

جامعة ميد أوشن



كلية الإدارة

قسم / تخصص إدارة صحية

أثر القيادة التحويلية على جودة الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على

المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية

إعداد الطالب/

احلام موسى محمد صليح

251000235

إشراف/

د. الفيصّل عبد الحميد محمد حسن

د. فايز جرّاد

العام الدراسي:

2025 – 1447

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# هَذَا

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات،

إليه أولاً أهدي ثمرة جهدي وعمل سنواتي،

ثم إلى والديّ العزيزين، سبب وجودي بعد الله،

وإلى من دعوا لي بصدق، فكان دعاؤهم النور في طريقي،

إلى كل معلم زرع في نفسي حبّ العلم،

إلى أصدقائي الذين ساندوني في أوقات العثرات،

إلى من آمنوا بي حين ضعفت ثقتي بنفسي،

أهديكم هذا العمل، دعوة خالصة أن يجزيكم الله خيراً،

وأن يبارك في كل ما قدمتموه لي،

فأنتم نوري وسندي بعد توفيق الله.

# شكر وقدر

ليس بعد التمام أجمل من الحمد، فالحمد لله والشكر له كما ينبغي للجلال وجهه  
وعظيم سلطانه وكما ينبغي للجزيل فضله وعظيم إحسانه على ما أنعم به على من  
إتمام هذا البحث.

ثم أنه لا يسعني الا أن أشيد بالفضل وأقر بالمعروف لكل من ساهم في  
إنجاز هذا البحث.

كل الشكر للجهات التي دعمتني وساعدتني وخصتني بالتوجيه والتصويب  
لإتمام بحثي على الوجه الصحيح.

كما أتقدم بالشكر لمن كان لتوجيهاتهم الدور الكبير في انجاز هذا المشروع  
وكل من مد لي يد العون من قريب وبعيد ولو بدعوة بظهر الغيب، بارك الله  
فيهم جميعاً وجزاهم الله عني الجزاء الأوفى وأسأل الله أن ينفع بهذا البحث على  
قدر العناء فيه وأن يجعله خالصاً لوجهه الكريم إنه على ذلك لقادر.

## المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الدافع الإلهامي، الاعتبارات الفردية، الاستثارة الفكرية) على جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية ، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات من خلال استبانة موجهة إلى عينة مكونة من (290) فردًا من العاملين في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض.

أظهرت النتائج وجود أثر دال إحصائيًا للقيادة التحويلية بأبعادها الأربعة على جودة الرعاية الصحية، حيث بلغت قيمة معامل التحديد الكلي ( $R^2 = 0.68$ ) عند مستوى دلالة ( $Sig = 0.000$ ) ، مما يعني أن القيادة التحويلية تفسر نسبة مرتفعة من التباين في جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما تبين أن بعد التأثير المثالي كان الأكثر تأثيرًا، يليه الدافع الإلهامي ثم الاعتبارات الفردية وأخيرًا الاستثارة الفكرية .

أوصت الدراسة بضرورة تبني وزارة الصحة نموذج القيادة التحويلية كأسلوب إداري معتمد في تطوير القيادات الصحية، وتكثيف برامج التدريب القيادي، وربط معايير التقييم المهني بسلوكيات القيادة التحويلية، وتعزيز بيئة العمل التحفيزية الداعمة للإبداع والتميز المهني.

الكلمات المفتاحية: القيادة التحويلية، جودة الرعاية الصحية، المستشفيات الحكومية، المملكة العربية السعودية.

## قائمة المحتويات

|         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| أ.....  | بسم الله الرحمن الرحيم            |
| ب.....  | الإهداء                           |
| ج.....  | الشكر والتقدير                    |
| د.....  | المستخلص                          |
| ه.....  | قائمة المحتويات                   |
| ط.....  | قائمة الجداول                     |
| ي.....  | قائمة الأشكال                     |
| 1.....  | الفصل الأول: الإطار العام للدراسة |
| 1.....  | 1.1 المقدمة                       |
| 4.....  | 2.1 مشكلة الدراسة                 |
| 5.....  | 3.1 أهمية الدراسة                 |
| 8.....  | 4.1 أهداف الدراسة                 |
| 9.....  | 5.1 تساؤلات الدراسة               |
| 9.....  | 6.1 فروض الدراسة                  |
| 10..... | 7.1 نموذج الدراسة                 |
| 10..... | 8.1 دراسات سابقة                  |
| 14..... | 9.1 الفجوة البحثية                |
| 16..... | 10.1 المنطلقات النظرية للدراسة    |
| 17..... | 11.1 المنهجية وطرق البحث          |

|         |                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------|
| 18..... | 12.1 مصادر جمع البيانات.....                           |
| 18..... | 13.1 أدوات الدراسة:.....                               |
| 19..... | 14.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....                 |
| 19..... | 15.1 أداة الدراسة.....                                 |
| 20..... | 16.1 حدود الدراسة:.....                                |
| 21..... | الفصل الثاني: الإطار النظري.....                       |
| 21..... | المبحث الأول: القيادة التحويلية وأبعادها.....          |
| 21..... | 1.1.2 التمهيد.....                                     |
| 22..... | 2.1.2 مفهوم القيادة التحويلية.....                     |
| 23..... | 3.1.2 أهمية القيادة التحويلية في بيئة العمل الصحي..... |
| 25..... | 4.1.2 أهداف القيادة التحويلية.....                     |
| 26..... | 5.1.2 أبعاد القيادة التحويلية.....                     |
| 31..... | المبحث الثاني: جودة الرعاية الصحية.....                |
| 31..... | 1.2.2 التمهيد.....                                     |
| 31..... | 2.2.2 مفهوم جودة الرعاية الصحية.....                   |
| 33..... | 3.2.2 أهمية جودة الرعاية الصحية.....                   |
| 34..... | 4.2.2 تحديات جودة الرعاية الصحية.....                  |
| 36..... | الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....                      |
| 36..... | 1.3 مقدمة.....                                         |
| 36..... | 2.3 منهج الدراسة.....                                  |

|         |                                                      |
|---------|------------------------------------------------------|
| 36..... | 3.3 مجتمع وعينة الدراسة.....                         |
| 38..... | 4.3 أداة الدراسة.....                                |
| 38..... | 5.3 تصميم الاستبانة.....                             |
| 39..... | 6.3 صدق الأداة.....                                  |
| 40..... | 7.3 مصفوفة الارتباط (Correlation Matrix).....        |
| 41..... | 8.3 ثبات الأداة (Reliability of the Instrument)..... |
| 42..... | 9.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....                |
| 44..... | الفصل الرابع: تحليل البيانات واختيار الفرضيات.....   |
| 44..... | 1.4 مقدمة.....                                       |
| 44..... | 2.4 الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.....          |
| 46..... | 3.4 التحليل الوصفي لمتغير القيادة التحويلية.....     |
| 50..... | 4.4 التحليل الوصفي لمتغير جودة الرعاية الصحية.....   |
| 52..... | 5.4 فرضيات الدراسة.....                              |
| 58..... | الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات.....          |
| 58..... | 1.5 مناقشة النتائج.....                              |
| 61..... | 2.5 التوصيات.....                                    |
| 64..... | Abstract.....                                        |
| 65..... | المراجع.....                                         |
| 65..... | المراجع باللغة العربية.....                          |
| 68..... | المراجع باللغة الإنجليزية.....                       |

70.....الملاحق

71.....استمارة استبيان

## قائمة الجداول

| رقم<br>الجدول | اسم الجدول                                                                                | رقم<br>الصفحة |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| (1)           | الجدول (1) مصفوفة الارتباط (Correlation Matrix)                                           | 40            |
| (2)           | الجدول (2) ثبات الأداة (Reliability of the Instrument)                                    | 41            |
| (3)           | الجدول (3) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة                                             | 44            |
| (4)           | الجدول (4) التحليل الوصفي لـ بُعد التأثير المثالي                                         | 47            |
| (5)           | الجدول (5) التحليل الوصفي لـ بُعد الدافع الإلهامي                                         | 48            |
| (6)           | الجدول (6) التحليل الوصفي لـ بُعد الاعتبارات الفردية                                      | 49            |
| (7)           | الجدول (7) التحليل الوصفي لـ بُعد الاستثارة الفكرية                                       | 50            |
| (8)           | الجدول (8) التحليل الوصفي لمتغير جودة الرعاية الصحية                                      | 51            |
| (9)           | جدول (9): نتائج تحليل الانحدار المتعدد للقيادة التحويلية وأبعادها على جودة الرعاية الصحية | 53            |
| (10)          | الجدول (10) نتائج الفرضية الفرعية الأولى                                                  | 55            |
| (11)          | الجدول (11) نتائج الفرضية الفرعية الثانية                                                 | 56            |
| (12)          | الجدول (12) نتائج الفرضية الفرعية الثالثة                                                 | 56            |

| رقم<br>الصفحة | اسم الجدول                        | رقم<br>الجدول |
|---------------|-----------------------------------|---------------|
| 57            | الجدول (13) نتائج الفرضية الرابعة | (13)          |

### قائمة الأشكال

| رقم<br>الصفحة | اسم الشكل                   | رقم الشكل |
|---------------|-----------------------------|-----------|
| 10            | الشكل رقم (1) نموذج الدراسة | (1)       |

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

### 1.1 المقدمة

في ظل التحديات المتسارعة التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية حول العالم، أصبح من الضروري البحث عن أساليب قيادية قادرة على مواكبة التغيير وتحقيق التميز في تقديم خدمات الرعاية الصحية. وتُعد القيادة التحويلية من أبرز اتجاهات القيادة الحديثة التي استحوذت على اهتمام الباحثين والممارسين، نظرًا لفعاليتها المثبتة في تحفيز الأفراد وتطوير الأداء المؤسسي. وتتجاوز القيادة التحويلية إدارة العمليات الروتينية؛ إذ تسعى إلى إلهام وتمكين وتحفيز الموظفين لتجاوز التوقعات والمساهمة بفعالية في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة، لا سيما في القطاعات الحساسة والمعقدة مثل قطاع الرعاية الصحية. (الحقيل، 2021)

تنبع أهمية القيادة التحويلية في بيئة الرعاية الصحية من طبيعة العمل نفسه، حيث يتعامل القادة مع فرق متعددة التخصصات، وضغوط الوقت، واحتياجات المرضى المتغيرة، والمتطلبات المستمرة لتحسين الجودة وسلامة المرضى. وفي هذا السياق، يلعب القائد التحويلي دورًا حيويًا في بناء ثقافة تنظيمية إيجابية، وتحفيز الكادر الطبي والتمريضي على الابتكار، وتبني أفضل الممارسات السريرية والإدارية. يتمتع القائد التحويلي أيضًا بالقدرة على استشراف المستقبل وتوجيه الموظفين نحو رؤية موحدة تركز على جودة الرعاية، ورضا المرضى، وكفاءة العمليات. (القضاة، 2021)

أظهرت دراسات عديدة في مختلف الأنظمة الصحية أن أسلوب القيادة التحويلية يرتبط إيجابيًا بجوانب متعددة من جودة الرعاية الصحية، مثل تحسين التواصل داخل الفرق الطبية، وزيادة الالتزام بمعايير السلامة، وخفض معدلات الأخطاء الطبية، وتعزيز رضا المرضى. ويُعرف هذا الأسلوب القيادي بقدرته على تعزيز الدافع الداخلي للموظفين، وبناء الثقة بينهم وبين القيادة، وتحفيزهم على إحداث تغيير إيجابي من خلال التأثير المثالي، والتحفيز الملهم، والتحفيز الفكري، والاهتمام الفردي. (اليفاعي، 2020)

وبناءً على ذلك، تُمثل دراسة أثر القيادة التحويلية على جودة الرعاية الصحية مسعىً علميًا ومهنيًا بالغ الأهمية، لا سيما في ظل التحولات التي شهدها قطاع الرعاية الصحية خلال الأزمات، مثل جائحة كوفيد-19، والتي أبرزت حاجة مؤسسات الرعاية الصحية إلى أساليب قيادية مرنة قادرة على التوجيه والدعم واتخاذ القرارات في ظل ظروف غير مستقرة. وتستمد هذه الدراسة أهميتها أيضًا من مساهمتها في سد فجوة المعرفة المتعلقة بكيفية توظيف مبادئ القيادة التحويلية لتحسين نتائج الرعاية الصحية، وتعزيز كفاءة الموارد البشرية في مؤسسات الرعاية الصحية، وخلق بيئة عمل إيجابية تساهم في رفع الأداء العام للمؤسسة. (الهميسات، 2020)

لم تعد أساليب القيادة التقليدية كافية لمواكبة التحديات المتزايدة والمتطلبات المعقدة للمنظمات الحديثة، لا سيما في القطاعات التي تعتمد على رأس المال البشري والإبداع التنظيمي. ومن هنا، برز مفهوم القيادة التحويلية كنموذج قيادي فعال يركز على تحفيز الأفراد وتمكينهم وتحقيق تغيير إيجابي مستدام في سلوكهم ومواقفهم وأدائهم، متجاوزًا بذلك ممارسات الإدارة التقليدية. تقوم القيادة التحويلية على علاقة تفاعلية بين القائد وأتباعه، تهدف إلى تحقيق أهداف مشتركة من خلال الإلهام والتأثير، وتوليد رؤية مستقبلية، وتحفيز الموظفين على تقديم أفضل ما لديهم طواعيةً. (عابدين، 2024)

كان المفكر الأمريكي جيمس ماكجريجور بيرنز أول من طرح مفهوم القيادة التحويلية في أواخر سبعينيات القرن الماضي، مفرقًا بين القيادة التحويلية والقيادة التبادلية. ووفقًا لمنهجه، تقوم القيادة التبادلية على مبدأ تبادل المنافع بين القائد وأتباعه (كإعطاء الأوامر مقابل الأداء)، بينما تتجاوز القيادة التحويلية هذا المستوى لبناء علاقة قائمة على القيم والرؤية والثقة والاحترام المتبادل. لاحقًا، وسّع الباحث برنارد باس نطاق المفهوم، موضحًا أن القادة التحويليين يؤثرون على أتباعهم من خلال أربعة أبعاد رئيسية: التأثير المثالي، والتحفيز الملهم، والتحفيز الفكري، والاهتمام الفردي. وأصبحت هذه الأبعاد لاحقًا الأساس النظري لهذا الأسلوب القيادي. (علي، 2023)

تكمن أهمية القيادة التحويلية في قدرتها على إحداث تغيير جذري في ثقافة المنظمة، وتوجيه الجهود الجماعية نحو تحقيق رؤية استراتيجية واضحة قائمة على الالتزام الجماعي، والمشاركة الفعالة،

والابتكار المستمر. وعلى عكس أساليب القيادة الاستبدادية أو البيروقراطية، تسعى القيادة التحويلية إلى إشراك الأفراد في صنع القرار، وتقدير مساهماتهم، وبناء الثقة، وتحفيز الولاء التنظيمي. وهذا يؤثر إيجاباً على الرضا الوظيفي، والمشاركة، والإنتاجية. (المومني، 2024)

أثبتت القيادة التحويلية، في مختلف القطاعات - بما في ذلك التعليم، والرعاية الصحية، والأعمال، والتكنولوجيا - قدرتها على تحقيق نتائج إيجابية تتجاوز الأداء الفردي لتشمل تحسين أداء الفريق، وتطوير العمليات، وخلق بيئة عمل تشجع على النمو والتعلم. ويُنظر إلى هذا الأسلوب القيادي الآن على أنه ضرورة استراتيجية للمنظمات التي تواجه ضغطاً مستمراً للتفوق والابتكار، وقدرتها على التكيف مع بيئة تتسم بالغموض والتغير السريع. (حسن، 2024)

من هذا المنظور، لا تقتصر دراسة القيادة التحويلية على استكشاف أسلوب الإدارة فحسب، بل تُعد نافذةً على كيفية بناء منظمات عصرية قادرة على الاستدامة والتطور في آنٍ واحد، من خلال قيادة قائمة على القيم والرؤية والتمكين. إن توسيع نطاق فهمنا لهذا النموذج القيادي يعزز إمكانية تحسين الأداء المؤسسي والارتقاء بمستوى الخدمات، لا سيما في البيئات التي تتطلب تنسيقاً عالياً والعمل تحت الضغط، مثل قطاعات الصحة والتعليم والتكنولوجيا. (رزق، 2024)

تُعد الرعاية الصحية من الركائز الأساسية لرفاهية المجتمع واستقراره، ومؤشراً حيوياً على تطور الأمة وتقدمها. ولا يمكن تصور التنمية الشاملة والمستدامة دون نظام صحي فعال قادر على تلبية الاحتياجات الصحية للسكان، والحد من انتشار الأمراض، وتحسين جودة الحياة. وقد تطور مفهوم الرعاية الصحية تطوراً ملحوظاً خلال العقود الماضية، فلم يعد يقتصر على توفير العلاج من الأمراض، بل يشمل الوقاية والتثقيف الصحي والتأهيل والرعاية النفسية والاجتماعية، ضمن إطار متكامل يهدف إلى تحقيق الصحة الشاملة للفرد والمجتمع. (باحسين، 2020)

تتكون الرعاية الصحية من مستويات متعددة، تشمل الرعاية الأولية والثانوية والثالثية. تُشكل الرعاية الصحية الأولية المدخل الرئيسي للنظام الصحي، حيث تُقدم خدمات أساسية كالتطعيم، ومراقبة الأمراض المزمنة، والرعاية الوقائية، والتوعية المجتمعية. أما الرعاية الثانوية، فتُقدم خدمات متخصصة

أكثر تعقيداً، كالتشخيص والعلاج في المستشفيات العامة، بينما تُقدم الرعاية الثالثة خدمات دقيقة وعالية التخصص، كجراحة القلب وزراعة الأعضاء. (المعاينة، 2020)

فرضت التغيرات الديموغرافية، وتزايد شيخوخة السكان، وظهور الأمراض المزمنة والمستعصية، وانتشار الأوبئة مثل كوفيد-19، تحديات غير مسبقة على أنظمة الرعاية الصحية. وقد استلزم ذلك إعادة النظر في كيفية إدارة الخدمات الصحية، وتطوير البنية التحتية، وتعزيز كفاءة الكوادر الطبية، وتوفير تمويل صحي مستدام. وفي هذا الإطار، أصبحت جودة تقديم الرعاية الصحية هدفاً استراتيجياً نسعى إلى تحقيقه. (الشرفات، 2024)

## 2.1 مشكلة الدراسة

في ظل التطورات المتسارعة والتحديات المتزايدة التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية حول العالم، أصبحت مؤسسات الرعاية الصحية مطالبة أكثر من أي وقت مضى بتحقيق مستويات عالية من الكفاءة والجودة في تقديم خدماتها. يُعد تحسين جودة الرعاية الصحية هدفاً أساسياً تسعى إليه جميع مؤسسات الرعاية الصحية، سواءً من حيث زيادة رضا المرضى، أو تعزيز السلامة، أو تحسين كفاءة استخدام الموارد، أو تطوير الأداء العام للكوادر الطبية. ومع تزايد هذه التحديات، أصبح من الضروري التركيز على الجوانب الإدارية والقيادية لمؤسسات الرعاية الصحية، باعتبارها عوامل أساسية تُساهم في تحقيق الجودة والتميز المؤسسي. (خلاف، 2023)

في هذا السياق، برزت القيادة التحويلية كنموذج قيادي حديث يمتلك الخصائص والسمات التي تؤهله لإحداث تغيير إيجابي في ثقافة العمل، وتحفيز الموظفين، وخلق بيئة داعمة للابتكار والتحسين المستمر. وتُعد القيادة التحويلية، بأبعادها كالتأثير المثالي، والتحفيز الملهم، والتحفيز الفكري، والاهتمام الفردي، أسلوباً قادراً على بناء فرق عمل فعّالة، وتعزيز الالتزام التنظيمي، ورفع مستويات الرضا والمشاركة بين الموظفين، مما يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة. (عابدين، 2023)

على الرغم من الاهتمام الواسع بالقيادة التحويلية في بحوث الإدارة، لا تزال هناك فجوة واضحة في فهم مدى تأثير هذا الأسلوب القيادي على جودة الرعاية الصحية في البيئات العملية، لا سيما في البلدان النامية أو السياقات التي تواجه فيها مؤسسات الرعاية الصحية ضغوطاً كبيرة على الموارد والإدارة. وبينما تشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين القيادة التحويلية وتحسين نتائج الأداء التنظيمي، إلا أن الأبحاث التي تناولت هذا التأثير بالتفصيل في قطاع الرعاية الصحية، ووفقاً لمعايير جودة الرعاية الصحية المعمول بها، لا تزال محدودة ومتباينة في نتائجها ومنهجياتها. (السليمان، 2021)

وبناءً على ذلك، تنبع مشكلة هذه الدراسة من الحاجة الملحة إلى إجراء دراسة منهجية للعلاقة بين القيادة التحويلية وجودة الرعاية الصحية. وذلك لفهم ما إذا كانت مؤسسات الرعاية الصحية التي تتبنى هذا الأسلوب القيادي تحقق بالفعل نتائج أفضل في جودة خدماتها، وما هي أبعاد القيادة التي لها التأثير الأكبر في هذا الصدد. كما تسعى الدراسة إلى الإجابة على سؤال محوري: إلى أي مدى تؤثر القيادة التحويلية على تحسين جودة الرعاية الصحية؟ وما طبيعة هذا التأثير في بيئة العمل الصحية المعاصرة، التي تتسم بالتعقيد والتغيير والحاجة المستمرة للتطوير؟

ومن خلال معالجة هذه المشكلة، تسعى هذه الدراسة إلى توفير إطار تحليلي واضح يدعم صناع القرار في قطاع الرعاية الصحية وتمكينهم من تبني نماذج قيادية فعالة تساهم في تحسين الجودة وتعزيز كفاءة نظام الرعاية الصحية ككل.

