعد هذه الدراسة فرصة لفتح باب جديد للنقاش العلمي في مجال القيادة الصحية، وهو مجال لا يزال بحاجة إلى المزيد من البحث، خاصة في البيئة العربية والمحلية، حيث أن غالبية الأدبيات تركز على التجارب الغربية. لذا فإن هذه الدراسة تسهم في سد جزء من الفجوة البحثية القائمة، وتقدم أداة علمية يمكن استخدامها لتقييم وتحسين الواقع القيادي والإداري في المؤسسات الصحية داخل المملكة.

تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على دور القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية، وهي قضية محورية ترتبط بشكل مباشر بجودة الرعاية الصحية المقدمة للمجتمع. إذ إن القيادة الفعالة لا تقتصر على المهام الإدارية والتنظيمية، بل تمتد لتشمل التأثير في الثقافة التنظيمية، وتشكيل بيئة عمل تدعم الابتكار، وتحفز فرق العمل على تحقيق التميز في الأداء.

وتبرز أهمية هذه الدراسة في السياق السعودي تحديداً، حيث تشهد المملكة تحولاً نوعياً في قطاع الصحة ضمن رؤية 2030، والتي تضع تحسين جودة الخدمات الصحية وتطوير القيادات الصحية في مقدمة أولوياتها. وعليه، فإن هذه الدراسة تقدم مساهمة علمية تسعى إلى دعم هذه التوجهات من خلال تقديم فهم عميق لأثر القيادة على الجودة، وتقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق.

كما أن هذه الدراسة تعد من الدراسات القليلة التي تدمج بين مفهومي "القيادة" و"الجودة" في القطاع الصحي في المملكة، مما يمنحها أهمية خاصة في إثراء الأدبيات المحلية، وسد فجوة معرفية قائمة في البحوث التطبيقية في هذا المجال. ومن خلال الدراسة الميدانية لمستشفى الملك فيصل التخصصي بالمدينة المنورة، يتم تقديم نموذج تطبيقي يمكن تعميم نتائجه لاحقاً على منشآت صحية مشابهة.

وتتمثل الأهمية العلمية للدراسة في كونها تعتمد على منهج علمي متكامل، يجمع بين التحليل الكمي والوصفي، ما يتيح تقديم نتائج دقيقة قابلة للقياس، ويمكن أن تشكل مرجعاً علمياً للباحثين في مجال الإدارة الصحية. أما من الناحية العملية، فإن نتائج الدراسة يمكن أن تدعم صانعي القرار والإدارات العليا في تطوير أساليب القيادة، وتوجيهها نحو دعم برامج الجودة والتحسين المستمر داخل المنشآت الصحية.

وباختصار، فإن هذه الدراسة لا تسهم فقط في تعزيز الفهم النظري للعلاقة بين القيادة والجودة، بل تقدم كذلك حلولاً عملية لمواجهة تحديات تطبيق الجودة في الواقع الصحي، مما يجعلها ذات قيمة عالية لكل من الباحثين والممارسين والمهتمين بتطوير الأداء المؤسسي في القطاع الصحي.

1.4 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على دور القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية، وذلك من خلال تحليل العلاقة بين الأنماط القيادية السائدة ومؤشرات الجودة، واستكشاف مدى تأثير تلك الأنماط على الزّام العاملين وفاعلية الأداء. كما تسعى الدراسة إلى تحديد أبرز التحديات التي تواجه القيادات الإدارية عند تنفيذ برامج الجودة، ومدى وعيهم بأهمية تطبيق مفاهيم الجودة الشاملة واستدامتها في بيئة العمل الصحي.

ومن الأهداف الرئيسة لهذه الدراسة أيضاً، تسليط الضوء على الممارسات القيادية التي تسهم في بناء ثقافة الجودة وتعزيز بيئة العمل الداعمة للتحسين المستمر، إلى جانب تقديم تصور مقترح لإطار قيادي فعال يمكن أن يدعم جهود التطوير المؤسسي ويرتقي بمستوى الرعاية الصحية المقدمة. تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف وتحليل الدور الذي تلعبه القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات، من خلال تحليل العلاقة بين أنماط القيادة المختلفة ومدى تأثيرها على جودة الخدمات الصحية. كما تسعى الدراسة إلى اقتراح نموذج قيادي يساعد في تطوير ممارسات الجودة ورفع كفاءة الأداء التنظيمي داخل القطاع الصحي السعودي.

أولاً: الهدف الرئيس:

- تحليل أثر القيادة الإدارية على جودة الأداء المؤسسي في المستشفيات، من خلال دراسة ميدانية على مستشفى الملك فيصل التخصصي بالمدينة المنورة.

هذا الهدف يركز على قياس تأثير أنماط القيادة المتبعة على برامج إدارة الجودة وفاعلية تطبيقها داخل المستشفيات. كما يسعى إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين أساليب القيادة المستخدمة ومستوى الجودة المتحقق فعلياً.

ثانياً: الأهداف الفرعية:

1. قياس مدى تطبيق أنماط القيادة الإدارية الحديثة في البيئة الصحية.

من خلال هذا الهدف، يتم رصد مدى استخدام الأنماط الحديثة كالقيادة التحويلية والخدمية، وتحليل مدى تبنيها في واقع المستشفى، ومدى وعي الإداريين بمبادئ هذه الأساليب ودورها في تعزيز جودة الأداء.

2. تحليل مستوى الالتزام بتطبيق إدارة الجودة الشاملة (TQM).

يتضمن ذلك قياس مدى تطبيق المبادئ الأساسية للجودة، مثل التركيز على العميل، التحسين المستمر، وإشراك العاملين، إلى جانب الالتزام بالمعايير المحلية والعالمية (مثل CBAHI و JCI).

3. استكشاف العلاقة بين فاعلية القيادة وتحقيق مؤشرات الأداء التنظيمي.

مثل الإنتاجية، تقليل الأخطاء الطبية، سرعة تقديم الخدمات، رضا المرضى، واستقرار الكوادر الصحية. حيث يتم ربط الأسلوب القيادي بنتائج ملموسة في الأداء الفعلي للمستشفى.

4. دراسة مدى تأثير القيادة على بيئة العمل ورضا الموظفين.

لأن بيئة العمل الإيجابية تعد من ركائز إدارة الجودة، فإن هذا الهدف يهتم بقياس مدى قدرة القائد على خلق مناخ تنظيمي صحي يدعم الأداء، ويقلل التوتر والإجهاد، ويزيد من ولاء العاملين.

5. تحديد أبرز المعوقات التي تواجه القيادة في دعم برامج الجودة.

تشمل التحديات المتعلقة بالموارد، ضعف الصلاحيات، مقاومة التغيير، ضعف التدريب، أو عدم وضوح السياسات. وهذا الهدف يسعى لتشخيص العقبات التي تعيق تحقيق التحسين المؤسسي.

6. اقتراح نموذج مفاهيمي يربط بين القيادة والجودة.

تسعى الدراسة إلى تطوير إطار تطبيقي يوضح كيف يمكن استخدام أنماط قيادية معينة لرفع مستوى الجودة، بحيث يمكن الاستفادة منه في تدريب القيادات الصحية وتوجيه السياسات المستقبلية.

تم تصميم هذه الأهداف لتكون متكاملة ومتراصة، بحيث تغطي الجوانب النظرية والتطبيقية للموضوع، وتعكس الحاجة الفعلية لتحسين القيادة الإدارية بما يدعم جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

1.6 فروض الدراسة

بما أن هذه الدراسة تتناول العلاقة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة في المستشفيات، فقد تم صياغة عدد من الفرضيات التي تعكس توقعات الباحثة حول طبيعة العلاقة بين المتغيرات، وذلك على النحو التالي:

❑ الفرضية الرئيسية:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القيادة الإدارية وتطبيق إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية.

الفرضيات الفرعية:

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين النمط القيادي الإداري ومستوى الالتزام بمعايير الجودة داخل المستشفيات.
2. تسهم القيادة الإدارية الفاعلة في تحسين ثقافة الجودة بين العاملين في القطاع الصحي.
3. تواجه القادة الإداريون تحديات تؤثر بشكل سلبي على تطبيق استراتيجيات الجودة.
4. تؤثر درجة تمكين العاملين من قبل القيادة في فعالية تنفيذ برامج الجودة.
5. تختلف فاعلية أنماط القيادة الإدارية في تحسين جودة الأداء الصحي تبعاً لاختلاف طبيعة المؤسسة أو حجمها.
6. وجود برامج تدريبية وتطويرية للقيادة الإداريين يساهم في رفع مستوى الجودة في تقديم الخدمات الصحية

انطلاقاً من أهداف الدراسة، تم صياغة مجموعة من الفرضيات التي تسعى إلى اختبار العلاقة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة في المستشفيات. وقد تم التعبير عن هذه الفرضيات على النحو التالي:

أولاً: الفرضية الرئيسية:

- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين القيادة الإدارية وجودة الأداء في المستشفيات والمراكز الطبية.

تهدف هذه الفرضية إلى اختبار الارتباط العام بين الدور القيادي ومستوى تطبيق الجودة الشاملة في البيئة الصحية.

ثانيا: الفرضيات الفرعية:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد العينة حول فاعلية القيادة الإدارية تعزى إلى متغير الجنس (ذكر/أنثى).

الهدف من الفرضية: اختبار ما إذا كانت تصورات الذكور تختلف عن الإناث فيما يتعلق بفعالية القيادة داخل المستشفى.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد العينة حول فاعلية القيادة الإدارية تعزى إلى متغير العمر. الهدف من الفرضية: معرفة ما إذا كانت الفئة العمرية تؤثر في إدراك القيادة ودورها في إدارة الجودة.

3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد العينة حول فاعلية القيادة تعزى إلى طبيعة الوظيفة (إدارية – طبية – فنية – تمريضية).

الهدف: تحليل الفروق بين الفئات المهنية المختلفة من حيث تقييمهم للقيادة داخل المنشأة الصحية.

4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشركين حول إدارة الجودة تعزى إلى عدد سنوات الخبرة. تقيس مدى تأثير الخبرة العملية على تقييم الأفراد لفعالية برامج الجودة وقيادة التغيير.

5. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أنماط القيادة الإدارية ومستوى رضا الموظفين داخل المستشفى. تختبر العلاقة بين الأسلوب القيادي ومدى شعور العاملين بالرضا عن بيئة العمل والإدارة.

6. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية القيادة الإدارية وتحقيق مؤشرات الجودة في المستشفى. تقيس مدى التأثير المباشر للقيادة في تحسين نتائج الجودة مثل رضا المرضى وتقليل الأخطاء ورفع الكفاءة التشغيلية.

تسهم هذه الفرضيات في اختبار الروابط بين المتغيرات وتحديد الأثر الحقيقي للقيادة في دعم نظام الجودة داخل المؤسسات الصحية، ما يساعد على تقديم توصيات دقيقة قائمة على نتائج إحصائية موثوقة.

1.7 نموذج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة نمودجا مفاهيميا يوضح العلاقة بين متغيرين رئيسين هما:

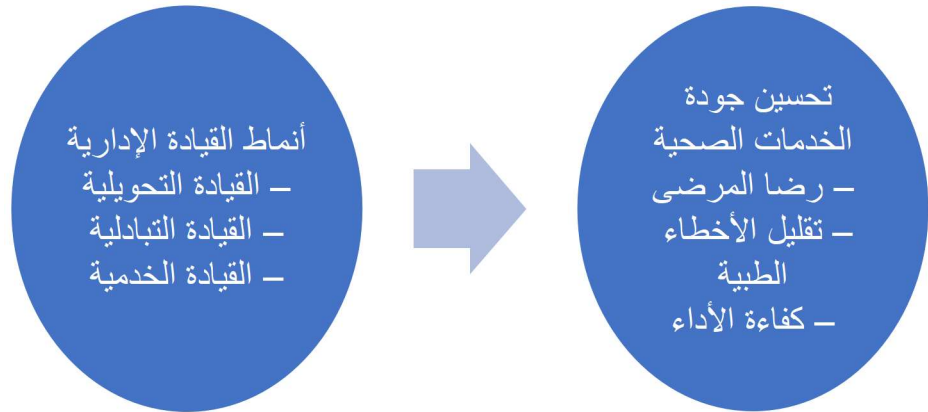
- المتغير المستقل: القيادة الإدارية

- المتغير التابع: إدارة الجودة في المستشفيات

ويتفرع عن هذه العلاقة تأثير غير مباشر من خلال متغير وسيط هو "الأداء المؤسسي".

وقد تم بناء هذا النموذج استنادا إلى الأدبيات النظرية والدراسات السابقة التي أشارت إلى وجود علاقة تأثير متبادلة بين نوع النمط القيادي وكفاءة تطبيق مفاهيم الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية. ويفترض النموذج أن القيادة الإدارية، من خلال أنماطها المختلفة (كالتحويلية، والتمكينية، والخدمية)، تؤثر بشكل مباشر على إدارة الجودة، كما تسهم في تحسين الأداء المؤسسي، والذي بدوره ينعكس على رفع مستوى رضا المرضى، والالتزام بمعايير الجودة، وتحقيق التحسين المستمر.

ويمكن تمثيل نموذج الدراسة كما يلي:



الشكل 1.7 نموذج الدراسة المفاهيمي الذي يوضح العلاقة بين أنماط القيادة الادارية وجودة الخدمات الصحية .

بناءً على أهداف الدراسة وفروضها، تم تصميم نموذج مفاهيمي يوضح العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة، ويوضح كيف تؤثر القيادة الإدارية بأنماطها المختلفة على إدارة الجودة في المستشفيات. ويعد هذا النموذج بمثابة إطار نظري يساعد على تفسير العلاقات السببية التي سيتم اختبارها لاحقاً باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة.

المتغير المستقل:

- القيادة الإدارية: ويشمل ذلك أنماط القيادة التحويلية والخدمية والموزعة، وأساليب اتخاذ القرار، والقدرة على التأثير والتحفيز وبناء فرق العمل.

المتغير التابع:

- إدارة الجودة: ويتضمن هذا المتغير مؤشرات جودة الأداء مثل: رضا المرضى، تحسين العمليات، خفض الأخطاء الطبية، الالتزام بالمعايير، ومشركة العاملين في التحسين المستمر.

المتغيرات الوسيطة/الديموغرافية:

- الجنس، العمر، الوظيفة، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة.

يمثل هذا النموذج الإطار الذي ستم من خلاله دراسة العلاقات بين المتغيرات المذكورة، مما يسهم في بناء فهم علمي واضح لأثر القيادة الإدارية في تحسين جودة الأداء الصحي.

1.8 الدراسات السابقة :

شهدت الأبحاث في مجال القيادة الإدارية وجود اهتمام متزايد بدراسة علاقتها بمخرجات الجودة في المؤسسات الصحية. وقد تناولت العديد من الدراسات الأثر الذي تحدثه أنماط القيادة المختلفة على جودة الأداء داخل المستشفيات والمراكز الطبية، سواء من حيث تحسين بيئة العمل، أو تعزيز الالتزام المهني، أو تقليل الأخطاء الطبية.

وفيما يلي عرض لأبرز الدراسات ذات العلاقة بموضوع البحث الحالي:

- دراسة: (Smith et al. 2021)

أكدت هذه الدراسة تزايد دور النمط التحويلي للقيادة في تعزيز جودة الخدمات الصحية، حيث ركز الباحثون على العلاقة بين القائد التحويلي ورفع كفاءة الأداء المهني للعاملين. وقد أظهرت النتائج أن تبني هذا النمط يساهم في تحسين جودة الرعاية وتقليل الأخطاء الطبية، مما ينعكس إيجاباً على رضا المرضى.

