

المجتمع الرقمي والمشاركة فى صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي

إعداد

أ.م.د. هبه الله عادل عبد الرحيم

أستاذ التخطيط الاجتماعي المساعد

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببورسعيد

ملخص الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تستهدف تحديد مستوى استخدام المجتمع الرقمي، وتحديد مستوى المشاركة في صنع القرار التخطيطي، وتحديد الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي، وأيضاً تحديد مقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي، مع التوصل إلى تصور تخطيطي مقترح لتفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي ولتحقيق ذلك اعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد، وعددهم (67) مفردة من خلال تطبيق استمارة استبيان، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الترتيب الأول لمقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي تمثل في دعم البنية التحتية وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، يليه الترتيب الثاني تنظيم ورش عمل في مجال تكنولوجيا المعلومات بصفة مستمرة، ثم الترتيب الثالث توفر ضمانات قانونية وتشريعية لحماية أمن البيانات، وأخيراً الترتيب التاسع عشر عقد دورات تدريبية لجميع العاملين بالمنظمة في مجال البرمجيات وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

الكلمات المفتاحية: المجتمع الرقمي - صنع القرار التخطيطي - القطاع الصحي

Abstract

This study is considered one of the descriptive studies aimed at determining the level of use of the digital community, determining the level of participation in planning decision-making, identifying the difficulties facing the contributions of the digital community in planning decision-making, and also identifying proposals for activating the contributions of the digital community in planning decision-making, while reaching a perception. A planning proposal to activate the contributions of the digital community in planning decision-making in the health sector. To achieve this, the study relied on the use of a comprehensive social survey methodology for officials of the Health Directorate in Port Said Governorate, whose number is (67) single through the application of a questionnaire, and the results of the study indicated that the first order of proposals to activate community contributions Digital in schematic decision-making by sector Health represented in supporting the infrastructure and information and communication technology, followed by the second order organizing workshops in the field of information technology on an ongoing basis, then the third order that provides legal and legislative guarantees to protect data security, and finally the nineteenth order. .

Keywords: digital society – planning decision-making – health sector

أولاً: مدخل مشكلة الدراسة

شهد القرن الحادي والعشرون نمواً سريعاً في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وإزدياداً ملحوظاً في استخدامها في القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والترفيهية. وازدهرت معها الخدمات الإلكترونية المتاحة عبر الإنترنت، والتي يستعملها الأفراد وأصحاب العمل وسائر فئات المجتمع من دون الحاجة إلى بذل جهود مادية تذكر. فكان لزاماً على كل موظف حكومي أن يفهم ويتقن استخدام الأدوات الرقمية المتوفرة بين متناول يديه، ومن ثم تجريب وابتكار طرق جديدة لرفع مستوى مشاركته في العمل الحكومي، فقد وفرت الأدوات الرقمية للبشرية فرصاً غير مسبوقة من قبل للتفاعل ضمن سيرورة العمل الإداري. فعلى مدى العقدين الماضيين، أطلقت مجموعة من حكومات الاتحاد الأوروبي عدة تجارب في مجال "المشاركة الرقمية"، أثرت على السياسة

العامة لهذه الدول. (الامم المتحدة، 2009م، ص 4).

فقد أصدرت إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة UNDESA في العام 2001 مؤشر لقياس تطور خدمات الحكومة الإلكترونية عالمياً Index Development Government-(GDI) وهي تعمل على تحديث ذلك المؤشر كل عامين بحيث يركز المؤشر GDI-e على ثلاث ركائز، وهي: البنية الأساسية TII، والموارد البشرية HCI، والخدمات المتوفرة على الإنترنت. OSI. وفي الإصدار الأخير في العام 2018 لوحظ تقدم الدول العربية في مجال المؤشر e- GDI على مستوى العلامات الإجمالية بالمقارنة مع العام 2016 (الامم المتحدة، 2019م، ص 1).

بذلك بدأت الحكومة الإلكترونية تشق طريقها إلى المنطقة العربية على مدى العقد الماضي، محولة الحوسبة في الإدارة العامة إلى نظام شامل وأكثر اتساقاً. وكلما نفذ مشروع حكومة إلكترونية، كان يغطي تدريجياً خدمات التعامل من الحكومة إلى الحكومة ومن الحكومة إلى المواطن، ثم من الحكومة إلى قطاع الأعمال. (الامم المتحدة، بيروت، 2020م، ص 14)

وقد تزامن مع ذلك انتشاراً واسعاً لاستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في حياة المجتمعات، خاصة في دول الشرق الأوسط يعد عام 2010م إلى ما يقرب على (212,336,924) مواطن من بينهم ما يقرب على (63,240,946) مواطن فمن يستخدمون شبكات الانترنت بنسبة تقارب على (21,8%) من السكان استخدام المواطنين لأساليب الاتصال الحديثة. ((Golbeck, Grimes and Rogers 2020,P.1621))

أما عن المجتمع المصري تعكس الاحصاءات تزايد أعداد المقبلين على استخدام شبكة الانترنت فقد أوضح التقرير الصادر عن وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات أن عدد

مستخدمى الانترنت عن طريق المحمول وصل إلى نحو 42.30 مليون فى نهاية يناير 2020 م, ووصل حجم الاشتراكات فى الانترنت فائق السرعة نحو 7.53 مليون مشترك فى عام 2020م. (وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات، 2020م).

فما أحدثته الثورة المعلوماتية من سهولة فى عمليات التواصل بين الأفراد والوصول إلى مصادر المعلومات , نتج عنه ظهور ما يسمى بالمجتمع الرقمية حيث يتفاعل أفرادهم مع بعضهم البعض من خلال الواقع الافتراضى. (الساعدى، الضحوى، 2017م)

ذلك المجتمع الرقمية الذى يتسع من خلاله نطاق المشاركة وتعميق الممارسة الديمقراطية بكافة مستوياتها لتطوير الأداء الحكومى بشكل يتناسب مع طبيعة المرحلة وذلك بالدفع نحو إتاحة البيانات الحكومية من خلال معلومات صحيحة وإحصاءات دقيقة وتقارير رسمية وبناء علاقة ثقة تركز على مبدأ الشفافية والتفاعل فى ظل اقتصاد المعرفة. (وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات يونيو 2012 م, ص 22)

فقد أصبحت عمليات اتخاذ القرار تتم بالاعتماد على النظم المتطورة للإدارة باستخدام الحاسوب بالإضافة إلى تزايد دور الشبكات مثل الإنترنت التي ألغت الحدود بين المنظمات ، وتتطوي على إمكانات ستؤدي إلى مزيد من التغيرات الجذرية في مجال الإدارة والاقتصاد والتجارة، بحيث لا يقتصر الأمر على قيام المنظمات والمؤسسات بمزاولة أعمالها وأنشطتها عبر هذه الشبكة بل ستتغير كذلك كل المرافق الحكومية التي من بينها مرافق المعلومات أي المكتبات ومراكز التوثيق و الأرشيف. (مكاوى ، 2004م ص18)

ومن ثم ففي عالم اليوم الذى يتسم بالتغير السريع، هناك حاجة إلى السرعة فى اتخاذ القرارات، كما أن هناك حاجة لزيادة قدرة المنظمات على استثارة الإبداع والابتكار فى العاملين لديها . فالضغوط التنافسية تصنع ضغوطاً وتحديات على المديرين لإيجاد ظروف ومناخ يسمحان بظهور ومساندة التفكير الابتكارى والتنوع فى الأداء . وبالإضافة إلى ذلك فإن نمو استخدام تكنولوجيا المعلومات قد سهل تبادل المعلومات فإن المناخ الذى كان فيه الرؤساء يتخذون جميع القرارات ويبلغونها إلى المستويات الأدنى قد أصبح غير مناسباً ويتسم بعدم الكفاءة وهنا يثور السؤال :كيف يحصل المديرون على مزايا المشاركة ويتغلبون على مساوئها؟(عبد الرحيم، 2007 ص7)

وترى الباحثة أن تزايد استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في مجال الإدارة يؤدي إلى حدوث تحول نوعي في العمل، فتطبيقات الحكومة الإلكترونية لا توفر للمواطنين خدمات سريعة ومريحة فحسب بل تسهم في تحسين كفاءة القطاع بأكمله، ورفع مستوى الأداء الإداري وترشيد الإنفاق، وتخفيض التكاليف وحجم المستندات الورقية وزيادة سرعة إنجاز المعاملات

والإجراءات الإدارية، وتخطي التعقيدات الروتينية والبيروقراطية في أنظمة العمل والحد من الفساد كما يوفر الوقت والنفقات ويفعل المشاركة الحقيقية في صنع القرار وما إلى ذلك من عمليات إدارية تستهدف تحقيق أهداف دفع عجلة التنمية بالمجتمع.

لاسيما تكون هذه المشاركة فعالة في قطاع الرعاية الصحية الذي يعتبر نموذجاً هاماً عن التغيير التراكمي " حيث نلاحظ فيه بوضوح أثر المشاركة الرقمية المستمدة من عدة مصادر متزامنة على تنفيذ الإجراءات والقرارات المتخذة للصالح العام بشكل موحد فيما يخص تعزيز الصحة ودعم خدمات الرعاية الصحية.(مادلين ، 2019، ص55)

حيث يعد الاهتمام بصحة الفرد هو احد مكونات التنمية الشاملة التي يسعى المجتمع الى تحقيقها فهناك علاقة بين الصحة والتنمية فكلما ارتفع المستوى الصحى للعنصر البشرى دل ذلك على نجاح برامج الرعاية الاجتماعية في المجتمع.(عبد التواب، 2008، ص :473).

وترى الباحثة أن قضية المشاركة في صنع القرارات التخطيطية من أهم القضايا التي تهتم بها مهنة الخدمة الاجتماعية عامة وطريقة التخطيط الاجتماعى بصفة خاصة لما لها من تأثير فى تحسين نوعية حياة المواطنين وزيادة جودة خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة لهم , خاصة عندما يتسع مجال المشاركة ليصبح عبر مجتمعات افتراضية تسمح بإتاحة نسب أكبر لفرص المشاركة لمستويات الإدارة المختلفة بالقطاع الصحى .

لذا يجب على الأخصائيين الاجتماعيين تبنى التكنولوجيا ذات الصلة التي من شأنها تعزيز رفاهية المجتمعات ويقع على عاتقهم أن يكونوا على وعى بالتقنيات الرقمية لأنها تساعدهم على تحسين ممارستهم المهنية.(البربيرى،2012م،، ص123)

خاصة اذا تمت المشاركة في صنع هذه التنمية أيضا وليس جنى ثمارها فقط ولا يتأتى هذا الا من خلال اشراك جميع مستويات الفئات المعينة بتقديم هذه الرعاية الصحية في صنع واتخاذ القرارات التخطيطية المتعلقة بتحسين جودة الخدمات خاصة مع ظهور ما يسمى "بالمجتمع الرقوى " الذى يعتمد في المقام الأول على انتشار أساليب التقنية الحديثة واستخدام وسائل تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات في تسهيل النفاذ الى المعلومات لترشيد القرارات أيضا عبر شبكة الانترنت .

ثانياً: الدراسات السابقة

لقد تعددت وتتنوعت الدراسات التي ركزت على البيئة الرقمية وما أحدثته من قدرة على المشاركة فى دعم وإتخاذ القرارات التخطيطية وذلك على الصعيدين العربى والأجنبى، كنتيجة لما أفرزته الثورة المعلوماتية من بيئة رقمية تشاركية تنوع من خلالها إهتمامات الباحثين على النحو التالى:

(1) دراسات إهتمت بالمجتمع الرقمي على المستوى العالمي.