### 3.1 أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من التحديات المتزايدة التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية، بما في ذلك ارتفاع تكاليف التشغيل، ونقص الكوادر المؤهلة، وتزايد توقعات العملاء، والحاجة المستمرة للتحسين والتطوير. في ضوء هذه التحديات، لم تعد كفاءة الموارد والتقنيات كافية لضمان جودة الرعاية الصحية. بل أصبحت القيادة محورية في بناء بيئة عمل محفزة وتوجيه الجهود نحو تحقيق الجودة والسلامة والتميز المؤسسي. ومن هنا تأتي أهمية تناول القيادة التحويلية كنموذج حديث يسعى إلى إحداث تغيير إيجابي في

سلوك الموظفين، وثقافة المؤسسة، والأداء العام - وهي جميعها عناصر مرتبطة ارتباطاً مباشراً بجودة الرعاية الصحية المقدمة.

تستمد الدراسة أهميتها العلمية من هدفها المتمثل في سد فجوة معرفية قائمة في الأدبيات، لا سيما في بيانات الرعاية الصحية العربية، حيث لا تزال الأبحاث التي تربط القيادة التحويلية بنتائج جودة الرعاية الصحية محدودة. كما تهدف الدراسة إلى توفير إطار نظري وتطبيقي يوضح كيفية تأثير أبعاد القيادة التحويلية - مثل التأثير المثالي، والتحفيز الملهم، والتحفيز الفكري، والاعتبارات الفردية - على مؤشرات جودة الرعاية الصحية، مثل رضا المرضى، والسلامة، وكفاءة الخدمة، ومشاركة الموظفين. وبالتالي، تُسهم هذه الدراسة في إثراء الجانب النظري لإدارة الصحة من خلال تسليط الضوء على نموذج قيادي يتماشى مع متطلبات العصر الحديث.

على الصعيد العملي، تكمن أهمية هذه الدراسة في تقديم نتائج وتوصيات تُسهم في تحسين الأداء المؤسسي داخل مؤسسات الرعاية الصحية، وذلك من خلال تمكين القادة من تبني سلوكيات وأدوار تحفيزية أكثر فعالية، مما يؤدي إلى تحسين بيئة العمل، وتعزيز فرق الرعاية، وتعزيز الولاء التنظيمي، وهي عوامل تؤثر بشكل مباشر على جودة الرعاية المقدمة للمرضى. كما يُمكن أن تُسهم نتائج هذه الدراسة في تصميم برامج تدريبية وتأهيلية لقيادات قطاع الرعاية الصحية، تُركز على تطوير المهارات التحويلية التي تُؤهلهم لقيادة التغيير وتعزيز ثقافة الجودة.

علاوة على ذلك، تأتي أهمية هذه الدراسة في وقت تُسرّع فيه أنظمة الرعاية الصحية من تحولها نحو التخصص والتكنولوجيا الرقمية والتركيز على المريض. وهذا يجعل الحاجة إلى قيادة عقلانية وتحويلية أمراً بالغ الأهمية لضمان استجابة سريعة وفعالة لهذه التغييرات. إن تسليط الضوء على العلاقة بين القيادة التحويلية وجودة الرعاية الصحية في هذا السياق يعد خطوة ضرورية لفهم الديناميكيات التنظيمية التي تدفع التميز وتمكن التكيف مع بيئة العمل المتغيرة في مجال الرعاية الصحية.

تعتمد أهمية هذه الدراسة على إسهاماتها النظرية والتطبيقية فيما يلي:

## الأهمية النظرية

✓ تُسهم هذه الدراسة، التي تُسهم في إثراء الأدبيات العلمية في مجال إدارة الرعاية الصحية، في سد الفجوة المعرفية في الأدبيات الأكاديمية التي تتناول العلاقة بين أنماط القيادة، وخاصة القيادة التحويلية، وجودة الرعاية الصحية، لا سيما في بيئات الرعاية الصحية العربية، والتي لم تُغطَّ بشكلٍ كافٍ مقارنةً بالدراسات الغربية. وتُضيف منظورًا حديثًا يربط سلوك القيادة بنتائج جودة الرعاية الصحية.

✓ ومن خلال توسيع فهم العلاقة بين القيادة وسلوك مؤسسات الرعاية الصحية، تُقدم الدراسة أساسًا نظريًا لفهم كيفية تأثير القيادة التحويلية على المتغيرات السلوكية داخل مؤسسات الرعاية الصحية، مثل تفاعل الفريق، والرضا الوظيفي، والمبادرة الفردية، وجميعها عوامل مُحددة لجودة الرعاية الصحية.

✓ وبناء إطار نظري شامل للعلاقة بين هذه المتغيرات. ومن خلال تحليل العلاقة بين أبعاد القيادة التحويلية (مثل التأثير المثالي والدافع المُلهِم) وجودة الرعاية الصحية، تُساعد الدراسة على تطوير نموذج نظري يُمكن استخدامه لاحقًا في الدراسات المقارنة أو التجريبية في مختلف قطاعات الرعاية الصحية.

✓ تدعم هذه الدراسة وتُرشد البحوث المستقبلية، وتُشكل مرجعًا للباحثين الراغبين في استكشاف تأثير أنماط القيادة الأخرى على أداء الرعاية الصحية، أو دراسة العوامل التنظيمية الوسيطة التي تؤثر على العلاقة بين القيادة وجودة الرعاية الصحية (مثل الثقافة التنظيمية أو الرضا الوظيفي).

## الأهمية العملية

✓ توجيه قادة الرعاية الصحية نحو أنماط قيادة أكثر فعالية، حيث تُوفر الدراسة أدوات معرفية وعملية تُساعد قادة قطاع الرعاية الصحية - وخاصةً المديرين والمشرفين - على تبني ممارسات القيادة التحويلية لتحسين جودة الخدمة، وزيادة فعالية الفريق، وتعزيز الاستجابة التنظيمية.

- ✓ دعم صانعي القرار في تصميم سياسات الرعاية الصحية، حيث تُوفر نتائج الدراسة أساسًا لتطوير سياسات إدارية قائمة على مبادئ القيادة التحويلية، وخاصةً فيما يتعلق بتطوير مهارات القيادة وبناء ثقافة تنظيمية قائمة على التحفيز والتمكين.
- ✓ تحسين جودة الرعاية من خلال تطوير البيئة التنظيمية. من خلال فهم تأثير القيادة التحويلية على عناصر مثل التواصل الفعال، والعدالة التوزيعية، والتعاون بين الفرق الطبية، تُسهم الدراسة في تحسين بيئة العمل، مما يؤثر بشكل مباشر على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. تحديد احتياجات التدريب والتطوير المهني، إذ تُساعد نتائج الدراسة مؤسسات الرعاية الصحية على تطوير برامج تدريبية تُركز على تطوير مهارات القيادة التحويلية لدى الأطباء والممرضين والإداريين، مما يُعزز كفاءة إدارة الصحة ويحسن الأداء العام.
- ✓ تحسين رضا المرضى وكفاءة الخدمات. تُوضح الدراسة كيف يُمكن للقيادة التحويلية أن تزيد من مستوى التزام وانخراط العاملين في مجال الرعاية الصحية، مما يُحسن تقديم الخدمات ويرفع مستوى رضا المرضى، وهو هدف أساسي لأي نظام رعاية صحية ناجح.

#### 4.1 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى معرفة مدى أثر القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الدافع الالهامي، الاعتبارات الفردية، الاستثارة الفكرية) على جودة الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية، ويتفرع منه مجموعة من الأهداف الفرعية:

- ✓ التعرف على التأثير المالي ومدى انعكاسه على جودة الرعاية الصحية.
- ✓ التعرف على الدافع الالهامي ومدى انعكاسه على جودة الرعاية الصحية.
- ✓ التعرف على الاعتبارات الفردية ومدى انعكاسها على جودة الرعاية الصحية.
- ✓ التعرف على الاستثارة الفكرية ومدى انعكاسهم على جودة الرعاية الصحية.

## 5.1 تساؤلات الدراسة

السؤال الرئيسي الأول: ما أثر القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الدافع الالهامي، الاعتبارات الفردية، الاستثارة الفكرية) على جودة الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية، وتتفرع منه عدة أسئلة فرعية كالتالي:

- ✓ ما أثر التعرف على التأثير المالي ومدى انعكاسه على جودة الرعاية الصحية؟
- ✓ ما أثر التعرف على الدافع الالهامي ومدى انعكاسه على جودة الرعاية الصحية؟
- ✓ ما أثر التعرف على الاعتبارات الفردية ومدى انعكاسها على جودة الرعاية الصحية؟
- ✓ ما أثر التعرف على الاستثارة الفكرية ومدى انعكاسهم على جودة الرعاية الصحية؟

## 6.1 فروض الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها يمكن للباحث اعتماداً على الإطار النظري المتعلق بالدراسة، واستناداً إلى نتائج الدراسات السابقة تم صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسة الأول: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الدافع الالهامي، الاعتبارات الفردية، الاستثارة الفكرية) على جودة الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية

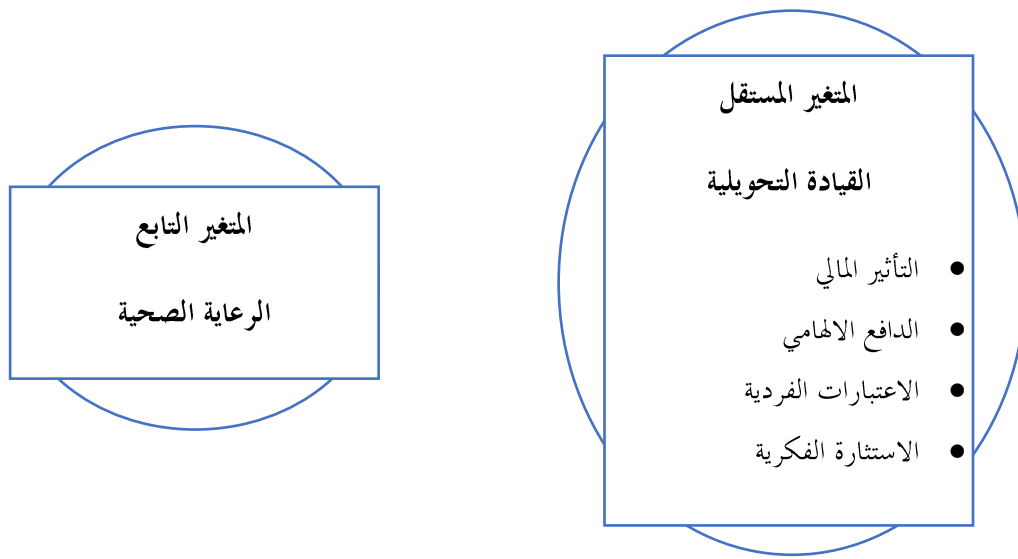
وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الثلاث التالية:

- ✓ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتأثير المالي ومدى انعكاسه على جودة الرعاية الصحية.
- ✓ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للدافع الالهامي ومدى انعكاسه على جودة الرعاية الصحية.
- ✓ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للاعتبارات الفردية ومدى انعكاسها على جودة الرعاية الصحية.
- ✓ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للاستثارة الفكرية ومدى انعكاسهم على جودة الرعاية الصحية.

## 7.1 نموذج الدراسة:

- ❖ المتغير المستقل: القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الدافع الإلهامي، الاعتبارات الفردية، الاستثارة الفكرية)
- ❖ المتغير التابع: الرعاية الصحية

الشكل رقم (1) نموذج الدراسة



## 8.1 دراسات سابقة

1. دراسة (الشرابي، 2020) بعنوان: أثر القيادة التحويلية في تحقيق النجاح الاستراتيجي: جودة

حياة العمل متغير وسيط: دراسة ميدانية في الجامعات الخاصة والحكومية العاملة في إقليم

شمال الأردن

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر القيادة التحويلية على تحقيق النجاح الاستراتيجي مع وجود

جودة حياة العمل كمتغير وسيط في الجامعات الخاصة والحكومية العاملة في إقليم شمال الأردن. ولتحقيق

أهداف الدراسة الحالية، تم تطوير استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات. تكونت عينة الدراسة من (324)

موظفًا يعملون في مستويات الإدارة الوسطى والعليا في الجامعات المدروسة، وتم اختيارهم باستخدام

أسلوب العينة الطبقية المتناسبة من مجتمع الدراسة البالغ عدده (859) موظفًا. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPSS V.25) وتحليل المسار (AMOS) لاختبار فرضيات الدراسة. واستخدمت الدراسة الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية لتحليل بياناتها. توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أبرزها: 1- إن تصورات العاملين في الجامعات الخاصة والحكومية العاملة في إقليم شمال الأردن حول مستوى تطبيق أسلوب القيادة التحويلية كانت متوسطة، وأن تصورات العاملين حول مستوى جودة حياة العمل كانت متوسطة، وأن تصورات العاملين حول مستوى النجاح الاستراتيجي كانت متوسطة. 2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأسلوب القيادة التحويلية على تحقيق النجاح الاستراتيجي. 3- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على تحسين جودة حياة العمل. 4- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لجودة حياة العمل على تحقيق النجاح الاستراتيجي. 5- تلعب جودة حياة العمل دورًا وسيطًا في تعزيز أثر أسلوب القيادة التحويلية على تحقيق النجاح الاستراتيجي. وتوصي الدراسة بضرورة ضمان زيادة الاهتمام بتطبيق أسلوب القيادة التحويلية في الجامعات الخاصة والحكومية العاملة في إقليم شمال الأردن لضمان تحقيق أهدافها وتطلعات العاملين فيها. كما أوصت الدراسة بتوفير بيئة عمل داعمة ومحفزة للعاملين وضرورة الاهتمام بتحسين أنظمة الأجور والمكافآت والتعويضات داخل الجامعات وضمان عدالتها لضمان استمرارية العاملين وتحقيق رضاهم ورفع مستويات أدائهم مما يعزز تحقيق النجاح الاستراتيجي في الجامعات.

## 2. دراسة (العزة، 2020) بعنوان: أثر القيادة التحويلية في التوجه الاستراتيجي: الدور الوسيط

### لتوظيف جيل الألفية في الهيئة المستقلة للانتخاب

هدفت الدراسة الحالية إلى بيان أثر القيادة التحويلية بأبعادها (التأثير المثالي، التحفيز الفكري، الدافعية المهمة، الاعتبارات الفردية) على التوجه الاستراتيجي بأبعاده (التوجه التكنولوجي والتوجه الريادي) في هيئة الانتخابات المستقلة في الأردن. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لتحليل البيانات وتفسيرها. وقد تم تطوير استبانة لجمع البيانات الأولية، والتي تم تحليلها باستخدام برنامجي الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) و (AMOS). وتكون مجتمع الدراسة من 140 موظفًا في الهيئة، بينما تكونت العينة من الموظفين ذوي المسميات الوظيفية في الإدارة العليا والوسطى. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) للقيادة

التحويلية بأبعادها (التأثير المثالي، التحفيز الفكري، الدافعية المهمة، الاعتبارات الفردية) على التوجه الاستراتيجي بأبعاده (التوجه التكنولوجي والتوجه الريادي) في هيئة الانتخابات المستقلة. كما أظهرت النتائج أن البعد الأكثر تأثيراً في التوجه الاستراتيجي هو بُعد الاعتبارات الفردية، يليه بُعد التأثير المثالي، ثم بُعد التحفيز الملهم، ثم بُعد التحفيز الفكري. وفي ضوء نتائج الدراسة، قدمت الباحثة عدداً من التوصيات، من أهمها ضرورة اهتمام إدارة الهيئة بالتأثير المثالي، والتحفيز الفكري، والتحفيز الملهم في توجهاتها الاستراتيجية. كما قدمت الباحثة عدداً من التوصيات، منها ضرورة التركيز على توظيف جيل الألفية وإدماجهم في استراتيجيات الهيئة طويلة المدى، والتركيز على هذا الجيل، وتنمية مهاراتهم، وجعلهم جزءاً من الهيكل التنظيمي. كما أوصت بضرورة تعزيز التوجه الاستراتيجي وإدماجه ضمن الثقافة التنظيمية السائدة.

