

Assessing Transformational Leadership Behaviors Among Nurse Managers in Higher Education University Hospitals in Lattakia

Dr. Roula Alio*
Ghena Akhras**

(Received 23 / 1 / 2018. Accepted 24 / 4 / 2018)

□ ABSTRACT □

Transformational leadership is a leadership style that builds commitment and creates enthusiasm and motivation for nurses in the hospital to achieve the goals set by the leader which attains the best health care for the patients. Therefore, this descriptive study was designed to evaluate the behaviors of transformational leadership among nursing managers in higher education hospitals in Lattakia (Alasad and Tishreen university hospitals) From the point of view of 100 nurses selected by convenient sampling using a questionnaire which included the MLQ to measure transformational leadership. The results showed that the practicing level of the transformational leadership was moderate, and the most practicing behaviors were individualized consideration and idealized influence .as well as there were statistically significant differences which are according to the hospital. The study recommended the need to strengthen the practice on of transformational leadership in hospitals, and implementing induction courses and training on transformational leadership, as well as conducting similar studies on a larger scale involving more hospitals.

Keywords: transformational leadership, nurse managers.

* Assistant Professor- Department Of Management In Nursing, Faculty Of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria. Dean of the faculty of nursing, Al Andalus university for medical sciences.

** Postgraduate Student (Msc)- Department Of Management In Nursing, Faculty Of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

تقييم سلوكيات القيادة التحويلية لدى مدراء التمريض في مستشفيات التعليم العالي في مدينة اللاذقية

الدكتورة رلى عليو*

غنى أخرس**

(تاريخ الإيداع 23 / 1 / 2018. قُبِلَ للنشر في 24 / 4 / 2018)

□ ملخص □

تعتبر القيادة التحويلية نمط قيادي يبني الالتزام ويخلق الحماس والدافعية لدى الممرضين في المشفى، لبلوغ الأهداف التي يضعها القائد بما يحقق أفضل رعاية صحية للمرضى، لذلك هدفت هذه الدراسة الوصفية ذات التصميم المسحي المقطعي إلى تقييم سلوكيات القيادة التحويلية لدى مدراء التمريض في مستشفيات التعليم العالي في مدينة اللاذقية وهما مشفى الأسد وتشرين الجامعيين، من وجهة نظر 100 ممرض/ة تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة حيث تم توزيع استبيان القيادة متعددة العوامل (Multe Factor Leadership questionnaire) ويرمز له (MLQ) لقياس القيادة التحويلية. أظهرت النتائج البحث أن مستوى ممارسة القيادة التحويلية وحسب رأي الكادر التمريضي كانت بمستوى متوسط، وأكثر سلوكيات القيادة التحويلية ممارسة كانت الاعتبار الفردي والتأثير المثالي، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء الكادر تبعاً للمشفى الذي يعمل به، وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز ممارسة القيادة التحويلية في المشافي، وعقد دورات تعريفية وتدريبية حول القيادة التحويلية، وإجراء دراسات مشابهة على نطاق أوسع تشمل عدد أكبر من المشافي.

الكلمات المفتاحية: القيادة التحويلية، مدراء التمريض.

* مدرسة - قسم الإدارة في التمريض - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا. عميد كلية التمريض - جامعة الأندلس الخاصة للعلوم الطبية

** طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم الإدارة في التمريض - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

مقدمة:

لقد حظي موضوع القيادة باهتمام كبير من جانب المفكرين والباحثين ويرجع ذلك إلى الدور الذي يلعبه العنصر البشري في أي مؤسسة، والذي يبرز من خلال مسؤولية القائد في تحقيق التكامل بين الجوانب التنظيمية والإنسانية لتحقيق الأهداف، باعتبار أن الهدف النهائي للقائد هو تحقيق رؤيته بشكل واقعي من خلال نمط معين من السلوك في إطار الظروف التي يواجهها [1].

يعتبر تعريف القيادة من المواضيع التي- وبالرغم من أهميتها- لم يتفق الباحثون على تعريف موحد لها. إلا أنهم قد أجمعوا على أن القيادة بطبيعتها خاصة فطرية يستطيع بموجبها القائد التأثير بغيره بدرجة ما في ضوء التفاوت الطبيعي الموجود بين أفراد المجموعة التي يقودها، وبالتالي فإن هناك مجموعة من الأركان الأساسية في عملية القيادة وهي: وجود قادة بارزين ومرؤوسين وعملية اتصال بينهم وهدف يراد تحقيقه، وبالتالي تعددت تعريف القيادة، ولكن معظم التعاريف تشير إلى أن القيادة أحد أهم الأساليب المستخدمة في توجيه مجموعة من الأفراد من أجل تحقيق وإنجاز عمل ما [2].

تختص إدارة التمريض بالقيام بعدد من الوظائف منها القيادة واتخاذ القرارات داخل المؤسسات الصحية وبشكل خاص المستشفيات، حيث تشتمل تلك الإدارة على أداء بعض العمليات الإدارية المعروفة كالخطيط والتنظيم والتوظيف والتوجيه والإشراف، وقد أدى التقدم العلمي التكنولوجي الذي حدث في المجال الصحي عموماً والتمريضي خصوصاً إلى امتداد وتشعب دور الممرض/ة، فبعد أن كان دوره الرئيسي هو الرعاية الجسمانية للمريض وتنفيذ إرشادات الطبيب أصبح دوره معقداً ومتشعباً ليشمل العديد من مجالات الممارسة المختلفة، الأمر الذي فرض واقعاً يتطلب نجاحه إعطاء التمريض فرصة لإدارة نفسه بنفسه والإشراف على أفراد هيئة التمريض ورعاية وإدارة شؤونهم ليكونوا قادرين على تقديم خدمات صحية ترميضية ذات جودة عالية [3]. وهذا الأمر يتطلب وجود قادة يملكون أساليب قيادية متميزة تمكنهم من السيطرة على زمام الأمور وتوجيه الآخرين نحو تحقيق الأهداف. ونتيجة لاهتمام الباحثين بالقيادة لما لها من تأثير هام على الآخرين ومواقفهم، فقد شهدت نظريات القيادة تطوراً ملحوظاً ابتداءً من نظرية الرجل العظيم وحتى ظهور نظرية القيادة التحويلية [4].

