

## أبعاد جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمركزى قطور وزفتى بمحافظة الغربية

لمياء سعد الحسيني ، تيسير قاسم بازينة

معهد بحوث الارشاد الزراعى والتنمية الريفية، مركز البحوث الزراعية

Received: Aug. 7 , 2019

Accepted: Aug. 27 , 2019

### الملخص العربى

استهدف هذا البحث التعرف على درجة توفر أبعاد جودة الخدمة للوحدات الصحية الريفية من وجهة نظر المستفيدين بمركزى قطور وزفتى بمحافظة الغربية، والتعرف على نقاط القوة والضعف والفرص المتاحة والتحديات التي تواجه الوحدات الصحية من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية بمنطقة الدراسة. وتم إجراء البحث على عينة عشوائية مكونة من (28) وحدة صحية ريفية تمثل ما يزيد بقليل عن (50%) من إجمالي المنظمات الصحية الريفية العاملة بمركزى قطور وزفتى، وتم اختيار عينة عشوائية بلغ حجمها (382) مستفيد من الوحدات الصحية الواقع الاختيار عليها، وجمعت البيانات اللازمة بالمقابلة الشخصية باستخدام استمارة استبيان خلال شهري يناير وفبراير عام 2019م، وتم استخدام التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والمرجحة، والنسبة المئوية للمتوسط. وقد توصل البحث إلى العديد من النتائج كان أهمها: أن درجة توفر أبعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية في منطقة الدراسة كانت متوسطة، وحصلت جميع أبعاد جودة الخدمة الصحية على درجة توافر متوسطة، وأن بعد الاعتمادية كان أقلها توافراً في حين كان أكثرها توافراً بعد التعاطف. وتوصل البحث إلى أن النسبة المئوية لمتوسط نقاط القوة 62% وكان أكثر نقاطها تواجداً مناسبة موقع الوحدة للمستفيدين بمتوسط حسابى قدرة 2,86 درجة وكان أقلها كفاية الميزانية المخصصة للوحدة لجميع أنشطتها بمتوسط حسابى قدره 1,21 درجة، وبلغت النسبة المئوية لمتوسط إجمالي نقاط الضعف 64% وكان أكثرها تواجداً عدم كفاية الميزانية المخصصة للوحدة بمتوسط حسابى قدرة 2,86 درجة وكان أقلها تحيز رئيس الوحدة لبعض الأطباء والعاملين دون غيرهم 0,68 درجة، وبلغت النسبة المئوية لمتوسط إجمالي نقاط التهديدات 72% وكان أكثرها تواجداً ضعف المخصصات المالية للوحدة الصحية الريفية بمتوسط حسابى قدرة 2,71 درجة وأقلها وجوداً ضعف الإشراف والرقابة على الوحدة الصحية بمتوسط حسابى قدرة 1,57 درجة، وبلغت النسبة المئوية لمتوسط إجمالي نقاط الفرص المتاحة 60,7% وكان أكثرها تواجداً وجود منظمات أخرى يمكن التعاون معها في تنفيذ أنشطة الوحدة الصحية بمتوسط حسابى 2,50 درجة، وأقلها تواجداً زيادة فرص التدريب الخارجى للأطباء على التطور العلمى بمتوسط حسابى قدرة 1,04 درجة.

الكلمات الإسترشادية: الجودة - جودة الخدمة - الوحدات الصحية الريفية

### المقدمة والمشكلة البحثية

في العالم، حيث تحول اقتصاد العالم بالتدريج إلى قطاع الخدمات، وظهر ذلك من خلال الدراسات والبحوث التي أشارت إلى أن قطاع الخدمات في الاقتصاد الغربى يمثل 60% من مجموع القطاعات الاقتصادية الأخرى، ونتيجة لذلك ظهرت مصطلحات جديدة في الواقع، ومنها مفهوم الجودة في عمليات تصنيع وتقديم السلع والخدمات، حتى

يمر العالم بتحويلات سريعة وخاصة مع انتشار العولمة التي غزت جميع دول العالم، وتحول العالم إلى قرية صغيرة باستخدام الإنترنت، و فرض هذا على الدول والمنظمات تغييرات عديدة حتى تساير التطورات السائدة

العربية، بحيث تصبح للرعاية الصحية الأولوية في الاهتمام في خطط التنمية حيث لا يمكن زيادة الإنتاج القومي دون رفع المستوى الصحي للأفراد.

ورغم ما تشهده مصر خلال العقود الأخيرة من محاولات لتطوير منظومة أداء هذه الخدمات الصحية، إلا أن الواقع يشير بأن محاولات التطوير تلك لا تتناسب مع حجم المشكلات التي يعانيها المصريون في الوصول للخدمة الصحية الجيدة، خاصة في ظل ضعف منظومة التأمين الصحي الشامل، فضلاً عن تفشي مسببات الأمراض المزمنة والمتوطنة نتيجة تدني جودة حزمة من الخدمات البيئية وغياب مفهوم الوقاية، وقصور موارد الدولة (وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان، 2016: 2) ففي مصر بلغ الإنفاق على القطاع الصحي لعام (2017-2018م) ما يقرب من 1.34% من الناتج المحلي الإجمالي، وهذه النسبة تعد أقل من نصف الاستحقاق الدستوري البالغ 3%، في حين أن نسبة الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي في البلدان المتقدمة تصل إلى ما يقرب (10%)

[www.hrdoegypt.org/wp\\_content/uploads](http://www.hrdoegypt.org/wp_content/uploads)

/Right\_to\_health 9/4/2019

وهذا بالإضافة إلى المشكلات المتعلقة بضعف المهارات لدى العاملين (مقدمي الخدمة) نتيجة لقصور البرامج التدريبية، والمشكلات المتعلقة بالنظام الصحي والمتمثلة في عدم كفاية الأدوية، وسوء استخدامها، وعدم فاعلية الأدوية، وعدم تفعيل القوانين المنظمة لاستخدام الأدوية ووصفها، وضعف الإشراف، والاستعانة بأجهزة طبية معقدة، وتداخل مستويات مقدمي الخدمة الصحية نظراً لعدم وجود توصيف وظيفي لكل فئة على المستويات المختلفة، ووقوع بعض إدارة الوحدات الصحية تحت تصرف أطباء حديثي التخرج الذين لا يستطيعون حل أي مشكلات قد تظهر، وكل هذه المشكلات الموجودة في القطاع الصحي قد تلتهم أي محاولات لتطويره (خلاف، 2005: 39-40).

تحافظ المنظمات على وجودها واستمرارها من خلال تلبية رغبات وحاجات المستفيدين المتجددة (أبو عيد وآخرون، 2016: 1).

ولذلك أصبح مفهوم جودة الخدمات التي تقدمها المنظمات الاجتماعية- بصفة عامة والريفية تحدياً محل اهتمام متزايد في ظل الاهتمام المتنامي بالتنمية الريفية سعياً من هذه المنظمات لتقديم خدمات أفضل وتحقيق أقصى رضا ممكن لعملائها المستفيدين منها، ولذلك تُعد الجودة من أهم القضايا التي تهتم بها المنظمات المتميزة مهما كانت طبيعة نشاطها، خاصة في ظل التحدي الكبير الذي أصبح يواجهه المجتمع (عبدالرحمن، 2016: 437).

وتعد الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية هدفاً من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية وخاصة بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948، والذي اعتبر الصحة حقاً أساسياً لجميع الأفراد والشعوب، وبذلك أصبحت عملية توفير الخدمات الصحية المتطورة لمحتاجيها مسؤولية أساسية للحكومات لابد وأن توفرها لمواطنيها. وإذا كان هذا هو موقع الصحة بالنسبة للعالم أجمع، فإنه يحتل في المجتمعات النامية مكانة أكثر تميزاً حيث ركزت سياسات هذه المجتمعات على المواطن باعتباره هدفاً ووسيلة، ولذا اهتمت هذه المجتمعات بتحسين وجودة الخدمات الصحية المقدمة لأفرادها (منصور، 2006: 3) ولهذا فقد أصبحت المنظمات الصحية كالمستشفيات والوحدات الصحية من أهم المنظمات الخدمية لكونها تقدم خدمات هامة لأفراد المجتمع نظراً لتعلق هذه الخدمة بصحة وحياة الإنسان الذي هو غاية التنمية.

ولكون الخدمات الصحية من أهم الخدمات المقدمة للفرد، حيث أن الصحة مقياساً للتقدم ورفي الأمم والشعوب، فإن ذلك يستلزم تطوير النظام الصحي في المجتمع المصري عامة والريفي بصفة خاصة والذي يضم ما يقارب (57,4%) من السكان في جمهورية مصر

- 2- التعرف على نقاط القوة والضعف والفرص المتاحة والتهديدات التي تواجه الوحدة الصحية من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية بمنطقة الدراسة.
- 3- تقديم مقترحات لتحسين جودة الخدمة الصحية في منطقة الدراسة.

### الإطار النظري والدراسات السابقة

تعد جودة الخدمات الصحية من الموضوعات الهامة نتيجة للتطورات التي يشهدها القطاع الصحي والزيادة المستمرة في الطلب على الخدمات الصحية، وقد أصبح تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية مطلبًا ملحا من جميع الأطراف في المجتمع. ويعرف **Gronroos** (27: 1990) الخدمة على أنها نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة أو غير مادية والتي عادة (وليس بالضرورة) يتم من خلالها تفاعل بين العميل وبين الموظف المسئول عن أداء الخدمة ينتج عنه حلول لمشاكل العميل وتلبية احتياجاته. كما يعرف "Kotler" الخدمة على أنها "أي نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج عنها أية ملكية وأن إنتاجها وتقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون مرتبطا به" (عتيق، 2012: 15).

وعليه يمكن القول بأن الخدمة عبارة عن آليات ونشاطات تقدم من مقدم الخدمة إلى العميل من أجل تلبية رغبته، ويتم من خلالها تقديم منافع أو فوائد، بحيث يكون هذا النشاط غير ملموس ولا يتم حيازته وامتلاكه.

أما جودة الخدمة فإنها تعرف بصفة عامة على أنها "درجة التطابق مع المواصفات من وجهة نظر العميل وليس من وجهة نظر الإدارة في المنظمة الخدمية" (عطا، 2011: 310). كما تعرف جودة الخدمة على أنها "القدرة على الوفاء بالمتطلبات وإشباع الرغبات من خلال تصنيع سلعة أو تقديم خدمة تفي باحتياجات ومتطلبات

ونظراً لما تعانيه الخدمات الصحية في مصر من مشكلات وقصور واضح في معدلات التقدم والجودة، يتضح أهمية تحسين جودة الخدمات الصحية لبناء الثقة بين المرضى والمنظمات الصحية، وضمان رضاهم مما يعود بالنفع على صحة المواطنين. وبالرغم من الاهتمام المتزايد بالجودة في قطاع الخدمة الصحية، وظهور عدد كبير من البحوث والدراسات عن خدمة العملاء، إلا أن معظم الدراسات لم تتناول توفر وانتشار أبعاد جودة الخدمة في القطاع الصحي خاصة الوحدات الصحية الريفية لتعزيز وتحسين جودة الخدمة المقدمة للعملاء، وذلك على الرغم من الجهد الكبير الذي بذلته وزارة الصحة والسكان في السنوات الأخيرة لتدعيم الخدمة الصحية ورفع كفاءتها وضمان جودتها و لم يواكب معظم هذه الأنشطة والبرامج قياس لتوفر أبعاد جودة الخدمات الصحية؛ لذلك تسعى هذه الدراسة للوقوف على أبعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية ومدى انتشارها، والوقوف على نقاط القوة والضعف والفرص المتاحة والتهديدات المختلفة التي تتعرض لها الوحدات الصحية حتى يمكن تدعيم نقاط القوة، ومواجهة نقاط الضعف، واستغلال الفرص المتاحة لصالح الوحدات الصحية، واتخاذ الإجراءات المختلفة التي يمكن من خلالها تلاشي تلك التهديدات التي يمكن أن تتعرض لها الوحدات الصحية وكل هذا من شأنه تحسين جودة الخدمات الصحية للمستفيدين .

ولما كانت الدراسات التي أتيج الاطلاع عليها قد ركزت على مفهوم الجودة الصحية بشكل عام دون اهتمام مواز وكاف بالأبعاد الأساسية التي ترتكز عليها هذه الجودة، لذلك كان هناك حاجة ماسة وضرورة ملحة لمعرفة أبعاد هذه الجودة حتى يمكن الارتقاء بها مستقبلاً سعياً للوصول لمستوى صحي أفضل للريفيين.