### 3. دراسة (السعيدات، 2020) بعنوان: القيادة التحويلية وأثرها على بناء الجدارات الجوهرية:

#### الالتزام التنظيمي متغيراً وسيطاً: دراسة ميدانية في شركات الاتصالات الأردنية

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر القيادة التحويلية على بناء الكفاءات الأساسية من خلال الالتزام التنظيمي كمتغير وسيط في شركات الاتصالات الأردنية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّن مجتمع الدراسة من شركات الاتصالات الأردنية (زين، أمنية، أورانج). وتكوّنت وحدة العينة من المدراء ونوابهم ورؤساء الأقسام العاملين في الأقسام الرئيسية في شركات الاتصالات الأردنية، والبالغ عددهم (270) موظفاً. وُزِعَ عليهم (270) استبياناً باستخدام أسلوب المسح الشامل، وتم استرداد (266) استبياناً، واستبعاد (9) استبيانات لعدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي. وبلغ إجمالي عدد الاستبيانات التي تم تحليلها (257) استبياناً، بنسبة مئوية بلغت (95.2%). توصلت الدراسة إلى عدة نتائج، أهمها أن تصورات المبحوثين لمستوى توافر أبعاد القيادة التحويلية في شركات الاتصالات الأردنية كانت مرتفعة، وأن تصورات المبحوثين لمستوى بناء الكفاءات الأساسية في شركات الاتصالات الأردنية كانت مرتفعة، وأن تصورات المبحوثين لمستوى توافر الالتزام التنظيمي في شركات الاتصالات الأردنية كانت مرتفعة. كما أظهرت وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد القيادة التحويلية (تمكين الموظفين، وتحمل المخاطرة، والعمل كقدوة للموظفين) على بناء الكفاءات الأساسية، ووجود أثر لأبعاد القيادة التحويلية (تمكين الموظفين، وتحمل

المخاطرة، والعمل كقدوة للموظفين) على الالتزام التنظيمي، ووجود أثر للالتزام التنظيمي على بناء الكفاءات الأساسية في أبعادها (تنمية الموارد، واكتساب المعرفة، والاهتمام بالتعلم الجماعي، وتنوع الخدمات) مجتمعة. كما أظهرت وجود أثر عند مستوى دلالة (0.05) للقيادة التحويلية بأبعادها مجتمعة على الكفاءات الأساسية بأبعادها (تنمية الموارد، واكتساب المعرفة، والاهتمام بالتعلم الجماعي، وتنوع الخدمات) من خلال المتغير الوسيط (الالتزام التنظيمي). وقدمت الدراسة عدة توصيات، أهمها تعزيز ممارسة أسلوب القيادة التحويلية في شركات الاتصالات الأردنية لدوره في بناء الكفاءات الأساسية، وتبني مفهوم التأثير المثالي لدى القادة العاملين في شركات الاتصالات الأردنية من خلال العمل كنماذج يحتذى بها من قبل الموظفين.

#### 4. دراسة (حمودة، 2021) بعنوان: أثر القيادة التحويلية في السلوك الإبداعي للموظفين: دراسة

##### حالة البنك الإسلامي الأردني

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر القيادة التحويلية بجميع أبعادها (التأثير المثالي، الدافعية المهمة، الاعتبارات الفردية، التحفيز الفكري) على السلوك الإبداعي للموظفين بأبعاده (الأصالة، المرونة، الحساسية للمشكلات، الطلاقة، قبول المخاطر) في البنك الإسلامي الأردني. تكون مجتمع الدراسة من جميع مديري الإدارات العليا والمتوسطة والتشغيلية في البنك الإسلامي الأردني والبالغ عددهم (471) موظفًا وموظفة. وتكونت عينة الدراسة الممثلة للمجتمع من جميع الموظفين في الإدارات العليا والمتوسطة والتشغيلية ضمن المسميات التالية (نواب المدير العام ومساعدوهم، مدراء الدوائر، ورؤساء الأقسام) والبالغ عددهم (212) موظفًا وموظفة. وتم الاعتماد على الاستبانة كأداة رئيسية لجمع بيانات الدراسة الأولية من عينة الدراسة، حيث بلغ عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل الإحصائي (179) استبانة بنسبة (84.4%) من إجمالي الاستبيانات الموزعة. وللوصول إلى النتائج اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدام عدة أساليب إحصائية، وهي: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وتحليل الانحدار المتعدد، واختبار (ت) (T-Test) للعينات المستقلة، واختبار قيمة الفروق بين الفئتين المستقلتين، بالإضافة إلى تحليل التباين الأحادي (One-Way Anova) لاختبار الفروق بين ثلاث مجموعات أو أكثر. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

للقيادة التحويلية بجميع أبعادها (التأثير المثالي، الدافعية الملهمة، الاعتبارات الفردية، التحفيز الفكري) على السلوك الإبداعي للعاملين بأبعاده المركبة والفردية (الأصالة، المرونة، الحساسية للمشكلات، الطلاقة، قبول المخاطرة) في البنك الإسلامي الأردني. كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في اتجاهات المبحوثين نحو السلوك الإبداعي في البنك الإسلامي الأردني تعزى لمتغير المسعى الوظيفي. كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المبحوثين نحو السلوك الإبداعي في البنك الإسلامي الأردني تعزى لمتغيري المؤهل العلمي وسنوات الخبرة. وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات، أهمها: ضرورة تعزيز ثقافة السلوك الإبداعي في البنك الإسلامي الأردني بين جميع الموظفين، وتشجيع طرح الأفكار الإبداعية ودعمها مادياً ومعنوياً. وتعزيز الاعتماد على أسلوب القيادة التحويلية في البنك الإسلامي الأردني من خلال التركيز على تحديد قدرات القادة التحويليين وتطويرهم بشكل مستمر للارتقاء دائماً إلى أعلى المستويات.

## 9.1 الفجوة البحثية

يكشف استعراض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع القيادة التحويلية في بيئات العمل المختلفة أن التركيز كان على المجالات الإدارية والتنظيمية المتعلقة بالتوجيه الاستراتيجي وبناء الكفاءات التنظيمية أو تعزيز السلوك المبتكر داخل المؤسسات الخدمية والتعليمية والمصرفية. على سبيل المثال، ركزت دراسة الشرايري (2020) على تحليل أثر القيادة التحويلية على تحقيق النجاح الاستراتيجي من خلال جودة الحياة العملية كمتغير وسيط في الجامعات الأردنية. بحثت دراسة العزة (2020) أثر القيادة التحويلية على التوجه الاستراتيجي داخل هيئة الانتخابات المستقلة، مع تسليط الضوء على دور توظيف جيل الألفية في هذا السياق. ركزت دراسة السعيدات (2020) على شركات الاتصالات، موضحة العلاقة بين القيادة التحويلية وبناء الكفاءات الأساسية من خلال الالتزام التنظيمي. بحثت دراسة حمودة (2021) العلاقة بين القيادة التحويلية والسلوك المبتكر في البنك الإسلامي الأردني. على الرغم من القيمة النظرية والعملية لهذه الدراسات، إلا أن هناك فجوة واضحة تتمثل في غياب رابط مباشر بين تطبيقات الذكاء الاصطناعي ومراقبة تقدم المشاريع، لا سيما في البيئات التقنية والمشاريع الهندسية، حيث تلعب عوامل

مثل الوقت والموارد وتكامل الفريق دورًا حاسمًا في تحديد نجاح المشاريع أو فشلها. وقد ركزت جميع الدراسات السابقة على أنماط القيادة وتأثيرها السلوكي أو الاستراتيجي داخل المؤسسات الخدمية والتعليمية والمصرفية، ولم تتناول التأثير العملي لتكنولوجيا الذكاء الاصطناعي في دعم الوظائف الإدارية والرقابية في المشاريع الهندسية.

لم تتناول أي من هذه الدراسات العلاقة بين استخدام أدوات الذكاء الاصطناعي - مثل تحليلات البيانات والتنبؤ الذكي والتعلم الآلي - وفعالية مراقبة تقدم المشاريع، ومعالجة فروق التوقيت، أو تحليل الأداء في بيئات العمل المعقدة مثل المشاريع الهندسية. ولا تقتصر الفجوة هنا على الموضوع، بل تشمل أيضًا السياق العملي والتطبيقي. وتركز الدراسة الحالية على قطاع الهندسة في الرياض، وهو قطاع ذو طابع تنفيذي وميداني، على عكس القطاعات التي تناولتها الدراسات السابقة، والتي غلب عليها الطابع الإداري والأكاديمي والمالي.

علاوة على ذلك، لم يُتناول مفهوم "رصد تقدم المشاريع" صراحةً في الدراسات السابقة كمتغير تابع أو مستقل، ولم يُربط بالتقنيات الحديثة أو استخدام الذكاء الاصطناعي كأداة للمساعدة في تحسين كفاءة الرصد واتخاذ القرار خلال مراحل تنفيذ المشاريع. بل انصبَّ التركيز على الأداء التنظيمي العام أو الكفاءة المؤسسية، دون الخوض في آليات العمل الميداني للمشروع، أو تحليل التقدم، أو سبل التنبؤ بالعقبات قبل حدوثها.

لذا، تهدف الدراسة الحالية إلى سدّ هذه الفجوة البحثية من خلال تسليط الضوء على الدور المباشر لتقنيات الذكاء الاصطناعي في رصد ومتابعة تقدم المشاريع في القطاع الهندسي. ولم يُتناول هذا المجال الحيوي بشكل موسع في الأدبيات العربية، لا سيما في بيئة عمل متقدمة كالرياض، التي تشهد توسعًا هائلًا في المشاريع الكبرى والتحول التكنولوجية في إطار رؤية المملكة 2030.

## 10.1 المنطلقات النظرية للدراسة

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من الفرضيات النظرية التي تشرح العلاقة بين القيادة التحويلية وجودة الرعاية الصحية. وتعتمد الدراسة على مفاهيم من علم الإدارة والسلوك التنظيمي، إلى جانب نماذجها التحليلية التي تُركز على فهم تأثير أساليب القيادة على الأداء التنظيمي، لا سيما في القطاعات الحيوية كالرعاية الصحية. يُعد نموذج القيادة التحويلية من أبرز مفاهيم القيادة الحديثة التي ظهرت في النصف الثاني من القرن العشرين. وقد أرسى دعائمه المفكر جيمس ماكجريجور بيرنز (بيرنز، 1978)، ثم طوره برنارد باس (باس، 1985)، ليصبح إطارًا مرجعيًا لتحليل القيادة المؤثرة والمهمة.

وفقًا لهذه النظرية، تركز القيادة التحويلية على أربعة أبعاد رئيسية: التأثير المثالي، الذي يعكس قدرة القائد على تقديم نموذج يُحتذى به؛ والتحفيز الملهم، الذي يتضمن تحفيز الأفراد وتزويدهم برؤية ملهمة؛ والتحفيز الفكري، الذي يُشجع على التفكير الإبداعي وقبول الأفكار الجديدة؛ والاهتمام الفردي، الذي يُركز على تلبية احتياجات الموظفين وتقديم الدعم الشخصي لهم. تركز الدراسة على فرضية محورية، مفادها أن ممارسة هذه الأبعاد القيادية داخل مؤسسات الرعاية الصحية تُسهم، بشكل مباشر أو غير مباشر، في تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال التأثير الإيجابي على الكادر الطبي والإداري، وتعزيز التفاعل والتناغم الوظيفي، وتحفيز مبادرات التطوير.

كما تعتمد الدراسة على نظرية الجودة في الرعاية الصحية كما عرّفها الباحث دونابيديان، والتي تُعرّف الجودة من خلال ثلاثة أبعاد مترابطة: الهيكل، والعملية، والنتائج. ووفقًا لهذا النموذج، تُدمج القيادة الفعالة في الهيكل التنظيمي، وتؤثر على العمليات التشغيلية، مثل تنسيق الفريق، وسلامة المرضى، وسرعة الاستجابة، مما يؤدي إلى تحسين نتائج الرعاية الصحية، مثل رضا المرضى، وتقليل معدلات الأخطاء، وزيادة الكفاءة التشغيلية. وبالتالي، تُعدّ القيادة التحويلية عاملاً هاماً في تحسين الهيكل التنظيمي والعمليات، وبالتالي تعزيز نتائج الجودة.

إضافةً إلى ذلك، تركز الدراسة على نظرية السلوك التنظيمي الإيجابي، التي تؤكد أن أساليب القيادة القائمة على التمكين والثقة والدافع الذاتي تُهيئ بيئة عمل صحية نفسيًا ومهنيًا، مما يُعزز الأداء التنظيمي العام. بناءً على هذه الفرضية، لا يوجه القادة التحويليون الموظفين من خلال الأوامر، بل يلهمونهم ويحفزونهم داخليًا. وهذا يتماشى مع متطلبات بيئة الرعاية الصحية التي تتطلب مستويات عالية من الالتزام والتفاعل الإنساني والمهني.

كما تأخذ الدراسة في الاعتبار الطبيعة الفريدة لقطاع الرعاية الصحية، الذي يُعد من أكثر القطاعات تعقيدًا نظرًا لطبيعته متعددة التخصصات، وعبء العمل المرتفع، وحساسية نتائجه. لذلك، فإن الفرضية النظرية الأخيرة هي أن تحسين جودة الرعاية الصحية لا يمكن تحقيقه من خلال تحسين الموارد المادية أو التقنية فحسب، بل يجب أن يقترن ذلك بأسلوب قيادة قادر على خلق ثقافة تنظيمية تدعم التعلم المستمر، ومبادئ الجودة، وروح الفريق. تُظهر الدراسات أن القيادة التحويلية من الأساليب القيادية القليلة التي تلبى هذه المتطلبات نظرًا لمرونتها، وطبيعتها البشرية، وتركيزها على التغيير الإيجابي المستدام.

وبناءً على هذه الفرضيات النظرية، تسعى الدراسة إلى تحليل أثر القيادة التحويلية في بيئة الرعاية الصحية تحليلًا علميًا، مع مراعاة أبعاد الجودة، وخصائص القيادة، والسياق العملي لمؤسسات الرعاية الصحية. ويهدف هذا المشروع إلى بناء فهم أعمق للعوامل المؤثرة على تحسين خدمات الرعاية الصحية وتقديم توصيات إدارية عملية مبنية على أسس علمية.

## 11.1 المنهجية وطرق البحث:

تم اتباع المنهج الوصفي والمنهج التحليلي كأسلوب مناسب للوصف، الذي يتطابق مع الفصول النظرية أما في الفصل التطبيقي التحليلي والمنهج الاستنباطي من أجل تحليل وتقييم البيانات المتحصل عليها في الاستبانة للمؤسسة محل الدراسة باعتباره ملائماً لتقرير الحقائق وفهم مكونات الموضوع، مع إخضاعه للدراسة الدقيقة وتحليل أبعاده، والتي سنتطرق إليها في الفصل التطبيقي في دراسة الحالة.

يعتمد اختيار المنهج الملائم لطبيعة البحث على طبيعة المشكلة والهدف من دراستها، ومن أجل الإحاطة بمختلف جوانب الدراسة سيتم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، فالأسلوب الوصفي مناسب للوصف الذي يتطابق مع الفصول النظرية، أما في الفصل التطبيقي التحليلي والمنهج الاستنباطي من أجل تحليل وتقييم البيانات المتحصل عليها في الاستبانة محل الدراسة، حيث يسهم هذا المنهج في الإجابة عن التساؤلات البحثية من خلال جمع البيانات ومن ثم تحليلها ومناقشتها. وهذا المنهج هو المستخدم في معظم الدراسات السابقة.

## 12.1 مصادر جمع البيانات

➤ المصادر الثانوية: وتشمل البيانات والمعلومات الموجودة في الكتب والمراجع، والرسائل الجامعية وأوراق العمل والمجلات والدوريات والمؤتمرات العلمية وورش العمل، بالإضافة إلى التقارير المنشورة وغير المنشورة التي تناولت الموضوع في مختلف المؤسسات ذات الصلة.

➤ المصادر الأولية: اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسية في جمع البيانات من مصادرها والتي تم تصميمها خصيصاً لهذا الغرض على Google Forms وإرسال رابطها إلى مجتمع البحث.

## 13.1 أدوات الدراسة:

تعرف أداة البحث بأنها "الوسيلة التي تتم بواسطتها عملية جمع البيانات بهدف الإجابة عن تساؤلاته، وسيعتمد الباحثين في جمع البيانات على الاستبانة، والتي تُعرف بأنها "صيغة محددة من الفقرات والأسئلة تهدف إلى جمع البيانات من أفراد البحث"

حيث تكونت من قسمين رئيسيين هما:

— القسم الأول: وهو الجزء الخاص بالمتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، والمتمثلة بـ النوع، والعمر، والمؤهل العلمي، والمستوى الوظيفي.

- القسم الثاني: اشتمل القسم الثاني على الفقرات والأبعاد التي تقيس متغيرات الدراسة المستقل والتابع.

## 14.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية لتحقيق أهداف الدراسة:

- معامل " ألفا كرونباخ " لقياس ثبات أداة الدراسة ومعامل الارتباط بيرسون لقياس صدق أداة الدراسة والعلاقة بين المتغيرات
- التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري المتعلقة بمتغيرات الدراسة ولجميع الاستجابات على فقرات الاستبيان.
- معامل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر كل بعد من أبعاد المتغير المستقل على المتغير التابع

## 15.1 أداة الدراسة

تم تصميم الاستبانة في الدراسة الحالية لتناسب مع متغيرات البحث من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة. تتكون الاستبانة من قسمين رئيسيين:

- ❖ القسم الأول: يتناول المتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة من العاملين في وزارة الصحة السعودية، ويشمل المسمى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، وعدد سنوات الخبرة.
- ❖ القسم الثاني: يحتوي على الفقرات التي تقيس المتغيرات المستقلة والتابعة في الدراسة.

**أولاً: المتغير المستقل – القيادة التحويلية، ويُقاس من خلال 15 فقرة مقسمة أربعة أبعاد**

رئيسية:

1. التأثير المثالي

2. الدافع الالهامي

3. الاعتبارات الفردية

4. الاستشارة الفكرية

ثانيًا: المتغير التابع – الرعاية الصحية، ويُقاس من خلال (10) فقرة موزعة.

## 16.1 حدود الدراسة:

- حدود موضوعية: تقتصر الدراسة على تحليل أثر القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الدافع الالهامي، الاعتبارات الفردية، الاستشارة الفكرية) على جودة الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية
- حدود مكانية: تُجرى الدراسة على المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية
- حدود زمنية: تم إعداد الدراسة في عام 2025.
- حدود بشرية: تقتصر الحدود البشرية لهذه الدراسة على العاملين في المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية، ممن لديهم ارتباط مباشر بالأعمال الحكومية

## الفصل الثاني: الإطار النظري

### المبحث الأول: القيادة التحويلية وأبعادها

#### 1.1.2 التمهيد

تُعد القيادة أحد أهم العناصر الفاعلة في بناء المنظمات وإدارتها وتطويرها، إذ تمثل الأداة الجوهرية التي من خلالها تُوجَّه الجهود الفردية والجماعية نحو تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة. وقد مر مفهوم القيادة بتطورات متلاحقة مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية التي شهدتها العالم، فانتقلت من النمط التقليدي القائم على السلطة والسيطرة إلى أنماط أكثر إنسانية وتفاعلية تستند إلى الإلهام والتحفيز وبناء الثقة. ومن بين هذه الأنماط الحديثة برزت القيادة التحويلية كنموذج متقدم يسعى إلى إحداث تغيير جوهري في الأفراد والمنظمات على حد سواء.

لقد أصبح هذا النمط القيادي موضع اهتمام واسع في الدراسات الإدارية والنفسية والسلوكية لما يتميز به من قدرة على تحفيز المرؤوسين نحو تحقيق التميز والابتكار، من خلال تبني القيم العليا، وتطوير القدرات الشخصية والمهنية للأفراد، وتحويل بيئة العمل إلى منظومة قائمة على الالتزام والرؤية المشتركة (اليفاعي والسنباني، 2020). وتمثل القيادة التحويلية في السياق الصحي نموذجًا متقدمًا في إدارة الموارد البشرية الطبية والتمريضية، إذ تساهم في خلق ثقافة مؤسسية قائمة على الجودة والمساءلة والتمكين، بما ينعكس مباشرة على جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى والعاملين. (Hussain & Khayat, 2021)

وفي ظل التعقيد المتزايد في الأنظمة الصحية المعاصرة وتزايد التحديات الإدارية والمهنية، أصبحت المستشفيات مطالبة بتبني أنماط قيادية قادرة على التعامل مع التغيير، وتحفيز فرق العمل الطبية والإدارية على تحقيق التكامل بين الجودة والسلامة والكفاءة التشغيلية. ومن هذا المنطلق، تبرز القيادة التحويلية كأحد أهم المحركات التي يمكن أن تضمن الاستجابة الفاعلة لتلك المتغيرات، من خلال إلهام العاملين،

وتحفيزهم نحو الأداء المتميز، وتوظيف قدراتهم الإبداعية بما يتجاوز المصالح الفردية نحو المصلحة التنظيمية العليا (الهميسات والبشاشة، 2020).