تأتي أهمية القيادة التحويلية لأنها تكون علاقة إيجابية بين القائد والمرؤوسين، وأنها فعالة وأساسية في جميع المؤسسات وذلك لارتباطها مع معظم المتغيرات التنظيمية التي تمت دراستها مثل الرضا الوظيفي، الأداء، الجودة، العدالة والثقة التنظيمية، الولاء التنظيمي، الثقافة التنظيمية، والأهداف التنظيمية وفلسفتها. فالقيادة التحويلية لا تعني تمركزاً بالسلطة وإنما تفويضاً للمسؤوليات وتمكين المرؤوسين لتحقيق نتائج قابلة للقياس من خلال تحفيزهم وإلهام مشاعرهم [5]. وتأتي أهمية القيادة التحويلية لتحقيق الفاعلية في أداء المؤسسات الصحية، وتحمل أهمية في إصلاح القطاع الصحي وتطوير الأداء فيه، إذ أن القيادة التحويلية نمط يبني الالتزام ويخلق الحماس والدافعية لدى الممرضين العاملين في هذا القطاع للتغيير، ويزرع لديهم الأمل في المستقبل، والإيمان بإمكانية التخطيط للأمور المتعلقة بنموهم المهني وإدارتها، ويمكن العمل التعاوني بين المشاركين في عملية رعاية المريض. حيث يزرع لديهم إحساساً بالأمل والتفائل والطاقة للعمل، والقيادة التحويلية في هذا المجال هي القيادة التي تساعد على إعادة النظر في الرؤية المتعلقة بالأفراد ومهامهم وأدوارهم، وتعمل على تجديد التزامهم، وتوسع لإعادة بناء النظم والقواعد التي تسهم في تحقيق غاياتهم [2].

قام Avolio & Bass (1999) بإجراء دراسة خلصت إلى أن القيادة التحويلية تبنى على أربعة أبعاد هي: التأثير المثالي أي سلوك القائد الذي يحظى بإعجاب واحترام وتقدير المرؤوسين، والتحفيز الإلهامي: وهو أسلوب الالتزام بالأهداف التنظيمية واستثارة روح الفريق من خلال بث روح الحماس والمثالية فيهم، والاستثارة الفكرية: وفيها يشجع القائد التحويلي حل المشاكل بطريقة إبداعية من قبل المرؤوسين عن طريق حثهم على البحث عن الأفكار الجديدة ودعم النماذج الخلاقة لأداء العمل، وأخيراً الاعتبارية الفردية: وتظهر من خلال أسلوب القائد الذي يستمع بلطف ويولي اهتماماً خاصاً لاحتياجات المرؤوسين وكذلك إنجازاتهم من خلال تبني استراتيجيات التقدير والإطراء [7].

وفي دراسة أخرى أجراها Politis (2002) بهدف تقييم مستوى تطبيق مدراء التمريض لنمط القيادة التحويلية في خمسة مستشفيات برازيلية تابعة لوزارة الصحة، أظهرت النتائج من وجهة نظر الممرضات، يوجد مستوى ممارسة مرتفع لأبعاد القيادة التحويلية بشكل عام من قبل رؤسائهم في تلك المستشفيات المشمولة بالدراسة [8].

في حين هدفت دراسة Chang (2011) لتقييم فعالية القيادة التحويلية وأثرها بأبعادها الأربعة على كفاءة العاملين في ستة مستشفيات تابوانية، وقد أظهرت أن مستوى توافر القيادة التحويلية بأبعادها الأربعة كان مرتفعاً وكان هنالك تأثير إيجابي للقيادة التحويلية وأبعادها على فعالية وكفاءة العاملين عموماً [9].

كم قيمت دراسة الضمو (2010) تأثير كل من القيادتين التحويلية والتبادلية في إكساب مهارات التأثير المثالي للعاملين الصحيين في المستشفيات الأردنية، ودلت النتائج على وجود أثر إيجابي قوي لأبعاد القيادة التحويلية في إكساب مهارات التأثير المثالي وأثر ظاهري لأبعاد القيادة التبادلية [10].

وهدفت دراسة Shelash (2011) إلى التعرف على العلاقة بين التحول في القيادة والرضا الوظيفي عند الكادر التمريضي، وقد أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية إيجابية بين أبعاد القيادة التحويلية والرضا الوظيفي، وشكل بعدا التحفيز والتحفيز الفكري من أبعاد القيادة التحويلية أعلى نسبة إيجابية في العلاقة مع الرضا الوظيفي [11].

بالرغم من أهمية القيادة التمريضية التحويلية فإنها لم تحظى باهتمام كبير من جانب الباحثين المهتمين بشؤون التمريض، تبين لدينا وجود قلة في الأبحاث المتعلقة بالقيادة التحويلية ومدى ممارستها من قبل قياديي التمريض، وتأثيراتها على واقع الأداء الفعلي للكادر التمريضي، ومن هنا جاءت أهمية هذه الدراسة لتسليط الضوء على سلوكيات القيادة التحويلية لدى مدراء التمريض في مستشفيات التعليم العالي في مدينة اللاذقية.

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

تكمن أهمية هذه الدراسة بأنها تعد من أولى الدراسات التي تبحث في مجال الصحة عن نمط القيادة التحويلية في مستشفيات التعليم العالي في الجمهورية العربية السورية، كونها تعمل على تقييم لسلوكيات القيادة التحويلية وأهميتها كأسلوب إداري لها تأثيرها في المؤسسات الصحية وبشكل خاص في مستشفيات التعليم العالي في مدينة اللاذقية، إضافة لكونها تقوم بدراسة نمط من الأنماط القيادية الحديثة المتميزة بقدرتها على تطوير وتحسين أداء مديري التمريض وتحديد نقاط القوة لديهم وتعمل على تعزيزها وكذلك تسهم في تقدم المؤسسات الصحية وهو القيادة التحويلية.

هدف البحث:

• تقييم مستوى ممارسة سلوكيات القيادة التحويلية لدى مدراء التمريض بمستشفيات التعليم العالي في مدينة اللاذقية من وجهة نظر الممرضين والمرضات العاملين في تلك المستشفيات.

