

المعوقات التي تحد من فاعلية تحقيق جودة الخدمات الصحية بالريف

إعداد الدارسة

ياسمين صلاح سيد

معيد بقسم التنمية والتخطيط

المخلص:

احتلت قضية التنمية بمختلف جوانبها مكاناً بارزاً في المجتمعات بكافة أنواعها على السواء، كما حظيت باهتمام العديد من الباحثين في مختلف المجالات باعتبارها الوسيلة المثلى لتحقيق حياة أفضل للمجتمعات ومستوى معيشة أفضل للأفراد وخاصة بعد أن اشتدت وطأة الصراع بين رواسب التخلف وآفاق التنمية، ولذلك 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 فهو الذى يصنعها ويوجهها ويستفيد من عائدها، لذلك كان من الضروري الاهتمام بجودة الخدمات الصحية التى تقدم للإنسان وتحديد أهم المعوقات التى تمنع تحقيق جودة الخدمات الصحية، وتنتمى هذه الدراسة إلى نمط الدراسات التقييمية، اعتمدت هذه الدراسة على اعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي بالعينة للمترددين على الوحدات الصحية الريفية بمحافظة الفيوم وعددهم (395) مفردة، وكذلك منهج المسح الاجتماعى الشامل للعاملين بالوحدات الصحية الريفية بمحافظة الفيوم وعددهم (134) مفردة، اعتمدت الباحثة في جمع البيانات من الميدان على استمارة استبار للمترددين واستمارة قياس للعاملين بالوحدات الصحية الريفية، وتدلل نتائج الدراسة على وجود معوقات تحد من فاعلية تحقيق جودة الخدمات الصحية بالريف.

الكلمات المفتاحية: المعوقات ، الجودة ، جودة الخدمة ، جودة الخدمات الصحية.

Abstract:

The issue of development in its various aspects has occupied a prominent place in societies of all kinds alike, and it has also attracted the attention of many researchers in various fields as it is the best way to achieve a better life for societies and a better standard of living for individuals. especially after the conflict between the deposits of underdevelopment and development prospects intensified, and therefore countries and societies are accelerating to achieve higher rates and levels of development and improve the quality of life. and the advancement of the human being in society, and therefore development cannot be without relying on the human being, as he is the one who makes it, directs it, and benefits from its return. therefore, it was necessary to pay attention to the quality of health services provided to people and to identify the most important obstacles that prevent the achievement of quality health services. this study belongs to the style of evaluative studies. this study relied on the use of the social survey method in the sample of the visitors to the rural health units in Fayoum Governorate, numbering (395) individuals. As well as the comprehensive social survey approach for workers in rural health units in Fayoum governorate, their number is (134) individuals. in collecting data from the field, the researcher relied on a survey form for frequenters and a measurement form for workers in rural health units. the results of the study indicate that there are obstacles that limit the effectiveness of achieving quality health services in rural areas.

Keywords: obstacles, quality, service quality, health services quality.

أولاً: مشكلة الدراسة وأهميتها:

احتلت قضية التنمية بمختلف جوانبها مكاناً بارزاً في المجتمعات بكافة أنواعها على السواء، كما حظيت باهتمام العديد من الباحثين في مختلف المجالات باعتبارها الوسيلة المثلى لتحقيق حياة أفضل للمجتمعات ومستوى معيشة أفضل للأفراد وخاصة بعد أن اشتدت وطأة الصراع بين رواسب التخلف وآفاق التنمية (ناجي؛ محمود، 2007، ص 5).

ولذلك 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 فهو الذى يصنعها ويوجهها ويستفيد من عائدها (السروجي؛ حسين، 2002، ص 5). وفي ذلك أشارت دراسة (عرفة زكى عثمان، 2014) إلى أن تنمية العنصر البشرى هي أساس عملية التنمية، ولا يمكن حدوث أو تحقيق التنمية إلا من خلال تنمية العنصر البشرى والقوى البشرية في المجتمع.

كما تعد التنمية بأنواعها عملية ديناميكية مستمرة تتبع من الكيان وتشمل جميع الاتجاهات، فهي كعملية مطردة تهدف إلى تبديل الأبنية الاجتماعية وتعديل الأدوار والمراكز وتحريك الإمكانات المتعددة الجوانب بعد رصدها وتوجيهها نحو تحقيق هدف التغيير في المعطيات الفكرية والقيمية وبناء دعائم الدولة العصرية وذلك من خلال تكافل القوى البشرية لترجمة الخطط العلمية التنموية إلى مشروعات فاعلة تؤدي مخرجاتها إلى إحداث التغييرات المطلوبة لعملية التنمية تهدف إلى النهوض بمستوى الصحة، والقضاء على الفقر والجوع ورفع مستويات المعيشة والتغذية وتوفير الأمن والقضاء على مسببات الجريمة وانحراف الأحداث وتعبئة أفراد المجتمع لخوض معركة التنمية (محمد، 2012، ص 57).