### أهداف الدراسة

- 1- التعرف على درجة توفر جودة الخدمة للوحدات الصحية من وجهة نظر المستفيدين في منطقة الدراسة.

وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها بحيث تتولد لدى المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة". ويعرفها عاجل (2017: 15) من منظور اجتماعي بأنها "تعبير عن مسؤولية الوحدة الصحية كمنتج للخدمة اتجاه حقوق المرضى" وهذا التعريف يشير في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها الوحدة الصحية والتي أيا كان شكلها ومهامها وكمنتج للخدمة الصحية المقدمة للمجتمع وبما يفي بتحقيق التزاماتها تجاه المرضى ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية.

وفي ضوء ما سبق يمكن القول أن جودة الخدمة الصحية هي الخدمة المقدمة في المنظمات الصحية الريفية التي تهدف إلى تحسين صحة الفرد والمجتمع، والتي تسهم في تشخيص حالات المرضى ومعالجتهم وتأهيلهم ووقايتهم من الأمراض المختلفة، وتسعى إلى المحافظة على تحقيق البقاء والاستمرار والنمو.

وفيما يتعلق بأهداف جودة الخدمة الصحية يمكن تحديدها فيما يلي : 1- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين؛ 2- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية؛ 3- تُعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين وقياس مستوى رضاهم وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها؛ 4- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية؛ 5- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل من خلال الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية؛ 6- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها؛ 7- كسب رضى المستفيد؛ 8- تحسين معنويات العاملين من خلال تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج (الجدى، 2018: 20).

المستفيد" (الصيرفي، 2003: 197) كما تعرف جودة الخدمة على أنها "الفجوة أو الانحراف ما بين توقعات الزبون للخدمة وإدراك الجودة بعد استهلاك الخدمة (السلمى، 2001) وعلى ذلك يمكن القول أن جودة الخدمة تتوقف على مدى التوافق بين ما يرغب فيه العميل وما يحصل عليه فعليا.

وتعرف الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية على أنها الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر في أفراد المجتمع أو العناية التمريضية أو الحكيمية التي تقدمها الممرضة للمريض أو التحاليل المخبرية التشخيصية أو رعاية صحية وقائية (الجدى، 2018: 11). ويذكر رحومه (2012) أن الخدمات الصحية تنقسم إلى أربعة أنواع هم : الخدمات الوقائية وهي الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايتهم من الأمراض؛ والخدمات العلاجية وهي الخدمات التي تقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه؛ وخدمات التعليم والتدريب الصحي وهي تدريب خريجي المعاهد الصحية والأطباء الجدد؛ والخدمات في مجال البحوث الصحية.

أما فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية فقد عرفت على أنها "المنفعة أو مجموعة المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل" (الصغير وبن سعد، 2017: 6) وعرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية على أنها درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة (مخيمر والطعامنة، 2003: 187). في حين يعرفها عبدالقادر (2015: 904) على أنها تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها

الخدمة هي الاستجابة، والاعتمادية، والضمان، والملموسية، والتعاطف. ونظرًا لاحتواء هذه الأبعاد على جميع خصائص جودة الخدمات الصحية فقد اعتمدت الدراسة الحالية على هذه الأبعاد الخمس وهي:

1- بعد الاستجابة : تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم (Lovelock, 1996, 456) ويعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية هو الاستجابة السريعة في جميع الأوقات والمبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين، والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوى، وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها (الطويل وآخرون، 2010: 15). وذكر البكري (2005: 212-213) أن من معايير تقييم بعد الاستجابة : تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم.

2- بعد الاعتمادية : تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة، فالمستفيد يتوقع أن تقدم له الخدمة بصفة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء (Cronin and Tylor, 1992, 55). ومن معايير التقييم لبعد الاعتمادية: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، والمواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.

3- بعد الضمان (الأمان) : ذكر محمود والعلاق (2001، 42) أن هذا البعد يقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة ، وقدرتهم على استلهاهم ثقة العميل. أما البكري (2005: 212-213) فقد أطلق عليه التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة. ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد: سمعة ومكانة المستشفى ، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء، الصفات الشخصية للعاملين.

وقد حدد داخل ( 2018: 7) عناصر جودة الخدمات الصحية فيما يلي : 1- الملائمة وتعني اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض؛ 2- القبول وتعني تقبل المريض (المجتمع) لاستخدام إجراء صحي معين؛ 3- فعالية الرعاية وتعني درجة تحقيق الإجراءات الصحية المرجوة منها؛ 4- إمكانية الحصول على الخدمة الصحية؛ 5- العدالة وتعني مدى توفر الرعاية الصحية لمن يحتاجونها فعلاً دون تفرقة بين فئات المجتمع؛ 6- الكفاءة وتعني الاستخدام الأمثل للموارد والتكاليف أخذًا بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين.

ويذكر صغيرو (2012: 40) أنه يوجد أربع مستويات للجودة في الخدمة الصحية هي : 1- الجودة المتوقعة وهي مستوى الجودة التي تتمنى المؤسسة الصحية بلوغه، مع الأخذ بعين الاعتبار الضغوطات الداخلية والخارجية المفروضة عليها؛ 2- الجودة المقدمة وتعتبر عن مستوى الجودة المحقق فعلاً من طرف المؤسسة، في ظل الشروط الطبيعية للعمل؛ 3- الجودة المدركة وهي مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون انطلاقاً من رغباته الخاصة، وهو تعبير عن درجة رضاه، وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المقدمة في مجال رضى الزبون، وهي محل دراستنا؛ 4- الجودة المنتظرة وهي تتعلق بمستوى الجودة المرغوبة من قبل الزبون. ونلاحظ أن كلا من الجودة المتوقعة والجودة المقدمة يتعلقان بالمنظمة ويعكسان مستوى أدائها، أما الجودة المنتظرة والجودة المدركة فيعكسان وجهة نظر الزبائن ومستوى رضاهم.

#### **أبعاد جودة الخدمات الصحية :**

هناك الكثير من الدراسات التي تناولت أبعاد جودة الخدمات بشكل عام، وقد اعتمد هذا البحث على الأبعاد التي تناولها كل من: (محمود والعلاق، 2001)، (الإمام، 2003)، (البكري، 2005)، (الطويل وآخرون، 2010). حيث أكدوا على وجود خمسة أبعاد لجودة

والإصغاء لشكوى المستفيد وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ.

#### نماذج قياس جودة الخدمة :

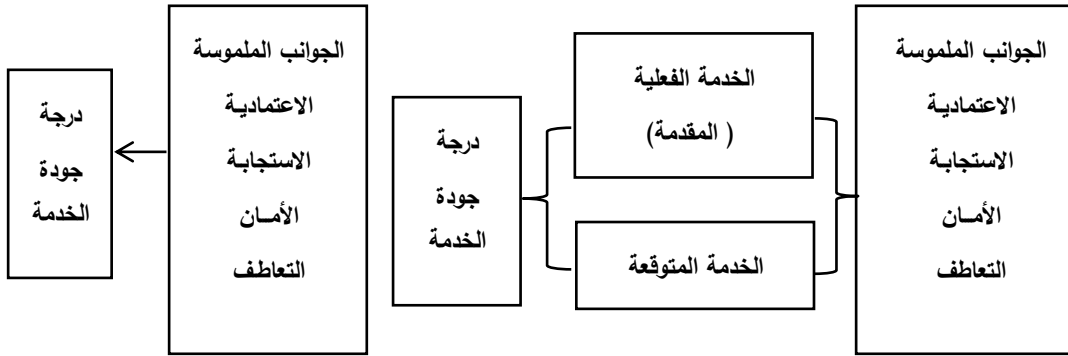
قياس جودة الخدمة هو أحد الموضوعات الأساسية التي حظيت باهتمام كبير من الباحثين، والهدف منها هو البحث عن مقاييس تتسم بالدقة والموضوعية لتقييم الأداء وتحليل الانحرافات، واتخاذ الإجراءات لتحسين الجودة (الإمام، 2003: 3) وقد ظهرت نماذج عديدة لقياس جودة الخدمة. وسوف يتم تناول أهم نموذجين انتشارا في قياس جودة الخدمة الصحية وهما SERVPERF, SERVQUAL. ويوضح الشكل رقم ( 1 ) هذين النموذجين.

النموذج الأول SERVQUAL : في هذا النموذج يتم قياس جودة الخدمة من خلال الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة، وتوقعاته بشأن جودة الخدمة ويضم هذا النموذج خمسة أبعاد لجودة الخدمة وهي الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة للعملاء، الأمان، التعاطف مع العميل. وتشمل هذه المحددات 22 بعداً فرعياً لقياس أداء الجودة، ومثلها لقياس توقعات العملاء، ثم يتم مقارنة الأداء بالتوقعات، وأية فروق في المقارنة معناها وجود فجوة إيجابية أو سلبية في جودة الخدمة، ولذلك سمي هذا النموذج بمقياس الفجوة.

النموذج الثاني SERVPERF : يعتبر هذا النموذج معدلاً من النموذج الأول، حيث يعتمد على نفس المحددات الرئيسية والفرعية، ويتكون من 22 بعداً فرعياً، تقيس الجودة من خلال الأداء فقط، مع استبعاد جانب التوقعات نظراً لعدم وضوحها وصعوبة قياسها، كما أن هذا النموذج يفسر التباين في جودة الخدمة أكثر من النموذج الأول (الإمام، 2003: 3). وسيتم في هذه الدراسة الاعتماد على النموذج الثاني لسهولة قياسه.

4- بعد الجوانب المادية الملموسة : يرى الطويل وآخرون (2010: 17) أن هذا البعد يشير إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه، وكذلك المظهر الخارجي للمرافق الصحية ونظافتها وحدثات المعدات والأجهزة، والأدوات الصحية، ونظافة العاملين ومظهر الأثاث وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها. وأوضح البكري (2005: 212) بأن هذا البعد يتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ومن معايير التقييم لهذا البعد : الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، والمظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة، وأكد Boyer *et. al.* (2010) بأن هذا البعد يعني مظهر التسهيلات المادية والبشرية في موقع تقديم الخدمات الصحية.

5- التعاطف Empathy : يرى محمود والعلاق (2001: 42) بأن التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية ، ويشتمل هذا البعد على خصائص مثل : مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مقدم الخدمة للمستفيد. ويرى الطويل وآخرون (2010: 18) بأن بعد التعاطف يقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكميائية والسرية والتفهم والإصغاء، والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين في إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلاً عن أن التعاطف يضع مصلحة المستفيد في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية



(2) النموذج الثاني

(Cronin and Taylor, 1992)

(1) النموذج الأول

(Parasuraman, Zeithaml and Barrv, 1988)

### تحليل SWOT analysis :

وتعرف المخاطر والتهديدات على أنها النقاط السلبية التي تتحقق لمؤثرات خارجية بالمنظمة ولا تخضع لسيطرتها وتؤثر بالسلب على المنظمة (عارف والبياض، 2013: 16) أي أن نقاط القوة ونقاط الضعف هي نتيجة للخصائص الداخلية في المنظمة، أما مكامن الفرص والمخاطر هي نتيجة للظروف الخارجية المحيطة بالمنظمة.

ويذكر المدبولي (2015: 17) أن من أهم فوائد هذا الأسلوب (فائدة التحليل الرباعي) هي: 1- المحافظة على نقاط القوة والعمل على تعظيمها وزيادة فاعليتها. 2- علاج نقاط الضعف أو إلغاؤها. 3- تحديد أولويات الفرص واستغلالها. 4- تحديد مكامن المخاطر وأساليب تجنبها.