طرائق البحث و مواده:**تصميم البحث:**

اتبع هذا البحث المنهج الوصفي و التصميم المسحي المقطعي.

مكان البحث:

مشافي وزارة التعليم العالي في مدينة اللاذقية هما مشفى الأسد وتشرين الجامعيين.

زمن البحث:

جمعت البيانات في الفترة الزمنية الممتدة من شهر تشرين الثاني عام 2015 حتى شهر نيسان عام 2016.

عينة البحث:

تكون مجتمع الدراسة من أفراد الكادر التمريضي العاملون في مشافي التعليم العالي في مدينة اللاذقية وهما مشفى الأسد الجامعي ومشفى تشرين الجامعي. وقد تم أخذ عينة للدراسة من الكادر التمريضي فيها بنسبة 25% كالتالي:

مشفى تشرين	مشفى الأسد	
232	168	المجتمع الكلي
58	42	العينة

فكانت العينة (42) ممرض وممرضة من مشفى الأسد الجامعي، و(58) ممرض وممرضة من مشفى تشرين الجامعي، وقد تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة ضمن فترة الدوام الصباحي.

أدوات البحث:

استخدمت الباحثة استبيان كأداة رئيسية في جمع البيانات وتألفت من جزأين:
الأول حول متغيرات الدراسة وهي: (المشفى، الجنس، المستوى التعليمي، الخبرة التمريضية، والخبرة في القسم).
والثاني ضم أداة تم تطويرها من قبل Bass & Avolio (1993) يطلق عليها اسم استبيان القيادة متعددة العوامل (Multifactor Leadership Questionnaire) ويرمز لها (MLQ) [12]، ثم ترجمت و عدلت من قبل بني عطا (2005). وقد تم استخدام أبعاد القيادة التحويلية الأربعة وهي: التأثير المثالي ويتكون من (7) بنود، التحفيز الإلهامي ويتكون من (5) بنود، والتحريض الفكري ويتكون من (5) بنود، وأخيراً الاعتبار الفردي ويتكون من (7) بنود.
مصادقية الأداة: تتميز الأداة بمصادقية وموضوعية عالية إذ تم استخدامها في أكثر من 200 مرجع ومع ذلك تم عرضها على لجنة مؤلفة من ثلاثة خبراء من أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الإدارة بكلية التمريض للتأكد من ملائمتها لقطاع التمريض والمشافي السورية. واقتصرت التعديلات على حذف فقرتين من محور التحفيز الإلهامي هما (تركز رئيسة الشعبة على تقديم نماذج ذات قيمة في العمل، و تعمل رئيسة الشعبة على تقديم أساليب تصف بها أنماط الالتزام بالأهداف وأصبحت مكونة من (24) بند موزعة في أربع مجالات كما هو موضح سابقاً.

أعطى لكل عبارة من عبارات الاستبيان وزناً مدرجاً وفق سلم ليكرت Likert الخماسي لتقدير درجة أهمية العبارة كالتالي: (5: أوافق بشدة، 4: أوافق، 3: محايد، 2: أعارض، 1: أعارض بشدة). ولتفسير المتوسطات الحسابية تم تقسيم مجال الأوزان (من 1 إلى 5) إلى ثلاثة فئات (مرتفع، متوسط، منخفض). وتم الحكم على قيمة المتوسط الحسابي لممارسة القيادة التحويلية وأبعادها كما يلي: (3.68 فما فوق) مرتفع، (من 2.34 حتى 3.67) متوسط، و (من 1 حتى 2.33) منخفض.

طريقة البحث:

1. تم الحصول على كتاب للسماح بجمع البيانات من إدارات كل من كلية التمريض، وجامعة تشرين ومشفى الأسد وتشرين الجامعيين في مدينة اللاذقية.
2. قامت الباحثة باستخدام النسخة العربية من استبيان MLQ والذي ترجم من قبل بني عطا، حيث اكتفت ببعض التعديلات في الاستبيان لتلائم غرض الدراسة، ثم تم تحديد مصداقية الأداة وإجراء التعديلات وفق رأي ثلاث خبراء.
3. أجريت دراسة استرشادية (pilot study) باستخدام استمارة البحث على (5%) أي (10 أشخاص) من مجتمع الدراسة، تم اختيارهم عشوائياً من المشفيين واستبعادهم لاحقاً عند جمع العينة، وبالنتيجة لم يتم إجراء أي تعديل على الاستمارة، حيث تبين أنها قابلة للتطبيق.
4. تم مقابلة رئيسة التمريض العام في كل مشفى لأخذ الموافقة على مقابلة الممرضين في الفترة الصباحية لتوزيع الاستبيان عليهم.
5. تم مقابلة أفراد العينة في فترة الدوام الصباحي وأخذ موافقتهم الشفوية للمشاركة في الدراسة بعد شرح هدف الدراسة من قبل الباحثة والتأكيد على سرية المعلومات واستخدامها لغرض الدراسة فقط.
6. وزعت الاستمارات على كل فرد من العينة بشكل فردي، وأعطى زمن من 20 إلى 30 دقيقة لملاء الاستمارة، وقد حرصت الباحثة على البقاء في المكان للرد على أي استفسار من قبل أفراد العينة.
7. بعد جمع الاستبيانات فرغَت البيانات بإشراف إحصائي متخصص ثم حُللت باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS نسخة (20)، واستخدمت اختبارات الإحصاء الحيوي التالية للحصول على نتائج البحث: التكرار، والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري. واختبار T. Test لعينتين مستقلتين للفروق في أبعاد القيادة التحويلية. وفسرت النتائج وفق درجة المعنوية ذات الدلالة الإحصائية ($P \leq 0.05$).