دراسة (Poupko,Ouri, 2020) هدفت الى تحديد الظروف والعوامل المؤثرة في تشكيل المجتمع الرقمي وجعله اكثر فعالية ومصداقية في تحقيق الديمقراطية الرقمية والحفاظ على الهويات الرقمية وتوصلت الى انه في ظل الظروف الفريدة لتطور وسائل وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتوسع في نطاق استخدام شبكة الانترنت يمكن نشر ثقافة المواطنة الرقمية وتطبيق قواعدها من خلال تعليم السلوك الرقمي الاخلاقي (Poupko,Ouri,2020)

دراسة (Cockburn , Tom,Emerging ، 2020) هدفت الى تحديد التأثيرات الناشئة للتكنولوجيا الاجتماعية الرقمية " في الوضع الطبيعي الجديد لفترة ما بعد "كوفيد 19" وكيفية انتقالنا الى عمل جديد و تنظيم الإنتاج و التوريد و التوزيع وإعادة بناء القيم الأساسية و الشكل الجديد للمجتمع و طرق التواصل و التعليم و التعلم ، وأشارت الى أهمية دور الفريق الافتراضى كاحد صور المجتمع الرقمي في تطبيق التقنيات الاجتماعية الرقمية كجزء لا يتجزأ من استراتيجية الصحة و الرفاهية((Cockburn, Tom, Emerging,2020)

دراسة (مؤسسة RAND 2017 , معهد Corsham) هدفت إلى تحليل النتائج المستخلصة من برنامج القيادة الفكرية لبناء مجتمع رقمى مترابط ، أشارت إلى ضرورة تسهيل تلاقى القادة فى كل القطاعات ، ويشمل ذلك أخصائى التكنولوجيا والأكاديميين ، والإداريين وصانعى السياسات، من أجل التعرف على التحديات التى تطرحها التكنولوجيا الرقمية وترقيتها ، وأوصت بتحسين الوعى الإجمالى فى أوساط الجمهور العام لمسئوليته من أجل تحسين إنخراطه فى صنع القرارات المحلية والوطنية ، وتشجيع تطوير برامج التربية الرقمية.(RAND ،) Courcham Institute,2017

دراسة (Custers,Bart and et all,2017) هدفت الى تحديد وتحليل القضايا الأخلاقية و القانونية و الاجتماعية و الاقتصادية التي ينطوى عليها تطوير تقنيات البيانات الضخمة من خلال ما افرزته الثورة من ابتكار تكنولوجيا المعلوماتية، وأشارت الى انه جاء في المقام الأول ضرورة تطوير التكنولوجيا من منظور الاخلاق الفضيلة و التي تدعم افادة الانسان و تعزيز الادمج الرقمي ومبادئ المسائلة و الشفافية و المحاسبية لتطوير النظم الإدارية ، ودعم اتخاذ القرار على أسس واقعية .

(Custers,and et all,2017)

دراسة (Dutton willion and et all,2015) هدفت الى التعرف على دور مبادرات الانترنت المبتكرة في دعم تنشيط التنمية الاجتماعية والسياسية و الاقتصادية للمدينة وتوصلت

الى انه من خلال استخدام تقنيات المعلومات و الاتصالات يمكن مواجهة تحديات كبيرة أهمها القدرة على جميع البيانات التعاونية و اتخاذ القرار التخطيطي و المشاركة المدنية و دعم هياكل الإدارة ، وان من اهم الصعوبات هي محو الامية الرقمية كآثر سئ لنقص وسائل الاتصال وضعف القدرة على تحمل التكاليف ، و اوصت بضرورة اجراء المزيد من الدراسات التي تركز على استخدام الانترنت لدعم اتخاذ القرارات في المدن الحضرية . (Dutton willion and et all,2015)

دراسة (Gasser, urs and et all,2014) هدفت الى تحديد اثار أدوات الاتصالات الرقمية على الخطاب العام و العمل الاجتماعى حول مستقبل الإدارة عبر شبكة الانترنت، وأشارت الى انه يمكن استشراف اعتماد العالم كليا على التقنيات الرقمية الحديثة بشكل متزايد في جمع البيانات الضخمة وتصنيفها وتحليلها وانه يمكن ابتكار الية جديدة لتسريع تبادل المعلومات والآراء و الأفكار عبر الشبكة المعلوماتية العالمية تسهم في تقرير رفاه العالم من خلال تطوير الأداء وتحسين الخدمات المقدمة للإنسانية . (Gasser, urs and et all,2014)

(2) دراسات إهتمت بالمجتمع الرقمية على الصعيد الإقليمي والمحلى.

دراسة (خيرات عبد الحكيم ومحمد جمعة 2021م) هدفت إلى تحديد مستوى المهارات الرقمية وتحديد أثر المهارات الرقمية ارتباطاً ببناء قدرات العاملين بالجمعيات الأهلية مع محاولة للتوصل إلى مقترحات لتفعيل المهارات الرقمية وأشارت إلى ضرورة رفع الوعى بأهمية التقنيات الرقمية فى العمل المهني ، وأوصت بضرورة عقد ندوات وبرامج تدريبية على كيفية استخدام التكنولوجيا الرقمية فى تطوير الخدمات الاجتماعية ، وتوصلت إلى أن أولى المهارات الرقمية تمثلت فى المهارات الرقمية تلاها المهارات الاجتماعية ثم المهارات الإبداعية وأخيراً وفى الترتيب الرابع المهارات التشغيلية.(عبدالحكيم ، على ، 2021م)

دراسة (محمود عبد الله محمد منصور ، 2020م) هدفت الى تحديد مستوى المواطنة الرقمية لدى الشباب الجامعى باعتبارهم جزءا لا يتجزأ من المجتمع الرقمية ، وكذلك تحديد الصعوبات التي تحول دون تفعيل المواطنة الرقمية ومقترحات مواجهتها، وتوصلت الى صحة الفرض الذى مؤداه من المتوقع ان يكون مستوى المواطنة الرقمية لدى الشباب الجامعى مرتقيا و كذلك صحة الفرض الذى مؤداه وجود علاقة طردية دالة احصائيا بين المواطنة الرقمية و تدعيم قيم راس المال الاجتماعى لدى الشباب الجامعى . (منصور ، 2020م)

دراسة (عاشور عبد المنعم، 2020م) هدفت إلى تحديد اسهامات الجماعات التطوعية فى تقرير قيم المواطنة الرقمية ، مع محاولة للتوصل إلى تصور مقترح لتعزيز قيم المواطنة الرقمية، وتوصلت إلى أن المواطنة الرقمية تتيح الفرصة للمشاركة فى وضع وتصميم البرامج والأنشطة

المختلفة وأوصت بضرورة عقد دورات تدريبية مع توفير الإمكانيات التكنولوجية اللازمة لمساعدة فرق العمل لأداء مهامها والتركيز على قيم التعامل مع المجتمع الرقمي والالتزام بسلوكيات اللياقة الرقمية. (عبد المنعم, 2020م)

دراسة (يوسف بن يزة , وهيبة سغيري, 2019م) هدفت إلى مناقشة اسهام البيئة الرقمية في دعم الديمقراطية التشاركية وتحقيق أحد أبعاد الديمقراطية الحديثة, من خلال الآليات التي توفرها الثورة الهائلة في مجال تكنولوجيات الإعلام والاتصال , والتي أحدثت تحولاً في نمط المشاركة وانتجت نظم المشاركة عن بعد , وتوصلت إلى أن البيئة الرقمية والمجتمعات الإلكترونية بإمكانها أن تبلور نماذج جديدة من المساهمة في ترشيد الحكم ورسم السياسات العامة وصنع القرار . (بن يزة , سغيري, 2019م)

دراسة (منى خزام ، 2008) هدفت الى تحديد متطلبات التخطيط للتنمية البشرية المستدامة لاعادة تاهيل الشباب لسوق العمل في ظل البيئة الرقمية، وأشارت الى ضرورة توافر متطلبات معرفية تتعلق بتهيئة خدمات الانترنت واستخدام الحاسب الالى في توليد المعلومات وزيادة معارف الشباب بتكنولوجيا الاتصال ونشر الثقافة الرقمية .(خزام ، 2008م)

(3) دراسات إهتمت بالمشاركة في صنع القرار على المستوى العالمى.

دراسة (Huang “j” Wesley Yanliu,2013) هدفت الى تحديد دور كلا من التعليم و التخطيط و النموذج العقلانى في صنع واتخاذ القرار ، وأشارت الى أهمية اتباع الأسس المنهجية للتخطيط في الوصول الى القرار الرشيد .(Yanliu,2013)

دراسة (Gomez,Santos,2008) هدفت الى معرفة الوسائل والتقنيات المختلفة المستخدمة في دعم القرارات في البرازيل وتطوير هذه الأساليب باستخدام الطرق الحديثة لتكنولوجيا المعلومات ، وتوصلت الى ضرورة تحديد مناهج بحثية لدراسة العلاقة بين صنع القرارات وإدارة المعرفة مع تحديد مؤشرات القياس بدقة . (Gomez,Santos,2008)

دراسة (Philibin,2005) هدفت الى دراسة العلاقة بين السلوك التنظيمى وعملية صنع القرارات الاستراتيجية ، ومدى علاقتها باستراتيجيات العلاقات العامة وتأثيرها على صناعة القرار، وأشارت الى انه لاتخاذ القرار الرشيد لا بد من ربط اى قرار قبل اتخاذه باهداف المنظمة، مع التأكيد على الشفافية، واوصت بأهمية مشاركة الموظفين للرؤساء في عملية صنع القرار وان اختيار البديل الأمثل يعتمد بدرجة كبيرة على مدى خبرة المسؤولين . (Philibin,2005)

(4) دراسات إهتمت بالمشاركة في صنع القرار على الصعيد الإقليمي والمحلى.

دراسة (غادة عبيد، 2015م) هدفت إلى كشف العلاقة بين أبعاد إدارة المعرفة وعمليات إتخاذ القرار لدى الفئة الإدارية فى البنوك التجارية، وكذلك بيان أثر متغيرات الجنس، العمر، المؤهل العلمى، سنوات الخبرة) على متوسطات تقديرات المدراء للعلاقة بين أبعاد إدارة المعرفة وعمليات إتخاذ القرار، وأشارت إلى إرتفاع مستوى إدراك الفئة الإدارية لأبعاد إدارة المعرفة وتوظيفها فى عملية إتخاذ القرارات. (عبيد، 2015م)

دراسة (لبنى شعبان، 2015م) هدفت إلى التعرف على أثر عبء المعلومات الإلكترونية على إتخاذ القرار فى المدارس الخاصة فى العاصمة عمان من وجهة نظر الإداريين ، ومعرفة أهم المشكلات التى تحد من كفاءة الإداريين فى الاستخدام الأمثل للمعلومات والآثار السلبية المترتبة على ذلك ، مع تقديم توصيات تسهم فى تحسين هذه الكفايات ، وتوصلت إلى أن درجة ممارسة الإداريين لإتخاذ القرار كانت مرتفعة ، وأوصت بضرورة تمكين الفئات العمرية الأقل ، فى مجال التعامل مع عبء المعلومات الإلكترونية ، وإتخاذ القرارات الإدارية. (شعبان، 2015م)

دراسة (زينهم مشحوت :2014م) هدفت الى تحديد واقع المشاركة في صنع القرار التخطيطى على المستوى المحلى وأشارت الى ان مستوى المشاركة في صنع القرار التخطيطى متوسط ، وان من اهم معوقات المشاركة وهو ضعف ثقة المواطنين في القدرة على التغيير. (مشحوت :2014م)

دراسة (نوال عبد الرحمن محمد الحوراني، 2013م) هدفت إلى معرفة الفرق بين المدراء والمديرات في عملية إتخاذ القرارات ومعرفة الأنماط المتبعة لكل منهما، وكذلك لمعرفة العلاقة بين متغيرات (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المؤهل العلمى) وعملية إتخاذ القرارات وأشارت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية حول مستوي المعرفة والاطلاع ولا مستوي وفرة المعلومات تعزي للجنس، وتوجد فروق ذات دلالة احصائية لمستوي المشاركة في إتخاذ القرارات تعزي للجنس لصالح الاناث ولايد من السماح للمرأة بالمشاركة في المناصب العليا والتواجد في مراكز صنع القرار فذلك يؤدي لتطور حقيقي في تحقيق الديمقراطية ، وعقد دورات تدريبية للمدراء والمديرات لتحسين عملية إتخاذ القرارات. (الحوراني ، 2013م)

دراسة (احمد إبراهيم حمزة ، 2005م) هدفت الى التعرف على واقع عملية صنع القرار في منظمات المجتمع المدنى كمؤشر للإصلاح الاجتماعى ، وتوصلت الى تعدد وتنوع خطوات عملية صنع القرار واتصالها ببعضها البعض، و مدى تاثير مشاركة المواطنين في هذه العملية، والدور الذى يمكن ان تؤديه هذه المشاركة في دعم القيم الديمقراطية. (حمزة ، 2005م)

*** تحليل وإنتاج**

ركزت معظم الدراسات على الإهتمام بتحديد الظروف والعوامل المؤثرة في تشكيل المجتمع الرقمي وشكله الجديد، وما تحدثه التكنولوجيا من تأثيرات في المجتمعات مثل دراسة (Custers, Bart, (2020, Cockburn , Tom, Emerging)، (2020 Poupko, Ouri)، (2017 ، and et all)، بينما ركزت غالبيتها على المهارات الرقمية، الثقافة الرقمية، دمج تكنولوجيا المعلومات، كأبعاد أساسية للمجتمع الرقمي مثل دراسة (خيرات عبد الحكيم ومحمد جمعة 2021م)، (محمود عبد الله محمد منصور ، 2020م)، (عاشور عبد المنعم ، 2020م)، كما أشارت بعض الدراسات من خلال ما توصلت إليه مستخلصاتها إلى ضرورة تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي لتحسين الإجراءات الإدارية المتعلقة بدعم وإتخاذ القرارات مثل دراسة (Corsham ، 2017)، (Custers, Bart and et all)، ومن ثم تشابهت دراسة (مشحوت، 2014م)، ودراسة (حمزة، 2015م) مع الدراسة الحالية في التركيز على أهمية المشاركة في صنع القرار، وتشابهت مع دراسة (بن يزة وسغيري، 2019م)، ودراسة (خزام، 2008م) في التركيز على البيئة الرقمية في تحقيق استدامة التنمية بالمجتمعات، بينما اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في كونها تهدف إلى وضع تصور تخطيطي مقترح لتفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي. وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد مشكلة الدراسة، ووضع الأهداف وصياغة الفروض، وكذلك في تحديد الإجراءات المنهجية، وتحديد المفاهيم.