ومن الدراسات التي تناولت أبعاد جودة الخدمة في المنظمات الصحية دراسة مطايرد (1999) التي استهدفت تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الاستثمارية لمنطقة المعادي في مصر من خلال تطبيق مقياس (SERVQUAL) وتوصلت الدراسة إلى انخفاض مستوى الجودة الوظيفية للخدمات الصحية المقدمة، وافتقارها لعناصر الجودة. كما هدفت دراسة الخواص (2003) إلى تقييم المواطنين لجودة الخدمة الصحية الحكومية، وتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية من خلال

يذكر الصاوي أن تحليل SWOT هو أسلوب التخطيط الإستراتيجي ويستخدم لتقييم مواطن القوة والضعف والفرص والتهديدات المشتركة في المشروع أو في المنظمة. وأنه ينطوي على تحديد الهدف، وتحديد العوامل الداخلية والخارجية المواتية وغير المواتية لتحقيق هذا الهدف. ويعرف الصاوي SWOT analysis بأنه أسلوب يستخدم في التحليل الإستراتيجي لتحديد الإيجابيات والسلبيات سواء التي تكون تحت التأثير المباشر للمنظمة أو التي تؤثر عليها من خلال تقييم وتحليل أربعة نقاط رئيسية هي القوة والضعف والفرص والمخاطر وغالبا ما يستخدم هذا الأسلوب لتحليل الوضع الحالي. (طنطاوي، 2016: 554) وتعرف نقاط القوة على أنها تتمثل في الموارد المتوفرة والقدرات التي يمكن استغلالها بالمنظمة وتحت سيطرتها في تحسين الأوضاع ورفع القدرة التنافسية لها (عارف والبياض، 2013: 11). وتعرف نقاط الضعف على أنها أي ظروف أو عوامل نقص داخلية بالمنظمة موجودة فعلا وتعيق من القدرة على استغلال الفرص (المدبولي، 2015: 41) وتعرف الفرص المتاحة على أنها ظروف أو اتجاهات خارجية عن المنظمة ذات أثر إيجابي تمكن المنظمة من تطوير وتحسين أدائها.

(<http://www.manufacturingterms.com/swot.htm> om15/3/2019)

### الطريقة البحثية

أولاً : نوع ومنهج الدراسة :

تنتمي هذه الدراسة إلى مجموعة الدراسات الوصفية، وقد استخدم المسح الاجتماعي بطريقة العينة والذي من خلاله يتم التعرف على توفر وانتشار أبعاد جودة الخدمة في المنظمات الصحية في مركزي قطور وزفتى بمحافظة الغربية.

ثانياً : مجتمع وعينة الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مديري المنظمات الصحية العاملة بقرى مركزي قطور وزفتى بمحافظة الغربية والبالغ عددها (54) مدير منظمة صحية ريفية منها (28) في مركز قطور، (26) في مركز زفتى حسب بيانات مركز المعلومات بالإدارات الصحية بمركزي قطور وزفتى عام (2018). وبطريقة السحب العشوائي تم اختيار (28) مدير من مديري الوحدات الصحية الريفية تمثل ما يزيد يقليل عن (50%) من إجمالي عدد المديرين بالمنظمات الصحية الريفية العاملة بالمركزين. وبذلك بلغ حجم العينة المستهدف (28) مدير وحدة صحية وذلك لاستفقاء بيانات تحليل الوضع الراهن للوحدات الصحية الريفية. أما مجتمع الدراسة بالنسبة للمستفيدين فهو جميع المترددين فوق العشرين مرة خلال عام 2018م على الوحدات الصحية التي وقع عليها الاختيار والبالغ عددهم (75050) متردد (سجلات الوحدات الصحية المستهدفة بمركزي قطور وزفتى، 2018) مثلوا شاملة البحث. ومن خلال معادلة (Krejcie and Morgan, 1970) تم تحديد حجم عينة الدراسة حيث بلغت 382 مبحوثاً ( مستفيدا ) تم اختيارهم بطريقة عشوائية حسب نسبة تمثيل كل منهم في شاملة البحث وتم جمع البيانات باستخدام استمارة استبيان بالمقابلة الشخصية.

ثالثاً : طريقة وأداة جمع البيانات :

صممت استمارة استبيان تم اختبارها مبدئياً على 30 مستفيد من المنظمات الصحية بقرية كفر سالم بمركز

تطبيق مقياس (SERVPERE) وقد أسفرت نتائجها أن تقييم المواطنين للجودة الكلية للخدمة الصحية يدل على أنها منخفضة، وإلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين أربعة من أبعاد هذا المقياس لمستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية وهي الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، والأمان في حين لم تظهر علاقة ذات دلالة إحصائية للبعد الخاص بالتعاطف. واستهدفت دراسة حسن (2006) الوقوف على مدى إدراك المسئولين بالمنظمات الصحية محل الدراسة لأبعاد جودة الخدمة، والتعرف على الممارسات الإدارية المرتبطة بأبعاد جودة الخدمة بالمنظمات الصحية، وتحديد أثر إدراك المسئولين لأبعاد جودة الخدمة على الممارسات الإدارية، وأكثر هذه الأبعاد تأثيراً. وتوصلت الدراسة إلى قصور إدراك المسئولين لمعظم أبعاد جودة الخدمة الصحية باستثناء بعض الأبعاد، وأن ترتيب أبعاد جودة الخدمة الصحية حسب إدراكها من قبل المسئولين قد جاء على النحو التالي : الأمان، والبيئة المادية، والاعتمادية، والتعامل الإنساني، والصورة الذهنية، والاستجابة، وأن جميع أبعاد جودة الخدمة تؤثر معنوياً على الممارسات الإدارية، حيث تراوحت درجة التأثير بين 1,1%، و21,1%، وكان ترتيب أبعاد جودة الخدمة حسب درجة تأثيرها عن الممارسات الإدارية على النحو التالي : الاستجابة ثم الأمان، فالاعتمادية، ثم التعامل الإنساني، فالبيئة المادية، وأخيراً الصورة الذهنية. وأما دراسة عطا (2011) فقد استهدفت قياس درجة توافر متغيرات جودة الخدمة : الاعتمادية، وسرعة الاستجابة، والأمان، والتعاطف مع العملاء، والتسهيلات الداعمة لرضا العميل الخارجي، والوصول إلى العلاقة بين متغيرات مقياس جودة الخدمة على رضا العميل الخارجي، وقد أسفرت نتائجها إلى أن التعاطف مع المرضى من أهم المتغيرات ذات التأثير على رضا المرضى يليه كلا من سرعة الاستجابة والتسهيلات الداعمة ثم البعد الخاص بالاعتمادية، كما أوضحت النتائج انه لا تتوافر أبعاد جودة الخدمة الصحية بالدرجة المطلوب تحقيقها.



الثاني : وهو درجة توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية الريفية في قرى مركزي قطور وزفتى، ويتكون هذا القسم من (48) فقرة موزعة على (5) أبعاد وهي : البعد الأول الجوانب المادية الملموسة وهي العناصر المادية للخدمة المباني، الأجهزة والمعدات، والمرافق الصحية، ومظهر العاملين. ويتكون من (11) فقرة. البعد الثاني الاعتمادية : درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة انجازه للخدمة المطلوبة وعدم الأخطاء في تقديم الخدمة. ويتكون من (8) فقرات. البعد الثالث الاستجابة : وهي الأمور التي تمثل مدى السرعة والاستجابة والاستعداد الدائم لتقديم الخدمة للمستفيد من قبل مقدمي الخدمة ويتكون من (10) فقرات. البعد الرابع الأمان (الضمان) : هي الأمور التي تمثل الشعور بالاطمئنان في التعامل مع الجهة التي تؤدي الخدمة، وسمات العاملين من المعرفة والمجاملة وقدرتهم على إلهام المستفيدين بالثقة والأمان في مكان تقديم الخدمة. ويتكون من (9) فقرات. البعد الخامس (التعاطف) : درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية ويتكون من (10) فقرات.

وتم استخدام مقياس ليكرت الثلاثي (موافق، لحد ما، غير موافق) وأعطيت تلك الاستجابات الأوزان الرقمية (3، 2، 1) على الترتيب للعبارات إيجابية الاتجاه وتم عكس هذه الأوزان الرقمية للعبارات سالبة الاتجاه. القسم الثالث : قياس نقاط القوة والضعف والفرص المتاحة والتهديدات ويتكون هذا القسم من (53) فقرة موزعة كالتالي : 1- نقاط القوة : درجة وجود نقاط القوة بالبيئة الداخلية للوحدة الصحية الريفية وتتكون من (18) فقرة تعكس نقاط القوة. 2- نقاط الضعف : درجة وجود نقاط الضعف بالبيئة الداخلية للوحدة الصحية ويتكون من (16) فقرة تعكس نقاط الضعف. 3- نقاط الفرص المتاحة : وهي درجة وجود الفرص بالبيئة الخارجية للوحدة الصحية التي تدعم أنشطة الوحدة ويتكون من (8) فقرات تعكس نقاط الفرص المتاحة التي تدعم أنشطة الوحدة. 4- التهديدات : هي درجة وجود التهديدات

بسيون محافظة الغربية، وبناءً على هذا الاختبار تم إجراء التعديلات اللازمة عليها للتأكد من صالحيتها لجمع البيانات بالمقابلة الشخصية من أفراد عينة المستفيدين، ثم تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة من عشرة مديريين من مديري المنظمات الصحية الريفية التابعة لمركز بسيون، وتم توجيه سؤال مفتوح إلى كل مدير منهم بتحديد نقاط القوة والضعف والفرص المتاحة والتهديدات التي تواجه تلك المنظمات ومن خلال استجاباتهم تم إعداد استمارة الاستبيان الخاصة بنقاط القوة والضعف والفرص المتاحة والتهديدات. وتم جمع البيانات الميدانية خلال شهري يناير وفبراير عام 2019م.

#### رابعاً: قياس المتغيرات البحثية والتعريفات الإجرائية :

تم إعداد استمارة استبيان لجمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة وتكونت الاستمارة من ثلاث أقسام على النحو التالي : القسم الأول : المتغيرات المستقلة وتشمل العمر : قيس بسؤال المبحوث عن عمره وقت إجراء جمع البيانات لأقرب سنة ميلادية، النوع للمستفيدين وله فئتان (ذكور وإناث) والمستوى التعليمي للمستفيدين وله خمسة فئات (أمي، يقرأ ويكتب، إحصائي، مؤهل متوسط، مؤهل جامعي)، والمؤهل لمديري الوحدات الصحية وله ثلاث فئات (بكالوريوس، دبلوم، ماجستير)، ومهنة المستفيدين وله فئتان (يعمل، ولا يعمل)، والحالة الاجتماعية للمستفيدين وله ثلاث فئات (أعزب، ومتزوج، ومطلق)، والرضا عن خدمات الوحدات الصحية وله ثلاث فئات (راضٍ، ولحد ما، وغير راضٍ)، ودرجة المشاركة الاجتماعية غير الرسمية للمستفيدين وتم قياسها بمجموعة من البنود، وكانت الإجابات هي (دائمًا، أحيانًا، نادرًا، لا) وأعطيت الإجابات أرقام ترميزية هي 4، 3، 2، 1 على الترتيب، والانفتاح الثقافي للمستفيدين وتم قياسه بمجموعة من البنود، وكانت الإجابات هي (دائمًا، أحيانًا، نادرًا، لا) وأعطيت الإجابات أرقام ترميزية هي 4، 3، 2، 1 على الترتيب. القسم

المركبة. وتم حساب المتوسط النسبي لكل نقطة باستخدام المعادلة التالية:

$$\text{المتوسط النسبي} = \frac{\text{متوسط درجة وجود كل نقطة}}{\text{الدرجة العليا لكل نقطة (3)}} \times 100$$

سابعاً: وصف خصائص المستفيدين والأطباء بعينة البحث

ويوضح الجدول رقم (2) بعض خصائص عينة الدراسة، حيث يتضح أن نحو (42,7%) من إجمالي المستفيدين كانت أعمارهم تقع في الفئة العمرية (من 34 إلى 50 سنة)، وأن ما يقرب من نصف المستفيدين حاصلون على المؤهلات المتوسطة (49 %)، ويتبين أن عدد الإناث يزيد بشكل ملحوظ عن الذكور المستفيدين (57,9%، و42,1% على الترتيب)، وأن ثلثي المبحوثين المستفيدين (63,1%) يعملون، وأن نحو (81,9%) من المستفيدين متزوجين، وأن أكثر من نصف المستفيدين (53,1%) يقعون في فئة راضي لحد ما عن خدمات الوحدات الصحية، في حين كان أكثر من نصف المستفيدين (53,1%) يقعون في فئة المشاركة الاجتماعية غير الرسمية المتوسطة، وأن ما يقرب من ثلثي المستفيدين يقعون في فئة الانفتاح الثقافي المتوسطة (62,3%). وتبلغ نسبة الفئة العمرية لمديري الوحدات الصحية (25 إلى 33 سنة) نحو (82,1%) من إجمالي عينة الدراسة، وأن أكثر من ثلاثة أرباع مديري الوحدات الصحية (78,6%) حاصلون على بكالوريوس طب.

بالبيئة الخارجية للوحدة الصحية والتي تعكس المخاطر التي يمكن أن تعوق عمل الوحدة، يتكون من (11) فقرة تعكس نقاط التهديدات.

وتم استخدام مقياس مكون من أربعة استجابات وهي: مرتفعة، متوسطة، منخفضة، لا توجد، وأعطيت الأوزان (3، 2، 1، 0) على الترتيب.