النتائج والمناقشة:

النتائج :

جدول رقم (1): توزع العينة بحسب المعلومات الديموغرافية

النسبة المئوية %	التكرار	المعلومات الديموغرافية N = 100	
70	70	أقل من خمس سنوات	
21	21	من 5 إلى 10 سنوات	
9	9	من 11 إلى أقل من 15 سنة	
24	24	ذكر	
76	76	أنثى	
18	18	أقل من خمس سنوات	

40	40	من 5 من 10 سنوات	المستوى التعليمي
26	26	من 11 إلى أقل من 15 سنة	
16	16	أكثر من 15 سنة	
11	11	شهادة إعدادية	
29	29	شهادة ثانوية	
38	38	معهد متوسط	
22	22	إجازة جامعية	

يتبين في الجدول (1) أن أغلب العينة كان من الإناث (76%)، في حين كان الذكور أقل من ربع العينة، كما كان حوالي الثلث من أفراد العينة ذوي خبرة تمريضية عامة تراوحت من 5 إلى 10 سنوات (40%)، أما بالنسبة للمستوى التعليمي فقد كان حوالي ثلث أكثر من العينة من حملة الشهادة معهد متوسط (38%)، وأن أقل من ربع العينة من حملة الإجازة الجامعية (22%)، والنسبة الأعلى كانت من نصيب الممرضين الذين لديهم خبرة في القسم أقل من 5 سنوات (70%).

جدول رقم (2): مستوى ممارسة مدراء التمريض لسلوكيات التأثير المثالي

الرتبة	العدد (N=100)				البند
	المستوى	الأهمية النسبية %	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي M	
1	مرتفع	82.6	.661	4.13	تتسم رئيسة الشعبة بقوة الشخصية
2	مرتفع	81.4	.256	4.07	تتسم باللباقة المهنية
3	مرتفع	80.2	.174	4.01	تتسم بالثقة والصدق مع الكادر التمريضي
4	مرتفع	78.8	.371	3.94	تحظى بتقدير واحترام الكادر التمريضي
6	متوسط	64.8	.955	3.24	تقوم بتوفير احتياجات الكادر التمريضي قبل احتياجاتها الشخصية
5	مرتفع	78.4	.367	3.92	تهتم بالاعتبارات الأخلاقية للمهنة عند إنجاز المهام
7	متوسط	62.6	1.022	3.13	تهتم بوضع أهداف مشتركة بين مجموعات العمل المختلفة وتؤكد على ضرورتها
	مرتفع			3.78	ممارسة بعد التأثير المثالي

تشير نتائج الجدول (2) حسب رأي الكادر التمريضي بأن مدراء التمريض سمات التأثير المثالي بمستوى مرتفع وبشكل خاص قوة الشخصية (4.13)، واللباقة المهنية والصدق مع الكادر (4.07, 4.01) واحترام الكادر والاهتمام بالاعتبارات الأخلاقية (3.94, 3.92)، بينما كان توفير احتياجات الكادر قبل الاحتياجات الشخصية (3.24)، والاهتمام بوضع أهداف مشتركة بين مجموعات العمل المختلفة (3.13) أقل ممارسة وبمستوى متوسط.

جدول رقم (3): الفروق في متوسط إجابات العينة حول التأثير المثالي تبعاً للمشفى

P.value	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المتغيرات	المشفى
0.181	-1.348	.276	3.72	42	مشفى الأسد	
		.368	3.82	58	مشفى تشرين	

يبين الجدول رقم (3) نتائج اختبار T. test لعينتين مستقلتين لمعرفة أهمية الفروق في متوسط إجابات العينة حول التأثير المثالي تبعاً لمتغير المشفى، حيث يظهر الجدول عدم وجود أهمية إحصائية لهذه الفروق بين متوسطات الإجابات لمحور التأثير المثالي بحسب المشفى سواء مشفى الأسد أو تشرين عند مستوى دلالة 0.05.

جدول رقم (4): مستوى ممارسة مدراء التمريض لسلوكيات التحفيز الإلهامي

الرتبة	المستوى	العدد (N =100)			البند
		الأهمية النسبية %	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي M	
5	متوسط	52.4	.919	2.62	تعمل على استثارة روح التحدي بين أفراد الكادر التمريضي
2	مرتفع	79.2	.281	3.96	تمتلك القدرة على إيضاح وإيصال توقعاتها إلى أفراد الكادر التمريضي
1	مرتفع	79.6	.348	3.98	تمتلك القدرة على تقديم النصح والإقناع
3	مرتفع	78	.560	3.90	تثق بقدرات أفراد الكادر التمريضي على إنجاز الأهداف المحددة
4	متوسط	73	.672	3.65	لديها نظرة تفاؤلية بما يتعلق برويتها المستقبلية
	متوسط			3.62	ممارسة سلوكيات التحفيز الإلهامي

تشير نتائج الجدول (4) إلى أنه وحسب رأي الكادر التمريضي بأن مدراء التمريض يمارسون سلوكيات القيادة التحفيز الإلهامي بشكل متوسط إلى مرتفع وبشكل خاص القدرة على تقديم النصح والإقناع (3.98)، يليه القدرة على إيضاح وإيصال التوقعات (3.96)، ثم الثقة بقدرات القائد (3.90)، في حين توسط مستوى النظرة التفاؤلية للمستقبل (3.65)، يليه العمل على استثارة روح التحدي (3.62).

جدول رقم (5): الفروق في متوسط إجابات العينة حول التحفيز الإلهامي تبعاً للمشفى

P. Value	T	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المتغيرات
**0.006	-2.787	0.040	0.256	3.53	42	مشفى الأسد
		0.037	0.281	3.69	58	مشفى تشرين

** ذو دلالة إحصائية هامة جداً (P. Value < 0.01)

يبين الجدول رقم (5) نتائج اختبار T. test لعينتين مستقلتين لمعرفة أهمية الفروق في متوسط إجابات العينة حول التحفيز الإلهامي تبعاً لمتغير المشفى، حيث يظهر وجود أهمية إحصائية لهذه الفروق بين متوسطات إجابات العينة في محور التحفيز الإلهامي لصالح مشفى تشرين الجامعي عند مستوى دلالة (0.01).

