

العنوان:	متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية
المصدر:	مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية
الناشر:	جامعة حلوان - كلية الخدمة الاجتماعية
المؤلف الرئيسي:	الابشيهي، أحمد عبدالحميد عبدالحميد
المجلد/العدد:	ع 31, ج 7
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2011
الشهر:	أكتوبر
الصفحات:	3061 - 3104
رقم MD:	193937
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	HumanIndex, EduSearch
مواضيع:	الخدمات الصحية ، الرعاية الصحية ، التنمية البشرية ، التنمية الاجتماعية ، حقوق الإنسان ، الحرية ، الموارد المالية ، الأمراض ، القرى المصرية ، تلوث المياه ، المراكز الصحية ، البنية التحتية ، مصر
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/193937">http://search.mandumah.com/Record/193937</a>

كلية الخدمة الاجتماعية

قسم التخطيط الاجتماعي

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية

الريفية

إعداد

**أحمد عبد الحميد الأبشيهي**

مدرس بقسم التخطيط الاجتماعي

كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان

٢٠١١م

## أولاً: تحديد مشكلة الدراسة:

تتسارع الدول والمجتمعات لتحقيق معدلات ومستويات أرقى للتنمية وتحسين نوعية الحياة والارتقاء بالإنسان في المجتمع، ومن ثم فإن التنمية لا يمكن أن تكون دون الاعتماد على الإنسان الذي يصنعها ويوجهها وسيستفيد من عائدها<sup>(١)</sup>.

إن التنمية البشرية توجه إلى الإنسان باعتباره العنصر البشري الذي يساهم في تنمية المجتمع، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن هذه العملية - عملية التنمية البشرية - تهدف في النهاية إلى تحقيق الارتقاء بنوعية حياة الإنسان وتوسيع نطاق خياراته وقدراته إلى أقصى حد ممكن، وتوظيف تلك القدرات أفضل توظيف لها في جميع الميادين الاقتصادية و الاجتماعية والثقافية والسياسية، أي أن الإنسان هو محور التنمية البشرية وهدفها<sup>(٢)</sup>.

إن التنمية الإنسانية هي تلك التي تحدث تحولاً وتحديثاً في الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي يعيش في إطارها الإنسان في المجتمع محلياً وقومياً وعالمياً والتي تساعد على تمكينه وتقويته في إطار حقوقه وحرياته المشروعة، وتساهم في تحسين نوعية الحياة للإنسان، ومن المفهوم السابق يتضح أن التنمية الإنسانية تركز على الإنسان صانع التنمية والمستفيد من عائدها وقدرات الإنسان على صنع معدلات التنمية وتحقيق معدلات عدالة في توزيع عائدها، كما أن المفهوم يربط الأبعاد الاجتماعية بالأبعاد الاقتصادية في إطار واحد بنفس القدر من المساواة والاهتمام على اعتبار أن كل بعد يؤثر في الآخر وتأثر به في نفس الوقت، كما أن المفهوم لا يعزل الإنسان في المجتمع عن المجتمعات الأخرى وينطبق ذلك على العولمة وما أحدثته من آثار اقتصادية واجتماعية وثقافية يتأثر بها الإنسان في أي مجتمع، فضلاً عن تركيز المفهوم على حقوق الإنسان والحرية والديمقراطية باعتبارها حقاً من حقوقه الإنسانية المشروعة<sup>(٣)</sup>.

إن حقوق الإنسان ذات طابع عالمي وهي تطبق على جميع الناص دون تمييز، واحترام حقوق الإنسان واجب التعزيز في ظل كافة الظروف والنظم السياسية<sup>(٤)</sup>، فحقوق الإنسان هي أساس الوجود الإنساني والتعايش، وهي حقوق عالمية غير قابلة للتجزئة ومترابطة، ومنذ اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة للإعلان العالمي لحقوق الإنسان في عام

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

١٩٤٨م، ناقشت الحكومات مئات عديدة من المبادئ التي تستهدف حماية وتعزيز عدد كبير من الحقوق المدنية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية، وتفاوضت بشأن تلك المبادئ والأحكام واتفقت عليها<sup>(٥)</sup>.

يعد الحق في الرعاية الصحية من أهم حقوق الإنسان، فحق الإنسان في الصحة مسلماً به في العديد من الوثائق الدولية، فالفقرة الأولى من المادة الخامسة والعشرين من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تنص على أن "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية"<sup>(٦)</sup>.

هذا وتظل التنمية من أهم القضايا على الساحة العالمية والمحلية حيث تتباين مداخلها وأساليبها وكيفية حدوثها<sup>(٧)</sup>، وتعتبر الرعاية الصحية المدخل الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة في أي مجتمع من المجتمعات، حيث أن الخدمات الصحية هي المظهر الحقيقي للتنمية لأنه لا يمكن أن تكون هناك تنمية مع تفشي الأمراض عند الإنسان صانع التنمية والمخطط لها، لذا فإن مقدار ما ينفق على خدمات الصحة بقدر ما يمثل أحد المدخلات الهامة فإنه يمثل أيضًا أحد المخرجات الأهم التي تبدو في صورة إنسان صحيح البدن قادر على العطاء منفذ البرامج التنموية معجلاً بنجاحها<sup>(٨)</sup>.

إن رفاهية البلدان وانتعاشها اقتصادياً وتقدمها يعتمد على مدى تمتع شعوبها بالصحة التي يتوقف عليها مدى إنتاجها ومستوى صحة الإنسان في هذا المجتمع، وتعتبر تنمية الموارد البشرية في الريف من أساسيات التنمية الريفية وتتضمن الاستثمار في الصحة والتعليم والتدريب وتوفير المياه الصالحة للشرب ومن أهم مسؤوليات الحكومة في أي مجتمع هي تقديم الخدمات الصحية بمختلف أبعادها العلاجية والوقائية والتوعوية، وأن الرقي بمستوى أداء الخدمة الصحية لأفراد المجتمع يعتبر أحد المؤشرات الهامة الدالة على مدى تحضر وتقدم هذا المجتمع<sup>(٩)</sup>.

وتشهد مصر منذ بداية الثمانينات تقدماً ملحوظاً ومستمرًا في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن، وقد تحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل متسارع منذ بداية التسعينات من القرن مع تطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادي والاجتماعي وتبني مبدأ التنمية البشرية كأساس لتحقيق التنمية الشاملة المتوازنة، وقد انعكس هذا التحسن على المؤشرات الصحية المختلفة، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة ووفيات الأطفال والأمهات بصفة خاصة، وارتفع

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

متوسط العمر المتوقع للفرد عند الميلاد ليصل إلى حوالي (٧٠) سنة، وبالرغم من هذا التحسن إلى أن الأساليب الراهنة لتقديم وتوزيع الخدمات وانفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لا يحقق العائد المستهدف منها، ولذا يجب إعادة النظر في السياسات الصحية الراهنة والتي يجب أن تراعي في تحقيقها إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمن الاستمرارية على المدى البعيد<sup>(١٠)</sup>، ورغم هذا التحسن أيضًا إلا أن المناطق الريفية مازالت تعاني من مشاكل صحية كثيرة، جعلت المستوى الصحي للريفيين منخفضًا عن مثيله في الحضر بالإضافة إلى إهمال الحكومات العناية بصحة الريفيين أدى كل ذلك إلى أن تصبح الأمراض مشكلة دائمة للمجتمع الريفي المصري، وهذا ما أكدته تقرير مركز الأرض لحقوق الإنسان في بداية الألفية الثالثة، حيث أوضح التقرير أن تدهور الأوضاع الصحية يعد أحد السمات المميزة للريف المصري، حيث تعاني القرى المصرية تاريخيًا من الأهمال الحكومي فيما يتعلق بالخدمات الصحية، وبالرغم من تغير شكل القرية المصرية فيما يتعلق بالمساكن، والمنشآت الاستهلاكية فإن الوحدات الصحية، والمستشفيات العامة، وحتى العيادات الخاصة تتسم بالأهمال وانعدام الكفاءة فضلًا عن ارتفاع أسعار العلاج، والخدمات، هذا بالإضافة إلى عدد من الجوانب الأخرى التي يؤدي الإخلال بها إلى العديد من المشكلات الصحية كإهمال وحدات الصرف، وتلوث مياه الشرب، وعدم توافر الشروط الصحية في مساكن غالبية سكان الريف<sup>(١١)</sup>.

وتعتبر المنظمة الصحية الريفية إحدى المنظمات الاجتماعية ذات التأثير المباشر في التنمية الريفية، هذا وتعتبر الوحدات الصحية الريفية من أهم المنظمات الصحية بالمجتمع الريفي والملقى على عاتقها تقديم الرعاية الصحية المتكاملة لسكان الريف والتي تعتبر أحد ركائز التنمية المتواصلة، وتقدم الوحدات الصحية الريفية خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتشمل:

- التثقيف الصحي.

- خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

- خدمات الصحة الإنجابية وصحة المرأة وتنظيم الأسرة.

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

- مكافحة الأمراض المعدية.

- مكافحة وعلاج الأمراض المتوطنة.

- إصحاح البيئة.

- مكافحة أمراض الإسهال في الأطفال.

- التطعيمات.

- الرعاية العلاجية لبعض الأمراض الشائعة والرعاية العاجلة للإصابات والحوادث البسيطة<sup>(١٢)</sup>.