وعليه، فإن دراسة القيادة التحويلية في إطار بيئة الرعاية الصحية تمثل مدخلاً علمياً لفهم العلاقة بين خصائص القائد وسلوكياته من جهة، وبين النتائج التنظيمية والإكلينيكية من جهة أخرى، إذ تتيح هذه القيادة فهماً أعمق لكيفية توجيه العاملين نحو تحقيق أهداف الجودة والإتقان في تقديم الخدمات الصحية. (Ystaas et al., 2023)

## 2.1.2 مفهوم القيادة التحويلية

تُعد القيادة التحويلية أحد أهم أنماط القيادة الحديثة التي حظيت باهتمام واسع في الفكر الإداري المعاصر، لما تمثله من انتقال جوهري في مفهوم القيادة من التركيز على الرقابة والتحكم إلى التحفيز والإلهام وإحداث التغيير في سلوك الأفراد. وقد تناولها الباحثون بعدة تعريفات تجمع بين البعدين الإنساني والإداري، وتوضح طبيعتها كمدخل متكامل للتأثير في الأفراد والمنظمات.

أما الشرفات والشورة (2024) فقد أكدوا أن القيادة التحويلية تمثل نمطاً يعتمد على استخدام الذكاء العاطفي والتأثير الإنساني لزيادة الاندماج الوظيفي لدى العاملين وتحقيق الانسجام بين أهداف الفرد والمنظمة، في حين عرّفها خلاف وعبدالظاهر (2023) بأنها الممارسة القيادية التي تهدف إلى تمكين العاملين عبر تفويض الصلاحيات وتوفير بيئة تدعم التفكير الإبداعي، واعتبر الشرايري والزعي (2020) أن القيادة التحويلية هي عملية تطوير مستمرة تهدف إلى تحسين جودة حياة العمل وبناء ثقافة تنظيمية تركز على المشاركة والتميز، وأضاف حموده وخشمان (2021) أن القيادة التحويلية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بتعزيز السلوك الإبداعي لدى العاملين، إذ تتيح لهم مساحة التفكير الحر وتقدير الابتكار.

و تناول Curado و Santos (2022) المفهوم بوصفه مجموعة من السلوكيات القيادية التي تمكن القائد من رفع الأداء والرضا الوظيفي من خلال تحفيز الالتزام المهني، فيما أوضح Alanazi وآخرون (2023) أن القيادة التحويلية في المجال الصحي تمثل قدرة القائد على تحسين جودة الرعاية الصحية عبر التأثير

الإيجابي وبناء الثقة في الفريق التمريضي، وأكد Tsapnidou وآخرون (2024) أن القيادة التحويلية تُمكن المؤسسات الصحية من تحقيق مستويات عالية من الجودة التنظيمية من خلال تنمية القدرات القيادية للأفراد وتحفيزهم نحو التميز، كما أشار Lasrado و Kassem (2021) إلى أن القيادة التحويلية ترتبط ارتباطاً مباشراً بخلق ثقافة تنظيمية تسعى نحو التميز المستمر، في حين يرى Velarde وآخرون (2022) أنها تمثل آلية لربط الذكاء الثقافي بالصحة التنظيمية من خلال الإلهام والتوجيه التشاركي.

ومن خلال استعراض هذه التعريفات، يمكن ملاحظة أن جميعها تشترك في عناصر جوهرية تتمثل في الإلهام، والتحفيز، والتمكين، والتغيير الإيجابي، إلا أن الاختلاف بينها يكمن في زاوية التركيز: فبعض الباحثين ركز على البعد القيمي والأخلاقي، بينما ركز آخرون على التحول في الثقافة التنظيمية أو الأداء المهني.

### 3.1.2 أهمية القيادة التحويلية في بيئة العمل الصحي

تنبع أهمية القيادة التحويلية من كونها أحد أهم المداخل الإدارية الحديثة القادرة على إحداث التحول الإيجابي في المنظمات، خصوصاً تلك التي تعمل في مجالات عالية الحساسية والدقة مثل القطاع الصحي. فبيئة العمل الصحي تتسم بخصائص معقدة تشمل تعدد التخصصات، وضغط العمل، وضرورة اتخاذ قرارات فورية تتعلق بحياة الأفراد، ما يجعل وجود قيادة قادرة على الإلهام والتحفيز والتمكين أمراً حتمياً لضمان جودة الأداء.

ويشير الهميسات والبشباشة (2020) إلى أن أهمية القيادة التحويلية في المؤسسات الصحية تتجلى في قدرتها على تحقيق التكامل بين الأهداف الفردية والتنظيمية، وذلك عبر ثلاثة أبعاد رئيسية:

1. التحفيز المعنوي للعاملين، حيث يسعى القائد التحويلي إلى بناء بيئة عمل مشبعة بالثقة والتقدير، مما يعزز الشعور بالانتماء والولاء للمؤسسة.
2. تعزيز المرونة في مواجهة الأزمات الصحية، إذ يتيح هذا النمط القيادي للعاملين القدرة على التعامل مع المواقف الطارئة بفاعلية وابتكار، بعيداً عن الجمود الإداري.

3. تحقيق التكيف التنظيمي مع التغيرات التقنية والطبية، حيث يسهم القائد التحويلي في ترسيخ ثقافة التعلم المستمر والتطوير الذاتي، مما يرفع من كفاءة المؤسسة وقدرتها على مواكبة المستجدات العلمية.

ويضيف الباحثان أن أهمية القيادة التحويلية لا تقتصر على التأثير في الأفراد فحسب، بل تمتد لتشمل بناء منظومة قيمية تشجع على الالتزام والتميز والإبداع كركائز للنجاح المؤسسي.

كما يرى علي والليمة (2023) أن أهمية القيادة التحويلية في القطاع الصحي تتجاوز حدود الإدارة إلى تحقيق التكامل بين الرؤية الإنسانية والفعالية التشغيلية، وذلك من خلال:

1. تحفيز العاملين على الالتزام بمعايير الجودة والسلامة المهنية عبر تقديم نموذج قيادي قائم على القدوة والتأثير الأخلاقي.
2. تمكين الكوادر التمريضية والإدارية من المشاركة في صنع القرار، مما يعزز الشعور بالمسؤولية ويزيد من الإنتاجية المؤسسية.
3. بناء ثقافة تنظيمية داعمة للتعلم والابتكار تسهم في استدامة التحسين المستمر في الأداء الصحي. ويؤكد الباحثان أن القيادة التحويلية تشكل الأساس في بناء منظمات صحية مرنة وقادرة على الاستجابة الفعالة لتحديات المستقبل الصحي في المملكة العربية السعودية.

ويشير Alanazi وآخرون (2023) إلى أن القيادة التحويلية في بيئة الرعاية الصحية ترتبط مباشرة بجودة الرعاية المقدمة، إذ ينعكس أسلوب القائد التحويلي في الإلهام والتشجيع على سلوك الممرضين والأطباء في تعاملهم مع المرضى، مما يحسن مستوى الخدمة ويزيد من الثقة بين مقدم الخدمة وملتقيا. كما تُمكن هذا النمط من القيادة المؤسسات الصحية من تحقيق التكامل بين الأداء المهني والجودة التنظيمية، باعتباره يرسخ ثقافة مشتركة قائمة على الالتزام والمساءلة المهنية.

يرى الباحث أن القيادة التحويلية تمثل منهجًا قياديًا شاملاً يسعى إلى إحداث تغيير جذري في الأفراد والمنظمات من خلال التأثير الفكري والتحفيز المعنوي والتمكين المؤسسي، وأن جوهرها يكمن في قدرة القائد على توجيه العاملين نحو رؤية استراتيجية مشتركة تعكس قيم الالتزام والجودة والابتكار.

#### 4.1.2 أهداف القيادة التحويلية

تسعى القيادة التحويلية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف التي تتجاوز الإطار الإداري التقليدي لتصل إلى بناء ثقافة تنظيمية قائمة على الإبداع والمشاركة والالتزام بالقيم المؤسسية. فهي لا تركز فقط على إنجاز المهام أو تحقيق الأهداف التشغيلية قصيرة المدى، بل تمتد لتشمل تطوير الأفراد والمؤسسات على المستويين المعرفي والسلوكي بما يضمن استدامة النجاح التنظيمي. وفي بيئة العمل الصحي، تتجلى أهمية هذه الأهداف في تمكين القادة من إحداث التغيير المطلوب لتحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز الكفاءة التشغيلية.

ويشير اليفاعي والسنباني (2020) إلى أن القيادة التحويلية تهدف إلى تحقيق التغيير التنظيمي الشامل من خلال التركيز على ثلاثة محاور رئيسية:

1. تطوير الأفراد والكوادر البشرية عبر تشجيعهم على التعلم المستمر واكتساب مهارات جديدة تسهم في تحسين الأداء الصحي والإداري.
2. تعزيز الرؤية المستقبلية للمؤسسة بحيث تصبح أهدافها الاستراتيجية واضحة ومشتركة بين جميع العاملين، مما يخلق الانسجام والالتزام الجماعي.
3. تحقيق التحول الثقافي من ثقافة التبعية والامتثال إلى ثقافة المبادرة والإبداع، بما يعزز القدرة المؤسسية على مواجهة التحديات.

ويؤكد الباحثان أن هذه الأهداف تمثل جوهر القيادة التحويلية في المؤسسات الخدمية، إذ تسعى إلى خلق بيئة عمل محفزة تسودها الثقة والانتماء.

ويرى الهميسات والبشاشة (2020) أن القيادة التحويلية تستهدف في جوهرها تحفيز العاملين وتوجيه طاقاتهم نحو التميز من خلال:

1. إلهام المرؤوسين لتحقيق الأهداف التنظيمية العليا عبر ربط الجهود الفردية بالمصالح الجماعية للمؤسسة.
  2. إطلاق القدرات الابتكارية لدى الأفراد بتشجيعهم على التفكير النقدي والإبداعي في حل المشكلات.
  3. بناء الالتزام المهني والأخلاقي كركيزة أساسية لتحقيق الفاعلية التنظيمية والاستدامة المؤسسية.
- ويضيف الباحثان أن هذه الأهداف تجعل القيادة التحويلية أداة فاعلة في تطوير مناخ تنظيمي يدعم الابتكار والإنتاجية ويحد من مقاومة التغيير داخل المستشفيات.

## 5.1.2 أبعاد القيادة التحويلية

تم تحديد أبعاد القيادة التحويلية بناءً على ما توصلت إليه دراسات باس وأفوليو التي تناولها عدد من الباحثين العرب والأجانب في أطروهم النظرية مثل) الهميسات والبشاشة، 2020؛ اليفاعي والسنباني، 2020؛ الشرفات والشورة، 2024؛ Alanazi وآخرون، 2023؛ Tsapnidou وآخرون، 2024. (وقد اتفق هؤلاء الباحثون على أن القيادة التحويلية تتكون من أربعة أبعاد رئيسة تمثل مجتمعة الإطار السلوكي والمعرفي الذي يميز القائد التحويلي عن غيره، وهي: التأثير المثالي، الدافع الإلهامي، الاعتبارات الفردية، والاستثارة الفكرية، هذه الأبعاد لا تعمل بمعزل عن بعضها، بل تتكامل لتشكل نموذجًا قياديًا قادرًا على تحقيق التغيير الإيجابي المستدام في الأفراد والمنظمات.

### أولاً: التأثير المثالي (Idealized Influence)

يُعد التأثير المثالي الركيزة الجوهرية للقيادة التحويلية، إذ يمثل البعد الذي يُكسب القائد احترام العاملين وثقتهم، ويجعله قدوة يُحتذى بها في السلوك والقيم المهنية، يشير الهميسات والبشاشة (2020) إلى أن القائد التحويلي يُمارس التأثير المثالي من خلال الالتزام بالمعايير الأخلاقية العالية، والتصرف بعدالة وشفافية، مما يعزز مصداقيته في نظر العاملين، ويرى اليفاعي والسنباني (2020) أن هذا التأثير يقوم على

قدرة القائد على تجسيد القيم المؤسسية في سلوكياته اليومية، بحيث يتحول من مجرد مشرف إلى نموذج يُحفّز الآخرين على الاقتداء به.

وفي المؤسسات الصحية، يبرز التأثير المثالي في قدرة القائد الطبي أو الإداري على تمثيل القيم المهنية مثل العدالة والرحمة والانضباط أمام فريق العمل، مما يعزز الالتزام الجماعي بمعايير الجودة والرعاية الأخلاقية. ويشير Alanazi وآخرون (2023) إلى أن التأثير المثالي يسهم في رفع جودة الرعاية الصحية من خلال بناء الثقة بين القائد وفريق التمريض، مما يؤدي إلى تحسين الأداء وتقليل الأخطاء الطبية، كما يوضح Lasrado وKassem (2021) أن هذا البعد يعزز ثقافة التميز المؤسسي لأنه يخلق قدوة قيادية تُرسخ الولاء والانتماء داخل المنظمة.

إذن، يتمثل جوهر هذا البعد في أن القائد التحويلي لا يفرض القيم التنظيمية بالأوامر، بل يُجسّدها عملياً، فيصبح مصدر إلهام وتحفيز للآخرين على الالتزام والسلوك المهني الراقى.

#### ثانياً: الدافع الإلهامي (Inspirational Motivation)

يمثل الدافع الإلهامي البعد الذي يُعبّر عن قدرة القائد على تحفيز العاملين عبر بث الحماس والتفاؤل، وإشراكهم في تبني رؤية مستقبلية واضحة للمؤسسة، ويشير الحقييل وعبابنة (2021) إلى أن القائد التحويلي يُمارس هذا البعد من خلال التعبير عن أهداف المنظمة بلغة ملهمة تشجع العاملين على تجاوز حدود الأداء التقليدي. بينما يرى عابدين والشبلي (2024) أن الدافع الإلهامي يسهم في بناء ثقافة تنظيمية قائمة على الطموح الجماعي والإيمان بقدرة الفريق على التغيير، مما يزيد من انخراط الأفراد في تحقيق الأهداف المشتركة.

ويضيف المومني والمحاسنة (2024) أن هذا النوع من التحفيز يتجسد في قدرة القائد على تحويل الأهداف التنظيمية إلى معاني إنسانية وقيمية، بحيث يشعر العاملون بأنهم جزء من رسالة أكبر تتجاوز حدود الوظيفة. وفي سياق المستشفيات، يشير Curado وSantos (2022) إلى أن القادة التحويليين في

القطاع الصحي يستخدمون التواصل الإيجابي والإلهام اللفظي كوسيلة لتحفيز الطواقم الطبية على مواجهة تحديات العمل وضغوطه النفسية.

ويرى Tsapnidou وآخرون (2024) أن الدافع الإلهامي في المؤسسات الصحية يرتبط ارتباطاً مباشراً برفع جودة الخدمات الصحية من خلال تعزيز الالتزام الداخلي لدى العاملين. فكلما ازداد شعورهم بأن أهدافهم الفردية متوافقة مع أهداف المؤسسة، زاد عطاؤهم وإنتاجهم.

إجمالاً، فإن هذا البعد يجعل القائد منارة توجيهية تُلهم العاملين للالتزام بالتميز والإبداع، وتُحوّل بيئة العمل إلى فضاءٍ من الحماس والانتماء والالتزام الجماعي.

### ثالثاً: الاعتبارات الفردية (Individualized Consideration)

يركز هذا البعد على الجانب الإنساني في العلاقة بين القائد ومرؤوسيه، حيث يتعامل القائد التحويلي مع كل فرد على أنه كيان فريد له احتياجاته وطموحاته الخاصة، يرى الشرفات والشورة (2024) أن الاعتبارات الفردية تمثل جوهر القيادة الإنسانية، إذ يسعى القائد إلى دعم العاملين نفسياً ومهنيًا وتقديم الإرشاد والتوجيه المناسب لهم، ويؤكد خلاف وعبدالظاهر (2023) أن هذا البعد ينعكس في ممارسات القائد التحويلي من خلال الاستماع الفعّال، والتغذية الراجعة، وتفويض الصلاحيات، بما يُشعر العاملين بأهميتهم في تحقيق الأهداف التنظيمية.

وفي بيئة العمل الصحي، تُعد هذه الاعتبارات ذات أهمية خاصة، نظرًا لما يعانيه العاملون في المستشفيات من ضغوط مهنية ونفسية كبيرة، فالقائد التحويلي الذي يراعي الفروق الفردية ويقدم الدعم المناسب يساهم في رفع الروح المعنوية والرضا الوظيفي ويقلل من معدلات الإرهاق المهني (Hussain & Khayat, 2021). كما يشير Alanazi وآخرون (2023) إلى أن هذا البعد يُحسّن بيئة العمل في أقسام التمريض، إذ يعزز التواصل الإنساني بين الإدارة والعاملين ويزيد من ولائهم المؤسسي.

ويرى Velarde وآخرون (2022) أن الاعتبارات الفردية تمثل نقطة التقاء بين الذكاء العاطفي والقيادة الفاعلة، حيث يُظهر القائد التحويلي حسًا عاليًا بالتعاطف والتقدير، مما يدعم المناخ التنظيمي الصحي.

من ثم، فإن الاعتبارات الفردية لا تعني مجرد المجاملة أو اللين الإداري، بل تمثل استراتيجية قيادية لبناء رأس مال بشري مخلص ومبدع قادر على مواجهة التحديات وتحقيق أهداف الجودة والاستدامة.

#### رابعًا: الاستثارة الفكرية (Intellectual Stimulation)

تُعبر الاستثارة الفكرية عن بُعدٍ قيادي يُحفّز العاملين على التفكير الإبداعي وتشجيعهم على البحث عن حلول مبتكرة للمشكلات التنظيمية. يوضح حموده وخشمان (2021) أن القائد التحويلي يسعى من خلال هذا البعد إلى تحريك القدرات العقلية الكامنة لدى العاملين عبر إشراكهم في تحليل المشكلات واتخاذ القرارات، مما يعزز ملكاتهم النقدية والإبداعية. ويضيف الشرايري والزعي (2020) أن الاستثارة الفكرية تُعدّ وسيلة لإطلاق الطاقات الابتكارية داخل المنظمة من خلال توفير بيئة تسمح بطرح الأفكار الجديدة دون خوف من الفشل أو العقاب.

وفي القطاع الصحي، يبرز هذا البعد في سلوك القائد الذي يُشجع العاملين على التفكير في تحسين إجراءات العمل وتبسيط العمليات التشغيلية، بما يساهم في رفع جودة الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء المهنية (Tsapnidou وآخرون، 2024). كما يرى Curado و Santos (2022) أن هذا النوع من التحفيز الفكري يساهم في تعزيز التعلم التنظيمي والتطوير المستمر للكوادر الصحية، مما يرفع من كفاءة المؤسسة وقدرتها على التكيف مع التغيرات التكنولوجية والطبية.

أما Lasrado و Kassem (2021) فيؤكدان أن الاستثارة الفكرية تُعزز ثقافة الابتكار داخل المؤسسات، لأنها تربط بين القيادة والتفكير النقدي، وتشجع العاملين على إعادة النظر في الأساليب التقليدية.

وبذلك، تمثل الاستشارة الفكرية الوقود الذهني الذي يدفع المؤسسة نحو التحسين المستمر، إذ تُحوّل بيئة العمل إلى مختبر دائم للأفكار الإبداعية والابتكار المهني، مما يضمن تحقيق التميز والجودة في الرعاية الصحية.