خامساً : صدق وثبات أداة الدراسة :

للتأكد من صدق بنود المقاييس المستخدمة في الدراسة تم استخدام صدق المحكمين حيث تم عرض بنود المقاييس على عدد من المتخصصين بهدف التأكد من مدى سهولة العبارات ووضوحها ودرجة شموليتها ومدى تمثيل الأسئلة لأهداف البحث. ولتقييم ثبات المقاييس فقد تم حساب معامل "ألفا كرونباخ" للاتساق الداخلي لأبعاد المقاييس، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس. ويتضح من بيانات الجدول (1) أن معاملات الثبات لأبعاد جودة الخدمة الصحية تراوحت بين (0,60، 0,91)، وبلغ قيمة معامل الثبات للمقياس الكلي (0,86) وجميعها تعبر عن معاملات ثبات جيدة.

سادساً: أساليب التحليل الإحصائي :

ولتحقيق أهداف البحث، استخدمت التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والمرجحة و النسبة المئوية للمتوسط، والانحراف المعياري، كما تم استخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ لتقدير ثبات المتغيرات

جدول ( 1 ) : معاملات الثبات لمقياس أبعاد جودة الخدمة الصحية.

م	أبعاد مقياس جودة الخدمة الصحية	معامل الثبات "الفا"
1	الجوانب المادية الملموسة	0,74
2	الاعتمادية	0,60
3	الاستجابة	0,81
4	الأمان (الضمان)	0,88
5	التعاطف	0,91
	المقياس الكلي	0,86

## Service quality dimensions of rural health units in qutour and zefta districts....

جدول (2): توزيع المبحوثين عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الشخصية لكل من مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها.

المتغيرات	الفئات	العدد	%	المتغيرات	الفئات	العدد	%
1-العمر للمستفيدين	18-33	160	41,9	6-رضا المستفيدين عن خدمات الوحدات الصحية	راضي	86	22,5
	34-50	163	42,7		راضي لحد ما	203	53,1
	51- فأكثر	99	15,4		غير راضي	93	24,4
	المجموع	382	100		المجموع	382	100
2- المستوى التعليمي للمستفيدين	أمي	58	15,2	7-درجة المشاركة الاجتماعية غير الرسمية للمستفيدين	منخفضة	34	8,9
	يقرأ ويكتب	25	6,5		متوسطة	203	53,1
	إعدادي	24	6,3		مرتفعة	145	38
	مؤهل متوسط	187	49		المجموع	382	100
	مؤهل عالي	88	23				
المجموع	382	100					
3-النوع للمستفيدين	ذكر	161	42,1	8-الانفتاح الثقافي للمستفيدين	منخفض	52	13,6
	أنثى	221	57,9		متوسط	238	62,3
	المجموع	382	100		مرتفع	92	24,1
					المجموع	382	100
4-مهنة المستفيدين	لا يعمل	141	36,9	9-العمر لمدير الوحدة	25-33	23	82,1
	يعمل	241	63,1		34-43	4	14,3
	المجموع	382	100		44-52	1	3,6
					المجموع	28	100
5-الحالة الاجتماعية للمستفيدين	متزوج	313	81,9	10-أخر مؤهل دراسي لمديري الوحدات	بكالوريوس طب	22	78,6
	أعزب	54	14,2		دبلومه	5	17,8
	مطلق	15	3,9		ماجستير	1	3,6
	المجموع	382	100		المجموع	28	100

ويوضح الجدول رقم ( 3 ) هذه النتائج، ومنه يتضح أن المتوسط الكلي لدرجة توافر جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة من وجهة نظر المستفيدين بلغ (2,08 من 3 درجات) بانحراف معياري قدره (0,46) وهذا يعكس نسبة موافقة متوسطة لمجتمع البحث حول درجة توافر أبعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية. أما على مستوى الأبعاد فقد تباينت درجات توافر أبعاد جودة الخدمة باختلاف الأبعاد الخمسة. وتراوح متوسطات توافر أبعاده جودة الخدمة بين (1,9 و 2,2) درجة، كما تراوحت قيم الانحراف المعيارية بين (0,35 و 0,57) مما يعكس التقارب في وجهات نظر عينة الدراسة وعدم تشتت آرائهم.

### نتائج الدراسة

أولاً : النتائج المتعلقة بالهدف الأول للدراسة والخاص بالتعرف على درجة توافر أبعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية من وجهة نظر المستفيدين.

لتحقيق هذا الهدف تم حساب المتوسطات الحسابية والمرجحة والانحراف المعياري لإجابات عينة الدراسة على كل فقرة من فقرات المقياس وعلى كل بعد من أبعاده. وتم تقسيم مدى مقياس ليكرت إلى ثلاث فئات للتعليق على النتائج. وهذه الفئات هي (1- 1,66) لدرجة توافر منخفض، (1,67- 2,33) لدرجة توافر متوسط، و(2,34- 3) لدرجة توافر مرتفع.

جدول (3): المتوسطات الحسابية والمرجحة والانحرافات المعيارية والترتيب لأبعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية.

الترتيب	درجة التوافر	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي المرجح	المتوسط الحسابي	عدد العبارات	أبعاد جودة الخدمة
3	المتوسطة	0,39	2,13	23,44	11	1- الجوانب المادية الملموسة
5	المتوسطة	0,35	1,90	15,18	8	2- الاعتمادية
4	المتوسطة	0,46	2,00	19,98	10	3- الاستجابة
2	المتوسطة	0,55	2,18	19,62	9	4- الأمان
1	المتوسطة	0,57	2,20	21,98	10	5- التعاطف
	المتوسطة	0,46	2,08	20,04	48	المتوسط العام

\* - المتوسط الحسابي المرجح ( تم حسابه بقسمة المتوسط الحسابي على عدد البنود التي يتكون منها كل بعد )

60,2%، والممرات والطرق داخل الوحدة الصحية واسعة ومريحة بما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة بمتوسط بلغ 2,38 درجة ودرجة توافر كبيرة ودرجة موافقة 52,1%، ويُعد تضع الوحدة الصحية لوحات إرشادية للتوعية الصحية بمتوسط حسابي بلغ 2,37 درجة ودرجة توافر كبيرة ودرجة موافقة 50% في حين أوضحت نتائج الدراسة أن هناك (6) بنود تراوحت متوسطاتها بين (1,67، 2,33) درجة وهي تشير إلى أنها ذات أهمية نسبية متوسطة وأنه يتم توافرها في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بدرجة متوسطة.

كما أوضحت نتائج الدراسة أن هناك بند واحد هو الوحدة الصحية تعاني من نقص الإمكانيات والمعدات والأجهزة الطبية والمستلزمات الطبية بمتوسط حسابي بلغ 1,58 درجة ودرجة توافر منخفضة ودرجة موافقة 12,8%.

وفيما يتعلق ببعد الاعتمادية: يتضح من نتائج جدول ( 5 ) أنه يمكن ترتيب بنود الاعتمادية تنازلياً وفقاً للمتوسط الحسابي كما يلي: توافر التطعيمات باستمرار داخل الوحدة الصحية الريفية بمتوسط حسابي بلغ

وجاء في المرتبة الأولى بُعد "التعاطف" بدرجة توافر متوسطة بمتوسط حسابي مرجح (2,2) درجة، يليه بُعد "الأمان" بدرجة توافر متوسطة بمتوسط حسابي مرجح (2,18) درجة، يليه بُعد "الجوانب المادية الملموسة" بدرجة توافر متوسطة بمتوسط حسابي مرجح (2,13) درجة، ثم بُعد "الاستجابة" بدرجة توافر متوسطة بمتوسط حسابي مرجح (2,00) درجة، وأخيراً يأتي بُعد "الاعتمادية" بدرجة توافر متوسطة بمتوسط حسابي مرجح (1,9) درجة.

أما فيما يتعلق ببعد الجوانب المادية الملموسة يتضح من نتائج التحليل بجدول (4) أن هناك (4) بنود من بعد الجوانب المادية الملموسة قد تراوحت متوسطاتها الحسابية ما بين (2,34 - 3 درجات) مما يشير إلى أنها ذات أهمية نسبية مرتفعة وأنه يتم توافرها في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بدرجة كبيرة وهذه البنود على الترتيب هي: الوحدة الصحية موقعها مناسب ويسهل الوصول إليها بمتوسط حسابي بلغ 2,62 درجة ودرجة توافر كبيرة ودرجة موافقة 70,7%، ويتصف الأطباء والممرضين بالنظافة وحسن المظهر بمتوسط حسابي 2,49 درجة ودرجة توافر كبيرة ودرجة موافقة

**Service quality dimensions of rural health units in qutour and zefta districts....**

2,73، بدرجة توافر كبيرة وبدرجة موافقة 77,2%، ثم بُعد يلتزم الكادر الطبي والتمريض بالوحدة الصحية بتقديم الخدمات الطبية في الوقت المناسب بمتوسط حسابي بلغ 2,19 درجة ودرجة توافر متوسطة ودرجة موافقة 40,3%، ثم بعد تحرص الوحدة الصحية على تقديم الخدمات الطبية بشكل جيد في المقام الأول بمتوسط حسابي بلغ 2,03 درجة ودرجة توافر متوسطة ودرجة موافقة 32,2%، ويليهما بقية البنود على النحو المبين في الجدول ( 5 ).

جدول (4) : النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة التوفر لاستجابات عينة الدراسة على فقرات بُعد الجوانب المادية الملموسة بالوحدات الصحية بمنطقة الدراسة.

الترتيب	درجة التوفر	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق %	لحد ما %	موافق %	فقرات بُعد الجوانب المادية الملموسة
1	كبيرة	0,64	2,62	8,9	20,4	70,7	1- الوحدة الصحية موقعها مناسب ويسهل الوصول إليها
2	كبيرة	0,69	2,49	11,3	28,5	60,2	2- يتصرف الأطباء والمرضى بالنظافة وحسن المظهر
3	كبيرة	0,72	2,38	14,4	33,5	52,1	3- الممرات والطرق داخل الوحدة واسعة ومريحة بما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة
4	كبيرة	0,70	2,37	12,8	37,2	50	4- تضع الوحدة الصحية لوحات إرشادية للتوعية الصحية
5	متوسطة	0,78	2,31	19,9	29,6	50,5	5- حالة مبنى الوحدة الصحية جيدة
6	متوسطة	0,83	2,18	45	28,3	26,7	6- بُعد الوحدة الصحية عن مكان سكني يخليني لا استفيد منها
7	متوسطة	0,81	2,00	32,2	35,3	32,5	7- تمتلك الوحدة دورات مياه صحية ونظيفة
8	متوسطة	0,79	1,92	36,1	36,1	27,8	8- أماكن الانتظار والاستقبال مجهزة ونظيفة ومكيفة ومريحة
9	متوسطة	0,71	1,86	33	47,6	19,4	9- تتوافر الأدوية والتحاليل داخل الوحدة الصحية الريفية
10	متوسطة	0,78	1,73	47,6	31,7	20,7	10- المعدات والأجهزة الطبية في الوحدة حديثة ومتطورة
11	منخفضة	0,71	1,58	55	32,2	12,8	11- الوحدة الصحية تعاني من نقص الإمكانيات والمعدات والأجهزة الطبية والمستلزمات الطبية

جدول (5) : النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة التوفر لاستجابات عينة الدراسة على فقرات بُعد الاعتمادية بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

الترتيب	درجة التوفر	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق %	لحد ما %	موافق %	فقرات بُعد الاعتمادية
1	كبيرة	0,54	2,73	4,5	18,3	77,2	1- توافر التغطيات باستمرار داخل الوحدة الصحية الريفية
2	متوسطة	0,77	2,19	21,7	38	40,3	2- يلتزم الكادر الطبي والتمريضي بالوحدة الصحية بتقديم الخدمات الطبية في الوقت المناسب
3	متوسطة	0,79	2,03	29,6	38,2	32,2	3- تحرص الوحدة الصحية على تقديم الخدمات الطبية بشكل جيد في المقام الأول
4	متوسطة	0,68	1,93	20,2	52,8	27	4- هناك الكثير من الأخطاء الطبية في مجال التشخيص والعلاج
5	متوسطة	0,85	1,81	46,9	24,9	28,2	5- الوحدة الصحية تحتفظ بسجلات وملفات ومعلومات دقيقة عن المرضى
6	متوسطة	0,73	1,72	44	39,8	16,2	6- تتوافر كافة التخصصات بالوحدة الصحية الريفية
7	منخفضة	0,73	1,61	14,9	30,9	54,2	7- فيه خدمات طبية كثيرة الوحدة الصحية مش قادرة تقوم بها
8	منخفضة	0,49	1,17	88,5	6,3	5,2	8- اهتمام الوحدة الصحية بتدوين المعلومات عن المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات والكمبيوتر

2,09 درجة ودرجة توفر متوسطة ودرجة موافقة 34,8%، ثم يأتي في المرتبة الثالثة بعدين هما إخبار المستفيدين عن حالتهم الصحية أول بأول، ويتواجد الأطباء والممرضين بسرعة عند حاجة المريض لهم بمتوسط حسابي بلغ 2,06 درجة، ودرجة توفر متوسطة ودرجة موافقة 36,9%، و31,4% على الترتيب، ولديها بقية البنود على النحو المبين في الجدول ( 6 ).