هذا وهناك العديد من الدراسات السابقة التي تناولت بشكل أو بآخر واقع خدمات الرعاية الصحية بالريف المصري بشكل عام وخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية باعتبارها من أهم المنظمات الصحية بالمجتمع الريفي بشكل خاص، فضلاً عن أهمية تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بشكل عام والريفية بشكل خاص ومنها:

دراسة سمير عبد الوهاب (١٩٨٦م): عن كفاءة توصيل الخدمات العامة إلى الريف المصري وخاصة خدمتي التعليم والصحة، وذلك من خلال المؤشرات الآتية: مدى رضا المواطن المحلي عن الخدمات المقدمة له، مدى ملائمة التنظيمات المحلية المسؤولة عن توصيل هذه الخدمات. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: عد إقبال مواطني الريف على العلاج بالمنظمات الصحية الريفية، سوء حالة مباني المنظمات الصحية الريفية ذاتها وعدم توافر الصيانة اللازمة لها، وجود علاقة بين مدخلات ومخرجات هذه الخدمة الصحية فكلما ازداد حجم الإنفاق على الخدمة كلما ارتفعت كفاءة أداء الخدمة، عدم إقبال المواطن على العلاج بالوحدات الصحية الريفية نتيجة لانخفاض كفاءتها فضلاً عن انتشار العلاج بالوصفات البلدية نتيجة انتشار الأمية، أيضاً وجود علاقة بين المؤسسات الأهلية والخدمات العامة فكلما ارتفعت كفاءة الخدمات العامة كلما قل اللجوء إلى المؤسسات الأهلية والخاصة للحصول على الخدمة والعكس صحيح<sup>(١٣)</sup>.

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

دراسة محمود فتحي محمد محمود (١٩٩٣): عن المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمات الصحية في قرية مصرية، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك قصور في برامج خدمات التثقيف الصحي بالوحدة الصحية الريفية، وكذلك قصور في الإمكانيات المادية لخدمات مكافحة الأمراض المستوطنة والمعدية في القرية، كما أن هناك نقص في الخدمات العلاجية والإسعافية لرعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية بالوحدة الصحية، بالإضافة إلى أن هناك عدم اهتمام ببرامج خدمات الصحة البيئية في القرية المصرية، مما أدى إلى عدم الشعور بالرضا من المستفيدين من الخدمات الصحية التي تقدمها الوحدة الصحية في القرية المصرية<sup>(١٤)</sup>.

دراسة إبراهيم الحاضر (٢٠٠٠): استهدفت هذه الدراسة تحديد مدى فعالية إدارة الجودة في المستشفى قوى الأمن بالرياض، وأوضحت النتائج أن برنامج إدارة الجودة يؤدي إلى الاستخدام الأمثل للموارد والإمكانيات وتقليل التكلفة، فضلاً عن زيادة التعاون بين العاملين فيما يتعلق بأداء مسؤولياتهم<sup>(١٥)</sup>.

دراسة جورجى ميندوزا ألدانا وآخرون Jorge Mendoza Aldana et al (٢٠٠١): عن رضا العميل وجودة الرعاية الصحية بريف بنجلاديش، وأوضحت نتائج الدراسة أن جودة الرعاية الصحية الحكومية بريف بنجلاديش حققت رضا العميل خصوصاً فيما يتعلق بالمؤشرات التالية: سلوك مقدم الخدمة من حيث الاحترام والتأدب، الكفاءة الفنية لمقدم الخدمة، تقليل وقت الانتظار<sup>(١٦)</sup>.

دراسة حنان الأحمدى ومارتن رولاند Hanan AL-Ahmadi & Martin Roland (٢٠٠٥): تناولت هذه الدراسة موضوع (جودة الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية: مراجعة شاملة)، واستهدفت هذه الدراسة تقديم نظرة عامة حول جودة الرعاية الصحية الأولية بالمملكة العربية السعودية، وتحديد العوامل المعرقلة لتحقيق هذه الجودة، فضلاً عن تحديد كيفية تحسينها، وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك وصول جيد ورعاية فعالة لخدمات معينة تضمنت: التحصين، الرعاية الصحية للأمهات والسيطرة على الأمراض الوبائية، بينما هناك وصول غير جيد وغير فعال فيما يتعلق ببرامج إدارة الأمراض المزمنة، التعليم الصحي، نماذج الإحالة وبعض جوانب الرعاية الشخصية، كما أشارت

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

نتائج الدراسة إلى أنه يمكن تحسين جودة الرعاية الصحية الأولية من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية بالاعتماد على دليل، التطوير المهني، والثقافة التنظيمية<sup>(١٧)</sup>.

دراسة لويس إي باركير وآخرون Louise-E parker et al (٢٠٠٧): استهدفت هذه الدراسة تقييم طريقتين لتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية إحداهما تؤكد المشاركة (المدخل المحلي) والثانية الخبرة (المدخل المركزي)، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن لكلا المدخلين فوائده، وأكدت على أهمية ضرورة تحقيق التوازن بين المشاركة (المدخل المحلي) والخبرة (المدخل المركزي) لتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية، حيث أن الخبرة تركز على القرارات الاستراتيجية للممارسات التي يجب تبنيها، بينما المدخل المحلي يركز على القرارات التكتيكية المتعلقة بالتنفيذ<sup>(١٨)</sup>.

دراسة نجوى عبد الرحمن حسن (٢٠١١): عن المتغيرات المؤثرة على استفادة الريفيين من خدمات بعض المنظمات الريفية وتحديداً (الجمعية التعاونية الزراعية، والوحدة الصحية)، وأوضحت نتائج الدراسة أن مستوى الاستفادة من خدمات الوحدة الصحية بعينة الدراسة متوسط، وبالنسبة للمشكلات التي تواجه المبحوثين أثناء تعاملهم مع الوحدة الصحية بمنطقة الدراسة فقد تبين من الدراسة أنها تتمثل في سوء معاملة العاملين بالوحدة الصحية للريفيين المتعاملين معها، عدم توفر الأجهزة الطبية بالوحدة الصحية، عدم وجود معمل تحاليل بالوحدة الصحية، عدم تواجد الطبيب باستمرار في الوحدة الصحية وعدم وجود أطباء متخصصين، عدم وجود سيارات إسعاف بالوحدة الصحية، وتمثلت مقترحات المبحوثين في مواجهة تلك المشكلات في تواجد الأطباء بالوحدة طوال اليوم، معاملة الريفيين بطريقة حسنة، تجهيز غرفة بالوحدة لعمل العمليات البسيطة، توفير الأدوات والأجهزة الطبية، توفير سيارات الإسعاف، وأوصت الدراسة بضرورة أن تقوم الجهات المسؤولة بتدعيم نقاط القوة في الوحدات الصحية الريفية ومحاولة حل أية مشكلات قد تكون سبباً في إحجام بعض الريفيين عن التعامل مع هذه الوحدات<sup>(١٩)</sup>.

ويتضح من خلال العرض السابق للدراسات السابقة العربية والأجنبية:

- تدني مستوى خدمات الرعاية الصحية الريفية عموماً، وعدم رضا الريفيين عنها وضعف إقبالهم على الاستفادة من خدمات الوحدات الصحية الريفية.



## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

- أن تطبيق معايير الجودة بالمنظمات الصحية يؤدي إلى فعالية خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها تلك المنظمات، وتحقيق رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم.

- أن هناك قصور معرفي وامبيريقي في الدراسات التي تناولت جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية عالميا ومحليا.

وانطلاقاً من أن تغير النظرة الكلية للإنسان وحقوق الإنسان في مصر، عقب اندلاع ثورة الغضب المصرية في الخامس والعشرين من يناير سنة ٢٠١١م، وإعادة اكتشاف المصريين لأنفسهم، واستحقاقاتهم الإنسانية والحضارية، واستردادهم لثقتهم في قدرتهم على مواجهة الظلم والفساد، والثورة على الطغيان، كل ذلك كفيل بتدعيم وتطوير حقوق الإنسان في مصر، وفي مقدمتها ليس فقط الحق في العلاج، بل أيضاً الحق في مستوى معيشي ملائم، ووقاية بيئية وصحية، ومستوى من القوة البدنية والكمال العقلي، والتوافق النفسي، هو تحقيق بهم وأهل للتمتع بحياة الرفاهة بعد طول معاناة<sup>(٢٠)</sup>، وأن العرض السابق للعديد من الدراسات السابقة التي تناولت بشكل أو بآخر خدمات الرعاية الصحية بالريف المصري بشكل عام وخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية بشكل خاص، تبرز الحاجة إلى تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية باعتبارها من أهم المنظمات الصحية بالمجتمع الريفي.

إن جودة الرعاية الصحية أصبحت بؤرة التركيز الرئيسية لجهود تحسين أنظمة الرعاية الصحية<sup>(٢١)</sup>، حيث يتمحور مفهوم جودة الرعاية الصحية حول المواطن المستفيد من تلك الرعاية ودرجة رضاه عنها، لذلك فهو يهدف إلى تقديم خدمات أكثر كفاءة وأماناً، وأسهل منالاً، وأكثر إقناعاً لمقدميها، وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها، بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة<sup>(٢٢)</sup>.

وانطلاقاً من أن المفهوم العام لجودة الرعاية الصحية لا يتغير من المناطق الحضرية عنه في المناطق الريفية، حيث يكون التركيز الأساسي على إعطاء الخدمة المناسبة في التوقيت المناسب وبالطريقة المناسبة لتحقيق المخرج المثالي<sup>(٢٣)</sup>.

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

وبناء على ما سبق تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل التالي: ما متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية

الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية؟

### ثانياً: أهداف الدراسة:

١- تحديد واقع جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالوحدات الصحية الريفية في ضوء أبعاد الجودة المتفق عليها

في المجال الصحي.

٢- تحديد واقع المتطلبات العامة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية.

٣- تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية.

### ثالثاً: فروض الدراسة:

١- توجد فروق دالة إحصائية بين المترددين على الوحدات الصحية الريفية ومقدمي الخدمات بها في تحديدهم

لمستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لصالح مقدمي الخدمات.

٢- توجد علاقة دالة إحصائية بين بعض المتغيرات الخاصة بالمترددين على الوحدات الصحية الريفية (النوع - الحالة

الإجتماعية - الحالة التعليمية - عدد مرات التردد على الوحدة) ومستوى جودة خدمات الرعاية الصحية

المقدمة لهم.

٣- توجد علاقة دالة إحصائية بين بعض المتغيرات الخاصة بمقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية (النوع -

طبيعة العمل - الحالة التعليمية - سنوات الخبرة) ومستوى جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها

للمترددين عليها.