جدول رقم (6): مستوى ممارسة مدراء التمريض لسلوكيات التحريض الفكري

الرتبة	العدد (N=100)				البند
	المستوى	الأهمية النسبية %	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي M	
5	متوسط	55.6	.970	2.78	تبحث دائما عن أفكار جديدة لحل المشكلات التي قد تحدث في العمل .
4	متوسط	60.6	.969	3.03	تشجع الكادر التمريضي على تقديم الأفكار والآراء المبدعة لحل المشكلات .
2	متوسط	72.8	.759	3.64	تعمل على تحديد نقاط القوة والضعف وتولي لها أهمية .
1	مرتفع	74.6	.694	3.73	تعمل على تعزيز إدراك الكادر التمريضي لفهم المشكلات وإيجاد الحلول المناسبة لها .
3	متوسط	66.2	.982	3.31	تفوض أفراد الكادر التمريضي للقيام ببعض الأعمال الغير الروتينية .
	متوسط			3.30	

تشير نتائج الجدول (6) وحسب رأي الكادر التمريضي يمارس مدراء التمريض سلوكيات التحريض الفكري بمستوى متوسط باستثناء العمل على تعزيز إدراك الكادر لحل المشكلات جاء بمستوى مرتفع (3.73)، يليه تحديد نقاط القوة والضعف (3.64)، ثم تفويض بعض الأعمال الغير روتينية للكادر (3.31)، ومن ثم تشجيع الكادر على تقديم أفكار لحل المشكلات (3.03)، وجاء في المرتبة الأخيرة البحث عن أفكار جديدة لحل المشكلات الجديدة (2.78).

جدول رقم (7): الفروق في متوسط إجابات العينة حول التحريض الفكري تبعاً للمشفى

Value	t	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المتغيرات
0.258	-1.137	0.684	3.22	42	مشفى الأسد
		0.514	3.36	58	مشفى تشرين

يبين الجدول رقم (7) نتائج اختبار T. test لعينتين مستقلتين لمعرفة أهمية الفروق في متوسط إجابات العينة حول التحريض الفكري تبعاً لمتغيري المشفى، حيث يظهر عدم وجود أهمية إحصائية لهذه الفروق بين متوسطات الإجابات لمحور التحريض الفكري لصالح مشفى تشرين الجامعي عند مستوى دلالة (0.05).

جدول رقم (8): مستوى ممارسة مدراء التمريض لسلوكيات الاعتبار الفردي

الرتبة	العدد (N=100)				البند
	مستوى الأهمية	الأهمية النسبية %	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي M	
3	مرتفع	77.4	.506	3.87	تهتم بمشاعر الكادر التمريضي من حيث التوجيه والتشجيع والنصح
2	مرتفع	77.8	.490	3.89	تستمع إلى أفراد الكادر التمريضي وتهتم باحتياجاتهم

4	مرتفع	77.2	.472	3.86	تتبنى استراتيجية التقدير و التعزيز الإيجابي
6	مرتفع	76.2	.631	3.81	تعتمد على الاتصال المفتوح و المباشر مع أفراد الكادر التمريضي
1	مرتفع	78.8	.397	3.94	تسند الأعمال الصعبة للأفراد الذين يمتلكون القدرة على إنجازها
7	متوسط	72.6	.812	3.63	تعمل على تدريب وتنمية قدرات الكادر التمريضي
5	مرتفع	77	.539	3.85	تولي اهتمامها بكل أفراد الكادر التمريضي
	مرتفع			3.84	ممارسة سلوكيات الاعتبار الفردي

تشير نتائج الجدول (8) بأنه يمارس مدراء التمريض لسلوكيات الاعتبار الفردي بمستوى مرتفع، وبشكل خاص إسناد الأعمال لمن لديه القدرة على إنجازها (3.94)، يليه الاستماع لأفراد الكادر (3.89)، ثم الاهتمام بمشاعر الكادر وتقديم التشجيع والتوجيه والنصح (3.87)، ومن ثم تبني استراتيجية التقدير والتعزيز (3.86)، وأخيراً الاعتماد على الاتصال المفتوح والمباشر مع الكادر (3.81). في حين كان العمل على تدريب وتنمية القدرات (3.63) بمستوى متوسط. جدول رقم (9): الفروق في متوسط إجابات العينة حول الاعتبار الفردي تبعاً للمشفى

Value	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المتغيرات
**0.002	-3.202	0.311	3.72	42	مشفى الأسد
		0.284	3.92	58	مشفى تشرين

** ذو دلالة إحصائية هامة جداً (P. Value < 0.01)

يبين الجدول رقم (9) نتائج اختبار T. test لعينتين مستقلتين لمعرفة أهمية الفروق في متوسط إجابات العينة حول الاعتبار الفردي تبعاً لمتغير المشفى، حيث يظهر وجود أهمية إحصائية لهذه الفروق بين متوسطات الإجابات لمحور الاعتبار الفردي لصالح مشفى تشرين الجامعي عند مستوى دلالة (0.01).

المناقشة:

تشير النتائج في الدراسة الحالية بأن هناك ارتفاع مستوى ممارسة التأثير المثالي لمدراء التمريض، بسبب اتسامها بقوة الشخصية حيث جاءت هذه السمة في المرتبة الأولى برأي الممرضين في العينة. وهذه النتيجة تدل على أن إداريي التمريض في المشفيين (الأسد وتشرين الجامعيين) يجسدون بفعالية متطلبات دورهم التقليدي، بحيث ينظر إليهم العاملون باختلاف فئاتهم الوظيفية على أنهم مثال للرصانة والقوة والتفاني في أداء المهام والواجبات، مما يجعلهم يبدون مشاعر الإعجاب والاحترام لشخصهم. وهي أيضاً تعكس بأن مستويات النفوذ والتأثير لا تحدث إلا من خلال حرص القائد على تحقيق المهنية والتعامل بطرق تعكس لباقتة ومهنيته بشكل يتطابق مع ما يحمله من قيم وأخلاقيات، كما يبين أن التأثير كبعد من أبعاد الإدارة التحويلية يتضمن إظهار وترسيخ مفهوم اتحاد مجموعات العمل كفريق واحد متعدد المهام ومتناسق الأهداف، الأمر الذي يعكس أهمية منح الثقة من قبل القائد لمؤوسيه لتحقيق أهداف مؤسستهم الصحية والسير بخطى ثابتة نحو تحقيق الرؤية المستقبلية لهذه المؤسسة، وهذا ما أكده Bolkan وزملاءه (2010) حيث ذكر أن التأثير المثالي كبعد من أبعاد القيادة التحويلية يتضمن إظهار وترسيخ مفهوم اتحاد مجموعات العمل كفريق واحد متعدد المهام ومتناسق الأهداف، الأمر الذي يعكس

أهمية منح الثقة من قبل القائد لمرووسيه لتحقيق أهداف مؤسستهم الصحية والسير بخطى ثابتة نحو تحقيق الرؤية المستقبلية لهذه المؤسسة [14].

