

محددات أداء المنظمات الصحية بريف وحضر محافظة المنوفية

فؤاد عبد اللطيف سلامة⁽¹⁾، خالد عبد الفتاح على قنبيير⁽¹⁾، يسرى عبد المولى رميح⁽²⁾، عزيزة محمود طه⁽¹⁾
أحمد فتحي مجاهد عبد الجواد⁽²⁾

⁽¹⁾ قسم الارشاد الزراعي والمجتمع الريفي - كلية الزراعة - جامعة المنوفية

⁽²⁾ معهد بحوث الارشاد الزراعي والتنمية الريفية - مركز البحوث الزراعية

Received: Nov. 18 , 2023

Accepted: Nov. 30, 2023

المخلص

استهدفت الدراسة بصفة أساسية وصف مستوى الخدمات الصحية بالوحدات الصحية الريفية بعينة الدراسة ، وصف مستوى الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية الحضرية بعينة الدراسة ، الكشف عن العلاقات المختلفة بين المتغيرات المستقلة وتقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية الريفية (الأداء المنظمي) بعينة الدراسة كمتغير تابع ، الكشف عن العلاقات المختلفة بين المتغيرات المستقلة و تقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها المستشفيات الحكومية الحضرية (الأداء المنظمي) بعينة الدراسة كمتغير تابع ، وقد أجريت الدراسة بمحافظة المنوفية ، تم اختيار مركزين من مراكز محافظة المنوفية وهما مركزي شبين الكوم وقويسنا، حيث يعكسان التباين من حيث المستوى التنموي ،ومن كل مركز تم اختيار قرية تمثله، حيث تم اختيار قرية شنوان وهي تتبع لمركز شبين الكوم وقرية أم خنان وهي تتبع لمركز قويسنا، وتم إختيار المستشفى الجامعي (مستشفى حكومي) بمركز شبين الكوم والوحدة الصحية بشنوان بقرية شنوان، واختيار مستشفى قويسنا المركزي (مستشفى حكومي) بمركز قويسنا والوحدة الصحية بأم خنان بقرية أم خنان، وتم اختيار عينة عشوائية بسيطة من المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات والوحدات الصحية بالدراسة، وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة ٤٠٠ مبحوثاً من المستفيدين من خدمات تلك المستشفيات والوحدات الصحية بالدراسة ووحدة الدراسة هو المبحوث المستفيد من الخدمات ، وتم استخدام عدة أساليب إحصائية لتحقيق أهداف الدراسة وفروضها من بينها النسب المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي ، والانحراف المعياري والمدى والتباين، ومعامل الارتباط البسيط لبيرسون، وتحليل الانحدار المتعدد بالطريقة الهرمية، واختبار (F)، البرنامج الإحصائي SPSS النسخة (٢٢) في تحليل البيانات .

أوضحت النتائج أن المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمية بالنسبة للمبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية الريفية كمتغيرات مستقلة مؤثرة تبلغ نسبة مساهمتها مجتمعة في تفسير التباين الحادث في متغير الأداء المنظمي ٣٤.٨% يرجع ٥.١% منها الى المتغيرات الشخصية، و ٢٩.٧% منها ترجع الى المتغيرات المنظمية، كما أن المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمية بالنسبة للمبحوثين بالحضر تبلغ نسبة مساهمتها مجتمعة في تفسير التباين الحادث في متغير الأداء المنظمي ٧٠.٦% يرجع ١٠.١% منها الى المتغيرات الشخصية، و ٦٠.٥% منها ترجع الى المتغيرات المنظمية .
وتقترح الدراسة بإجراء دراسات أخرى لتقييم الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الصحية الحكومية الريفية والحضرية بجمهورية مصر العربية وذلك لمعرفة درجة رضا المترددين والعاملين بهذه المؤسسات عن تقديم هذه الخدمات ، وكذلك إجراء دراسات مقارنة للمؤسسات الصحية الحكومية والخاصة من حيث درجة قيامهم بأدوارهم بالمناطق الريفية والحضرية، وذلك من أجل وضع الحلول والاستراتيجيات المناسبة لتطوير الخدمات الصحية في هذه المناطق .

الكلمات الاسترشادية: التقييم ، الصحة ، الخدمة الصحية ، النماذج النظرية لإستخدام الخدمات الصحية ، تقييم الأداء.

المقدمة

الاقتصادية لجميع بلدان العالم ، حيث تولى الدول أهمية كبرى لهذا القطاع الاستراتيجي بإعتبار أن ناتجه النهائي والمتمثل في الصحة إستثمارا يساهم في مساعدة اليد

من المؤكد أن القطاع الصحي واحداً من بين أهم القطاعات الإستراتيجية التي تساعد على دفع عجلة التنمية

مهارتهم وكفاءتهم العلمية بسبب توزيع جغرافي غير ملائم وضعف الأجور والحوافز المالية وغياب معايير الجودة والسلامة المهنية وبخاصة في الوحدات الريفية ووحدات ارعاية الأولية ، وعدم وجود وحدات رقابة داخل المستشفيات والهيئات والوحدات الصحية أدى لضعف مستوى الخدمة واستهتار مقدمى الخدمة ، وارتفاع أعداد المرضى نتيجة عدم وجود برامج وقاية أولية مع قلة عدد الأطباء نتيجة إعارتهم للخارج وبالتالي فقد المواطن ثقته في مستوى تقديم الخدمات الصحية الحكومية في مصر ، وعدم إجراء مسح شامل لأعداد المرضى في مصر ، والارتفاع في معدل إنتشار الأمراض المعدية لعدم تطبيق البرامج الوقائية في مكافحة العدوى داخل المنشآت الطبية نتيجة غياب التفثيش المستمر على المنشآت سواء كانت حكومية أو خاصة ، يمكن إعتبار كل ماسبق مشكلات جذرية تتعلق بتقديم الخدمات الصحية في مصر .

مشكلة البحث

تواجه المنظمات الحكومية الخدمية جملة من التغيرات والتحديات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والتقنية والثقافية، مما يحتم على هذه المنظمات مواجهة هذه التحديات من خلال اتخاذ الترتيبات اللازمة الأخذ بمفاهيم الإدارة الحديثة لتمكينها من تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية ، وقد صاحب هذه التغيرات والتحديات المطالبة بتحديث أساليب الإدارة العامة، وتبنى استراتيجيات ومداخل مختلفة ترفع من مستوى أداء الأجهزة الحكومية الخدمية من خلال التعامل الإيجابي مع التحديات والتحول البيئية وترشيد الإنفاق وسرعة الإنجاز وتبسيط الإجراءات ، وفي ظل هذه التغيرات والتحوليات ظهرت الحاجة الى قياس الأداء المؤسسى لهذه المنظمات بصورة دورية بهدف رفع مستواها وتحسينها، كما أن تحسين الخدمات الحكومية له فوائده الاقتصادية والاجتماعية على جميع شرائح المجتمع، وتعمل معظم الحكومات على تقييم أداء أجهزتها الخدمية سواء كان ذلك بالتأكد من أن الخدمات المقدمة قد وصلت فعلياً الى محتاجيها، وأن معظم المستفيدين قد تلقوا الخدمات الضرورية بحالة وسعر مناسبين، إضافة الى ذلك حاجة الحكومات لمعرفة إذا كانت سياساتهم حيال أداء هذه الخدمات فعالة ويتم تطبيقها بكفاءة أم لا (الأحمدى، ٢٠٠٩).

العامله على الاستمرار فى الانتاج، ومن ثم تحقيق الإزدهار والرفاهية من خلال التأثير فى الناتج القومى، وقد ظهرت الأهمية البالغة لهذا القطاع فى الآونة الأخيرة خاصة بعد تفشى جائحة كورونا فى جميع بلدان العالم وعدم قدرة هذا القطاع على إستيعاب الأعداد المتزايدة من المصابين ، ورغم الإمكانيات المتقدمة فى العديد من الدول المتقدمة كأمريكا ودول أوربية عديدة إلا أنها عجزت عن إستيعاب الأعداد الضخمة من المصابين والوفيات ، فبدأت العديد من الدول المتقدمة فى رفع ميزانيات القطاع الصحى لديها وتطويره بشكل أكبر ، حيث أثرت هذه الجائحة على القطاعات الانتاجية فى العديد من دول العالم وتأثرت اقتصادياتها سلبيا بشكل كبير ، ولذلك تحمل القطاع الصحى تبعات هذه الجائحة وأصبح يتحتم عليه تقديم خدمات صحية على مستوى عالى من الجودة للمرضى عموماً وبشكل خاص مصابى هذه الجائحة ، وهذا يظهر أن القطاع الصحى أحد الأعمدة الرئيسية للاقتصاد القومى .

أورد تقرير مؤسسة ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان (٢٠١٦ ، ٨ - ٩) أن القطاع الصحى فى مصر قد أصبح أسيراً للتفتيت المتواجد فى كافة مستوياته وقطاعاته، والذى نتج عنه مشاكل عديدة فى الإدارة أدت الى قصور فى جودة الموارد ماليا وبشرىا واستثمارياً بشكل عام كنتيجة لضعف التمويل مما يؤدى لعدم وجود عدالة فى الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، كما أن إنخفاض الاستثمار فى القطاع العام الصحى يعد أهم سبب فى ارتفاع الاتفاق الخاص من المواطنين على الصحة ، وهو ما أدى الى زيادة هيمنة القطاع الخاص على الصحة وإكتساب الخدمة الصحية المقدمة لطابع تجاري ، كما أن غياب الشفافية فى القطاع الصحى وعدم وجود رؤية حقيقية للتطوير وخطة زمنية لحل مشاكل هذا القطاع أدت لفقدان الثقة لدى المواطن فى الخدمات الصحية الحكومية واتجاهه للقطاع الخاص وهو ما لا يستطيع غالبية الشعب المصرى التوجه إليه، وغياب دور المجلس الأعلى للصحة المشهر بموجب قرار رئاسى ويرأسه وزير الصحة فى تحديد الإتجاه الذى سوف تسلكه السياسة الصحية، وضعف أداء العاملين وعدم ملائمة مستويات تأهيلهم لطبيعة العمل وخاصة فى مستوى الرعاية الصحية الأولية نتيجة لضعف

٤) الكشف عن العلاقات المختلفة بين المتغيرات المستقلة و تقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها المستشفيات الحكومية الحضرية (الاداء المنظمي) بعينة الدراسة كمتغير تابع .

الإطار النظري

أولاً : الإطار المفهومي

مفهوم التقييم

جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية (١٩٨١، ١١) أنه يمكن تعريف التقييم على أنه طريقة منهجية للتعلم من التجربة وإستخلاص الدروس المستفادة لتحسين الأنشطة الجارية وتعزيز التخطيط الجيد بالإختيار الدقيق للبدائل من أجل العمل المستقبلي، وينطوي هذا على تحليل نقدي للجوانب المختلفة لتطوير وتنفيذ أى برنامج والأنشطة التي تشكل هذا البرنامج، وملائمه وصياغته، وكفاءته وفعاليتته وتكاليفه، وقبوله لدى جميع الأطراف المعنية .

وترى منظمة الصحة العالمية أن الهدف من التقييم في التنمية الصحية هو تحسين البرامج الصحية والخدمات المقدمة، وتوجيه تخصيص الموارد البشرية والمالية في البرامج والخدمات الحالية والمستقبلية، كما أن المشاركة في عملية التقييم يؤدي إلى فهم أفضل للأنشطة التي يتم تقييمها، ومنهج بناء أكثر لتنفيذهم ولأى عمل مستقبلي مطلوب.

ويذكر موسى (٢٠٠٤، ٤) أن شمسان قد عرف التقييم الأداء العاملين على أنه قياس الأعمال التي تتم أو تمت ، ويتم القياس بواسطة المعايير الرقابية التي تقررت ، وتعتبر عملية قياس أو تقييم الأداء من أهم العمليات لأنه بدونها لا يمكن القيام بعملية الرقابة .

ويضيف الأحمدي (٢٠٠٤، ١١٩) أن كالوزنى وفينى وهما من رواد الإدارة الصحية قد عرفا التقييم من الناحية الوظيفية بأنه يتناول جمع المعلومات وتحليلها بإستخدام مختلف الإستراتيجيات المنهجية لتحديد مدى تلبية أنشطة الخدمة الصحية لمتطلبات المجتمع الصحية وبيان تقدم مسيرتها وكفاءتها وفعاليتها، وتأثيرها في إحداث التغييرات المطلوبة في تلبية متطلبات المجتمع وإحتياجاته الصحية .

وبالنسبة للخدمات الصحية فالمؤسسات المعنية بتقديمها أصبحت مسئولة عن توفيرها وفق المعايير المحددة والمتفق عليها عالميا وذلك كحد أدنى مما يعرف بحقوق المريض، فالخدمة الصحية الجيدة هي التي تنظر للمريض على أن له حاجات جسمانية ومادية وعاطفية وبالتالي فهي أشمل من التعامل مع المريض فقط بل تشمل عناصر أخرى كالتوعية الصحية والتأهيل الطبي (خولة جلاب، ٢٠١٦).

ويتركز تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات والوحدات الصحية الريفية حيث يستأثر الحضر بالجزء الأكبر من الاهتمام بالخدمات الصحية على حساب المناطق الريفية، فالمناطق الحضرية تستأثر بوجود المستشفيات الحكومية والخاصة المجهزة بكافة الامكانيات البشرية والمادية (أجهزة وأدوات طبية وأطقم طبية وغيرها) في الوقت الذي يعاني فيه الريف من الافتقار الى سبل الوقاية من المرض وعدم القدرة على العلاج ، فالوحدات الصحية الريفية تتسم بمستوى متدن من الخدمة نتيجة نقص الامكانيات البشرية والمادية من أجهزة وأدوات وأطقم طبية ذات كفاءة)، وقد تم اختيار محافظة المنوفية لتقييم الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية بريف وحضر المحافظة سواء كانت وحدات صحية أو مستشفيات حكومية ووضع بعض المقترحات لتحسين الخدمات الصحية بالمحافظة والتعميم علي باقي المناطق المصرية .

أهداف البحث

أهداف البحث

إستهدفت الدراسة بصفة أساسية وصف مستوى الخدمات الصحية بالوحدات الصحية الريفية، والمستشفيات الحكومية الحضرية بعينة الدراسة وتحدد الأهداف الفرعية فيما يلي:

- ١) وصف مستوى الخدمات الصحية بالوحدات الصحية الريفية بعينة الدراسة .
- ٢) وصف مستوى الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية الحضرية بعينة الدراسة .
- ٣) الكشف عن العلاقات المختلفة بين المتغيرات المستقلة وتقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية الريفية (الاداء المنظمي) بعينة الدراسة كمتغير تابع .

كما يضيف كل من شولس وجانسن، أن تقييم المتحصلات في المؤسسة الصحية هو عبارة عن تقييم النتائج النهائية من حيث الصحة والرضا ، وذلك بأن هذا التقييم في كثير من الطرق يقدم الساهد النهائي عما إذا كانت الرعاية جيدة أم رديئة أو لا تفرقة ، بسبب الإتفاق الأساسى الاجتماعى والمهنى العريض على ما هى النتائج المتحصل عليها، على الأقل بدرجة معنوية الرعاية الجيدة.

ويذكر رضوان (٢٠١٣، ١١) أن البعض قد رأى أن تقييم الأداء هو قياس الأداء الفعلى ومقارنة النتائج المحققة بالنتائج المطلوب تحقيقها أو الممكن الوصول إليها حتى تتكون صورة حية لما حدث ولما يحدث فعلا ومدى النجاح في تحقيق الأهداف وتنفيذ الخطط الموضوعية بما يكفل إتخاذ الإجراءات الملائمة لتحسين الأداء ، كما يذكر أن البعض الآخر قد عرف تقييم الأداء على أنه هو المراجعة الإدارية للأداء من خلال مراجعة الخطوات والمعايير ومقارنتها بالفعلى لكل خطوة من خطوات العملية الإدارية.