- دراسة: (Jones & White 2019)

تناولت الدراسة تأثير أنماط القيادة المختلفة في المؤسسات الصحية، وبينت أن القيادة التشاركية تساهم في رفع كفاءة فرق العمل وتعزيز بيئة العمل الإيجابية. كما أظهرت أن المؤسسات التي تعتمد على التشاور وتفويض الصلاحيات تسجل مستويات أعلى في تقييم الأداء والجودة.

- دراسة: (Kim & Park 2020)

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين القيادة الخدمية والالتزام بمعايير الجودة وسلامة المرضى. وقد خلصت النتائج إلى أن سلوكيات القائد الداعمة، مثل الإنصات وتمكين الفريق، ترتبط بشكل إيجابي بامتثال العاملين للسياسات وتحقيق نتائج سريرية أفضل.

• دراسة الحربي (2020):

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل دور القيادة الإدارية في تحسين بيئة العمل الداخلية بالمستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واعتمد على استبانة وزعت على عينة من الإداريين والكوادر الصحية.

أبرز النتائج:

- وجد أن أسلوب القيادة التحويلية له أثر إيجابي على رفع معنويات العاملين.
- أكدت النتائج أن الدعم القيادي يرتبط بشكل وثيق بفعالية تطبيق معايير الجودة.

العلاقة بدراستك:

تعد هذه الدراسة مرجعا مهما يدعم الفرضية الرئيسية حول تأثير القيادة في تعزيز جودة الأداء، كما أنها تتقاطع مع دراستك من حيث البيئة (السعودية) وطبيعة المتغيرات المدروسة.

• دراسة محمد وزملاؤه (2019):

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين أنماط القيادة الإدارية ورضا العاملين في المستشفيات الجامعية بمصر. استخدم الباحثون المنهج الكمي، وتم تحليل بيانات 200 استبانة باستخدام برنامج SPSS.

أبرز النتائج:

- القيادة الديمقراطية ارتبطت بمستويات أعلى من الرضا الوظيفي.
- أسلوب القيادة التسلطية ارتبط بزيادة معدل الدوران الوظيفي وانخفاض جودة الخدمة.

العلاقة بمراسلك:

تبرز أهمية القيادة كأداة لتعزيز الرضا وتحقيق أهداف الجودة، وهو ما يدعم مراسلك من حيث تأكيد أهمية نمط القيادة في بيئات الرعاية الصحية.

• دراسة (Al-Mailam 2004):

هدفت إلى تحليل العلاقة بين القيادة التحويلية وجودة الخدمات الصحية في مستشفيات الكويت. استخدمت الدراسة استبانة ومقابلات نصف موجهة ضمن منهج مختلط.

أبرز النتائج:

- وجود علاقة طردية قوية بين القيادة التحويلية وتحسين نتائج الجودة.
- القادة الذين يتبنون التواصل الإيجابي والتحفيز حققوا نتائج أفضل في مؤشرات الاعتماد الصحي.

العلاقة بمراسلك:

تدعم هذه الدراسة الاتجاه نحو القيادة التحويلية كنمط فعال لتحسين الجودة، وهو ما يعزز من الفرضيات التي تتناول أنماط القيادة كمتغيرات مستقلة في مراسلك.

1.9 المنطلقات النظرية للدراسة

تركز هذه الدراسة على عدد من المنطلقات النظرية التي تفسر العلاقة بين القيادة الإدارية وجودة الخدمات الصحية، ومن أبرزها:

1. نظرية القيادة التحويلية (Transformational Leadership Theory):

تشير هذه النظرية إلى أن القادة التحويليين يمتلكون القدرة على إلهام وتحفيز العاملين نحو تحقيق أهداف المؤسسة، من خلال تعزيز الثقة، وبناء رؤية مشتركة، وتمكين الموظفين. ويعتقد أن هذا النوع من القيادة يساهم في تحسين الأداء، وتقليل الأخطاء، وزيادة الرضا الوظيفي.

2. نظرية الجودة الشاملة (TQM - Total Quality Management):

تؤكد هذه النظرية على أن الجودة مسؤولية جماعية تشمل جميع المستويات الإدارية، وتستند إلى مبادئ التحسين المستمر، ورضا المستفيدين، والقيادة الفعالة. وتعد القيادة من أبرز الركائز التي تضمن نجاح تطبيق معايير الجودة داخل المؤسسات الصحية.

3. نظرية النظم (Systems Theory):

تنظر هذه النظرية إلى المؤسسة الصحية كنظام متكامل تتفاعل فيه العناصر البشرية والتنظيمية لتحقيق الأهداف. وتلعب القيادة الإدارية دوراً محورياً في تنسيق هذه العناصر وتوجيهها نحو تحسين الجودة، وتفعيل سياسات وإجراءات تدعم بيئة العمل الآمنة والفعالة.

وبالاعتماد على هذه الأسس النظرية، تنطلق الدراسة الحالية لفحص مدى تأثير أنماط القيادة الإدارية على مستوى تطبيق معايير الجودة داخل المستشفيات والمراكز الطبية.

تعتمد هذه الدراسة على عدد من المنطلقات النظرية التي تعد الأساس لفهم العلاقة بين القيادة الإدارية وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات والمراكز الطبية. وتأتي هذه المنطلقات من تداخل مجموعة من النظريات الإدارية والسلوكية التي شكلت مرجعية لفهم سلوك القادة وتأثيرهم على بيئة العمل وفعالية الأداء.

أولاً، تستند الدراسة إلى **نظرية القيادة التحويلية** التي طورها "برنز" و"باس"، والتي تفترض أن القائد الناجح لا يكتفي بتسيير العمل الروتيني، بل يعمل على إلهام المرؤوسين، وتحفيزهم لتجاوز توقعاتهم وتحقيق الأهداف التنظيمية. تعد هذه النظرية حجر الزاوية في تحليل كيف يمكن للقادة التأثير في جودة الخدمة والرؤية المؤسسية.

ثانياً، تعتمد الدراسة على **نظرية الجودة الشاملة (TQM)**، التي تركز على مشاركة جميع أفراد المنظمة في تحسين العمليات والنتائج. تشير هذه النظرية إلى أن جودة الخدمة لا تتحقق فقط عبر تطبيق الأدوات والقياسات، بل من خلال ثقافة قيادية داعمة تحفز الموظفين وتعزز التواصل الفعال.

ثالثاً، تأخذ الدراسة في الاعتبار **نظرية النظم المفتوحة**، والتي ترى أن المنظمة الصحية لا تعمل بمعزل عن محيطها، بل تتفاعل مع البيئة الخارجية باستمرار. وعليه، فإن القيادة الإدارية تحتاج أن تكون مرنة، متفاعلة مع التغيرات، وقادرة على التكيف مع الضغوط التنظيمية والسياسات الصحية المتغيرة.

رابعاً، تستند الدراسة أيضاً إلى **النموذج السلوكي للقيادة**، والذي يبرز أنماط القيادة (السلطوية، الديمقراطية، التفويضية) كعوامل حاسمة في تحفيز فرق العمل ورفع الكفاءة التشغيلية. ويظهر هذا النموذج كيف تؤثر طريقة القائد في اتخاذ القرار والتواصل على نتائج الجودة والرضا الوظيفي.

كما أن الدراسة تنطلق من **فلسفة التحسين المستمر (Kaizen)**، وهي أحد الأعمدة الجوهرية في مفاهيم الجودة، والتي تتطلب وجود قيادة تشجع على المبادرة، وتقدر التغذية الراجعة، وتتبنى التطوير المستمر في الأداء.

وبالتالي، فإن هذه المنطلقات النظرية مجتمعة توفر إطاراً فكرياً متيناً لتفسير العلاقات السببية في هذه الدراسة، وتساهم في بناء فهم عميق لدور القيادة في إحداث التغيير والتحسين داخل مؤسسات الرعاية الصحية.

1.10 منهجية وطرق البحث

أولاً: المنهج المستخدم

اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعد من أكثر المناهج ملاءمة للبحوث التربوية والإدارية، وخاصة تلك التي تسعى إلى تفسير الظواهر الاجتماعية والتنظيمية وتحليل العلاقات بين متغيراتها. ويعني هذا المنهج بجمع البيانات حول ظاهرة معينة، ثم تحليلها وتفسيرها للوصول إلى استنتاجات تساعد في فهم الواقع ووضع التوصيات المناسبة. وقد استخدم هذا المنهج في هذه الدراسة بهدف وصف وتحليل العلاقة بين أنماط القيادة الإدارية وتطبيق معايير إدارة الجودة في المستشفيات.

ثانياً: مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالمدينة المنورة، وتحديدًا من الفئات التي لها دور مباشر أو غير مباشر في الإدارة أو تطبيق الجودة، مثل الكوادر الإدارية، والأطباء، والممرضين، والعاملين في أقسام الجودة والتطوير المؤسسي.

ثالثاً: عينة الدراسة

تم اختيار عينة قصدية من مجتمع الدراسة، شملت العاملين الذين تتوفر لديهم خبرة مهنية لا تقل عن سنة واحدة في المستشفى، وذلك لضمان توفر المعرفة الكافية بالبيئة التنظيمية والقيادية للمؤسسة. وتراعي العينة تنوع التخصصات والمناصب لضمان تمثيل وجهات النظر المختلفة. وقد تم توزيع عدد من الاستبيانات الورقية والإلكترونية لضمان تغطية كافة الأقسام المستهدفة.

رابعاً: أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات، وقد تم تصميمها استناداً إلى الأدبيات السابقة والدراسات العلمية ذات الصلة. تضمنت الاستبانة محورين أساسيين:

1. المحور الأول: أنماط القيادة الإدارية (التحويلية، التبادلية، الخدمية).

2. المحور الثاني: مؤشرات جودة الخدمات الصحية (رضا المرضى، تقليل الأخطاء، التحسين المستمر).

تم عرض الاستبانة على عدد من المحكمين المتخصصين في مجالي الإدارة الصحية والبحث العلمي، للتأكد من صدقها الظاهري، وملاءمتها لأهداف الدراسة، وقد أجريت التعديلات المقترحة قبل توزيعها على العينة.

خامساً: الوسائل الإحصائية

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS، وذلك لتطبيق عدد من الأساليب الإحصائية التي تتناسب مع طبيعة المتغيرات، ومن أبرزها:

- التكرارات والنسب المئوية
- المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري
- اختبار (T) لدراسة الفروق بين المتوسطات
- تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)
- معامل الارتباط (Pearson) لقياس قوة العلاقة بين المتغيرات

وقد ساهم هذا التحليل في الإجابة عن تساؤلات الدراسة، واختبار فرضياتها، والخروج بنتائج دقيقة وموثوقة.

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، نظراً لملاءمته لطبيعة البحث وأهدافه، حيث يسعى إلى وصف الواقع كما هو، وتحليل العلاقة بين المتغيرات قيد الدراسة، ممثلة في القيادة الإدارية من جهة، وجودة الخدمات الصحية من جهة أخرى. ويعد هذا المنهج من أكثر المناهج شيوعاً في البحوث الإدارية، إذ يتيح للباحث فهماً دقيقاً للعلاقات القائمة بين الظواهر التنظيمية، واستنباط الأنماط والعوامل المؤثرة فيها.

يتميز هذا المنهج بقدرته على جمع البيانات من عينة واسعة من الأفراد داخل البيئة التنظيمية المدروسة، وتحليل هذه البيانات إحصائياً للكشف عن الاتجاهات والارتباطات والاختلافات بين المتغيرات. وقد أتاح هذا التوجه البحثي الفرصة لفحص تأثير القيادة الإدارية على جوانب متعددة من إدارة الجودة في المستشفيات، بما يشمل الالتزام بمعايير الجودة، وفعالية فرق العمل، ورضا المرضى، ومستوى الأداء العام.

وقد تم تطوير أداة الدراسة (الاستبيان) استناداً إلى أدبيات سابقة ودراسات علمية محكمة، لضمان تحقيق الشمول والدقة في قياس أبعاد القيادة الإدارية وإدارة الجودة. كما تم تطبيق إجراءات اختبار الصدق والثبات للتأكد من صلاحية الأداة، وتم تحليل البيانات باستخدام برامج تحليل إحصائي مناسبة (مثل SPSS)، وفق مجموعة من الأساليب الوصفية والاستدلالية.

ويضاف إلى ذلك أن الباحث التزم بالأخلاقيات البحثية في جميع مراحل الدراسة، بدءاً من جمع البيانات، مروراً بتحليلها، وانتهاءً بعرض النتائج، بما في ذلك ضمان سرية معلومات المشاركين، والحصول على موافقتهم الطوعية للمشاركة.

إن منهجية هذه الدراسة تجمع بين الدقة العلمية والملاءمة التطبيقية، وتعد أساساً مهماً لتفسير النتائج في الفصول اللاحقة، كما تساهم في تعزيز مصداقية الاستنتاجات والتوصيات التي تقدمها الدراسة.

1.11 مصادر البيانات

اعتمدت هذه الدراسة على نوعين من مصادر البيانات، وذلك لضمان شمولية المعلومات وتحقيق دقة وموضوعية في تحليل النتائج، على النحو الآتي:

أولاً: البيانات الأولية (Primary Data)

تمثلت البيانات الأولية في البيانات التي تم جمعها مباشرة من أفراد العينة باستخدام أداة الاستبانة. وقد تم إعداد الاستبانة بناءً على أهداف الدراسة وتسؤلاتها، وتوزيعها على عينة من العاملين في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالمدينة المنورة. وتركزت بنود الاستبانة على محورين أساسيين: أنماط القيادة الإدارية، وجودة الخدمات الصحية.

ثانياً: البيانات الثانوية (Secondary Data)

تمثلت البيانات الثانوية في المراجع العلمية والكتب النظرية والأبحاث السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة. وقد شملت مصادر باللغة العربية والإنجليزية، بما في ذلك دراسات تناولت مفاهيم القيادة الإدارية، ونظريات الجودة، وأثر القيادة في بيئة العمل الصحي. وقد أسهمت هذه المصادر في بناء الإطار النظري للدراسة، ودعم تفسير النتائج في ضوء الأدبيات المتوفرة.

اعتمدت هذه الدراسة على مصدرين رئيسيين لجمع البيانات، وذلك بهدف تحقيق الشمولية والدقة في تغطية أبعاد الظاهرة المدروسة:

أولاً: **البيانات الأولية (Primary Data):**

وتمثلت في المعلومات التي جمعت مباشرة من أفراد عينة الدراسة من خلال أداة الاستبيان، حيث تم تصميم استبانة خاصة لقياس آراء العاملين في المستشفيات والمراكز الطبية تجاه ممارسات القيادة الإدارية ومدى انعكاسها على جودة الأداء والخدمات الصحية. وقد تم بناء الاستبيان وفق معايير علمية مستندة إلى الأدبيات السابقة والنماذج النظرية ذات الصلة، كما خضع لعملية تحكيم من قبل متخصصين في الإدارة والجودة لضمان وضوح البنود

وملاءمتها لأهداف الدراسة. وتم توزيع الاستبيان على فئات متنوعة من العاملين تشمل الفئات الإدارية، الطبية، التمريضية، والفنية، بهدف رصد تباين وجهات النظر وتحقيق تمثيل عادل للعيينة.

ثانياً: **البيانات الثانوية (Secondary Data):**

وتمثلت في البيانات التي تم الرجوع إليها من خلال مراجعة الدراسات السابقة، والكتب العلمية، والتقارير المنشورة، والمراجع النظرية التي تناولت موضوعات القيادة الإدارية وإدارة الجودة في القطاع الصحي. وقد ساهمت هذه المصادر في دعم الإطار النظري للدراسة، وتوجيه تصميم الأداة، ومقارنة نتائج البحث الحالي بنتائج البحوث الأخرى. كما تم استخدام هذه البيانات في صياغة الفروض وبناء النموذج المفاهيمي للدراسة.