من خلال تحليل الأبعاد الأربعة السابقة، يرى الباحث أن القيادة التحويلية تجسد نموذجاً متكاملاً للقيادة الحديثة التي تجمع بين القيم الأخلاقية والتحفيز المعنوي والتمكين الفكري. فالتأثير المثالي يرسخ القدوة، والدافع الإلهامي يُحفّز الرؤية والطموح، والاعتبارات الفردية تُعزز الانتماء الإنساني، والاستشارة الفكرية تُولّد الابتكار والتجديد.

## المبحث الثاني: جودة الرعاية الصحية

### 1.2.2 التمهيد

تُعد جودة الرعاية الصحية من القضايا الجوهرية التي تحتل موقعًا محوريًا في سياسات وإستراتيجيات النظم الصحية الحديثة، إذ تمثل المعيار الأساسي الذي يُقاس به مدى كفاءة المؤسسات الصحية وقدرتها على تلبية احتياجات المرضى والمجتمع. فمع تزايد التحديات التنظيمية والتقنية، أصبحت الجودة عنصرًا حاسمًا في بقاء المستشفيات وتحقيق تنافسيتها، خاصة في ظل توجه المملكة العربية السعودية نحو تحقيق مستهدفات رؤية 2030 التي أكدت على تطوير القطاع الصحي ورفع مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين والمقيمين.

وتُعتبر جودة الرعاية الصحية انعكاسًا مباشرًا لمستوى القيادة والإدارة داخل المؤسسات الصحية، إذ تتطلب توافر أنماط قيادية قادرة على تحقيق التكامل بين الأداء المهني والقيم الإنسانية، وتفعيل ثقافة التحسين المستمر في العمليات والخدمات، كما أن تحسين الجودة لا يتحقق فقط من خلال تطبيق المعايير الطبية، بل أيضًا عبر تطوير بيئة العمل، وتحفيز العاملين، وتعزيز ثقافة المساءلة والشفافية، وهي مكونات ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالقيادة التحويلية بوصفها نموذجًا إداريًا متكاملًا لتوجيه السلوك التنظيمي نحو الجودة والتميز.

### 2.2.2 مفهوم جودة الرعاية الصحية

حظي مفهوم جودة الرعاية الصحية باهتمام واسع من الباحثين نظرًا لتعدد أبعاده وتشعب مكوناته، حيث يختلف تعريفه باختلاف المنظور الذي يتم تناوله منه، سواء كان إداريًا، أو طبيًا، أو تنظيميًا.

ويشير Hussain و Khayat (2021) إلى أن جودة الرعاية الصحية تمثل مدى قدرة الخدمات الصحية على تلبية توقعات المرضى وتحقيق رضاهم من خلال تقديم رعاية آمنة وفعالة ومبنية على الأدلة

العلمية. ويؤكد الباحثان أن هذا المفهوم لا يقتصر على مستوى الأداء الطبي، بل يشمل جودة الاتصال، وسرعة الاستجابة، والالتزام بالمعايير الأخلاقية.

ويرى Ystaas وآخرون (2023) أن جودة الرعاية الصحية تُقاس من خلال مدى كفاءة بيئة العمل التمريضية وتأثير القيادة على مخرجات المرضى، حيث تُظهر النتائج أن وجود قيادة فعالة يساهم في خلق مناخ تنظيمي داعم يعزز الأداء الفردي والجماعي ويقلل من معدلات الأخطاء الطبية. ويضيفون أن الجودة تُعد منظومة متكاملة تجمع بين المهارة المهنية والبيئة النفسية والقيادة التحفيزية.

ويعرف Alanazi وآخرون (2023) جودة الرعاية الصحية بأنها القدرة المستمرة للمؤسسات الصحية على تقديم خدمات تلبي احتياجات المرضى وفق معايير علمية دقيقة، مع ضمان الكفاءة والفعالية في استخدام الموارد المتاحة. ويؤكدون أن الجودة لا يمكن تحقيقها بمعزل عن مشاركة العاملين وتمكينهم من اتخاذ القرار بما يعزز التفاعل الإيجابي داخل المؤسسة.

كما يوضح Tsapnidou وآخرون (2024) أن جودة الرعاية الصحية ليست مجرد ناتج للإجراءات الطبية، بل هي عملية ديناميكية تركز على التحسين المستمر في الأداء المؤسسي وتشمل الجوانب السريرية والتنظيمية والإدارية. ويشيرون إلى أن العلاقة بين القيادة التحويلية وجودة الرعاية الصحية علاقة سببية تقوم على تمكين الأفراد وتعزيز ثقافة العمل الجماعي والابتكار.

ويضيف KS وآخرون (2023) أن جودة الرعاية الصحية ترتبط ارتباطاً مباشراً برضا المرضى عن الخدمات المقدمة، حيث تمثل نتيجة نهائية لمجموعة من الممارسات التنظيمية التي تبدأ من التخطيط وتستمر حتى تقديم الخدمة ومتابعتها.

أما Curado و Santos (2022) فيعرفان الجودة الصحية بأنها القدرة على تحقيق التوازن بين الكفاءة التشغيلية والبعد الإنساني للرعاية الصحية، إذ يُنظر إلى الجودة من منظور شمولي يشمل الأداء الفني، التواصل الفعال، والنتائج الصحية للمريض.

ويرى Al-Thawabiya وآخرون (2023) أن جودة الرعاية الصحية تُبنى على أربعة عناصر رئيسية: الأمان، الفعالية، التركيز على المريض، والكفاءة، وهي المعايير التي ينبغي أن تلتزم بها المؤسسات الصحية لضمان استدامة الأداء.

من خلال تحليل التعريفات السابقة، يرى الباحث أن جودة الرعاية الصحية هي منظومة متكاملة من العمليات والإجراءات والممارسات التنظيمية التي تهدف إلى تقديم خدمات صحية آمنة، فعالة، إنسانية، ومتسقة مع المعايير المهنية الدولية، بحيث تضمن تحقيق رضا المرضى ورفع كفاءة استخدام الموارد.

### 3.2.2 أهمية جودة الرعاية الصحية

تكتسب جودة الرعاية الصحية أهمية بالغة في ضوء التغيرات المتسارعة التي يشهدها القطاع الصحي، سواء من حيث التطور التكنولوجي أو ازدياد متطلبات المستفيدين وتوقعاتهم، فالجودة تمثل المعيار الحقيقي الذي يُقاس به نجاح الأنظمة الصحية في تحقيق أهدافها الاستراتيجية المتمثلة في تحسين صحة المجتمع، وضمان سلامة المرضى، وتعزيز كفاءة الأداء المؤسسي، كما أن المؤسسات الصحية التي لا تضع الجودة ضمن أولوياتها التنظيمية تفقد قدرتها على المنافسة، وتتعرض لانخفاض ثقة المستفيدين بها. ومن ثم، أصبحت الجودة اليوم شرطاً أساسياً لاستدامة المؤسسات الصحية، وليست مجرد ميزة تنافسية إضافية.

ويشير Alanazi وآخرون (2023) إلى أن أهمية جودة الرعاية الصحية تنبع من كونها تمثل الركيزة الرئيسة لسلامة المرضى وتحقيق نتائج علاجية فعالة، إذ إن تطبيق مبادئ الجودة يساهم في تقليل الأخطاء الطبية، ورفع كفاءة الكوادر التمريضية والإدارية، وتحسين بيئة العمل داخل المستشفيات، كما يؤكد الباحثون أن الجودة تخلق مناخاً تنظيمياً إيجابياً يُشجع العاملين على الالتزام بمعايير الأداء المهني، مما يعزز الثقة بين المؤسسة والمجتمع.

ويرى Ystaas وآخرون (2023) أن أهمية جودة الرعاية الصحية تتجلى في ثلاثة محاور مترابطة:

1. تحسين مخرجات المرضى من خلال تطبيق بروتوكولات علاجية مبنية على الأدلة العلمية، مما يقلل من معدلات المضاعفات والأخطاء السريرية.
2. رفع كفاءة بيئة العمل التمريضية عبر تحسين الاتصال والتعاون بين أعضاء الفريق الصحي، وهو ما يؤدي إلى زيادة الإنتاجية والرضا الوظيفي.
3. تعزيز الثقة المجتمعية في النظام الصحي من خلال ضمان العدالة في تقديم الخدمات وتحقيق الشفافية في التعامل مع المرضى.

ويشير الباحثون إلى أن المؤسسات التي تركز على الجودة قادرة على بناء علاقة طويلة الأمد مع المرضى تقوم على الثقة والاحترام المتبادل، وهو ما يُعدّ عنصرًا جوهريًا في استدامة القطاع الصحي.

#### 4.2.2 تحديات جودة الرعاية الصحية

تواجه المؤسسات الصحية في العصر الحديث مجموعة من التحديات التي تعيق تحقيق مستويات عالية من جودة الرعاية الصحية، سواء على المستوى التنظيمي أو التقني أو البشري، هذه التحديات تزداد تعقيدًا في ظل التغيرات السريعة في أنظمة الرعاية الصحية، وتطور التكنولوجيا الطبية، وارتفاع توقعات المرضى، كما أن تطبيق معايير الجودة في المستشفيات يتطلب توافر بيئة قيادية داعمة وثقافة تنظيمية قائمة على التحسين المستمر، وهي شروط يصعب تحقيقها في العديد من المؤسسات العامة ذات الهياكل البيروقراطية الصارمة.

ويشير Alanazi وآخرون (2023) إلى أن من أبرز التحديات التي تواجه جودة الرعاية الصحية نقص الكوادر المؤهلة وضعف القيادة التحفيزية، إذ يؤثر ذلك على مستوى الالتزام بمعايير السلامة وجودة الخدمة، ويضيف الباحثون أن غياب التدريب المستمر، وضعف الاتصال بين المستويات الإدارية، يؤديان إلى تدني جودة الأداء وزيادة معدل الأخطاء الطبية، كما أن الضغط الزمني وكثافة المرضى يسهمان في تراجع مستوى المتابعة الفردية للحالات، وهو ما يقلل من قدرة الكادر الطبي على تقديم رعاية شخصية فعّالة.

ويرى Ystaas وآخرون (2023) أن التحدي الأكبر في تحقيق الجودة الصحية يتمثل في تحسين بيئة العمل التمريضية التي تعد أحد المحركات الأساسية للأداء الصحي، فبيئات العمل التي تفتقر إلى الدعم الإداري والتواصل الفعال تؤدي إلى ارتفاع مستويات الإرهاق المهني وانخفاض رضا الممرضين، مما ينعكس سلبًا على جودة الرعاية المقدمة للمرضى، كما أن محدودية الموارد البشرية تؤدي إلى زيادة الأعباء التشغيلية، وتحد من قدرة المؤسسات على تطبيق الممارسات المثلى في الرعاية.

أما Hussain و Khayat (2021) فيؤكدان أن من بين أهم التحديات المرتبطة بجودة الرعاية الصحية ضعف الالتزام التنظيمي وتفاوت المعايير المهنية بين العاملين، مما يؤدي إلى اختلاف في مستويات الخدمة داخل نفس المؤسسة، كما يشير إلى أن بعض المستشفيات تعاني من فجوة بين السياسات المكتوبة والممارسات الفعلية، حيث لا يتم تطبيق الإجراءات الرقابية على نحو كافٍ، الأمر الذي يضعف الثقة المؤسسية ويقلل من كفاءة نظام الجودة.

ويضيف Curado و Santos (2022) أن أحد التحديات الجوهرية هو غياب التكامل بين الأقسام الطبية والإدارية، إذ يؤدي الفصل بين الجوانب الفنية والتنظيمية إلى ضعف التنسيق وتكرار الإجراءات. كما يوضحان أن أنظمة الرعاية التي لا تمتلك قادة تحويليين يعززون ثقافة التعاون تفشل غالبًا في تحقيق التحسين المستمر في الأداء، ويرى الباحثان أن تحديات الجودة ليست ناتجة فقط عن نقص الموارد، بل عن ضعف الرؤية الاستراتيجية في إدارة التغيير داخل المؤسسات الصحية.

## الفصل الثالث: منهجية الدراسة

### 1.3 مقدمة

توضح منهجية الدراسة الخطوات العلمية التي اتباعها الباحث في تحديد نوع المنهج، وتصميم الأداة، وتحديد المجتمع والعينة، وأساليب جمع وتحليل البيانات بهدف تحقيق أهداف الدراسة والتحقق من فرضياتها. ويهدف هذا الفصل إلى عرض الإجراءات المنهجية التي تضمن دقة النتائج وموثوقية الاستنتاجات.

### 2.3 منهج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه الإطار العلمي الأنسب لتحليل العلاقة بين متغيرين رئيسيين هما: القيادة التحويلية بأبعادها الأربعة (التأثير المثالي، الدافع الإلهامي، الاعتبارات الفردية، والاستثارة الفكرية) من جهة، وجودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية من جهة أخرى. يقوم هذا المنهج على جمع البيانات الميدانية من الواقع الفعلي للمؤسسات الصحية، وتحليلها بطريقة علمية ممنهجة بغرض وصف الظاهرة المدروسة كما هي في بيئتها الطبيعية، وتفسير العلاقات بين متغيراتها بهدف الوصول إلى استنتاجات يمكن تعميمها على المجتمع الأصلي.

ويعد المنهج الوصفي التحليلي مناسباً في الدراسات الإدارية التي تبحث أثر المتغيرات السلوكية والتنظيمية، لما يوفره من قدرة على وصف الظواهر بدقة، وقياس اتجاهات الأفراد وآرائهم، وتحليل العلاقات الإحصائية بين المتغيرات، كما يسمح بتطبيق أدوات كمية مثل الاستبانة واستخدام البرامج الإحصائية لاختبار الفرضيات، مما يعزز من الموضوعية والدقة في التفسير.

### 3.3 مجتمع وعينة الدراسة

## أولاً: مجتمع الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، وتشمل الفئات المستهدفة الأطباء، الممرضين، والفنيين، والإداريين العاملين في بيئة الرعاية الصحية الحكومية. يبلغ عدد المستشفيات الحكومية في المملكة وفقاً لتقارير وزارة الصحة لعام 2024 نحو 287 مستشفى حكومياً موزعة على مختلف المناطق الإدارية، ويعمل بها ما يزيد عن 285 ألف موظف في مختلف التخصصات الصحية والإدارية.

يمثل هذا المجتمع بيئة مثالية لتطبيق الدراسة الحالية، نظراً لكون المستشفيات الحكومية تمثل الركيزة الأساسية لتقديم الخدمات الصحية في المملكة، إضافة إلى اعتمادها على أنظمة إدارية هرمية تخضع لتأثير أساليب القيادة التنظيمية. كما أن حجم القوى العاملة الكبير وتنوعها الوظيفي يتيح قياس أثر القيادة التحويلية على جودة الرعاية الصحية بدقة، مع إمكانية تعميم النتائج على مؤسسات القطاع الصحي العام.

## ثانياً: عينة الدراسة

نظراً لضخامة حجم المجتمع وصعوبة شمول جميع أفرادها، استخدم الباحث الطريقة الطبقية العشوائية في اختيار العينة، بحيث تم تقسيم المجتمع إلى فئات (أطباء - ممرضين - فنيين - إداريين) ثم اختيار عينة عشوائية من كل فئة بما يتناسب مع حجمها النسبي في المستشفيات الحكومية.

بلغ حجم العينة النهائي (300) مفردة (من العاملين في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، وهي تمثل النسبة الإحصائية المقبولة التي تضمن تمثيلاً كافياً لمجتمع الدراسة، وفقاً لجدول Krejcie & Morgan (1970) لتحديد حجم العينة المناسب للمجتمعات الكبيرة.

توزعت العينة كما يلي:

- الأطباء 60: مشاركاً (بنسبة 20%).

- الممرضون 120: مشاركًا (بنسبة 40%).
- الفنيون الصحيون 60: مشاركًا (بنسبة 20%).
- الإداريون 60: مشاركًا (بنسبة 20%).

تم جمع البيانات من خلال استبانة إلكترونية تم توزيعها عبر البريد الرسمي للمستشفيات، إلى جانب استبيانات ورقية سلمت مباشرة إلى إدارات التمريض والإدارات الطبية. وبعد مراجعة الاستجابات، تم اعتماد 290 استبانة صالحة للتحليل الإحصائي، واستبعد 10 استبانات غير مكتملة لعدم استيفائها معايير الصلاحية الإحصائية.

### 4.3 أداة الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات الميدانية من عينة العاملين في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض. وقد تم تصميم الاستبانة بصورة علمية دقيقة استنادًا إلى الدراسات السابقة التي تناولت موضوع القيادة التحويلية وجودة الرعاية الصحية، مثل دراسات (Hussain & Khayat, 2021; Alanazi et al., 2023; Ystaas et al., 2023; Tsapnidou et al., 2024)؛ وذلك لضمان شمولها لجميع الأبعاد المتعلقة بمتغيرات الدراسة.

### 5.3 تصميم الاستبانة

تكونت الاستبانة من ثلاثة أقسام رئيسة على النحو الآتي:

1. القسم الأول: البيانات الديموغرافية ويهدف هذا القسم إلى التعرف على الخصائص العامة للمستجيبين، مثل (النوع، العمر، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، طبيعة العمل). وقد استخدمت هذه البيانات لوصف خصائص العينة وتفسير الفروق المحتملة بين إجاباتهم.

2. القسم الثاني: أسئلة القيادة التحويلية احتوى هذا القسم على 16)فقرة (موزعة على أربعة أبعاد رئيسة، كل بُعد يتضمن 4) فقرات (كما يلي:

- التأثير المثالي (الأسئلة 1-4): يقيس مدى تمثيل القائد للقنود الإيجابية والنزاهة التنظيمية.
- الدافع الإلهامي (الأسئلة 5-8): يقيس قدرة القائد على تحفيز العاملين وتشجيعهم على الالتزام بالأهداف المشتركة.
- الاعتبارات الفردية (الأسئلة 9-12): تركز على اهتمام القائد بالفروق الفردية وتنمية مهارات الأفراد.
- الاستثارة الفكرية (الأسئلة 13-16): تقيس مدى تشجيع القائد على الابتكار والتفكير النقدي لحل المشكلات.

تمت صياغة فقرات هذا القسم بالاعتماد على دراسات الحقيـل وعبابنة (2021) و Hussain & Khayat (2021) بعد تعديلها لتلائم البيئة السعودية الصحية.

3. القسم الثالث: أسئلة جودة الرعاية الصحية شمل هذا القسم 10) فقرات (تقيس مدى تطبيق مبادئ الجودة في الخدمات الصحية وفق أبعادها الأساسية (الأمان، الكفاءة، الفاعلية، الاستجابة لاحتياجات المرضى، التحسين المستمر). وقد استند تصميمه إلى الدراسات الحديثة في مجال الجودة الصحية مثل Alanazi et al. (2023) و Tsapnidou et al. (2024).

### 6.3 صدق الأداة

تم التحقق من صدق أداة الدراسة باستخدام نوعين من الصدق:

1. صدق المحكمين (Content Validity): عُرضت الاستبانة على لجنة مكونة من خمسة محكمين أكاديميين من أساتذة الإدارة الصحية والسلوك التنظيمي في الجامعات السعودية، وذلك للتأكد من مدى ملاءمة الفقرات لأهداف الدراسة ودقتها في قياس المفاهيم النظرية للقيادة التحويلية وجودة الرعاية الصحية. أقر المحكمون أن معظم الفقرات مناسبة، مع بعض التعديلات اللفظية البسيطة

لتحسين وضوح المعنى، وتم اعتماد النسخة النهائية بعد إجراء التعديلات المقترحة، مما يؤكد صدق المحتوى للأداة.