## رابعاً: مفاهيم الدراسة:

### (١) مفهوم جودة خدمات الرعاية الصحية:

يرجع مفهوم الجودة Quality إلى الكلمة اللاتينية Qualitas التي يقصد بها طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة صلاحيته، وكانت تعني قديماً الدقة والإتقان<sup>(٢٤)</sup>، ويصعب تعريف الجودة لأنها مصطلح واسع، كما أن هناك اتفاق ضعيف حول معناها<sup>(٢٥)</sup>، لذلك يوجد عدة تعريفات للجودة بحسب مدارس الجودة المختلفة، ويمكن تجميع هذه التعريفات في أن الجودة تعني "ملائمة المنتج أو الخدمة المقدمة لغرض العميل وتحقيق احتياجاته وتوقعاته المحددة أو الضمنية"<sup>(٢٦)</sup>.

ويعرف معهد الطب الأمريكي جودة الرعاية الصحية بأنها "الدرجة التي يمكن للخدمات الصحية المقدمة للأفراد أن تُزيد إمكانية تحقيق نتائج صحية مرغوبة في ضوء المعارف المهنية المتاحة في الوقت الحالي"، ويقترح المكتب الأمريكي لتقييم التقنية تعريف مشابه ولكن يضيف مفهوم "تقليل النتائج غير المرغوبة"<sup>(٢٧)</sup>.

هذا وتختلف عناصر الجودة التي يطلبها أو يتوقعها العميل في المنتجات عنها في الخدمات، ففي المنتجات تتمثل عناصر الجودة في: كفاءة الأداء - مطابقة المواصفات المطلوبة - الاعتماد والموثوقية - قابلية التحمل - سهولة الصيانة - الجمالية - الخصائص والصفات المميزة للمنتج - سمعة المنتج من ناحية الجودة، في حين أن عناصر الجودة في الخدمات تتمثل في: موثوقية الخدمة - سرعة الاستجابة للعميل عند طلب الخدمة - توفير الخدمة في الوقت المطلوب والمكان المحدد وبالشكل المطلوب - الثقة بإمكانيات ومهارات مقدم الخدمة وقدراته على الوفاء بالتزاماته - الجمالية في أماكن تقديم الخدمة ومظهر العاملين<sup>(٢٨)</sup>.

ويحدد الخبراء عمومًا عدة أبعاد متميزة للجودة في المجال الصحي مثل: الكفاءة التقنية، الوصول إلى الخدمات، الفعالية، العلاقات الشخصية، الكفاءة، الاستمرارية، الأمان، وسائل الراحة<sup>(٢٩)</sup>.

ويتضمن مفهوم الجودة في الرعاية الصحية عدة عناصر أهمها: سهولة الحصول على الرعاية الصحية، استدامة الرعاية

الصحية، فعالية الرعاية الصحية وكفاءتها، وإسنادها ببيانات البحث العلمي، العلاقات الشخصية بين أعضاء الفريق

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

الصحي المقدم للرعاية الصحية، توقعات المريض من الرعاية الصحية، حالة المرافق التي تقدم الرعاية الصحية من خلالها، أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية، توفير الرعاية الصحية في الوقت المناسب<sup>(٣٠)</sup>.

وهناك من يحدد عناصر جودة الرعاية الصحية في: أمن المرضى - فعالية الرعاية المقدمة - الكفاءة - المساواة - التوقيت المناسب<sup>(٣١)</sup>.

كما أن هناك من يحدد أبعاد الجودة في المجال الصحي في: الفعالية والتأثير - الكفاءة باستخدام الموارد - التمكن والكفاءة الفنية (الجدارة التقنية) - العدالة - الأمان والسلامة (المأمونية) - سهولة الوصول للخدمات (الإناحة) - العلاقات الجيدة بين الأشخاص - الاستمرارية - الكماليات (الإمتاع)<sup>(٣٢)</sup>.

وهناك من يحدد أبعاد جودة الرعاية الصحية في: الأمان - الفعالية - الملائمة - مشاركة المستفيد - الكفاءة - الوصول<sup>(٣٣)</sup>.

وهناك وجهة نظر أخرى شاملة تحدد أبعاد الجودة في المجال الصحي في<sup>(٣٤)</sup>:

- ١ - فعالية الرعاية Effectiveness of care .
- ٢ - كفاءة تقديم الخدمة Efficiency of Service Delivery .
- ٣ - المقدرة التقنية (الكفاءة الفنية) Technical Competence .
- ٤ - استمرارية تقديم الخدمات Continuity .
- ٥ - السلامة العامة والسلامة الصحية Safety .
- ٦ - سهولة الوصول إلى الخدمات Accessibility .
- ٧ - العلاقة بين الأفراد Interpersonal relations .
- ٨ - الملائمة Appropriateness .
- ٩ - التوقيت المناسب Timelines .
- ١٠ - الخيار Choice .

١١ - البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة Physical Infrastructure & Comfort.

وبناءً على ما سبق يمكن قياس جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية في هذه الدراسة

من خلال المتغيرات التالية:

أ- كفاءة تقديم الخدمة.

ب- سهولة الوصول إلى الخدمات.

ج- أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية.

د- العلاقات بين مقدمي الخدمات بالوحدة والمرضى.

هـ- البنية التحتية ووسائل الراحة.

(٢) مفهوم الوحدات الصحية الريفية:

الوحدة الصحية الريفية عبارة عن مبنى مكون من حوالي ١٠ حجرات لتأدية الخدمة وسكن للطبيب وآخر

للممرضات، وتقدم الخدمات لحوالي ٣٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ نسمة من السكان. ويتكون الفريق الصحي بالوحدة الصحية

الريفية من<sup>(٣٥)</sup>: طبيب أو أكثر - ممرضتين أو أكثر - طبيب أسنان في بعض الوحدات - معاون أو ملاحظ صحي -

فني أو مساعد معمل - كاتب - أمين مخزن - خدمات معاونة رجال أو حريم.

ويقصد بالوحدات الصحية الريفية في هذه الدراسة: الوحدات الصحية الريفية بقرية شوني بمحافظة الغربية والتي

تشمل: الوحدة الصحية بشوني - الوحدة الصحية بالمنشية الجديدة.

### خامساً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

(١) نوع الدراسة: دراسة وصفية تحليلية، لأنها تستهدف رصد واقع جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات

الصحية الريفية محل الدراسة، وصولاً إلى تحديد متطلبات تحقيق جودتها.

(٢) المنهج المستخدم: استخدم الباحث منهج دراسة الحالة (والحالة هنا هي الوحدات الصحية الريفية محل

الدراسة) وذلك من خلال المسح الاجتماعي الشامل للمتقدمين على الوحدات الصحية الريفية محل

### متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

الدراسة وقت جمع البيانات وينطبق عليهم شرط ألا يقل التردد عن ثلاث مرات، ومقدمي الخدمات بتلك الوحدات، وقد اختار الباحث الحالة "الوحدات الصحية بقرية شوني" لأن الباحث ابن من أبناء القرية ومن ثم يمكنه تجميع أكبر عدد من الاستمارات من المتتردين على الوحدة وهو مطمئن خاصة في ظل ظروف الإنفلات الأمني الذي تمر به البلاد بعد ثورة ٢٥ يناير.

### (٣) أدوات جمع البيانات:

أ- استمارة استبار للمتتردين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة للتعرف على واقع جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم من وجهة نظرهم.

ب- استبيان لمقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة، للتعرف على واقع جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة، وواقع المتطلبات العامة لتحقيق جودة الرعاية الصحية من وجهة نظرهم.

### صدق وثبات أدوات الدراسة:

استخدم الباحث الصدق الظاهري، وذلك بعرض أدوات الدراسة على عدد (٥) محكم من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، لإبداء الرأي في صلاحية أدوات الدراسة، من حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية وارتباطها بمتغيرات الدراسة من ناحية أخرى، وبناء على ذلك تم تعديل وإضافة وحذف بعض الأسئلة والعبارات وفقاً لدرجة اتفاق لا تقل عن ٨٠٪، وفي نهاية هذه المرحلة تم وضع أدوات الدراسة في صورتها النهائية.

كما اعتمد الباحث على صدق الإنساق الداخلي لكل أداة من أدوات الدراسة، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة كل متغير من متغيرات الأداة والدرجة الكلية للأداة، وذلك بعد تطبيق الأداة على (٣٥) مبحوث من المتتردين على الوحدات الصحية محل الدراسة، (٢٠) مقدم خدمة بالوحدات الصحية الريفية، وجاءت النتائج على النحو التالي:

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

جدول (١) يوضح العلاقة بين درجة كل متغير من متغيرات استمارة استبار المترددين على الوحدات الصحية

والدرجة الكلية للأداة

ن = ٣٥

المتغيرات	قيمة ر ودالاتها
كفاءة تقديم الخدمة	** ٠.٨٩٤
سهولة الوصول إلى الخدمات	** ٠.٩٣٢
أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية	** ٠.٨٦٩
العلاقات بين المسؤولين بالوحدة والمرضى	** ٠.٨٥٣
البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة	** ٠.٩٢٤

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

جدول (٢) يوضح العلاقة بين درجة كل متغير من متغيرات استمارة استبيان مقدمي الخدمات بالوحدات الصحية

الريفية والدرجة الكلية للأداة

ن = ٢٠

المتغيرات	قيمة ر ودالاتها
كفاءة تقديم الخدمة	** ٠.٨٥٣
سهولة الوصول إلى الخدمات	** ٠.٨٣٣
أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية	** ٠.٨٩١
العلاقات بين المسؤولين بالوحدة والمرضى	** ٠.٨٧٤
البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة	** ٠.٩٢٥

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

المتغيرات	قيمة ر ودالاتها
المعوقات	**٠.٩٦١

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

ويتضح من نتائج الجدولين السابقين أن معاملات الارتباط مقبولة ودالة إحصائيًا مما يدل على صدق الإنساق الداخلي للأداة.