ثالثاً: صياغة مشكلة الدراسة

مما سبق تتحدد مشكلة الدراسة في تحديد مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي، وتحديد مستوى المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي. ثم تحديد الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي، فضلاً عن تحديد كيفية التغلب عليها و التوصل إلى تصور تخطيطي مقترح لتفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي (كقطاع حكومي).

- رابعاً: أهمية الدراسة:

1- مواكبة التوجه العالمي والمحلي نحو الاستخدام المكثف لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات حيث أظهرت الإحصاءات تنامي الإقبال على استخدام شبكة الانترنت والتي سجلت نحو (4.5) مليار نسمة، أما على المستوى المحلي فقد بلغ عدد مستخدمي الانترنت بالمجتمع المصري نحو 48.5 مليون مستخدم بكثافة انتشار (55.7%) من نسبة السكان (وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات، 2020م) بذلك احتلت مصر المركز

السادس عالمياً من حيث نسبة نمو مستخدمي الانترنت في عام 2020م, مما يجعلها تحتل الترتيب (19) على مستوى العالم من حيث نسبة مستخدمي الانترنت لعدد سكانها (Digital 2020)

2- شمولية استخدام التكنولوجيا الرقمية لكافة المؤسسات والقطاعات المختلفة بالمجتمع المصري الأمر الذي يتطلب تحويل الخدمات الاجتماعية من شكلها التقليدي إلى نموذج عصري وحديث عبر شبكة الانترنت.

3- تساعد التقنية الرقمية في تفعيل التواصل بين المسؤولين عن الإدارة في المستويات العليا والمستوى الأدنى وأيضاً بين المواطنين والقطاعين العام والخاص ومنظمات المجتمع المدني أيضاً وبالتالي فتح مسارات تشاركية جديدة من نوعها وشكلها.

4- يعتبر القطاع الصحي من أهم القطاعات الخدمية في المجتمع المصري خاصة بعد الأوضاع الراهنة والأحداث الجارية المتعلقة بانتشار جائحة كورونا (فيروس Covid 19), ومدى الحاجة لتحسين مشاركة جميع الفئات المعنية في صنع القرارات التخطيطية بسهولة ويسر ولا يتأتى ذلك إلا من خلال إستخدام التقنيات الرقمية الحديثة.

خامساً: أهداف الدراسة:

- (1) تحديد مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي.
- (2) تحديد مستوى المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.
- (3) تحديد الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.
- (4) تحديد مقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.
- (5) التوصل إلى تصور تخطيطي مقترح لتفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.

سادساً: فروض الدراسة:

(1) الفرض الأول: " من المتوقع أن يكون مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي متوسطاً":

ويمكن اختبار هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:

1. الثقافة الرقمية. 2- الشمول الرقمي. 3- المهارات الرقمية.

4 - دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

(2) **الفرض الثاني:** " من المتوقع أن يكون مستوى المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي متوسطاً ":

ويمكن اختبار هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:

1 - المشاركة في عملية تحديد المشكلة. 2-المشاركة في عملية تحديد البدائل الممكنة.

3 - المشاركة في عملية اتخاذ القرار. 4 - المشاركة في عملية تنفيذ القرار.

5 - المشاركة في عملية متابعة وتقييم نتائج القرار.

(3) **الفرض الثالث:** " توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين استخدام المجتمع الرقمي والمشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي ".

سابعاً : مفاهيم الدراسة .

(1) مفهوم المجتمع الرقمي.

عرفته الأمم المتحدة بأنه " ذلك المجتمع الذي يتعامل أفراده ومؤسساته مع المعلومات بشكل عام، والتكنولوجيا الرقمية وتكنولوجيا الاتصال بشكل خاص في تسيير أمور حياتهم في مختلف قطاعاتها الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، التربوية، السياسية، الصحية، وذلك من أجل التنمية المستدامة للمجتمع.(الامم المتحدة ، 2003م)

بينما عرفه البعض بأنه " المجتمع الذي يعتمد في تطوره بصورة أساسية علي المعلومات وشبكات الاتصال والحواسيب"أي أنه يعتمد علي ما يسميه البعض " بالتقنية الفكرية " تلك التي تضم سلعا وخدمات جديدة مع التزايد المستمر في القوة العاملة المعلوماتية" (أي تعظيم شأن الفكر والعقل الإنساني بالحواسيب والاتصال والذكاء الاصطناعي. (Expert Systems). (مكاوي، 2004م، ص66)

كما عرف من وجهة نظر أخرى على أنه " مجتمعات مستقبلية نشهد بدايتها الآن، ولديها بعض الخصائص المشتركة بينها، مثل: سيطرة العلم والتكنولوجيا الرقمية فيها، وقيادة طبقة التكنولوجيا لها مع دور متزايد لأهمية المعرفة العلمية وتطبيقاتها في النشاطات الإنسانية جميعا.(عليان، 2005م، ص 19)

- ومما سبق أمكن وضع تعريف إجرائي للمجتمع الرقمي على النحو التالي:
مجتمع يستخدم أفراده ومؤسساته التقنيات الرقمية الحديثة للحصول على المعلومات لتسيير أعمالهم من أجل صنع القرار التخطيطي القطاع الصحي وتتحدد أبعاد المجتمع الرقمي فيما يلي:

1- الثقافة الرقمية. 2- الشمولية الرقمية. 3- المهارات الرقمية.

4 - دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

(2) مفهوم المشاركة.

- حددت في اللغة من الفعل " شارك " ومعناها ينضم أو يأخذ جزء في نشاط ما. (Oxford,2009)

وعرفت المشاركة بصفة عامة على أنها اشتراك الفرد مع الآخرين في عمل ما يليه الاهتمام وما يتطلبه الفرد من أعمال تساعد الجماعة على حل مشكلاتها والوصول إلى أهدافها والمحافظة على استمرارها. (الباهي، 2015م، ص132)

بينما يراها آخرون بأنها المساهمة أو التعاون في أي وجه من أوجه النشاط سواء أكان اجتماعياً، اقتصادياً، أو سياسياً، فهي بمثابة كافة الجهود التقويمية التي تبذل في المجتمع للتأثير في رسم السياسة العامة والخاصة بهذا المجتمع واتخاذ القرارات وتنفيذها بما يشبع الحاجات المجتمعية لأعضاء هذا المجتمع. (ثاسم ، رفعت، 2008م ص 18)

ويقصد بالمشاركة عبر التقنيات الحديثة إنخراط الأطراف المعنية في عمليات تشريع وتطبيق السياسات خارج ما تتطلبه هذه العمليات من صلاحيات دستورية وإدارية وإجرائية. (مادلين ، 2019م، ص55)

ولاحظت الباحثة تعدد المفاهيم التي تناولت المشاركة بتعدد الرؤى الاجتماعية والسياسية ، فهناك من ينظر إليها باعتبارها واجب على الجميع ، وهناك من يراها بأنها حق مخول للجميع، كما نظر إليها آخرون بأنها مجموعة من الحقوق والواجبات في الوقت ذاته.

(3) مفهوم صنع القرار.

يعنى صنع القرار بالاختيار من بين البدائل، وهناك علاقة وثيقة بين وجود مشكلة وصنع القرار، فغالباً ما يكون وجود مشكلة هو الباعث أو المحرك لعملية صنع القرار. (عبدالرحيم، 2007، ص9)

ذلك بأن القرار يقصد به عملية فكرية وعقلية يسعى الفرد من ورائها إلى إنتقاء بديل من مجموعة بدائل لحل مشكلة ما. (الهدهود، 1996م، ص 90)

- فهو يعنى الوقوف على رأى بعينه يمكن لمتخذه تنفيذه. (Gore, C. 1999, P.112).
ومما سبق أمكن وضع تعريف للمشاركة فى صنع القرار التخطيطى على النحو التالى:

عملية تتضمن مجموعة من المراحل والخطوات من أجل اختيار أفضل البدائل المتاحة عبر شبكة الانترنت واستخدام التقنيات الرقمية الحديثة , فهو بمثابة نوع من السلوك الذى يؤديه الإداريين المسؤولين بالقطاع الصحى ، وتحدد أبعاد المشاركة فى صنع القرار فيما يلى:

- 1 - المشاركة فى عملية تحديد المشكلة. 2 - المشاركة فى عملية تحديد البدائل الممكنة.
- 3 - المشاركة فى عملية اتخاذ القرار. 4 - المشاركة فى عملية تنفيذ القرار.
- 5 - المشاركة فى عملية المتابعة والتقييم.

مفهوم القطاع الصحى.

قطاع فى النظام الاقتصادى يعمل على توفير السلع والخدمات لمعالجة المرضى من خلال تقديم الرعاية العلاجية أو الوقائية أو التأهيلية أو التلطيفية أو حتى فى بعض الأحيان الرعاية غير الضرورية .وينقسم قطاع الرعاية الصحية الحديثة إلى العديد من القطاعات الفرعية، كما يعتمد على فرق متعددة التخصصات من الأخصائيين المدربين والمهنيين المساعدين لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد والمجتمعات السكانية (princeton university, 2007, P27)

يعبر القطاع الصحى عن جميع الوحدات، والخدمات، والتنظيمات التى تُعنى بالصحة. (فيليبس، 2012)

ومما سبق أمكن وضع تعريف اجرائى للقطاع الصحى

هو ذلك المجال الذى يتواصل أفراده تكنولوجيا لتسيير أمور العمل بشكل أفضل عبر شبكة الانترنت للوصول إلى إلى القرار الرشيد عن طريق المشاركة فى صنع هذا القرار ويقدم خدمات الرعاية العلاجية و الوقائية والتأهيلية ، وبالتالي يشتمل على تخصصات متعددة منها ما هو طبى أو إدارى أو إجتماعى أو نفسى.ويقصد بالقطاع الصحى هنا مديرية الشؤون الصحية بمحافظة بورسعيد كقطاع حكومى.