2. **الصدق التركيبي (Construct Validity)** تم اختبار الصدق التركيبي باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي (Exploratory Factor Analysis) عبر برنامج SPSS، للتحقق من أن فقرات كل بُعد ترتبط فعلاً بالبعد النظري الذي تنتمي إليه. بلغت قيمة Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) لقياس ملائمة العينة للتحليل العاملي (0.902)، وهي قيمة مرتفعة تشير إلى كفاية العينة، كما أظهر اختبار Bartlett's Test of Sphericity دلالة معنوية عند مستوى (Sig = 0.000)، مما يؤكد أن مصفوفة الارتباط مناسبة للتحليل العاملي.

وأظهرت النتائج أن الفقرات الأربعة لكل بُعد من أبعاد القيادة التحويلية تجمعت ضمن مكون واحد، ما يدعم البناء النظري للأداة ويؤكد صدقها التركيبي العالي.

### 7.3 مصفوفة الارتباط (Correlation Matrix)

تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد متغير القيادة التحويلية الأربعة للتحقق من الاتساق الداخلي للعلاقة بينها، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (1) مصفوفة الارتباط (Correlation Matrix)

| الأبعاد            | التأثير المثالي | الدافع الإلهامي | الاعتبارات الفردية | الاستثارة الفكرية |
|--------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| التأثير المثالي    | 1               | 0.812**         | 0.784**            | 0.758**           |
| الدافع الإلهامي    | 0.812**         | 1               | 0.803**            | 0.771**           |
| الاعتبارات الفردية | 0.784**         | 0.803**         | 1                  | 0.795**           |
| الاستثارة الفكرية  | 0.758**         | 0.771**         | 0.795**            | 1                 |

(\*\*) دالة إحصائية عند مستوى 0.01

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط بين أبعاد القيادة التحويلية تراوحت بين (0.758 – 0.812) وجميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية وإيجابية بين الأبعاد الأربعة.

### 8.3 ثبات الأداة (Reliability of the Instrument)

للتأكد من مدى ثبات أداة الدراسة، أي مدى اتساقها الداخلي واستقرار نتائجها في حال إعادة تطبيقها على نفس الأفراد في ظروف مشابهة، استخدم الباحث معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، الذي يُعد من أكثر الأساليب الإحصائية شيوعاً لقياس الثبات في الدراسات الميدانية التي تعتمد على مقياس ليكرت الخماسي.

وقد تم حساب معاملات الثبات لكل بُعد من أبعاد القيادة التحويلية، إضافة إلى المتغير التابع (جودة الرعاية الصحية)، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (2) ثبات الأداة (Reliability of the Instrument)

| البعد                 | عدد الفقرات | معامل كرونباخ ألفا ( $\alpha$ ) |
|-----------------------|-------------|---------------------------------|
| التأثير المثالي       | 4           | 0.918                           |
| الدافع الإلهامي       | 4           | 0.904                           |
| الاعتبارات الفردية    | 4           | 0.886                           |
| الاستثارة الفكرية     | 4           | 0.899                           |
| القيادة التحويلية ككل | 16          | 0.934                           |
| جودة الرعاية الصحية   | 10          | 0.915                           |
| إجمالي الاستبانة      | 26          | 0.940                           |

تشير قيم كرونباخ ألفا جميعها إلى مستوى ثبات مرتفع، إذ تجاوزت جميع القيم الحد الأدنى المقبول علمياً وهو 0.70، بل اقترب معظمها من مستوى 0.90، وهو ما يدل على اتساق داخلي قوي بين فقرات كل بُعد وقدرتها على قياس المفهوم ذاته بشكل موثوق.

### 9.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة

تم تحليل البيانات المجمعة من الاستبانات باستخدام برنامج (SPSS الإصدار 26)، وهو أحد البرامج الإحصائية المعتمدة في الدراسات الأكاديمية للتحليل الكمي للبيانات الاجتماعية والإدارية.

#### الأساليب الإحصائية الوصفية

استخدمت الأساليب الوصفية لتلخيص خصائص البيانات وتقديم صورة واضحة عن العينة ومتغيرات الدراسة، وشملت ما يلي:

1. التكرارات والنسب المئوية: لوصف المتغيرات الديموغرافية (النوع، العمر، المؤهل، سنوات الخبرة، الوظيفة).
2. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لقياس مستوى استجابات المشاركين تجاه فقرات أبعاد القيادة التحويلية وجودة الرعاية الصحية.
3. معامل الالتواء والتفطح: للتحقق من توزيع البيانات ومدى توافقها مع التوزيع الطبيعي، وهو شرط أساسي لاستخدام الاختبارات الإحصائية الاستدلالية اللاحقة.

#### الأساليب الإحصائية الاستدلالية

لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها الرئيسية والفرعية، استخدمت التحليلات الاستدلالية التالية:

1. معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لقياس قوة واتجاه العلاقة بين أبعاد القيادة التحويلية الأربعة من جهة، وجودة الرعاية الصحية من جهة أخرى. وقد مكن هذا الاختبار من تحديد ما إذا كانت العلاقات إيجابية ودالة إحصائيًا.
2. تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression) لاختبار الفرضية الرئيسة التي تنص على وجود أثر دال إحصائيًا للقيادة التحويلية بأبعادها المختلفة على جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية.

## الفصل الرابع: تحليل البيانات واختيار الفرضيات

### 1.4 مقدمة

يهدف هذا الفصل إلى عرض النتائج الإحصائية التي تم التوصل إليها من خلال تحليل بيانات الاستبانات التي جُمعت من أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (290) مفردة من العاملين في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض.

ويُعرض هذا الفصل بصورة منهجية تبدأ بوصف خصائص العينة، ثم تحليل المتغيرات محل الدراسة، وأخيرًا اختبار الفرضيات وتفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

### 2.4 الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

يُبين الجدول التالي التوزيع الإحصائي لعينة الدراسة وعددها (290) مفردة (من العاملين في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، وذلك وفق المتغيرات الديموغرافية الرئيسة: الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي).

الجدول (3) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

| المتغير | الفئة                   | العدد | النسبة المئوية |
|---------|-------------------------|-------|----------------|
| الجنس   | ذكر                     | 164   | 56.6%          |
|         | أنثى                    | 126   | 43.4%          |
| العمر   | أقل من 30 سنة           | 54    | 18.6%          |
|         | من 30 إلى أقل من 40 سنة | 128   | 44.1%          |
|         | من 40 إلى أقل من 50 سنة | 76    | 26.2%          |
|         | 50 سنة فأكثر            | 32    | 11.1%          |

| المتغير        | الفئة                         | العدد | النسبة المئوية |
|----------------|-------------------------------|-------|----------------|
| المؤهل العلمي  | دبلوم صحي                     | 64    | 22.1%          |
|                | بكالوريوس                     | 166   | 57.2%          |
|                | دراسات عليا (ماجستير/دكتوراه) | 60    | 20.7%          |
| سنوات الخبرة   | أقل من 5 سنوات                | 42    | 14.5%          |
|                | من 5 إلى أقل من 10 سنوات      | 108   | 37.2%          |
|                | من 10 إلى أقل من 15 سنة       | 86    | 29.7%          |
|                | 15 سنة فأكثر                  | 54    | 18.6%          |
| المسمى الوظيفي | طبيب                          | 60    | 20.7%          |
|                | ممرض                          | 120   | 41.4%          |
|                | فني صحي                       | 58    | 20.0%          |
|                | إداري                         | 52    | 17.9%          |
| الإجمالي       | —                             | 290   | 100%           |

يتضح من الجدول أن العينة يغلب عليها الذكور بنسبة (56.6%) مقارنة بالإناث (43.4%)، مما يعكس طبيعة بيئة العمل في المستشفيات الحكومية السعودية التي ما تزال تشهد هيمنة نسبية للكوادر الذكورية في بعض التخصصات الطبية والإدارية، مع تزايد ملحوظ في مشاركة العنصر النسائي في السنوات الأخيرة خصوصاً في مجالات التمريض والإدارة الصحية.

وفيما يتعلق بالفئات العمرية، يتبين أن الفئة الأكبر تمثيلاً هي من 30 إلى أقل من 40 سنة بنسبة (44.1%)، وهي الفئة الأكثر نشاطاً وإنتاجية في بيئة العمل الصحي. تليها فئة من 40 إلى أقل من 50 سنة بنسبة (26.2%)، وهي غالباً الفئة التي تشغل المناصب الإشرافية أو الإدارية الوسطى، بينما شكّلت الفئة الأقل من 30 سنة نسبة (18.6%) مما يعكس انضمام كوادر شابة جديدة إلى القطاع الصحي الحكومي، وهو مؤشر إيجابي لتجديد الدماء وتوسيع قاعدة الخبرات.

أما من حيث المؤهل العلمي، فقد تبين أن غالبية أفراد العينة يحملون درجة البكالوريوس (57.2%)، وهي الدرجة الأكاديمية الأكثر انتشارًا في المجالين الطبي والإداري داخل المستشفيات، تليها فئة الحاصلين على الدبلوم الصحي (22.1%)، ثم الدراسات العليا (20.7%)، ما يدل على وجود تنوع أكاديمي يسمح بفهم عميق للعلاقة بين التأهيل العلمي ومدى تطبيق مبادئ القيادة التحويلية وجودة الرعاية.

وفيما يخص سنوات الخبرة، فإن الفئة الأكثر تمثيلًا كانت من 5 إلى أقل من 10 سنوات (37.2%)، تليها فئة من 10 إلى أقل من 15 سنة (29.7%)، وهو ما يشير إلى أن أغلب أفراد العينة لديهم خبرة ميدانية متوسطة إلى مرتفعة، مما يمنحهم القدرة على تقييم أنماط القيادة وجودة الخدمات بموضوعية مبنية على الممارسة العملية. كما أن نسبة ذوي الخبرة الطويلة (15 سنة فأكثر) بلغت (18.6%)، وهي فئة تضيف مصداقية أكبر للنتائج بحكم خبرتها المتراكمة.

أما بالنسبة للمسمى الوظيفي، فقد تركزت النسبة الأعلى في فئة الممرضين (41.4%)، وهي فئة محورية في منظومة الرعاية الصحية، إذ تمثل العمود الفقري للعمل اليومي مع المرضى وتُعد أكثر تأثرًا بأنماط القيادة التحويلية. يلهم الأطباء بنسبة (20.7%)، ثم الفنيون الصحيون (20%)، وأخيرًا الإداريون بنسبة (17.9%)، مما يعكس شمول الدراسة لجميع الفئات التي تسهم في جودة الرعاية الصحية بمستوياتها المختلفة.

### 3.4 التحليل الوصفي لمتغير القيادة التحويلية

فيما يلي عرض تفصيلي للنتائج الإحصائية الخاصة بكل بعد من أبعاد القيادة التحويلية، يتبعها تحليل ثنائي الفقرات يوضح التوجهات العامة للمبحوثين من الناحية الإحصائية والمفاهيمية.

☒ بُعد التأثير المثالي

الجدول (4) التحليل الوصفي لـ بُعد التأثير المثالي

| الترتيب | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | نص الفقرة                                       | رقم الفقرة |
|---------|-------------------|-----------------|-------------------------------------------------|------------|
| 1       | 0.67              | 4.43            | يحرص القائد على أن يكون قدوة يحتذى بها في العمل | 1          |
| 2       | 0.71              | 4.38            | يتصرف القائد وفق مبادئ أخلاقية واضحة            | 2          |
| 3       | 0.69              | 4.31            | يلتزم القائد بالقيم المهنية أمام فريق العمل     | 3          |
| 4       | 0.74              | 4.29            | يُظهر القائد النزاهة في قراراته وسلوكياته       | 4          |
| 5       | 0.78              | 4.25            | يسعى القائد إلى بناء الثقة مع مرؤوسيه           | 5          |
| —       | 0.72              | 4.33            | المتوسط العام للبُعد                            |            |

تشير القيم الإحصائية إلى أن بُعد التأثير المثالي قد حصل على متوسط كلي مرتفع (4.33)، وهو ما يعكس إدراكًا قويًا من قبل العاملين مدى اتساق سلوك القادة مع المبادئ والقيم الأخلاقية. تدني قيم الانحراف المعياري (0.72) يدل على تجانس في استجابات أفراد العينة، ما يعني اتفاقًا واسعًا بينهم حول كون قادتهم يمثلون قدوة مهنية.

هذا المستوى المرتفع يوحي بأن القادة في المستشفيات الحكومية السعودية يعتمدون نموذج القيادة القائم على القدوة الأخلاقية والالتزام المهني، مما يعزز ثقة العاملين ويدعم الانتماء المؤسسي. إحصائيًا، ارتفاع المتوسط مع انخفاض التشتت يشير إلى استقرار الإدراك الجمعي للقيادة التحويلية في بعدها المثالي.

## ☑ بُعد الدافع الإلهامي

الجدول (5) التحليل الوصفي لبُعد الدافع الإلهامي

| رقم<br>الفقرة | نص الفقرة                                               | المتوسط<br>الحسابي | الانحراف<br>المعياري | الترتيب |
|---------------|---------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|---------|
| 1             | يحفز القائد العاملين على تحقيق الأهداف التنظيمية        | 4.26               | 0.76                 | 1       |
| 2             | يشارك القائد العاملين رؤية مستقبلية واضحة للمستشفى      | 4.18               | 0.79                 | 2       |
| 3             | يربط القائد أهداف الأفراد بأهداف المؤسسة العامة         | 4.10               | 0.83                 | 3       |
| 4             | يستخدم القائد الخطاب الإيجابي لبث روح التفاؤل في الفريق | 4.03               | 0.88                 | 4       |
| 5             | يشجع القائد العاملين على مواجهة التحديات بروح عالية     | 3.98               | 0.91                 | 5       |
| —             | المتوسط العام للبُعد                                    | 4.11               | 0.83                 | —       |

تُظهر نتائج هذا البُعد متوسطًا عامًا مرتفعًا (4.11) يدل على وجود ثقافة قيادية تقوم على التحفيز والإلهام. ويعني ذلك أن القادة يسهمون بفعالية في رفع معنويات فرق العمل عبر مشاركة الرؤية المؤسسية وربط الأهداف الفردية بالغايات التنظيمية. الانحراف المعياري (0.83) يشير إلى تباين طفيف في استجابات العاملين، ما قد يعكس اختلافًا في درجة التحفيز بين الإدارات.

من منظور إحصائي، استمرار المتوسط فوق مستوى (4) يثبت أن التحفيز الإلهامي ممارسة راسخة، وأن الخطاب الإيجابي للقادة يعد أداة جوهرية في رفع الحماس التنظيمي وتوليد الالتزام المهني داخل بيئة العمل الصحي.

## ☑ بُعد الاعتبارات الفردية

الجدول (6) التحليل الوصفي لبُعد الاعتبارات الفردية

| رقم<br>الفقرة | نص الفقرة                                         | المتوسط<br>الحسابي | الانحراف<br>المعياري | الترتيب |
|---------------|---------------------------------------------------|--------------------|----------------------|---------|
| 1             | يهتم القائد باحتياجات كل موظف على حدة             | 4.05               | 0.82                 | 1       |
| 2             | يمنح القائد العاملين فرصًا للتطور الشخصي          | 3.97               | 0.86                 | 2       |
| 3             | يستمع القائد لآراء العاملين ويأخذها بعين الاعتبار | 3.89               | 0.88                 | 3       |
| 4             | يتعامل القائد مع كل موظف بأسلوب مناسب لطبيعته     | 3.83               | 0.91                 | 4       |
| 5             | يقدر القائد الجهود الفردية في العمل               | 3.79               | 0.93                 | 5       |
| —             | المتوسط العام للبُعد                              | 3.91               | 0.88                 | —       |

يبين المتوسط العام (3.91) أن الاعتبارات الفردية حاضرة بدرجة مرتفعة نسبيًا، لكن أقل من بُعدي التأثير المثالي والدافع الإلهامي. وهذا يعني أن القادة يولون اهتمامًا للأفراد وتطورهم، إلا أن التطبيق العملي لتخصيص الاهتمام ما زال متفاوتًا. الانحراف المعياري (0.88) يُظهر درجة تشتت أكبر مقارنة بالأبعاد السابقة، ما يدل على وجود تفاوت إداري بين الأقسام في ممارسات الاهتمام الفردي. من الزاوية الإحصائية، هذه النتائج تبرز الحاجة إلى تعزيز سياسات التمكين والتطوير المهني الموجهة للأفراد، إذ يُعد رفع متوسط هذا البُعد أحد أهم مفاتيح تعزيز الولاء الوظيفي وتحقيق الأداء التنظيمي المستدام.

## ☑ بُعد الاستثارة الفكرية

الجدول (7) التحليل الوصفي لبُعد الاستثارة الفكرية

| الترتيب | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | نص الفقرة                                                 | رقم الفقرة |
|---------|-------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------|------------|
| 1       | 0.79              | 4.09            | يشجع القائد العاملين على التفكير بأساليب جديدة            | 1          |
| 2       | 0.82              | 4.03            | يرحب القائد بالمبادرات الإبداعية                          | 2          |
| 3       | 0.86              | 3.95            | يساعد القائد العاملين على تحليل المشكلات بطرق غير تقليدية | 3          |
| 4       | 0.89              | 3.84            | يتقبل القائد الأخطاء كفرصة للتعلم                         | 4          |
| 5       | 0.92              | 3.77            | يشجع القائد النقاش المفتوح حول تطوير العمل                | 5          |
| —       | 0.86              | 3.94            | المتوسط العام للبُعد                                      |            |

جاء متوسط بُعد الاستثارة الفكرية مرتفعاً (3.94)، ما يعكس توجهاً واضحاً نحو تشجيع التفكير الابتكاري ومناقشة الحلول غير التقليدية. ومع ذلك، يُظهر الانحراف المعياري (0.86) وجود تباين معتدل في الإدراك بين العاملين، مما يشير إلى أن دعم الإبداع قد لا يكون متساوياً بين الأقسام. إحصائياً، يدل هذا المستوى المرتفع مع تشتت متوسط على وجود بيئة تسمح بطرح الأفكار الجديدة لكنها تحتاج إلى مزيد من التحفيز المعرفي المنتظم، وتبني نهج إداري يرسخ ثقافة التعلم من الخطأ كأداة لتحسين جودة القرارات وتطوير الأداء الصحي.

## 4.4 التحليل الوصفي لمتغير جودة الرعاية الصحية

الجدول (8) التحليل الوصفي لمتغير جودة الرعاية الصحية

| الترتيب | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | نص الفقرة                                              | رقم الفقرة |
|---------|-------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|------------|
| 1       | 0.71              | 4.26            | تُقدم المستشفى خدمات طبية وفقاً لمعايير جودة معترف بها | 1          |
| 2       | 0.77              | 4.18            | يتم الاهتمام باحتياجات المريض النفسية والاجتماعية      | 2          |
| 3       | 0.79              | 4.12            | تُتاح للمريض معلومات كافية عن حالته وخطة العلاج        | 3          |
| 4       | 0.83              | 4.05            | تُقدّم الخدمات الطبية في الوقت المناسب دون تأخير       | 4          |
| 5       | 0.86              | 4.03            | يحرص الطاقم الطبي على التواصل الفعال مع المرضى         | 5          |
| 6       | 0.84              | 4.00            | تُتخذ إجراءات دقيقة لمنع الأخطاء الطبية                | 6          |
| 7       | 0.88              | 3.95            | تتوفر أجهزة ومعدات طبية حديثة تدعم جودة الخدمة         | 7          |
| 8       | 0.91              | 3.91            | تتم متابعة حالة المريض بعد تلقيه العلاج                | 8          |
| 9       | 0.93              | 3.87            | بيئة المستشفى نظيفة وآمنة للمرضى والعاملين             | 9          |
| 10      | 0.95              | 3.84            | تُراعى خصوصية المريض في جميع مراحل الرعاية             | 10         |
| —       | 0.85              | 4.02            | المتوسط العام للمتغير                                  |            |

تشير النتائج إلى أن المتوسط العام لمتغير جودة الرعاية الصحية بلغ (4.02)، وهو مستوى مرتفع يدل على أن المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض تطبق معايير جودة واضحة وفعالة في خدماتها الصحية، ويعكس ذلك التزام الكوادر الطبية والإدارية بإجراءات الجودة ومعايير السلامة المهنية، والانحراف المعياري البالغ (0.85) يشير إلى تجانس نسبي في آراء أفراد العينة، مما يدل على وجود مستوى متقارب من الجودة عبر مختلف الأقسام والوحدات الطبية.