(٢) ثبات أدوات الدراسة:

للتحقق من ثبات أدوات الدراسة تم استخدام طريقة التجزئة النصفية Split-half، حيث تم تجزئة عبارات متغيرات كل أداة على حدة إلى جزئين: الجزء الأول يمثل مجموع العبارات الفردية، والجزء الثاني يمثل مجموع العبارات الزوجية، وتم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام برنامج SPSS للتحليل الإحصائي، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٣) يوضح

ثبات استمارة استبار المترددين على الوحدات الصحية باستخدام طريقة التجزئة النصفية

ن = ٣٥

المتغيرات	قيمة ر ودالاتها	معامل ثبات سبيرمان وبراون للتجزئة النصفية
كفاءة تقديم الخدمة	**٠.٨٩٤	٠.٩٠
سهولة الوصول إلى الخدمات	**٠.٩٣٢	٠.٩١
أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية	**٠.٨٦٩	٠.٩٠
العلاقات بين المسؤولين بالوحدة	**٠.٨٥٣	٠.٩٣



متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

المتغيرات	قيمة ر ودلالاتها	معامل ثبات سبيرمان وبراون للتجزئة النصفية
والمرضى		
البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة	**٠.٩٢٤	٠.٨٨
الأداة ككل	**٠.٨٣	٠.٩٠

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

جدول (٤) يوضح

ثبات استمارة استبيان مقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية باستخدام طريقة التجزئة النصفية

ن = ٢٠

المتغيرات	قيمة ر ودلالاتها	معامل ثبات سبيرمان وبراون للتجزئة النصفية
كفاءة تقديم الخدمة	**٠.٨٨	٠.٩٤
سهولة الوصول إلى الخدمات	**٠.٨٨	٠.٩٤
أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية	**٠.٩٣	٠.٩٦
العلاقات بين المسؤولين بالوحدة والمرضى	**٠.٨٩	٠.٩٤
البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة	**٠.٨٢	٠.٩٠
المتطلبات العامة	**٠.٨٦	٠.٩٢

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

المتغيرات	قيمة ر ودالاتها	معامل ثبات سبيرمان وبراون للتجزئة النصفية
الأداة ككل	٠.٨٨**	٠.٩٤

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

ويتضح من بيانات الجدولين السابقين أن معامل الثبات لأدوات الدراسة مقبول ودال إحصائياً، مما يدل على ثبات الأداة.

#### (٤) خطة المعاينة:

##### (أ) وحدة المعاينة:

١- المتردد على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة وذلك وقت جمع البيانات<sup>(١)</sup> بشرط أن يكون تردد على الوحدة ثلاث مرات على الأقل قبل هذه المرة.

٢- مقدم الخدمة بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة.

(ب) مقدم الخدمة بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة:

١- إنطلاقاً من أن سحب عينة بنحو (٣٠٠) مفردة يعد حجماً جيداً للمجتمعات الكبيرة<sup>(٣٦)</sup>، ومع عدم إمكانية

الوصول إلى إطار معاينة حديث ودقيق وشامل لكل المترددين على الوحدات الصحية الريفية على الأقل ثلاث مرات،

لذا قام الباحث بأخذ عينة للدراسة قوامها (٣٠٠) متردد من خلال الحصر الشامل للمترددين على الوحدات الصحية

الريفية محل الدراسة وينطبق عليهم شرط التردد على الأقل ثلاث مرات وذلك (وقت جمع البيانات).

٢- المتوسط الحسابي: وذلك لترتيب استجابات المبحوثين حول كل عبارة، حول كل بعد من أبعاد الدراسة.

(١) تم جمع البيانات في الفترة من ٧/١٥ - ٩/١٦ / ٢٠١١ م.

كيفية الحكم على مستوى الجودة باستخدام المتوسط الحسابي:

تكوين بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي "نعم (٣) - إلى حد ما (٢) - لا (١)": -

تم ترميز وادخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى (٣-١=٢)، ثم تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح (٣/٢=١.٥)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جودة منخفضة	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ١ : ١.٦٧
جودة متوسطة	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ١.٦٧ : ٢.٣٤
جودة مرتفعة	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ٢.٣٤ : ٣

٣- الانحراف المعياري: ويفيد في معرفة مدى تشتت أو عدم تشتت استجابات الباحثين (حيث أنه عندما تكون قيمة الانحراف المعياري أقل من الواحد الصحيح فهذا يعني تركيز استجابات الباحثين وعدم تشتتها - أما إذا كان واحد صحيح أو أكثر فهذا يعني عدم تركيز البيانات وتشتتها)، كما يساعد في ترتيب العبارات مع المتوسط الحسابي، حيث أنه في حالة تساوي العبارات في المتوسط الحسابي فإن العبارة التي انحرافها المعياري أقل تأخذ الترتيب الأول.

٤- اختبار كاي مربع: لعينة واحدة: لتحديد مدى إمكانية تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

٥- اختبار Independent Samples Test: للتعرف على مدى وجود فروق دالة إحصائية بين الباحثين وفقاً

للمتغيرات التي تقسم الباحثين إلى مجموعتين فقط.

٦- معادلة سبيرمان وبراون لحساب الثبات لأدوات الدراسة بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية.

٧- معامل ارتباط بيرسون.

٨- اختبار كاي مربع الارتباطية.

٩- معامل ارتباط جاما.

## سابعاً: نتائج الدراسة الميدانية:

(١) البيانات الوصفية لعينة الدراسة من المترددين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة:

جدول رقم (٥) يوضح

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات الكمية لعينة المترددين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة

م	المتغيرات الكمية	س-	ع
١	السن	٣٣.٨٨	١٤.١٢
٢	عدد مرات التردد على الوحدة	٦.٨٤	٥.٠٣
٣	متوسط الدخل الشهري للأسرة	٥٣٣.١	٢٢١.٧٣

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن متوسط سن المترددين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة (٣٤) سنة

تقريباً، وأن متوسط عدد مرات ترددهم على الوحدة الصحية الريفية (٧) مرات، كما أن متوسط الدخل الشهري لأسر

المترددين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة (٥٣٣) جنية مصري، وقد يشير ذلك إلى أن المترددين على

الوحدات الصحية الريفية من ذوي الدخل المنخفضة.

جدول (٦)

توزيع عينة المترددين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة طبقاً للمتغيرات الكمية

ن = ٣٠٠

م	المتغيرات الكمية	ك	%
١	النوع		
أ	ذكر	٧٨	٢٦
ب	أنثى	٢٢٢	٧٤

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

م	المتغيرات الكمية	ك	%
٢	الحالة التعليمية		
أ	أمي	٨٤	٢٨
ب	يقرأ ويكتب	٧٣	٢٤.٣
ج	ابتدائي	٢٢	٧.٣
د	متوسط	٣٧	١٢.٣
هـ	ثانوي	٦٩	٢٣
و	جامعي	١٥	٥
٣	الحالة الاجتماعية		
أ	أعزب	٥	١.٧
ب	متزوج	٢٠٨	٦٩.٣
ج	مطلق	٢٠	٦.٧
د	أرمل	٦٧	٢٢.٣

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

- غالبية المترددين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة من الأناث، حيث بلغت نسبتهم ٧٤%، في حين بلغت نسبة الذكور ٢٤%، وقد يرجع ذلك إلى أن السيدات الريفيات هن اللائي يذهبن للوحدات الصحية الريفية إما لتنظيم الأسرة أو متابعة الحمل أو لتطعيم أطفالهن والكشف عليهم.
- أكثر المترددين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة من الأميين والذين لا يقرأون ويكتبون حيث بلغت نسبتهم معاً ٢٨%، وأقلهم من الحاصلين على مؤهل جامعي حيث بلغت نسبتهم ٥% من إجمالي عينة

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

الدراسة، وقد يعطي ذلك مؤشرًا على أن ذوي المؤهلات العليا ليس لديهم ثقة بالخدمات التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية.

- أكثر من نصف المترددين على الوحدات الصحية الريفية محل الدراسة من المتزوجين حيث بلغت نسبتهم ٦٩.٣%، بينما جاء في الترتيب الأخير فئة أعزب بنسبة ١.٧%، ويؤكد ذلك النتيجة السابقة المرتبطة بأن غالبية المترددين من الأناث، حيث يترددن على الوحدة الصحية الريفية إما لتنظيم الأسرة أو متابعة الحمل أو لتطعيم أطفالهن والكشف عليهم.

(٢) البيانات الوصفية لمقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية:

### جدول (٧) يوضح

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات الكمية لمقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة

ن = ٥٤

م	المتغيرات الكمية	س-	ع
أ	السن	٣٥.١٩	٧.٧٩
ب	سنوات الخبرة	٩.١	٦.٢٩

تشير بيانات الجدول السابق:

- أن متوسط أعمار مقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية (٣٥) سنة تقريبًا وبانحراف معياري ٧.٧٩، وقد يفسر ذلك الأطباء حديثي التخرج هم الذين يتم تكليفهم بالعمل في الوحدات الصحية الريفية من ناحية، وأن الممرضات بعد التخرج تسعى للالتحاق بالعمل في الوحدات الريفية القريبة من محل إقامتها.

- أن متوسط سنوات الخبرة لمقدمي الخدمات بالمستشفيات الحكومية (٩) سنوات تقريبًا وبانحراف معياري ٦.٢٩.