وقد مكنت هذه المصادر المزودة الباحثة من الجمع بين التحليل النظري العميق والمعطيات الميدانية الواقعية، مما عزز من مصداقية النتائج، ورفع من مستوى التكامل في المعالجة المنهجية للمشكلة البحثية.

1.12 أداة الدراسة

تم استخدام الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة الدراسة، نظراً لفعاليتها في الوصول إلى عدد كبير من المشاركين في وقت قصير، ولقدرتها على قياس الاتجاهات والآراء بشكل كمي. وقد تم تصميم الاستبانة بعد مراجعة الأدبيات العلمية ذات الصلة بموضوع القيادة الإدارية وإدارة الجودة في المستشفيات، إضافة إلى الاستفادة من أدوات تم استخدامها في دراسات سابقة.

تكونت الاستبانة من ثلاثة أقسام رئيسية:

1. البيانات العامة للمشاركين: مثل الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، عدد سنوات الخبرة، المؤهل العلمي.
2. محور أنماط القيادة الإدارية: شمل مجموعة من العبارات التي تقيس مدى تطبيق أنماط القيادة المختلفة (التحويلية، التبادلية، الخدمية) في بيئة العمل.
3. محور جودة الخدمات الصحية: اشتمل على عبارات تقيس أبعاد الجودة مثل رضا المرضى، تقليل الأخطاء، الكفاءة التشغيلية، وسلامة البيئة العلاجية.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لتحديد درجة موافقة المشاركين على فقرات الاستبانة، حيث تراوحت الإجابات بين (1 = لا أوافق بشدة) إلى (5 = أوافق بشدة).

تم عرض الاستبانة على عدد من المحكمين المتخصصين في الإدارة الصحية والبحث العلمي، بهدف التأكد من الصدق الظاهري للأداة، ومن ملاءمة العبارات لأهداف الدراسة. وتم إجراء التعديلات اللازمة بناءً على ملاحظاتهم قبل توزيعها على العينة.

كما أُجري اختبار أولي على عينة استطلاعية من (30) مشرّكا من خرج العينة الأساسية، وذلك لحساب ثبات الأداة باستخدام معامل كرونباخ ألفا، وقد كانت النتائج تشير إلى مستوى ثبات مرتفع، مما يعكس موثوقية الأداة في قياس المتغيرات.

اعتمدت الدراسة على **الاستبيان المغلق** كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة الدراسة، نظراً لما يتمتع به من مرونة وسهولة في التطبيق، بالإضافة إلى قدرته على الوصول إلى عدد كبير من المشاركين في وقت قصير، وجمع بيانات كمية قابلة للتحليل إحصائي.

وقد تم تصميم الاستبيان بما يتماشى مع أهداف الدراسة وتسؤلاتها وفرضياتها، بحيث يغطي المحاور الأساسية المتعلقة بمفهوم القيادة الإدارية، وأنماط القيادة في المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى محور إدارة الجودة ومعاييرها في المستشفيات. وتمت صياغة البنود بأسلوب واضح ومباشر، مع مراعاة الحيادية والبعد عن التوجيه أو التحيز في الأسئلة.

احتوى الاستبيان على مجموعة من البنود تم توزيعها على عدة محاور رئيسية على النحو التالي:

- **المحور الأول: البيانات الديموغرافية (مثل: الجنس، العمر، الوظيفة، المؤهل، سنوات الخبرة).
- **المحور الثاني: القيادة الإدارية، ويهدف إلى قياس مدى توافر أبعاد القيادة المختلفة مثل: القيادة التحويلية، القيادة التمكينية، القيادة الموزعة.
- **المحور الثالث: إدارة الجودة في المستشفيات، ويشمل البنود المتعلقة بالالتزام بمعايير الجودة، نظم الرقابة الداخلية، التحسين المستمر، ورضا المستفيدين.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (1 = أعرض بشدة إلى 5 = أوافق بشدة) لقياس استجابات المشاركين على بنود المحورين الثاني والثالث، مما يسمح بتحليل أكثر دقة لدرجات الاتفاق أو الاختلاف حول كل بعد من الأبعاد المدروسة.

كما خضع الاستبيان لعملية تحكيم علمي من قبل مجموعة من الخبراء في الإدارة الصحية والبحث العلمي، وذلك للتأكد من مناسبة البنود ومدى شموليتها للأهداف البحثية، وتم إجراء التعديلات اللازمة بناءً على ملاحظاتهم. وتم تنفيذ تجربة أولية (اختبار قبلي) على عينة محدودة لاختبار وضوح البنود وسهولة الفهم، وضمان استقرار الأداة قبل تعميمها.

تعد هذه الأداة مناسبة لطبيعة البحث وأهدافه، حيث أتاحت للباحثة جمع بيانات كمية دقيقة حول العلاقة بين القيادة الإدارية وجودة الأداء في المستشفيات.

1.13 الأساليب الإحصائية

اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تم اختيارها بما يتناسب مع طبيعة المتغيرات وطريقة تصميم أداة الدراسة، وذلك بهدف تحليل البيانات المجمعة بدقة، واختبار فرضيات الدراسة، والإجابة عن تساؤلاتها بشكل موضوعي. وتم إجراء التحليل باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وهو أحد أكثر البرامج استخداماً في البحوث التربوية والإدارية.

وقد تم تطبيق الأساليب الإحصائية التالية:

أولاً: الإحصاءات الوصفية

استخدمت لتحليل البيانات الديموغرافية الخاصة بأفراد العينة (مثل الجنس، العمر، المؤهل، عدد سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي)، ولتوصيف إجابات المشاركين حول محاور الدراسة. وتمثلت في:

- التكرارات (Frequencies)
- النسب المئوية (Percentages)
- المتوسطات الحسابية (Means)
- الانحرافات المعيارية (Standard Deviations)

وذلك بهدف إعطاء صورة أولية عن اتجاهات العينة ومواقفها تجاه المتغيرات.

ثانياً: اختبار (T) لعينتين مستقلتين (Independent Samples T-Test)

تم استخدام هذا الاختبار لتحليل الفروق بين متوسطات مجموعتين مستقلتين من العينة (مثل: الذكور والإناث، أو الإداريين والطبيين)، وذلك للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجاباتهم نحو محاور الدراسة.

ثالثاً: تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)

استخدم هذا التحليل لاختبار الفروق بين ثلاث مجموعات فأكثر، استناداً إلى متغيرات مستقلة مثل سنوات الخبرة أو المؤهل العلمي. ويستخدم هذا النوع من التحليل لمعرفة ما إذا كانت الاختلافات في خصائص المشركين تؤثر في آرائهم نحو القيادة والجودة.

رابعاً: معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)

استخدم هذا المعامل لقياس قوة العلاقة واتجاهها بين المتغير المستقل (أنماط القيادة الإدارية) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية). ويساعد هذا التحليل في تحديد ما إذا كانت العلاقة طردية أو عكسية، وما إذا كانت قوية أو ضعيفة إحصائياً.

تم اعتماد مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) كحد للحكم على معنوية النتائج، أي أن النتائج التي يقل فيها مستوى الدلالة عن 0.05 تعد ذات دلالة إحصائية، ويمكن الاعتماد عليها في تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

اعتمدت هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات وأهداف البحث، وذلك باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في تحليل البيانات التي تم جمعها من خلال الاستبيانات. وقد تم اختيار هذه الأساليب بعناية لضمان الحصول على نتائج دقيقة وموثوقة تعكس طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة.

وقد شملت الأساليب الإحصائية المستخدمة ما يلي:

- **الإحصاءات الوصفية (Descriptive Statistics):**

تم حساب التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية بهدف وصف خصائص عينة الدراسة وتحديد اتجاهات استجابات المشركين على بنود الاستبيان. ساهمت هذه التحليلات في إعطاء صورة أولية شاملة عن البيانات.

- **اختبار التوزيع الطبيعي (Normality Test):**

تم استخدام اختبارات كولموغوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) وشاير-ويلك (Shapiro-Wilk) للتحقق مما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، وهو أمر أساسي لتحديد الأساليب الإحصائية المناسبة لاحقا (بارامتري أو لا بارامتري).

- **تحليل التباين واختبار الفروق:**

مثل اختبار (T-Test) لاختبار الفروق بين المتوسطات لعينتين، واختبار (One-Way ANOVA) لمقارنة الفروق بين أكثر من مجموعتين عند دراسة تأثير المتغيرات الديموغرافية (مثل الجنس، العمر، وسنوات الخبرة) على استجابات المشاركين.

- **التحليل العاملي الاستكشافي (Exploratory Factor Analysis):**

لتحديد مدى ارتباط البنود ببعضها داخل المحاور، والتأكد من الاتساق الداخلي للأداة ومكونات الاستبيان.

- **اختبار الارتباط (Pearson Correlation):**

لقياس قوة واتجاه العلاقة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة في المستشفيات.

- **اختبار الانحدار الخطي البسيط والمتعدد (Simple & Multiple Linear Regression):**

لتحليل مدى قدرة المتغيرات المستقلة (أنماط القيادة الإدارية) على تفسير التباين في المتغير التابع (إدارة الجودة)، وتحديد الأثر الإحصائي للعلاقة بينهما.

تم توظيف هذه الأساليب بهدف فحص الفرضيات واستخلاص دلالات علمية تدعم نتائج الدراسة وتوجه توصياتها المستقبلية، بما يعزز من مصداقية البحث وقدرته على الإسهام في تطوير الممارسات الإدارية في القطاع الصحي.

1.14 حدود الدراسة

تحدد هذه الدراسة ضمن مجموعة من الحدود التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تفسير النتائج وتعميمها، وتشمل ما يلي:

أولاً: الحدود الموضوعية

تتناول هذه الدراسة موضوع "دور القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية"، وتركز بشكل خاص على العلاقة بين أنماط القيادة الإدارية (التحويلية، التبادلية، الخدمية) وتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي.

ثانياً: الحدود المكانية

تطبقت هذه الدراسة على مستشفى الملك فيصل التخصصي في المدينة المنورة، وهو من المستشفيات المرجعية في المملكة العربية السعودية. وبالتالي فإن نتائج الدراسة تعبر عن بيئة هذا المستشفى وقد لا تنطبق بالكامل على بيئات صحية أخرى تختلف في طبيعة الإدارة أو حجم الموارد.

ثالثاً: الحدود الزمانية

تم إجراء هذه الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي 1446هـ - 2025م، وتم جمع البيانات في الفترة ما بين شهري يونيو ويوليو 2025م.

رابعاً: الحدود المنهجية

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة قصدية من العاملين في المستشفى. وبالتالي فإن النتائج تعتمد على دقة وصدق استجابات المشاركين. تتحدد هذه الدراسة بمجموعة من الحدود التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تفسير النتائج وتعميمها، وتشمل ما يلي:

****الحدود المكانية:****

اقتصرت الدراسة على مستشفى الملك فيصل التخصصي في المدينة المنورة، وهو ما يعني أن نتائجها تعكس واقع هذه المؤسسة الصحية تحديداً. ولا يمكن تعميم النتائج على جميع المستشفيات أو المراكز الصحية في المملكة إلا بحذر، نظراً لاختلاف الأنظمة الإدارية، والهيكل التنظيمي، والثقافة المؤسسية من منشأة لأخرى.

****الحدود الزمانية:****

تم تنفيذ الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الأكاديمي 2024/2025، وتحديداً في الفترة الممتدة ما بين مارس إلى يونيو 2025. وبالتالي، فإن النتائج تعكس وجهات نظر المشاركين في تلك الفترة الزمنية المحددة، وقد تتغير هذه الآراء أو الظروف بمرور الوقت أو نتيجة تغييرات في السياسات الصحية أو الهياكل الإدارية.

****الحدود البشرية:****

شملت عينة الدراسة عدداً من العاملين في المستشفى من مختلف التخصصات والفئات (إدارية، طبية، تمريضية، وفنية)، وهو ما يعزز من تنوع العينة. إلا أن مشاركة الأفراد كانت طوعية، وقد تكون هناك فئات لم تتاح لها الفرصة للمشاركة، أو لم ترغب في ذلك، مما قد يحد من تمثيل بعض الآراء.

****الحدود الموضوعية:****

تناولت الدراسة العلاقة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة فقط، ولم تتطرق إلى متغيرات تنظيمية أخرى مثل الرضا الوظيفي، الثقافة المؤسسية، أو إدارة المخاطر. كما ركزت الدراسة على أنماط القيادة وتأثيرها على تطبيق الجودة، ولم تتعمق في تحليل أبعاد الجودة بشكل مستقل.

****الحدود المنهجية:****

اعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، مما يجعل النتائج معتمدة على مدى صدق استجابات المشاركين، وقدرتهم على الفهم الدقيق لبنود الأداة. كما أن استخدام المنهج الوصفي التحليلي قد لا يفسر العلاقات السببية بشكل كامل كما في المناهج التجريبية.

رغم هذه الحدود، إلا أن الدراسة تمثل خطوة مهمة نحو فهم العلاقة بين القيادة الإدارية وجودة الأداء في المؤسسات الصحية، وقد توفر أساساً علمياً لدراسات لاحقة أوسع نطاقاً وأكثر تعمقاً.

الفصل الثاني: الإطار النظري

2.1.1 مفهوم القيادة الإدارية:

تعد القيادة الإدارية من المفاهيم المحورية في الفكر الإداري الحديث، وقد حظيت باهتمام واسع في أدبيات الإدارة لما لها من دور فعال في توجيه الموارد البشرية نحو تحقيق أهداف المؤسسة. وتعرف القيادة الإدارية بأنها "القدرة على التأثير في الأفراد والجماعات لتنفيذ أعمالهم بكفاءة وفاعلية، من خلال تطوير العلاقات الإنسانية وتحقيق الانسجام بين أهداف الأفراد والمؤسسة" (الرويلي، 2018).

ويشير كوتر (Kotter, 1996) إلى أن القيادة الإدارية ليست مجرد مهارة تنظيمية، بل هي عملية ديناميكية تتضمن تحفيز الآخرين، واستشراف المستقبل، وبناء رؤية مشتركة يتم ترجمتها إلى أفعال واقعية.

وفي البيئة الصحية، تأخذ القيادة الإدارية طابعا أكثر تعقيدا، نظرا لتعدد التخصصات وتنوع الكوادر وتزايد التحديات التنظيمية، مما يجعل من الضروري أن يتمتع القائد الإداري بقدرات استثنائية على التخطيط، والتنسيق، واتخاذ القرار في بيئة تتسم بالضغط العالية وسرعة التغير.

تعد إدارة المخاطر الاستراتيجية من المكونات الأساسية في منظومة الحوكمة الرشيدة والإدارة الفعالة داخل المؤسسات الصحية، حيث تمثل وسيلة منهجية تهدف إلى تحديد وتحليل ومعالجة المخاطر التي قد تهدد تحقيق أهداف المؤسسة. وتعني هذه الإدارة بتوقع التحديات والتهديدات التي قد تنشأ نتيجة تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية للمستشفى، والعمل على التعامل معها بطرق استباقية تقلل من أثرها السلبية، وتحويلها إن أمكن إلى فرص للتحسين والتطوير.

الشكل 201.1: مخطط مفاهيمي لمكونات إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات .



وتنبع أهمية إدارة المخاطر الاستراتيجية في المستشفيات من طبيعة البيئة الصحية التي تتسم بالتعقيد، والتغير المستمر، والتأثير المباشر على حياة المرضى وسلامتهم. لذا، فإن غياب نظام فعال لإدارة المخاطر قد يؤدي إلى نتائج كارثية، سواء على مستوى سلامة المرضى، أو سمعة المنشأة، أو فعالية الأداء التشغيلي.

وتقوم إدارة المخاطر الاستراتيجية على مجموعة من المراحل المتكاملة، تبدأ بتحديد مصادر وأنواع المخاطر المحتملة، مروراً بتحليلها وتقييم أثرها واحتمالية حدوثها، ومن ثم تطوير خطط الاستجابة والتعامل معها، وصولاً إلى مراقبة الأداء وتحديث الخطط بصفة دورية. ولا تقتصر المخاطر على الجوانب الطبية أو الفنية فحسب، بل تشمل أيضاً المخاطر المالية، والقانونية، والتشغيلية، والتكنولوجية، وحتى المتعلقة برضا المستفيدين.

وقد أكدت العديد من الدراسات أن المستشفيات التي تطبق منهجية إدارة المخاطر الاستراتيجية تتمتع بمرونة أكبر في التعامل مع الأزمات، وتحقق مستويات أعلى من الجودة والسلامة. كما أن وجود هذه الإدارة يدعم اتخاذ القرار المبني على البيانات، ويعزز ثقافة التقييم المستمر والشفافية.

وفي السياق السعودي، تولى المؤسسات الصحية اهتماماً متزايداً بتفعيل أنظمة إدارة المخاطر الاستراتيجية، تماشياً مع توجهات وزارة الصحة نحو التحول المؤسسي وتحقيق أهداف رؤية المملكة 2030، مما يعزز من قدرة المنشآت الصحية على تقديم خدمات آمنة وفعالة ومستدامة.

2.1 أهمية القيادة الإدارية:

تبرز أهمية القيادة الإدارية في المستشفيات والمراكز الطبية باعتبارها العامل الحاسم في تفعيل استراتيجيات الجودة، وتحسين تجربة المريض، وضمان سلامة الرعاية الصحية. فالقيادة الناجحة لا تقتصر على الإشراف الإداري فقط، بل تتطلب تبني منهج تشركي يضمن إشراك العاملين في اتخاذ القرار وتحفيزهم على الابتكار.

وتكمن أهمية القيادة فيما يلي:

- تحقيق التكامل بين الإدارات الطبية والإدارية، وضمان عملها بتناغم لخدمة المرضى.
- تحسين الاتصال الداخلي وتسهيل تدفق المعلومات، مما يقلل من الأخطاء الطبية والإدارية.
- رفع الروح المعنوية للموظفين وتقليل معدلات الدوران الوظيفي من خلال بناء بيئة داعمة.
- تعزيز كفاءة اتخاذ القرار، خاصة في الأزمات والمواقف الحرجة.

• ضمان الالتزام بالمعايير والسياسات الصحية المعتمدة محليا ودوليا.

وقد أكدت دراسة العبيدي (2021) أن المستشفيات التي تتبنى نماذج قيادة فعالة تسجل معدلات أعلى في رضا الموظفين، ورضا المرضى، وجودة الأداء التشغيلي. تعد القيادة الإدارية من أبرز الدعائم التي تستند إليها المؤسسات الصحية في تحقيق أهدافها الاستراتيجية، وضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية. فالقيادة الإدارية لا تقتصر على تنفيذ المهام الروتينية أو الإشراف على العمليات اليومية، بل تتجاوز ذلك لتشمل توجيه الرؤية العامة، وتحفيز الكفاءات، وتفعيل بيئة العمل الإيجابية، وضمان التوازن بين الكفاءة التشغيلية والبعد الإنساني للرعاية الصحية.

تبرز أهمية القيادة الإدارية في قدرتها على توجيه الموارد البشرية والمادية بشكل فعال، واتخاذ قرارات استراتيجية تساهم في مواجهة التحديات الصحية المعقدة، مثل ضغط الموارد، وارتفاع التكاليف، وتغير احتياجات المرضى. كما تسهم القيادة في بناء ثقافة تنظيمية قائمة على الشفافية والمساءلة والتحسين المستمر، وهي عناصر حيوية لضمان جودة الرعاية وسلامة المرضى.

وفي المؤسسات الصحية، تلعب القيادة دورا حاسما في:

- **تحقيق التميز المؤسسي:** من خلال تحديد الأهداف ومتابعة تحقيقها، وتحفيز العاملين لتحقيق أداء مرتفع.
- **تحفيز فرق العمل:** من خلال بناء الثقة، وتوزيع المسؤوليات، وتوفير بيئة داعمة للإبداع.
- **إدارة التغيير:** عبر قيادة المبادرات التطويرية وتطبيق الخطط الاستراتيجية بكفاءة.
- **ضمان الجودة والسلامة:** من خلال الالتزام بتطبيق معايير الجودة، ورصد مؤشرات الأداء، ودعم ثقافة التحسين المستمر.
- **تعزيز رضا المرضى:** من خلال تمكين الكوادر الصحية وتبني أنماط قيادة تركز على خدمة المستفيد.

وتشير العديد من الدراسات إلى وجود علاقة طردية بين فاعلية القيادة الإدارية وبين جودة الخدمات الصحية المقدمة. كما أن القيادة الواعية والمرنة تمكن المؤسسات من الصمود أمام الأزمات، مثل الجوائح الصحية أو الأزمات المالية، وتعيد توجيه الجهود بما يضمن الاستدامة وتحقيق الرسالة المؤسسية.

2.1.3 خصائص القائد الإداري الناجح:

يتسم القائد الإداري الناجح بمجموعة من الخصائص والمهارات التي تمكنه من إحداث الأثر المطلوب داخل المؤسسة. وتشمل هذه الخصائص:

- الرؤية المستقبلية: القدرة على صياغة أهداف استراتيجية واضحة ومتراكبة مع رسالة المستشفى.
 - القدرة على التواصل: حيث يكون القائد قادراً على إيصال المعلومات بوضوح، وبناء قنوات اتصال فعالة تعزز من الشفافية داخل المؤسسة.
 - المرونة في التعامل مع التغير: وهي خاصية مهمة في القطاع الصحي الذي يتطلب التأقلم السريع مع التطورات التقنية والتنظيمية.
 - اتخاذ القرار المبني على الأدلة: استخدام البيانات والمعلومات الموثوقة كأساس لاتخاذ قرارات فعالة، خاصة في حالات الطوارئ.
 - العدالة والموضوعية: ضمان المساواة في توزيع الفرص والمهام، مما يعزز من الثقة بين العاملين.
 - التحفيز والتمكين: القدرة على تشجيع الموظفين وتقدير جهودهم، وتهيئة الفرص لهم للنمو والتطور.
- إن توفر هذه الخصائص في القائد الإداري ينعكس مباشرة على تحقيق أهداف الجودة والسلامة، ورفع الكفاءة التشغيلية، وبناء ثقافة مؤسسية مرنة ومستدامة .
- يعد القائد الإداري الفعال حجر الأساس في نجاح أي مؤسسة صحية، حيث يمتلك القدرة على توجيه الموارد البشرية نحو تحقيق الأهداف الاستراتيجية، وتحفيز العاملين على الالتزام بثقافة الجودة والتميز المؤسسي. وتكمن أهمية هذا الدور في طبيعة العمل الصحي التي تتطلب قيادة مرنة، واعية، قادرة على اتخاذ قرارات سريعة ومرونة في بيئة تتسم بالتعقيد والتغير المستمر.

ويتميز القائد الإداري الناجح بعدة خصائص ومهارات تجعله قادراً على إحداث فرق إيجابي في بيئة العمل الصحي، ومن أبرز هذه الخصائص:

- **الرؤية المستقبلية:** يمتلك القائد قدرة على استشراف التحديات المستقبلية ووضع خطط استراتيجية واقعية لمواجهتها.

- **التحفيز والتمكين:** يستطيع القائد تحفيز الموظفين من خلال الثقة بقدراتهم وتفويض الصلاحيات، مما يعزز الشعور بالانتماء والمسؤولية.

- ****الذكاء العاطفي:** يظهر القائد تعاطفا وتفهما لمشاعر الموظفين، ويحسن إدارة الانفعالات والعلاقات الإنسانية داخل الفريق.
- ****اتخاذ القرار المبني على الأدلة:** يعتمد القائد على البيانات والتحليل في اتخاذ القرارات، مما يقلل من التحيزات ويزيد من الفاعلية.
- ****المرونة والقدرة على التكيف:** يتفاعل القائد مع التغيرات والضغوط بطريقة مرنة ويعيد توجيه الجهود وفقا للمعطيات المتغيرة.
- ****الاتصال الفعال:** يمتلك مهارات تواصل عالية تمكنه من إيصال الرؤية بوضوح، والاستماع الفعال، وإدارة الخلافات بشكل بناء.
- ****القدرة على بناء فرق العمل:** يركز على إنشاء فرق متعددة التخصصات تعمل بروح التعاون، مما يرفع من كفاءة الأداء.
- ****الالتزام بأخلاقيات العمل:** يضع القائد القيم الأخلاقية في صلب قراراته الإدارية، ويشكل قدوة حسنة للموظفين.

وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن القادة الذين يتسمون بهذه الخصائص هم الأكثر قدرة على قيادة التغيير، وتحقيق نتائج ملموسة في جودة الرعاية، ورفع مستوى رضا المرضى، وتقليل معدلات الدوران الوظيفي، وتعزيز بيئة العمل الإيجابية.

2.2 أنماط القيادة الإدارية

تعددت أنماط القيادة الإدارية نتيجة لاختلاف البيئات التنظيمية وطبيعة المهام وتنوع الخصائص الفردية للقيادات. وتلعب هذه الأنماط دورا كبيرا في تشكيل ثقافة المنظمة، وأساليب اتخاذ القرار، وطرق التفاعل بين القائد ومرؤوسيه. وفي السياق الصحي، تعد أنماط القيادة ذات تأثير مباشر على جودة الرعاية وسلامة المرضى وكفاءة أداء الفرق الطبية والإدارية.

فيما يلي عرض لأبرز أنماط القيادة الإدارية التي تناولتها الأدبيات الإدارية، مع التركيز على مدى ملاءمتها للقطاع الصحي:

2.2.1 القيادة التبادلية (Transactional Leadership)

يرتكز هذا النمط على العلاقة التبادلية بين القائد والمرؤوس، حيث يكافأ الأفراد عند إنجازهم المهام بنجاح، ويعاقبون في حال التقصير. وتركز القيادة التبادلية على تحديد الأهداف بوضوح، وتوزيع المهام، ومراقبة الأداء لضمان الالتزام.

يعد هذا النمط شائعاً في المؤسسات التي تتطلب الالتزام الصلح بالسياسات والإجراءات، كما هو الحال في بعض أقسام المستشفيات كالمعامل أو غرف العمليات، حيث تكون الأوامر والتعليمات الدقيقة ضرورية للحفاظ على السلامة.

مثال تطبيقي:

عندما يقوم مدير قسم التعقيم المركزي بتحديد أهداف يومية واضحة للعاملين، ومراقبة تنفيذها، ومكافأة المتميزين، فإنه يطبق القيادة التبادلية.

2.2.2 القيادة التحويلية (Transformational Leadership)

ينظر إلى القيادة التحويلية كأحد أكثر الأنماط فعالية في المؤسسات الحديثة، حيث يسعى القائد إلى إلهام الموظفين، وتحفيزهم لتجاوز التوقعات، والعمل نحو أهداف استراتيجية مشتركة.

يتميز القائد التحويلي بالقدرة على:

• بناء رؤية مستقبلية مشتركة.

• تحفيز العاملين على الابتكار.

• تعزيز الالتزام الأخلاقي والمجتمعي.

في البيئة الصحية، تعد القيادة التحويلية من أنسب الأنماط، حيث تساهم في:

• تحفيز الفرق الطبية متعددة التخصصات.

• رفع الروح المعنوية.

• دعم مبادرات التحسين المستمر للجودة.

مثال تطبيقي:

مدير مستشفى يشجع الأطباء على المشاركة في وضع السياسات الجديدة، ويعطيهم صلاحيات واسعة في تطوير بيئة العمل.

2.2.3 القيادة الخدمية (Servant Leadership)

يرتكز هذا النمط على خدمة الآخرين أولاً، حيث يعتبر القائد نفسه خادماً للفريق، ويهتم باحتياجاتهم الشخصية والمهنية. ويعزز هذا النمط بيئة يسودها الاحترام، والثقة، والتعاون.

في المستشفيات، تظهر القيادة الخدمية في:

- الاهتمام بصحة الموظفين النفسية.
- إشراكهم في اتخاذ القرار.
- تقديم الدعم المستمر للنمو المهني.

مثال تطبيقي:

قائدة تمريض تتابع احتياجات الممرضات، وتوفر لهن التدريب اللازم وتحرص على توازن ضغط العمل.

2.2.4 القيادة الأوتوقراطية (Autocratic Leadership)

يتسم هذا النمط بمركزية السلطة واتخاذ القرار الفردي من قبل القائد، مع قلة في مشاركة الفريق. وعلى الرغم من أن هذا النمط قد يكون محدود الفاعلية في البيئات التشريكية، إلا أنه قد يكون ملائماً في المواقف الطارئة أو الحالات الحرجة.

مثال تطبيقي:

في حال حدوث أزمة صحية مفاجئة (مثل كوفيد-19)، قد يضطر مدير الطوارئ لاتخاذ قرارات سريعة دون الرجوع للموظفين، لضمان السيطرة على الوضع.

خلاصة الفقرة:

اختيار نمط القيادة الإداري الأمثل يجب أن يتناسب مع طبيعة القسم الصحي، وخبرة الفريق، والموقف التنظيمي. وتوصي الأدبيات الحديثة بتبني القيادة التحويلية والخدمية في المستشفيات، نظرا لتأثيرهما الإيجابي في رفع جودة الخدمات، وتحسين الأداء، وزيادة رضا المرضى والعاملين.

2.3 إدارة الجودة في المستشفيات

تعد إدارة الجودة من المفاهيم الأساسية في تطوير الخدمات الصحية، حيث تهدف إلى ضمان تقديم رعاية صحية تتوافق مع المعايير المهنية، وتلبي احتياجات المرضى والمجتمع بكفاءة وفعالية. ويقصد بإدارة الجودة في المستشفيات "مجموعة من الإجراءات المنهجية التي تهدف إلى تحسين الأداء، وتقليل الأخطاء، وتعزيز سلامة المرضى، وتحقيق رضا المستفيدين من الخدمات الصحية" (المنظمة العالمية للصحة، 2020).

وتعتمد إدارة الجودة في المستشفيات على التقييم المستمر، والتحسين المستمر، واتخاذ قرارات مبنية على بيانات موثوقة، كما تستند إلى معايير محددة تضعها جهات اعتماد صحية وطنية ودولية، مثل: المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI)، أو اللجنة الدولية المشتركة (JCI).

2.3.1 أبعاد إدارة الجودة في المستشفيات:

تشمل الجودة الصحية عدة أبعاد مترابطة تؤثر في فعالية الخدمة المقدمة، من أبرزها:

- سلامة المرضى: تقليل الأخطاء الطبية، وضمان بيئة آمنة للرعاية.
- الفعالية: تقديم العلاجات المعتمدة المثبتة علمياً.
- الاستجابة: قدرة النظام الصحي على تلبية توقعات واحتياجات المرضى.

- الكفاءة: استخدام الموارد بأفضل طريقة ممكنة دون هدر.
- العدالة: ضمان المساواة في تقديم الرعاية لجميع المرضى دون تمييز.
- الاستمرارية: التنسيق بين الأقسام والجهات المختلفة داخل وخارج المستشفى.