وإن العديد من التقارير والدراسات أثبتت أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول، ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية، فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة (تقرير مؤتمر الأمم المتحدة، 1992، ص 46).

حيث أكدت دراسة (الأبشيهي، 2011) أن الرعاية الصحية هي المظهر الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة في أي مجتمع من المجتمعات

ويعد الحق في الرعاية الصحية من أهم حقوق الإنسان، فحق الإنسان في الصحة مسلماً به في العديد من الوثائق الدولية، فالفقرة الأولى من المادة الخامسة والعشرون من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تنص على أن "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له

ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، 1948). وحقوق الإنسان كما هي منصوص عليها في القانون الدولي العام تتعلق في المقام الأول بالعلاقة بين الأفراد كأصحاب حقوق والدولة بصفتها المسؤول الأول، والفكرة الأساسية وراء الحق الإنساني في الصحة هي أن الدولة تمتنع عن المساس بصحة الناس، وتحميهم من العقبات، وتتخذ تدابير لضمان توفير ظروف العيش والعمل الصحي للناس، وقبل كل شيء حصولهم على الرعاية الصحية المناسبة (Krennerich, 2017, p 23).

ويشمل الحق في الصحة أربعة عناصر، هي (جلبي؛ أحمد، 2011، ص 271):

- 1- التوافر: أن يكون هناك قدر كاف من المرافق والخدمات الصحية بما يتناسب مع أفراد المجتمع
- 2- إمكانية الوصول: أن يستفيد جميع أفراد المجتمع من المرافق والسلع والخدمات الصحية، بمعنى ضمان توفير وإتاحة الحد الأدنى من تلك الخدمات لجميع فئات المجتمع دون أي تمييز على أساس النوع (ذكور أو إناث) أو الموقع الجغرافي (ريف أو حضر) أو المستوى الاقتصادي (شرائح الدخل المختلفة).
- 3- المقبولية: بما يعنى تقديم الخدمات الطبية بما يتفق مع ثقافة المجتمع السائد، وأن تراعى متطلبات الجنسين تبعاً للنسق القيمي السائد داخل المجتمع .
- 4- الجودة: وذلك من خلال تقديم الخدمات الطبية وفقاً لمعايير الجودة العالمية المتعارف عليها من حيث الكفاءة والفاعلية.

واستهدفت دراسة (M.Buffoli,etal.,2013) تحديد نقاط القوة والضعف بالمستشفى، وتحديد أولويات تنفيذ الحلول لتحسين هياكل الرعاية الصحية.

ويتم تقديم الخدمات الصحية من خلال عدد كبير من المؤسسات تتنوع فيما بينها ومن ثم تتفاوت في مستويات الخدمة المقدمة، وكذلك تتفاوت تكلفة الخدمة المقدمة، حيث توجد خدمات صحية عامة متاحة لجميع المواطنين، وهذه الخدمات تقدمها وزارة الصحة والسكان من خلال المستشفيات العامة والمركزية في الحضر والوحدات الصحية في الريف، وهناك خدمات صحية عامة تابعة للجامعات، حيث يمارس العمل فيها أعضاء الهيئة العلمية، بالإضافة إلى خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحي (حسان، 2004، ص 188).

وتعتبر الخدمات الصحية المجانية أو المدعمة في العلاج الاقتصادي حلقة مهمة في النظام العام للخدمات باعتبارها حق كفلة الدستور وذلك تدعيماً للدور القيادي لوزارة الصحة والسكان في مجال التخطيط الصحي ورسم سياسات واقتراح البرامج وخاصة في مجال الصحة

البيئية وتطوير نظم المعلومات، ورفع كفاءة العاملين وتحقيق اللامركزية في تنفيذ السياسة الصحية (علي، 2004، ص 270).