كما أشارت الدراسة إلى عدم وجود أهمية إحصائية عالية للفروق في إجابات أفراد العينة حول التأثير المثالي تبعاً لمتغير المشفى، اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة إنكليزية أجرتها Carney (1999) حيث كانت نتائجها تشير إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المشفى وبين مستوى تطبيق بُعد التأثير المثالي كواحد من أبعاد القيادة التحويلية [15]. وتتفق النتيجة أيضاً مع دراسة Kleinman (2003) التي بينت أنه لا تأثير لمكان العمل سواء المشفى أو القسم على مستوى تطبيق بُعد التأثير المثالي في القيادة التحويلية [16]. يمكن تفسير هذه النتيجة بأن منبع بعد التأثير المثالي يكمن في جوهر القائد حيث تلعب سماته الشخصية الدور الأكبر في مستوى تطبيق هذا البعد سواء إيجاباً أو سلباً. وأن صفات القائد لا تأثير للمكان أو الزمان عليها لأن مصدرها ومحركها داخلي في جوهر الإنسان [17].

وفي محور التحفيز الإلهامي أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى ممارسة سلوكيات التحفيز الإلهامي بمستوى متوسط، حيث جاء امتلاك رئيسة الشعبة للقدرة على تقديم النصح والإقناع في المرتبة الأولى برأي المرضين في العينة. قد تعزى هذه النتيجة إلى أن الإنسان أياً كان عمله يبقى بحاجة دائمة لمصدر إلهام وتشجيع، فالإنسان كائن اجتماعي بطبعه يحفزه الإلهام والطموح على الارتقاء والسمو، ويحاول دائماً البحث عن مصدر يلهمه ويحفزه للمضي قدماً نحو تحقيق طموحه، حيث يلعب التحفيز والتقدير المعنوي الإيجابي دوراً هاماً في الارتقاء بمستوى العمل والهدف معاً. لا تتفق هذه النتيجة كثيراً مع نتائج دراسة Dierendonck and Boersma (2014) التي أظهرت أن الغالبية العظمى من المدراء التمريضيين الذين شملتهم الدراسة في المستشفيات يطبقون بعد التحفيز الإلهامي كجزء مهم من أبعاد القيادة التحويلية، وذلك لتحفيز المرؤوسين لديهم على الجد والعمل لتحقيق نظرة ورؤية المنشأة الصحية التي يعملون بها [18]. كما لا تتفق مع نتائج دراسة أجراها Shahshahanim (2012) فقد أظهرت أن نسبة عالية من مدراء التمريض الذين انضموا للدراسة يطبقون ويشددون على تطبيق مبدأ التحفيز الإلهامي لتحفيز العاملين تحت قيادتهم للعمل بنشاط وحيوية لرفع مستوى وتصنيف منشأتهم الصحية [19].

كما أشارت الدراسة إلى وجود أهمية إحصائية عالية للفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول التحفيز الإلهامي لصالح مشفى تشرين الجامعي، وهذا ينسجم مع نتائج دراسة الباحثة الضمور (2010) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية هامة لصالح متغير المشفى، حيث تغير مستوى تطبيق القادة التمريضيين لبعد التحفيز الإلهامي لتغير المنشأة الصحية وتفاوتت إجابات الأفراد بين منشأة وأخرى [10]. بالمقابل فإن هذه النتيجة اختلفت مع نتائج دراسة Masi (2000) حيث أشارت تلك الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق الرؤساء التمريضيين لبعد التحفيز الإلهامي بتغير المستشفى [20].

تشير نتائج الدراسة في محور التحريض الفكري إلى توسط مستوى التحريض الفكري. وهذا يعود إلى الحجم الكبير للمتطلبات الوظيفية التي يواجهها الكادر التمريض في مهماتهم في رعاية المرضى وما تطلبه ذلك من ضرورة إيجاد حلول ناجحة، الأمر الذي يجعل مدراء التمريض في المشفى في هذه الدراسة يمارسون نمط القيادة التحويلية بشكل متوسط، فهمك يعملون على إثارة المرضين للتفكير في حل المشكلات التي يواجهونها في محيط العمل وهو ما يتطلب من المدراء جعل المرؤوسين أكثر وعياً بالمشكلات التي تعترض تحقيق الأداء بشكل يفوق المتوقع، من خلال

تعاطفهم مع الكادر التمريضي واستماعهم لأفكارهم ومقترحاتهم وبالتالي ممارستهم دور المحرض لتحفيز الممرضين على إيجاد حلول إبداعية لمشكلات التمريض و مشكلات المشفى. كانت هذه النتيجة متفقة مع دراسة Manojlovic (2005) التي أجراها لتقييم تأثير الإدارة التمريضية على سلوك ومهارات الممرضات في المشافي، فأظهرت أن مستوى تطبيق مدراء التمريض لمبدأ التحريض الفكري متوسط في بعض الفقرات إلى متوسط في بعض الفقرات الأخرى [21]. لكن لم تكن هذه النتيجة متفقة مع دراسة Guir (2003) حيث وجد من خلال نتائج دراسته أن المتوسطات الحسابية لفقرات التحريض الفكري كانت مرتفعة جداً وهذا يعني أن لديه أهمية مرتفعة للتحريض الفكري كبعد مهم من أبعاد القيادة التحويلية [22]. ولم تتفق أيضاً مع دراسة Shelash وزملاءه (2011) التي وجدت أن بعد التحريض الفكري من أبعاد القيادة التحويلية عند الممرضات المسجلات في المستشفيات الخاصة الأردنية كان الأعلى نسبة [23].