ثامناً: الإطار النظرى

إن العصر الذى نعيشه فى ظل ثورة المعلومات يؤكد على أننا نعيش فى عصر الهيمنة المعلومات ، وليس مجرد الهيمنة الاقتصادية أو العسكرية ، وهذا يرجع إلى مدى الأهمية التى تمثلها المعلومات فى حياة الدول والشعوب وصناع القرارات فى كافة أنواعها السياسية

والاقتصادية , سواء أكانت استراتيجية طويلة المدى , أم تكتيكية قصيرة المدى , حيث تساهم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات باعتبارها تكامل في الجهود لبناء مشاركة اجتماعية وسياسية واقتصادية. (ناجي، 2006، ص114)

(1) صور وأشكال المشاركة

وتأخذ المشاركة صوراً عديدة إما المشاركة بالجهد أو المال أو الرأي , وتعتبر المساهمة بالرأى من أهم أشكال مساهمات الناس في صنع التغيرات الهامة داخل المجتمع , فقد كانت مساهمات الناس تتم عن طريق تكوين تنظيمات أو جمعيات تعمل على تحقيق أهدافهم من خلال مجموعة من البرامج والأنشطة التي يتم تنفيذها بهذه المؤسسات , أما المشاركة الآن فقد اتخذت شكلاً مغايراً تماماً لما كان معروف سابقاً فلم يقتصر على علاقات الوجه بالوجه ولكن تحولت إلى علاقات غير مباشرة عن طريق الفضاء الخارجي فيما يعرف بالمشاركة عبر المجتمع الافتراضي حيث تتحول المشاركة من المجال العام الواقعي إلى مجال عاماً جديداً هو المجال العام الافتراضي Virtual public sphere وفي هذا المجال يتم التبادل المجاني للأفكار والآراء بين المشاركين في هذا الفضاء. (الباهى، 2015، ص132)

(2) متطلبات تحقيق المشاركة الرقمية الفعالة:

- 1- التفاعل الداخلي: لابد على مدراء الخدمات العامة أن يجعلوا المشاركة الشعبية وتطوير قنوات المواطنين على سلم أولوياتهم.
- 2- التفاعل الخارجي: ينبغي على الحكومات أن تسمح للأطراف الخارجية بالمشاركة في عمليات إتخاذ القرارات الحاسمة والصعبة.
- 3- المواقف المتفتحة: ينبغي على الحكومات أن تتقبل التغيير وعليها أيضاً أن تتبنى العقلية الريادية , وأن تتحلى بروح المغامرة وتكون مبدعة.
- 4- الأدوات: لابد من توفير أدوات تربط ما بين موظفي الخدمة المدنية , على المستوى الداخلي ما بين بعضهم بعضاً , وعلى المستوى الخارجي ما بينهم وبين المواطنين , وإرساء نظام تواصل فعال ما بين المواطنين أنفسهم. (اكوارو، 2019، ص48)

(3) موجّهات لتعامل المجتمع الرقمي مع إدارة المعرفة (الحربي ، 2018م، ص95)

- 1 - كيف تعرف؟ لا :ماذا تعرف؟
- 2- تراكم المعلومات لا يعني زيادة المعرفة
- 3 - تنمية المهارات الذهنية
- 4 - مدى اكتساب المعرفة
- 5 - الصمود امام التعقد المعرفي
- 6 - التعلم للعمل
- 7 - التعامل مع عالم الواقع وعوالم الفضاء المعلوماتي
- 8 - تعدد اطوار العمل

9 - التعامل من خلال العمل ومن أجله 10- تنمية الابداع والخيال

11 - التعلم لتشارك الآخرين

(4) توصيات لتنفيذ المشاركة الالكترونية في صنع القرار: (على ، 2014م، ص 188)

1- توفير النفاذ لخدمة الإنترنت في النطاق العريض لقطاعات أوسع، وهو استثمار مجد يوفر آلاف فرص العمل عبر الإنترنت ويسمح برفع الإنتاجية وزيادة معدلات النمو الاقتصادي.
2- الإسراع في الانتقال إلى الجيل الثاني من تطبيقات الحكومة الالكترونية التفاعلية بما يخدم عملية التنمية والرقابة الشعبية على الأداء الحكومي والحد من، (G2) مظاهر البيروقراطية والفساد.

3 - ترميز المحتوى العربي وتوفير مصادر الوصول إلى المعلومات باللغة العربية لجيل المستخدمين العرب من الشباب والطلاب والباحثين والإعلاميين ورجال الأعمال.

4 - تحفيز القطاع الخاص على استخدام خدمة الإنترنت وتطبيقات التجارة الالكترونية، بما يسهم في رفع معدلات الإنتاجية وفي تخفيض كلفة التسويق والشراء وتأمين فرص عمل إضافية للشباب.

(5) عناصر جوهرية لازمة لوجود القرار الإداري: (حلاق ، 2015م، ص 152)

وهذه العناصر هي:

- * الاختصاص من يتخذ القرار؟
- * الشكل كيف يتخذ القرار أو الصورة التي يصدر بها القرار؟
- * السبب لماذا يتخذ القرار؟
- * الإجراءات الخطوات التي يجب أن يمر بها القرار قبل اتخاذه؟
- * المحل من يتأثر بالقرار؟
- * الغاية لماذا يتخذ القرار؟

(6) مهارات صانعي القرار (من الجانب الإداري): (Pomerol, Adam, 2018, P, 647)

- مهارة التمييز والمفاضلة بين البدائل.
- مهارة تحديد كمية وتوعية المعلومات المطلوبة للوصول إلى القرار.
- مهارة تحديد أولويات العمل لمواجهة المشكلة.
- مهارة توقع النتائج المرغوبة وغير المرغوبة.
- مهارة اختيار الطرق المناسبة لصنع القرار وحسن التعامل مع صور التعارض في صنع القرار.
- مهارة التعرف على المدى الزمني المطلوب وتحديد التوقيت الملائم لصنع القرار.

- القدرة على متابعة وتنفيذ وتحديد مدى فعالية القرار المتخذ والقدرة على كسب تأييد المتأثرين.

(7) نظريات صنع القرار : (Simon's, 2018,P.269)

- 1- النظرية الكلاسيكية: حيث تفترض هذه النظرية أن اتخاذ القرار هو عملية عقلانية ورشيدة
- 2- النظرية السلوكية : حاولت هذه النظرية بناء نموذج لاتخاذ القرار يكون أكثر معقولة
- 3- النظرية الكمية: إمكانية بناء نماذج رياضية وحل المشكلات التي تواجهها المنظمة بكفاءة عالية

4- النظرية البيزونية

تساعد المدير في الإجابة عن سؤالين أساسيين متعلقين باقتصاديات الحصول على البيانات وهما:

أ- كيف يستطيع الاختيار بين الطرق البديلة لجمع البيانات ؟ ويدخل في ذلك اختيار عدم جمع بيانات على الإطلاق.

ب - بعد هذا الاختيار، كيف يختار تصرفا بعينه مع أو بدون البيانات الإضافية؟

(8) الأساليب التقليدية للمشاركة في صنع القرار التخطيطي: (راشدة، 2009م، ص5)

- الأساليب العادية: نظم الاقتراحات، الاجتماعات، اللجان، المجالس، المقابلة الشخصية مع المتخصصين، الاتصال الهاتفي
- الأساليب الحديثة: أسلوب دلفي، طريقة العصف الذهني، طريقة الجماعات الإسمية، طريقة فيليبس، طريقة الرنجي اليابانية

(9) آليات المشاركة في صنع القرار التخطيطي عبر التقنيات الرقمية الحديثة:

(Burnap,Williams (2015).

- المدونات -الحكومية - بوابات المشاركة - الاستبيانات الحكومية.

- استطلاعات الرأي العام - الخط الساخن - الويكي

■ تاسعاً : الإجراءات المنهجية للدراسة.

(1) نوع الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي يمكن من خلالها الحصول علي معلومات دقيقة تصور الواقع وتشخصه وتسهم في تحليل ظواهره، والتي تقوم علي تقرير خصائص معينة أو موقف تغلب عليه صفة التحديد، لذا فالدراسة الحالية تستهدف تحديد إسهامات المجتمع

الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي من خلال الاستشهاد في هذا الوصف والتحليل بمعطيات الدراسات السابقة والإطار النظري المرتبط بموضوع الدراسة.

(2) المنهج المستخدم:

اعتمدت الدراسة على المنهج العلمي باستخدام منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد، وعددهم (67) مفردة، وتوزيعهم كالتالي:

جدول رقم (1)

يوضح توزيع المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد مجتمع الدراسة

عدد المسؤولين	البيان	رقم
3	ديوان عام مديرية الصحة ببورسعيد	1
8	إدارة خدمة المواطنين	2
7	إدارة العلاقات العامة	3
7	إدارة التخطيط والمتابعة	4
9	الإدارة العامة للشئون الوقائية	5
8	الإدارة العامة للشئون العلاجية	6
5	إدارة الجودة	7
7	الإدارة العامة لطب الأسنان	8
7	إدارة الخدمة الاجتماعية	9
6	إدارة تقنية المعلومات والاتصالات	10
67	الإجمالي	

(3) مجالات الدراسة:

(أ) المجال البشري:

تمثل المجال البشري للدراسة في المسؤولين بمديرية الشئون الصحية بمحافظة بورسعيد، وعددهم (67) مفردة.

(ب) المجال المكاني:

تمثل المجال المكاني للدراسة في مديرية الشئون الصحية بمحافظة بورسعيد وهي تمثل قطاع صحي حكومي، وذلك للأسباب التالية:

- اعتماد مديرية الصحة بمحافظة بورسعيد على استخدام التقنيات الرقمية من أجل تحسين كفاءة مؤسسات الرعاية الصحية، وتطوير خدماتها.
- اهتمام مديرية الصحة بمحافظة بورسعيد باستخدام وسائل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات للتصدي للمشكلات الصحية وما يتعلق بها من تحديات.
- تركز خدمات مديرية الصحة بمحافظة بورسعيد على أنظمة الصحة الإلكترونية ومن ثم تحسين استخدام التقنيات الحاسوبية والأجهزة الذكية وتنمية مهارات العاملين بها.
- حصلت مستشفى الزهور المركزي التابعة لمديرية الصحة ببورسعيد على اعتماد الجودة طبقاً للمستوى التأسيسي ونسبة 90.5%، وهي بذلك أول مستشفى على مستوى الجمهورية ضمن مستشفيات القطاع العلاجي بوزارة الصحة تحقق هذا المستوى، كما حصلت على المستوى الثالث لتطبيق الكايزن باستخدام (5S KAIZEN) طبقاً لمنظمة الجايكا اليابانية. (وزارة التخطيط و المتابعة، 2021م)

(ج) المجال الزمني:

تمثل المجال الزمني للدراسة في فترة إجراء الدراسة الميدانية والتي بدأت 2020/12/20م إلي 2021/1/17م.

(4) أدوات الدراسة: تمثلت أدوات جمع البيانات في:

- استمارة استبيان للمسؤولين حول المجتمع الرقمي وصنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي:

وتم تصميم الأداة وفقاً للخطوات التالية:

1. قامت الباحثة بتصميم استمارة استبيان للمسؤولين حول المجتمع الرقمي وصنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي اعتماداً على الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة لتحديد العبارات التي ترتبط بأبعاد الدراسة.
2. اشتملت استمارة استبيان المسؤولين على المحاور التالية: البيانات الأولية، وأبعاد المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي، والمشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي، والصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي، ومقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.

3. صدق الأداة:

(ج) الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

تم عرض الأداة على عدد (5) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، وبناء على ذلك تم تعديل وإضافة وحذف بعض العبارات وفقاً لدرجة اتفاق لا تقل عن (80%)، وفي نهاية هذه المرحلة تم صياغة الأداة في صورتها النهائية.

(د) صدق المحتوى " الصدق المنطقي ":

للتحقق من هذا النوع من الصدق قامت الباحثة بالإطلاع علي الأدبيات والكتب، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت أبعاد الدراسة. ثم تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلي الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بمشكلة الدراسة، وذلك لتحديد أبعاد المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي وتحديد أبعاد المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.

(هـ) صدق الاتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة في حساب صدق الاتساق الداخلي لاستمارة استبيان المسؤولين على معامل ارتباط كل بعد في الأداة بالدرجة الكلية، وذلك لعينة قوامها (10) مفردات من المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد مجتمع الدراسة. وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول رقم (2)

يوضح الاتساق الداخلي بين أبعاد استمارة استبيان المسؤولين ودرجة الاستبيان ككل، (ن=10)

م	الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة
1	أبعاد المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي	0.775	**
2	المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي	0.819	**
3	الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي	0.759	**
4	مقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي	0.738	**

** معنوي عند (0.01)

* معنوي

عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن:

معظم أبعاد الأداة دالة عند مستوى معنوية (0.01) لكل بعد على حدة، ومن ثم تحقق مستوى الثقة في الأداة والاعتماد على نتائجها.

4. ثبات الأداة:

تم حساب ثبات الأداة باستخدام معادلة سبيرمان - براون للتجزئة النصفية، حيث تم تقسيم عبارات كل بعد إلى نصفين، يضم القسم الأول القيم التي تم الحصول عليها من الاستجابة للعبارة الفردية، ويضم القسم الثاني القيم المعبرة عن العبارات الزوجية، وذلك لعينة قوامها (10) مفردات من المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد مجتمع الدراسة. وجاءت نتائج الاختبار كالتالي:

جدول رقم (3)

يوضح نتائج ثبات استمارة استبيان المسؤولين باستخدام معادلة سبيرمان-براون للتجزئة

النصفية

(ن=10)

م	الأبعاد	قيمة (ر) ودالاتها	لغة سبيرمان براون
1	أبعاد المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي	0.830	0.907
2	المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي	0.786	0.880
3	الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي	0.753	0.859
4	مقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي	0.739	0.850
	ثبات استمارة استبيان المسؤولين ككل	0.844	0.916

يوضح الجدول السابق أن:

معظم معاملات الثبات للأبعاد تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها وأصبحت الأداة في صورتها النهائية.