ولا شك أن حق المواطن في الحصول على الخدمات الطبية المختلفة في بلد من أهم عناصر ودعائم المجتمع الأساسية، ولقد امتد مفهوم الرعاية الصحية ليشمل إلى جانب تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، والرعاية الصحية أيضاً التي تعتمد على أسس محدده من أهمها، أن تتوافر للمواطن بالقرب من سكنه وعمله وأن تتوافر بجودة معينة بحيث يستطيع الحصول عليها ببسر وسهولة وأن يتحمل تكاليفها بما يتناسب مع دخله (بدرأوي، 2001، ص 18). كما تعد درجة تمتع المواطن بالحقوق الصحية في أي دولة من الدول، معياراً أساسياً لتقدم الدول وقياساً لقدرة الدولة على الرقى والرفع من شأن مواطنيها، ومدى قدرتها على توفير الحياه الكريمة والرعاية الصحية السليمة لهم (العميرة، 2003، ص 5).

كما أكدت دراسة (Appleman & Large 1995) على أهمية فريق الجودة في محاربة الأمراض، وتحسين جودة الرعاية الصحية وذلك من خلال تقوية عمل الفريق بالمستشفى او الوحدات الصحية وتوضيح مسؤولياته والتأكيد على أهمية تطبيق مبادئ التحسين المستمر لفريق الجودة بالمستشفى أو الوحدة الصحية.

حيث أن جودة خدمات الرعاية الصحية هي عبارة عن أسلوب أو منهج تتبعه إدارة المنظمات الرعاية الصحية من حسن إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه الفنية حسن التدبير الفني للدعاية الطبية والسلوكية، وحسن التفاعل بين مقدمي الخدمة والمستفيدين منها وأن تقدم الخدمة بأقل التكاليف الممكنة واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مثمر (الأحمدي، 2002، ص 62).

وهذا ما أشارت إليه دراسة (حنان على حسنين، 2011) أن جودة الخدمة هي تكامل مجهودات كافة الأنشطة والأقسام والتي يتم من خلالها إنتاج خدمة تلبى توقعات المستفيد. لذلك كان من الضروري الاهتمام بالجودة في الرعاية الصحية فتطبيق نظام الجودة في المستشفيات أو الوحدات الصحية يساعد في التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقات الذهنية والمادية ومن ثم التخلص منها ، كما يعد نظام الجودة أفضل النظم التي تمنح الصلاحيات للعاملين بالمشاركة ،ودفعهم للنجاح كما انه يساعد العاملين على تحديد ووضع الإجراءات اللازمة لتلبية احتياجات العمل وإشباع رغباته مع التحسين المستمر والمنتظم لذا تعد الجودة محور اهتمام كبير للقيادة الادارية التي تسعى لرفع مستوى أدائها من الناحية الانتاجية أو الخدمية خاصة في المستشفيات حكومية كانت أو خاصة (عسيري، 2012، ص 10).

كما استهدفت أيضاً دراسة (عصام الدين حلمي، 2001) التوصل إلى أسلوب مقترح لإدارة الجودة بالمستشفيات وكانت من أهم نتائج تلك الدراسة أنه يجب على المستشفيات الحكومية تبني أسلوب الجودة لتحسين مستوى الأداء الطبي والإدارة بالمستشفيات وضرورة مشاركة العاملين كفريق عمل لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

ثانياً: أهداف الدراسة:

- 1- تحديد المعوقات التي تحد من فاعلية تحقيق جودة الخدمات الصحية.
- 2- التوصل إلى مجموعة مقترحات لزيادة فاعلية جودة الخدمات الصحية.

ثالثاً: تساؤلات الدراسة:

- 1- ما المعوقات التي تحد من فاعلية تحقيق جودة الخدمات الصحية؟
- 2- ما المقترحات لزيادة فاعلية جودة الخدمات الصحية؟

رابعاً: مفاهيم الدراسة:

مفهوم المعوقات:

ويعرف قاموس وبستر العقبات أو الثغرات التي تقف وتحول دون التقدم والوصول للإنجازات (سلامة، 1999).

وتعرف أيضاً بأنها العوامل التي تؤدي إلى الانحراف عن النموذج المثالي لتنمية المجتمع وتحول دون تحقيق الأهداف التي يسعى إليها (محمد، 1999، ص 127) مفهوم الجودة:

الجودة أصلها في اللغة كما جاء في معجم لسان العرب (جود) والجيد نقيض (الرديء) ويقال جاد الشيء جودة وقد جاد جودة وإجاد أي أتى بالجيد من القول أو الفعل (ابن منظور، ص 721).

وتعرف الجودة في قاموس وبستر الجديد أنها صيغة أو درجة تفوق شيء ما كما تعني درجة الامتياز لنوعية معينة من المنتج (محمد، 2015، ص 502).