عند دراسة الفروق في إجابات أفراد العينة حول التحريض الفكري تبعاً لمتغير المشفى أظهرت دراستنا الحالية عدم وجود فروق ذات أهمية إحصائية بينهم، قد تعزى هذه النتيجة إلى تشابه بيئة العمل في كلا المشفيين محل الدراسة من ناحية نمط القيادة المتبع فيهما وطبيعة المشاكل التي تواجه الكادر التمريضي أيضاً. كانت هذه النتيجة متفقة مع دراسة Carney (1999) التي أشارت نتائجها إلى أنه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية هامة في تطبيق بعد التحريض الفكري تبعاً لمتغير المشفى [24].

تشير نتائج الدراسة في محور الاعتبار الفردي إلى ارتفاع مستوى الاعتبار الفردي، حيث كان عمل مدير التمريض على إسناد الأعمال الصعبة للأفراد الذين يمتلكون القدرة على إنجازها في المرتبة الأولى برأي الكادر في العينة. وقد تُعزى هذه النتيجة إلى أن القائد التحويلي يعطي اهتماماً خاصاً لاحتياجات كل فرد لتطويره والارتقاء بمستوى أدائه ونموه، فيعمل مديراً وناصحاً وصديقاً وموجهاً، ويهتم بالنواحي الشخصية لكل منهم وخلق فرص جديدة لتعليمهم مع الأخذ في الحسبان الفروق الفردية فيما بينهم تبعاً لاحتياجاتهم ورغباتهم، فهو يعلم إمكانياتهم ومقدراتهم ويعرف كيفية توزيع المهام والأدوار بما يضمن أهداف المؤسسة و ترقية وصقل مهارات المرؤوسين، لذلك فإن المرؤوسين يرون نجاح أقرانهم الذين يكلفون بالمهام الصعبة التي تأتي كنتيجة للاعتبارات الدقيقة للقائد التحويلي لمقدرات الأفراد. اتفقت هذه النتيجة مع دراسة الباحث Avolio (2002) حيث كانت إجابات نسبة عالية من الممرضات تشير إلى تطبيق بعد الاعتبار الفردي من قبل مدراءهم [25]. بالمقابل كانت هذه النتيجة غير متفقة مع دراسة Kleinman (2003) حيث وجد الباحث من خلال إجابات أفراد العينة أن نسبة عالية من القادة لم يطبقوا بعد الاعتبار الفردي في نمط القيادة التحويلية إلا بنسبة منخفضة جداً [26].

كما أشارت الدراسة الحالية إلى وجود أهمية إحصائية عالية للفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول الاعتبار الفردي لصالح مشفى تشرين الجامعي، وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة Avolio (2002) التي أشارت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين متغيرات مستقلة كالمشفى ومستوى تطبيق بعد الاعتبار الفردي [25]. وكانت هذه النتيجة متناقضة مع نتائج دراسة Politis (2002) التي أشارت نتائجها إلى عدم تأثير متغير المشفى على مستوى تطبيق بعد الاعتبار الفردي كبعد من أبعاد القيادة التحويلية [27]. قد يعود ذلك إلى اختلاف أسلوب القادة بين كل قسم أو مكان عن المكان الآخر، حيث يطبق هؤلاء القادة بعض سلوكيات الاعتبار الفردي في مجالات محددة ويتجنبونها في مجالات أخرى وذلك تبعاً للمكان الذي أجريت فيه الدراسة، أو الحوافز المادية والمعنوية في هذا المكان أو ذاك، وهذا ما عبّر عنه Kirkland (2011) في وصفه للقائد التحويلي والعوامل المؤثرة على تطبيق بعد الاعتبار الفردي كبعد مهم من أبعاد القيادة التحويلية، حيث أشار إلى أن تطبيق هذا البعد يحتاج إلى أسس وقواعد صفات يتمتع

بها القائد منها: أن يكون صاحب رؤيا مستقبلية، ولديه مهارات جيدة في التواصل وذو مصداقية وذو طاقة كبيرة ويتمتع بحضور واضح وموجه بالقيم ويعمل بموجبها ويثق بقدرته وقدرات الآخرين، وأضاف الباحث أن هناك اعتبارات أخرى تزيد من تعقيد وإشكالية تطبيق الاعتبار الفردي مثل اختلاف مكان العمل، وعدم وجود خبرة كافية في هذا المكان واختلافات جوهرية وفطرية مثل الجنس ومستوى المؤهل العلمي ومدى توفر الحوافز [17].

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى:

1. إن مستوى ممارسة سلوكيات القيادة التحويلية في مشافي التعليم العالي بمدينة اللاذقية كان بدرجة متوسطة.
2. ارتفاع مستوى ممارسة سلوكيات التأثير المثالي. وعدم وجود أهمية إحصائية عالية للفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول التأثير المثالي تبعاً لمتغير المشفى.
3. توسط مستوى ممارسة سلوكيات محور التحفيز الإلهامي. ووجود أهمية إحصائية عالية للفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول التحفيز الإلهامي تبعاً لمتغير المشفى.
4. توسط مستوى التحريض الفكري ، وعدم وجود أهمية إحصائية عالية للفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول التحفيز الإلهامي تبعاً لمتغير المشفى.
5. ارتفاع مستوى الاعتبار الفردي، وجود أهمية إحصائية عالية للفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول التحفيز الإلهامي تبعاً لمتغير المشفى.

التوصيات:

في ضوء الدراسة السابقة توصي الدراسة الحالية بما يأتي :

- 1- ضرورة تعزيز نمط القيادة التحويلية في مستشفيات التعليم العالي في مدينة اللاذقية ، وذلك لما لها من تأثير على العلاقة بين المدراء والمرؤوسين.
- 2- تقييم وتطوير أداء مدراء التمريض في المشافي التي تمت راستها من خلال تحديد الاحتياجات التدريبية لهم والعمل على إعطاء صلاحيات أكثر لمدراء التمريض.
- 3- العمل على توضيح وتحديد الأدوار وإيجاد التوصيف الوظيفي.
- 4- إخضاع الكوادر الإدارية إلى دورات حول أنماط القيادة وخصوصا القيادة التحويلية.
- 5- الاهتمام بتنمية المهارات الإدارية والإبداعية لدى المرؤوسين في المشافي. وتحفيزهم نحو تقدم أدائهم وتطويره ، والعمل على إيجاد جماعات وفرق عمل من خلال عقد ورش عمل والدورات التدريبية.
- 6- الاهتمام بحاجات المرؤوسين الشخصية والعلمية واثاحة والفرصة لهم في المشاركة في بنى الرؤيا المستقبلية لمؤسساتهم.
- 7- إجراء دراسات مشابهه على نطاق أوسع تشمل عدد أكبر من المشافي.