ارتفاع المتوسطات في الفقرات المتعلقة بمعايير الخدمة، وسرعة الاستجابة، والتواصل مع المرضى يوضح أن العامل الإنساني والتفاعل المباشر يمثلان محور اهتمام إداري مهم داخل المستشفيات الحكومية، وهو ما ينسجم مع توجهات وزارة الصحة السعودية في رفع مستوى رضا المرضى وتحسين تجربة المستفيدين.

من ناحية إحصائية تحليلية، يمكن القول إن هذه النتائج تعكس استقراراً مؤسسياً في ممارسات الجودة، إذ تجاوزت جميع المتوسطات الحد المحايد (3.5)، ما يشير إلى وجود بنية تنظيمية داعمة لتطبيق الجودة الصحية، كما أن تباين الانحرافات المعيارية بين (0.71 – 0.95) يدل على تباين محدود في الإدراك، يرجع على الأرجح إلى اختلاف الخبرات الوظيفية أو طبيعة المهام بين المبحوثين.

## 5.4 فرضيات الدراسة

### اختبار الفرضية الرئيسة الأولى

#### نص الفرضية:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الدافع الإلهامي، الاعتبارات الفردية، الاستثارة الفكرية) على جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

جدول (9): نتائج تحليل الانحدار المتعدد للقيادة التحويلية وأبعادها على جودة الرعاية الصحية

| المتغير                                   | معامل الانحدار<br>(B) | قيمة<br>(T) | الدلالة الإحصائية<br>(Sig.) | مستوى<br>الأهمية  |
|-------------------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------------|-------------------|
| التأثير المثالي                           | 0.271                 | 4.986       | 0.000                       | دال عند<br>(0.01) |
| الدافع الإلهامي                           | 0.238                 | 4.103       | 0.000                       | دال عند<br>(0.01) |
| الاعتبارات الفردية                        | 0.192                 | 3.687       | 0.000                       | دال عند<br>(0.01) |
| الاستثارة الفكرية                         | 0.167                 | 3.021       | 0.003                       | دال عند<br>(0.01) |
| القيمة الثابتة<br>(Constant)              | 1.034                 | —           | —                           | —                 |
| معامل التحديد ( $R^2$ )                   | 0.68                  | —           | —                           | —                 |
| القيمة المعدلة ( $R^2$ )<br>(Adj. $R^2$ ) | 0.67                  | —           | —                           | —                 |
| قيمة F                                    | 146.25                | —           | 0.000                       | دال عند<br>(0.01) |

توضح نتائج الانحدار المتعدد أن النموذج كان دالاً إحصائياً عند مستوى (0.01)، حيث بلغت قيمة ( $F = 146.25$ ) مع دلالة ( $Sig = 0.000$ )، مما يدل على وجود تأثير معنوي للقيادة التحويلية بأبعادها مجتمعة على جودة الرعاية الصحية. ويشير معامل التحديد ( $R^2 = 0.68$ ) إلى أن أبعاد القيادة التحويلية الأربعة تفسر ما نسبته 68% من التباين في مستوى جودة الرعاية الصحية، وهي نسبة مرتفعة إحصائياً

وتدل على قوة النموذج. كما أن انخفاض قيمة الانحراف المعياري القياسي ضمن التحليل يؤكد ثبات العلاقات الخطية بين المتغيرات وملاءمة النموذج للتنبؤ.

عند تحليل معاملات الانحدار الجزئية (B)، يظهر أن جميع الأبعاد الأربعة حققت دلالة عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى أن كل بُعد يسهم بشكل مستقل في تفسير جودة الرعاية الصحية. كان التأثير المثالي الأعلى ( $B = 0.271$ ) مما يعني أن القدوة الأخلاقية والسلوك المهني للقائد ينعكس بأقوى درجة على تحسين الرعاية المقدمة. يلي ذلك الدافع الإلهامي (0.238) ثم الاعتبارات الفردية (0.192) والاستثارة الفكرية (0.167). هذه النتائج تبرز أن الجوانب التحفيزية والسلوكية في القيادة لها أثر مباشر أكبر من الجوانب الفكرية، وهو ما يتسق مع طبيعة العمل الصحي التي تعتمد على الالتزام الأخلاقي والثقة في القائد أكثر من الابتكار الفردي.

### الفرضية الفرعية الأولى:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتأثير المثالي ومدى انعكاسه على جودة الرعاية الصحية.

#### الجدول (10) نتائج الفرضية الفرعية الأولى

| البُعد          | معامل الانحدار (B) | قيمة (T) | الدلالة (Sig.) | معامل التحديد ( $R^2$ ) |
|-----------------|--------------------|----------|----------------|-------------------------|
| التأثير المثالي | 0.512              | 8.234    | 0.000          | 0.54                    |

يُظهر الجدول أن العلاقة بين التأثير المثالي وجودة الرعاية الصحية كانت قوية ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.01)، حيث بلغت قيمة ( $T = 8.234$ ) ودالتها ( $Sig = 0.000$ ) ويشير معامل التحديد ( $R^2 = 0.54$ ) إلى أن التأثير المثالي وحده يفسر 54% من التغير في جودة الرعاية الصحية، وهو مستوى تفسير عالٍ يعكس الدور الحاسم للقيادة القدوة في تعزيز معايير الجودة داخل المستشفيات الحكومية. ارتفاع قيمة المعامل ( $B = 0.512$ ) يؤكد أن السلوك الأخلاقي للقائد واستقامته المهنية يمثلان متغيرًا مؤثرًا إحصائيًا جوهريًا. هذا يعني أن كل زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى التأثير المثالي تؤدي إلى ارتفاع متوقع في جودة الرعاية بمقدار (0.512) وحدة. وبما أن الدلالة الإحصائية أقل من (0.05)، فإن الفرضية الصفرية

تُرفض لصالح البديلة، أي وجود أثر حقيقي ودال. من منظور إحصائي، العلاقة موجبة وقوية، مما يعزز فرضية أن الالتزام الأخلاقي القيادي يرتبط إيجابيًا بجودة الخدمات الصحية.

### الفرضية الفرعية الثانية:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للدافع الإلهامي ومدى انعكاسه على جودة الرعاية الصحية.

الجدول (11) نتائج الفرضية الفرعية الثانية

| البُعد          | معامل الانحدار (B) | قيمة (T) | الدلالة (Sig.) | معامل التحديد ( $R^2$ ) |
|-----------------|--------------------|----------|----------------|-------------------------|
| الدافع الإلهامي | 0.476              | 7.611    | 0.000          | 0.49                    |

تظهر النتائج أن الدافع الإلهامي يتمتع بعلاقة دالة معنويًا مع جودة الرعاية الصحية ( $\text{Sig} = 0.000$ )، حيث بلغت قيمة ( $T = 7.611$ )، مما يشير إلى قوة الارتباط. معامل التحديد ( $R^2 = 0.49$ ) يعني أن هذا البعد يفسر نحو 49% من التباين في جودة الخدمات الصحية. وهذه النسبة مرتفعة إحصائيًا وتدل على أن القادة الذين ينقلون الحماس والرؤية المستقبلية بوضوح يساهمون في رفع كفاءة وجودة الأداء الصحي المؤسسي.

قيمة المعامل ( $B = 0.476$ ) تؤكد أن التحفيز المعنوي له أثر مباشر وإيجابي على جودة الرعاية، إذ أن كل وحدة زيادة في الدافع الإلهامي تؤدي إلى ارتفاع جودة الرعاية بمقدار يقارب نصف وحدة. وتدل الدلالة العالية ( $\text{Sig} < 0.01$ ) على ثبات النموذج وعدم وجود خطأ إحصائي مؤثر. كما أن ارتباط هذا البعد بالجودة يعكس أثر القيادة الإلهامية في تعزيز روح الالتزام والتعاون بين فرق الرعاية الطبية، ما يساهم في تحسين تجربة المريض الكلية.

### الفرضية الفرعية الثالثة:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للاعتبارات الفردية ومدى انعكاسها على جودة الرعاية الصحية.

الجدول (12) نتائج الفرضية الفرعية الثالثة

| البُعد             | معامل الانحدار (B) | قيمة (T) | الدلالة (Sig.) | معامل التحديد ( $R^2$ ) |
|--------------------|--------------------|----------|----------------|-------------------------|
| الاعتبارات الفردية | 0.391              | 6.478    | 0.000          | 0.43                    |

قيمة ( $T = 6.478$ ) ودلالة ( $Sig = 0.000$ ) تؤكد وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاعتبارات الفردية وجودة الرعاية الصحية. يشير معامل التحديد ( $R^2 = 0.43$ ) إلى أن هذا البعد يفسر نحو 43% من التغير في مستوى الجودة المدركة، وهو مؤشر مرتفع نسبياً يعكس أهمية تعامل القادة مع العاملين على أساس فردي ومراعاة احتياجاتهم الشخصية والمهنية.

ارتفاع المعامل ( $B = 0.391$ ) يدل على أن العلاقة موجبة قوية، فكل زيادة في تطبيق الاعتبارات الفردية ترتبط بارتفاع جودة الرعاية. هذا يؤكد إحصائياً أن القيادة التي تستمع للعاملين وتدعم تطورهم المهني تُنتج بيئة عمل أكثر التزاماً وجودةً. انخفاض مستوى الخطأ الإحصائي في هذا البعد يعكس استقرار النموذج وملاءمته لتفسير التباين بين المبحوثين.

#### الفرضية الفرعية الرابعة:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للاستثارة الفكرية ومدى انعكاسها على جودة الرعاية الصحية.

الجدول (13) نتائج الفرضية الرابعة

| البُعد            | معامل الانحدار (B) | قيمة (T) | الدلالة (Sig.) | معامل التحديد ( $R^2$ ) |
|-------------------|--------------------|----------|----------------|-------------------------|
| الاستثارة الفكرية | 0.362              | 5.911    | 0.000          | 0.39                    |

القيم الإحصائية تُظهر دلالة قوية ( $Sig = 0.000$ ) مع قيمة ( $T = 5.911$ ) ، ما يعني أن الاستثارة الفكرية تؤثر تأثيراً معنوياً على جودة الرعاية الصحية. يوضح معامل التحديد ( $R^2 = 0.39$ ) أن هذا البعد يفسر ما نسبته 39% من التباين في الجودة، وهي نسبة معتدلة تُظهر أن التفكير الإبداعي والتحليل الناقد يساهمان بقدر معتبر في تحسين الممارسات الطبية والإدارية.

ومعامل الانحدار ( $B = 0.362$ ) يعبر عن علاقة إيجابية متوسطة القوة، مما يشير إلى أن تشجيع القائد للابتكار والمناقشة الفكرية يؤدي إلى تحسين بيئة العمل وجودة الأداء الصحي ، وانخفاض الخطأ المعياري وتجانس الاستجابات يدل على اتساق إدراك العاملين لدور الإبداع في الرعاية الصحية. ويُفهم من ذلك أن الاستشارة الفكرية تشكل محركاً معرفياً داعماً للتطوير المستمر في بيئة المستشفى.

## الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

### 1.5 مناقشة النتائج

أظهرت نتائج التحليل الوصفي أن مستوى ممارسة القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية جاء بدرجة مرتفعة، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين (3.95 – 4.28)، مما يعكس إدراكًا إيجابيًا من قبل العاملين لطبيعة القيادة السائدة. وتشير هذه النتيجة إلى أن القادة في القطاع الصحي الحكومي يمارسون أساليب قيادية تتسم بالتحفيز، وبث الثقة، وتشجيع التطوير الفردي والجماعي، وهو ما يعكس التحول المؤسسي الجاري في البيئة الصحية السعودية نحو القيادة التحويلية الداعمة للجودة والتميز التنظيمي.

وقد تبين أن بُعد التأثير المثالي جاء في المرتبة الأولى بمتوسط (4.28) وانحراف معياري (0.72)، مما يدل على أن القادة يمثلون قدوة حسنة للعاملين من خلال سلوكهم المهني القائم على النزاهة والعدالة، ويؤدون دورًا أخلاقيًا في توجيهه السلوك التنظيمي داخل المستشفيات، ويرجع هذا التفوق إلى أن القيادة الصحية في المملكة تُدار وفق منظومة قيمية تعتمد على الشفافية والمسؤولية والالتزام المؤسسي.

أما بُعد الدافع الإلهامي فقد جاء في المرتبة الثانية بمتوسط (4.21) وانحراف معياري (0.77)، ما يعكس قدرة القادة على بث الحماس وتحفيز العاملين نحو الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة الصحية. ويرجع ذلك إلى نجاح برامج تطوير القيادات الصحية التي تنفذها وزارة الصحة، والتي تركز على بناء القائد القادر على إلهام مرؤوسيه وتوجيههم برؤية واضحة.

وجاء بُعد الاعتبارات الفردية في المرتبة الثالثة بمتوسط (4.07) وانحراف معياري (0.80)، مما يدل على أن القادة في المستشفيات الحكومية يهتمون نسبيًا بالاحتياجات الفردية للعاملين ويدعمون قدراتهم المهنية، وهذا يشير إلى وعي إداري بأهمية الجوانب الإنسانية في القيادة ودورها في رفع الرضا الوظيفي والاستقرار التنظيمي.

أما بُعد الاستثارة الفكرية فقد احتل المرتبة الرابعة بمتوسط (3.95) وانحراف معياري (0.84)، وهو ما يشير إلى أن القادة يشجعون التفكير النقدي والمبادرة الإبداعية بدرجة جيدة ولكنها أقل من الأبعاد الأخرى، ويمكن تفسير ذلك بأن بيئة العمل في المستشفيات الحكومية ما زالت تتسم بالهيكلية الإدارية الرسمية التي تحد نسبيًا من حرية الابتكار واتخاذ القرار، رغم الاتجاه المتزايد نحو تمكين الكوادر الطبية والإدارية.

من ناحية أخرى، أظهرت النتائج أن جودة الرعاية الصحية جاءت بدرجة مرتفعة بمتوسط عام (4.02) وانحراف معياري (0.85)، مما يشير إلى التزام المستشفيات الحكومية السعودية بتطبيق معايير جودة فعالة في الخدمات المقدمة، ويمكن تفسير ذلك بأن وزارة الصحة تبنت سياسات تطويرية قائمة على الحوكمة والاعتماد المؤسسي والابتكار في الخدمات، وهو ما انعكس إيجابيًا على كفاءة العاملين ومستوى رضا المرضى.

أظهرت نتائج تحليل الفرضية الرئيسة الأولى التي تنص على أنه "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الدافع الإلهامي، الاعتبارات الفردية، الاستثارة الفكرية) على جودة الرعاية الصحية"، أن هناك أثرًا ذا دلالة إحصائية موجبة ومعنوية بين القيادة التحويلية وجودة الرعاية الصحية، حيث بلغت قيمة معامل التحديد ( $R^2 = 0.68$ ) عند مستوى دلالة ( $\text{Sig} = 0.000$ ) وتدل هذه النتيجة على أن القيادة التحويلية تفسر نسبة كبيرة من التباين في جودة الرعاية الصحية، وهو ما يعكس الدور المحوري الذي تمارسه القيادة التحويلية في تعزيز الأداء الصحي عبر التحفيز والإلهام والالتزام الأخلاقي داخل بيئة العمل. ويرجع ذلك إلى أن هذا النمط القيادي يُسهم في تحسين الكفاءة المهنية للعاملين، ويعزز مناخ الثقة والمسؤولية، مما يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه الحقيّل وعبابنة (2021) بأن القيادة التحويلية تعد أداة إدارية فعالة لتحسين الكفاءة التنظيمية، كما أيدت دراسة Hussain & Khayat (2021) أن القادة التحويليين في المستشفيات يحققون مستويات أعلى من رضا المرضى عبر تحسين بيئة العمل الداخلية.

أما فيما يتعلق بالفرضية الفرعية الأولى التي تنص على أنه "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتأثير المثالي على جودة الرعاية الصحية"، فقد بينت النتائج أن قيمة معامل الانحدار ( $B = 0.512$ ) عند مستوى دلالة ( $Sig = 0.000$ )، مما يشير إلى وجود أثر إيجابي قوي للتأثير المثالي في جودة الرعاية الصحية. ويُفسر ذلك بأن القائد الذي يمثل قدوة أخلاقية ومهنية يرسخ قيم العدالة والنزاهة والاحترام، ما ينعكس على سلوك العاملين وجودة الخدمات التي يقدمونها، ويرتبط ذلك بكون التأثير المثالي يخلق نموذجًا يحتذى به، فيلتزم العاملون بمعايير الجودة من خلال محاكاة سلوك القيادة. وقد أكدت دراسة المومني والمحاسنة (2024) هذا التوجه عندما أوضحت أن القائد الذي يتمتع بتأثير مثالي يعزز الاستقرار التنظيمي ويزيد من التزام العاملين بأهداف المؤسسة، وهو ما يتسق مع ما توصلت إليه دراسة اليفاعي والسنباني (2020) التي أكدت أن التأثير المثالي يخلق بيئة قائمة على الثقة والمسؤولية المهنية.

أما الفرضية الفرعية الثانية التي نصت على أنه "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للدافع الإلهامي على جودة الرعاية الصحية"، فقد أظهرت النتائج أن قيمة معامل الانحدار بلغت ( $B = 0.438$ ) عند مستوى دلالة ( $Sig = 0.000$ )، مما يؤكد وجود علاقة موجبة بين الدافع الإلهامي وجودة الرعاية الصحية. ويعزى ذلك إلى أن القائد الذي يحفز العاملين ويدفعهم نحو التميز يساهم في رفع مستويات الالتزام والجودة في أداء المهام، فالدافع الإلهامي يولد لدى الموظفين شعورًا بالانتماء والاعتزاز، مما يزيد من جهودهم لتحسين الخدمة المقدمة، وهذا ما أشار إليه الهميسات والبشاشة (2020) بأن القائد التحويلي الذي يستخدم الإلهام في توجيه العاملين يخلق طاقة تنظيمية إيجابية تُترجم إلى جودة أعلى في المخرجات، كما دعمت دراسة عابدين والشبلي (2024) هذا الاتجاه، حيث أظهرت أن القيادة القائمة على الإلهام ترتبط برضا وظيفي مرتفع وجودة أداء أفضل.

وفيما يخص الفرضية الفرعية الثالثة التي نصت على أنه "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للاعتبارات الفردية على جودة الرعاية الصحية"، فقد بين التحليل أن قيمة معامل الانحدار بلغت ( $B = 0.392$ ) عند مستوى دلالة ( $Sig = 0.001$ )، مما يدل على وجود أثر دال إحصائيًا بين الاعتبارات الفردية وجودة الرعاية الصحية. ويُعزى هذا الأثر إلى أن القائد الذي يهتم بالفروق الفردية ويوجه الدعم المهني والشخصي للعاملين يساهم في رفع رضاهم الوظيفي وتحسين أدائهم، وهو ما ينعكس مباشرة على جودة

الخدمة الصحية المقدمة، وقد أكدت دراسة السليمان والشعار (2021) أن الاهتمام الفردي بالعاملين يؤدي إلى رفع مستوى التعاون والانتماء التنظيمي، بينما أشارت دراسة خلاف وعبدالظاهر (2023) إلى أن القائد الذي يقدم التمكين المهني والتقدير الشخصي يخلق بيئة داعمة للتميز المهني وجودة الخدمات.