### جدول (٨)

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

توزيع مقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة طبقاً للمتغيرات الكيفية

ن = ٥٤

م	المتغيرات الكمية	ك	%
١	النوع		
أ	ذكر	٢٥	٤٦.٣
ب	أنثى	٢٩	٥٣.٧
٢	الحالة التعليمية		
أ	متوسط	١٩	٣٥.٢
ب	جامعي	٣٣	٦١.١
ج	فوق جامعي	٢	٣.٧
٣	الحالة الاجتماعية		
أ	أعزب	٥	٩.٣
ب	متزوج	٤٧	٨٧
ج	أرمل	٢	٣.٧
٢	الوظيفة		
أ	طبيب	٨	١٤.٨
ب	تمريض	٢٥	٤٦.٣
ج	إداري	١٩	٣٥.٢
د	مراقب صحي	٢	٣.٧

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

- نسبة الأناث العاملين بالوحدات الصحية أكبر من نسبة الذكور، حيث بلغت نسبتهم ٣.٧%، في حين بلغت نسبة الذكور ٤٦.٣%، وقد يفسر ذلك أن نسبة هيئة التمريض ٤٦.٣% والتي كلها من الأناث.
  - النسبة الأكبر من مقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة مؤهلهم جامعي، حيث بلغت نسبتهم ٦١.١%، في حين بلغت نسبة من مؤهلهم فوق الجامعي ٣.٧%.
  - الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية متزوجين، حيث بلغت نسبتهم ٨٧%، في حين بلغت نسبة من حالتهم الاجتماعية أرمل ٣.٧%.
  - النسبة الأكبر من مقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية من هيئة التمريض والأدريين، حيث بلغت نسبتهم على الترتيب ٤٦.٣% و ٣٥.٢%، في حين بلغت نسبة المراقبين الصحيين ٣.٧%.
- (٣) واقع جودة خدمات الرعاية الصحية الريفية في ضوء أبعاد الجودة المتفق عليها في المجال الصحي:  
أ- كفاءة تقديم الخدمة:

جدول (٨) يوضح واقع كفاءة تقديم الخدمة

م	العبارات	المتريدين ن = ٣٠٠				مقدمي الخدمات ن = ٥٤			
		س-	ع	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	س-	ع	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها
١	يوجد بالوحدة أطباء في كافة	١.٤٨	٠.٦٠	٦	١٢٢.٦٦**	١	٠.٠٠	٦	-



متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

مقدمي الخدمات ن = ٥٤				المتريدين ن = ٣٠٠				العبارات	م
الترتيب	قيمة كاً <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-	الترتيب	قيمة كاً <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-		
								التخصصات	
٤	**١٧.٤٤٤	٠.٦٢	١.٧٤	٤	**٧٧.٦٠	٠.٦٦	١.٦٢	هناك سرعة في تقديم الخدمة مهما كان عدد المرضى	٢
٥	**١٩.١١١	٠.٦٠	١.٧٠	٥	**٩٣.٨٦٠	٠.٦٨	١.٥٤	عدد العاملين بالوحدة كافي لأداء الخدمة	٣
١	**١١.١٨٥	٠.٥٠	٢.٤٣	١	**٨٨.٦٢٠	٠.٦٣	١.٧٣	مقدم الخدمة لديه المهارات الكافية	٤
٢	**٢٤.٧٧٨	٠.٥٤	٢.٤٣	٣	**٥٦.٦٠	٠.٦٨	١.٧١	يستجيب العاملين	٥

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

مقدمي الخدمات ن = ٥٤				المتريدين ن = ٣٠٠				العبارات	م
الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-		
								لاحتياجات المرضى مهما كانت درجة انشغالهم	
٣	**٢٦.٣٣٣	٠.٥٣	٢.٣٩	٢	**٣٤.٦٢٠	٠.٨٠	١.٧٣	٦ تقدم الوحدة الخدمات بأقل أخطاء قدر الأمكان	
	متوسط	٠.١٩	١.٩٥		منخفض	٠.٤٤	١.٦٤	المتوسط والانحراف المعياري للمتغير ككل	
قيمة ت ودلاتها = - ٨.٦٣٥**									

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

يتضح من بيانات الجدول السابق أن مستوى كفاءة تقديم الخدمة بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة كما

يحدده المتريدين عليها منخفض حيث أن الوسط = ١.٦٤ أي يقع في الفئة (١: ١.٦٧)، بينما مستوى كفاءة تقديم

الخدمة من وجهة نظر مقدمي الخدمات "متوسط" حيث أن الوسط = ١.٩٥ أي يقع في الفئة (١.٦٨ : ٢.٣٤)،

ويؤكد ذلك أن قيمة ت = - ٨.٦٣٥ ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠.٠٠١، أي أن هناك فروق بين المتريدين

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

ومقدمي الخدمات في تحديدهم لمستوى كفاءة تقديم الخدمة بالوحدات الصحية الريفية، وهذه الفروق لصالح مقدمي الخدمات.

ورغم ذلك هناك اتفاق على أن أهم مؤشرات انخفاض مستوى كفاءة تقديم الخدمة بالوحدات الصحية الريفية: عدم توفر كافة التخصصات الطبية بالوحدة، عدم توافر العدد الكافي من العاملين لأداء الخدمة، البطء في تقديم الخدمات. ومراجعة قيمة كاي تربيع لكل عنصر من عناصر كفاءة تقديم الخدمة، تبين أنها دالة إحصائياً مما يشير إلى إمكانية تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

وبناء على ما سبق يمكن تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية الريفية فيما يتعلق ببعد كفاءة تقديم الخدمة سواء من وجهة نظر مقدمي الخدمات أو المترددين على الوحدات في: توفير كافة التخصصات الطبية بالوحدة، توفير العدد الكافي من العاملين لأداء الخدمة، السرعة في تقديم الخدمات.

### ب- سهولة الوصول إلى الخدمات:

جدول (٩) يوضح واقع سهولة الوصول إلى الخدمات

م	العبارات	المترددين ن = ٣٠٠				مقدمي الخدمات ن = ٥٤			
		س-	ع	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	س-	ع	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها
١	لا تتدخل العلاقات الشخصية في الحصول على الخدمات	١.٦٠	٠.٧٢	٣	٧٠.٩٤٠**	٢.٢٢	٠.٦٣	٤	١٦.٠٠٠**

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

مقدمي الخدمات ن = ٥٤				المتريدين ن = ٣٠٠				العبارات	م
الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-		
١	-	٠.٠٠٠	٣.٠٠٠	٤	**٥٠.٩٦٠	٠.٧٥	١.٨٠	٢ يتم الالتزام بمواعيد محددة للحصول على الخدمة	
٣	**٢٦.٣٣٣	٠.٦٦	٢.٥٦	٢	**١٠١.٣٦	٠.٧٣	١.٦٧	٣ يوجد بالوحدة لوحات إرشادية تسهل الوصول لمكان الخدمة	
٢	**٧.٤٠٧	٠.٤٧	٢.٦٨	٤	**٢٤.٠٠٠	٠.٦٨	١.٥٣	٤ تقدم الخدمة للمرضى حسب أولوية الدور	
مرتفع		٠.٢٣	٢.٦٣	منخفض		٠.٤٩	١.٦٥	المتوسط والانحراف المعياري للمتغير ككل	
قيمة ت ودلاتها = - ٢٣.٤٠٨**									

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

يتضح من بيانات الجدول السابق أن مستوى سهولة الوصول إلى الخدمات بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة كما يحدده المترددين عليها "منخفض" حيث أن الوسط = ١.٦٥ أي يقع في الفئة (١ : ١.٦٧)، في حين أنه من وجهة نظر مقدمي الخدمات "مرتفع"، حيث أن الوسط = ٢.٦٣ أي يقع في الفئة (٣ : ٢.٣٥)، ويؤكد ذلك أن قيمة  $t = ٢٣.٤٠٨$  ودالة إحصائيًا عند مستوى معنوية ٠.٠٠١، أي أن هناك فروق بين المترددين ومقدمي الخدمات في تحديدهم لمستوى سهولة الحصول على الخدمات بالوحدات الصحية الريفية، وهذه الفروق لصالح مقدمي الخدمات. وبمراجعة قيمة  $\chi^2$  تربيع لكل عنصر من عناصر سهولة الوصول إلى الخدمة، تبين أنها دالة إحصائيًا مما يشير إلى إمكانية تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

ومن بيانات الجدول السابق يتضح أن أهم مؤشرات انخفاض مستوى سهولة الوصول إلى الخدمات بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة كما يحدده المترددين عليها: عدم الاهتمام بتقديم الخدمة حسب أولوية الدور، تدخل العلاقات الشخصية في الحصول على الخدمات، عدم الاهتمام بوجود لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الخدمة. وبناء على ما سبق يمكن تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية الريفية فيما يتعلق ببعدها سهولة الوصول إلى الخدمات في الالتزام بتقديم الخدمة حسب أولوية الدور، الاهتمام بالتنظيم في طريقة الحصول على الخدمة، الاهتمام بوجود لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الخدمة سواء مكتوبة أو بالأشكال والرسوم.

ج- أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية:

جدول (١٠) يوضح واقع أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية

مقدمي الخدمات ن = ٥٤				المترددين ن = ٣٠٠				العبارات	م
الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-		
١	٤٦.٢٩٦**	٠.١٩	٢.٩٦	٣	١٧٦.٤٢**	٠.٦٣	١.٤٠	لا توجد إصابات	١

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

مقدمي الخدمات ن = ٥٤				المتريدين ن = ٣٠٠				العبارات	م
الترتيب	قيمة كاً <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-	الترتيب	قيمة كاً <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-		
								للمرضى ناتجة عن الممارسات المهنية الطبية الخاطئة	
٤	**٤٠.٧٤١	٠.٤٨	١.٦٥	٤	**١٩٧.٦٦	٠.٦٣	١.٣٨	٢ تتوفر بالوحدة الوسائل الوقائية الكفيلة بمنع الإصابة بعدوى الأمراض المختلفة	
٢	**٣٠.٧٧٨	٠.٥٦	٢.٠٩	١	**٨٥.٥٢٠	٠.٧٦	١.٥٩	٣ لا يدخن أحد بمبنى الوحدة	
٣	**٤٥.٤٤٤	٠.٤٨	١.٨٧	٢	**١١٤.٧٤	٠.٦٦	١.٥٠	٤ يوجد بالوحدة الوسائل اللازمة لإطفاء أي حريق	
	متوسط	٠.٢٩	٢.١٤		منخفض	٠.٥١	١.٦٤	المتوسط والانحراف المعياري للمتغير ككل	
قيمة ت ودلاتها = - ١٣.٨٣٩**									

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

يتضح من بيانات الجدول السابق أن مستوى أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة كما يحدده المتريدين عليها "منخفض" حيث أن الوسط = ١.٤٦ أي يقع في الفئة (١: ١.٦٧)، في حين أنه من وجهة نظر مقدمي الخدمات "متوسط"، حيث أن الوسط = ٢.١٤ أي يقع في الفئة (١.٦٨: ٢.٣٥)، ويؤكد ذلك أن قيمة ت = ١٣.٨٣٩ ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠.٠٠١، أي أن هناك فروق بين المتريدين ومقدمي الخدمات في تحديدهم لمستوى أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الخدمات بالوحدات الصحية الريفية، وهذه الفروق لصالح مقدمي الخدمات.