المراجع:

- 1- أحمد صقر عاشور، أحمد. *إدارة القوى العاملة*. دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1989، ص160.
- 2- CROSBY, F. *Preparing the next generation of nurse leaders: An educational needs assessment*. The Journal of Continuing Education in Nursing, Vol.41, N^o.8, 2010, 363-68.
- 3- MCGUIRE, E; KENNERLY, S. *Nurse Managers as transformational and transactional leaders*. Nursing Economics J, Vol.21, N^o.4, 2006, 179-85.
- 4- الزريقات، خالد. *أثر القيادة التحويلية في تحقيق الميزة التنافسية؛ دراسة تطبيقية في مجموعة شركات الاتصالات الأردنية*. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 33، 2012، ص4-5.
- 5- BURNS, M. **Leadership**. 7th Ed. New York: Harper & Row Publishers, 1978, 424-466.
- 6- CHANG, S; GONG, Y; SHUM, C. Promoting innovation in hospitality companies through human resource management practices. International Journal of Hospitality Management, Vol.30, N^o.4, 2011, 812-830.
- 7- AVOLIO, B; BASS, B. *Reexamining the Components of Transformational and Transactional Leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, Vol.72, N^o.4, 1999, 441-503.
- 8- POLITIS, J. *Transformational and transactional leadership enabling (disabling) knowledge acquisition of self-management team: consequences for performance*. Leadership and Organization Development Journal, Vol.4, N^o.3, 2002, 186-285.
- 9- CHANG, S; GONG, Y; SHUM, C. Promoting innovation in hospitality companies through human resource management practices. International Journal of Hospitality Management, Vol.30, N^o.4, 2011, 812-830.
- 10- الضمور، ابتسام. *أثر القيادتين التبادلية والتحويلية في إكساب مهارات التأثير المثالي للعاملين في المستشفيات الأردنية، كلية العلوم الإدارية والمالية، جامعة البتراء؛ وكلية الأعمال، الجامعة الأردنية؛ جامعة اليرموك، الأردن*. مجلة العلوم الإدارية، المجلد 37، 2010، ص 20-28.
- 11- SHELASH, M; AL-ZEAUD, H; BATAYNEH, A. *The Relationship between Transformational Leadership and Employees' Satisfaction at Jordanian Private Hospitals*. Busines & Economic Horizons, Vol.29, N^o.2, 2011, 35-46.
- 12- BASS, M; AVOLIO, J. Transformational leadership: A response to critiques. In M. M. CHEMERS, & A. R. AYMAN (Eds.), *Leadership theory & research perspectives and directions*. CA: Academic Press. Sandiego, 1993. 49-80.
- 13- بني عطا، سالم. *درجة ممارسة مديري المدارس الثانوية العامة الأردنية لنمطي القيادة التحويلية و التبادلية وعلاقتها بالاختراق النفسي والغلاقة البيئشخصية عند المعلمين*. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان للدراسات العليا، عمان، الأردن. 2005.
- 14- BOLKAN, S; GOODBOY, A. *Transformational leadership in the classroom: The development and validation of the student intellectual stimulation scale*. Leadership Quarterly J, Vol.23, N^o.2, 2010, 91-105.
- 15- CARNEY, M. *Leadership in nursing: Where do we go from here? The ward sister's challenge for the future*. Nursing Review, Vol.17, N^o.2, 1999, 13-18.
- 16- KLEINMAN, C. *Leadership roles, competencies and education*. Journal of Nursing Administration, Vol.33, N^o.9, 2003, 451-506.

- 17- KIRKLAND, K. *The effect of emotional intelligence on emotional competence and transformational leadership*. Industrial and Commercial Training j, Vol.32, N^o.12, 2011, 85-101.
- 18- DIERENDONCK, S; BOERSMA, D. *Same difference? Exploring the differential mechanisms linking servant leadership and transformational leadership to follower outcomes*. Leadership Quarterly, Vol.25, N^o.3, 2014, 544-606.
- 19- SHAHSHAHANIM, M. *Investigating the role of nurses in Iran health sector and providing suggestions Culture of Management*. Journal of Nursing Administration, Vol.4, N^o.14, 2012, 117-159.
- 20- MASI, R. *Effects of transformational leadership on subordinate motivation, empowering norms, and organizational productivity*. The International Journal of Organizational Analysis, Vol.8, N^o.1, 2000, 16-47.
- 21- MANOJLOVICH M. *The effect of nursing leadership in hospital nurses' professional practice behaviors*. J Nurs Adm, Vol.35, N^o.7, 2005, 366-440.
- 22- GUIRE, E. *Transformational and transactional leadership characteristics of nurse managers in relationship to the organizational commitment of registered nurse followers*. Journal of Nursing Administration, Vol.29, N^o.12, 2003, 16-21.
- 23- SHELASH, M; AL-ZEAUD, H; BATAYNEH, A. *The Relationship between Transformational Leadership and Employees' Satisfaction at Jordanian Private Hospitals*. Busines & Economic Horizons, Vol.29, N^o.2, 2011, 35-46.
- 24- CARNEY, M. *Leadership in nursing: Where do we go from here? The ward sister's challenge for the future*. Nursing Review, Vol.17, N^o.2, 1999, 13-18.
- 25- AVOLIO, B. *Transformational and Charismatic Leadership in health organizations*. Journal of European Industrial Training, Vol.14, N^o.5, 2002, 341- 386.
- 26- KLEINMAN, C. *Leadership roles, competencies and education*. Journal of Nursing Administration, Vol.33, N^o.9, 2003, 451-506.
- 27- POLITIS, J. *Transformational and transactional leadership enabling (disabling) knowledge acquisition of self-management team: consequences for performance*. Leadership and Organization Development Journal, Vol.4, N^o.3, 2002, 186-285.