فيما يتعلق ببعد الاستجابة : يتضح من نتائج جدول (6) انه يمكن ترتيب بنود بعد الاستجابة تنازلياً وفقاً للمتوسط الحسابي كما يلي : ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب بمتوسط حسابي 2,60 درجة ودرجة توفر كبيرة ودرجة موافقة 70,2%، ثم يليها الاستعداد الدائم للعاملين والأطباء في الوحدة الصحية للمساعدة والاستجابة لطلبات المستفيدين بمتوسط حسابي بلغ

**Service quality dimensions of rural health units in qutour and zefta districts....**

جدول (6) : النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة التوفر لاستجابات عينة الدراسة على فقرات بُعد الاستجابة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

الترتيب	درجة التوفر	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق %	لحد ما %	موافق %	فقرات بُعد الاستجابة
1	كبيرة	0,67	2,60	10,4	19,4	70,2	1- ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب
2	متوسطة	0,78	2,09	26,2	39	34,8	2- الاستعداد الدائم للعاملين والأطباء في الوحدة الصحية للمساعدة والاستجابة لطلبات المستفيدين
3	متوسطة	0,82	2,06	30,9	32,2	36,9	3- إخبار المستفيدين عن حالتهم الصحية أول بأول
3	متوسطة	0,75	2,06	25,4	43,2	31,4	4- يتواجد الأطباء والمرضى بسرعة عند حاجة المريض لهم
4	متوسطة	0,76	2,03	27	42,9	30,1	5- الحصول على الخدمات المطلوبة من الوحدة الصحية بسرعة
5	متوسطة	0,79	1,96	33,2	38	28,8	6- سرعة الرد على شكاوي واستفسارات المستفيدين
5	متوسطة	0,75	1,96	25,7	44,2	30,1	7- إجراءات العمل بالوحدة الصحية روتينية ومعقدة للحصول على الخدمة
6	متوسطة	0,73	1,93	30,6	45,8	23,6	8- تغطي الوحدة الصحية احتياجاتنا باستمرار
7	متوسطة	0,77	1,68	50,6	30,6	18,8	9- تسعى إدارة الوحدة الصحية لمعرفة رأي المستفيدين عند مغادرتهم الوحدة عن جودة الخدمات المقدمة
8	منخفضة	0,76	1,62	55,0	28,0	17,0	10- هناك دقة في مواعيد صرف العلاج داخل الوحدة الصحية

بمتوسط حسابي 2,30 درجة وبدرجة توفر متوسطة وبدرجة موافقة 47,2%، تلاها هناك سرية تامة يلتزم بها الكادر الطبي عن كل ما يخص حالة المريض الصحية بمتوسط حسابي 2,29 درجة وبدرجة توفر متوسطة وبدرجة موافقة 46,1%، ويليهما بقية البنود على النحو المبين في الجدول (7).

فيما يتعلق ببعد الأمان (الضمان) : يتضح من نتائج جدول (7) أنه يمكن ترتيب بنود بعد الأمان تنازلياً وفقاً للمتوسط الحسابي كما يلي : يتمتع موظفي الوحدة الصحية بسمعة طيبة وأخلاق عالية بمتوسط حسابي بلغ 2,44 درجة، ودرجة توفر كبيرة وبدرجة موافقة 56,8%، ثم يأتي في المرتبة الثانية يراعى الكادر الطبي والعاملين بالوحدة الصحية العادات والتقاليد والأعراف للمستفيدين

جدول (7) : النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة التوفر لاستجابات عينة الدراسة على فقرات بُعد الأمان بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

الترتيب	درجة التوفر	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق %	لحد ما %	موافق %	فقرات بُعد الأمان
1	كبيرة	0,71	2,44	12,6	30,6	56,8	1- يتمتع موظفي الوحدة الصحية بسمعة طبية وأخلاق عالية
2	متوسطة	0,75	2,30	17,5	35,3	47,2	2- يراعى الكادر الطبي والعاملين بالوحدة الصحية العادات والتقاليد والأعراف للمستفيدين
3	متوسطة	0,75	2,29	17,5	36,4	46,1	3- هناك سرية تامة يلتزم بها الكادر الطبي عن كل ما يخص حالة المريض الصحية
4	متوسطة	0,79	2,26	21,5	30,6	47,9	4- الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين والكادر الطبي بالوحدة الصحية الريفية
5	متوسطة	0,73	2,13	20,9	45,1	34	5- يتميز الأطباء في الوحدة الصحية بكفاءة ومهارات عالية في التشخيص والعلاج
5	متوسطة	0,77	2,13	23,8	39,3	36,9	6- نشعر بأننا بأيدي أمينة داخل الوحدة الصحية
6	متوسطة	0,75	2,10	23,0	43,5	33,5	7- يظهر العاملون بالوحدة الصحية الاهتمام الصادق لحل مشاكلنا
7	متوسطة	0,81	2,01	31,9	35,1	33,0	8- استمرارية متابعة الحالة الصحية للمستفيدين
8	متوسطة	0,82	1,95	36,1	32,7	31,2	9- يوجد رقابة من قبل إدارة الوحدة الصحية على أن يؤدي الأطباء والعاملين واجباتهم بكفاءة

يفهمها المرضى، بمتوسط حسابي بلغ 2,31 درجة، ودرجة توفر متوسطة، ودرجة موافقة 47,6%، تلاها ساعات العمل مناسبة لكل الناس في القرية بمتوسط حسابي بلغ 2,26 درجة ودرجة توفر متوسطة ودرجة موافقة 46,9%، ويليهما بقية البنود على النحو المبين في الجدول ( 8 ).

فيما يتعلق ببعد التعاطف : يتضح من نتائج جدول (8) انه يمكن ترتيب بنود بعد التعاطف تنازلياً وفقاً للمتوسط الحسابي كما يلي : يتسم سلوك الكادر الطبي والعاملين بالروح المرحة والمجاملة واللفظ معنا بمتوسط حسابي بلغ 2,40 درجة، ودرجة توفر كبيرة ودرجة موافقة 53,1%، تلاها يوضح الأطباء بالوحدة الصحية للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة



**Service quality dimensions of rural health units in qutour and zefta districts....**

جدول (8) : النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة التوفر لاستجابات عينة الدراسة على فقرات بُعد التعاطف بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

الترتيب	درجة التوفر	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق %	لحد ما %	موافق %	فقرات بُعد التعاطف
1	كبيرة	0,71	2,40	13,4	33,5	53,1	1- يتسم سلوك الكادر الطبي والعاملين بالروح المرحة والمجاملة واللفظ معنا
2	متوسطة	0,74	2,31	17,0	35,4	47,6	2- يوضح الأطباء بالوحدة الصحية للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المرضى
3	متوسطة	0,78	2,26	20,4	32,7	46,9	3- ساعات العمل مناسبة لكل الناس في القرية
4	متوسطة	0,75	2,25	18,6	38,0	43,4	4- العاملين بالوحدة الصحية بيقدروا ظروفنا ويفهموا احتياجاتنا
5	متوسطة	0,77	2,22	20,7	36,9	42,4	5- يبدي العاملين بالوحدة الصحية احتراماً بالغاً لنا
6	متوسطة	0,77	2,12	24,6	39,0	36,4	6- الوحدة الصحية بتضع مصلحتنا في مقدمة اهتماماتها
6	متوسطة	0,79	2,12	25,9	36,4	37,7	7- يعطي الأطباء والعاملين بالوحدة الصحية الوقت الكافي لرعايتنا
7	متوسطة	0,77	2,17	22,8	37,7	39,5	8- يبدي الكادر الطبي اهتماماً شخصياً لنا
8	متوسطة	0,78	2,08	27,0	38,0	35,0	9- ننظر إدارة الوحدة الصحية لنا بأننا دائماً على حق
9	متوسطة	0,79	2,06	28,6	36,6	34,8	10- هناك إصغاء كامل لشكاوانا من قبل العاملين بالوحدة الصحية وبيدوروا على مصالحنا

مع المستفيدين يتوفر بدرجة مرتفعة مما يعني أن الكادر الطبي والتمريض يتميز باللفظ والكياسة وإبداء روح الصداقة والتعاون مع المستفيدين مما يشعر المستفيدين بالألفة وتقليل الفجوة بينهم وبين الطواقم الطبية وربما

ومما سبق يتضح أن بُعد التعاطف يحتل المرتبة الأولى بالنسبة لأبعاد جودة الخدمة الصحية وأن بنود التعاطف تتوفر بدرجة متوسطة فيما عدا بند يتسم سلوك الكادر الطبي والعاملين بالروح المرحة والمجاملة واللفظ

والذي يتجسد في : المظهر الخارجي والتصميم الداخلي للمنظمات الصحية، وتحديث الأدوات والمعدات الطبية المستخدمة، ووجود أحدث المعدات والآلات التكنولوجية، والمظهر اللائق لجميع أفرادها، واختلفت هذه النتائج مع بعض الدراسات (مصلح، 2016؛ سيف، 2013؛ الجدي، 2018؛ الصغير وابن سعد، 2017).

وفيما يتعلق ببعد الاستجابة فقد احتل الترتيب الرابع حيث أن المستفيدين لا يشعرون بأن هناك رغبة حقيقية لدى العاملين لمساعدتهم في الحصول على الخدمة الصحية المناسبة وأن سرعة الرد على شكاوى واستفسارات المستفيدين كانت دون المستوى المطلوب كما أن ليس هناك دقة في مواعيد صرف الأدوية وأن الوحدة غير قادرة على تغطية احتياجاتها باستمرار وربما يرجع ذلك إلى حداثة الأطباء داخل الوحدات الصحية، وقلة خبرة العاملين بالوحدة الصحية في التعامل مع المستفيدين وأن العمل داخل الوحدة ما هو إلا عمل روتيني يومي فقط. واتفقت هذه النتائج مع دراسة (أبو عيد وآخرون، 2016) واختلفت مع دراستي (مصلح، 2016؛ الجدي، 2018).

وفيما يتعلق ببعد الاعتمادية فقد احتل المرتبة الخامسة والأخيرة حيث أن المستفيدين لا يحصلون على الخدمات الصحية في الوقت المناسب ولا يوجد كل التخصصات داخل الوحدات الصحية، وهناك الكثير من الأخطاء في التشخيص والعلاج ولا تهتم الوحدة بتسجيل حالات المستفيدين في السجلات والكمبيوتر. وربما يرجع ذلك إلى حداثة الأطباء وأن الطبيب يكلف بسنة واحدة فقط وهي غير كافية، وإلى ضعف قدرة وزارة الصحة على إبقاء القوى البشرية الخبيرة، والاستعانة بأطباء ليس لديهم الخبرة لإدارة الوحدات الصحية كما أن الوحدات تعاني من نقص الأطباء والكادر التمريضي مما ينعكس على أداء الوحدات الصحية.

ثانياً : النتائج المتعلقة بالهدف الثاني للدراسة والخاص بالتعرف على نقاط القوة والضعف

يرجع ذلك إلى أن سمة التعاطف هي الدارجة في تعامل العاملين مع المستفيدين وهي سمة من سمات المجتمع المصري في ظل ظروف غلاء الأسعار وارتفاع أسعار الأدوية وكشف الأطباء. وهذا ما يتفق مع دراستي (محمود والعلاق، 2001؛ الجدي، 2018) ويختلف مع دراستي (الجزائري وآخرون، 2010؛ جمعة، 2014).