وبمراجعة قيمة كاي تربيع لكل عنصر من عناصر أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية، تبين أنها دالة إحصائياً مما يشير إلى إمكانية تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

وعن أهم مؤشرات انخفاض مستوى أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية محل الدراسة: عدم الاهتمام بتوفر الوسائل الوقائية الكفيلة بمنع الإصابة بعدوى الأمراض المختلفة، عدم الاهتمام بالحد من الإصابات الناتجة عن الممارسات الطبية الخاطئة، عدم الاهتمام بتوفير الوسائل اللازمة لإطفاء أي حريق، عدم الاهتمام بمنع التدخين داخل مبنى الوحدة.

وبناء على ما سبق يمكن تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية الريفية فيما يتعلق ببعده سهولة الوصول إلى الخدمات في: الاهتمام بتوفر الوسائل الوقائية الكفيلة بمنع الإصابة بعدوى الأمراض المختلفة، الاهتمام بالحد من الإصابات الناتجة عن الممارسات الطبية الخاطئة، الاهتمام بتوفير الوسائل اللازمة لإطفاء أي حريق، الاهتمام بمنع التدخين داخل مبنى الوحدة مع تطبيق القانون الخاص بتوقيع العقوبات على من يخالف ذلك.

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

د- العلاقات بين مقدمي الخدمة بالوحدة والمتريدين عليها:

جدول (١١) يوضح واقع العلاقات بين مقدمي الخدمة بالوحدة والمتريدين عليها

م	العبارات	المتريدين ن = ٣٠٠				مقدمي الخدمات ن = ٥٤			
		س-	ع	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	س-	ع	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها
١	يحترم مقدمي الخدمة بالوحدة المرضى	٢.٠٧	٠.٦٠	١	**١٢٣.٩٢	٣.٠٠	٠.٠٠	١	-
٢	يتعاون مقدمي الخدمة بالوحدة مع المرضى	١.٨٧	٠.٧٠	٣	**٤٠.٧٤٠	٢.٧٦	٠.٤٣	٣	**١٤.٥١٩
٣	يقدر مقدمي الخدمة بالوحدة ظروف المرضى	١.٩٤	٠.٦٦	٢	**٧٠.٩٨٠	٢.٩٦	٠.١٩	٢	**٤٦.٢٩٦
٤	هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمرضى	١.٤٠	٠.٥٥	٤	**١٦٢.٠٦	٢.٧٢	٠.٤٩	٤	**٤٤.٣٣٣
	المتوسط والانحراف المعياري للمتغير ككل	١.٨٢	٠.٤١	متوسط		٢.٨٦	٠.٢١	مرتفع	
قيمة ت ودلاتها = - ٢٨.٠٧١**									

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١



## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

يتضح من بيانات الجدول السابق أن مستوى وجود علاقة طيبة بين المترددين على الوحدات الصحية محل الدراسة

ومقدمى الخدمات بها كما يحدده المترددين عليها "متوسط" حيث أن الوسط = ١.٨٢ أي يقع في الفئة (١.٦٨):

(٢.٣٤)، في حين أنه من وجهة نظر مقدمى الخدمات "مرتفع"، حيث أن الوسط = ٢.٨٦ أي يقع في الفئة (٢.٣٥):

(٣)، ويؤكد ذلك أن قيمة ت = - ٢٨.٠٧١ ودالة إحصائيًا عند مستوى معنوية ٠.٠٠١، أي أن هناك فروق بين

المترددين ومقدمى الخدمات في تحديدهم لمستوى وجود علاقة طيبة بين المترددين ومقدمى الخدمة بالوحدات الصحية

الريفية، وهذه الفروق لصالح مقدمى الخدمات.

وبمراجعة قيمة كاي تربيع لكل عنصر من عناصر العلاقة بين مقدمى الخدمة بالوحدات الصحية محل الدراسة

والمترددين عليها، تبين أنها دالة إحصائيًا مما يشير إلى إمكانية تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

وعن أهم مؤشرات انخفاض مستوى وجود علاقة طيبة بين المترددين على الوحدات الصحية محل الدراسة ومقدمى

الخدمات بها: عدم الاهتمام بسرية المعلومات الخاصة بالمرضى، التعاون غير الكافي لمقدمى الخدمة بالوحدة مع المرضى.

وبناء على ما سبق يمكن تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية الريفية فيما يتعلق بعقد العلاقة بين

مقدمى الخدمات والمترددين على الوحدات الصحية الريفية في: الاهتمام بسرية المعلومات الخاصة بالمرضى والحرص على

عدم إفشائها، التعاون الكافي لمقدمى الخدمة بالوحدة مع المرضى.

هـ- البنية التحتية ووسائل الراحة:

جدول (١٢) يوضح واقع البنية التحتية ووسائل الراحة

مقدمى الخدمات ن = ٥٤				المترددين ن = ٣٠٠				العبارات	م
الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-		
٣	٢١.٠٠٠**	٠.٦١	١.٨٣	٣	١١٤.٦٦**	٠.٥٨	١.٧٥	هناك اهتمام	١

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

مقدمي الخدمات ن = ٥٤				المتريدين ن = ٣٠٠				العبارات	م
الترتيب	قيمة كاً <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-	الترتيب	قيمة كاً <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-		
								مستمر بنظافة الوحدة الصحية	
٤	*٤.٧٤١	٠.٤٨	١.٦٥	٢	**٤٨.٥٠٠	٠.٧٢	١.٦٨	التصميم الداخلي للوحدة منظم وكافي	٢
١	*٤.٧٤١	٠.٤٨	٢.٦٥	١	**٧١.٥٤٠	٠.٧٣	٢.٦٠	إضاءة الوحدة جيدة	٣
٥	-	٠.٠٠	١.٠٠	٥	-	٠.٠٠	١.٠٠	يتوفر بالوحدة التجهيزات اللازمة لحجز المرضى وأسعافهم في أي مكان "سيارة إسعاف" وإجراء عمليات جراحية	٤
٢	**١٠.٦٦٧	٠.٥٤	١.٧٢	٤	**١٤١.١٨	٠.٥٢	١.٦٢	يتوفر بالمستشفى أماكن مريحة	٥

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

مقدمي الخدمات ن = ٥٤				المتريدين ن = ٣٠٠				العبارات	م
الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-	الترتيب	قيمة كا <sup>٢</sup> ودلاتها	ع	س-		
								وكافية للانتظار	
٥ مكرر	-	٠.٠٠٠	١.٠٠٠	٥ مكرر	-	٠.٠٠٠	١.٠٠٠	يوجد بالوحدة تكييف مركزي	٦
	منخفض	٠.٢٧	١.٦٤		منخفض	٠.٢١	١.٦١	المتوسط والانحراف المعياري للمتغير ككل	
قيمة ت ودلاتها = - ٠.٨١٤									

\* معنوي عند ٠.٠٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠٠١

يتضح من بيانات الجدول السابق أن هناك اتفاق بين المتريدين على الوحدات الصحية ومقدمي الخدمات بما على

أن مستوى البنية التحتية ووسائل الراحة "منخفض" حيث أن الوسط للمتريدين = ١.٦١ ومقدمي الخدمات = ١.٦٤

أي يقع في الفئة (١ : ١.٦٧)، ويؤكد ذلك أن قيمة ت = ٠.٨١٤ وغير دالة إحصائيًا عند مستوى معنوية ٠.٠٠١،

أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين المتريدين ومقدمي الخدمات في تحديدهم لمستوى البنية التحتية ووسائل الراحة

بالوحدات الصحية الريفية.

وبمراجعة قيمة كاى تربيع لكل عنصر من عناصر البنية التحتية ووسائل الراحة، تبين أنها دالة إحصائيًا مما يشير إلى

إمكانية تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

وعن أهم مؤشرات انخفاض مستوى البنية التحتية ووسائل الراحة: لا يوجد بالوحدة التجهيزات اللازمة للحجز وأسعاف المرضى في أي مكان "سيارة أسعاف" وإجراء عمليات جراحية، عدم وجود تكييف مركزي بالوحدة، أماكن الإنتظار غير مريحة وغير كافية.

وبناء على ما سبق يمكن تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية الريفية فيما يتعلق البنية التحتية ووسائل الراحة في: ضرورة توفير التجهيزات اللازمة لحجز المرضى وأسعافهم في أي مكان "سيارة أسعاف" وإجراء العمليات الجراحية البسيطة بالوحدة، ضرورة وجود تكييف مركزي بالوحدات الصحية الريفية، توفير أماكن كافية ومريحة للإنتظار.