■ تحديد مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي:

للحكم على مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي، بحيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة ($3 - 1 = 2$)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح ($0.67 = 3/2$) 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:

جدول رقم (4)

يوضح مستويات المتوسطات الحسابية لأبعاد الدراسة

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1 إلى 1.67
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1.68 إلى 2.34
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 2.35 إلى 3

■ أساليب التحليل الإحصائي:

تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS.V. 24.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، ومعامل (ألفا - كرونباخ) للثبات، وتحليل الانحدار البسيط، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعامل التحديد، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين، وتحليل التباين أحادي الاتجاه.

نتائج الدراسة الميدانية:

المحور الأول: وصف المسئولين مجتمع الدراسة:

جدول رقم (5)

يوضح وصف المسئولين مجتمع الدراسة، (ن=67)

م	المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	الجنس	41	6
2	عدد سنوات الخبرة في مجال العمل	16	4
	النوع	أى	%
1	ذكر	41	61.2
2	أنثى	26	38.8
	المجموع	67	100
	المؤهل العام	أى	%
1	مؤهل جامعي	53	79.1
2	دبلوم دراسات عليا	8	11.9
3	ماجستير	4	6
4	دكتوراه	2	3
	المجموع	67	100
	الموظفة	أى	%
1	مدير عام مستشفى الصحة	1	1.5
2	وكيل مديرية الصحة	2	3
3	مدير إدارة	10	14.9
4	إداري	54	80.6
	المجموع	67	100
	الإدارة التابعة لها	أى	%
1	مستشفى الصحة بمرسى مطرية	3	4.5
2	إدارة خدمة المواطنين	8	11.9
3	إدارة العلاقات العامة	7	10.4
4	إدارة التخطيط والمتابعة	7	10.4
5	الإدارة العامة للشئون الوقائية	9	13.4
6	الإدارة العامة للشئون العلاجية	8	11.9
7	إدارة الجودة	5	7.5

10.4	7	الإدارة العامة لطب الأسنان	8
10.4	7	إدارة الخدمة الاجتماعية	9
9	6	إدارة تقنية المعلومات والاتصالات	10
100	67	المجموع	

يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد (44) سنة، وبانحراف معياري (6) سنوات تقريباً. مما يعكس مرحلة الرشد للغالبية. ما أشارت إليه دراسة (البنى شعبان، 2015م)
- متوسط عدد سنوات خبرة المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد في مجال العمل (16) سنة، وبانحراف معياري (4) سنوات تقريباً. وهذا يدل على مستوى عالٍ من الخبرة في مجال العمل.
- أكبر نسبة من المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد ذكور بنسبة (61.2%)، بينما الإناث بنسبة (38.8%). ما أشارت إليه دراسة (نوال عبد الرحمن محمد الحوراني، 2013م)
- أكبر نسبة من المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد حاصلين علي مؤهل جامعي بنسبة (79.1%)، يليها الحاصلين علي دبلوم دراسات عليا بنسبة (11.9%)، ثم الحاصلين علي ماجستير بنسبة (6%)، وأخيراً الحاصلين علي دكتوراه بنسبة (3%). مما يعكس مهارة الأداء والقدرة على العطاء في العمل.
- أكبر نسبة من المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد وظيفتهم إداري بنسبة (80.6%)، يليها مدير إدارة بنسبة (14.9%)، ثم وكيل مديريةية الصحة بنسبة (3%)، وأخيراً مدير عام مديريةية الصحة بنسبة (1.5%).
- أكبر نسبة من المسؤولين بمديرية الصحة بمحافظة بورسعيد الإدارة العامة للشئون الوقائية بنسبة (13.4%)، يليها إدارة خدمة المواطنين، الإدارة العامة للشئون العلاجية بنسبة (11.9%)، ثم إدارة العلاقات العامة، إدارة التخطيط والمتابعة، الإدارة العامة لطب الأسنان، إدارة الخدمة الاجتماعية بنسبة (10.4%)، يليها إدارة تقنية المعلومات والاتصالات بنسبة (9%)، ثم إدارة الجودة بنسبة (7.5%)، وأخيراً ديوان عام مديريةية الصحة ببورسعيد بنسبة (4.5%). وهذا يدل على تنوع وتعدد الخدمات المقدمة للمرضى بمحافظة بورسعيد. تتفق مع نتائج دراسة (غادة عبيد، 2015م)

المحور الثاني: أبعاد استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي:

(1) الثقافة الرقمية:

جدول رقم (6)

يوضح الثقافة الرقمية، (ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
3	0.7	2.49	11.9	8	26.9	18	61.2	41	1	تعقد المنظمة دورات تدريبية في مجال تكنولوجيا المعلومات
2	0.66	2.49	9	6	32.8	22	58.2	39	2	يتم توزيع كتيبات أو نشرات تثقيفية في مجال البرمجيات ونظم الاتصالات
4	0.55	2.4	3	2	53.7	36	43.3	29	3	أساعد زملائي في تعلم أنظمة التشغيل وأساليب التواصل الاجتماعي
5	0.68	2.33	11.9	8	43.3	29	44.8	30	4	يتم تشجيعي مادياً ومعنوياً للتعامل مع التقنيات الرقمية الحديثة
6	0.63	2.15	13.4	9	58.2	39	28.4	19	5	يتوافر الخبراء والمتخصصين في مجال تكنولوجيا الاتصالات
1	0.58	2.58	4.5	3	32.8	22	62.7	42	6	تقدم إدارة الجودة الإرشادات التكنولوجية اللازمة لجميع المسؤولين بالإدارة
مستوى مرتفع	0.38	2.41	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى الثقافة الرقمية كأحد أبعاد استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.41) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي الترتيب الأول تقدم إدارة الجودة الإرشادات التكنولوجية اللازمة لجميع المسؤولين بالإدارة بمتوسط حسابي (2.58) يليه الترتيب الثاني يتم توزيع كتيبات أو نشرات تثقيفية في مجال البرمجيات ونظم الاتصالات بمتوسط حسابي (2.49) وأخيراً الترتيب السادس يتوافر الخبراء والمتخصصين في مجال تكنولوجيا الاتصالات بمتوسط حسابي (2.15). مما يعكس إهتمام الجهات المعنية بنشر الثقافة التكنولوجية. وتتفق مع دراسة (Cockburn , Tom, Emerging , 2020) ودراسة (خزام ، منى ، 2008)

(2) الشمول الرقمي:

جدول رقم (7)

يوضح الشمول الرقمي، (ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.66	2.43	9	6	38.8	26	52.2	35	يمكنني النفاذ إلى المعلومات بسهولة	1
4	0.72	2.3	14.9	10	40.3	27	44.8	30	استطيع التواصل مع الزملاء عبر شبكة الانترنت	2
3	0.59	2.34	6	4	53.7	36	40.3	27	يتوافر لدى في محل عملي جهاز حاسب آلي خاص	3
6	0.75	2.25	17.9	12	38.8	26	43.3	29	لدى حساب خاص على الشبكة المحلية للعمل	4
5	0.7	2.25	14.9	10	44.8	30	40.3	27	يتوافر تطبيقات ومحتوى على شبكة الانترنت تمكنني من المشاركة	5

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.66	2.48	9	6	34.3	23	56.7	38	يمكن الوصول المتكافئ للمعلومات لجميع العاملين	6
مستوى متوسط ط	0.37	2.34	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى الشمول الرقمي كأحد أبعاد استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي كما يحدده المسئولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.34)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يمكن الوصول المتكافئ للمعلومات لجميع العاملين بمتوسط حسابي (2.48)، يليه الترتيب الثاني يمكنني النفاذ إلى المعلومات بسهولة بمتوسط حسابي (2.43)، وأخيراً الترتيب السادس لدى حساب خاص على الشبكة المحلية للعمل بمتوسط حسابي (2.25). مما يعكس حاجة العاملين لتزويدهم بالأجهزة التكنولوجية، وتحسين خدمات شبكة الانترنت مع توفير حساب خاص لكل مسئول على الشبكة المحلية للعمل

(3) المهارات الرقمية:

جدول رقم (8)

يوضح المهارات الرقمية، (ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.68	2.48	10.4	7	31.3	21	58.2	39	أجيد حفظ البيانات واسترجاعها وقت الحاجة إليها	1
5	0.56	2.19	7.5	5	65.7	44	26.9	18	أتمكن من فتح الملفات المستلمة بسهولة	2
4	0.68	2.25	13.9	9	47.32	38	38.26	26	يإمكاني البحث عن المعلومات التي	3
6	0.72	2.13	19.13	13	47.32	32	32.22	22	أقوم بحماية البيانات على الحاسب	4
3	0.58	2.31	6.4	4	56.38	37	37.25	25	أستطيع التعامل مع متصفح الانترنت	5
2	0.69	2.36	11.8	8	40.27	47	47.32	32	أعرف كيفية إرسال الرد على الرسائل	6
مستوى متوسط ط	0.39	2.29	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى المهارات الرقمية كأحد أبعاد استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي كما يحددها المسئولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.29)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول أجيد حفظ البيانات واسترجاعها وقت الحاجة إليها بمتوسط حسابي (2.48)، يليه الترتيب الثاني أعرف كيفية إرسال الرد على الرسائل المستقبلية بمتوسط حسابي (2.36)، وأخيراً الترتيب السادس أقوم بحماية البيانات على

الحاسب بسهولة ويسر بمتوسط حسابي (2.13) وهذا يعكس ضرورة إهتمام المسؤولين بتنمية القدرات الفنية والمهارية للعاملين وعقد دورات تدريبية وورش عمل لتمكينهم من التعامل مع التقنيات الرقمية. يتتفق مع نتائج (Gasser, urs and et all ، 2014) ودراسة (خيرات عبد الحكيم ومحمد جمعة 2021م)

(4) دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات:

جدول رقم (9)

يوضح دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، (ن=67)

الترتيب	الانحراف	المتوسط	البيانات						العبارات	م
			ن	أ	%	ن	أ	%		
1	0.74	2.43	14.9	10	26.9	58.18	39.2	39	1	يتم تطوير نظم التشغيل والبرمجيات بصفة مستمرة
3	0.7	2.15	17.12	12	49.33	32.22	22	22	2	يتم تحديث الأجهزة والوسائل
2	0.76	2.22	19.13	13	38.26	41.28	28	28	3	يتم ربط شبكة الاتصال
5	0.73	2.12	20.14	14	46.31	32.22	22	22	4	يمكن استخدام أنظمة الرعاية
6	0.75	2.01	26.18	18	44.30	28.19	19	19	5	يتم إنشاء مجموعات للدعم
4	0.76	2.15	22.15	15	40.27	37.25	25	25	6	يتم إنشاء السجلات الصحية
مستوى متوسط	0.54	2.18	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات كأحد أبعاد استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي كما يحدده المسؤولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.18)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تطوير نظم التشغيل والبرمجيات بصفة مستمرة بمتوسط حسابي (2.43) يليه الترتيب الثاني يتم ربط شبكة الاتصال بالجهاز بشبكة الإنترنت العالمية بمتوسط حسابي (2.22) وأخيراً الترتيب السادس يتم

إنشاء مجموعات للدعم الصحي عبر الانترنت بمتوسط حسابي (2.01) وهذه النتيجة تؤكد على ضرورة دعم خدمات الصحة الإلكترونية وهذا ما أكدت عليه دراسة (Poupko,Ouri 2020)

المحور الثالث: أبعاد المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي:

(1) المشاركة في عملية تحديد المشكلة:

جدول رقم (10)