أما فيما يتعلق ببعد الأمان فقد احتل الترتيب الثاني في أبعاد جودة الخدمة الصحية في الوحدات الصحية محل الدراسة وهذا يعني أن العاملون يأخذون عادات وتقاليد المجتمع بعين الاعتبار عند تقديم الخدمة الطبية، كما أن هناك نوع متواضع من الاطمئنان من قبل المرضى بأنهم بأيدي أمينة مع الكادر الطبي والتمريض في الوحدة وأن المرضى يؤكدون على المعاملة الحسنة والملائمة التي يتلقونها أثناء تلقي الخدمة الصحية ولكن دون المستوى المطلوب. وهذا ما يتفق مع دراستي (الجدي، 2018؛ جمعة، 2014) واختلفت مع دراستي (سلطان، 2013؛ الجزائري وآخرون، 2010). وربما يرجع ذلك إلى كون العاملين في الوحدات الصحية من نفس ثقافة أهل المحافظة ولديهم نفس العادات والتقاليد ونادراً ما يوجد عاملين مع خلفيات ثقافية مختلفة فهذا يؤثر بشكل كبير في حفاظ العاملين على عادات وتقاليد المرضى أثناء تأدية الخدمة.

وفيما يتعلق بالجوانب المادية الملموسة فقد احتلت الترتيب الثالث وربما يرجع ذلك إلى أن الوحدات الصحية الريفية تعاني من نقص في الأجهزة والمعدات الطبية والمستلزمات الطبية وعدم توافر الأجهزة الحديثة وعدم توفر الأدوية والتحاليل داخل الوحدة وأن أماكن الانتظار والاستقبال غير مجهزة ودون المستوى المطلوب ويعزى ذلك إلى قلة الإمكانيات المادية للوحدات الصحية الريفية وعدم قدرتها على الوفاء بالتزاماتها. واتفقت هذه النتائج مع دراستي (عتيق، 2012؛ أبو عيد وآخرون، 2016) وأوصت هذه الدراسات بالتركيز على الجانب المادي الملموس لأنه أكثر وأول شيء يتأثر به المستفيدين،

1,75 درجة، ومتوسط نسبي 58,3%، وأفاد بوجودها بدرجة كبيرة 32,1% من المبحوثين ثم يليها كلا من وجود علاقة تعاونية مع المنظمات الأخرى بالقرية، ولا مركزية اتخاذ القرارات في الوحدة الصحية بمتوسط حسابي 1,68 درجة، ومتوسط نسبي 56% لكل منهما، وأفاد بوجودهما بدرجة كبيرة 17,9%، 14,3% على الترتيب، ويليهما بقية نقاط القوة المبين في الجدول (9).

من العرض السابق يتضح ضرورة المحافظة على هذه النقاط التي توجد بدرجة كبيرة وتعظيمها ومحاولة تدعيم نقاط القوة الموجودة في الوحدات الريفية بدرجة منخفضة حتى ندعم من قدراتها ونحسن من أدائها وبالتالي تزيد فاعليتها، وعليه نستطيع أن نظور من أداء الوحدات الصحية التي هي عصب عملية التنمية الريفية لأنها تتعلق بصحة وحياة الإنسان الذي هو المحور الرئيسي في عملية التنمية.

#### ب- نقاط الضعف في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة :

يوضح جدول (10) نقاط الضعف في الوحدات الصحية الريفية وبلغ عدد النقاط 16 نقطة، والتي جاءت بالجدول ومرتببة تنازلياً من حيث الأهمية وفقاً للمتوسط الحسابي والمتوسط النسبي، وأنه يوجد 5 نقاط من نقاط الضعف مرتفعة في متوسطها الحسابي والنسبي وهي عدم كفاية الميزانية المخصصة للوحدة، عدم مناسبة أجر الأطباء مع الأعباء الوظيفية لهم، نقص في الكوادر الطبية داخل الوحدة، انخفاض رضا الريفيين عن الخدمات التي تقدمها الوحدة، يتسم العمل في الوحدة الصحية بالروتين، وبلغ متوسطها الحسابي على الترتيب: 2,86، 2,79، 2,46، 2,32، 2,25 درجة، وبلغ متوسطهم النسبي على الترتيب 95,3%، 93%، 82%، 77,3%، 75%، كما أشار المبحوثين بوجود نقاط الضعف هذه بدرجة كبيرة بنسب تبلغ على الترتيب 85,7%، 78,6%، 50%، 39,3%، 50%.

في البيئة الداخلية للوحدات الصحية الريفية والفرص المتاحة والتحديات في البيئة الخارجية التي تتعرض لها الوحدات الصحية الريفية من وجهة نظر مديري هذه الوحدات. أ- نقاط القوة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة البحث :

يوضح جدول ( 9 ) نقاط القوة في الوحدات الصحية الريفية وبلغ عددها 18 نقطة، وأنه يوجد 4 نقاط قوة تتوفر بشكل كبير بالوحدات الصحية ويتراوح متوسطها الحسابي بين 2,86 إلى 2,25 درجة، وبتوسط نسبي يتراوح بين 95,3% إلى 75% وهذه النقاط هي على الترتيب: مناسبة موقع الوحدة للمستفيدين، وجود لوائح وقوانين تنظم سير العمل، وجود التدرج الهرمي وتقسيم العمل كأحد المبادئ التنظيمية، الاهتمام بالنواحي الصحية للريفيين، كما أشار المبحوثين بوجودها بدرجة كبيرة وهي على الترتيب 85,7%، 50%، 46,4%، 39,3%، وذلك بمتوسطات حسابية 2,86، 2,46، 2,39، 2,25 درجة على الترتيب، وبلغ متوسطها النسبي 95,3%، 82%، 79,7%، 75% على الترتيب.

كما تبين من نفس الجدول وجود خمس نقاط قوة لكنها متوسطة في متوسطها الحسابي والنسبي وهي على الترتيب : تغطية الوحدة لجميع القرى التابعة لها بالخدمات، توافر الخبرة لدى العاملين بالوحدة، الاستجابة لمطالب الريفيين من الوحدة أول بأول، عدد العاملين والأطباء كافي وعلى كفاءة، عمل توعية بصفة دورية للريفيين للوقاية من الأمراض، وبلغ متوسطها الحسابي على الترتيب 2,14، 2,04، 1,96، 1,89، 1,82، وبلغ المتوسط النسبي لهم على الترتيب 71,3%، 68%، 65,3%، 63%، 60,7%.

كما يتضح من ذات الجدول أن هناك 9 نقاط قوة ولكنها منخفضة في متوسطها الحسابي والنسبي وهي عمل اجتماعات بصفة دورية للأطباء بمتوسط حسابي

جدول (9) : توزيع استجابات مديري الوحدات الصحية الريفية وفقاً لدرجة وجود نقاط القوة في الوحدات الصحية الريفية.

الترتيب	المتوسط النسبي	المتوسط الحسابي	توجد بدرجة ضعيفة	توجد بدرجة متوسطة %	توجد بدرجة كبيرة %	لا توجد %	نقاط القوة
1	95,3	2,86	0	14,3	85,7	0	1- مناسبة موقع الوحدة للمستفيدين
2	82	2,46	3,6	46,4	50	0	2- وجود لوائح وقوانين تنظم سير العمل
3	79,7	2,39	7,2	46,4	46,4	0	3- وجود التدرج الهرمي وتقسيم العمل كأحد المبادئ التنظيمية
4	75	2,25	7,1	50	39,3	3,6	4- الاهتمام بالنواحي الصحية للريفيين
5	71,3	2,14	25	25	46,4	3,6	5- تغطية الوحدة لجميع القرى التابعة لها
6	68	2,04	32,1	32,1	35,8	0	6- توافر الخبرة لدى العاملين بالوحدة
7	65,3	1,96	28,6	35,7	32,1	3,6	7- الاستجابة لمطالب الريفيين من الوحدة أول بأول
8	63	1,89	21,4	57,1	17,9	3,6	8- عدد العاملين والأطباء كافي وعلى كفاءة
9	60,7	1,82	25	25	35,7	14,3	9- عمل توعية بصفة دورية للريفيين للوقاية من الأمراض
10	58,3	1,75	21,4	28,6	32,1	17,9	10- عمل اجتماعات بصفة دورية للأطباء
11	56	1,68	35,7	39,3	17,9	7,1	11- وجود علاقات تعاونية مع المنظمات الأخرى بالقرية
11	56	1,68	25	50	14,3	10,7	12- لامركزية اتخاذ القرارات في الوحدة الصحية
12	54,7	1,64	35,7	32,2	21,4	10,7	13- الأجهزة والمعدات متوفرة
13	51,3	1,54	39,3	35,7	14,3	10,7	14- تعاون الأهالي مع الوحدة في انجاز أعمالها
14	47,7	1,43	32,1	39,3	10,7	17,9	15- تعدد التخصصات داخل الوحدة الصحية
14	47,7	1,43	21,4	39,3	14,3	25	16- تبني برامج جديدة لتطوير عمل الوحدة
15	46,3	1,39	25	35,7	14,3	25	17- الاستفادة من تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في أنشطة الوحدة
16	40,3	1,21	46,4	32,1	3,6	17,9	18- كفاية الميزانية المخصصة للوحدة لجميع أنشطتها
	62	1.86	24	36,9	29,6	9,5	الإجمالي

**Service quality dimensions of rural health units in qutour and zefta districts....**

جدول (10) : توزيع استجابات مديري الوحدات الصحية الريفية وفقاً لدرجة وجود نقاط الضعف في الوحدات الصحية الريفية.

الترتيب	المتوسط النسبي	المتوسط الحسابي	توجد بدرجة ضعيفة	توجد بدرجة متوسطة %	توجد بدرجة كبيرة %	لا توجد %	نقاط الضعف
1	95,3	2,86	0	14,3	85,7	0	1- عدم كفاية الميزانية المخصصة للوحدة
2	93	2,79	0	21,40	78,6	0	2- عدم مناسبة أجر الأطباء مع الأعباء الوظيفية لهم
3	82	2,46	3,6	46,4	50	0	3- نقص في الكوادر الطبية داخل الوحدة
4	77,3	2,32	7,1	53,6	39,3	0	4- انخفاض رضا الريفيين عن الخدمات التي تقدمها الوحدة
5	75	2,25	10,7	32,1	50	7,1	5- يتسم العمل في الوحدة الصحية بالروتين
6	73,7	2,21	28,6	21,4	50	0	6- قلة الأجهزة والمعدات الحديثة اللازمة للكشف
7	70,3	2,11	17,9	42,8	35,7	3,6	7- وجود عجز في بعض التخصصات داخل الوحدة
8	64,3	1,93	10,7	32,1	39,3	17,9	8- عدم حرية رئيس الوحدة في اتخاذ بعض القرارات المالية إلا بالرجوع للجهات العليا
9	59,7	1,79	10,7	46,4	25	17,9	9- سلطة اتخاذ القرار تتركز في يد مدير الوحدة
9	59,7	1,79	32,1	14,3	39,3	14,3	10- عدم وجود تدريب للأطباء بالوحدة
10	57	1,71	28,6	39,3	21,4	10,7	11- اتكالبة العاملين في الوحدة على بعضهم في إنجاز الأعمال
11	54,7	1,64	17,9	35,7	25	21,4	12- عدم وضوح اللوائح والقوانين
12	51,3	1,54	53,6	17,9	21,4	7,1	13- ضعف التنسيق بين الوحدة وغيرها من المنظمات بالقريبة
13	46,3	1,39	35,7	25	17,9	21,4	14- زيادة عدد العاملين بالوحدة دون حاجة العمل لهم
14	44	1,32	35,7	42,8	3,6	17,9	15- صعوبة تغطية الوحدة لكل القرى التابعة لها
15	22,7	0,68	25	10,7	7,1	57,2	16- تحيز رئيس الوحدة لبعض الأطباء و العاملين دون غيرهم
	64	1,92	19,9	31	36,8	12,3	الإجمالي

حسابي 2,29 درجة، ومتوسط نسبي 76,3%، وأفاد 32,1% من مديري الوحدات أنها توجد بدرجة كبيرة، ازدواجية التعليمات الصادرة للوحدة الصحية بمتوسط 2,21 درجة، ومتوسط نسبي 73,7%، وأفاد 46,4% من مديري الوحدات أنها توجد بدرجة كبيرة، وعدم الاستفادة من المنظمات الأخرى في القرية بمتوسط حسابي 2,18 درجة ومتوسط نسبي 72,7%، وأفاد 32,1% من مديري الوحدات الصحية أنها توجد بدرجة كبيرة، وضعف المشاركة المجتمعية للريفيين مع الوحدة الصحية، بمتوسط حسابي 2,14 درجة ومتوسط نسبي 71,3%، وأفاد 35,7% من مديري الوحدات أنها توجد بدرجة كبيرة ويليهما بقية نقاط التهديدات على النحو المبين في جدول ( 11 ).