ويضيف كل من غالى وزكى (٢٠١٩، ٢٤٧) أنه يمكن تعريف تقييم أو قياس الأداء على أنه عملية يمكن من خلالها مقياس ما تحقق من الأهداف المنشودة للمؤسسة أو المنظمة، وفقاً لمعايير موضوعية وموضحة سالفاً ، وكذلك ما لا يتحقق، من أهدافها وتشخيص أسباب ذلك، أى أن تقييم الأداء يجب عن تساؤل رئيسى وهو أى من الأهداف المنشودة للمؤسسة نجحت فيها المؤسسة؟ وأى منها لم تنجح في تحقيقه؟ وما أسباب فشلها؟

وتضيف آمال العمروس (٢٠٢٠، ٣٧) أن بو عافية قد عرف عملية التقييم على أنها عبارة عن أداء لتعديل المسار والمراقبة، فهى تقوم بمعاينة الثغرات فى نظام معين، وقياس الفارق بين ما هو منتظر وما تم تحقيقه فعلا، ويعتمد فى هذه الحالة على المواصفات .

مفهوم الصحة

وتذكر عائشة عتيق (٢٠١٢، ٣٤) أن مارشال قد أورد في الفصل الخامس من الجزء الرابع من كتابه مبادئ الاقتصاد لدراسة أثر الصحة على السكان والثروة الاقتصادية تعريفا للصحة على أنها القوة الجسمية والقوة العقلية للفرد ويرتبط المستوى الصحى للفرد بالحاجة للسكن وبالمستوى التعليمى والمستوى الغذائى وتنوعه،

يضيف اسماعيل (٢٠٠٥، ٥٩) أن الصباح قد عرف تقييم الأداء على أنه نظام رسمى مصمم من أجل قياس وتقييم أداء وسلوك الأفراد أثناء العمل، وذلك عن طريق الملاحظة المستمرة والمنظمة لهذا الأداء والسلوك ونتائجها وخلال فترات زمنية محددة ومعروفة، ويجرى فى نهاية الملاحظة تقدير جهود ونشاط وسلوك وبالتالي كفاءة كل فرد على حدة وبشكل موضوعى دون تحيز، لتجرى فى النهاية مكافأة الفرد بقدر ما يعمل وينتج، أو لتحديد نقاط الضعف فى أدائه للعمل على تلافيها مستقبلاً.

ويذكر أبو حطب (٢٠٠٩، ١٥-١٦) أن نصر الله قد عرف عملية تقييم الأداء على أنها تلك العملية التى تعنى بقياس كفاءة العاملين وصلاحياتهم وإنجازاتهم وسلوكهم فى عملهم الحالى للتعرف على مقدرتهم على تحمل مسؤولياتهم الحالية واستعدادهم لتقلد مناصب أعلى مستقبلاً .

وترى نهلة السليمى (٢٠٠٩، ٩) أنه يمكن تعريف تقييم جودة الخدمات على أنه هو تقدير جودة الخدمات أو الحكم على جودة الخدمات عن طريق القياس .

أورد بوبرطخ (٢٠١٢، ١٨-١٩) أن فايضة الزغبى قد عرفت التقييم على أنه تقدير قيمة الشئ أو كمية بالنسبة إلى معايير محددة والهدف من التقييم هو الحكم الموضوعى على العمل الخاضع للتقييم بأنه مطابق للمعايير أو محل بها، ناجحاً أو فاشلاً، وذلك بتحليل لمعلومات المباشرة عنه وتفسيرها فى ضوء العوامل والظروف التى من شأنها أن تؤثر على العمل، كما يضيف بوبرطخ أن شولر قد عرف تقييم أداء العاملين على أنها العملية التى يتم بموجبها تقدير جهود العاملين بشكل منصف وعادل لتجرى مكافأتهم بقدر ما يعملون وينتجون، وذلك بالاستناد إلى عناصر ومعدلات تتم على أساسها مقارنة مستويات أدائهم بها لتحديد مستوى كفاءتهم فى الأعمال الموكلة إليهم .

ويذكر كل من شولس وجانسن (٢٠١٣، ٣٩٥-٣٩٧) أن تقييم الهيكل فى المؤسسة الصحية عبارة عن تقييم الأوضاع والأدوات المتاحة والمستخدمة لتقديم الرعاية، بينما تشمل الجوانب المادية التسهيلات والأجهزة فالتقييم الهيكلى يذهب إلى أبعد من ذلك ليضم خصائص إدارية للمؤسسة الصحية ومؤهلات المهنيين الصحيين، ومصطلح الهيكل هنا يستخدم للدلالة على الممتلكات والموارد المستخدمة لتقديم الرعاية الصحية وأسلوب تنظيمها .

للمستفيد نتيجة لاستخدام جهد بشري أو آلي، ولا ينتج عن تلك المنافع حيازة أشياء مادية ملموسة، كما أضاف كورتل أن لانكستر ومانسجهم قد عرضا الخدمة الصحية علي أنها جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا لدي المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي أخطاء، وهذا ما يبرز بالخدمة الصحية أكثر من أي نوع آخر من الخدمات.

وتذكر سحر العزاوي وآخرون (٢٠٠٩، ١٣١) أن أبونقطة عرف الخدمة الصحية على أنها مجموعة من النشاطات غير الملموسة تقدم للمرض والتي تهدف إلى تقليل حدة التعب النفسي والبدني والاجتماعي، وأخرى ملموسة مثل الدواء والطعام.

وتذكر كل من سعيدة خامت ونورة عجو (٢٠١٢، ٦٠) أن المساعد قد عرف الخدمة الصحية علي أنها أوجه النشاط غير الملموسة التي يتم تقديمها للمستهلك (المريض) والهادفة أساساً إلي إشباع حاجاته ورغباته أي تهدف إلي تحسين الصحة وزيادة فرصة الشفاء والتقليل من القلق الذي ينتاب المريض، والترر من المرض والسعي نحو السلامة جسمانياً وعقلياً واجتماعياً، ويتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية العامة أو الخاصة.

وترى نجاه بحدادة (٢٠١٢، ٢٩) أنه يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها هي كل ما يؤدي إلى وقاية الناس من الأمراض ويؤدي إلى السرعة في تشخيص المرض وعلاجه والمتابعة الجيدة بعد التشخيص والعلاج، فهي تمثل بذلك مجموعة من النشاطات المحددة للمحافظة على الصحة أو تحسينها أو لمنعها من التدهور، إذن فهي مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعاً ورضاً معيناً للمستفيد.

ويذكر كل من العنقري والمغربي (٢٠١٤، ٢٢) أنه يمكن تعريف الخدمة الصحية علي أنها مجموعة من الخدمات الوقائية والعلاجية والتي يؤدي تطبيقها إلي تجنب الأفراد الإصابة بأمراض عديدة وتشمل التغذية السليمة والكشف الطبي الدوري الشامل والوقاية من الأمراض المعدية والأمان والإسعافات الأولية والعناية بالجسم والمحافظة علي الأفراد المعاقين والأسوياء وتوفير الأجهزة والأدوات التعويضية للمعاقين والخدمات العلاجية.

ومستوى نظافة البيئة، والخدمات الصحية المتاحة، ومدى إمكانية الحصول عليها، فإذا كان المرض أو الانتفاص من حالة السلامة الصحية للفرد من المرض، وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية.

ويضيف إكهولم (١٩٧٦، ١١) أن منظمة الصحة العالمية في ميثاقها قد عرفت الصحة على أنها حالة إكمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية.

ويرى حلوش (٢٠٠٤، ١٦٤) أنه يمكن تعريف الصحة العامة على أنها هي الوضع الصحي الأكثر تحراً وتخلصاً من الأمراض والآلام وإحتساب إنعكاساتها، كالموت المفاجئ والسكتة الدماغية وأمراض السرطان وكلفتها مقدره بالدينار أو ما يقابله بالدولار مثلا، وهذا يعني استمرارية المحاولة إلى الوصول للوضع الصحي الأمثل والأكثر فاعلية وتفاعلا (جسدياً ونفسياً وحسياً واجتماعياً) لضمان حياة أفضل وعمر صحي أطول للإنسان.

وتذكر نجاه صغيرو (٢٠١٢، ١٢) أن بيركينز عرف الصحة على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه.

مفهوم الخدمة الصحية

يذكر إبراهيم (٢٠٠٠، ٢٥-٢٦) أنه يمكن اعتبار الخدمة الصحية أحد المدخلات التي تساهم مع غيرها في تحقيق ناتج يسمى الصحة الجيدة، ويمكن تحسين الحالة الصحية بتقديم الخدمات الصحية والقيام بالبحوث الطبية، وتنفيذ برامج صحة البيئة مثل التحكم في تلوث الهواء وبرامج التعليم الصحي التي تهدف إلي تغيير خط حياة المستهلكين أو المستفيدين.

وأضاف كل من فتاحين ونعلامن (٢٠١٦، ١٧) أن الذكري عرف الخدمة الصحية علي أنها العلاج الذي يتم تقديمه للمرضي سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو تدخلاً علي المستوي الطبي تكون نتيجته رفض أو قبول من جانب المرضي بعد تحسن حالتهم الصحية.

ويذكر كورتل (٢٠٠٩، ٣١١-٣١٢) أن سكينز قد عرف الخدمة علي أنها منتج غير ملموس يقيم المنافع

الموارد والممتلكات الخاصة به كما يشاء، ويكون الناس أهل لما يمتلكون طالما أنهم يحوزون عليه أو ينتقلون ملكيته لهم، من خلال طرق عادلة سواء كان من خلال جهودهم وأنهم يحصلون عليه كهبه أو ميراث أو من خلال التبادل بشكل اختياري مع الآخرين، ويجب على الحكومة ألا تتدخل في مثل هذه المعاملات أو محاولة القيام بتنظيمها، بل يجب أن يسمح للبيد الخفية التي تحكم السوق الحرة بأداء عملها بدون وضع أى معوقات، والتدخل الوحيد المناسب هو لتصحيح الأوضاع الخاطئة، حيث يوجد دليل تاريخي واضح على أن الممتلكات أو الموارد التي يملكها بعض الناس لم يحصلوا عليها من خلال طرق عادلة ن وفي الغالب فمن الصعب تجميع أو توثيق مثل هذا الدليل، وتمثل نظرية الأهلية الأساس للأساليب المبنية على السوق التنافسية لسياسة الخدمة الصحية، ويدعم هذا المنظور السياسات التي تعظم من خيارات المستفيدين (المرضى) ورضاهم عن الخدمة المقدمة في سوق الخدمات الصحية بشكل تنافسي بين المؤسسات الصحية .

[٢] نظرية المساواتية

وتركز هذه النظرية في أساسها على المنظور الذي يرى أن لجميع الناس قيمة متساوية / وأنه يجب التعامل معهم بشكل متساوي دون تفرقة أو تمييز، وقد بين روبرت فيتش أن هذه النظرية قد تركز على المساواة الإجرائية أو الكينونية (التشابه في العلاج أو النتائج على التوالي)، حيث تؤكد المساواة الإجرائية على توفير فرص متساوية لكل فرد للحصول على الخدمة الصحية بغض النظر عن الصفات الشخصية لهذا الفرد مثل العمر أو الجنس أو العرث أو الدخل أو نوع الغطاء التأميني الذي يتمتع به، وبغض النظر عما إذا كان هذا الفرد يقيم في المدينة أم في الضواحي، وتؤكد المساواة الكينونية على تقليل الفروقات في الحالة الصحية أو في الاختلافات بين المجموعات (مثل وجود تفاوت في وفيات الرضع بين السود والبيض)، وتركز اعتبارات الحقوق الإيجابية للخدمة الصحية من وجهة نظر هذه النظرية على كيفية تقليل أو القضاء على هذا التفاوت في الحالة الصحية بين الناس والخدمات الصحية المقدمة لهم .

ويذكر النجار (٢٠١٦، ١٤) أن ماجدة حافظ عرفت الخدمة الصحية علي أنها كلمة أوجه الرعاية الصحية للمريض من تقديم الدواء والغذاء المعاملة الجيدة، فهي تتضمن الصحة للمريض وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدي المؤسسات الصحية وتقديم الدواء والغذاء الجيد للملائمين لحالته الصحية، والمعاملة الحسنة له من جانب الطاقم الطبي لمساعدته في استعادة صحته، وتوجيه الخدمة الاجتماعية لمعالجة أية مشكلة تعترض راحته الجسمانية أو النفسية داخل المؤسسة الصحية أو خارجها.

وجاء في تقرير جمعية الصحة العالمية (٢٠١٦، ٢) أن الخدمة الصحية المتكاملة هي الخدمة التي يتم إدارتها وتقديمها بحيث تضمن إدارة وتقديم الخدمات الصحية حصول الناس علي إستمرارية تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والتشخيص وعلاج الأمراض وإعادة التأهيل والخدمات اللطيفة، والتي يتم تنسيقها عبر مختلف مستويات وأماكن الرعاية داخل القطاع الصحي وخارجه ووفقاً لإحتياجاتهم طوال العمر .

ويضيف بن فرحات (٢٠١٨، ٣٩ - ٤٠) أن الطعمنة ومخيم عرفا الخدمة الصحية على أنها الخدمات الشخصية العلاجية والتأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة، وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية.

ثانياً: التوجهات النظرية في تفسير استخدام الخدمات الصحية

يذكر أداى وآخرون (٢٠٠٠، ١٧١ - ١٧٦)، أن هناك نظريات للعدالة التوزيعية أو الإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية وهي تؤكد على مبادئ مختلفة للتوزيع العادل للمنافع والأعباء وكأساس لتحديد أحقية الحصول على الخدمة الصحية ويمكن ذكر هذه النظريات فيما يلي :

[١] نظرية الأهلية

حيث تؤكد هذه النظرية لروبرت نوزيك على أن العدالة متأصلة في حرية الشخص في إقتناء وإستخدام

[٣] نظرية التعاقدية

وتركز هذه النظرية لجون رولز على الجدل المتعلقة بما يقرره الناس أصحاب النظرة العقلانية ، لو تم الطلب منهم أن يفتدوا اجتماعاً لإستنباط مجموعة من المبادئ العادلة لتوزيع السلع المجتمعية على أن يعملوا وفق الافتراض النظرى ، فقد يكونون فى أى موقع فى المجتمع حيث يتم تطبيق هذه المبادئ (بما فى ذلك أقل المواقع فى المجتمع ميزة على المستوى الاجتماعى والاقتصادى)، وقد ذكر جون رولز أن مثل هؤلاء الناس أصحاب التفكير العقلانى سوف يتبنون المبادئ التالية حسب الأهمية المتمتعة بها وهى :

(أ) تعظيم حقوق الجميع فى الحرية وذلك بتناغم مع نظام مطابق له، تكون فيه الحرية للجميع .

(ب) ضمان التساوى العادل للفرص للأشخاص أصحاب المهارات والقدرات المتشابهة فى تقلد المناصب وشغل الوظائف المختلفة والحصول على الخدمة الصحية .

(ج) التأكيد على إنتفاع الأفراد الذين هم بأسوأ حال، ويميل الميدان الأول والثانى بشكل قوى تجاه نظرية المساواتية، بينما يؤكد المبدأ الثالث على أنه إذا كان هناك مجموعة لها إعتبار أكثر منغيرها من الناس، فهم الأفراد الذين هم فى أسوأ حال على المستويين الاقتصادى والاجتماعى، وبالتالي يركز هذا المنظور على ضمان حقوق الأفراد ذوى القدرة المتدنية على شراء الخدمة الصحية أو العلاج .

[٤] نظرية العدالة على أساس الاحتياج

وتشير هذه النظرية لنورمان دانيالز إلى أن الخدمات الصحية ضرورية للوفاء بالاحتياجات الإنسانية الدنيا والاستمرارية علم الجنس البشرى الطبيعى، وتبرر الحقوق للخدمة الصحية، حيث دورها فى التأكيد على وجود مساواة عادلة فى فرص العيش فى حياة طبيعية والتي ترتبط بالمعتقدات لأساسية فى نظرية رولز التعاقدية أيضاً، ويبحث هذا المنظور فيما قد تكون هذه الاحتياجات الإنسانية، وما هى أقل مجموعة من الخدمات الأساسية التى يمكن تقديمها بشكل مرضى للوفاء بهذه الاحتياجات ، وقد اقترح نورمان دانيالز ما يلى من الخدمات الأساسية وهى الغذاء والمأوى الكافى وظروف عمل مناسبة ومعيشة

نظيفة وآمنة وغير ملوثة، والتمارين الرياضية والراحة ومقومات أسلوب الحياة الصحى، والخدمات الشخصية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، وخدمات الدعم الشخصية والاجتماعية غير الصحية.