يوضح المشاركة في عملية تحديد المشكلة،(ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.6	2.61	6	4	26.9	18	67.2	45	1	أناقش مع زملائي بالعمل حول المشكلات اليومية الخاصة بالعمل
4	0.58	2.43	4.5	3	47.8	32	47.8	32	2	أشترك في تحديد المشكلات اليومية الخاصة بالعمل
7	0.71	2.28	14.9	10	41.8	28	43.3	29	3	أساعد في تقدير احتياجات العمل
6	0.62	2.28	9	6	53.7	36	37.3	25	4	استخدم الإحصاءات الموثقة لتحديد مشكلات العمل
3	0.53	2.46	1.5	1	50.7	34	47.8	32	5	أساعد زملائي في تشخيص أسباب المشكلات
5	0.46	2.3	-	-	70.1	47	29.9	20	6	أساهم في ترتيب أولويات مشكلات العمل
1	0.58	2.7	6	4	17.9	12	76.1	51	7	أضطلع على تقارير الانجاز لتحديد مشكلات العمل والربط بين أسبابها بدقة

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
مستوى مرتفع	0.29	2.44	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى المشاركة في عملية تحديد المشكلة كأحد أبعاد المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.44)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول (2.7)، يليه الترتيب الثاني أتناقش مع زملائي بالعمل حول المشكلات اليومية الخاصة بالعمل بمتوسط حسابي (2.61)، وأخيراً الترتيب السابع أساعد في تقدير احتياجات العمل بمتوسط حسابي (2.28) وهذه النتيجة تعكس وعى المسؤولين بمشكلات العمل. تتفق مع نتائج دراسة (Huang "j" Wesley Yanliu, 2013)

(2) المشاركة في عملية تحديد البدائل الممكنة:

جدول رقم (11)

يوضح المشاركة في عملية تحديد البدائل الممكنة، (ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.58	2.69	6	4	19	13	74	50	أقترح مجموعة من الحلول لمواجهة مشكلات	1
2	0.56	2.43	3	2	50	34	46	31	أعبر عن رأيي في تحديد أفضل البدائل الممكنة	2
4	0.61	2.33	7.5	5	52	35	40	27	أدرس أفضل الحلول الممكنة لمواجهة المشكلة	3
3	0.63	2.42	7.5	5	43	29	49	33	أعرض مزايا وعيوب كل بديل متاح لحل	4
5	0.65	2.28	10	7	50	34	38	26	أتحقق من إمكانية تطبيق البديل الأمثل	5

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
7	0.64	2.21	11.8	8	55.37	32.22	22	أفحص جميع البدائل الممكنة لمواجهة	6	
6	0.77	2.27	19.13	13	34.23	46.31	31	أشترك مع زملائي في مراجعة التجارب السابقة	7	
مستو	0.29	2.38	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى المشاركة في عملية تحديد البدائل الممكنة كأحد أبعاد المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.38)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول أقتراح مجموعة من الحلول لمواجهة مشكلات العمل اليومية بمتوسط حسابي (2.69)، يليه الترتيب الثاني أعبر عن رأيي في تحديد أفضل البدائل الممكنة بمتوسط حسابي (2.43)، وأخيراً الترتيب السابع أفحص جميع البدائل الممكنة لمواجهة المشكلات بمتوسط حسابي (2.21) مما يعكس إهتمام المسؤولين وسعيهم لإيجاد حلول ما أشارت إليه دراسة (Gomez,Santos ، 2008 م) (3) المشاركة في عملية اتخاذ القرار:

جدول رقم (12)

يوضح المشاركة في عملية اتخاذ القرار، (ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.73	2.49	13.4	9	23.9	62.16	42.7	أشارك في تحديد متطلبات اتخاذ القرار	1	
2	0.69	2.36	11.9	8	40.3	47.27	32.8	أقوم بتحديد أهداف القرار بدقة قبل الموافقة على اتخاذه	2	
4	0.71	2.28	14.9	10	41.8	43.28	29.3	أتناقش مع زملائي حول مزايا القرار قبل اتخاذه	3	

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
5	0.7	2.1	19.4	13	50.7	34	29.9	20	أقيم الصعوبات التي يمكن أن تواجهه تطبيق القرار	4
6	0.64	2.07	16.4	11	59.7	40	23.9	16	أساهم في تحديد البديل ذات الفوائد الأكبر	5
3	0.78	2.31	19.4	13	29.9	20	50.7	34	أراعى ارتباط البديل بأهداف المنظمة قبل اتخاذه	6
مستوى متوسط	0.39	2.27	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى المشاركة في عملية اتخاذ القرار كأحد أبعاد المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي كما يحددها المسؤولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.27)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول أشارك في تحديد متطلبات اتخاذ القرار بمتوسط حسابي (2.49)، يليه الترتيب الثاني أقوم بتحديد أهداف القرار بدقة قبل الموافقة على اتخاذه بمتوسط حسابي (2.36)، وأخيراً الترتيب السادس أساهم في تحديد البديل ذات الفوائد الأكبر بمتوسط حسابي (2.07). تؤكد هذه النتائج على ضرورة إضطلاع العاملين على ما هو جديد في مجال الفكر الإداري والأساليب الفنية لإختيار البديل الأمثل، تتفق مع دراسة (Philibin، 2005)

(4) المشاركة في عملية تنفيذ القرار:

جدول رقم (13)

يوضح المشاركة في عملية تنفيذ القرار، (ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			ك	%	ك	%	ك	%		
1	0.58	2.58	4.5	3	32.8	22	62.7	42	اشترك في اختيار الوقت المناسب للإعلان عن القرار	1
2	0.57	2.27	6	4	61.2	41	32.8	22	استشير الخبراء حول إمكانية تطبيق القرار	2
6	0.64	2.12	14.9	10	58.2	39	26.9	18	أدرس اتخاذ قرارات أخرى لتفادي أي إخفاق في التطبيق	3
7	0.62	2.06	16.4	11	61.2	41	22.4	15	أقترح بعض المعالجات لمواجهة صعوبات التنفيذ في حال وجودها	4
4	0.72	2.24	16.4	11	43.3	29	40.3	27	ألتزم بتنفيذ القرار حتى لو يتعارض مع رغباتي	5
3	0.63	2.24	10.4	7	55.2	37	34.3	23	أحترم استجابة الزملاء للقرار ومدى تقبلهم له	6
5	0.67	2.13	16.4	11	53.7	36	29.9	20	أساعد في الإعلان عن بدء تنفيذ القرار	7
مستوى متوسط	0.34	2.23	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى المشاركة في عملية تنفيذ القرار كأحد أبعاد المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي كما يحددها المسؤولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.23)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول اشترك في اختيار الوقت المناسب للإعلان عن القرار بمتوسط حسابي (2.58)، يليه الترتيب الثاني استشير الخبراء حول إمكانية تطبيق القرار بمتوسط حسابي (2.27)، وأخيراً الترتيب السابع اقترح بعض المعالجات لمواجهة صعوبات التنفيذ في حال وجودها بمتوسط حسابي (2.06). هذه النتيجة تؤكد على ضرورة إتخاذ ما يلزم من إجراءات لضمان تطبيق القرارات، تتفق مع نتائج دراسة (زينهم مشحوت: 2014م)

(5) المشاركة في عملية متابعة وتقييم نتائج القرار:

جدول رقم (14)

يوضح المشاركة في عملية متابعة وتقييم نتائج القرار، (ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.7	2.42	11.9	8	34.3	23	53.7	36	أساهم في جمع بيانات دقيقة عن نتائج تنفيذ القرار	1
7	0.63	2.19	11.9	8	56.7	38	31.3	21	أشترك في اتخاذ القرارات التصحيحية لتعديل نتائج القرار	2
6	0.71	2.22	16.4	11	44.8	30	38.8	26	أتناقش مع زملائي حول تعديل التأثيرات السلبية للقرار	3
8	0.65	2.06	17.9	12	58.2	39	23.9	16	أشارك في فحص النتائج المرغوبة وغير المرغوبة للقرار	4
5	0.68	2.25	13.4	9	47.8	32	38.8	26	أشترك في تحديد أسباب النتائج السلبية للقرار	5

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
3	0.63	2.4	7.5	5	44.8	30	47.8	32	أساهم في نشر وتعزيز النتائج الايجابية للقرار	6
4	0.58	2.39	4.5	3	52.2	35	43.3	29	أربط بين أسباب المشكلة ونتائج القرار	7
1	0.56	2.52	3	2	41.8	28	55.2	37	أتابع مدى تطبيق القرارات ومدى إمكانية تحسين نتائجه	8
مستوى متوسط	0.29	2.31	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى المشاركة في عملية متابعة وتقييم نتائج القرار كأحد أبعاد المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي كما يحددها المسؤولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.31)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول أتابع مدى تطبيق القرارات ومدى إمكانية تحسين نتائجه بمتوسط حسابي (2.52)، يليه الترتيب الثاني أساهم في جمع بيانات دقيقة عن نتائج تنفيذ القرار بمتوسط حسابي (2.42)، وأخيراً الترتيب الثامن أشرك في فحص النتائج المرغوبة وغير المرغوبة للقرار بمتوسط حسابي (2.06). مما يستلزم العمل على توفير آليات لضمان متابعة تنفيذ القرارات، وكذلك توفير مقاييس لتقييم نتائجه، ما أشارت إليه دراسة (يوسف بن يزة , وهيبه سغيري، 2019م)

المحور الرابع: الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي
بالقطاع الصحي:

جدول رقم (15)

يوضح الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع
الصحي

(ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
9	0.84	2.3	23.9	16	22.7	15	53.7	36	غياب الرقابة اللازمة	1
17	0.75	2.04	25.4	17	44.8	30	29.9	20	ضعف الشفافية في الممارسات المهنية	2
18	0.7	2.03	22.4	15	52.2	35	25.4	17	ضعف نظام المحاسبية للجهاز الإداري بالقطاع الصحي	3
8	0.54	2.36	3	2	58.2	39	38.8	26	القرارات الروتينية الجامدة المعرقة للعمل	4
5	0.66	2.45	9	6	37.3	25	53.7	36	عدم توافر خطط لمواكبة التغيرات السريعة والمتلاحقة في تكنولوجيا المعلومات	5
1	0.66	2.67	10.4	7	11.9	8	77.6	52	ضعف التمويل اللازم الموجه للبرامج الصحية	6
6	0.63	2.4	7.5	5	44.8	30	47.8	32	غياب سياسة تمويلية تنموية واضحة للبرامج	7
12	0.68	2.25	13.9	9	47.32	32	38.26	26	عدم إشباع الاحتياجات المادية اللازمة	8

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
			4	8	8				للعاملين	
10	0.73	2.27	16.4	11	40.3	27	43.3	29	عدم توافر الإمكانيات المادية اللازمة لتعزيز تواصل العاملين إلكترونياً	9
4	0.7	2.51	11.9	8	25.4	17	62.7	42	عدم توافر طاقم فني متخصص لصيانة وتطوير الوسائل التكنولوجية	10
11	0.64	2.25	10.4	7	53.7	36	35.8	24	عدم توافر العدد الكاف من العاملين المتخصصين في مجال البرمجيات	11
16	0.65	2.18	13.4	9	55.2	37	31.3	21	قلة أعداد العاملين المتدربين للتعامل مع التقنيات الرقمية الحديثة	12
15	0.69	2.21	14.9	10	49.3	33	35.8	24	رفض بعض العاملين المشاركة في العمل بالأساليب التكنولوجية الحديثة	13
13	0.55	2.22	6	4	65.7	44	28.4	19	عدم توافر كادر إداري كاف بالمنظمة	14
3	0.68	2.51	10.4	7	28.4	19	61.2	41	عدم التحسين والتطوير في الأدوات والأجهزة المستخدمة	15
7	0.62	2.37	7.5	5	47.8	32	44.8	30	عدم تحديث الموقع الإلكتروني للمنظمة بصفة مستمرة	16
14	0.54	2.21	6	4	67.2	45	26.9	18	عدم وجود إدارة للدعم الفني وتقديم الاستشارات المهنية	17
2	0.66	2.52	9	6	29.9	20	61.2	41	عدم توافر أساليب التدريب اللازمة	18

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
مستوى متوسط ط	0.28	2.32	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي كما يحددها المسئولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.32)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ضعف التمويل اللازم الموجه للبرامج الصحية بمتوسط حسابي (2.67)، يليه الترتيب الثاني عدم توافر أساليب التدريب اللازمة بمتوسط حسابي (2.52)، ثم الترتيب الثالث عدم التحسين والتطوير في الأدوات والأجهزة المستخدمة بمتوسط حسابي (2.51)، وأخيراً الترتيب الثامن عشر ضعف نظام المحاسبية للجهاز الإداري بالقطاع الصحي بمتوسط حسابي (2.03). مما يؤكد على حاجة القطاع الصحي إلى زيادة ميزانيته وإيجاد سبل وقنوات شرعية لدعم تمويل برامج الصحة الإلكترونية ما توصلت إليه دراسة (Dutton willion and et all، 2015) ودراسة (عاشور عبد المنعم، 2020م)