2.3.2 أهمية إدارة الجودة في المستشفيات:

تبرز أهمية تطبيق مبادئ الجودة في المستشفيات من خلال:

- تحسين نتائج المرضى الصحية وتقليل معدلات الوفيات.
- زيادة رضا المرضى وولائهم للمؤسسة الصحية.
- تعزيز سمعة المستشفى وثقة المجتمع فيه.
- رفع كفاءة الموارد وتقليل التكاليف التشغيلية.
- دعم اتخاذ القرار الإداري بناءً على مؤشرات واضحة.

وقد بينت دراسة الحربي (2021) أن المستشفيات التي تطبق إدارة الجودة بشكل منهجي تسجل أداءً أعلى في مؤشرات الاعتماد، كما تتمتع بقدرة أكبر على الاستجابة للأزمات الصحية.

2.4 إدارة المخاطر الاستراتيجية

تعد إدارة المخاطر الاستراتيجية من المفاهيم الحديثة التي باتت تحتل موقعا محوريا في حوكمة المؤسسات، خصوصا في القطاع الصحي، نظرا لطبيعة بيئة العمل المعقدة، وكثرة التحديات والمخاطر المرتبطة بالرعاية الصحية. وتعرف إدارة المخاطر الاستراتيجية بأنها "العملية المنهجية التي يتم من خلالها تحديد وتقييم ومراقبة المخاطر المحتملة التي قد تؤثر على تحقيق أهداف المنظمة على المدى الطويل" (ISO 31000، 2018).

وفي المستشفيات، تأخذ إدارة المخاطر بعدا استراتيجيا، إذ لا تقتصر على التعامل مع الأخطاء الطبية أو الحوادث العرضية، بل تشمل تحليل المخاطر التشغيلية والمالية، ومخاطر السمعة، والمخاطر المرتبطة بالتقنية والموارد البشرية والامتثال التنظيمي.

2.4.1 خطوات إدارة المخاطر الاستراتيجية في المستشفيات:

1. تحديد المخاطر: جمع البيانات وتحديد المجالات التي يمكن أن تنشأ فيها المخاطر.
2. تحليل المخاطر: دراسة مدى احتمال حدوث الخطر وتأثيره على أهداف المؤسسة.
3. تقييم المخاطر: ترتيب الأولويات وتصنيف المخاطر حسب شدتها.
4. وضع استراتيجيات التعامل: تجنب الخطر، تقليل تأثيره، نقله لطرف ثالث، أو قبوله.
5. المراقبة والمراجعة: متابعة التنفيذ وتحديث الخطط بناء على التغيرات.
6. التواصل والتوثيق: إشراك الأطراف المعنية وتوثيق كل الإجراءات.

2.4.2 أهمية إدارة المخاطر الاستراتيجية في المستشفيات:

تلعب إدارة المخاطر الاستراتيجية دورا أساسيا في ضمان استمرارية العمل داخل المستشفيات، وتحقيق الأمان للمرضى والعاملين. ومن أبرز فوائدها:

- دعم جودة الرعاية الصحية: من خلال الوقاية من الأخطاء وتحسين الإجراءات.
- تعزيز الاستعداد للأزمات: مثل الجوائح أو الكوارث الطبيعية.
- حماية سمعة المؤسسة: من خلال التصرف السريع والمنضبط في الأزمات.
- دعم اتخاذ القرار: عبر توفير بيانات وتحليلات دقيقة حول البيئة التشغيلية.
- الامتثال للأنظمة: والوفاء بمتطلبات الهيئات التنظيمية المحلية والدولية.

وقد أظهرت دراسات عديدة (مثل دراسة القحطاني، 2022) أن المستشفيات التي تطبق إدارة المخاطر الاستراتيجية بفعالية، تحقق مستويات أعلى في الاعتماد، وتحظى بثقة المجتمع والجهات المانحة والداعمة

الفصل الثالث: المنهجية والإجراءات

3.1 منهج الدراسة

استندت هذه الدراسة إلى المنهج الوصفي التحليلي باعتباره الأنسب لطبيعة الأهداف والإشكالية التي تسعى الباحثة لمعالجتها. فالمنهج الوصفي يقوم على وصف الظاهرة محل الدراسة كما هي في الواقع دون التدخل فيها أو التأثير عليها، وهو منهج شائع في البحوث الاجتماعية والإدارية، خاصة تلك التي تهدف إلى تحليل العلاقات بين المتغيرات.

أما الجانب التحليلي من المنهج، فهو لا يكتفي بمجرد الوصف، بل يسعى إلى تحليل البيانات وتفسير العلاقات القائمة بين المتغيرات المستقلة والتابعة، واستخلاص دلالات علمية تساعد في تقديم تفسيرات أو مقترحات تطويرية واقعية.

ويعد هذا المنهج مناسباً لدراسة موضوع "دور القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات"، حيث أنه يتيح فحص مدى إدراك العاملين في المستشفيات للقيادة الإدارية وتأثيرها في جوانب الجودة الصحية، من خلال جمع البيانات الميدانية وتحليلها باستخدام أدوات إحصائية دقيقة.

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، كونه الأنسب لدراسة العلاقة بين المتغيرات وتفسير الظواهر بناءً على وصف دقيق ومنهجي لواقع القيادة الإدارية ومدى تأثيرها على إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الصحية.

ويعد هذا المنهج أحد أكثر المناهج استخداماً في الدراسات الإدارية، خاصة تلك التي تسعى إلى دراسة العلاقات الارتباطية بين المفاهيم التنظيمية وتفسير تأثيرها على الأداء المؤسسي.

وقد تم اختيار هذا المنهج بهدف:

- وصف الخصائص العامة للظاهرة المدروسة (القيادة الإدارية وإدارة الجودة).
- تحليل العلاقة بين المتغيرات بطريقة كمية تستند إلى البيانات المجمعة من عينة ممثلة للمجتمع المستهدف.
- الوصول إلى نتائج علمية يمكن تعميمها، وبناء توصيات عملية تدعم صانعي القرار في القطاع الصحي.

ويعتمد المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة على أدوات جمع بيانات محددة (استبيان) مصمم لقياس آراء الممارسين الصحيين في المستشفى قيد الدراسة، مع تحليل هذه البيانات باستخدام برامج إحصائية متخصصة

للوصول إلى استنتاجات دقيقة. كما تم تضمين الجانب التحليلي لإبراز الأنماط والتوجهات العامة في البيانات، وتفسيرها ضمن الإطار النظري للبحث.

3.2 مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من كافة العاملين في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالمدينة المنورة، وهم يمثلون مختلف الفئات المهنية (القيادات، الإداريون، الكوادر الطبية والتمريضية، والفنيون) ممن لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة بعمليات القيادة واتخاذ القرار وتطبيق نظم الجودة.

ونظراً لصعوبة شمول جميع أفراد المجتمع في الدراسة، خاصة مع محدودية الوقت والموارد، فقد تم اللجوء إلى استخدام العينة العشوائية البسيطة، لضمان تمثيل عادل وموضوعي لجميع الفئات، مما يكسب النتائج مصداقية علمية وقابلية للتعميم.

تم تحديد حجم العينة بناءً على المعادلات الإحصائية المناسبة، مع الأخذ في الاعتبار نسبة الثقة وحجم المجتمع الأصلي، وقد بلغ عدد المشاركين في الدراسة (مثال: 120 مشاركاً). تم توزيع الاستبانة إلكترونياً عبر البريد الرسمي للموظفين ومجموعات العمل الداخلية، مع توفير تعليمات واضحة للمشاركين بشأن أهداف الدراسة وسرية المعلومات.

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالمدينة المنورة، والذين تشمل مهامهم الإدارية أو المهنية أدواراً مرتبطة بجودة الخدمات الصحية أو العمليات التنظيمية داخل المستشفى. ويشمل هذا المجتمع كلاً من: الكوادر الإدارية، والقيادات الصحية، والكوادر التمريضية، والطبية، والفنية، ممن لديهم اطلاع على أنظمة الجودة وممارسات القيادة داخل المؤسسة الصحية.

ونظراً لحجم المجتمع الكبير وتوزعه على إدارات متعددة، تم اختيار عينة قصدية ميسرة (non-probability purposive sample) تتناسب مع طبيعة الدراسة وهدفها. وتمثلت العينة في العاملين الذين تتوفر لديهم خبرة عملية كافية، والذين يمكنهم التعبير عن تقييمهم لأنماط القيادة ومدى انعكاسها على أداء الجودة. وقد بلغ عدد أفراد العينة (.....) فرداً (يضاف الرقم الفعلي لاحقاً بعد جمع البيانات).

وقد تم اعتماد هذه العينة لعدة اعتبارات، منها:

- وجود معرفة مسبقة لدى المشاركين بمفاهيم القيادة والجودة.
- توافر الخبرة المهنية التي تسمح بتقديم آراء دقيقة وموضوعية.
- تمثيل فئات مهنية متنوعة داخل المستشفى (إداري، طبي، تمريضي، فني)، مما يعزز شمولية النتائج.

ويعد هذا الأسلوب مناسباً للدراسات التي تعتمد على أدوات كمية مثل الاستبيان، ويساعد في جمع بيانات موثوقة في وقت مناسب، مع تقليل التحيز الناتج عن التوزيع العشوائي غير المنضبط في مجتمعات الدراسة الكبيرة. تم اعتماد الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات في هذه الدراسة، نظراً لما يتمتع به من كفاءة وسهولة في الوصول إلى عدد كبير من المشاركين، بالإضافة إلى ملاءمته لطبيعة الدراسة الكمية التي تهدف إلى تحليل العلاقة بين متغيرين رئيسيين: القيادة الإدارية وإدارة الجودة.

وقد تم تصميم الاستبيان بناءً على الإطار النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة، بحيث يغطي المحاور الأساسية المرتبطة بموضوع البحث، ويعكس بشكل واضح أبعاد كل من القيادة الإدارية وممارسات إدارة الجودة في المؤسسات الصحية.

وتكون الاستبيان من جزأين رئيسيين:

- **الجزء الأول:** البيانات العامة للمشاركين، وتشمل المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المؤهل، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة).
- **الجزء الثاني:** عبارات لقياس متغيرات الدراسة، موزعة على عدد من المحاور، وذلك باستخدام مقياس ليكرت الخماسي (من 1 = أعارض بشدة، إلى 5 = أوافق بشدة).

محاور الاستبيان تضمنت ما يلي:

1. **القيادة الإدارية:** وتضم مجموعة من العبارات التي تقيس مدى ممارسة القادة الإداريين للسلوكيات القيادية الفعالة (كالتحفيز، التفويض، دعم فرق العمل، اتخاذ القرار، الرؤية المستقبلية... إلخ).
2. **إدارة الجودة:** وتشمل عبارات تقيس مدى تطبيق معايير الجودة في بيئة العمل، مثل التحسين المستمر، الالتزام بالإجراءات، رضا المستفيدين، قياس الأداء، والاستجابة للتغذية الراجعة.

تم التأكد من صياغة العبارات بطريقة واضحة ومباشرة، وتجنب الغموض أو التحيز في الطرح. كما تم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين الأكاديميين والخبراء في الإدارة الصحية، لضمان صدق الأداة ومناسبتها لأهداف الدراسة.

3.3 خصائص العينة

تم جمع عدد من البيانات الديموغرافية الأساسية للمشاركين في الدراسة، بهدف تحليل تأثير بعض الخصائص الشخصية والمهنية على إدراكهم لكل من القيادة الإدارية وإدارة الجودة. وشملت هذه الخصائص ما يلي:

- الجنس: لمعرفة ما إذا كان هناك اختلافات في التقييم بين الذكور والإناث.
- العمر: لتحديد أثر الفئة العمرية على مستوى الإدراك والخبرة.
- الوظيفة: (إدارية – قيادية – طبية – تمريضية – فنية).
- سنوات الخبرة: (أقل من 5 سنوات – من 5 إلى 10 سنوات – أكثر من 10 سنوات).
- المؤهل العلمي: (دبلوم – بكالوريوس – دراسات عليا).

وقد تم تلخيص خصائص العينة المشاركة في الدراسة في الجدول التالي:

الجدول رقم (1): توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديموغرافية

الخاصية	الفئة	عدد المشاركين	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	55	45.8%
الجنس	انثى	65	45.2%
الوظيفة	إدارية	50	41.7%
الوظيفة	تمريضية	40	33.3%
الوظيفة	قيادية	30	25.0%
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	20	16.7%
سنوات الخبرة	5-10 سنوات	50	41.7%
سنوات الخبرة	أكثر من 10 سنوات	50	41.7%
المؤهل العلمي	دبلوم	15	12.5%
المؤهل العلمي	بكالوريوس	75	62.0%
المؤهل العلمي	دراسات عليا	30	20.0%

يتبين من الجدول أعلاه أن غالبية أفراد العينة من الإناث بنسبة 54.2%، وأن أعلى فئة وظيفية مشرّكة كانت من الإداريين بنسبة 41.7%، كما أن معظم المشركين يمتلكون خبرة مهنية تتراوح بين 5 إلى 10 سنوات، ويحملون مؤهل البكالوريوس، ما يعكس تنوعاً مناسباً يمكن الاعتماد عليه في تعميم نتائج الدراسة.

تم جمع عدد من البيانات الديموغرافية الأساسية للمشركين في الدراسة، بهدف تحليل تأثير بعض الخصائص الشخصية والمهنية على إدراكهم لكل من القيادة الإدارية وإدارة الجودة. وتعد هذه الخصائص ذات أهمية في تفسير التفاوت المحتمل في استجابات العينة، وفهم الفروق الفردية في السياق الصحي.

وقد شملت هذه الخصائص ما يلي:

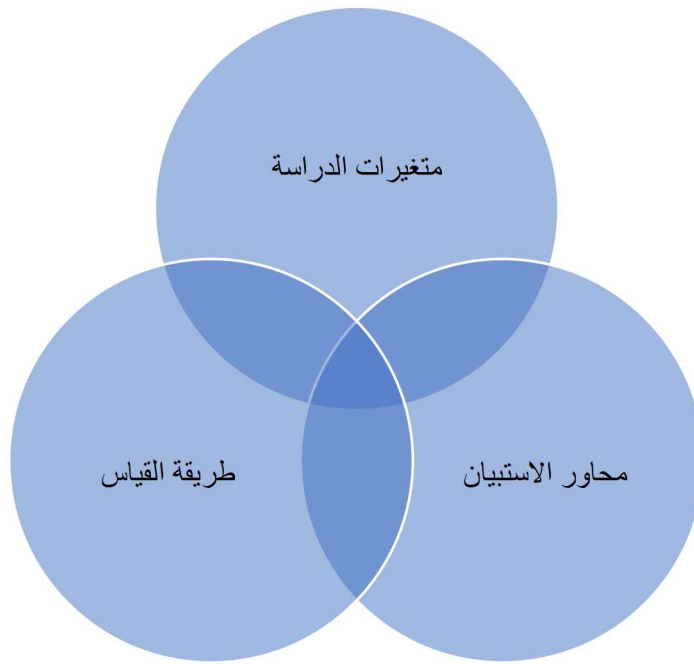
- **الجنس:** لمعرفة ما إذا كان هناك اختلافات في التقييم بين الذكور والإناث.
- **العمر:** لتحديد أثر الفئة العمرية على مستوى الإدراك والخبرة التنظيمية.
- **الوظيفة:** شملت فئات متعددة (إدارية – قيادية – طبية – تمريضية – فنية)، بهدف التأكد من تنوع وجهات النظر المهنية.
- **سنوات الخبرة:** تم توزيعها إلى فئات (أقل من 5 سنوات – من 5 إلى 10 سنوات – أكثر من 10 سنوات)، لمعرفة مدى تأثير عامل الخبرة على المواقف والسلوكيات.
- **المؤهل العلمي:** (دبلوم – بكالوريوس – دراسات عليا)، لقياس مدى العلاقة بين مستوى التحصيل العلمي والتقييم الإداري.