[٥] نظرية المنفعة

توجد أساس هذه النظرية فى كتابات ديفيد هيوم وجيريمى بينثام وجون ستيوارت ميل وهى فى أساسها نظرية ترابطية أو اتجاهها نحو الهدف، حيث تقاس قيمة أى قرار أو نشاط بنتائجه، والهدف الرئيسى هو تعظيم المنفعة وتشجيع أعظم منفعة لأكبر عدد من الناس من استخدام الخدمة الصحية، فصنع القرارات المبنية على منفعة التكلفة وفعالية التكلفة والسياسات المتجهة للسوق كلها متأصلة فى منظور هذه النظرية، ويؤيد أصحاب النظرية المنفعة حقوق الخدمة الصحية التى تضمن الوصول إلى الخدمات التى تعظم فيها المنافع التى يمكن قياسها من منطلق الصحة والرفاه الانتاجية على سبيل المثال، وذلك بالمقارنة لتكلفتها .

إتفق كل من فاطمة تليانى (٢٠١٣ ، ١١٨)، والأحمدي (٢٠٠٤ ، ٢٢١-٢٢٢) على ان هناك عدة نماذج لإتخاذ قرار استخدام الخدمات الصحية عند المرضى يمكن ذكرها فيما يلى :

١- **نموذج سوشمان:** فى هذا النموذج يعتمد بعد الإستخدم الذى هو أساس نموذج سوشمان لمراحل إتخاذ المريض قراراً بإستخدام الخدمة الصحية على شعوره بأعراض مرضه، حيث تقسيمها إلى خمسة مراحل تبدأ من المعاناة من أعراض مرضية، ثم الاعتقاد بوجود مرض ما، ثم الإتصال بالخدمة الصحية ثم إتخاذ قرار العلاج، ثم اللجوء إلى الخدمة الصحية بشكل فعلى لعلاج المرض، وبناء على هذا النموذج يشارك المريض فى كل من مراحل إتخاذ القرار الخاص بإستخدامه للخدمة الصحية، ورغم ذلك لا توجد دراسات تجريبية تدعم هذا النموذج من حيث بيان تأثيره على استخدام الخدمات الصحية.

٢- **نموذج كوسا وروبرتسون:** فقد وضع كل من كوسا وروبرتسون نمودجا كشرح قرارات المريض

وإنفق كل من سناء بودور وميساء بولاحة (٢٠٢١) ، ٥٠-٥٧)، ونجاه صغيرو (٢٠١٢، ٢٢-٢٤) على أن هناك عدة نماذج لتفسير إنتاج الخدمة الصحية يمكن ذكرها فيما يلي:

[١] إنتاج الخدمة الصحية حسب مثلث الخدمات

وقد اقترح جادري نموذجاً تحت مسمى مثلث الخدمات وذلك انطلاقاً من تفسيره للخدمة على أنها عملية وليست نتيجة لعملية ، حيث غرفها على أنها مجموعة من عمليات المعالجة المختلفة والتي تتحقق من خلال مقدم الخدمة بخصوص موضوع له علاقة مع الزبون ، وتتكون رؤوس مثلث الخدمات في المؤسسات الصحية من :

أ) نقدم الخدمة: وتتمثل في العنصر البشري العرق الطبي وشبة الطبي والإداريين بالمؤسسة الصحية .

ب) متلقى الخدمة: ويعنى به زبون المؤسسة الصحية والتمثل عادة في المريض.

ج) موضوع الخدمة: وهو الهدف المرغوب تحقيقه من تقديم الخدمة للمرضى المترددين على المؤسسة سواء كان العلاج، وخدمات الاستقبال وحجز المواعيد والعمليات الجراحية، وإنتاج الخدمة الصحية من خلال توفر هذه العناصر الثلاثة يتطلب مجموعة من التفاعلات التبادلية فيما بينها تحدها المؤسسة الصحية عبر أسلوب وسياسة إدارة المؤسسة من خلال تسخير الموارد والتقنيات اللازمة.

[٢] إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج لانجارد وإيجليير

قام كل من لانجاردو وإيجليير بتقديم نموذج يعبر عن إنتاج الخدمة وسمى هذا النموذج بنموذج إنتاج الخدمة، والفرق بين هذا النموذج وبين نماذج الإنتاج العادية هو تقديمه ضمن نظام، فسلسلة الانتاج العادية هي سلسلة خطية بمعنى تتابع المراحل حيث الثانية على الأولى مباشرة، ولا يمكن تطبيقها في المجال الخدمي حيث تكون عناصر كثيرة ضرورية في وقت واحد لأداء الخدمة وتكون أنها ارتباط فيما بينها، ولا يمكن أن يكون لأى عنصر أهمية دون وجود العنصر الآخر المكمل له، بالإضافة إلى وجود جزء ظاهر للزبائن (المرضى) متمثل

استخدام الخدمة الصحية ضمن إطار حدوث المرض، ويركز هذا النموذج في تفسيره لاتخاذ المريض قراراً باستخدام الخدمة الصحية على الناحية النفسية أكثر من تقديمه لتفسيرات اختراعية لشرح استجابة الأفراد للمراحل المتنوعة للحادثة المرضية كما يحدث في نموذج سوشمان، فالسلوك يتم تحفيزه نتيجة لحاجة الفرد النفسية للحد من قلقه الذى تم استثارته نتيجة شعوره بخطر المرض، ويمكن تقسيم هذا القلق لدى المريض إلى نوعين وهما قلق عام وغير محدد ولا يرتبط بشكل مباشر بالمرض الذى يعانى منه، وقلق محدد له علاقة بإنعدام الراحة الجسدية نتيجة لأعراض المرض الذى يعانى منه مما يدفعه لاتخاذ القرار باستخدام الخدمة الصحية، ولا يوجد لهذا النموذج ما يشير إلى فعاليته في الاعتماد عليه كأساس لدراسة استخدام الأفراد للخدمات الصحية .

٣- نموذج ميكانيك : ويعتمد هذا النموذج على مجموعة متنوعة من العوامل الاجتماعية الموجودة في نموذج سوشمان والعوامل النفسية الموجودة في نموذج كوساوروبرتسون والتي تؤثر في إدراك المرض لحاجتهم إلى استخدام الخدمات الصحية، كما أن هذا النموذج يستخدم هذه العوامل لشرح وجهات نظر الأفراد في اتخاذهم قرارات باستخدام الخدمات الصحية، ولم يخضع هذا النموذج كالنموذجين السابقين لأية اختبارات تجريبية تؤكد فائدته في تفسير استخدام الأفراد للخدمات الصحية .

٤- نموذج الاعتقاد الصحى : يعد من النماذج ذات الاتجاه الاجتماعى النفسى الأكثر تفسيراً لقرارات استخدام الخدمات الصحية، وقد أخضع للعديد من اختبارات الدراسات التجريبية، وقد طبق هذا النموذج في البداية لفهم السلوك الصحى فيما يخص استخدام الأفراد للخدمات الصحية الوقائية، ولكنه طبق لاحقاً لشرح استخدام الخدمات الصحية فى ضوء ما يصيب الأفراد فى المجتمعات المختلفة من أمراض، ويشمل هذا النموذج العديد من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والنفسية والمعرفية التى لها ارتباط بالأمراض التى تؤثر فى سلوك استخدام الأفراد للخدمات الصحية.

(د) الإجراءات: وتتمثل في الإطار المحدد للعلاقات الداخلية بين عاملى الجبهة الأمامية، والجبهة الخلفية، وقد تمثل أيضا الإطار المحدد للعلاقات الخارجية مع المرضى .

(هـ) الوسائل المادية: وتتمثل في مجموعة العناصر المادية الملموسة لإنتاج الخدمة الصحية والتي تنقسم إلى نوعين من الآلات والأجهزة الضرورية لإنتاج الخدمة والبيئة المادية التي يتم فيها إنتاج الخدمة .

(و) موضوع الخدمة: وهى الفكرة التي جاءت بالزبون (المرضى) ودفعت بمقدمى الخدمة الصحية (أطباء وتمريض وإداريين وغيرها) للعمل والمثلة بشكل أساسى فى العلاج، وبالتالي فهذا النموذج يوضح أنه لإنتاج خدمة صحية يجب الاعتماد على أكثر من عنصر أساسى ولا يمكن أن يكون لأى عنصر أهمية دون وجود العنصر الآخر أى بينهم علاقة مترابطة ويأتى فى مقدمتها المريض كعنصر رئيسى لإنتاج الخدمة الصحية .

[٣] نموذج دونبديان

فقد قام دونبديان بطرح نموذج مفاهيمى يوفر إطاراً لفحص الخدمات الصحية وتقييم جودة الرعاية الصحية، وقد قدم دونبديان مبدأ أساسى وهو احتمال الحصول على أحسن نتيجة وذلك من خلال تقديم العلاج بأحسن تقنية ممكنة، وهذا يحتاج إلى محيط مهيا ومنظم وعاملين أكفاء، ولتحسين العلاج تم الاعتماد على ثلاثة مستويات رئيسية وهى :

(أ) المدخلات (الهيكل والمصادر): وهى جميع الوسائل التي تسمح للمؤسسة الصحية بإنجاز مهامها وتقديم العلاج مثل المقر، والتجهيزات الوسائل المادية والبشرية، ونظام الإعلام الإلكتروني، وطرق التشغيل، ونوعية وكمية مصادر التمويل، والقانون والتنظيمات، والنطاق السياسى والجغرافى والاجتماعى والاقتصادى.

(ب) العمليات (الإجراءات العلاجية): وهى العلامات وتسير عملية تقديمها من خلال تنظيم العمل وتنسيق واستمرارية العلاجات، وجمع وتحويل المعلومات من جانب إدارة المؤسسة، وتصنيف مختلف النشاطات

فى الأشخاص الذين لهم علاقة مباشرة مع المريض أثناء أداء الخدمة وكذلك التجهيزات المادية وأحيانا الإدارة العمليات، وجزء غير ظاهر وهو التنظيم الداخلى من عاملى الجبهة الخلفية ونظام المعلومات، وقد تم التفريق بين هذين الجزأين الجبهة الأمامية والجبهة الخلفية على أساس قسم الدعم (التكنولوجيا والادارة العملياتية) والوظيفية)، وقسم تفاعلى (المهنيون الذين يتصلون بالمريض وأنظمة المعلومات)، وبتطبيق هذا النموذج على المؤسسات الصحية فإن العناصر القائمة على إنتاج الخدمة تكون كما يلى :

(أ) الزبون (المريض): ويعتبر العنصر الذى يمثل أساس النظام الإنتاجى للخدمة الصحية، ومن المتعارف عليه أن الزبون يتجسد فى دور المشتري الذى لا يمكنه اختراق المحيط الانتاجى للخدمة، ولكن فى إنتاج الخدمة الصحية الأمر مختلف تماماً، فوجود الزبون ضرورى لإنتاج هذه الخدمة، ومن المألوف أن يعمل بجانب مقدمى الخدمة المتمثلين فى العاملين الصحيين والمساعدين، وهذا الإنتاج المشترك بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) يمثل عاملا أساسياً يضيف للمؤسسة الصحية ميزة تنافسية إذا تمت إدارته واستغلاله بكفاءة .

(ب) العاملين بالجبهة الأمامية: وهم العاملون الذين لديهم علاقة مباشرة مع الزبون والأطباء والممرضين، ويقع على عاتقهم أداء الجزء الظاهر للخدمة الصحية، وهم يعملون بصفة مشتركة مع الزبون وأحيانا من دونه، وأحيانا مع العاملين بالجبهة الخلفية، ويستخدمون فى بعض الحالات آلات وتجهيزات ووسائل طبية وأدوات جراحية، وإدارة العنصر البشرى الخاص بالجبهة الأمامية لها طبيعة خاصة، لأن حجم العلاقات الانسانية كبير وحسن إدارة الفريق أمر حاسم للوصول إلى نتائج جيدة، ويجب دوما الأخذ بعين الاعتبار أن العنصر البشرى العامل فى الجبهة الأمامية يمثل المؤسسة الصحية فى أعين المرضى المترددين عليها.

(ج) العاملين بالجبهة الخلفية: ويمثلون العناصر البشرية غير الظاهرة للزبون .

المكالمات الهاتفية يتعرضون لشيء من التأخير لعدم قدره عاملات تبديل المكالمات على مواجهة الطلبات المتسارعة، ويمكن تعريف هذه النظرية على أنها أسلوب رياضي ينتمي إلى مجموعة أساليب بحوث العمليات وهي طريقة علمية لمعالجة مشاكل تقديم الخدمات لمصلحة كل من المستفيد من الخدمة (المرضى مثلاً) أو لمصلحة مقدم الخدمة (المؤسسة الصحية)، وتعتمد هذه الطريقة العلمية على عدد من الافتراضات والعمليات الحسابية والعلاقات السببية بين العوامل الداخلية في تركيب نظام الانتظار، الذي بدوره يتكون من مجموعة من المرضى ومجموعة من مقدمي الخدمة، ومعدل معين لوصول المرضى وتقديم الخدمة الصحية لهم، ويمكن تعريفها أيضاً على أنها نظرية تختص بوضع الأنماط الرياضية اللازمة لحل المشاكل المتعلقة بتراكم صفوف الانتظار التي تنتظر دورها طلباً لخدمة معينة، تؤدي لكل وحدة خلال فترة زمنية معينة على أن يكون وصول هذه الوحدات إلى مكان أداء الخدمة عشوائياً تبعاً لتوزيع معين، فالوقت اللازم لتقديم الخدمة لكل وحدة يمكن أن يأخذ الخدمة العشوائية تبعاً لتوزيع معين، وتقدم هذه النظرية قياس لقدرة مركز خدمة معين على تحقيق الغرض الذي تم إنشائه من أجله، وذلك عن طريق القياس الرياضي الدقيق لمتوسط وقت الانتظار للحصول على الخدمة، وكذلك متوسط عدد المنتظرين من المرضى للحصول على الخدمة، فهي تقدم أسلوباً لتقييم بدائل التصميم المختلفة أكثر تقديم الخدمة، ولتطبيق هذه النظرية لا بد من:

أ) توفر نظام الخدمة: فالواصل أولاً إلى مركز الخدمة يتم تقديم الخدمة له أولاً، والواصل إلى مركز الخدمة أخيراً، وتكون هناك أولوية لفئات معينة من المرضى (مثل ذوي الإعاقة الذهنية والجسدية).

ب) الخصائص الشخصية لطالب الخدمة وسلوكهم: فهناك أشخاص قد يرفضون الوقوف في صف الانتظار نظراً لطول هذا الصف إما لحظة وصولهم مباشرة أو بعد انتظارهم لبعض الوقت، والشخص الصبور سيقف في الانتظار مهما طالته مدته، ويركز طالب الخدمة على وقت محدد، وبالتالي فتقليل وقت الانتظار من العناصر الأساسية لتحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة، وهذه النظرية تساعد المؤسسات الصحية على التعديل أو التحسين في الخدمة الحالية لتناسب المرضى.

المقدمة من منتج العلاجات سواء على المستوى الفردي أو المؤسسي وتسمح بالتمييز بين:

١- النشاطات العيادية المباشرة: وهي المواجهة من غير وساطة للمريض ومن أمثلة ذلك التدخلات الجراحية.

٢- النشاطات العيادية الغير مباشرة: وهي التي تقدم في غيابة على سبيل المثال الاختبارات البيولوجية.

٣- النشاطات الغير عيادية: وهي غير متعلقة بالعلاجات ولكن ذات صلة بالمؤسسة الصحية وتسمح بتقديم الرعاية العلاجية في أحسن صورة ومن أمثلتها صيانة تجهيزات التدريب المهني والنشاطات الإدارية، وكل واحدة من هذه النشاطات تطابق مع واحد أو كثير من الإجراءات الخاصة، وتقييم العلاجات يتطلب التمييز بين المستوى التقني للخدمات وطرق استقبال المرضى والتعامل معهم، وذلك يعني تطابق التقنية مع الأفعال الشخصية والعلاجية أي التفاعل الحادث بين المرضى والممرضين، ومن أجل تقييم إجراءات العلاج فقد ميز دونبديان بين ثلاث مستويات للتحليل وهي تواجد الإجراءات المكتوبة، والخصائص المناسبة، ودرجة تطبيق الإجراءات المتوجدة.