جدول (١٣) يوضح ترتيب واقع أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية

م	الأبعاد	المتكردين ن = ٣٠٠			مقدمي الخدمات ن = ٥٤		
		س-	ع	الترتيب	س-	ع	الترتيب
أ	كفاءة تقديم الخدمة	١.٦٤	٠.٤٤	٣	١.٩٥	٠.١٩	٣
ب	سهولة الوصول إلى الخدمات	١.٦٥	٠.٤٩	٢	٢.٦٣	٠.٢٣	٢
ج	أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية	١.٤٦	٠.٥١	٥	٢.١٤	٠.٢٩	٤
د	العلاقة بين مقدمي الخدمة والمتكردين على الوحدة	١.٨٢	٠.٤١	١	٢.٨٦	٠.٢١	١
هـ	البنية التحتية ووسائل الراحة	١.٦١	٠.٢١	٤	١.٦٤	٠.٢٧	٥
	جودة خدمات الرعاية الصحية ككل	١.٦٤	٠.٢٥	منخفض	٢.٢٥	٠.١٤	متوسط
قيمة ت دولالتها = - ٢٥.٠٦٥**							

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المترددين على الوحدات الصحية الريفية منخفض، حيث الوسط = ١.٦٤، في حين أنه من وجهة نظر مقدمي الخدمات "متوسط" حيث الوسط = ٢.٢٥، ويستنتج الباحث من ذلك أن هناك اتفاق بين المترددين على الوحدات الصحية الريفية ومقدمي الخدمات بها على أن مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لم ترق للمستوى المطلوب، وبحساب المتوسط العام "متوسط المتوسطات" لوجهتي نظر المترددين على الوحدات الصحية ومقدمي الخدمات بها =  $(١.٦٤ \times ٣٠٠ + ٢.٢٥ \times ٥٤) / ٣٥٤ = ١.٧٣$  أي يقع في الفئة (من ١.٦٨ : ٢.٣٥) أي أنه مستوى متوسط ولم يرق للمستوى المطلوب (مرتفع) بما يحقق الجودة المطلوبة لخدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية.
- توجد فروق دالة إحصائية بين المترددين على الوحدات الصحية ومقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية بما في تحديدهم لمستوى جودة خدمات الرعاية المقدمة، حيث أن قيمة  $t = - ٢٥.٠٦٥$ ، وهذه الفروق لصالح مقدمي الخدمات، وهذا يعني أن مقدمي الخدمات يرون أن واقع جودة خدمات الرعاية الصحية أفضل بدرجة أكبر من المترددين، ومن ثم تثبت صحة الفرض الأول للدراسة ومؤداه "توجد فروق دالة إحصائية بين المترددين على الوحدات الصحية ومقدمي الخدمات في تحديدهم لمستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لصالح مقدمي الخدمات".
- هناك اتفاق بين المترددين على الوحدات الصحية ومقدمي الخدمات بما على أن ترتيب أبعاد واقع جودة الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية هي: العلاقة بين مقدمي الخدمة والمترددين على الوحدة، سهولة الوصول إلى الخدمات، كفاءة تقديم الخدمة، البنية التحتية ووسائل الراحة، أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية.
- وبناء على ما سبق يمكن تحديد متطلبات تحقيق جودة الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية والمرتبطة بأبعاد الجودة في: تحقيق أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية، الارتقاء بمستوى البنية التحتية

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

ووسائل الراحة، الارتقاء بمستوى كفاءة تقديم الخدمة، سهولة الوصول إلى الخدمات، العلاقة بين مقدمي الخدمة والمتزدين على الوحدة.

جدول (١٤) يوضح العلاقة بين بعض المتغيرات الخاصة بالمتزدين وجودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها

### الوحدات الصحية الريفية لهم

جودة خدمات الرعاية الصحية		المتغيرات الخاصة بالمتزدين
قيمته ودلالتة	المعامل المستخدم	
٠.٢٩٧ (د.ح = ١)	كا <sup>٢</sup>	النوع
٦.٨١٧ (د.ح = ٣)	كا <sup>٢</sup>	الحالة الاجتماعية
٠.٠٨٧-	جاما	الحالة التعليمية
٠.٢٦٩- **	بيرسون	عدد مرات التردد

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

- لا توجد علاقة دالة إحصائية بين النوع، الحالة الاجتماعية، والحالة التعليمية ومستوى جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية، وهذا يعني أن هناك اتفاق بين المتزدين أيا كان نوعهم أو حالتهم الاجتماعية أو التعليمية على أن مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية الريفية منخفض.
- توجد علاقة عكسية بين عدد مرات التردد على الوحدة الصحية الريفية ومستوى جودة الرعاية الصحية التي تقدمها للمتزدين عليها، حيث أن قيمة معامل ارتباط بيرسون = -٠.٢٦٩ دالة إحصائية عند مستوى معنوية ٠.٠١، وهذا يعني أن المتزدين ذوي عدد مرات التردد الأكثر يرون أن مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية منخفض بدرجة أكبر من المتزدين ذوي عدد مرات التردد الأقل.

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

- ومن نتائج الجدول السابق يتضح صحة الفرض الثاني للدراسة ومؤداه" توجد علاقة دالة إحصائيًا بين بعض المتغيرات الخاصة بالمتريدين على الوحدات الصحية الريفية (النوع - الحالة الاجتماعية - الحالة التعليمية - عدد مرات التردد على الوحدة) ومستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم"، فيما يتعلق بمتغير عدد مرات التردد، ولم تثبت صحته فيما يتعلق بمتغيرات النوع - الحالة الاجتماعية - الحالة التعليمية.

جدول (١٥) يوضح العلاقة بين بعض المتغيرات الخاصة بمقدمي الخدمات وجودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها

الوحدات الصحية الريفية

ن = ٥٤

جودة خدمات الرعاية الصحية		المتغيرات الخاصة بالمتريدين
قيمته ودلالاته	المعامل المستخدم	
٠.٣٧٢ (د.ح = ١)	كا <sup>٢</sup>	النوع
٥.٨٨٧ (د.ح = ٣)	كا <sup>٢</sup>	طبيعة العمل
٠.٠٩٠-	جاما	الحالة التعليمية
*٠.٢٨٣	بيرسون	سنوات الخبرة

\* معنوي عند ٠.٠٥

\*\* معنوي عند ٠.٠١

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

- لا توجد علاقة دالة إحصائيًا بين النوع، طبيعة العمل، والحالة التعليمية لمقدمي الخدمات ومستوى جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية، وهذا يعني أن هناك اتفاق بين مقدمي الخدمات أيًا كان نوعهم أو حالتهم الاجتماعية أو التعليمية على أن مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية الريفية متوسط.

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

- توجد علاقة طردية بين سنوات الخبرة لمقدمي الخدمات بالوحدة الصحية الريفية ومستوى جودة الرعاية الصحية التي تقدمها للمتقدمين عليها، حيث أن قيمة معامل ارتباط بيرسون = ٠.٢٨٣ ودالة إحصائيًا عند مستوى معنوية ٠.٠٥، وهذا يعني أن مقدمي الخدمات ذوي عدد سنوات العمل الأكثر يرون أن مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية أفضل بدرجة أكبر من مقدمي الخدمات ذوي عدد سنوات العمل الأقل.

- ويتضح من نتائج الجدول السابق صحة الفرض الثاني للدراسة ومؤداه" توجد علاقة دالة إحصائيًا بين بعض المتغيرات الخاصة بمقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية (النوع - طبيعة العمل - الحالة التعليمية - سنوات الخبرة) ومستوى جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها للمتقدمين عليها" فيما يتعلق بمتغير سنوات الخبرة، ولم تثبت صحته فيما يتعلق بمتغيرات النوع - طبيعة العمل - الحالة التعليمية.

(٤) المتطلبات العامة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية:

جدول (١٦) يوضح واقع المتطلبات العامة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية كما

يحدده مقدمي الخدمات

ن = ٥٤

م	واقع المتطلبات العامة	ك	%
أ	توجد رؤية واضحة للوحدات الصحية الريفية	-	-
ب	توجد رسالة محددة للوحدات الصحية الريفية	-	-
ج	توجد خطة استراتيجية بعيدة المدى للوحدات الصحية الريفية	١٠	١٨.٥
د	الاعتمادات المالية للوحدة غير كافية	٥٤	١٠٠
هـ	قيمة الأجور بالوحدات الصحية منخفضة	٥٤	١٠٠
ح	يوجد تفتيش دوري على الوحدات الصحية الريفية	١٥	٢٧.٧



متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

م	واقع المتطلبات العامة	ك	%
ط	يتم دراسة شكاوي المرضى والعاملين بالوحدة	٤٩	٩٠.٧
ك	هناك اهتمام بمقترحات المرضى والعاملين بالوحدة	٣٧	٦٨.٥
ل	يحصل مقدمي الخدمات على دورات تدريبية متعلقة بالجودة ومفاهيمها وأبعادها	-	-
م	يوجد بالوحدة قاعدة بيانات مبرمجة حول المرضى والأطباء وطبيعة الأمراض	-	-
ن	هناك قياس مستمر لمستوى رضا المترددين على الوحدة عن الخدمات المقدمة لهم	-	-

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن واقع المتطلبات العامة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية كما حددها مقدمي الخدمات على النحو التالي: عدم وجود رؤية أو رسالة محددة وواضحة ومعلنة للجميع بالوحدات الصحية الريفية، فضلا عن عدم وجود قاعدة بيانات مبرمجة بالوحدة حول المرضى والأطباء وطبيعة الأمراض، عدم وجود قياس مستمر لمستوى رضا المترددين على الوحدة عن الخدمات المقدمة لهم، بالإضافة إلى عدم حصول مقدمي الخدمات على دورات تدريبية متعلقة بالجودة ومفاهيمها وأبعادها، أن الاعتمادات المالية للوحدة غير كافية، قيمة الأجور بالوحدة الصحية منخفضة بنسبة ١٠.٠%، يتم دراسة شكاوي المرضى والعاملين بالوحدة بنسبة ٩٠.٧%، هناك اهتمام بمقترحات المرضى والعاملين بالوحدة بنسبة ٦٨.٥%، يوجد تفتيش دوري على الوحدات الصحية الريفية بنسبة ٢٧.٧%.

### ثامناً: متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية:

في ضوء الإطار النظري للدراسة ونتائج الدراسة الحالية، يمكن للباحث تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية على النحو التالي:

#### (١) المتطلبات العامة، وتشمل:

- أ- وجود رؤية ورسالة واضحة ومحددة ومتفق عليها للوحدات الصحية الريفية.
- ب- حصول مقدمي الخدمات على دورات تدريبية متعلقة بالجودة ومفاهيمها وأبعادها.
- ج- وجود خطة استراتيجية بعيدة المدى للوحدات الصحية الريفية.
- د- توفير الاعتمادات المالية اللازمة للوحدات الصحية الريفية.
- هـ- رفع أجور مقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية.
- و- ضرورة وجود قاعدة بيانات مبرمجة بالوحدة حول المرضى والأطباء وطبيعة الأمراض مع العمل على تحديثها باستمرار.