المحور الخامس: مقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي
بالقطاع الصحي:

جدول رقم (16)

يوضح مقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي

(ن=67)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
3	0.53	2.67	3	2	26.18	70.47	1	توفر ضمانات قانونية وتشريعية لحماية أمن	1	
11	0.56	2.46	3	2	47.32	49.33	2	رسم سياسة تنظم العلاقة بين الأجهزة	2	
7	0.66	2.54	9	6	28.19	62.42	3	استصدار تشريعات تنظم مشاركة المجتمع	3	
18	0.62	2.28	9	6	53.36	37.25	4	استحداث لوائح تعزز تواصل العاملين عبر	4	
8	0.53	2.52	1.5	1	44.30	53.36	5	تعزيز دور الجهات الرقابية	5	
4	0.56	2.55	3	2	38.26	58.39	6	تشجيع القيادات ودعم مبادرات تطوير العمل	6	
10	0.64	2.48	7.5	5	37.25	55.37	7	نشر الثقافة الرقمية في مختلف الأجهزة القومية	7	
16	0.54	2.36	3	2	58.39	38.26	8	تصميم بيئات تعلم رقمي وإشباع الاحتياجات	8	
5	0.68	2.55	10.	7	23.16	65.44	9	تعزيز الشراكة مع المؤسسات الرائدة في مجال	9	
1	0.48	2.73	1.5	1	23.16	74.50	10	دعم البيئة التحتية وتكنولوجيا المعلومات	10	
14	0.55	2.39	3	2	55.37	41.28	11	تحسين الشبكة الإلكترونية للربط بين الإدارات المختلفة بالمنظمة	11	
17	0.64	2.34	9	6	47.32	43.29	12	تعزيز القدرة المالية لبرامج التمويل بالقطاع الصحي	12	

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
15	0.71	2.37	13.4	9	35.8	24	50.7	34	تحديث برامج وأنظمة التشغيل بصفة مستمرة	13
2	0.55	2.72	4.5	3	19.4	13	76.1	51	تنظيم ورش عمل في مجال تكنولوجيا المعلومات بصفة مستمرة	14
19	0.58	2.24	7.5	5	61.2	41	31.3	21	عقد دورات تدريبية لجميع العاملين بالمنظمة في مجال البرمجيات وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات	15
12	0.68	2.45	10.4	7	34.3	23	55.2	37	محو الأمية التكنولوجية للعاملين بالقطاع الصحي	16
13	0.61	2.43	6	4	44.8	30	49.3	33	تشجيع روح المبادرة والابتكار والإبداع لدى العاملين	17
9	0.56	2.48	3	2	46.3	31	50.7	34	تمكين العاملين من استخدام أحدث التقنيات الرقمية	18
6	0.56	2.54	3	2	40.3	27	56.7	38	الاستعانة بخبراء ومستشارين في تطوير البرامج الرقمية	19
مستوى مرتفع	0.24	2.48	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى مقترحات تفعيل إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي كما يحددها المسئولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.48)، ومؤشرات ذلك

وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول دعم البيئة التحتية وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات بمتوسط حسابي (2.73)، يليه الترتيب الثاني تنظيم ورش عمل في مجال تكنولوجيا المعلومات بصفة مستمرة بمتوسط حسابي (2.72)، ثم الترتيب الثالث توفر ضمانات قانونية وتشريعية لحماية أمن البيانات بمتوسط حسابي (2.67)، وأخيراً الترتيب التاسع عشر عقد دورات تدريبية لجميع العاملين بالمنظمة في مجال البرمجيات وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات بمتوسط حسابي (2.24) ما أشارت إليه نتائج دراسة Custers, Bart and et all (2017،) ودراسة (محمود عبد الله محمد منصور، 2020م)

المحور السادس: اختبار فروض الدراسة:

(4) اختبار الفرض الأول للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي متوسطاً ":

جدول رقم (17)

يوضح مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي ككل كما يحددها

المسئولون، (ن=67)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
1	الثقافة الرقمية	2.41	0.38	متوسط	1
2	الشمول الرقمي	2.34	0.37	متوسط	2
3	المهارات الرقمية	2.29	0.39	متوسط	3
4	دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات	2.18	0.54	متوسط	4
	أبعاد المجتمع الرقمي ككل	2.31	0.28	متوسط	

يوضح الجدول السابق أن: مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي ككل كما يحددها المسئولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.31)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول الثقافة الرقمية بمتوسط حسابي (2.41)، يليه الترتيب الثاني الشمول الرقمي بمتوسط حسابي (2.34)، وأخيراً الترتيب الرابع دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بمتوسط حسابي (2.18). مما يجعلنا نقبل الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي متوسطاً ".

(5) اختبار الفرض الثاني للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي متوسطاً ":

جدول رقم (18)

يوضح مستوى المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي ككل كما يحددها
المسئولون
(ن=67)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
				ب	ب
1	المشاركة في عملية تحديد المشكلة	2.44	0.20	مرتفع	1
2	المشاركة في عملية تحديد البدائل	2.38	0.29	مرتفع	2
3	المشاركة في عملية اتخاذ القرار	2.27	0.39	متوسط	4
4	المشاركة في عملية تنفيذ القرار	2.23	0.34	متوسط	5
5	المشاركة في عملية متابعة وتقييم	2.31	0.29	متوسط	3
	أبعاد صنع القرار التخطيطي ككل	2.33	0.18	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي ككل كما يحددها
المسئولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.33)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط
الحسابي: الترتيب الأول المشاركة في عملية تحديد المشكلة بمتوسط حسابي (2.44)، يليه
الترتيب الثاني المشاركة في عملية تحديد البدائل الممكنة بمتوسط حسابي (2.38)، وأخيراً
الترتيب الخامس المشاركة في عملية تنفيذ القرار بمتوسط حسابي (2.23). مما يجعلنا نقبل
الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى المشاركة في صنع القرار
التخطيطي بالقطاع الصحي متوسطاً ".

(6) اختبار الفرض الثالث للدراسة: " توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين استخدام المجتمع الرقمي والمشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي ":

جدول رقم (19)

يوضح تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين استخدام المجتمع الرقمي والمشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي

(ن=67)

معامل المتغير المستقل	معامل الانحدار B	اختبار (ت) T-Test	اختبار (ف) F-Test	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²
أبعاد المجتمع الرقمي ككل	0.348	**4.489	**20.148	**0.486	0.237

*

** معنوي عند (0.01)

معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن:

- بلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل " أبعاد استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي ككل " والمتغير التابع " أبعاد المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي ككل" كما يحددها المسئولون (0.486)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، وتدلل على وجود ارتباط طردي بين المتغيرين.
- وتشير نتيجة اختبار (ف) (F=20.148, Sig=0.000) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.237)، أي أن استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي يفسر (23.7%) من التغيرات في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.
- وقد بلغت قيمة معامل الانحدار (0.348) ، وهي تشير إلى وجود علاقة طردية بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير نتيجة اختبار ت (T=4.489 , Sig=0.000) إلى أن تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع يعتبر تأثيراً معنوياً وذا دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01).

- مما يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين استخدام المجتمع الرقمي والمشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي ".
المحور السابع: التصور التخطيطي المقترح لتنفيذ إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي:

من خلال استعراض الإطار النظري للدراسة ونتائج الدراسة الميدانية يمكن التوصل إلى تصور تخطيطي مقترح لتنفيذ إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي، وذلك كما يلي:

يعتمد التصور التخطيطي المقترح على العناصر التالية:

(أ) الأسس التي تم الاعتماد عليها في بناء التصور المقترح:

1. التراث النظري المرتبط بمهنة للخدمة الاجتماعية (التخصص العام للباحثة)، والتخطيط الاجتماعي (التخصص الدقيق للباحثة).
2. الإطار النظري للدراسة الحالية المرتبط بالمجتمع الرقمي وصنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.
3. الأهداف التي تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيقها.
4. نتائج الدراسات والبحوث السابقة المرتبطة بالدراسة الحالية.
5. نتائج الدراسة الحالية التي تعد إحدى الركائز الأساسية التي اعتمدت عليها الباحثة في بناء التصور المقترح.

(ب) أهداف التصور المقترح:

1. تفعيل استخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي.
2. تفعيل المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.
3. مواجهة الصعوبات التي تواجه إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.

(ج) ميكانيزمات تنفيذ التصور المقترح:

يمكن تنفيذ هذا التصور المقترح من خلال توفير مجموعة من الآليات:

(1) الآلية الأولى: تفعيل المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي:

- وتهدف هذه الآلية إلى تفعيل مشاركة كافة الأطراف المعنية من مستفيدين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي، ويمكن تنفيذ ذلك إجرائياً كما يلي:
- دراسة الاحتياجات والمشكلات الفعلية للمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية بالمجتمع.
 - تشجيع المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية علي التعبير عن رأيهم في الخدمات المقدمة لهم.
 - إتاحة فرص المشاركة أمام جميع المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية بعدالة.
 - تكافؤ فرص المشاركة واحترام آراء المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية وتنفيذها عند صنع القرارات التخطيطية.
 - توفير نظام بيانات ومعلومات كفاء لاتخاذ القرارات التخطيطية المتعلقة بالقطاع الصحي.
 - استخدام وسائل الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات في صنع القرارات التخطيطية المتعلقة بالقطاع الصحي.
- (2) الآلية الثانية: تدعيم الشراكة بين الدولة ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي:

- وتهدف هذه الآلية إلى تدعيم الشراكة بين الدولة ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي، ويمكن تنفيذ ذلك إجرائياً كما يلي:
- التنسيق بين الدولة ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص لتحديد أولويات خدمات الرعاية الصحية.
 - تجنيد جميع الأجهزة والأنظمة الاجتماعية المختلفة (من نظام صحي، اقتصادي، تعليمي، ديني، وإعلامي) للمساهمة في تحسين ودعم القطاع الصحي.
 - فتح قنوات اتصال بين الدولة ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
 - تعديل أنظمة العمل المعمول بها حالياً في القطاع الصحي لتتماشى مع أوضاع واحتياجات سوق العمل.
 - بناء نظام معلوماتي صحي مترابط ومتكامل من خلال شبكات وطنية بين مختلف المنظمات المحلية والقومية.
 - تشجيع منظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص على المشاركة في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

- تشجيع منظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص على توفير التمويل اللازم لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- تطبيق برنامج التحول الرقمي في كافة قطاعات العمل في الدولة والأخذ بسياسة الشباك الواحد
- إقامة روابط اتصال بين منظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص لتفعيل المشاركة المجتمعية لتطوير القطاع الصحي.
- دعم وتطوير البنية التحتية لمنظمات العمل بالقطاع الصحي وربطها مع بعضها بشبكة محلية مؤمنة .
- تعديل القوانين والتشريعات القائمة بما يسمح لمنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص بالمشاركة الفعالة في تطوير القطاع الصحي.
- إحداث تغييرات جذرية في أنظمة العمل الصحية المختلفة وكذلك بالقطاعات المعاونة لتسريع إنجاز العمل وترشيد إتخاذ القرارات.
- تبادل الموارد والإمكانيات بين الدولة ومنظمات المجتمع المدني والقطاع لتقديم خدمات الرعاية الصحية.

(3) الآلية الثالثة: تفعيل استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي:

- وتهدف هذه الآلية إلى تفعيل استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي، ويمكن تنفيذ ذلك إجرائياً كما يلي:
- توفير شبكة اتصالات تكنولوجية حديثة داخلية وخارجية بكافة مؤسسات القطاع الصحي.
 - نشر وتبادل المعلومات الطبية بين المختصين إلكترونياً.
 - إنشاء إدارات خاصة للخدمات الالكترونية للتعامل مع المستفيدين من القطاع الصحي.
 - تطبيق نظام الرعاية الصحية عن بعد.
 - التحديث المستمر لبيانات المستفيدين من القطاع الصحي.
 - تحقيق خدمات الطب الإتصالي.
 - توفير الحماية والأمن الرقمي للبيانات والمعلومات الخاصة بالمستفيدين من القطاع الصحي.