ج) النتائج (المخرجات): وهي تمثل نتائج العلاج في الحالة الصحية للمريض أو للسكان عموماً ومنها معرفة معدل الوفيات ونسبة الشفاء، وإنعكاس ذلك على رضا المرضى ورفاهيتهم ونوعية حياتهم، وتضم النتائج أيضاً النتائج المالية للمؤسسة الصحية، والتقييم يتطلب قياس أثر إجراءات العلاج أي نتائج العلاج على صحة المريض وجودة الحياة، ومقياس النتائج الايجابية والسلبية للعلاج، وبشكل خاص التركيز على الآثار السلبية المحتملة التي يظهر أثرها على المدى الطويل بعكس العلاج الذي يمكن أن يحقق نتيجة إيجابية في المدى القصير، وبالتالي الاعتماد على ثلاثة مستويات وهي المدخلات والعمليات والنتائج للحصول على خدمة صحية جيدة.

[٤] نظرية صفوف الانتظار لتحسين الخدمات الصحية

فقد قام العالم إيرلانج بإجراء تجاربه على مشكلة الازدحام في تلقى المكالمات الهاتفية، ووجد أن طالبى

الدراسات السابقة

توصلت بعض الدراسات السابقة التي أمكن الإطلاع عليها إلي العديد من النتائج المتعلقة بتقييم الخدمات الصحية ومن أهمها ما يلي :

[١] دراسة ألفت عطا ، (مدى فاعلية تطبيق مقياس جودة الخدمة الصحية على رضا العميل الخارجى المرضى)، ٢٠١١ ، وتوصلت إلي عدة نتائج كان من أهمها ما يلي : وجود علاقات طردية معنوية بين أبعاد جودة الخدمة وبين متغيرات رضا العميل الخارجى، وجود فروق ذات دلالة احصائية بين النتائج الخاصة باستجابات المرضى على المتغير الخاص بجودة الخدمات والتسهيلات ، وعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية خاصة بالمتغيرين جودة الخدمة الصحية وجودة الرعاية الصحية، وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الأقسام العلاجية المختلفة من حيث درجة رضا العميل (المريض) بالنسبة لمتغيرى جودة الرعاية الصحية وجودة الخدمات والتسهيلات .

[٢] دراسة حسن، (تقويم خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدات الصحية الريفية)، ٢٠١٥ ، وتوصلت إلى عدة نتائج كان من أهمها ما يلي: ٤١% من المستفيدين لم يوافقوا على أن الطبيب يكتب الروشنة فقط وشراء العلاج من صيدليات خاصة، و ٤٨% من المستفيدين لم يوافقوا على أنه يتم عمل كافة الفحوصات والتحليل بالمعمل مجاناً، و ٦٥% من المستفيدين لم يوافقوا على أنه يتم صرف بعض العلاج من الوحدة بأجر رمزى ، و ٦٧% من المستفيدين لم يوافقوا على أن الوحدة تتوفر بها وسائل اتصال للإطمئنان على المستفيدين وأطفالهم، و ٦٥% من المستفيدين لم يوافقوا على أن طبيب الوحدة يحرص على تقديم العلام مجاناً فى حدود المتاح منه بالوحدة .

[٣] دراسة النجار: الأبعاد الاجتماعية للخدمة الصحية فى المجتمع المصرى ، دراسة حالة معهد الكبد القومى بجامعة المنوفية ، ٢٠١٦ ، وتوصلت إلى عدة نتائج من أهمها ما يلي: يتوفر لسكان الحضر خدمة صحية أفضل من سكان الريف، وذلك يرجع إلى أن معظم المستشفيات الجامعية والتعليمية والعسكرية المتخصصة موجودة بالمدن وليست موجودة بالريف ،

بالإضافة إلى أن تلك المستشفيات يعمل بها الاستشاريين الكبار من الأطباء، يتلقى مرضى الطبقات العليا بالمجتمع نصيب أوفر من الخدمة الصحية من مرضى الطبقتين الوسطى والذنية، وذلك بسبب توافر الفرصة لهم للحصول على الخدمة الصحية بالمستشفيات الكبرى، ويعد الدخل الاجمالي لأسر المرضى غير كافي لتكاليف العلاج، حيث أن الدخل محدود جدا وتكاليف العلاج مرتفعة جدا وخصوصاً زراعة الكبد، وجود صعوبة فى إيجاد أسرة خالية بالمعهد، وذلك بسبب زيادة أعداد المرضى المصابين بالالتهاب الكبدى الفيروسي المترددين على المعهد، وجود قائمة إنتظار طويلة لإجراء العمليات الجراحية، وذلك بسبب كثرة أعداد المرضى المترددين على المعهد .

[٤] دراسة إبراهيم، (تطبيق معايير الجودة الشاملة وعلاقتها برضا المستفيدين فى بعض الوحدات الصحية بأسويوط)، ٢٠١٦ ، وتوصلت إلى عدة نتائج من أهمها ما يلي: وجود فروق إحصائية على مستوى الوحدات الصحية المعتمدة بالنسبة لنظافة الوحدة عن الوحدات غير المعتمدة، بالنسبة لتمتع الوحدة بسهولة الوصول للخدمات فتوجد فروق إحصائية فى جميع الإدارات، بالنسبة لإهتمام الوحدة بحل المشكلات التى يعانى منها المرضى فتوجد فروق إحصائية عالية جداً فى جميع الإدارات بالوحدات المطبقة (المعتمدة) لمعايير الجودة عن غير المطبقة، وبالنسبة لقيام الوحدة باخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة فتوجد فروق احصائية عالية جدا بالوحدات المعتمدة عن غير المعتمدة، وجود فروق احصائية عالية جدا بالوحدات المعتمدة عن غير المعتمدة بالنسبة لكل من قيام العاملين بتقديم الخدمة للمرضى بسرعة، ورغبة العاملين بالوحدة بتقديم المساعدة للمرضى، وجود فروق احصائية عالية جدا بالوحدات المعتمدة عن غير المعتمدة بإدارتى القومية وأسويوط وبالنسبة لشعور المريض بالأمان عند تعامله مع العاملين بالوحدة، وإملاك العاملين للمعرفة الكافية للإجابة على استفسارات المرضى، وجود فروق احصائية عالية بالوحدات المعتمدة عن غير المعتمدة بالنسبة لمعيار إمكانية الوصول وتوافر الخدمة المقدمة للمرضى .

١- ضالة عدد البحوث والدراسات التي ركزت على المتغيرات المؤثرة على درجة تقييم المرضى (المستفيدين) والخدمات الصحية بالمستشفيات والوحدات الصحية من حيث الإمكانيات والتجهيزات المادية، وكفاءة الأطباء والممرضين، تكلفة الخدمات الصحية، والأدوار التي تقوم بها المستشفيات الحكومية والوحدات الصحية وذلك بشكل خاص.

٢- اتفقت نتائج بعض البحوث والدراسات السابقة مثل دراسة كل من (النجار ، ٢٠١٦ ، إبراهيم ، ٢٠١٦ ، عبد الكريم ، ٢٠١٧ ، ألفت عطا ، ٢٠١١ ، داليا عبد الرحمن ، ٢٠٢٠ ، حسن ، ٢٠١٥) على وجود تأثير قوى لجودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات والوحدات الصحية على رضا المرضى (المرتبدين) على هذه المؤسسات الصحية، واستخدمت هذه الدراسات عدة مناهج بحثية مثل المنهج الوصفي التحليلي.

٣- تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في بعض المتغيرات ذات العلاقة بدرجة تقييم المرضى للخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية (المستشفيات والوحدات الصحية) من حيث الأوار التي تقوم بها هذه المؤسسات ومن هذه المتغيرات (العمر، الحالة التعليمية، النوع، الدخل الشهري، الإمكانيات والتجهيزات المادية وكفاءة الأطباء والممرضين وتكلفة الخدمات الصحية المقدمة).

٤- الدراسة الحالية قد ركزت على المتغيرات المنظمية والشخصية المؤثرة على درجة تقييم المرضى للخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية والوحدات الصحية من حيث الأدوار التي تقوم بها هذه المؤسسات، والتعرف على الصعوبات التي تواجه هذه المؤسسات وتقلل من جودة خدماتها، والتعرف على الحلول المقترحة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بهذه المؤسسات .

الإجراءات البحثية

١- منطقة الدراسة

أختيرت محافظة المنوفية كمجال جغرافي لإجراء هذه الدراسة، وتعتبر محافظة المنوفية إحدى محافظات إقليم

[٥] دراسة على، (تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية ، دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة الفيوم)، ٢٠١٧، وتوصلت إلى عدة نتائج كان من أهمها ما يلي: بلغت نسبة عدد الممرضين إلى عدد الأطباء (٢ ممرض لكل طبيب) بعينة الدراسة أقل من المعدل العالمي وبالتالي لم تحقق المستشفيات الكفاءة المطلوبة في استخدام الموارد البشرية المتعلقة بالممرضين، ونسبة عدد الأسرة إلى عدد الأطباء (٣ أسرة لكل طبيب) وهي تقل عن المعدل العالمي، مما يدل على عدم استغلال العدد المتوافر من الأطباء لتقديم الخدمة لعدد أكبر من المرضى .

[٦] دراسة عبد الكريم ، (تقييم نظم الرعاية الصحية في الجامعات المصرية التكلفة والمزايا دراسة مقارنة)، ٢٠١٧ ، وتوصلت إلى عدة نتائج كان من أهمها ما يلي: درجة رضا المستفيدين عن المساهمة في تكلفة الخمة في جامعة المنصورة (٥٧.٠٢%) أعلى من جامعة القاهرة (٤٠.٨٦%)، نسبة الرضا من المزايا المدركة في جامعة المنصورة (٥٦.١٩%) أعلى من جامعة القاهرة (٣٢.٩٧%)، نسبة موافقة الموظفين على جودة خدمة الرعاية الصحية (٥١.٠٩%) أعلى من نسبة موافقة أعضاء هيئة التدريس (٣٩.٤٥%)، نسبة رضا الموظفين عن المساهمة في تكلفة خدمة الرعاية الصحية (٤٩.٤٥%) أعلى من نسبة رضا الأعضاء (٤٢.٦٦%) .

[٧] دراسة داليا عبد الرحمن (قياس جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة مستشفى عين شمس التخصصي)، ٢٠٢٠، وتوصلت إلى عدة نتائج كان من أهمها ما يلي: أن أهم المتغيرات المؤثرة على رضا المرضى هي (النوع، سبب الزيارة، الجهة المحول منها المريض، طريقة كلام مقدم الخدمة مع المريض، فئات عدد مرات زيارة المريض للمركز).

رؤية نقدية للدراسات السابقة

من العرض السابق للدراسات التي تناولت الخدمات الصحية يمكن ملاحظة الآتي:

الدراسة، كما تم الاستعانة ببعض البيانات الثانوية غير المنشورة الصادرة عن مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بديوان عام محافظة المنوفية، ومعهد التخطيط القومي بالقاهرة .

بعد صياغة أسئلة وعبارات استمارتي الاستبيان ثم إجراء اختبار مبدئي للاستمارتين، وذلك على ٢٥ مبحثاً من المرضى المستفيدين من خدمات الوحدة الصحية بقرية كفر العرب التابعة لمركز تلا بمحافظة المنوفية، و ٢٥ مبحثاً من المرضى المستفيدين من خدمات المستشفى المركزي بمركز تلا، و حذف بعض الأسئلة والعبارات التي اتضح عدم ملائمتها لقياس بعض المتغيرات، وبعد إجراء التعديلات اللازمة أصبحت الاستمارتين جاهزتين لجمع البيانات وتحقيق أهداف الدراسة، تم جمع بيانات هذه الدراسة بواسطة استمارتي استبيان أحدهما عن طريق المقابلة الشخصية مع المبحوثين من المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات الحكومية الحضرية بعينة الدراسة، والأخرى من المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة بالوحدات الصحية الريفية بعينة الدراسة، وتم جمع بيانات هذه الدراسة ميدانياً لمدة شهرين، بداية من منتصف شهر أغسطس عام ٢٠٢٢ وحتى منتصف شهر أكتوبر ٢٠٢٢ .

تم الاستعانة بعدة أساليب إحصائية لتحقيق أهداف الدراسة وإختبار فروضها، مثل المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والمدى والتباين، والتكرارات والنسب المئوية، معامل الارتباط البسيط لبيرسون وتحليل الانحدار المتعدد بالطريقة الهرمية، اختبار (F)، وقد تم الاستعانة بالبرامج الإحصائية المعدة لذلك باستخدام الحاسب الآلي والمعروفة باسم SPSS النسخة (٢٢)، وذلك لتحليل بيانات الدراسة .

٣- وصف عينة الدراسة

يتضمن هذا الجزء وصفاً كعينة الدراسة من المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية (شبين الكوم الجامعي وقويسنا المركزي) بكل من مركزي شبين الكوم ومركز قويسنا على التوالي، ويتضمن وصفاً للمبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بكل من قرى شنوان وأم خنان التابعتين لمركزي شبين الكوم وقويسنا.

وسط الدلتا والتي تبلغ مساحتها ٢٧٦٠.٠٣ كم^٢ تقريباً يغطي القطاع الريفي منها مساحة ١٧٧٣ كم^٢ بنسبة ٦٥% من المساحة الكلية للمحافظة تقريباً كما يبلغ عدد السكان بالمحافظة ٣.٩٢٧.٩١٤ نسمة وحوالي ٧٠% من عدد السكان يقطنون بالريف، وتضم المحافظة ٩ مراكز إدارية، و ١٠ مدن و ٧٠ وحدة محلية قروية و ١٤٠٩ قرية وكفر وعزبة تتبع لها (بيانات مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمحافظة المنوفية، ٢٠١٨).

٢- شاملة وعينة الدراسة

نظراً لوجود صعوبة في إجراء الدراسة على جميع مراكز المحافظة تم اختيار مركزين من مراكز محافظة المنوفية وهما مركزي شبين الكوم وقويسنا، بحيث يعكسان التباين من حيث المستوى التنموي، مركز شبين الكوم حيث تبلغ قيمة دليل التنمية البشرية له ٠.٤٤٢ ومركز قويسنا و تبلغ قيمة دليل التنمية البشرية له ٠.٤٢٨ وفقاً لتقرير التنمية البشرية المحلية لمحافظة المنوفية لعام ٢٠١٥م، ومن كل مركز تم اختيار قرية تمثله، حيث تم اختيار قرية شنوان وهي تتبع لمركز شبين الكوم وقرية أم خنان وهي تتبع لمركز قويسنا، وتم إختيار المستشفى الجامعي (مستشفى حكومي) ممثلاً لمركز شبين الكوم والوحدة الصحية بشنوان ممثلاً لقرية شنوان، واختيار مستشفى قويسنا المركزي (مستشفى حكومي) ممثلاً لمركز قويسنا والوحدة الصحية بأم خنان ممثلاً لقرية أم خنان، ثم تم اختيار عينة عشوائية بسيطة من المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات والوحدات الصحية بالدراسة لعدم وجود إطار يضم كل المستفيدين، وبالتالي فإن وحدة التحليل لهذه الدراسة هي المريض المستفيد من خدمات تلك المستشفيات والوحدات الصحية بالدراسة، وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة ٤٠٠ مبحثاً من المرضى المستفيدين من خدمات تلك المستشفيات والوحدات الصحية بالدراسة تنقسم الى ١٠٠ مبحثاً من المرضى المستفيدين من خدمات المستشفى الجامعي بشبين الكوم، و ١٠٠ مبحثاً من المرضى المستفيدين من خدمات الوحدة الصحية بقرية شنوان، و ١٠٠ مبحثاً من المرضى المستفيدين من خدمات مستشفى قويسنا المركزي بقويسنا، و ١٠٠ مبحثاً من المرضى المستفيدين من خدمات الوحدة الصحية بقرية أم خنان، وقد بلغ عدد الاستمارات التي تم استيفائها ٤٠٠ استمارة تمثل ١٠٠% من جملة عينة

الصحية بعينة الدراسة كانوا منالفئة العمرية الثانية التي تتردد بشكل أكبر على الوحدات الصحية بالدراسة.