ومما سبق يتضح ضرورة العمل على تفادي واحتماء هذه التهديدات السابق ذكرها لأنها تؤثر سلبيا على أي جهود تقوم بها الوحدة الصحية في خدمة الريفيين.

#### د- تحديد الفرص المتاحة للوحدات الصحية بمنطقة البحث :

يوضح جدول ( 12 ) نقاط الفرص المتاحة في الوحدة الصحية الريفية وبلغ عددها 8 نقاط، وتم ترتيبها تنازلياً من حيث أهميتها وفقاً لمتوسطها الحسابي والنسبي جدول ( 12 )، حيث جاء في الترتيب الأول وجود منظمات أخرى يمكن التعاون معها في تنفيذ أنشطة الوحدة الصحية بمتوسط حسابي 2,50 درجة ومتوسط نسبي 83,3 حيث أقر 60,7% من المبحوثين أن هذه الفرصة توجد بدرجة كبيرة، واحتلت فرصة وسائل الإعلام لها دور كبير في توعية الريفيين بأهمية الخدمات الصحية التي تقدمها الوحدة الصحية الترتيب الثاني بمتوسط حسابي 2,29 درجة ومتوسط نسبي 76,3%، وأشار 57,1% من المبحوثين أن تلك الفرصة توجد بدرجة كبيرة، وجاء في الترتيب الثالث وجود قيادات محلية نسائية يستعان بها في تنفيذ أنشطة الوحدة الصحية بمتوسط حسابي 2,18 درجة، ومتوسط نسبي

كما تبين من نفس الجدول وجود 3 نقاط ضعف لكنها متوسطة في متوسطها الحسابي والنسبي وهي على الترتيب : قلة الأجهزة والمعدات الحديثة اللازمة للكشف، وجود عجز في بعض التخصصات داخل الوحدة، عدم حرية رئيس الوحدة في اتخاذ بعض القرارات المالية إلا بالرجوع للجهات العليا، حيث بلغ متوسطها الحسابي على الترتيب 2,21، 2,11، 1,93 درجة، وبلغ متوسطهم النسبي على الترتيب 73,7%، 70,3%، 64,3%، كما أشار المبحوثين بوجود نقاط الضعف هذه بدرجة كبيرة بنسب تبلغ على الترتيب 50%، 35,7%، 39,3%. كما يتضح من ذات الجدول أن هناك 8 نقاط ضعف وهي تمثل الأقل ضعفاً وهي : سلطة اتخاذ القرارات حيث تتركز في يد مدير الوحدة، وعدم وجود تدريب للأطباء بالوحدة بمتوسط بلغ 1,79 درجة ومتوسط نسبي 59,7%، ويليهما بقية نقاط الضعف على النحو المبين في الجدول رقم ( 10 ). ومما سبق يتضح ضرورة علاج نقاط الضعف أو إلغاؤها وتجنبها حتى تستطيع الوحدات الصحية الريفية القيام بدورها بفاعلية.

#### ج- التهديدات التي تتعرض لها الوحدات الصحية الريفية بمنطقة البحث :

يوضح جدول ( 11 ) التهديدات التي تواجه الوحدة الصحية الريفية وبلغ عددها 11 تهديداً يمنع أو يحد من الاستفادة من الوحدات الصحية، ويمكن ترتيبها من حيث الأهمية وفقاً للمتوسط الحسابي والمتوسط النسبي كما بجدول (11)، وتبين منه أن أكثر التهديدات تأثيراً هي على الترتيب : ضعف المخصصات المالية للوحدة الصحية، بمتوسط حسابي 2,71 درجة، ومتوسط نسبي 90,3%، وأفاد 71,4% من مديري الوحدات أنها توجد بدرجة كبيرة، زيادة الطلب على الخدمات الصحية بسبب النمو السكاني بمتوسط حسابي 2,57 درجة ومتوسط نسبي 85,7%، وأفاد 64,3% من مديري الوحدات أنها توجد بدرجة كبيرة، تركز وسائل الاتصال الجماهيري على سلبيات الوحدة الصحية أكثر من إيجابياتها بمتوسط

**Service quality dimensions of rural health units in qutour and zefta districts....**

72,7% وأفاد 42,9% من المبحوثين على أنها توجد بدرجة كبيرة. واحتلت فرصة التوجه الحكومي بضرورة تطوير الواقع الصحي الترتيب الرابع بمتوسط حسابي 2,14 درجة ومتوسط نسبي 71,3% وأفاد 46,4%

من المبحوثين أن تلك الفرصة توجد بدرجة كبيرة، ويلبها بقية نقاط الفرص المتاحة على النحو المبين في جدول (12).

جدول (11) : توزيع استجابات مديري الوحدات الصحية الريفية وفقاً لدرجة وجود نقاط التهديدات في الوحدات الصحية الريفية.

التهديدات	لا توجد %	توجد بدرجة كبيرة %	توجد بدرجة متوسطة %	توجد بدرجة ضعيفة	المتوسط الحسابي	المتوسط النسبي	الترتيب
1- ضعف المخصصات المالية للوحدة الصحية الريفية	0	71,4	28,6	0	2,71	90,3	1
2- زيادة الطلب على الخدمات الصحية بسبب النمو السكاني	0	64,3	28,6	7,1	2,57	85,7	2
3- تركيز وسائل الاتصال الجماهيري على سلبيات الوحدة الصحية أكثر من إيجابياتها	0	32,1	64,3	3,6	2,29	76,3	3
4- ازدواجية التعليمات الصادرة للوحدة الصحية	3,6	46,4	32,1	17,9	2,21	73,7	4
5- عدم الاستفادة من المنظمات الأخرى في القرية	3,6	32,1	57,2	7,1	2,18	72,7	5
6- ضعف المشاركة المجتمعية للريفيين مع الوحدة الصحية	7,2	35,7	50,0	7,1	2,14	71,3	6
7- نقص وعي الريفيين بدور الوحدات الصحية العلاجية الوقائي	3,6	35,7	46,4	14,3	2,14	71,3	6
8- ضعف ثقة الريفيين في الوحدة الصحية كمنظمة حكومية	7,1	35,7	42,9	14,3	2,07	69,0	7
9- عدم تعاون المنظمات الغير حكومية (المساجد، جمعية تنمية مجتمع، لجنة الزكاة) مع الوحدات الصحية	10,7	35,7	35,7	17,9	1,96	65,3	8
10- تفضيل رجال الأعمال تقديم الدعم لأنشطة صحية تخدم الريفيين بعيداً عن الوحدة الصحية	17,9	32,1	46,4	3,60	1,91	63,7	9
11- ضعف الإشراف والرقابة على الوحدة الصحية	17,9	17,9	39,2	25,0	1,57	52,3	10
الإجمالي	6,5	39,9	42,9	10,7	2,16	72,00	

جدول (12) : توزيع استجابات مديري الوحدات الصحية الريفية وفقاً لدرجة وجود نقاط الفرص المتاحة في الوحدات الصحية الريفية.

الفرص المتاحة	لا توجد %	توجد بدرجة كبيرة %	توجد بدرجة متوسطة %	توجد بدرجة ضعيفة	المتوسط الحسابي	المتوسط النسبي	الترتيب
1- وجود منظمات أخرى يمكن التعاون معها في تنفيذ أنشطة الوحدة الصحية	0	60,7	28,6	10,7	2,50	83,3	1
2- وسائل الإعلام لها دور كبير في توعية الريفيين بأهمية الخدمات الصحية التي تقدمها الوحدة الصحية	7,1	57,1	21,5	14,3	2,29	76,3	2
3- وجود قيادات محلية نسائية يستعان بها في تنفيذ أنشطة الوحدة الصحية	3,6	42,9	35,6	17,9	2,18	72,7	3
4- التوجه الحكومي بضرورة تطوير الواقع الصحي	7,1	46,4	28,6	17,9	2,14	71,3	4
5- تشجيع رجال الأعمال على الاستثمار في مجال الصحة	10,7	46,4	17,9	25	2,00	66,7	5
6- الاستعانة بأعضاء مجلس النواب في تدعيم جهود الوحدة	28,6	14,3	28,5	28,6	1,29	42	6
7- جذب الكوادر والخبرات المهاجرة للعمل في الوحدة	39,3	14,3	21,4	25,0	1,11	37	7
8- زيادة فرص التدريب الخارجي للأطباء على التطور العلمي	35,7	10,7	17,9	35,7	1,04	34,6	8
الإجمالي	16,4	36,6	25,1	21,9	1,82	60,7	

يوضح شكل ( 2 ) الدرجة الكلية لمكونات تحليل SWOT للوحدات الصحية الريفية بمحافظة الغربية بمكوناته الأربعة نقاط القوة، ونقاط الضعف، والفرص المتاحة، والتهديدات وفقاً للمتوسط النسبي كما يلي :

1- العوامل الداخلية في الوحدات الصحية الريفية والتي تتكون من محورين أولهما يتمثل في نقاط القوة وهو أحد الجوانب الإيجابية والتي يبلغ عددها 18 نقطة وبلغ متوسطها النسبي 62 %، وثانيها نقاط الضعف في الوحدات الصحية الريفية وهو أحد الجوانب السلبية والتي يبلغ عددها 16 نقطة وبلغ متوسطها النسبي 64%.

وخلاصة القول أن المبحوثين ذكروا 8 نقاط من الفرص المتاحة من خارج الوحدة يمكن استغلالها في المستقبل لزيادة فعالية الوحدات الصحية وتحسين أدائها في النواحي الصحية للريفيين الذي ينعكس على خطط التنمية الريفية؛ ولذا يجب استغلال هذه الفرص لما لها من أهمية في تطوير وإصلاح الوحدات الصحية الريفية.

هـ- الدرجة الكلية لمكونات تحليل SWOT للوحدات الصحية الريفية بمحافظة الغربية بمكوناته الأربعة نقاط القوة، ونقاط الضعف، والفرص المتاحة، والتهديدات وفقاً للمتوسط النسبي كما يلي :



**العوامل الداخلية في الوحدات الصحية**

إيجابي	نقاط القوة (S) 62%	نقاط الضعف (W) 64%	سلبي
	الفرص المتاحة (O) 60,7%	التحديات (T) 72%	

**العوامل الخارجية في الوحدات الصحية**

**شكل ( 2 ) تحليل SWOT للوحدات الصحية بمحافظة الغربية**

- 2- العوامل الخارجية في الوحدات الصحية الريفية والتي تتكون من محورين أولهما : الفرص المتاحة وهو أحد الجوانب الإيجابية في البيئة الخارجية وعددها 8 فرص، وبلغ متوسطها النسبي 60,7%، وثانيهما التهديدات التي تواجه الوحدات الصحية وهي أحد الجوانب السلبية تؤثر سلبيًا عليها وعددها 11 تهديدًا بمتوسط نسبي 72%.
- ثالثاً: وضع تصور لتحسين جودة خدمات الوحدات الصحية الريفية في محافظة الغربية :
- في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج والتي أشارت إلى أن درجة توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية في قرى مركزي قطور وزفتى متوسط، الأمر الذي يشير إلى أن هناك ضرورة للعمل على تحسين وتعزيز أبعاد جودة الخدمات الصحية، ومن خلال تحليل الوضع الراهن والوقوف على نقاط القوة والضعف والتهديدات والفرص المتاحة أمكن وضع التصور التالي :
- 1- العمل على إنشاء هيئة مصرية مستقلة لمعايير الجودة ومراقبة الأداء بالقطاع الصحي.
  - 2- ترسيخ ثقافة جودة الخدمة الصحية لدى الطواقم الطبية والتمريضية والإدارية حول مفهوم وأهداف وأبعاد جودة الخدمات الصحية عن طريق دورات تدريبية لهم لزيادة مهاراتهم في التعامل مع المرضى.
  - 3- زيادة تفعيل قانون العقوبات وتطبيقه على العاملين في الوحدات الصحية بداية من الأطباء حتى أصغر
- العاملين بها لتقليل الأخطاء الشائعة في التشخيص والعلاج.
- 4- العمل على اعتماد مصادر تمويلية جديدة تؤدي إلى رفع الإنفاق على الخدمات الصحية من خلال منظمات المجتمع المدني (لجنة الزكاة - جمعيات تنمية المجتمع) ورجال الأعمال وتفعيل دورهم في المتابعة والمساهمة مع الجهات المعنية للعمل على تطوير الخدمات الصحية للمواطنين.
- 5- وضع نظام فعال لتلقي شكاوي المستفيدين داخل الوحدات الصحية الريفية ومتابعتها من قبل المسؤولين لضمان سرعة الرد على المستفيدين واحتواء الشكاوي ومعالجة المشكلات الموجودة.
- 6- قيام الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3% من الناتج المحلي وفقاً لما أقره مجلس الشعب تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية.
- 7- زيادة فرص التدريب الخارجي للأطباء بالوحدات لرفع كفاءتهم والاطلاع على ما هو جديد في مجال الطب.
- 8- العمل على مشاركة الريفيين في تخطيط البرامج الصحية لكي تتناسب مع حالتهم الصحية ومشكلاتهم الصحية الملحة وإتباع أسلوب اللامركزية في تخطيط البرامج الصحية.
- 9- زيادة التنسيق بين الوحدات الصحية الريفية والمنظمات الحكومية الموجودة بالمجتمع المحلي، حتى يتم تقديم الخدمات للمستفيدين بالدقة المطلوبة والسرعة في الإنجاز في نفس الوقت.