ز- ضرورة وجود قياس مستمر لمستوى رضا أهل القرية بصفة عامة والمترددين على الوحدة بصفة خاصة عن الخدمات المقدمة لهم.

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

- ح- التفتيش الدوري على الوحدات الصحية الريفية من الجهات المعنية بوزارة الصحة.
- ط- الاهتمام بدراسة شكاوي ومقترحات العاملين بالوحدات الصحية الريفية والمترددین عليها.
- (٢) المتطلبات المرتبطة بأبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية المتفق عليها في المجال الصحي، وتشمل:
  - أ- تحقيق أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية، وذلك من خلال:
    - ١- الاهتمام بتوفير الوسائل الوقائية الكفيلة بمنع الإصابة بعدوى الأمراض المختلفة.
    - ٢- الاهتمام بالحد من الإصابات الناتجة عن الممارسات الطبية الخاطئة.
    - ٣- الاهتمام بتوفير الوسائل اللازمة لإطفاء أي حريق، وتوفير كافة وسائل السلامة والأمن بأماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية.
  - ب- الاهتمام بمنع التدخين داخل مبنى الوحدة وتطبيق العقوبات الخاصة بذلك على المخالفين.
    - ١- ضرورة توفير التجهيزات اللازمة للحجز وأسعاف المرضى في أي مكان "سيارة أسعاف" وإجراء عمليات جراحية بالوحدة.
      - ٢- ضرورة وجود تكييف مركزي بالوحدات الصحية الريفية.
      - ٣- توفير أماكن كافية ومريحة للانتظار.
    - ج- الارتقاء بمستوى كفاءة تقديم الخدمة، وذلك من خلال:
      - ١- توفير كافة التخصصات الطبية بالوحدة.
      - ٢- توفير العدد الكافي من العاملين لأداء الخدمة.
      - ٣- السرعة في تقديم الخدمات.
      - د- سهولة الوصول إلى الخدمات، وذلك من خلال:
        - ١- الالتزام بتقديم الخدمة حسب أولوية الدور.
        - ٢- القضاء على تدخل العلاقات الشخصية في الحصول على الخدمات بما يضمن المساواة وتكافؤ الفرص بين المترددين في الحصول على الخدمات.
  - ٣- الاهتمام بوجود لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الخدمة سواء مكتوبة أو بالأشكال والرسوم.
  - هـ- تحسين العلاقة بين مقدمي الخدمة والمترددین على الوحدة، وذلك من خلال:
    - ١- الاهتمام بسرية المعلومات الخاصة بالمرضى.
    - ٢- التعاون الكافي لمقدمي الخدمة بالوحدة مع المرضى، والتعاون بين أعضاء الفريق الصحي بالوحدة لصالح المرضى.
  - ٣- أن يقدر مقدمي الخدمة بالوحدة ظروف المرضى.
  - ٤- المعاملة الطيبة من مقدمي الخدمات بالوحدة لأهل القرية المترددین على الوحدة.

## مراجع الدراسة

- ١- طلعت مصطفى السروجي، فؤاد حسين: التنمية الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، حلوان، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي - جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص ٥.
- ٢- كمال التابعي: التنمية البشرية "دراسة حالة لمصر"، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٤، ص ١٠٦.
- ٣- طلعت مصطفى السروجي: رأس المال الاجتماعي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٩، ص ١١٩.
- ٤- خليل عبد المقصود عبد الحميد: الخدمة الاجتماعية وحقوق الإنسان، القاهرة، دار القاهرة، ٢٠٠٤، ص ٢١.
- ٥- مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان: حقوق الإنسان "مجموعة صكوك دولية"، الأمم المتحدة، نيويورك وجنيف، المجلد الأول، الجزء الأول، ٢٠٠٢، ص ٧٧.
- ٦- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، ١٩٤٨، المادة (٢٥).
- ٧- طلعت مصطفى السروجي: التنمية الاجتماعية من الحداثة إلى العولمة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٩، ص ٥.
- ٨- عبد الله بن حسين الخليفة وآخرون، عوامل الاستفادة من خدمات المؤسسات العلاجية الخاصة - دراسة ميدانية، المملكة العربية السعودية، وزارة التعليم العالي، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، عمادة البحث العلمي، الملحقية الثقافية السعودية بالقاهرة، ١٤١٣هـ / ١٩٩٣ ن ص ٤٠.
- ٩- محمد علاء الدين عبد القادر: التغيرات المؤسسية الضرورية لتنمية الموارد البشرية: دراسة حالة لمستوى أداء الوحدة الصحية الريفية"، ندوة المتطلبات المجتمعية للإصلاح الاقتصادي ، البعد الغائب في تنمية الريف المصري، الجمعية المصرية لعلم الاجتماع الريفي، مؤسسة فريدريش نارمن ، ١٦-١٧ ديسمبر ١٩٩٥، ص ١٧٠.
- ١٠- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء: التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، جمهورية مصر العربية، مارس ٢٠٠٥، ص ٣.
- ١١- مركز الأرض لحقوق الإنسان: الأوضاع الصحية في الريف المصري أوضاع متدهورة تحتاج إلى العلاج، سلسلة الأرض والفلاح، العدد ١٤، سبتمبر ٢٠٠١، ص ٣.
- ١٢- جمعية التنمية البيئية والصحية: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، ٢٠٠٥، ص ٥٧.
- ١٣- سمير محمد عبد الوهاب: كفاءة توصيل الخدمات العامة إلى الريف المصري، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ١٩٨٦.
- ١٤- محمود فتحي محمد محمود: المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمات الصحية في قرية مصرية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة فرع الفيوم، ١٩٩٣ م.

## متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

- ١٥- إبراهيم الحاضر: مدى فعالية إدارة الجودة في مستشفى قوى الأمن بالرياض، آراء وتوجيهات الهيئة الطبية والإدارية بالمستشفى، رسالة ماجستير غير منشورة، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠٠.
- 16- Jorge Mendoza Aldana et al: Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh, World Health Organization, Bulletin of the World Health Organization, 79 (6), 2001.
- 17- Hanan AL-Ahmadi & Martin Roland: Quality of primary health care in Saudi Arabia: a comprehensive review, International Journal for Quality in Health Care Advance Access published May 9, 2005.
- 18- Louise-E Parker et al: Balancing participation and expertise: A comparison of locally and centrally managed health care quality improvement within primary care practices, Journal; Peer-Reviewed-Journal, Qualitative- Health-Research. Vol 17(9) Nov 2007.
- 19- Nagwa A Hassan: Some Variables Affect Rural People's Benefit From Some Rural Organizations. A study in A Village of MENOUFYLA Governorate, J. Agric. Economics and Social Sci., Mansoura Univ., Vol 2(2): 49-70, 2011
- ٢٠- عبد الله المأمون: الحالة الصحية في الريف المصري الوقاية والعلاج، مركز الأرض لحقوق الإنسان، سلسلة أرض وفلاح، العدد (٦٣)، مارس ٢٠١١، ص ٣.
- 21- OECD: Improving Value in Health Care Measuring quality, OECD Health Policy Studies, 2010, p 130.
- ٢٢- محمد أديب العسالي: واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير التقاني، دمشق، ٢٤-٢٦ أيار، ٢٠٠٦، ص ٣.
- 23- Marcia K. Brand et al: Health Care Quality: The Rural Context A Report to the Secretary U.S. Department of Health and Human Services, The National Advisory Committee on Rural Health and Human Services, April 2003, p6.
- ٢٤- بومدين يوسف: إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز، مجلة الباحث، عدد ٠٥/٢٠٠٧.
- 25- Martin Fletcher: International approaches to funding health care, Occasional Papers: Health Financing Series Volume 6, Commonwealth of Australia 2000, p5
- ٢٦- المؤسسة العامة للتدريب التقني والمهني، الإدارة العامة لتصميم وتطوير المناهج: إدارة الجودة الشاملة، المملكة العربية السعودية، ١٤٢٩هـ، ص ٢.
- 27- Martin Fletcher: The Quality of Australian Health Care: Current Issues and Future Directions, Occasional Papers: Health Financing Series, Volume 6, 2000, p5.
- ٢٨- المؤسسة العامة للتدريب التقني والمهني، الإدارة العامة لتصميم وتطوير المناهج: مرجع سبق ذكره، ص ٣.
- 29- Lori Diprete Brown et al: Lori Diprete Brown et al: Quality Assurance of Health Care In Developing Countries, Quality Assurance Methodology Refinement Series, Quality Assurance Project, USA, Center for Human Services, pp(6-7).

متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

٣٠- محمد أديب العسالي: واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير التقاني، دمشق، ٢٤-٢٦ أيار، ٢٠٠٦، ص٣.

31- Fogarty International Center of the U.S. National Institutes of Health The World Bank World Health Organization Population Reference Bureau Bill & Melinda Gates Foundation: Quality of Health Care Doesn't Have to Cost a Lot, November 2007, p10.

٣٢- توفيق بن أحمد خوجة: مدخل لتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية، الرياض، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، ط٢، ٢٠٠٤، ص٣.

33- NSWHEALTH:A Framework Managing the Quality of Health Services New South Wales, 1996, pp(2-3).

٣٤- عبد العزيز بن حبيب الله نياز: جودة الرعاية الصحية "الأسس النظرية والتطبيق العملي"، الرياض، وزارة الصحة، مكتبة الملك فهد الوطنية، ١٤٢٥هـ، ص ص (٣٨:٤٢).

٣٥- جمعية التنمية البيئية والصحية، مرجع سبق ذكره، ص٥٧.

٣٦- سامي طايح: مناهج البحث وكتابة المشروع المقترح للبحث، ترجمة د. سلوى فتحي أحمد، جامعة القاهرة، ٢٠٠٧، ص٤٣.