٢- النوع

وتم قياسه كمتغير اسمي مكون من فئتين هما: ذكر، وأُنثى، وقد أعطيت الاستجابات الدرجات (١، صفر) على الترتيب، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٠.٥٨٥٠، والانحراف المعياري ٠.٤٩٣ درجة، والتباين ٠.٢٤٤ درجة، والمدى ١ درجة.

ويتوزع المبحوثين وفقاً للنوع تبين أن ٥٨.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (الذكور) وبلغ عددهم ١١٧ مبحوثاً، و٤١.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (الإناث) وبلغ عددهم ٨٣ مبحوثاً، وتشير النتائج الى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كانوا من الذكور وهم الأكثر تردداً على هذه الوحدات الصحية.

٣- الحالة التعليمية للمبحوث

ويقصد بها مستوى تعليم المبحوث وقت تطبيق الاستبيان، وتم قياسها كمتغير رتبي مكون من تسع فئات هي: أمي، يقرأ او يكتب ، حاصل على شهادة محو الأمية، حاصل على الشهادة الابتدائية، حاصل على الشهادة الإعدادية، حاصل على مؤهل متوسط دبلوم فني أو ثانوي عام، حاصل على مؤهل فوق متوسط معهد عالي أو أكاديمية، حاصل على مؤهل جامعي، حاصل على مؤهل فوق جامعي ماجستير أو دكتوراه، وأعطيت الاستجابات الدرجات من ١ الى ٩ على الترتيب، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٥.٩٧ درجة ، والانحراف المعياري ١.٦٥٣ درجة والتباين ٢.٧٣٣ درجة، والمدى ٨ درجات.

ويتوزع المبحوثين وفقاً للحالة التعليمية تبين أن ٣.٥% من المبحوثين أميين وبلغ عددهم ٧ مبحوثين في الفئة الأولى، و٢.٥% من المبحوثين يقرأ ويكتب فقط وبلغ عددهم ٥ مبحوثين في الفئة الثانية، و٢.٥% من المبحوثين حاصلون على شهادة محو الأمية وبلغ عددهم ٥ مبحوثين في الفئة الثالثة، و٧% من المبحوثين حاصلون على الشهادة الابتدائية بلغ عددهم ١٤ مبحوثاً في الفئة الرابعة، و ٢.٥% من المبحوثين حاصلون على الشهادة الإعدادية

يتضمن وصف عينة المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية المتغيرات التالية:

المتغيرات الشخصية وهي العمر، النوع، الحالة التعليمية، الدخل الشهري، المشاركة الاجتماعية، الانفتاح الثقافي، عضوية المنظمات، المتغيرات المنظمة وهي تقييم المبحوثين للإمكانيات والتجهيزات المادية بالوحدة الصحية، تقييم المبحوثين لكفاءة الأطباء والمرضى داخل الوحدة الصحية، ومتغير الأداء المنظمي وهو تقييم المبحوثين لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالوحدة الصحية، تقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها الوحدة الصحية.

يتضمن وصف عينة المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية المتغيرات التالية:

العمر، النوع، الحالة التعليمية، الدخل الشهري، المشاركة الاجتماعية، الانفتاح الثقافي، عضوية المنظمات، تقييم المبحوثين للإمكانيات والتجهيزات المادية بالمستشفى الحكومي، تقييم المبحوثين لكفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى الحكومي، تقييم المبحوثين لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى الحكومي، تقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها المستشفى الحكومي.

أولاً: وصف المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية (الوحدة الصحية بقرية شنوان التابعة لمركز شبين الكوم، والوحدة الصحية بقرية أم خنان التابعة لمركز قويسنا):

١- العمر

وتم قياسه بسؤال المبحوث بشكل مباشر عن عمره وقت تطبيق الاستبيان لأقرب سنة ميلادية، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٤٨.٤٣ سنة، والانحراف المعياري ٨.٦٢٤ سنة والتباين ٧٤.٣٨٨ سنة، والمدى ٤٧ سنة.

ويتوزع المبحوثين وفقاً لفئات العمر تبين أن ١٨% من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية الأولى وبلغ عددهم ٣٦ مبحوثاً، و٦٥.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية الثانية وبلغ عددهم ١٣١ مبحوثاً، و١٦.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية الثالثة وبلغ عددهم ٣٣ مبحوثاً، وتشير النتائج الى أن ما يقرب من ثلثي عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات

وجودها، وعن طبيعة مشاركته في هذه المشروعات، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن المشاركة الاجتماعية غير الرسمية، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٢٠.٣٠ درجة، والانحراف المعياري ٣.٧٠١ درجة والتباين ١٣.٦٩٨ درجة، والمدى ٢٠ درجة.

وتوزيع الباحثين وفقاً للمشاركة الاجتماعية غير الرسمية تبين أن ٥% من الباحثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي المشاركة الاجتماعية المنخفضة) وبلغ عددهم ١٠ باحثين، و ٤٤.٥% من الباحثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي المشاركة الاجتماعية المتوسطة) وبلغ عددهم ٨٩ باحثاً، و ٥٠.٥% من الباحثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي المشاركة الاجتماعية المرتفعة) وبلغ عددهم ١٠١ باحثاً، وتشير النتائج إلى أن أكثر من نصف عدد الباحثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كانت مشاركتهم الاجتماعية مرتفعة.

٦- الانفتاح الثقافي

ويقصد به درجة تعرض الباحث لمصادر المعلومات المختلفة كاستخدام الحاسب الآلي ومشاهدة البرامج التلفزيونية وسماع الراديو وغيرها، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن درجة الانفتاح الثقافي، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٢٦.١٦ درجة، والانحراف المعياري ٦.٣٣٤ درجة والتباين ٤٠.١٢٥ درجة، والمدى ٢٩ درجة.

وتوزيع الباحثين وفقاً للانفتاح الثقافي تبين أن ٤٨.٥% من الباحثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي الانفتاح الثقافي المنخفض) وبلغ عددهم ٩٧ باحثاً، و ٣٩.٥% من الباحثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي الانفتاح الثقافي المتوسط) وبلغ عددهم ٧٩ باحثاً، و ١٢% من الباحثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي الانفتاح الثقافي المرتفع) وبلغ عددهم ٢٤ باحثاً، وتشير النتائج إلى أن ما يقرب من نصف عدد الباحثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كان انفتاحهم الثقافي منخفض كما هو موضح بجدول (١).

و بلغ عددهم ٥ باحثين في الفئة الخامسة، و ٥٤.٥% من الباحثين حاصلون على مؤهلات متوسطة دبلوم فني أو ثانوي عام وبلغ عددهم ١٠٩ باحثاً في الفئة السادسة، و ٧% من الباحثين حاصلون على مؤهلات فوق متوسطة معهد عالي أو أكاديمية وبلغ عددهم ١٤ باحثاً في الفئة السابعة، و ٢٠% من الباحثين حاصلون على مؤهلات جامعية وبلغ عددهم ٤٠ باحثاً في الفئة الثامنة، و ٠.٥% من الباحثين حاصلون على مؤهلات فوق جامعية ماجستير أو دكتوراه وبلغ عددهم باحثاً واحداً فقط في الفئة التاسعة، وتشير النتائج إلى أن أكثر من نصف عدد الباحثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كانوا من الحاصلين على مؤهلات متوسطة دبلوم فني أو ثانوي عام.

٤- الدخل الشهري

ويعبّر عنه بقيمة الدخل الشهري لكل باحث مقدراً بالجنه المصري، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٣٧٤٣.٧٧ جنيه، والانحراف المعياري ٦٣٦.٦٣٦ جنيه، والتباين ٤٠٦.٦٠٧ جنيه، والمدى ٤٥٠٠ جنيه.

وتوزيع الباحثين وفقاً للدخل الشهري تبين أن ٣٠.٥% من الباحثين يقعون في الفئة الأولى (فئة ذوي الدخل المنخفض) وبلغ عددهم ٦١ باحثاً، و ٦٢% من الباحثين يقعون في الفئة الثانية (فئة ذوي الدخل المتوسط) وبلغ عددهم ١٢٤ باحثاً، و ٧.٥% من الباحثين يقعون في الفئة الثالثة (فئة ذوي الدخل المرتفع) وبلغ عددهم ١٥ باحثاً، وتشير النتائج إلى أن ما يقرب من ثلثي عدد الباحثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كانوا من ذوي الدخل الشهري المتوسط.

٥- المشاركة الاجتماعية غير الرسمية

يقصد بها درجة قيام الباحث بالأنشطة الاجتماعية المختلفة داخل مكان إقامته سواء كانت مدينة أو قرية، وتم قياس هذا المتغير من خلال سؤال الباحث عن مدى قيامه بصور المشاركة الاجتماعية المختلفة، وعن مدى وجود مشروعات تنموية بمكان إقامته تم تنفيذها بالمجهود الذاتي من عدمه، وسؤاله عن طبيعة هذه المشروعات في حال

جدول (١): وصف متغيرات الدراسة بالريف .

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية	المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
العمر			الانفتاح الثقافي		
الفئة الأولى من (٢٥ سنة الى أقل من ٤١ سنة)	٣٦	١٨	ذوي الانفتاح الثقافي المنخفض من (١٥ الى أقل من ٢٥ درجة)	٩٧	٤٨.٥
الفئة الثانية من (٤١ سنة الى أقل من ٥٧ سنة)	١٣١	٦٥.٥	ذوي الانفتاح الثقافي المتوسط من (٢٥ الى أقل من ٣٥ درجة)	٧٩	٣٩.٥%
الفئة الثالثة من (٥٧ سنة - ٧٢ سنة)	٣٣	١٦.٥	ذوي الانفتاح الثقافي المرتفع من (٣٥ - ٤٤ درجة)	٢٤	١٢
الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%	الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%
النوع			عضوية المنظمات		
ذكور	١١٧	٥٨.٥	درجة عضوية منخفضة من (٨ الى أقل من ١٠ درجات)	١٨٩	٩٤.٥
إناث	٨٣	٤١.٥	درجة عضوية متوسطة من (١٠ الى أقل من ١٢ درجة)	٧	٣.٥
الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%	درجة عضوية مرتفعة (١٢ درجة فأكثر)	٤	٢
الحالة التعليمية للمبحوث			تقييم الإمكانات والتجهيزات المادية		
أمي	٧	٣.٥	ذوي التقييم المنخفض للإمكانات والتجهيزات المادية من (٢١ الى أقل من ٢٧ درجة)	٦١	٣٠.٥
يقرأ ويكتب	٥	٢.٥	ذوي التقييم المتوسط للإمكانات والتجهيزات المادية من (٢٧ الى أقل من ٣٣ درجة)	١١٠	٥٥
حاصل على شهادة محو الأمية	٥	٢.٥	ذوي التقييم المرتفع للإمكانات والتجهيزات المادية من (٣٣ - ٤٠ درجة)	٢٩	١٤.٥
حاصل على الشهادة الابتدائية	١٤	٧	الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%
حاصل على الشهادة الإعدادية	٥	٢.٥	تقييم كفاءة الأطباء والمرضى		
حاصل على مؤهل متوسط دبلوم فني أو ثانوي عام	١٠٩	٥٤.٥	ذوي التقييم المنخفض لكفاءة الأطباء والمرضى من (٣٢ الى أقل من ٤١ درجة)	١٠١	٥٠.٥
حاصل على مؤهل فوق متوسط معهد عالي أو أكاديمية	١٤	٧	ذوي التقييم المتوسط لكفاءة الأطباء والمرضى من (٤١ الى أقل من ٥٠ درجة)	٨٣	٤١.٥
حاصل على مؤهل جامعي	٤٠	٢٠	ذوي التقييم المرتفع لكفاءة الأطباء والمرضى من (٥٠ - ٥٩ درجة)	١٦	٨
حاصل على مؤهل فوق جامعي ماجستير أو دكتوراه	١	٠.٥	الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%
الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%	فئات تقييم تكلفة الخدمات الصحية المقدمة		
فئات الدخل الشهري			ذوي التقييم المنخفض لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة من (١٦ الى أقل من ٢١ درجة)	٤	٢
فئة ذوي الدخل المنخفض من (٢٠٠٠ الى أقل من ٣٥٠٠ جنيه)	٦١	٣٠.٥	ذوي التقييم المتوسط لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة من (٢١ الى أقل من ٢٦ درجة)	٤٦	٢٣
فئة ذوي الدخل المتوسط من (٣٥٠٠ الى أقل من ٥٠٠٠ جنيه)	١٢٤	٦٢	ذوي التقييم المرتفع لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة من (٢٦ - ٣٢ درجة)	١٥٠	٧٥
فئة ذوي الدخل المرتفع من (٥٠٠٠ - ٦٥٠٠ جنيه)	١٥	٧.٥	الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%
الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%	فئات تقييم الأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية		
فئات المشاركة الاجتماعية			ذوي التقييم المنخفض للمساهمة من (٧ الى أقل من ١٤ درجة)	٢٥	١٢.٥
ذوي المشاركة الاجتماعية المنخفضة من (٧ الى أقل من ١٤ درجة)	١٠	٥	ذوي التقييم المتوسط للمساهمة من (١٤ الى أقل من ٢١ درجة)	١٤٧	٧٣.٥
ذوي المشاركة الاجتماعية المتوسطة من (١٤ الى أقل من ٢١ درجة)	٨٩	٤٤.٥	ذوي التقييم المرتفع للمساهمة من (٢١ الى أقل من ٢٧ درجة)	٢٨	١٤
ذوي المشاركة الاجتماعية المرتفعة من (٢١ - ٢٧ درجة)	١٠١	٥٠.٥	الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%
الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%			

• جمعت وحسبت من بيانات الدراسة الميدانية

٧- عضوية المنظمات

ويقصد بها مستوى اشتراك المبحوث وعضويته في منظمة أو أكثر من المنظمات المحلية الريفية أو الحضرية ودرجة حضوره للاجتماعات بهذه المنظمات من عدمه، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبر عن عضوية المنظمات، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٨.٢٠ درجة، والانحراف المعياري ١.٠١٢ درجة والتباين ١.٠٢٥ درجة، والمدى ١١ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لعضوية المنظمات تبين أن ٩٤.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (درجة عضوية منخفضة) وبلغ عددهم ١٨٩ مبحوثاً، و٣.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (درجة عضوية متوسطة) وبلغ عددهم ٧ مبحوثين، و٢% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (درجة عضوية مرتفعة) وبلغ عددهم ٤ مبحوثين، وتشير النتائج الى أن الغالبية العظمى من عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كانت درجة عضويتهم بالمنظمات منخفضة.

٨- تقييم المبحوثين للإمكانيات والتجهيزات المادية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة

ويقصد به الحكم الذي يصدره المبحوث على الإمكانيات والتجهيزات المادية المتاحة بالوحدة أو تقرير قيمتها من حيث كونها جيدة من عدمها، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبر عن تقييم المبحوثين للإمكانيات والتجهيزات المادية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٢٨.٦٠ درجة، والانحراف المعياري ٣.٥٦٢ درجة والتباين ١٢.٦٩٢ درجة، والمدى ١٩ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لتقييمهم للإمكانيات والتجهيزات المادية تبين أن ٣٠.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي التقييم المتدني للإمكانيات والتجهيزات المادية) وبلغ عددهم ٦١ مبحوثاً، و٥٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي التقييم المتوسط للإمكانيات والتجهيزات المادية) وبلغ عددهم ١١٠ مبحوثاً، و١٤.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة

(ذوي التقييم المرتفع للإمكانيات والتجهيزات المادية) وبلغ عددهم ٢٩ مبحوثاً، وتشير النتائج الى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كان تقييمهم للإمكانيات والتجهيزات المادية بهذه الوحدات متوسط.