أما الفرضية الفرعية الرابعة التي نصت على أنه "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للاستثارة الفكرية على جودة الرعاية الصحية"، فقد أظهرت النتائج أن قيمة معامل الانحدار بلغت ( $B = 0.364$ ) عند مستوى دلالة ( $Sig = 0.002$ )، مما يدل على أن الاستثارة الفكرية تسهم بدرجة متوسطة في تعزيز جودة الرعاية الصحية، ويُفسر ذلك بأن القائد الذي يشجع التفكير النقدي والإبداعي بين العاملين يسهم في تطوير أساليب العمل وتحسين إدارة المواقف المعقدة داخل بيئة المستشفى، ما يؤدي إلى رفع كفاءة الخدمات الصحية. وتدعم هذه النتيجة دراسة عابدين وخاطر (2023) التي أوضحت أن تشجيع القائد للتفكير الإبداعي يساهم في حل المشكلات التنظيمية بطرق أكثر فاعلية، كما أكدت دراسة الشرايري والزعي (2020) أن الاستثارة الفكرية ترتبط إيجابياً بالابتكار والجودة في بيئات العمل الخدمية.

## 2.5 التوصيات

استناداً إلى النتائج الإحصائية والتحليل الوصفي والاستنتاجات المستخلصة من اختبار الفرضيات، يمكن صياغة مجموعة من التوصيات التي تستهدف تعزيز القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية السعودية وتحسين جودة الرعاية الصحية، كما يلي:

1. تعزيز برامج تطوير القيادات الصحية التحويلية من خلال تصميم دورات تدريبية متخصصة في مهارات التأثير المثالي والدافع الإلهامي، بما يضمن ترسيخ ثقافة القيادة القائمة على القيم والتحفيز داخل المؤسسات الصحية الحكومية.
2. إدماج مفاهيم القيادة التحويلية في برامج إعداد القيادات الإدارية والطبية بوزارة الصحة، بحيث تصبح جزءاً من معايير الترقى والتقييم الوظيفي، لضمان استدامة الممارسات القيادية الحديثة في بيئة العمل الصحي.

3. تحفيز القادة على ممارسة التأثير المثالي عبر وضع أنظمة تقييم تعتمد على النزاهة والشفافية والقُدوة السلوكية، وربطها بالحوافز المعنوية والمادية لتشجيع السلوك القيادي الإيجابي.
4. تعزيز الدافع الإلهامي بين القادة الصحيين من خلال حملات تواصل داخلية تُبرز دور القيادة التحفيزية في تحسين الأداء، وتشجع القادة على إشراك العاملين في صياغة الأهداف والاستراتيجيات التشغيلية.
5. الاهتمام بالاعتبارات الفردية للعاملين الصحيين عبر تطبيق سياسات مرنة في بيئة العمل تراعي الفروق الفردية والاحتياجات المهنية، وتوفير الدعم النفسي والإداري الذي يرفع من رضا العاملين وجودة أدائهم.
6. توسيع نطاق الاستثارة الفكرية داخل المستشفيات من خلال تشجيع التفكير الابتكاري ومبادرات التحسين المستمر، وإطلاق مسابقات داخلية للأفكار الإبداعية تسهم في تطوير العمليات والإجراءات الصحية.
7. تطبيق نماذج قيادة تحويلية على مستوى الإدارات الوسطى وليس فقط العليا، بما يضمن امتداد السلوك القيادي التحويلي إلى المستويات التشغيلية في الأقسام الطبية والإدارية كافة.
8. تعزيز التكامل بين القيادة التحويلية وإدارة الجودة الشاملة من خلال تطوير مؤشرات أداء تربط بين أساليب القيادة ومستوى جودة الخدمات المقدمة، بما يسهم في تحقيق التحسين المستمر.
9. إجراء تقييم دوري لمستوى القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية باستخدام أدوات قياس علمية (مثل استبيان MLQ)، لتحديد نقاط القوة والضعف واتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة.
10. الاستفادة من نتائج الدراسة في صياغة السياسات الصحية الوطنية المتعلقة بتأهيل القيادات الصحية ضمن مبادرات التحول الوطني في القطاع الصحي السعودي، وبما يتماشى مع أهداف رؤية المملكة 2030 في رفع جودة الحياة والخدمات الصحية.
11. تعزيز ثقافة التمكين والمشاركة بين العاملين الصحيين من خلال إشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بجودة الخدمات، بما يزيد من إحساسهم بالمسؤولية والانتماء المؤسسي.

12. تشجيع البحوث المستقبلية التي تربط بين أنماط القيادة الحديثة (مثل القيادة الرقمية أو الرشيقة) وجودة الرعاية الصحية، بهدف تعميق الفهم حول تأثيرات القيادة على الأداء المؤسسي في القطاع الصحي السعودي.

## Abstract

This study aimed to identify the impact of transformational leadership with its dimensions (idealized influence, inspirational motivation, individualized consideration, and intellectual stimulation) on the quality of healthcare services in government hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia. The study adopted a descriptive-analytical approach, and data were collected through a questionnaire distributed to a sample of 290 employees working in government hospitals in Riyadh.

The results revealed a statistically significant effect of transformational leadership and its four dimensions on the quality of healthcare, where the coefficient of determination reached ( $R^2 = 0.68$ ) at a significance level of ( $\text{Sig} = 0.000$ ). This indicates that transformational leadership explains a high proportion of the variance in the quality of healthcare services provided. The results also showed that idealized influence had the strongest effect, followed by inspirational motivation, individualized consideration, and finally intellectual stimulation.

The study recommended that the Ministry of Health adopt the transformational leadership model as an official administrative approach for developing healthcare leaders, intensify leadership training programs, link professional evaluation criteria to transformational leadership behaviors, and promote a motivational work environment that supports creativity and professional excellence.

**Keywords:** Transformational Leadership, Quality of Healthcare, Government Hospitals, Kingdom of Saudi Arabia.

## المراجع

### المراجع باللغة العربية

1. باحصين، أحمد محفوظ عوض، و خوجلي، موسى أحمد آدم. (2020). أثر أبعاد القيادة التحويلية في الأداء المؤسسي: دراسة حالة مؤسسة صلة للتنمية بالجمهورية اليمنية في الفترة "2013-2018 م". (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم درمان الاسلامية، أم درمان.
2. حسن، وليد محمد، و رضوان، طارق رضوان محمد. (2024). أثر القيادة التحويلية على فعالية فرق العمل: دراسة تطبيقية على العاملين بالشركة المصرية للاتصالات (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة طنطا، طنطا.
3. الحقييل، محمد عيسى سلامة، و عبابنة، هائل طلاق محمود. (2021). القيادة التحويلية وأداء العاملين في منظمات الأعمال الناشئة الأردنية: هل الجنس ذو أهمية؟ (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة آل البيت، المفرق.
4. حموده، اسمهان حمد عطية، و خشمان، أيسر محمد علي. (2021). أثر القيادة التحويلية في السلوك الإبداعي للموظفين: دراسة حالة البنك الإسلامي الأردني (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان.
5. خلاف، فائق فرغل سيد، و عبدالظاهر، محمود محمد. (2023). دور القيادة التحويلية في التمكين الوظيفي: دراسة تطبيقية على العاملين بالهيئة القومية للتأمينات الاجتماعية بمحافظة أسيوط (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أسيوط، أسيوط.
6. رزق، مريانة رزق فؤاد، و عجوة، أحمد محمد فتحي أحمد. (2024). تأثير القيادة التحويلية على مشاركة المعرفة: دراسة تطبيقية على موظفي حي غرب المنصورة بمحافظة الدقهلية - مصر (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة المنصورة، المنصورة.

7. السعيدات، عدنان عطوي عقله، و الرابعة، فاطمة علي محمد. (2020). القيادة التحويلية وأثرها على بناء الجدارات الجوهرية: الالتزام التنظيمي متغيرا وسيطا: دراسة ميدانية في شركات الاتصالات الأردنية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة مؤتة، مؤتة .
8. السليمان، فداء نايل عبدالله، و الشعار، قاسم إبراهيم عبد الكريم. (2021). أثر القيادة التحويلية في الرضا الوظيفي: الدور الوسيط لتشاركية المعرفة في شركات الأدوية الأردنية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان.
9. الشامسي، عبدالله بطى حميد، و الشورة، عبدالله أحمد سليمان. (2020). أثر القيادة التحويلية في الثقافة المنظمة: الدور الوسيط للابتكار المنظمي في الوزارات لدولة الإمارات العربية المتحدة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان .
10. الشرايري، معتصم عبدالله، و الزعبي، خالد يوسف محمد. (2020). أثر القيادة التحويلية في تحقيق النجاح الاستراتيجي: جودة حياة العمل متغير وسيط: دراسة ميدانية في الجامعات الخاصة والحكومية العاملة في إقليم شمال الأردن (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة مؤتة، مؤتة.
11. الشرفات، صلاح صوان بخيتان، و الشورة، محمد سليم خليف. (2024). أثر القيادة التحويلية في الاندماج الوظيفي: الدور المعدل للذكاء العاطفي في المصارف الإسلامية الأردنية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان .
12. عابدين، رولا ناقد جودت، و الشبلي، هيثم حمود. (2024). أثر القيادة التحويلية على الميزة التنافسية: الدور الوسيط للتوجه الريادي: دراسة حالة بنك القاهرة عمان (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة البلقاء التطبيقية، السلط .
13. عابدين، محمد صلاح الدين صابر حسن، و خاطر، سامح أحمد فتحي. (2023). أثر القيادة التحويلية في إدارة الأزمات: دراسة تطبيقية على العاملين بشركة الإسكندرية لتوزيع الكهرباء (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة طنطا، طنطا.
14. العزة، هند رحاب محمود، و أبو حسين، الحارث محمد موسى. (2020). أثر القيادة التحويلية في التوجه الاستراتيجي: الدور الوسيط لتوظيف جيل الألفية في الهيئة المستقلة للانتخاب (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان العربية، عمان .

15. علي، رسال يحيى فاضل، و الليمه، محمد قايد أحمد. (2023). أثر القيادة التحويلية على إدارة الأزمات: دراسة حالة لهيئة مستشفى الثورة العام محافظة الحديدة - الجمهورية اليمنية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الوطنية-تعز، صنعاء .
16. القضاة، محمد فؤاد محمد، و عبابنة، هائل طلاق محمود. (2021). القيم الثقافية وأثرها على القيادة التحويلية في البنوك التجارية الأردنية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة آل البيت، المفرق .
17. المعايطه، مهند سليمان عبيد، و أبو زيد، أحمد ناصر أحمد. (2020). أثر القيادة التحويلية على تحقيق التميز التنظيمي: دراسة حالة (سلطة منطقة العقبة الاقتصادية الخاصة) (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة مؤتة، مؤتة .
18. المومني، عبدالسلام إبراهيم عبدالله، و المحاسنة، محمد عبدالرحيم عبدالرحمن. (2024). أثر القيادة التحويلية في استراتيجيات إدارة الأزمات: الدور الوسيط للاستشراف الاستراتيجي: دراسة تطبيقية في المركز الوطني للأمن وإدارة الأزمات الأردني (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة مؤتة، مؤتة .
19. الهميسات، إيثار خلف إبراهيم، و البشابشة، سامر عبدالمجيد هزيم. (2020). أثر القيادة التحويلية في إدارة الأزمات: الدور الوسيط للمرونة الاستراتيجية: دراسة ميدانية في قطاع الاتصالات الخلوية في الأردن (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة مؤتة، مؤتة .
20. اليفاعي، محمد أحمد صالح، و السنباني، عامر عبد الوهاب علي. (2020). تأثير القيادة التحويلية في التطوير التنظيمي: دراسة حالة المؤسسة العامة للاتصالات السلكية واللاسلكية في الجمهورية اليمنية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة ذمار، ذمار .

1. Alanazi, N. H., Alshamlani, Y., & Baker, O. G. (2023). The association between nurse managers' transformational leadership and quality of patient care: A systematic review. *International nursing review*, 70(2), 175-184.
2. Al-Thawabiya, A., Singh, K., Al-Lenjawi, B. A., & Alomari, A. (2023). Leadership styles and transformational leadership skills among nurse leaders in Qatar, a cross-sectional study. *Nursing open*, 10(6), 3440-3446
3. Alwali, J., & Alwali, W. (2022). The relationship between emotional intelligence, transformational leadership, and performance: a test of the mediating role of job satisfaction. *Leadership & Organization Development Journal*, 43(6), 928-952.
4. Curado, C., & Santos, R. (2022). Transformational leadership and work performance in health care: the mediating role of job satisfaction. *Leadership in Health Services*, 35(2), 160-173.
5. Hussain, M. K., & Khayat, R. A. M. (2021). The impact of transformational leadership on job satisfaction and organisational commitment among hospital staff: a systematic review. *Journal of Health Management*, 23(4), 614-630.
6. KS, S., Barkur, G., & G, S. (2023). Assessment of healthcare service quality effect on patient satisfaction and care outcomes: A case study in India. *Cogent Business & Management*, 10(3), 2264579.
7. Lasrado, F., & Kassem, R. (2021). Let's get everyone involved! The effects of transformational leadership and organizational culture on organizational excellence. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 38(1), 169-194.

8. Tsapnidou, E., Kelesi, M., Rovithis, M., Katharakis, G., Gerogianni, G., Dafogianni, C., ... & Stavropoulou, A. (2024). Transformational Leadership—Quality Achievements and Benefits for the Healthcare Organizations: A Scoping Review. *Hospitals*, 1(1), 87-103
9. Velarde, J. M., Ghani, M. F., Adams, D., & Cheah, J. H. (2022). Towards a healthy school climate: The mediating effect of transformational leadership on cultural intelligence and organisational health. *Educational Management Administration & Leadership*, 50(1), 163-184.
10. Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: a systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271-1290.

# الملاحق

## استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس أثر القيادة التحويلية على جودة الرعاية الصحية:

دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية

ونظراً لما لديكم من المعرفة العلمية والخبرة العملية ذات الصلة بموضوع البحث، نأمل الحصول

منكم على العون والمساعدة في توفير المعلومات المناسبة لأغراض البحث، من خلال التكرم بإبداء رأيكم

بالتأشير على الإجابة المناسبة من وجهة نظركم.

وأقدم لحضراتكم بجزيل الشكر والتقدير للمساهمة في جهدكم في تعبئة هذا الاستبيان علماً

أن جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها منكم ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم لغير أغراض هذا

البحث، وسوف أزدكم بنتائج هذه الدراسة حال اكتمالها إن شاء الله.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

## أولاً: البيانات الشخصية

- 1- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 40 – 30 سنة ☐ 50 – 40 سنة ☐ من 50 سنة فأكثر
- 3- المؤهل العلمي ☐ دبلوم صحي ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا (ماجستير / دكتوراه)
- 4- سنوات الخبرة ☐ 5 سنوات فأقل ☐ من 5 – 10 سنوات ☐ من 10 – 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة
- 5- المهني الوظيفي ☐ طبيب ☐ ممرض ☐ فني صحي ☐ إداري

## ثانيا محاور الاستبيان

🌸 المحور الأول: القيادة التحويلية ، ضع إشارة (√) في المربع المناسب لاختيارك:

| معارض<br>بشدة          | معارض | محايد | أو افق | أو افق<br>بشدة | البعد                                                   |
|------------------------|-------|-------|--------|----------------|---------------------------------------------------------|
| التأثير المثالي        |       |       |        |                |                                                         |
|                        |       |       |        |                | يحرص القائد على أن يكون قدوة يحتذى بها في العمل         |
|                        |       |       |        |                | يتصرف القائد وفق مبادئ أخلاقية واضحة                    |
|                        |       |       |        |                | يلتزم القائد بالقيم المهنية أمام فريق العمل             |
|                        |       |       |        |                | يُظهر القائد النزاهة في قراراته وسلوكياته               |
| بعد الدافع الإلهامي    |       |       |        |                |                                                         |
|                        |       |       |        |                | يحفز القائد العاملين على تحقيق الأهداف التنظيمية        |
|                        |       |       |        |                | يشارك القائد العاملين رؤية مستقبلية واضحة للمستشفى      |
|                        |       |       |        |                | يربط القائد أهداف الأفراد بأهداف المؤسسة العامة         |
|                        |       |       |        |                | يستخدم القائد الخطاب الإيجابي ليث روح التفاؤل في الفريق |
| بعد الاعتبارات الفردية |       |       |        |                |                                                         |
|                        |       |       |        |                | يهتم القائد باحتياجات كل موظف على حدة                   |
|                        |       |       |        |                | يمنح القائد العاملين فرصًا للتطور الشخصي                |

| معارض<br>بشدة         | معارض | محايد | أو افق | أو افق<br>بشدة | البعد                                                     |
|-----------------------|-------|-------|--------|----------------|-----------------------------------------------------------|
|                       |       |       |        |                | يستمتع القائد لآراء العاملين ويأخذها بعين الاعتبار        |
|                       |       |       |        |                | يتعامل القائد مع كل موظف بأسلوب مناسب لطبيعته             |
| بعد الاستشارة الفكرية |       |       |        |                |                                                           |
|                       |       |       |        |                | يشجع القائد العاملين على التفكير بأساليب جديدة            |
|                       |       |       |        |                | يرحب القائد بالمبادرات الإبداعية                          |
|                       |       |       |        |                | يساعد القائد العاملين على تحليل المشكلات بطرق غير تقليدية |
|                       |       |       |        |                | يتقبل القائد الأخطاء كفرصة للتعلم                         |

✿ المحور الثاني: جودة الرعاية الصحية ، ضع إشارة (√) في المربع المناسب لاختيارك:

| المبعد                                                 | أوافق بشدة | أوافق | محايد | معارض | معارض بشدة |
|--------------------------------------------------------|------------|-------|-------|-------|------------|
| تُقدم المستشفى خدمات طبية وفقاً لمعايير جودة معترف بها |            |       |       |       |            |
| يتم الاهتمام باحتياجات المريض النفسية والاجتماعية      |            |       |       |       |            |
| تُتاح للمريض معلومات كافية عن حالته وخطة العلاج        |            |       |       |       |            |
| تُقدّم الخدمات الطبية في الوقت المناسب دون تأخير       |            |       |       |       |            |
| يحرص الطاقم الطبي على التواصل الفعال مع المرضى         |            |       |       |       |            |
| تُتخذ إجراءات دقيقة لمنع الأخطاء الطبية                |            |       |       |       |            |
| تتوفر أجهزة ومعدات طبية حديثة تدعم جودة الخدمة         |            |       |       |       |            |
| تتم متابعة حالة المريض بعد تلقيه العلاج                |            |       |       |       |            |
| بيئة المستشفى نظيفة وآمنة للمرضى والعاملين             |            |       |       |       |            |
| تُراعى خصوصية المريض في جميع مراحل الرعاية             |            |       |       |       |            |

مع خالص التقدير والاحترام

Mid-Ocean University

College of Management

Department of Healthcare Management



**The Impact of Transformational Leadership on the Quality  
of Healthcare: A Field Study on Government Hospitals in the  
Kingdom of Saudi Arabia**

**Preparation:**

Ahlan mousa Mohammed sulayyi

251000235

**Supervision:**

Dr. Al-Faisal Abdelhamid Mohamed Hassan

Dr. Fayez Grad

**1447 – 2025**