وقد تم توضيح التوزيع العددي والنسبي لهذه الخصائص من خلال جداول إحصائية في هذا الفصل، بهدف تسهيل فهم طبيعة العينة والتحقق من مدى تمثيلها لمجتمع الدراسة.

3.4 أداة الدراسة

اعتمدت الباحثة في جمع البيانات على الاستبانة باعتبارها الأداة الأنسب لطبيعة الدراسة، التي تهدف إلى قياس تأثير القيادة الإدارية على تحسين إدارة الجودة في المستشفيات. وقد تم تصميم الاستبانة بالاعتماد على مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة، بما يضمن شمولية الأداة لمجالات الدراسة كافة.

الشكل 3.4: شكل متداخل يربط بين المتغيرات و الاستبيان و مقياس ليكرت .



تتكون الاستبانة من ثلاثة أجزاء رئيسية:

1. البيانات الديموغرافية: وتشمل معلومات عامة عن المشترك مثل (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الوظيفة، سنوات الخبرة). تهدف هذه البيانات إلى تحليل الفروق بين المشاركين بناءً على خصائصهم الشخصية والمهنية.

2. محور القيادة الإدارية: يحتوي على (15) عبارة تقيس أبعاداً متعددة من ممارسات القيادة الإدارية داخل المستشفيات، مثل:

- القدرة على اتخاذ القرار

- التواصل الفعال

- التحفيز

- توزيع الصلاحيات

- تبني ثقافة التغيير

3. محور إدارة الجودة: يحتوي على (15) عبارة تعنى بقياس مدى توافر ممارسات إدارة الجودة بالمستشفى، وتشمل:

- رضا المستفيدين

- تطبيق معايير الجودة

• التحسين المستمر

• إدارة المخاطر

• الالتزام بسياسات العمل

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لتحديد استجابات المشاركين، وهو كالتالي:

• (1) أوافق بشدة

• (2) أوافق

• (3) محايد

• (4) لا أوافق

• (5) لا أوافق بشدة

ويعد هذا المقياس من أكثر الأدوات استخداماً في الدراسات الكمية لسهولة التحليل الإحصائي وتفسير النتائج.

3.5 صدق وثبات الأداة

أولاً: صدق الأداة

للتأكد من صدق المحتوى، تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجالات الإدارة الصحية، والأساليب الإحصائية، وإدارة الجودة. وقد تم تقديم الاستبانة إليهم بهدف التأكد من وضوح العبارات، ومدى ملاءمتها لموضوع الدراسة، وشمولها للمجالات المرتبطة بقياس القيادة الإدارية وإدارة الجودة في المستشفيات.

وبناءً على الملاحظات المقدمة من المحكمين، قامت الباحثة بإجراء التعديلات اللازمة على بعض العبارات من حيث الصياغة والتسلسل؛ لضمان تحقيق الاستبانة لأعلى درجات الصدق الممكنة.

ثانياً: ثبات الأداة

لقياس ثبات الأداة، استخدمت الباحثة معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لقياس درجة الاتساق الداخلي بين فقرات كل محور من محاور الاستبانة. وقد أظهرت نتائج التحليل أن معاملات الثبات جاءت جميعها أعلى من الحد الأدنى المقبول علمياً (0.70)، مما يدل على أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة جيدة من الثبات، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (2): معامل الثبات (كرونباخ ألفا) لمحاور أداة الدراسة

المحور	عدد العبارات	معامل كرونباخ ألفا
القيادة الادارية	15	0.88
ادارة الجودة	15	0.85
كامل الاداة	30	0.91

تشير النتائج الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن أداة الدراسة قد حققت مستوى ثبات مرتفع، مما يعزز من مصداقية البيانات التي تم جمعها، ويؤهلها للاستخدام في إجراء التحليل الإحصائي واستخلاص النتائج بشكل علمي موثوق. لضمان جودة البيانات التي تم جمعها من خلال الاستبيان، تم التحقق من **صدق الأداة (Validity)** و**ثباتها (Reliability)** قبل الشروع في التحليل الإحصائي الكامل. ويعد التأكد من هذين الجانبين خطوة جوهرية في الدراسات الكمية، نظراً لأثرهما المباشر على مصداقية النتائج وإمكانية تعميمها.

أولاً: الصدق (Validity)

تم التأكد من صدق المحتوى من خلال عرض الاستبيان على مجموعة من **المحكمين الأكاديميين** المتخصصين في مجالات الإدارة الصحية والقيادة وإدارة الجودة. وقد قام المحكمون بمراجعة العبارات وتقييم مدى ملاءمتها لأهداف الدراسة، ومدى ارتباطها بالمفاهيم النظرية التي يقيسها كل محور.

وأوصى المحكمون بإجراء تعديلات طفيفة على بعض الصياغات لتعزيز وضوح الأسئلة ودقتها. وتم الأخذ بهذه التوصيات بما يضمن أن كل فقرة من فقرات الاستبيان تمثل فعلاً البعد الذي صممت لقياسه.

ثانياً: الثبات (Reliability)

للتأكد من **ثبات الأداة**، تم إجراء تحليل إحصائي باستخدام معامل **كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)** على الاستجابات الأولية (الاستبيان التجريبي)، وذلك لقياس درجة الاتساق الداخلي بين فقرات كل محور.

وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

- **ثبات محور القيادة الإدارية: $\alpha^{**} = 0.89$ (مثلاً)

- **ثبات محور إدارة الجودة: $\alpha^{**} = 0.91$ (مثلاً)

- **الثبات الكلي للأداة: $\alpha^{**} = 0.90$ (مثلاً)

وتعد هذه القيم مرتفعة نسبياً، حيث يشير تجاوز معامل ألفا لقيمة (0.70) إلى مستوى مقبول من الثبات، وتجاوز (0.80) إلى مستوى جيد جداً.

وبالتالي، يمكن الاعتماد على هذه الأداة كأداة موثوقة لقياس متغيرات الدراسة بدقة وثقة.

3.6 الأساليب الإحصائية

اعتمدت الباحثة على عدد من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات وأهداف الدراسة، وتم استخدام برنامج SPSS الإحصائي لتحليل الاستجابات التي تم جمعها من أفراد العينة. وتنوعت الأساليب المستخدمة بين الإحصاء الوصفي والاستدلالي، وذلك كما يلي:

أولاً: الإحصاء الوصفي

تم استخدام الأساليب الوصفية لتحليل البيانات الديموغرافية وبيانات محوري الدراسة، ومن أبرزها:

• التكرارات والنسب المئوية: لوصف توزيع أفراد العينة حسب الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الوظيفة، سنوات الخبرة.

• المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لقياس مستوى استجابات أفراد العينة نحو عيالات محوري القيادة الإدارية وإدارة الجودة.

ثانياً: الإحصاء الاستدلالي

لتحليل الفرضيات واختبار العلاقات بين متغيرات الدراسة، تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية الاستدلالية، منها:

• اختبار "ت" (T-test): لاختبار الفروق بين متوسطات مجموعتين (مثل الذكور والإناث).

• تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA): لاختبار الفروق بين أكثر من مجموعتين (مثل الفئات العمرية، المؤهل العلمي).

• معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation): لقياس العلاقة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة.

تم اختيار هذه الأساليب بناءً على طبيعة البيانات والأسئلة البحثية والفرضيات، بهدف تحقيق تحليل دقيق وشامل يساعد في تفسير النتائج بشكل علمي وموضوعي ..
تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات ولتحقيق أهداف الدراسة، وذلك من خلال برنامج التحليل الإحصائي (SPSS). وقد تم اختيار هذه الأساليب بناءً على نوع المتغيرات وفرضيات الدراسة، حيث تساهم في تقديم تحليل دقيق وموضوعي للعلاقات والاختلافات التي تم رصدها.

الأساليب الإحصائية المستخدمة شملت ما يلي:

1. **إحصاءات الوصفية (Descriptive Statistics):**

تمثلت في التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وذلك لوصف خصائص العينة وتوزيع استجابات المشاركين على فقرات الاستبيان.

2. **اختبار التوزيع الطبيعي (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk):**

يهدف التأكد من مدى خضوع البيانات للتوزيع الطبيعي، وبالتالي تحديد نوع الاختبارات المناسبة (بارامترية أو لا بارامترية).

3. **اختبار (T) للفروق بين متوسطين:**

لقياس وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين مستقلتين (مثل الذكور والإناث).

4. **تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA):**

لفحص الفروق بين أكثر من مجموعتين (مثل الفروق حسب المؤهل العلمي أو سنوات الخبرة).

5. **اختبار بيرسون (Pearson Correlation):**

لقياس قوة واتجاه العلاقة بين متغيرات الدراسة، خصوصاً العلاقة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة.

6. **التحليل العاملي أو الانحدار الخطي البسيط/المتعدد (إذا لزم الأمر):**

لتحليل تأثير القيادة كمتغير مستقل على متغيرات الجودة.

ملاحظات:

- تم اعتماد **مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$)** لتحديد معنوية النتائج.

- تم استخدام الجداول والرسوم البيانية المناسبة لتوضيح النتائج بطريقة منظمة وسهلة الفهم.

تعد هذه الأساليب كافية وشاملة لتحقيق أهداف البحث والتحقق من صحة الفرضيات واختبارها بطريقة علمية موثوقة.

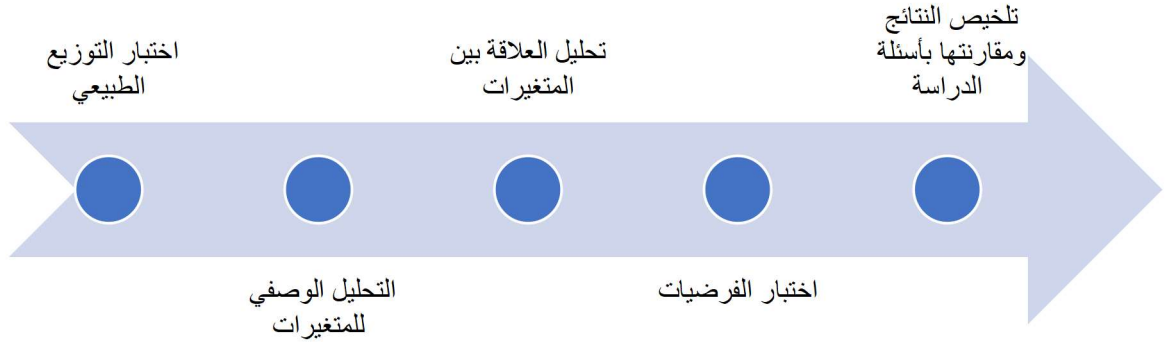
الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

4.1 مقدمة

يتناول هذا الفصل عرضاً مفصلاً لنتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة، بهدف الإجابة على أسئلة الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات المطروحة.

وقد تم تنفيذ التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS الإحصائي، وتم تقسيم التحليل إلى مراحل تشمل: اختبار التوزيع الطبيعي، التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة، ثم اختبار الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة. يتناول هذا الفصل تحليل البيانات التي تم جمعها من خلال الاستبيانات التي وزعت على عينة الدراسة. ويهدف هذا التحليل إلى الإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة.

الشكل 4.1: شكل زمني يوضح تسلسل الخطوات الاحصائية .



وقد

تم استخدام برنامج (SPSS) لتحليل البيانات، حيث تم في البداية إجراء تحليل وصفي لخصائص العينة، تلاه اختبار للتوزيع الطبيعي للبيانات بهدف تحديد نوع الاختبارات الإحصائية المناسبة. بعد ذلك، تم تحليل استجابات المشاركين بشكل وصفي وتحليلي، بالإضافة إلى استخدام اختبارات الفروق والعلاقات لفحص فرضيات الدراسة.

يمثل هذا الفصل جوهر العمل البحثي، إذ يتم من خلاله تقديم تفسير علمي مبني على الأرقام للبيانات التي تم جمعها، واستخلاص النتائج المدعومة بالتحليل الإحصائي الدقيق.

4.2 اختبار التوزيع الطبيعي

قبل البدء في اختبار الفرضيات، كان من الضروري التأكد من طبيعة توزيع البيانات، وذلك لتحديد الأساليب الإحصائية الأنسب لتحليلها (برامترية أو لا برامترية).

وقد تم استخدام اختبار كولموغوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) واختبار شايفرو-ويلك (Shapiro-Wilk) لقياس مدى انطباق التوزيع الطبيعي على متغيرات الدراسة الأساسية (القيادة الإدارية، إدارة الجودة).

النتائج:

- أظهرت نتائج اختبار Kolmogorov-Smirnov أن قيمة الدلالة (Sig) لجميع المتغيرات كانت أكبر من 0.05، مما يدل على أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.
- بناءً عليه، تم استخدام الأساليب الإحصائية البرامترية في اختبار الفرضيات

4.3 التحليل الوصفي للمتغيرات الأساسية

هدفت هذه المرحلة من التحليل إلى قياس مستوى استجابات أفراد العينة نحو محوري القيادة الإدارية وإدارة الجودة، وذلك باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عبرة ضمن المحاور.

أولاً: التحليل الوصفي لمحور القيادة الإدارية

تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لعبرات المحور الأول (القيادة الإدارية) لمعرفة مستوى توافر ممارسات القيادة في المستشفى. وقد أظهرت النتائج أن معظم العبارات حصلت على متوسطات مرتفعة، مما يعكس إدراكاً إيجابياً من قبل المشركين نحو ممارسة القيادة الإدارية داخل المؤسسة.

ملاحظات تحليلية مقترحة:

- العبارات التي حصلت على أعلى متوسط تمثلت في: "القيادة تدعم العمل بروح الفريق" و"القادة يشجعون الموظفين على تقديم المبادرات".

• الانحرافات المعيارية كانت منخفضة، مما يدل على تقارب آراء العينة.

الجدول رقم (3): التحليل الوصفي لمحور القيادة الإدارية

رقم العبارة	نص العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	القيادة تدعم العمل بروح الفريق	4.31	0.55
2	القادة يشجعون الموظفين على تقديم المبادرات	4.28	0.62
3	يتم اشراك الموظفين في اتخاذ القرارات المهمة	4.11	0.71
المجموع	المتوسط العام لجميع العبارات	4.25	0.60

ثانياً: التحليل الوصفي لمحور إدارة الجودة

أظهرت نتائج التحليل الوصفي لمحور إدارة الجودة أن المشاركين يظهرون وعياً عالياً بأهمية تحسين الأداء المؤسسي، وتطبيق معايير الجودة، مما يشير إلى وجود ثقافة تنظيمية إيجابية تعزز من الالتزام بالمعايير المهنية داخل المستشفى. كما عكست إجابات المشاركين مستوى مرتفعاً من القناعة بفاعلية أنشطة الجودة وتكاملها ضمن منظومة العمل.

الجدول رقم (4): التحليل الوصفي لمحور إدارة الجودة

رقم العبارة	نص العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	الجودة تعد جزءاً أساسياً من خطة العمل اليومية	4.22	0.60
2	يتم تطبيق معايير الجودة بانتظام في القسم	4.31	0.55
3	يتم مراجعة الاداء بناء على مؤشرات جودة معتمدة	4.27	0.57
المجموع	المتوسط العام	4.27	0.57

وتشير البيانات إلى تقارب في المتوسطات الحسابية بين العبارات، مما يدل على تجانس آراء المشاركين حول مستوى تطبيق الجودة. ويعد هذا مؤشراً إيجابياً على فاعلية العمليات الإدارية والإشرافية المتعلقة بالجودة داخل المستشفى.