٩- تقييم المبحوثين لكفاءة الأطباء والممرضين داخل الوحدات الصحية بعينة الدراسة

ويقصد به الحكم الذي يصدره المبحوث على كفاءة الطاقم الطبي والتمريض العاملين بالوحدة الصحية وقدرتهم على إنجاز أعمالهم بكفاءة من عدمه، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبر عن تقييم المبحوثين لكفاءة الأطباء والممرضين داخل الوحدات الصحية بعينة الدراسة، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٤١.١٦ درجة، والانحراف المعياري ٥.٢٤٧ درجة والتباين ٢٧.٥٣٢ درجة، والمدى ٢٧ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لتقييمهم لكفاءة الأطباء والممرضين تبين أن ٥٠.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي التقييم المتدني لكفاءة الأطباء والممرضين) وبلغ عددهم ١٠١ مبحوثاً، و٤١.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي التقييم المتوسط لكفاءة الأطباء والممرضين) وبلغ عددهم ٨٣ مبحوثاً، و٨% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي التقييم المرتفع لكفاءة الأطباء والممرضين) وبلغ عددهم ١٦ مبحوثاً، وتشير النتائج الى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كان تقييمهم لكفاءة الأطباء والممرضين بهذه الوحدات متدني.

١٠- تقييم المبحوثين لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالوحدات الصحية بعينة الدراسة

ويقصد به الحكم الذي يصدره المبحوث على المقابل المادي الذي يدفعه (التكلفة) مقابل الخدمات الصحية المقدمة له بالوحدات الصحية من حيث كونها مناسبة من عدمها، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبر عن تقييم المبحوثين لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالوحدات الصحية بعينة الدراسة، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي

ثانياً: وصف المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية (مستشفى شبين الكوم الجامعي ومستشفى قويسنا المركزي):

١- العمر

وتم قياسه بسؤال المبحوث بشكل مباشر عن عمره وقت تطبيق الاستبيان لأقرب سنة ميلادية، وقد بلغ قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٤٨.٤١٥٠ سنة، والانحراف المعياري ١٠.٣٠٨ سنة والتباين ١٠٦.٢٧٤ سنة، والمدى ٥٣ سنة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لفئات العمر بتبين أن ٢٣.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية الأولى وبلغ عددهم ٤٧ مبحوثاً، و٥٨.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية الثانية وبلغ عددهم ١١٧ مبحوثاً، و١٨% من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية الثالثة وبلغ عددهم ٣٦ مبحوثاً، وتشير النتائج إلى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كانوا من الفئة العمرية الثانية التي تتردد بشكل أكبر على المستشفيات بالدراسة.

٢- النوع

وتم قياسه كمتغير اسمي مكون من فئتين هما: ذكر، وأنثى، وقد أعطيت الاستجابات الدرجات (١، صفر) على الترتيب، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٠.٥٧٥٠، والانحراف المعياري ٠.٤٩٥٠ درجة، والتباين ٠.٢٤٦٠ درجة، والمدى ١ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً للنوع بتبين أن ٥٧.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (الذكور) وبلغ عددهم ١١٥ مبحوثاً، و٤٢.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (الإناث) وبلغ عددهم ٨٥ مبحوثاً، وتشير النتائج إلى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كانوا من الذكور وهم الأكثر تردداً على هذه المستشفيات.

٣- الحالة التعليمية للمبحوث

ويقصد بها مستوى تعليم المبحوث وقت تطبيق الاستبيان، وتم قياسها كمتغير رتبي مكون من تسع فئات هي: أمي، يقرأ ويكتب، حاصل على شهادة محو الأمية،

لهذا المتغير ٢٦.٩٩ درجة، والانحراف المعياري ٢.٥٩٩ درجة والتباين ٦.٧٥٩ درجة، والمدى ١٦ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لتقييمهم لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة يتبين أن ٢% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي التقييم المتدني لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة) وبلغ عددهم ٤ مبحوثين، و٢٣% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي التقييم المتوسط لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة) وبلغ عددهم ٤٦ مبحوثاً، و٧٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي التقييم المرتفع لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة) وبلغ عددهم ١٥٠ مبحوثاً، وتشير النتائج إلى أن ثلاثة أرباع عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كان تقييمهم لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة بهذه الوحدات الصحية مرتفع أي أن هذه التكلفة مناسبة من وجهة نظرهم.

١١- تقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية بعينة الدراسة

ويقصد به الحكم الذي يصدره المبحوث على الأدوار التي تؤديها الوحدات الصحية من حيث كونها جيدة من عدمها، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن تقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية بعينة الدراسة، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٥٧.٤٢ درجة، والانحراف المعياري ٤.٠٠١ درجة، والتباين ١٦.٠١٤ درجة، والمدى ٢٤ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لتقييمهم للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية تبين أن ١٢.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي التقييم المتدني للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية) وبلغ عددهم ٢٥ مبحوثاً، و٧٣.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي التقييم المتوسط للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية) وبلغ عددهم ١٤٧ مبحوثاً، و١٤% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي التقييم المرتفع للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية) وبلغ عددهم ٢٨ مبحوثاً، وتشير النتائج إلى أن ما يقرب من ثلاثة أرباع عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة كان تقييمهم للأدوار التي تقوم بها هذه الوحدات الصحية متوسط أي أن هذه الأدوار جيدة إلى حد ما من وجهة نظرهم.

الدخل المنخفض) وبلغ عددهم ٥٠ مبحوثاً، و٦٨.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (فئة ذوي الدخل المتوسط) وبلغ عددهم ١٣٧ مبحوثاً، و٦.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (فئة ذوي الدخل المرتفع) وبلغ عددهم ١٣ مبحوثاً، وتشير النتائج الى أن أكثر من ثلثي عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كانوا من ذوي الدخل الشهري المتوسط.

٥- المشاركة الاجتماعية الرسمية

ويقصد بها درجة قيام المبحوث بالأشطة الاجتماعية المختلفة داخل مكان إقامته سواء كانت مدينة أو قرية، وتم قياس هذا المتغير من خلال سؤال المبحوث عن مدى قيامه بـ صور المشاركة الاجتماعية المختلفة، وعن مدى وجود مشروعات تنموية بمكان إقامته تم تنفيذها بالمجهود الذاتي من عدمه، وسؤاله عن طبيعة هذه المشروعات في حال وجودها، وعن طبيعة مشاركته في هذه المشروعات، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن المشاركة الاجتماعية غير الرسمية، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ١٩.٠٣ درجة، والانحراف المعياري ٣.٤٢٦ درجة والتباين ١١.٧٣٨ درجة، والمدى ١٧ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً للمشاركة الاجتماعية غير الرسمية تبين أن ١٨% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي المشاركة الاجتماعية المنخفضة) وبلغ عددهم ٣٦ مبحوثاً، و٥٦% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي المشاركة الاجتماعية المتوسطة) وبلغ عددهم ١١٢ مبحوثاً، و٢٦% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي المشاركة الاجتماعية المرتفعة) وبلغ عددهم ٥٢ مبحوثاً، وتشير النتائج الى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كانت مشاركتهم الاجتماعية متوسطة.

٦- الانفتاح الثقافي

ويقصد به درجة تعرض المبحوث لمصادر المعلومات المختلفة كاستخدام الحاسب الآلي ومشاهدة البرامج التلفزيونية وسماع الراديو وغيرها، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن درجة الانفتاح الثقافي، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٢٧.١٧ درجة، والانحراف

حاصل على الشهادة الابتدائية، حاصل على الشهادة الإعدادية، حاصل على مؤهل متوسط دبلوم فني أو ثانوي عام، حاصل على مؤهل فوق المتوسط معهد عالي أو أكاديمية، حاصل على مؤهل جامعي، حاصل على مؤهل فوق جامعي ماجستير أو دكتوراه، وأعطيت الاستجابات الدرجات من ١ الى ٩ على الترتيب، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٦.٦٠ درجة، والانحراف المعياري ١.٣٣٧ درجة والتباين ١.٧٨٩ درجة، والمدى ٧ درجات.

وتوزيع المبحوثين وفقاً للحالة التعليمية يتبين أنه لا يوجد مبحوثين أميين في الفئة الأولى، و٣.٥% من المبحوثين يقرأ ويكتب فقط وبلغ عددهم ٧ مبحوثين في الفئة الثانية، وعدم وجود مبحوثين من الحاصلين على شهادة محو الأمية فقط في الفئة الثالثة، وعدم وجود مبحوثين من الحاصلين على الشهادة الابتدائية فقط في الفئة الرابعة، و١.٥% من المبحوثين حاصلون على الشهادة الإعدادية وبلغ عددهم ثلاث مبحوثين في الفئة الخامسة، و٥٦% من المبحوثين حاصلون على مؤهلات متوسطة دبلوم فني أو ثانوي عام وبلغ عددهم ١١٢ مبحوثاً في الفئة السادسة، و٦.٥% من المبحوثين حاصلون على مؤهلات فوق متوسطة معهد عالي أو أكاديمية وبلغ عددهم ١٣ مبحوثاً في الفئة السابعة، و٢٨.٥% من المبحوثين حاصلون على مؤهلات جامعية وبلغ عددهم ٥٧ مبحوثاً في الفئة الثامنة، و٤% من المبحوثين حاصلون على مؤهلات فوق جامعية ماجستير أو دكتوراه وبلغ عددهم ٨ مبحوثين في الفئة التاسعة، وتشير النتائج الى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كانوا من الحاصلين على مؤهلات متوسطة دبلوم فني أو ثانوي عام.

٤- الدخل الشهري

ويعبّر عنه بقيمة الدخل الشهري لكل مبحوث مقدراً بالجنه المصري، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٣٥٠٩.٦٥ جنيه، والانحراف المعياري ٨٣٤.٢٩٥ جنيه والتباين ٦٩٦٠٤٩.٦٢٦ جنيه، والمدى ٤٦٠٠ جنيه.

وتوزيع المبحوثين وفقاً للدخل الشهري يتبين أن ٢٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (فئة ذوي

المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٣٧.٣٣ درجة، والانحراف المعياري ٥.٤٤٤ درجة والتباين ٢٩.٦٤١ درجة، والمدى ٢٨ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لتقييمهم للإمكانيات والتجهيزات المادية تبين أن ٣٤.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي التقييم المتدني للإمكانيات والتجهيزات المادية) وبلغ عددهم ٦٩ مبحوثاً، و ٥١.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي التقييم المتوسط للإمكانيات والتجهيزات المادية) وبلغ عددهم ١٠٣ مبحوثاً، و ١٤% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي التقييم المرتفع للإمكانيات والتجهيزات المادية) وبلغ عددهم ٢٨ مبحوثاً، وتشير النتائج إلى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كان تقييمهم للإمكانيات والتجهيزات المادية بهذه المستشفيات متوسط.

٩- تقييم المبحوثين لكفاءة الأطباء والممرضين داخل المستشفيات بعينة الدراسة

ويقصد به الحكم الذي يصدره المبحوث على كفاءة الطاقم الطبي والتمريض العاملين بالمستشفيات وقدرتهم على إنجاز أعمالهم بكفاءة من عدمه، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن تقييم المبحوثين لكفاءة الأطباء والممرضين داخل المستشفيات بعينة الدراسة، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٤٦.٠١ درجة، والانحراف المعياري ٨.١٣٩ درجة والتباين ٦٦.٢٤٦ درجة، والمدى ٣٤ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لتقييمهم لكفاءة الأطباء والممرضين تبين أن ٤٤% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي التقييم المتدني لكفاءة الأطباء الممرضين) وبلغ عددهم ٨٨ مبحوثاً، و ٤١% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي التقييم المتوسط لكفاءة الأطباء والممرضين) وبلغ عددهم ٨٢ مبحوثاً، و ١٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي التقييم المرتفع لكفاءة الأطباء والممرضين) وبلغ عددهم ٣٠ مبحوثاً، وتشير النتائج إلى أن ما يقرب من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كان تقييمهم لكفاءة الأطباء والممرضين بهذه المستشفيات ما بين المتدني والمتوسط كما هو موضح بجدول (٢).

المتوسط الحسابي ٥.٥٩١ درجة، والتباين ٣١.٢٦٧ درجة، والمدى ٣٠ درجة.

وتوزيع المبحوثين وفقاً للانفتاح الثقافي تبين أن ٤١.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (ذوي الانفتاح الثقافي المنخفض وبلغ عددهم ٨٣ مبحوثاً، و ٥٠.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي الانفتاح الثقافي المتوسط) وبلغ عددهم ١٠١ مبحوثاً، و ٨% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي الانفتاح الثقافي المرتفع) وبلغ عددهم ١٦ مبحوثاً، وتشير النتائج إلى أن أكثر من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كان انفتاحهم الثقافي متوسط.

٧- عضوية المنظمات

ويقصد بها مستوى اشتراك المبحوث وعضويته في منظمة أو أكثر من المنظمات المحلية الريفية أو الحضرية ودرجة حضوره للاجتماعات بهذه المنظمات من عدمه، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن عضوية المنظمات، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٨.٢٩ درجة، والانحراف المعياري ١.٢٣٥ درجة والتباين ١.٥٢٦ درجة، والمدى ١٠ درجات.

وتوزيع المبحوثين وفقاً لعضوية المنظمات بتبين أن ٩٤.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الأولى (درجة عضوية منخفضة) وبلغ عددهم ١٨٩ مبحوثاً، و ٣.٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (درجة عضوية متوسطة) وبلغ عددهم ٧ مبحوثين، و ٢% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (درجة عضوية مرتفعة) وبلغ عددهم ٤ مبحوثين، وتشير النتائج إلى أن الغالبية العظمى من عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة كانت درجة عضويتهم بالمنظمات منخفضة.

٨- تقييم المبحوثين للإمكانيات والتجهيزات المادية بالمستشفيات بعينة الدراسة

ويقصد به الحكم الذي يصدره المبحوث على الإمكانيات والتجهيزات المادية بالمستشفى أو تقرير قيمتها من حيث كونها جيدة من عدمها، وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن تقييم المبحوثين للإمكانيات والتجهيزات المادية بالمستشفيات بعينة الدراسة، وقد بلغت قيمة

جدول (٢): وصف متغيرات الدراسة بالحضر .