- إنشاء المستشفى الافتراضى على الإنترنت.
- تنفيذ ورش عمل لتدريب العاملين بالقطاع الصحي على أساليب وتقنيات المجتمع الرقمي.
- تطبيق أساليب النشر الإلكتروني، السجلات الطبية، الملف الطبى الإلكتروني، الصيدلية الذكية
- استخدام مختلف أشكال الاتصال الإلكتروني (البريد الإلكتروني، البريد الصوتي، المؤتمرات الإلكترونية، الاجتماعات الافتراضية عن بعد) في تقديم الخدمات.
- التعاون مع كافة القطاعات الخدمية والإنتاجية في تحقيق ميكنة كافة الخدمات بالقطاع الصحي.

(د) جهات تنفيذ التصور المقترح:

- 1 - رئاسة مجلس الوزراء .
- 2 - مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء .
- 3 - وزارة المالية .
- 4 - وزارة الصحة والسكان . 5 - وزارة التضامن الاجتماعي .
- 6 - وزارة التربية والتعليم .
- 7 - وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات .
- 8 - المجالس الطبية المتخصصة .
- 9 - المجلس القومي للاتصالات .
- 10 - المجالس المتخصصة لشئون الإعاقة . 11 - وزارة التعليم العالى .
- 12 - القطاع الخاص .
- 13 - منظمات المجتمع المدني .
- 14 - الهيئة العامة للتأمين الصحى الشامل .

(هـ) التوقع المستقبلي لعائد التصور المقترح:

- تتوقع الباحثة أن يكون هناك تحسناً في إسهامات المجتمع الرقمي في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي، وذلك كما يلي:
1. من المتوقع وضع خطط إستراتيجية بعيدة المدى لاستخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي.
 2. من المتوقع تحقيق الشراكة بين الدولة ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.

3. من المتوقع تحقيق الترابط والتكامل بين مختلف الجهات المعنية بالرعاية الصحية لاستخدام المجتمع الرقمي.

4. من المتوقع سن التشريعات والقوانين اللازمة لاستخدام المجتمع الرقمي بالقطاع الصحي.

المحور الثامن: قضايا مقترحة لدراسات مستقبلية:

1. التخطيط لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية في المجتمع المصري.

2. فعالية خدمات الرعاية الصحية الحكومية والأهلية - دراسة مقارنة.

3. المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص وتفعيل المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.

4. المسؤولية الاجتماعية للقطاع الأهلي وتفعيل المشاركة في صنع القرار التخطيطي بالقطاع الصحي.

المراجع المستخدمة

اولا : المراجع العربية

1. احمد إبراهيم حمزة 2005 م: واقع عملية صنع القرار في منظمات المجتمع المدني كمؤشر للإصلاح الاجتماعى ، المؤتمر العلمى (18) ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
2. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربى آسيا (الإسكوا)، 2009م، بناء الثقة بالخدمات الإلكترونية، الامم المتحدة،
3. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربى آسيا (الإسكوا)، 2019م، مؤشر نضوج الخدمات الحكومية الإلكترونية والنقالة 2019، الامم المتحدة.
4. أحمد عبد الفتاح ناجى 2016م: تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات من أجل التنمية ببلدان العالم النامى فى ظل العولمة رؤية تحليلية ، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، العدد (4)،
5. أحمد محمد حسن البربيرى 2012م.: استكشاف أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على قناعات الأخصائيين الاجتماعيين باستخدام البحث العلمى ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، العدد (33) ،
6. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والصندوق العربى للإنماء الاقتصادى والاجتماعى 2003م ، تقرير التنمية الإنسانية العربية نحو إقامة مجتمع المعرفة،
7. تشارلز، فيليبس(2012)، اقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحى: المسار الأمريكى، المكتب العربى الحديث.
8. خيرات سيد عبد الحكيم ومحمد جمعة على 2021 ،: المهارات الرقمية كآلية لبناء قدرات العاملين بالجمعيات الأهلية ، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية ، العدد ، 22 ، جامعة الفيوم.
9. دراسة حالة علي برنامج التربية والتعليم بوكالة الغوث الدولى غزة 2013م ، رسالة ماجستير، غير منشورة ، كلية التجارة، الجامعة الاسلامية، غزة،
10. دلال عبد الواحد الهدهود 1996 م: واقع عملية إتخاذ القرار فى مدارس التعليم العامة ، المجلة التربوية ، كلية التربية ، جامعة الكويت .
11. ربحي مصطفى عليان، مجتمع المعلومات والواقع العربى 2005، ، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

12. روبرت مادلين 2019 م: المشاركة الرقمية الحل الشامل للقطاع العام ، مجلة دبي للسياسات ، العدد الأول ، كلية محمد بن راشد للإدارة الحكومية ،
13. ريماء على حلاق 2015م: دور إدارة المعرفة في إتخاذ القرارات من وجهة نظر المديرين والمدرسين في مدارس الثانوية العامة بمدارس مدينة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة دمشق،
14. زينب معوض الباهي 2015م: المواطنة والمشاركة عبر المجتمعات الافتراضية ، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، العدد الأول .
15. زينب معوض الباهي 2015م: المواطنة والمشاركة عبر المجتمعات الافتراضية ، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، العدد الأول .
16. زينهم مشحوت سيد احمد خواجه 2014م.: الثقة كمتغير للمشاركة في صنع القرار التخطيطي على المستوى المحلي ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية و العلوم الإنسانية ، العدد (36) ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
17. سمير الشيخ علي 2014 م *مجتمع المعلومات والفجوة الرقمية في الدول العربية، مجلة جامعة دمشق-المجلد 30 - العدد (1) ،
18. عاشور عبد المنعم أحمد السيد 2020م: اسهامات الجماعات التطوعية في تعزيز قيم المواطنة الرقمية لدى أعضائها ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، العدد (3)، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.
19. عزيزو راشدة 2009م: المشاركة في عملية صنع القرار وسبل تفعيلها، الملتقى الدولي " صنع القرار في المؤسسة الإقتصادية " ، جامعة محمد بوضياف.
20. عليا سعد ثويني الحربي 2018م: توجهات الفلسفة التربوية لمجتمع المعرفة ومعوقات تطبيقها في المدارس الثانوية للبنات من وجهة نظر المعلمات في مدينة الرياض، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، العدد (11).
21. غادة إسماعيل حسن عبيد 2015م.: أبعاد إدارة المعرفة وعلاقتها بعملية إتخاذ القرار دراسة ميدانية على البنوك التجارية في قطاع غزة ، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر،
22. فينشينزو آكوارو 2019م: الحكومة الرقمية والتنمية المستدامة، مجلة دبي للسياسات "سياسات عامة لمستقبل رقمي" ، كلية محمد بن راشد للإدارة الحكومية، العدد الأول، يناير،
23. قاسم ، محمد رفعت (2008): تنظيم المجتمع الأسس النظرية للطريقة المهنية ، مركز نشر الكتاب الجامعي ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.

24. قسم سياسات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات شعبة التكنولوجيا من أجل التنمية 2020م ، تقرير التنمية الرقمية العربية 2019 نحو التمكين وضمان شمول الجميع، الامم المتحدة، بيروت.
25. لبنى يونس على شعبان 2017، عبء المعلومات وعلاقته بإتخاذ القرار فى المدارس الخاصة من وجهة نظر الإداريين فى العاصمة عمان، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية العلوم التربوية ، جامعة الشرق الأوسط ،
26. محمد عبد الله عبد الرحيم 2007م: حل المشاكل وصنع القرار " مشروع الطرق المؤدية إلى التعليم العالى ، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث ، كلية الهندسة ، جامعة القاهرة ،
27. محمد عبد الله عبد الرحيم 2007م: حل المشاكل وصنع القرار " مشروع الطرق المؤدية إلى التعليم العالى، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، كلية الهندسة، جامعة القاهرة.
28. محمد محمود مكاوى 2004م ، البيئة الرقمية بين سلبيات الواقع وامال المستقبل مجلة سيبريانس العدد (3) .
29. محمود عبد الله محمد منصور 2020م .: المواطنة الرقمية و تدعيم قيم راس المال الاجتماعى لدى الشباب الجامعى ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
30. منى عطية خزام 2008م ، التخطيط للتنمية البشرية المستدامة لاعادة تاهيل الشباب لسوق العمل في ظل البيئة الرقمية ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية و العلوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
31. ناصر الساعدي ، هناء الضحوى 2017م: المواطنة الرقمية إستراتيجية تعزيز المواطنة والاعتدال باستخدام وسائل التواصل الاجتماعى لمواجهة التحديات والتطرف والتكفير فى دول مجلس التعاون الخليجى ، مركز الأمير خالد الفيصل ، جامعة الملك عبد العزيز .
32. نوال عبد الرحمن محمد الحوراني 2013م: مقارنة بين كيفية اتخاذ القرار بين المدراء والمديرات ، رسالة ماجستير من كلية ادارة الاعمال الجامعة الاسلامية - غزة
33. هناء عبد التواب : (2008) : اليات تفعيل التسويق الاجتماعى كمدخل لتنمية الوعى بالصحة الإنجابية لدى المرأة الريفية دراسة من منظور الخدمة الاجتماعية ، المؤتمر الدورى الحادى و العشرون ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.
34. وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات 2020م، جمهورية مصر العربية ، مسح استخدامات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات فى الأسر والأفراد .

35. وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات 2020م، تقرير عن مستخدمي شبكة الانترنت بجمهورية مصر العربية ،
36. وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات ج.م.ع 2012 م: الإستراتيجية القومية للاتصالات وتكنولوجيا المعلومات ، 2012 - 2017 م ، المجتمع المصرى الرقمى فى ظل اقتصاد المعرفة .
37. وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإدارى، ج.م.ع 2021م ، محافظة بورسعيد، بورسعيد، قاطرة التنمية.
38. يوسف بن يزة ، وهيبه سغيري 2019م.: إسهام البيئة الرقمية فى دعم الديمقراطية التشاركية أدوات المشاركة عن بعد نموذجا، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد الأول ، جامعة باتنة ،
- ثانيا المراجع الاجنبية :
1. Burnap, P. and M. L. Williams (2015). "Cyber hate speech on twitter: An application of machineclassification and statistical modeling for policy and decision making." Policy & Internet .
 2. Cockburn, Tom2020, Emerging Impacts of Sociodigital Technology in the 'New Normal' of the Post-COVID19 Resilience, Regrowth and Renewal Period 2020-2021 and Beyond .
 3. Custers, and et all 2017, Lists of Ethical, Legal, Societal and Economic Issues of Big Data Technologies .
 4. Digital 2020: Egypt data report – global digital insights
 5. Dutton, William H. and Shapiro, Mitchell and Thelwall, Michael2015, The Internet for Urban Revitalization: Opening and Connecting Distributed Problem-Solving for Detroit .
 6. Gasser, Urs and Zittrain, Jonathan and Faris, Robert and Heacock Jones, Rebekah, Internet Monitor 2014: Reflections on the Digital World: Platforms, Policy, Privacy, and Public Discourse (December 15, 2014). Berkman Center Research Publication No. 2014-17,

7. Golbeck, J., J. M. Grimes and A. Rogers (2020). "Twitter use by the US Congress." Journal of the American Society for Information Science and Technology,
8. Gomez, Santos. (2008). Knowledge Management and the Analytical Methods for Decision Support, 17th Conference of the International Association for the Management of Technology. Gore, C strategic decision making british library publication data, n.y.
9. Herbert Simon's june,1959: theories of Decision-Making in economics and behavioral science, American economic association, ,vol.49, no.3
10. Jean-Charles Pomerol* Frederic Adam, Practical Decision Making ,2018: From the Legacy of Herbert Simon to Decision Support Systems University College Cork, Cork, Ireland
11. **Oxford, word power (2009), oxford university pressm n. y.**
12. Philbin (2005). Strategic Decision-making, Group Behavior, and Public Relations Strategies, University of Myrland, USA.
13. Poupko,Ouri 2020: Building a Sybil-resilient Digital society utilizing Trust Graph connectivity , The (14) International Symposium of Computer Science, Russia .
14. The RAND Corporation and the Courcham Institute2017.: Building Our Interconnected Community Findings from the 2017 Intellectual Leadership Program, Saint Monica and Cambridge,
15. Yanliu Huang “j” Wesley Nov,2013: The roles of planning , gearning , and mental models in Repeated dynamic decision making since direct , organizational behavior and human decision processes, vol(12) issue (2).