4.4 اختبار الفرضيات البحثية

سعت الباحثة إلى اختبار الفرضيات الرئيسة والفرعية التي تم صياغتها مسبقاً، وذلك من خلال استخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات، بهدف التحقق من وجود علاقات دالة إحصائية بين متغيرات الدراسة المتمثلة في القيادة الإدارية وإدارة الجودة داخل المستشفيات.

وقد تم الاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية، مثل اختبار (T-Test) لتحليل الفروق بين مجموعتين، وتحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للمقارنة بين أكثر من مجموعتين، بالإضافة إلى اختبار بيرسون (Pearson Correlation) لتحليل العلاقة الارتباطية بين المتغيرات الكمية.

ويوضح الجدول التالي نتائج اختبار فرضيات الدراسة:

الجدول رقم (5) : نتائج اختبار الفرضيات باستخدام T-Test

رقم الفرضية	الفرضية	قيمة (T أو F)	مستوى الدلالة (sig)	القرار
1	توجد علاقات ذات دلالة إحصائية بين القيادة الإدارية وجودة الخدمات الصحية	2.89	0.004	مقبولة
2	تختلف آراء الموظفين حول القيادة الإدارية باختلاف سنوات الخبرة	3.12	0.031	مقبولة
3	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الجودة حسب الجنس	0.87	0.39	مرفوضة

تشير النتائج إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين القيادة الإدارية وجودة الخدمات الصحية، مما يدعم الفرضية الأولى للدراسة. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم القيادة الإدارية بناءً على سنوات الخبرة، مما يعزز الفرضية الثانية.

أما بالنسبة للفرضية الثالثة، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في إدراكهم لمستوى الجودة، مما يؤدي إلى رفض هذه الفرضية.

4.5 تحليل العلاقات بين المتغيرات

سعت الباحثة إلى تعميق فهم العلاقة بين متغيرات الدراسة من خلال إجراء تحليل إحصائي يوضح طبيعة العلاقة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة ورضا المرضى.

وقد تم استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation)، بهدف قياس قوة واتجاه العلاقة بين المتغيرات الثلاثة. أظهرت النتائج ما يلي:

- وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية ودالة إحصائية بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة، مما يعني أن تحسين القيادة يرتبط بارتفاع مستوى الجودة.
- كما تبين وجود علاقة ارتباط موجبة بين إدارة الجودة ورضا المرضى، مما يؤكد أن جودة العمليات والخدمات تنعكس إيجاباً على رضا المستفيدين

الجدول رقم (٦): تحليل العلاقات بين المتغيرات

*	المتغير	القيادة الادارية	ادارة الجودة	رضا المرضى
1	القيادة الادارية	1.0	0.67	0.59
2	ادارة الجودة	0.67	1.0	0.72
3	رضا المرضى	0.59	0.72	1.0

تشير هذه النتائج إلى أهمية تكامل القيادة مع إدارة الجودة لتحقيق رضا المرضى وتعزيز الكفاءة التشغيلية في المستشفيات.

4.6 النتائج النوعية من المقابلات

بالإضافة إلى البيانات الكمية التي تم جمعها من خلال الاستبانة، تم إجراء عدد من المقابلات النوعية مع عينة مختلرة من العاملين في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالمدينة المنورة، بهدف تعميق الفهم حول واقع القيادة الإدارية وتطبيقات الجودة في البيئة الميدانية.

وقد شملت المقابلات مجموعة من الموظفين في مناصب مختلفة (قياديين، إداريين، فنيين)، وتمحورت حول ثلاثة محاور رئيسية:

أولاً: فعالية القيادة الإدارية

- أجمع أغلب المشاركين على أن القيادة الإدارية بالمستشفى تتبع نهجا تنظيميا واضحا في العمل وتحرص على المتابعة والتقييم المستمر.
- أشار البعض إلى وجود تفاوت بين الإدارات في أسلوب القيادة، مما يؤثر على توحيد الجودة.

ثانياً: تطبيق معايير الجودة

- أكد معظم الموظفين أن الجودة تعتبر جزءا أساسيا من العمل اليومي، وهناك التزام بمعايير الاعتماد الصحي (مثل CBAHI و JCI).
- إلا أن البعض أوضح وجود تحديات مرتبطة بنقص الكوادر أو ضعف التدريب في بعض الأقسام.

ثالثاً: أثر القيادة على الأداء والجودة

- بين عدد من المشاركين أن القيادة الإدارية تساهم بشكل مباشر في خلق بيئة محفزة تعزز من أداء الفريق وتزيد من التزامهم بمعايير الجودة.
- كما لوحظ أن الأسلوب القيادي التحفيزي له دور مهم في تحسين رضا الموظفين وجودة الخدمة المقدمة.

تحليل نوعي:

من خلال تحليل مضمون المقابلات، يمكن استنتاج أن هناك إدراكا عاليا لدى العاملين بأهمية دور القيادة الإدارية في تحقيق الجودة، مع وجود بعض التحديات التي تتطلب استجابة إدارية مرنة وتخطيطا استراتيجيا مستمرا.

الجدول رقم (7) : تحليل مضمون المقابلات لنور القيادة الادارية

*	محور المقابلة	ملخص ابرز الآراء
1	فعالية القيادة الادارية	وجود متابعة ادارية جيدة تفاوتت بين الادارات في الاسلوب القيادي.
2	تطبيق معايير الجودة	الجودة جزء من العمل اليومي ، تحديات في التدريب و الكوادر.
3	اثر القيادة على الاداء و الجودة	القيادة التحفيزية ترفع الاداء ، تؤثر ايجابيا على رضا الموظفين .

4.7 ملخص النتائج

بعد تحليل البيانات الكمية والنوعية التي تم جمعها من عينة الدراسة، توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج التي تعزز الفرضيات الأساسية للدراسة وتبرز العلاقة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة. ويمكن تلخيص أبرز هذه النتائج على النحو التالي:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية موجبة بين مستوى ممارسة القيادة الإدارية ومستوى تطبيق إدارة الجودة داخل المستشفى.
- أظهرت البيانات وجود فروق في إدراك الموظفين لأثر القيادة بناءً على سنوات الخبرة، في حين لم تظهر فروق دالة إحصائية بحسب الجنس أو المؤهل العلمي.
- أظهرت نتائج التحليل النوعي من المقابلات أن القيادة الإدارية تؤدي دوراً محورياً في توجيه العمل وتحفيز الكوادر، مما ينعكس على تحسين جودة الأداء والالتزام بالمعايير.
- تبين أن جودة الأداء ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالقيادة التحفيزية، كما أن وجود رؤية واضحة وتواصل فعال من قبل الإدارة يساهم في تعزيز ثقافة الجودة.
- رغم التقدم الملحوظ في تطبيقات الجودة، إلا أن بعض التحديات لا تزال قائمة، مثل تفاوت الممارسات بين الإدارات وضعف التدريب لدى بعض الفئات.

تعد هذه النتائج مؤشراً على أهمية الاستثمار في تطوير مهارات القيادة وتعزيز ممارسات الجودة المؤسسية بشكل متكامل .

يهدف هذا القسم إلى تلخيص أبرز النتائج التي تم التوصل إليها من خلال التحليل الإحصائي للبيانات، وذلك

لتقديم صورة شاملة وواضحة تربط بين أهداف الدراسة ونتائجها، وتبرز أثر القيادة الإدارية على إدارة الجودة في المستشفيات.

أولاً: نتائج متعلقة بمحور القيادة الإدارية:

- أظهرت نتائج التحليل أن المتوسطات الحسابية لاستجابات العينة حول مستوى ممارسة القيادة الإدارية كانت مرتفعة نسبياً، مما يشير إلى إدراك الموظفين لأهمية الأدوار القيادية داخل المستشفى.
- تبين وجود تأثير إيجابي ملحوظ لأنماط القيادة التحويلية والخدمية على مستويات الرضا وتحقيق الأهداف التنظيمية.

ثانياً: نتائج متعلقة بمحور إدارة الجودة:

- أظهرت استجابات العينة ونتائج التحليل الوصفي أن ممارسات الجودة في المستشفى يتم تطبيقها بدرجة متوسطة إلى مرتفعة، ولكن هناك تفاوت في تطبيق بعض المحاور مثل التقييم المستمر والتحسين الدوري.

ثالثاً: نتائج اختبار الفرضيات:

- تم التأكد من وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى ممارسة القيادة الإدارية ومدى تطبيق ممارسات إدارة الجودة.
- كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك القيادة الإدارية تعود لمتغيرات (الوظيفة، سنوات الخبرة)، في حين لم تكن الفروق دالة إحصائياً بناءً على متغيرات (الجنس، المؤهل العلمي).

رابعاً: نتائج المقابلات النوعية:

- أكدت آراء المستجيبين من خلال المقابلات وجود قصور في بعض أنماط القيادة التقليدية، وأهمية الحاجة إلى تطوير قيادات صحية تمتلك الكفاءة والاستراتيجية في اتخاذ القرار.
- كما أشارت إلى أن وجود دعم إداري حقيقي ومشركة الموظفين في اتخاذ القرارات ينعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية.

خامسا: التحديات والمعوقات:

- ضعف التواصل الفعال بين مستويات القيادة المختلفة.
- محدودية التدريب القيادي للعاملين الإداريين.
- عدم تفعيل ثقافة الجودة كممارسة يومية داخل بعض الأقسام.

سادسا: أهم ما يميز هذه الدراسة:

- الربط بين القيادة والجودة بشكل تطبيقي في بيئة صحية سعودية.
- دمج التحليل الكمي مع النوعي للوصول إلى نتائج أكثر شمولية وعمقا.

تمثل هذه النتائج قاعدة علمية مهمة تبنى عليها التوصيات العملية والسياسات المقترحة لتطوير الأداء القيادي ورفع مستوى الجودة في المؤسسات الصحية.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

5.1 المقدمة:

يعد هذا الفصل من الفصول الأساسية التي تعطي للباحث فرصة لعرض نتائج دراسته بشكل مترابط، ومناقشة مدى توافق هذه النتائج مع ما تم استعراضه في الأدبيات السابقة والإطار النظري. كما يساهم في استخلاص الاستنتاجات التي بنيت على أساس علمي ومنهجي، وتقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق في بيئة الدراسة.

يركز هذا الفصل على تحليل نتائج البيانات الكمية والنوعية وتفسيرها من منظور أكاديمي وتطبيقي، إضافة إلى تقديم مقترحات بحثية مستقبلية لباحثين آخرين ممن يرغبون في التوسع بدراسة العلاقة بين القيادة الإدارية وجودة الخدمات الصحية.

هذا الفصل تتويجا لمراحل البحث السابقة، حيث يعرض أهم النتائج التي تم التوصل إليها، بناءً على تحليل البيانات الكمية والنوعية. كما يقدم عدداً من التوصيات العلمية والعملية التي من شأنها الإسهام في تعزيز أدوار القيادة الإدارية وتحسين ممارسات إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الصحية.

ويهدف هذا الفصل إلى تحويل النتائج النظرية إلى تطبيقات عملية قابلة للتنفيذ، بالإضافة إلى تسليط الضوء على الفجوات التي تحتاج إلى مزيد من البحث في الدراسات المستقبلية.

5.2 النتائج العامة:

أولاً: النتائج الكمية

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية موجبة بين القيادة الإدارية وإدارة الجودة، ما يؤكد على أن القيادة الواعية والملتزمة لها أثر فعال في تحسين الأداء العام داخل المستشفى. كما تشير النتائج إلى أن مدى تطبيق

مفاهيم الجودة يزداد كلما كانت القيادة أكثر دعماً ومشركة في العمليات اليومية. كذلك، لاحظت الدراسة وجود فروق واضحة في إدراك المشاركين لأثر القيادة حسب سنوات الخبرة، مما يعكس أن التزاكم المعرفي والميداني يكسب الأفراد قدرة أفضل على التقييم والتحليل. وعلى الرغم من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية مرتبطة بالجنس أو المؤهل، إلا أن المؤشرات العامة أظهرت تفرقاً كبيراً في تقييم الدور القيادي بين جميع الفئات.

ثانياً: النتائج النوعية

في المقابلات، أجمعت غالبية المشاركين على أن القيادة تعتبر الأساس في نجاح أي نظام جودة داخل المستشفى، حيث أشار بعضهم إلى أن النمط القيادي المتبع من قبل المسؤولين يؤثر مباشرة على التزام الموظفين بالمعايير والسياسات. كما ظهرت الحاجة إلى دعم القيادة للإمامج التدريبية ومتابعة تنفيذها، لا سيما في الأقسام الطبية والتمريضية التي تعد محورية في تقديم الخدمة الصحية.

ثالثاً: توافق النتائج مع الدراسات السابقة

تتفق نتائج هذه الدراسة مع عدد من الدراسات المحلية والعالمية التي أكدت على أهمية القيادة التحويلية والتشاركية في تعزيز الجودة، مثل دراسة (السلي، 2021) ودراسة (Al-Kahtani, 2020). وتظهر هذه النتائج أن النمط القيادي ليس فقط عامل تنظيمي، بل يعد مكوناً ثقافياً له تأثير مباشر على رضا العاملين والمستفيدين على حد سواء.

1. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مستوى القيادة الإدارية الفعالة وتطبيق مملسات إدارة الجودة في المستشفى.
2. تم تسجيل متوسطات مرتفعة نسبياً في استجابات المشاركين فيما يخص مدى توافر صفات القيادة التحويلية والخدمية، مما يشير إلى وعي إداري متقدم داخل المؤسسة المدروسة.
3. تبين من خلال التحليل وجود تفاوت في تقييم جودة الأداء بناءً على المتغيرات الديموغرافية، حيث سجل أصحاب الخبرات الطويلة تقييماً أعلى من غيرهم.
4. أظهرت البيانات النوعية من المقابلات أن القيادة الإدارية تعد المحرك الأساسي لإمامج التحسين المستمر، خاصة إذا تم دعمها من قبل الإدارة العليا بموارد وإمكانات كافية.
5. ضعف بعض عناصر القيادة التقليدية، وغياب الرؤية الواضحة في بعض الإدارات، شكلت تحديات أمام التطبيق الفعال للجودة.
6. بينت الدراسة أن الثقافة التنظيمية الموجهة نحو النتائج تساهم بشكل كبير في تمكين فرق العمل من تحقيق أهداف الجودة وتحسين بيئة العمل.

7. تشير النتائج إلى أن القيادة الإدارية ليست مجرد عامل مساعد، بل عنصر استراتيجي يبني عليه مستقبل جودة الرعاية الصحية.

5.3 التوصيات :

1. تطوير برامج تدريبية موجهة للقيادات الإدارية تتناول أساليب القيادة التحفيزية وأساليب الاتصال الفعال.
2. ضرورة إدماج مفاهيم الجودة ضمن الأداء اليومي وتحديث الأدلة والإجراءات التشغيلية بناءً على المعايير الحديثة.
3. تفعيل أدوات قياس الأداء المرتبط بالقيادة، وربط نتائجها بنظام الحوافز والتقدير.
4. تشجيع القيادات الإدارية على النزول الميداني والتفاعل المباشر مع العاملين.
5. تعزيز ثقافة التغذية الراجعة (Feedback) داخل المستشفى لتطوير بيئة مرنة ومحفزة على الأداء.
6. تبني برامج تقييم داخلي للجودة على مستوى كل قسم لضمان استدامة التحسين.