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية	المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
فئات العمر			فئات الانفتاح الثقافي		
الفئة الأولى من (٢٣ سنة الى أقل من ٤١ سنة)	٤٧	٢٣.٥	ذوي الانفتاح الثقافي المنخفض من (١٦ الى أقل من ٢٦ درجة)	٨٣	٤١.٥
الفئة الثانية من (٤١ سنة الى أقل من ٥٩ سنة)	١١٧	٥٨.٥	ذوي الانفتاح الثقافي المتوسط من (٢٦ الى أقل من ٣٦ درجة)	١٠١	٥٠.٥
الفئة الثالثة من (٥٩ سنة - ٧٦ سنة)	٣٦	١٨	ذوي الانفتاح الثقافي المرتفع من (٣٦ - ٤٦ درجة)	١٦	٨
الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠	الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠
النوع			فئات عضوية المنظمات		
ذكور	١١٥	٥٧.٥	درجة عضوية منخفضة من (٨ الى أقل من ١١ درجة)	١٨٩	٩٤.٥
إناث	٨٥	٤٢.٥	درجة عضوية متوسطة من (١١ الى أقل من ١٤ درجة)	٧	٣.٥
الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠	درجة عضوية مرتفعة من (١٤-١٨ درجة)	٤	٢
الحالة التعليمية للمبحوث			الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠
أمي	-	-	تقييم الإمكانيات والتجهيزات المادية		
يقرأ ويكتب	٧	٣.٥	ذوي التقييم المنخفض للإمكانيات والتجهيزات المادية من (٢٦ الى أقل من ٣٥ درجة)	٦٩	٣٤.٥
حاصل على شهادة محو الأمية	-	-	ذوي التقييم المتوسط للإمكانيات والتجهيزات المادية من (٣٥ الى أقل من ٤٤ درجة)	١٠٣	٥١.٥
حاصل على الشهادة الابتدائية	-	-	ذوي التقييم المرتفع للإمكانيات والتجهيزات المادية من (٤٤ - ٥٤ درجة)	٢٨	١٤
حاصل على الشهادة الإعدادية	٣	١.٥	الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠
حاصل على مؤهل متوسط دبلوم فني أو ثانوي عام	١١٢	٥٦	فئات تقييم كفاءة الأطباء والمرضى		
حاصل على مؤهل فوق متوسط معهد عالي أو أكاديمية	١٣	٦.٥	ذوي التقييم المنخفض لكفاءة الأطباء والمرضى من (٣٣ الى أقل من ٤٤ درجة)	٨٨	٤٤
حاصل على مؤهل جامعي	٥٧	٢٨.٥	ذوي التقييم المتوسط لكفاءة الأطباء والمرضى من (٤٤ الى أقل من ٥٥ درجة)	٨٢	٤١
حاصل على مؤهل فوق جامعي ماجستير أو دكتوراه	٨	٤	ذوي التقييم المرتفع لكفاءة الأطباء والمرضى من (٥٥ - ٦٧ درجة)	٣٠	١٥
الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠	الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠
فئات الدخل الشهري			فئات تقييم تكلفة الخدمات الصحية المقدمة		
فئة ذوي الدخل المنخفض من (١٤٠٠ الى أقل من ٣٠٠٠ جنيه)	٥٠	٢٥	ذوي التقييم المنخفض لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة من (٦ الى أقل من ٨ درجات)	٦٢	٣١
فئة ذوي الدخل المتوسط من (٣٠٠٠ الى أقل من ٤٦٠٠ جنيه)	١٣٧	٦٨.٥	ذوي التقييم المتوسط لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة من (٨ الى أقل من ١٠ درجات)	٩٠	٤٥
فئة ذوي الدخل المرتفع من (٤٦٠٠ - ٦٠٠٠ جنيه)	١٣	٦.٥	ذوي التقييم المرتفع لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة من (١٠ - ١٣ درجة)	٤٨	٢٤
الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠	الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠
فئات المشاركة الاجتماعية			فئات تقييم الأدوار التي تقوم بها المستشفيات		
ذوي المشاركة الاجتماعية المنخفضة من (١٠ الى أقل من ١٦ درجة)	٣٦	١٨	ذوي التقييم المنخفض للأدوار التي تقوم بها المستشفيات من (١٧ الى أقل من ٢٣ درجة)	٧٩	٣٩.٥
ذوي المشاركة الاجتماعية المتوسطة من (١٦ الى أقل من ٢٢ درجة)	١١٢	٥٦	ذوي التقييم المتوسط للأدوار التي تقوم بها المستشفيات من (٢٣ الى أقل من ٢٩ درجة)	٩١	٤٥.٥
ذوي المشاركة الاجتماعية المرتفعة من (٢٢ - ٢٧ درجة)	٥٢	٢٦	ذوي التقييم المرتفع للأدوار التي تقوم بها المستشفيات من (٢٩ - ٣٦ درجة)	٣٠	١٥
الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠	الإجمالي	٢٠٠	%١٠٠

• جمعت وحسبت من بيانات الدراسة الميدانية

للأدوار التي تقوم بها المستشفيات) وبلغ عددهم ٩١
مبحوثاً، و١٥% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة
(ذوي التقييم المرتفع للأدوار التي تقوم بها المستشفيات)
وبلغ عددهم ٣٠ مبحوثاً، وتشير النتائج الى أن ما يقرب
من نصف عدد المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية
بالمستشفيات بعينة الدراسة كان تقييمهم للأدوار التي تقوم
بها هذه المستشفيات متوسط أي أنها جيدة الى حد ما.

٤- الفروض الإحصائية

الفرض الإحصائي الأول

لا تسهم المتغيرات الشخصية والمنظمية للمبحوثين
بعينة الدراسة في الريف إسهاماً معنوياً جماعياً في تفسير
التباين في متغير الأداء المنظمي.

الفرض الإحصائي الثاني

لا تسهم المتغيرات الشخصية والمنظمية للمبحوثين
بعينة الدراسة في الحضر إسهاماً معنوياً جماعياً في تفسير
التباين في متغير الأداء المنظمي.

النتائج

أولاً: العلاقات المختلفة بين المتغيرات المستقلة

وتقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها
الوحدات الصحية الريفية (الأداء المنظمي)
بعينة الدراسة كمتغير تابع :

(أ) وصف طبيعة العلاقات الارتباطية بين المتغيرات
الشخصية والمتغيرات المنظمة كمتغيرات مستقلة و
متغير الأداء المنظمي وفقاً للمبحوثين المستفيدين من
الخدمات الصحية بالوحدات الصحية الريفية

للتعرف على العلاقة بين المتغيرات الشخصية والتغيرات
المنظمة كمتغيرات مستقلة ومتغير الأداء المنظمي كان
من الضروري استخدام معامل الارتباط البسيط بيرسون
(r) لاختبار معنوية هذه العلاقة، حيث أشارت نتائج تحليل
الارتباط الواردة بالجدول (٣) الى وجود علاقة ارتباطية
معنوية موجبة عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين متغير الأداء
المنظمي (تقييم الأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية)
وبين كل من المتغيرات المستقلة التالية (المتغيرات
المنظمية) والتي تم ترتيبها تنازلياً باستخدام قوة العلاقات

١٠- تقييم المبحوثين لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات بعينة الدراسة

ويقصد به الحكم الذي يصدره المبحوث على المقابل
المادي الذي يدفعه (التكلفة) مقابل الخدمات الصحية
المقدمة له بالمستشفيات من حيث كونها مناسبة من عدمها،
وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن تقييم المبحوثين
لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات بعينة
الدراسة، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير
٨.٥٢ درجة، والانحراف المعياري ١.٧٠٧ درجة
والتباين ٢.٩١٤ درجة، والمدى ٧ درجات.

ويتوزع المبحوثين وفقاً لتقييمهم لتكلفة الخدمات
الصحية المقدمة تبين أن ٣١% من المبحوثين يقعون في
الفئة الأولى (ذوي التقييم المتدني لتكلفة الخدمات الصحية
المقدمة) وبلغ عددهم ٦٢ مبحوثاً، و٤٥% من المبحوثين
يقعون في الفئة الثانية (ذوي التقييم المتوسط لتكلفة
الخدمات الصحية المقدمة) وبلغ عددهم ٩٠ مبحوثاً،
و٢٤% من المبحوثين يقعون في الفئة الثالثة (ذوي التقييم
المرتفع لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة) وبلغ عددهم ٤٨
مبحوثاً، وتشير النتائج الى أنا ما يقرب من نصف عدد
المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات
بعينة الدراسة كان تقييمهم لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة
بهذه المستشفيات متوسط أي أنها مناسبة لحد ما.

١١- تقييم المبحوثين للأدوار التي تقوم بها المستشفيات بعينة الدراسة

ويقصد به الحكم الذي يصدره المبحوث على الأدوار
التي تؤديها المستشفيات من حيث كونها جيدة من عدمها،
وقد تم حساب الدرجة الكلية لتعبير عن تقييم المبحوثين
للأدوار التي تقوم بها المستشفيات بعينة الدراسة، وقد بلغت
قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير ٢٤.٢٨ درجة،
والانحراف المعياري ٣.٩١٧ درجة والتباين ١٥.٣٤٨
درجة، والمدى ١٩ درجة.

ويتوزع المبحوثين وفقاً لتقييمهم للأدوار التي تقوم بها
المستشفيات تبين أن ٣٩.٥% من المبحوثين يقعون في
الفئة الأولى (ذوي التقييم المتدني للأدوار التي تقوم بها
المستشفيات) وبلغ عددهم ٧٩ مبحوثاً، و٤٥.٥% من
المبحوثين يقعون في الفئة الثانية (ذوي التقييم المتوسط

المتغيرات الشخصية، و ٢٩.٧% منها ترجع الى المتغيرات المنظمة، ويمكن الاستدلال من هذه النتائج أن المتغيرات المنظمة ذات التأثير الأكبر مقارنة بالمتغيرات الشخصية ذات التأثير غير الحقيقي بشكل كبير علي درجة تقييم المستفيدين للأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية بالمناطق الريفية مما يعني أن المتغيرات المنظمة كتوافر الإمكانيات والتجهيزات المادية الجيدة من أجهزة وأدوية وأدوات طبية حديثة وغيرها، وكفاءة الكوادر الطبية وأطقم التمريض القائمين علي الخدمة، والتكلفة المناسبة لهذه الخدمة المقدمة هي العوامل الرئيسية ذات التأثير الإيجابي بشكل كبير علي تقييم المستفيدين لأدوار المنظمات الصحية بالريف متفقا في ذلك مع النظريات السابقة التي أكدت علي التأثير الكبير لهذه المتغيرات علي تقييم المنظمات الصحية، وتأثير هذه المتغيرات المنظمة بشكل أكبر في الحضر عن الريف بسبب العدد الكبير للمتريدين علي المنظمات الصحية بالحضر ووجود تخصصات غير موجودة بالمنظمات الصحية الريفية.

وبالتالي يمكن قبول الفرض النظري الأول جزئياً الذي ينص على أن المتغيرات المنظمة (عدا المتغيرات الشخصية) للمبجوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة تسهم إسهاماً معنوياً جماعياً في تفسير التباين في متغير الأداء المنظمي للوحدات الصحية ورفض الفرض الإحصائي جزئياً الذي ينص على عكس ذلك.

جدول (٣): نتائج التحليل الارتباطي والانحداري المتعدد الهرمي لتحديد الأهمية النسبية للمتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة (كمتغيرات مستقلة) المؤثرة على متغير الأداء المنظمي وفقاً للمبجوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية (الريف).

المتغير التابع (متغير الأداء المنظمي)					المتغيرات المستقلة (المؤثرة)	مراحل التحليل
قيم F لاختبار معنوية الانحدار	% للتباين المفسر في المتغير التابع	معامل التحديد المعدل Adjusted R ²	معامل التحديد R ²	قيم الارتباط المتعدد R		
١.٤٨٧	٥.١	٠.٠١٧	٠.٠٥١	٠.٢٢٧	المتغيرات الشخصية	المرحلة الأولى
**٢٨.٦٧٧	٢٩.٧	٠.٣١٤	٠.٣٤٨	٠.٥٩٠	المتغيرات المنظمة	المرحلة الثانية

• جمعت وحسبت من بيانات الدراسة الميدانية

الارتباطية كما تعكسها قيم معاملات الارتباط البسيط وهي على الترتيب: تقييم كفاءة الأطباء والمرضى بالوحدات الصحية (٠.٥٠١)، وتقييم الإمكانيات والتجهيزات المادية بالوحدات الصحية (٠.٤٠١)، وتقييم تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالوحدات الصحية (٠.٢٨٣)، وهذا يعني أن الزيادة في أي من هذه المتغيرات يؤدي الى زيادة في متغير الأداء المنظمي.

(ب) تأثير المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة كمتغيرات مستقلة على متغير الأداء المنظمي وفقاً للمبجوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية

لتحديد درجة إسهام المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة في تفسير التباين في متغير الأداء المنظمي، تم استخدام نموذج التحليل الارتباطي والانحداري المتعدد بالطريقة الهرمية حيث أشارت النتائج الواردة الى معنوية هذا النموذج في مرحلته الثانية من التحليل، وقد بلغت قيمة F المحسوبة ٢٨.٦٧٧ وهي معنوية عند مستوى معنوية ٠.٠١، وهذا يعني أن المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة تؤثر على متغير الأداء المنظمي، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط المتعدد (R=0.590)، وقيمة معامل التحديد R² قد بلغت ٠.٣٤٨، وهذا يعني أن المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة كميتغيرات مستقلة مؤثرة تبلغ نسبة مساهمتها مجتمعة في تفسير التباين الحادث في متغير الأداء المنظمي ٣٤.٨% يرجع ٥.١% منها الى

استخدام نموذج التحليل الارتباطي والانحداري المتعدد بالطريقة الهرمية حيث أشارت النتائج الواردة بالجدول (٤) الى معنوية هذا النموذج حتى مرحلته الثانية من التحليل، وقد بلغت قيمة F المحسوبة ١٢٩.٨٥٢ وهي معنوية عند مستوى معنوية ٠.٠١، وهذا يعني أن المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة تؤثر على متغير الأداء المنظمي، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط المتعدد (R=0.841)، وقيمة معامل التحديد R² قد بلغت ٠.٧٠٦، وهذا يعني أن المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة كمتغيرات مستقلة مؤثرة تبلغ نسبة مساهمتها مجتمعة في تفسير التباين الحادث في متغير الأداء المنظمي ٧٠.٦% يرجع ١٠.١% منها الى المتغيرات الشخصية، و٦٠.٥% منها ترجع الى المتغيرات المنظمة، ويمكن الاستدلال من هذه النتائج أن المتغيرات المنظمة ذات التأثير الأكبر مقارنة بالمتغيرات الشخصية ذات التأثير الأقل بشكل كبير علي درجة تقييم المستفيدين للأدوار التي تقوم بها المستشفيات بالمناطق الحضرية مما يعني أن المتغيرات المنظمة كتوافر الإمكانيات والتجهيزات المادية الجيدة من أجهزة وأدوية وأدوات طبية حديثة وغيرها ، وكفاءة الكوادر الطبية وأطمم التمريض القائمين علي الخدمة، والتكلفة المناسبة لهذه الخدمة المقدمة هي العوامل الرئيسية ذات التأثير الإيجابي بشكل كبير علي تقييم المستفيدين لأدوار المنظمات الصحية بالحضر متفقاً في ذلك مع النظريات السابقة التي أكدت علي التأثير الكبير لهذه المتغيرات علي تقييم المنظمات الصحية .

وبالتالي يمكن قبول الفرض النظري الثاني الذي ينص على أن المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة للمبجوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة تسهم إسهاماً معنوياً جماعياً في تفسير التباين في متغير الأداء المنظمي للمستشفيات ورفض الفرض الإحصائي الذي ينص على عكس ذلك .

ثانياً: العلاقات المختلفة بين المتغيرات المستقلة وتقييم المبجوثين للأدوار التي تقوم بها المستشفيات الحكومية الحضرية (الأداء المنظمي) بعينة الدراسة كمتغير تابع:

(أ) وصف طبيعة العلاقات الارتباطية بين المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة كمتغيرات مستقلة ومتغير الأداء المنظمي وفقاً للمبجوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية الحضرية

للتعرف على العلاقة بين المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة كمتغيرات مستقلة ومتغير الأداء المنظمي كان من الضروري استخدام معامل الارتباط البسيط لبيرسون (r) لاختبار معنوية هذه العلاقة، حيث أشارت نتائج تحليل الارتباط الى وجود علاقة ارتباطية معنوية موجبة عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين متغير الأداء المنظمي (تقييم الأدوار التي تقوم بها المستشفيات) وبين كل من المتغيرات المستقلة التالية (المتغيرات المنظمة) والتي تم ترتيبها تنازلياً باستخدام قوة العلاقات الارتباطية كما تعكسها قيم معاملات الارتباط البسيط وهي على الترتيب: تقييم كفاءة الأطباء والممرضين بالمستشفيات (٠.٧٩٨)، وتقييم الإمكانيات والتجهيزات المادية بالمستشفيات (٠.٦٧٤) وتقييم تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات (٠.٥٤٣)، وهذا يعني أن الزيادة في أي من هذه المتغيرات يؤدي الى زيادة في متغير الأداء المنظمي.

(ب) تأثير المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة كمتغيرات مستقلة على متغير الأداء المنظمي وفقاً للمبجوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات

لتحديد درجة إسهام المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة في تفسير التباين في متغير الأداء المنظمي، تم

جدول (٤): قيم معاملات الارتباط البسيط بين المتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة كمتغيرات مستقلة ومتغير الأداء المنظمي للوحدات الصحية والمستشفيات (الريف والحضر).