- 10- زرع الثقة والأمان في نفوس المستفيدين من قبل العاملين بالوحدات الصحية مما يزيد من توفر بُعد الأمان والضمان والتعاطف داخل الوحدات الصحية.
- 11- إقامة وتوسيع العلاقة بين إدارة الوحدات الصحية وأساتذة الكليات والمعاهد الطبية من خلال إقامة دورات تدريبية وندوات ومؤتمرات في مجال جودة الخدمات الصحية.
- 12- تزويد الوحدات الصحية الريفية بالأجهزة والمعدات الحديثة والمستلزمات الطبية المطلوبة وتوفير الأدوية الفعالة داخل الوحدات الصحية.
- 13- الاهتمام بتوفير الكوادر الطبية والكوادر المساعدة المطلوبة داخل الوحدات الصحية الريفية، ومحاولة جذب الكوادر الطبية ذات الخبرة والكفاءة العالية من خلال تحسين الوضع المالي للكوادر الطبية لضمان سرعة الاستجابة وتلبية احتياجات المستفيدين.
- 14- العمل على توفير مختبرات لإجراء التحاليل الطبية اللازمة داخل الوحدات الصحية لكي يتمكن الطبيب بالتشخيص دون أخطاء.
- 15- قيام الإدارات الصحية بإجراء استقصاءات دورية لمعرفة مستوى توفر أبعاد جودة الخدمة الصحية من قبل مقدمي الخدمة في الوحدات الصحية والعمل على تلافي التقصير في حالة وجوده.
- ### المراجع
- 1- أبو عيّد، راند أحمد، وعبدالقادر دراويش، وفضل عيده (2016). تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية باستخدام مقياس SCRVPERF، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين  
<https://platform.almanhal.com/files/2/96854>
- 2- الأمام، وفقى السيد (2003). محددات جودة الخدمة الصحية وأثرها على رضا العملاء في المستشفيات الجامعية - محافظة الدهليّة، المجلة المصرية للدراسات التجارية، كلية التجارة، جامعة المنصورة، المجلد (27)، العدد (4).
- 3- البكري، ثامر ياسر (2005). تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- 4- الجدى، بلال جمال محمد (2018). أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، كلية التجارة.
- 5- الجزائري، صفاء محمد هادي، وعلى غباش محمد، وبشرى عبدالله شنتيت (2010). قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية، في مستشفى فيحاء العام، البصرة، العراق.
- 6- الخواص، أحمد مرسي أحمد (2003). تقييم المواطنين لجودة الخدمات الصحية الحكومية كمدخل لتطويرها - دراسة ميدانية، مجلة المال والتجارة، المجلد (2)، العدد (4)  
<https://search.mandumah.com/Record/89262>
- 7- السلمي، على (2001). إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للإيزو 9000، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 8- الصغير، حسن مفتاح؛ ومختار عطية بن سعد (2017). جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا المستفيدين منها - بحث تطبيقي على مستشفى الخمس العام التعليمي، المؤتمر الاقتصادي الأول للاستثمار والتنمية في منطقة الخمس. [Ecidiko.elmergib.edu.ly](http://Ecidiko.elmergib.edu.ly).
- 9- الصيرفي، محمد عبدالفتاح (2003). الإدارة الرائدة، دار صفاء، عمان.
- 10- الطويل، أكرم أحمد، وآلاء حسيب الجليلي، ورياض جميل وهاب (2010). إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية - دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوي، مجلة تكريت

- محافظة البصرة، مجلة الإدارة والاقتصاد، المجلد(5)، العدد(10).
- 19- سيف، ناصر إبراهيم (2013). أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى - دراسة ميدانية على مركز الرعاية الصحية الأولية في الأردن، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد (9)، العدد (4).
- 20- صغبر، نجات (2012). تقييم جودة الخدمات الصحية - دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، جامعة الحاج الأخضر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الجزائر.
- 21- طنطاوي، علام محمد (2016). تحليل الوضع الراهن للوحدات المحلية القروية في محافظة كفرالشيخ باستخدام SWOT analysis، مجلة العلوم الاقتصادية والاجتماعية الزراعية، جامعة المنصورة، مجلد(7)، عدد(5).
- 22- عاجل، سامر حسين (2017). تقييم واقع جودة خدمة الرعاية الصحية الأولية - دراسة حالة لعينة من المراكز الصحية في مدينة الديوانية، جزء من متطلبات نيل درجة الدبلوم العالي في التخطيط الاستراتيجي، جامعة القادسية، كلية الإدارة والاقتصاد، العراق.
- 23- عارف، حليم حسين؛ ومحسن البياض (2013). التخطيط العمراني مبادئ وأسس، الجزء الأول، مكتبة الجملى، الإسكندرية .
- 24- عبدالرحمن، طارق عطية (2016). أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية : دراسة ميدانية، مجلة البحوث الزراعية، جامعة كفرالشيخ للعلوم الاقتصادية والاجتماعية الزراعية، مجلد 42، العدد3.
- 25- عبدالقادر، محمد نور الطاهر أحمد (2015) قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين - دراسة ميدانية على المستشفيات للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة تكريت، المجلد6، العدد19.
- 11- المدبولي، مصطفى كمال (2015). دليل عمل المخطط الاستراتيجي العام للمدن المصرية، وزارة الإسكان والمرافق والمجمعات العمرانية، الهيئة العامة للتخطيط العمراني.
- 12- جمعة، الطيب (2014). قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى، دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة، الجزائر المجلد(11)، العدد(27).
- 13- حسن، صفاء أحمد الشربيني (2006). مدى إدراك المسؤولين لأبعاد جودة الخدمات الصحية وأثره على الممارسات الإدارية، دراسة تطبيقية، المجلة المصرية للدراسات التجارية، جامعة المنصورة، المجلد(30)، العدد(1).
- 14- خلاف، نجوى (2005). الوصف الهيكلي للنظام الصحي. في يوسف إسماعيل وآخرون (2005) : الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية البيئية والصحية.
- 15- داخل، زهراء رضا (2018). قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، متطلبات نيل شهادة بكالوريوس في الإدارة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة القادسية.
- 16- رحومة، نجلاء فرحات (2012). "متطلبات تحقيق جودة الخدمات الصحية بالجمهورية العظمى : دراسة تطبيقية على القطاع الصحي"، قاعدة بيانات دار المنظومة.
- 17- سجلات الوحدات الصحية الريفية بمركزي قطور وزفتى، محافظة الغربية، 2018، بيانات غير منشورة.
- 18- سلطان، وفاء على (2013). أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين - دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في

- 33- منصور، حسين (2006). الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين في المستشفيات الحكومية بمدينة إربد- الأردن، جامعة اليرموك، المنارة، المجلد(13)، العدد 1.
- 34- وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان "التابعة لمؤسسة ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان في إطار مشروع"- الاستعراض الدوري الشامل لتحسين السياسات العامة خلال المرحلة الانتقالية، 4 إبريل 2016.
- 35- [www.hrdoegypt.org/wp\\_content/uploads/2017/07/Right\\_to\\_health9/4/2019](http://www.hrdoegypt.org/wp_content/uploads/2017/07/Right_to_health9/4/2019).
- 36- <http://www.manufacturingterms.com/swot.htm15/3/2019>.
- 37- Boyer, K. and Verma R. (2010). Operations and Supply Chain Management for The 21<sup>st</sup> Century. United States: South- Western, Cengage Learning.
- 38- Cronin, Jr and Taylor. S, (1992). Measuring Service Quality: A reexamination and Extension, Journal of marketing, No. 56, July.
- 39- Gronroos, Christian (1990). Service Management and Marketing, Maxwell Macmillan International Editions, Lexington books Massa Chustts, Toronto.
- 40- Kerjcie, v. Robert and Morgan, w. Daryle (1970) : Determining Sample Size For Research activities Colleg Station, Durham, North Carolina,U.S.A.vol.30.P.6
- 41- Lovelock C., (1996). Service Marketing, 3<sup>rd</sup> ed. Prentice- Hall, International Edition, New York.
- 42- Parasuraman, A., ValarieA. Zeithamal, and Leonard L. Berry (1988), "SERVQUAL: A multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", Journal of Retailing, 64 (1).
- التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد11، العدد4، ص 899-920.
- 26- عتيق، عائشة (2012). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، كلية العلوم الاقتصادية، الجزائر.
- 27- عطا، ألفت إبراهيم جاد الرب (2011). مدى فاعلية تطبيق مقياس جودة الخدمة الصحية على رضا العميل الخارجي (المرضى)، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، جامعة عين شمس، كلية التجارة، المجلد/العدد ع<sup>2</sup>.
- <https://search.mandumah.com/Record/112872>
- 28- محمود، أحمد؛ وبشير العلق (2001). العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالإدراك ورضا المستفيد- دراسة تحليلية، مجلة أريد للبحوث والدراسات، المجلد(3)، العدد(2).
- 29- مخيمر، عبدالعزيز؛ ومحمد الطعامنة (2003). الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.
- 30- مركز المعلومات بالإدارات الصحية بمركزي قطور وزفتى- محافظة الغربية 2018.
- 31- مصلح، عطية (2016). قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقلية، جامعة القدس المفتوحة.
- 32- مطايريد، ناهد محمد (1999). جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الاستثمارية بمنطقة المعادي، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد(3)، القاهرة.

## SERVICE QUALITY DIMENSIONS OF RURAL HEALTH UNITS IN QUTOUR AND ZEFTA DISTRICTS - GHARBIA GOVERNORATE

Lamia S. Alhusseiny and Tiesseer K. Bazina

Agricultural Extension and Rural Development Research Institute - Agricultural Research Center

---

**ABSTRACT:** *This research aimed at identifying the degree of availability of dimensions of service quality of rural health units from the point of view of the beneficiaries in Qutour and Zefta districts in Gharbiah governorate And identifying the strengths, weaknesses, opportunities and threats facing health units from the point of view of the managers of health units in the study area. The study was conducted on a random sample consists of (28) rural health units representing approximately 50% of the total rural health organizations works in the both districts of Qutour and Zefta. It was selected a random sample amounted to 382 beneficiaries from the selected health units. Data needed were collected by using personal interview questionnaire during the months of January and February 2019, frequencies, percentages, arithmetic mean, arithmetic weighted mean and percentage of the mean. The study revealed many results, the most important was the availability of dimensions of quality of service in the rural health units in the study area was moderate. All the dimensions of the quality of the health service were moderate degrees of availability, and the dimension of dependency was the least of availability, while the most availability dimensions was the sympathy .*

*The research found that the percentage of the mean strength was 62%. The most important points were the location of the unit suitable for the beneficiaries with a mean amounted to 2.86 degree. The lowest was the budget allocated to the unit covers all its activities with a mean amounted to 1.21 degree, the percentage of the mean of the total weakness points was 64%, the most availability was the insufficient budget allocated to the unit with a mean amounted to 2.86 degree, the least of which was the bias of the head of the unit for some doctors and staff only was amounted to .68 degree. The percentage of the mean of the total threat points was 72%, the most of which were weak financial allocations for the rural health units with a mean degree amounted to f 2.71 degree , and the lowest being was the weak of supervision and control on the health unit by a mean amounted to 1.57 degree, The percentage of the total mean of the available opportunities points was 60.7%, and the most common being the presence of other organizations that can collaborate in the implementation of the activities of the health unit with an medium degree amounted to 2.50 degree, and the least of their being was the increase in the opportunities for external training of doctors in scientific development with medium degree amounted to 1.04 degree.*

**Key words:** *Quality, service quality, rural health units.*

---

السادة المحكمين

أ.د/ أحمد جمال الدين وهبه      معهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية  
أ.د/ فؤاد عبداللطيف سلامة      كلية الزراعة - جامعة المنوفية