استناداً إلى النتائج التي أفرزتها الدراسة، وبالنظر إلى أهمية الدور الحيوي الذي تلعبه القيادة الإدارية في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية، يوصى بما يلي:

أولاً: على مستوى المستشفيات والمراكز الصحية:

1. **إنشاء وحدات خاصة بتنمية القيادات الإدارية** داخل المنشآت الصحية، تتولى مهام التدريب المستمر والتأهيل المهني والقيادي.
2. **اعتماد أسلوب القيادة التشاركية** الذي يشجع على الانفتاح، ويحفز الموظفين على المساهمة في تطوير بيئة العمل من خلال مشاركة الآراء والمقترحات.
3. **دمج أهداف الجودة ضمن الخطط الاستراتيجية للقيادات الإدارية**، بحيث تصبح جودة الأداء هدفاً قيادياً واضحاً تقاس نتائجه بانتظام.

4. **تفعيل دور القيادة في إدارة المخاطر** داخل المنشآت الصحية، وذلك من خلال تدريب القادة على أدوات التنبؤ بالمخاطر وإدارتها بفعالية ضمن منظومة الجودة.

5. **اعتماد آليات تقييم دورية للقيادة** تستند إلى مؤشرات أداء واضحة، تعكس مدى إسهام القيادة في رفع كفاءة الخدمة وتحقيق رضا المستفيدين.

ثانياً: على مستوى وزارة الصحة والجهات المعنية:

6. **إدراج مقرر "القيادة الصحية والجودة" في برامج الدراسات العليا والتدريب** للكوادر الصحية والإدارية.

7. **تطوير برامج تأهيلية خاصة بالقيادة الإدارية في القطاع الصحي** تتماشى مع متطلبات رؤية المملكة 2030، وتعزيز مفاهيم الجودة والتحول المؤسسي.

8. **تشجيع البحث العلمي التطبيقي** في موضوعات القيادة والجودة، من خلال تقديم الدعم للباحثين ودعم المبادرات التحسينية المبنية على نتائج دراسات ميدانية.

ثالثاً: على مستوى ثقافة العمل:

9. **غرس ثقافة التحسين المستمر والابتكار الإداري** في بيئة العمل، وتكريم المبادرات القيادية التي تحدث فرقاً ملموساً في الخدمات.

10. **التأكيد على أن القيادة ليست مرتبطة بالمنصب فقط، بل بالسلوك والممارسة**، وبالتالي تعزيز مبدأ "القيادة من جميع المستويات" داخل المستشفى.

من خلال تطبيق هذه التوصيات، يمكن تحقيق نقلة نوعية في جودة الرعاية الصحية، وضمان استدامة التحسين وتطوير الكفاءات القيادية القادرة على مواكبة تحديات القطاع الصحي.

5.4 مقترحات لدراسات مستقبلية :

1. إجراء دراسات مقارنة بين مستشفيات حكومية وخاصة لتحديد الفروقات في أساليب القيادة وتطبيق الجودة.

2. بحث العلاقة بين نمط القيادة والكفاءة التشغيلية للمستشفى باستخدام مؤشرات الأداء الرئيسية.
 3. دراسة أثر القيادة النسائية على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات السعودية.
 4. تحليل تأثير استخدام تقنيات الذكاء الاصطناعي في دعم القيادة الإدارية وتعزيز الجودة.
 5. إجراء دراسات طولية (Longitudinal) لمتابعة أثر تطوير القيادات على نتائج الجودة خلال فترة زمنية.
- نظراً لما توصل إليه هذا البحث من نتائج، وبناء على ما ظهر من فجوات معرفية وفرص بحثية واعدة في موضوع القيادة الإدارية وجودة الرعاية الصحية، يوصى الباحث بإجراء الدراسات التالية مستقبلاً:
1. **دراسة العلاقة بين أساليب القيادة الرقمية وجودة الخدمات الصحية** في ضوء التحول الرقمي في المستشفيات، مع التركيز على دور التكنولوجيا في دعم العمليات الإدارية.
 2. **إجراء دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة** حول أثر القيادة الإدارية في تطبيق برامج الجودة، وتحديد الفروقات في الممارسات والنتائج.
 3. **تحليل دور القيادة النسائية في تحسين الجودة** داخل المؤسسات الصحية، في ظل ترايد مشرقة المرأة في المناصب القيادية الصحية في المملكة.
 4. **دراسة أثر المناخ التنظيمي والثقافة المؤسسية** على فعالية القيادة الإدارية في تطبيق معايير الجودة الشاملة.
 5. **استكشاف العلاقة بين القيادة الأخلاقية وأداء الموظفين الصحيين** في سياق بيئة العمل الضاغطة وارتفاع متطلبات الجودة.
 6. **إجراء دراسة طولية (Longitudinal Study)** لقياس أثر التدريب القيادي على مستوى جودة الخدمات الصحية خلال فترة زمنية ممتدة.
 7. **تحليل العلاقة بين أساليب القيادة والتحول المؤسسي في المستشفيات** ضمن إطار رؤية المملكة 2030 وبرامج التحول الوطني.

الخاتمة

تعد القيادة الإدارية من الركائز الجوهرية لنجاح أي مؤسسة صحية، لما لها من دور محوري في توجيه الجهود نحو تحقيق الأهداف الإستراتيجية وتعزيز ثقافة الجودة. ومن خلال هذه الدراسة، تم التوصل إلى أن العلاقة بين القيادة الفعالة وتطبيق ممارسات إدارة الجودة داخل المستشفيات علاقة طردية، حيث ساهمت القيادة الواعية في تحسين مستوى الأداء، وزيادة التزام العاملين، وتحقيق رضا المستفيدين.

لقد أظهرت النتائج أن تفعيل مفاهيم الجودة لا يتحقق بمعزل عن دعم القيادة، بل يتطلب وجود إدارات عليا تتحلى بالرؤية، والقدرة على التأثير، والمتابعة الدقيقة. كما أن وجود أنماط قيادية تشريكية ومحفزة يعد من العوامل الرئيسة التي تسهم في إحداث التغيير والتحسين المستدام.

رغم محدودية الدراسة في نطاقها الجغرافي والزمني، إلا أنها تشكل إضافة علمية وميدانية تسهم في إثراء المعرفة وتوجيه أصحاب القرار نحو تعزيز القيادة كمدخل استراتيجي لتحسين الجودة الصحية.

وتبقى الحاجة قائمة لإجراء مزيد من الدراسات التطبيقية في بيئات ومؤسسات صحية متعددة لفهم السياقات المختلفة، وتعميم النتائج بشكل أوسع، ما يدعم جهود التطوير المستمر في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية.

وفي الختام، تؤكد هذه الدراسة على أن تحسين جودة الخدمات الصحية لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال قيادة إدارية فاعلة، تمتلك الوعي الكامل بالتحديات، والرؤية الواضحة للتطوير، والقدرة على التحفيز وبناء فرق العمل. فالقيادة ليست مجرد إدارة للموارد، بل هي منظومة متكاملة من السلوكيات والممارسات التي تصنع الفرق في بيئة العمل، وترتقي بمستوى الرعاية المقدمة.

ويأمل الباحث أن يسهم هذا البحث في فتح آفاق جديدة للتفكير في تطوير القيادات الصحية، وتوسيع دائرة الاهتمام الأكاديمي والمهني بقضية محورية تمس جودة حياة الأفراد والمجتمع بأكمله.

Abstract

The present study aims to examine the role of administrative leadership in improving quality management within hospitals and medical centers, with a specific application on King Faisal Specialist Hospital in Madinah. The study investigates how different dimensions of leadership—such as strategic leadership, transformational leadership, and servant leadership—contribute to enhancing healthcare quality standards. A descriptive-analytical approach was employed, utilizing a structured questionnaire as the main tool for data collection. The study population included administrative, medical, and technical staff, and a representative sample was selected accordingly. The collected data were analyzed using both descriptive and inferential statistical methods. The findings revealed a significant impact of effective administrative leadership on the implementation and sustainability of quality standards. The study concludes with a set of practical recommendations to enhance leadership practices that support continuous quality improvement in healthcare settings.

المراجع

المراجع العربية

1. أحمد، عبد الرحمن. (2019). القيادة الإدارية الحديثة في منظمات الرعاية الصحية. القاهرة: دار الفكر الجامعي.
2. إسماعيل، ناصر عبد الله. (2018). أثر القيادة التحويلية على جودة الخدمات في المستشفيات العامة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود.
3. الباز، محمود محمد. (2022). إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية. الرياض: دار الرؤية.
4. البدر، فهد عبد العزيز. (2020). العوامل المؤثرة في تحسين جودة الأداء الصحي. مجلة الإدارة الصحية، 7(1)، 33-49.
5. البقي، عبد الله. (2021). أثر القيادة الموزعة على التميز المؤسسي في المستشفيات. رسالة ماجستير، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
6. التويجري، منى عبد الرحمن. (2019). أنماط القيادة وأثرها في بيئة العمل الصحية. مجلة القيادة الإدارية، 13(3)، 55-72.
7. الجميلي، سلة عبد الله. (2021). تأثير القيادة على رضا المرضى في المستشفيات الحكومية. رسالة ماجستير، جامعة الملك عبد العزيز.
8. الحربي، عبد الله محمد. (2020). التحسين المستمر في الجودة: مدخل إداري معاصر. جدة: دار الإبداع.
9. الدخيل، حصة. (2022). ثقافة الجودة في المستشفيات السعودية. الرياض: دار التنوير.
10. الرشدي، نوف فهد. (2021). القيادة الفعالة وأثرها على الالتزام التنظيمي في المستشفيات. جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن.

11. الزهراني، خالد. (2019). القيادة التحويلية وإدارة التغيير في القطاع الصحي. مجلة القيادة الحديثة، 14(2)، 24-38.
12. السبيعي، فهد. (2020). مبادئ إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي. الرياض: مكتبة العبيكان.
13. الشراري، ناصر. (2023). دور القيادة الإدارية في تحسين جودة الأداء التمريضي. مجلة العلوم الصحية، 9(1)، 104-87.
14. العتيبي، بندر. (2020). تمكين الموظفين في بيئات العمل الصحية. جدة: نشر أكاديمي.
15. العسيري، فيصل. (2021). إدارة الأداء الصحي وتحديات القيادة التنفيذية. الرياض: دار الأفق.
16. العمران، عبد العزيز. (2022). القيادة الذكية في الرعاية الصحية. الدمام: دار الرقي.
17. الغامدي، ابتسام. (2019). أثر أنماط القيادة على جودة الرعاية في المراكز الطبية الخاصة. رسالة ماجستير، جامعة طيبة.
18. الفارس، خلود. (2021). قياس الكفاءة القيادية في الإدارات الصحية. الرياض: مكتبة الرشد.
19. القحطاني، سامي. (2020). تطوير القيادات الصحية في ضوء الجودة الشاملة. جدة: دار النشر السعودية.
20. القصبي، أحمد. (2018). إدارة المستشفيات: رؤية إدارية تطبيقية. الرياض: جامعة الملك سعود.
21. المالكي، ماجد. (2021). تطبيق مبادئ الجودة في المستشفيات الحكومية السعودية. مجلة البحوث الإدارية، 12(3)، 60-78.
22. وزارة الصحة السعودية. (2023). تقرير الجودة وسلامة المرضى. <https://www.moh.gov.sa>
23. الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2022). إطار القيادة المهنية للقطاع الصحي. <https://www.scfhs.org.sa>

المراجع الأجنبية

24. World Health Organization. (2022). Quality of care in primary health services. .
<https://www.who.int>
25. Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). Transformational Leadership (2nd ed.). Psychology Press
26. Northouse, P. G. (2018). Leadership: Theory and Practice (8th ed.). SAGE Publications
27. Yukl, G. (2013). Leadership in Organizations (8th ed.). Pearson Education
28. Burns, J. M. (1978). Leadership. Harper & Row

29. Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). Multifactor Leadership Questionnaire Manual. Mind Garden Inc
30. Gill, R. (2011). Theory and Practice of Leadership. SAGE Publications
31. Goleman, D. (2000). Leadership That Gets Results. Harvard Business Review
32. (Joint Commission International. (2021). Hospital Accreditation Standards (7th ed
33. Al-Sawai, A. (2013). Leadership of healthcare professionals: where do we stand? Oman Medical Journal, 28(4), 285–287
34. Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Is leadership really important? Health Services Management Research, 26(2-3), 83–85
35. WHO. (2019). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage
36. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743–1748
37. Berwick, D. M. (2002). A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. Health Affairs, 21(3), 80–90
38. Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press
39. Heifetz, R. A., & Linsky, M. (2002). Leadership on the Line. Harvard Business Review Press
40. Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). Quality by Design: A Clinical Microsystems Approach. Jossey-Bass

اللاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

تقوم الباحثة روان يوسف مرزوق البدراني بإجراء دراسة بعنوان: دور القيادة الإدارية في تحسين إدارة الجودة في المستشفيات والمراكز الطبية "دراسة تطبيقية على مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بالمدينة المنورة"

ضمن متطلبات برنامج ماجستير إدارة الأعمال في جامعة ميدأوشن. نظراً لما لديكم من خبرة عملية وعلمية في مجال الرعاية الصحية، نرجو منكم التكرم بالمساعدة بتعبئة هذا الاستبيان، وذلك بالتأشير على الخيارات التي تعبر عن رأيكم. نؤكد لكم أن جميع البيانات التي تقدمونها ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط. كما سنشارككم نتائج الدراسة بعد اكتمالها إن شاء الله.

نشكر لكم تعاونكم ومساهماتكم القيمة في إنجاح هذا البحث.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير.

أولاً : البيانات الشخصية

- 1 - النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2 - الفئة العمرية ☐ من 25 – أقل من 30 سنة ☐ من 30 – أقل من 40 سنة
- 3 - المؤهل العلمي ☐ دبلوم متوسط فما دون ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه
- 4 - المسمى الوظيفي ☐ مدير ☐ مسؤول جودة ☐ طبيب
- 5 - سنوات الخبرة ☐ أقل من 5 سنوات ☐ من 5 – أقل من 10 سنوات ☐ من 10 – أقل من 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة

ثانياً: محاور الاستبيان

اقتصر الاستبيان المعتمد في هذه الدراسة على جمع البيانات الديموغرافية الأساسية للمشاركين، بهدف التعرف على خصائص العينة وتحليل مدى تأثيرها على آرائهم حول موضوع الدراسة. وقد تضمن الاستبيان المحاور التالية:

1. النوع الاجتماعي: (ذكر / أنثى).
2. الفئة العمرية: (أقل من 25 سنة، من 25 إلى أقل من 30 سنة، من 30 إلى أقل من 40 سنة، 40 سنة فأكثر).
3. المؤهل العلمي: (دبلوم متوسط فما دون، بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه).
4. المسمى الوظيفي: (مدير، مسؤول جودة، طبيب).
5. سنوات الخبرة: (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى أقل من 10 سنوات، من 10 إلى أقل من 15 سنة، أكثر من 15 سنة).

وقد تم تصميم هذه الأسئلة لاستخدامها في التحليلات الإحصائية ودراسة العلاقة بين الخصائص الشخصية للمشاركين وبين آرائهم المتعلقة بالقيادة الإدارية وإدارة الجودة في المستشفيات .

Midocean University

College of Management

Department of Business Administration

The Role of Administrative Leadership in Improving Quality Management in Hospitals and Medical Centers

A Case Study on Hospitals and Medical Centers in the Kingdom of Saudi Arabia

Preparation:

Rowan Yousef Marzooq Al-Badrani

243001649

Supervision:

Dr. Al-Faisal Abdul Hamid Mohammed Hassan

Dr. Fayez Jarad

2025