م	المتغيرات المستقلة الريف	قيم معامل الارتباط البسيط	م	المتغيرات المستقلة الحضر	قيم معامل الارتباط البسيط
١	العمر	٠.٠٢٥	١	العمر	٠.٠٥٢-
٢	النوع	٠.٠١٢-	٢	النوع	٠.٠٥٥-
٣	الحالة التعليمية للمبحوث	٠.١٤٩	٣	الحالة التعليمية للمبحوث	٠.١٦٥
٤	الدخل الشهري	٠.٠٠٣	٤	الدخل الشهري	٠.١٩٦
٥	المشاركة الاجتماعية	٠.٠٩٨	٥	المشاركة الاجتماعية	٠.١٢١
٦	الانفتاح الثقافي	٠.١٥١	٦	الانفتاح الثقافي	٠.١٣٤
٧	عضوية المنظمات	٠.٠١٠	٧	عضوية المنظمات	٠.٠١٩-
٨	تقييم الإمكانات والتجهيزات المادية بالوحدات الصحية	**٠.٤٠١	٨	تقييم الإمكانات والتجهيزات المادية بالمستشفيات	**٠.٦٧٤
٩	تقييم كفاءة الأطباء والمرضى بالوحدات الصحية	**٠.٥٠١	٩	تقييم كفاءة الأطباء والمرضى بالمستشفيات	**٠.٧٩٨
١٠	تقييم تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالوحدات الصحية	**٠.٢٨٣	١٠	تقييم تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات	**٠.٥٤٣

• جمعت وحسبت من بيانات الدراسة الميدانية

جدول (٥): نتائج التحليل الارتباطي والانحداري المتعدد الهرمي لتحديد الأهمية النسبية للمتغيرات الشخصية والمتغيرات المنظمة (كمتغيرات مستقلة) المؤثرة على متغير الأداء المنظمي وفقاً للمبوحثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات (الحضر).

مراحل التحليل	المتغيرات المستقلة (المؤثرة)	المتغير التابع (متغير الأداء المنظمي)		
		قيم الارتباط المتعدد R	معامل التحديد R ²	معامل التحديد المعدل Adjusted R ²
المرحلة الأولى	المتغيرات الشخصية	٠.٣١٩	٠.١٠١	٠.٠٦٩
المرحلة الثانية	المتغيرات المنظمة	٠.٨٤١	٠.٧٠٦	٠.٦٩١

• جمعت وحسبت من بيانات الدراسة الميدانية

المقترحات

المتغيرات الشخصية (العمر، والنوع، والحالة التعليمية، الدخل الشهري، المشاركة الاجتماعية، والانفتاح الثقافي، عضوية المنظمات) والمتغيرات المنظمة (تقييم الإمكانات والتجهيزات المادية، تقييم كفاءة الأطباء والمرضى، تقييم تكلفة الخدمات الصحية المقدمة) كمتغيرات مستقلة يسهموا إسهاماً فريداً في تفسير التباين الحادث في متغير الأداء المنظمي (تقييم الأدوار التي تقوم بها المستشفيات)، لذا تقترح الدراسة:

في ضوء النتائج التي تم الحصول عليها من عينة الدراسة، وفي ضوء المناقشة السابقة لهذه النتائج يمكن استخلاص بعض المقترحات التي قد تفيد في تحسين الخدمات الصحية في مناطق الدراسة ومن ثم التعميم على باقي المناطق الريفية والحضرية المصرية، وهي على النحو التالي:

١- أوضحت النتائج من وجهة نظر المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات بعينة الدراسة أن

• تتولى الدولة توفير حضانات للأطفال حديثي الولادة ووحدات للغسيل الكلوي بكافة الوحدات بالقرى وذلك بعمل صندوق خاص لتطوير الوحدات الصحية على مستوى الجمهورية يعتمد في موارده على الدعم الحكومي والتبرعات.

٣- ينبغي على الدولة وضع استراتيجية فعالة مبنية على أسس علمية وبيانات دقيقة لتطوير الخدمات الصحية بالمجتمعات الريفية والحضرية (الوحدات الصحية والمستشفيات الحكومية)، وعدم إلقاء عبء هذه الخدمات على القطاع الخاص وبالتالي تحمل المواطنين لتكلفة باهظة للحصول على الخدمات الصحية بالمستشفيات والعيادات الخاصة، وهي تكاليف لا تتحملها الفئات غير القادرة.

٤- توصي هذه الدراسة بإجراء دراسات أخرى لتقييم الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الصحية الحكومية الريفية والحضرية بجمهورية مصر العربية وذلك لمعرفة درجة رضا المترددين والعاملين بهذه المؤسسات عن تقديم هذه الخدمات، وكذلك إجراء دراسات مقارنة للمؤسسات الصحية الحكومية والخاصة من حيث درجة قيامهم بأدوارهم بالمناطق الريفية والحضرية، وذلك من أجل وضع الحلول والاستراتيجيات المناسبة لتطوير الخدمات الصحية في هذه المناطق.

المراجع

١. إبراهيم، حمدي أحمد محمود (٢٠١٦). تطبيق معايير الجودة الشاملة وعلاقتها برضا المستفيدين في بعض الوحدات الصحية بأسبوط، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.
٢. إبراهيم، طلعت الدمرداش (٢٠٠٠). اقتصاديات الخدمات الصحية، مركز معلومات دعم وإتخاذ القرار مجلس الوزراء، القاهرة.
٣. أبو حطب، موسى محمد (٢٠٠٩). فاعلية نظام تقييم الأداء وأثره على مستوى أداء العاملين حالة دراسية على جمعية أصدقاء المريض الخيرية، رسالة ماجستير، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.

• عقد دورات تدريبية للمديرين بشكل خاص والأطباء والصيادلة بشكل عام داخل المستشفى وخارجها لاكتساب خبرات ومهارات تطور من مستوى أدائهم المهني في التعامل مع الأزمات المختلفة ولمواكبة التقدم العلمي والتكنولوجي لأحدث أساليب العلاج.

• إقامة الدورات التثقيفية لكل طاقم التمريض العامل بالمستشفيات لتزويدهم بالمهارات الضرورية لكيفية التعامل مع المرضى وزيادة حماسهم لإتباع ما يريده العاملون، وإدراج هذه الدورات ضمن مستلزمات الترقى للدرجات الوظيفية الأعلى.

• العمل على توفير الأدوية بكافة أنواعها ومن مصادرها العالمية مع توافر المستلزمات الطبية الضرورية (شاش وقطن وخيوط جراحية وغيرها) بصيدلية المستشفى وبتكلفة مناسبة.

• توافر الأجهزة والمعدات المعملية الحديثة والتحليل والأشعة.

• إعفاء بعض الفئات المهمشة وغير القادرين من تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات سوء ضمن نظام التأمين الصحي الشامل أو من خلال شبكات الحماية الاجتماعية من خلال بطاقات خاصة.

٢- أوضحت النتائج من وجهة نظر المبحوثين المستفيدين من الخدمات الصحية بالوحدات الصحية بعينة الدراسة أن المتغيرات المنظمية (تقييم الإمكانيات والتجهيزات المادية، تقييم كفاءة الأطباء والمرضى، تقييم تكلفة الخدمات الصحية المقدمة) كمتغيرات مستقلة يسهموا إسهاماً فريداً في تفسير التباين الحادث في متغير الأداء المنظمي (تقييم الأدوار التي تقوم بها الوحدات الصحية)، لذا تقترح الدراسة:

• تزويد الوحدات الصحية بالتجهيزات الطبية الحديثة التي تتناسب مع الوظيفة التي أسست من أجلها الوحدات (الوظيفة الوقائية والعلاجية).

• التعليم والتدريب المستمر للعاملين بالوحدات الصحية بعقد برامج تدريبية بالوحدة أو خارجها لرفع كفاءة العاملين بالوحدات.

• اهتمام وزارة الصحة بتوفير بعض أجهزة الأشعة الحديثة غير الموجودة بالوحدات كالمقطعية ذات التكلفة المرتفعة.

٤. آادي، لوآن، وتشالز بيجلي وآخرون (٢٠٠٠). تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، معهد الإدارة العامة بالرياض، السعودية.
٥. اسماعيل، نوار هاني (٢٠٠٥). تقييم أداء الموارد البشرية ومدى مساهمته في رفع أداء المنشآت العامة نموذج شركات الغزل والنسيج في الساحل السوري، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، سوريا.
٦. إكهولم، إريك (١٩٧٦). الصحة للجميع الإنسان وأمراض البيئة، ترجمة محمد عبد اللطيف إبراهيم، مكتبة غريب، القاهرة.
٧. الأحمدى، طلال (٢٠٠٤). إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض.
٨. الأحمدى، طلال (٢٠٠٩). تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، المؤتمر الدولي للتنمية الإداري نحو أداء متميز، معهد الإدارة العامة، الرياض، نوفمبر.
٩. السليمي، نهلة بنت محمد بن عبد الله (٢٠٠٩). قياس جودة خدمات المعلومات في المكتبات الطبية بمدينة الرياض دراسة تطبيقية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض.
١٠. العزاوي، سحر أحمد كرجي، ورائد سلمان وفاضل النعيمي (٢٠٠٩). الابتكار التسويقي وعلاقته بجودة الخدمة الصحية في القطاع الحكومي دراسة في الشركة العامة لتسويق الأدوية والمستلزمات الطبية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد ٧٦، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية ببغداد، العراق، أبريل.
١١. العنقري، عبد العزيز سلطان، وعبد الحميد المغربي (٢٠١٤). تخطيط الخدمات الصحية الأصول العلمية والتطبيقات العملية، إدارة النشر العلمي، جامعة الطائف، السعودية.
١٢. النجار، أحمد سمير عبد الغني، الأبعاد الاجتماعية للخدمة الصحية في المجتمع المصري دراسة حالة معهد الكبد القومي بجامعة المنوفية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة بنها، ٢٠١٦.
١٣. بحدادة، نجاه، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان، الجزائر، ٢٠١٢.
١٤. بن فرحات، عبد المنعم، انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بيسكرة، الجزائر، ٢٠١٨.
١٥. بوبرطخ، عبد الكريم، دراسة فعالية نظام تقييم أداء العاملين في المؤسسات الاقتصادية دراسة حالة مؤسسة الجرارات الفلاحية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري بقسنطينة، الجزائر، ٢٠١٢.
١٦. بودور، سناء، وميساء بولاحة، جودة الخدمات الصحية في الجزائر دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بولاية قالمة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ٨ مايو ١٩٤٥ بقالمة، الجزائر، ٢٠٢١.
١٧. تقرير جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، منظمة الصحة العالمية، جنيف، أبريل، ٢٠١٦.
١٨. تليلاني، فاطمة الزهراء، التمثيل العمالي النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية في المنظومة الصحية الجزائرية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة، الجزائر، ٢٠١٣.
١٩. جلاب، خولة، الخدمة الصحية وضغوط العمل في المؤسسة الاستشفائية دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية عليا صالح بتبسة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العربي التبسي، الجزائر، ٢٠١٦.

٢٩. عطا، ألفت إبراهيم جاد الرب، مدى فاعلية تطبيق مقياس جودة الخدمة الصحية على رضا العميل الخارجي (المرضي)، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد الثاني، كلية التجارة، جامعة الأزهر، القاهرة، أبريل، ٢٠١١.
٣٠. على، خالد محمد عبد الستار، تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة الفيوم، مجلة الدراسات التجارية المعاصرة، العدد الثالث، كلية التجارة، جامعة كفر الشيخ، ديسمبر، ٢٠١٧.
٣١. غالي، محرز حسين، وخالد زكي، تقييم الأداء الصحفي مؤشرات القياس ونماذج تطبيقية، دار العربي للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠١٩.
٣٢. فتاحين، فريد، ومحمد نعلامن، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمة الصحية حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية فارس يحيى بمليانة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجبالي بونعامة بخمس مليانة، الجزائر، ٢٠١٦.
٣٣. كورتل، فريد، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع بعمان، الأردن، ٢٠٠٩.
٣٤. لعروس، أمال، تقييم الخدمات المكتبية وفق المعايير الدولية فضاءات المطالعة العمومية بالمكتبة الوطنية الجزائرية نموذجاً، المجلة العربية للأرشيف والتوثيق والمعلومات، المجلد الرابع والعشرون العدد السابع والأربعون، كلية العلوم الإنسانية، جامعة الجزائر ٢، الجزائر، يونيو، ٢٠٢٠.
٣٥. مؤسسة ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان، تحسين مستوى الخدمات الصحية في مصر ورقة سياسات، القاهرة، إبريل، ٢٠١٦.
٣٦. موسى، عبد الناصر، تقييم أداء الأفراد كأداة لرفع أداء المنظمات، مجلة العلوم الإنسانية، العدد السادس، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر ببسكرة، الجزائر، يونيو، ٢٠٠٤.
37. Health Programme Evaluation, World Health Organization Geneva, 1981.
٢٠. حسن، محمد حسين صادق، تفويق خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدات الصحية الريفية، مجلة الشرق الأوسط، مركز بحوث الشرق الأوسط بجامعة عين شمس، القاهرة، ٢٠١٥.
٢١. حلوش، مهند أحمد، اقتصاديات الصحة، الطبعة الأولى، دار رؤى للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠٠٤.
٢٢. خامت، سعدية، ونورة عجو، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، رسالة ماجستير، معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، المركز الجامعي العقيد ألكلي محند أولحاج بالبويرة، الجزائر، ٢٠١٢.
٢٣. رضوان، محمود عبد الفتاح، تقييم أداء المؤسسات في ظل معايير الأداء المتوازن، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، ٢٠١٣.
٢٤. شولس، راکول، وألتون جانسن، الإدارة الاستراتيجية المعاصرة للمستشفيات والخدمات الصحية، ترجمة جلال البناء، منشأة المعارف للنشر، الإسكندرية، ٢٠١٣.
٢٥. صغيرو، نجاه، تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر بباتنة، الجزائر، ٢٠١٢.
٢٦. عبد الرحمن، داليا محمد محمد، قياس جودة الخدمات الصحية دراسة حالة مستشفى عين شمس التخصصي، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا للبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، ٢٠٢٠.
٢٧. عبد الكريم، حسام الدين عصام محمد، تقييم نظم الرعاية الصحية في الجامعات المصرية التكلفة والمزايا دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، كلية التجارة، جامعة القاهرة، ٢٠١٧.
٢٨. عتيق، عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان، الجزائر، ٢٠١٢.

PERFORMANCE OF HEALTH ORGANIZATIONS DETERMINANTS IN RURAL AND URBAN MENOUFIA GOVERNORATE

Salama, F. A.⁽¹⁾; Keneber, Kh. A.A.⁽¹⁾; Romeih, Y. A.H.²; Taha, Aziza M.⁽¹⁾
and Abdel Gawad, A. F.M.⁽²⁾

⁽¹⁾ Agricultural Extension and Rural Sociology, College of Agriculture, Menoufia University

⁽²⁾ Agricultural Extension and Rural Development Research Institute, Agricultural Research Center

ABSTRACT: This study aimed at : Describe the level of health services in Rural health units of study sample, Describe the level of health services in Urban governmental hospitals of study sample, Identify the different relationships between the independent variables and respondents evaluation of the roles played by Rural health units (organizational performance) in the study sample as a dependent variable, Identify the different relationships between the independent variables and respondents evaluation of the roles played by urban governmental hospitals (organizational performance) in the study sample as a dependent variable. The study was conducted in Menoufia Governorate, and the university hospital (government hospital) was chosen as a representative of the Shebin Al-Kom Center and the health unit in Shenwan as a representative of the village of Shenwan, and the selection of Quesna Central Hospital (government hospital) representing the center of Quesna and the health unit in um Henan as a representative of the village of um Henan, where a simple random sample was selected and the number of members of the study sample reached 400 respondents from patients benefiting from the services of those hospitals and health units in the study, The data of this study were collected by two questionnaire forms, one of which was through a personal interview with the respondents from the patients benefiting from the health services, Several statistical methods were used to analyze the data including percentages, frequencies, and some methods of descriptive statistical analysis such as mean, median, mode, standard deviation, range and variance, Pearson's simple correlation coefficient, multiple regression analysis by hierarchical method and the (F) test. The findings indicated that : Personal variables and organizational variables as independent variables affecting the percentage of their combined contribution to the interpretation of the variance in the organizational performance variable is 34.8%, of which 5.1% are due to personal variables, and 29.7% of them are due to organizational variables in rural health units, Personal variables and organizational variables as independent variables affecting the percentage of their combined contribution to the interpretation of the variance in the variable of organizational performance 70.6% of which is due to 10.1% of personal variables, and 60.5% of which are due to organizational variables in Urban hospitals .

Key words: Assessment, Health, Health Service, theoretical models for using health services, performance assessment.