مفهوم جودة الخدمة

وتعرف الخدمة على كونها نشاط أو سلسلة من الأنشطة التي إلى حد ما ذات طبيعة غير ملموسة وغير عادية (عربي، 2020، ص 116).

أما ديزني Disney فيرى أن تعبير جودة الخدمة إنما تشير إلى قدرة المنظمة الخدمية على تحقيق رضا وولاء العميل من خلال تقديم خدمة متميزة تشبع احتياجاته ورغباته (جودة، 2002، ص 399).

مفهوم جودة الخدمات الصحية

وتعرف الخدمات الصحية (الرعاية الطبية) على أنها الخدمة أو الخدمات العلاجية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى (بولصباح، 2013، ص 56). وتعرف جودة الخدمة الصحية بأنها تمثل مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها على نحو موضوعي يساهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في الوحدات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل تكلفة ممكنة (سالم، 2021، ص 34).

من خلال العرض السابق للمفاهيم يمكن للباحثة وضع مفهوماً إجرائياً لجودة الخدمات

الصحية في الآتي:

- 1- هي مجموعة من السياسات والاجراءات التي تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية للمرضى بكفاءة وفعالية .
- 2- هي الدرجة التي يتم تقديم الخدمات الصحية بها لتكون أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إرضاءً للمرضى .
- 3- هي الدرجة التي يتم بها تقديم الخدمات الصحية بطريقة علمية عن طريق العاملين في بالمستشفيات الطبية أو الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل تكلفة ممكنة .
- 4- هي درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحقيق مستوى جيد من الخدمة الصحية ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة وتحقيق العدالة في تقديم الخدمة بين المرضى .

5- هي الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة له حيث تكون الخدمة ذات جودة عندما تلائم توقعات المرضى وتلبى احتياجاتهم وتحظى بالقبول من المرضى .

خامساً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

نوع الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات التقييمية التي تستهدف تحليل الوضع الراهن وذلك بغرض التخطيط للمستقبل.

المنهج المستخدم:

اعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي بالعينة للمتريدين على الوحدات الصحية الريفية بمحافظة الفيوم وعددهم (395) مفردة، وكذلك منهج المسح الاجتماع الشامل للعاملين بالوحدات الصحية الريفية بمحافظة الفيوم وعددهم (134) مفردة.

مجالات الدراسة:

(أ) المجال المكاني:

تم التطبيق في الوحدات الصحية الريفية النشطة المستمرة في تقديم خدماتها للمتريدين، وهي

كالتالي:

- الوحدة الصحية بالعزب.
- الوحدة الصحية بالإعلام.
- الوحدة الصحية بالمندره.
- الوحدة الصحية بأبو صير.

(ب) المجال البشري:

تمثل المجال البشري للدراسة فيما يلي:

(1) المسح الاجتماعي بالعينة للمتريدين على الوحدات الصحية الريفية بمحافظة الفيوم.

نوع وحجم العينة:

تمثل نوع العينة في العينة العشوائية البسيطة للمتريدين على الوحدات الصحية الريفية بمحافظة الفيوم محل الدراسة بنسبة (10%) وبلغ عددهم (395) مفردة. وتم استخدام طريقة التوزيع المتناسب، المسح الاجتماعي الشامل للعاملين بالوحدات الصحية الريفية بمحافظة الفيوم وعددهم (133) مفردة.

(ج) المجال الزمني:

تمثل المجال الزمني للدراسة في الفترة الزمنية ابتداءً 2022/11/1م إلى 2023/1/29م.

أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات جمع البيانات في:

(1) استمارة استبار للمتريدين على الوحدات الصحية الريفية حول تقييم جودة خدمات الرعاية

الصحية كمؤشر لتحقيق التنمية المستدامة 2030.

(2) استمارة قياس للعاملين بالوحدات الصحية الريفية حول تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية

كمؤشر لتحقيق التنمية المستدامة 2030.

وصف مجتمع الدراسة:

(أ) وصف المترددين على الوحدات الصحية الريفية مجتمع الدراسة:

جدول (1) البيانات الأولية لمجتمع الدراسة

النسبة المئوية (%)	التكرار	الاستجابة	الصفة
19.5	77	ذكر	النوع
80.5	318	أنثى	
100	395	المجموع	
31.4	124	من 20 سنة إلى أقل من 25 سنة	السن
22.3	88	من 25 سنة إلى أقل من 30 سنة	
14.7	58	من 30 سنة إلى أقل من 35 سنة	
23.5	93	من 35 سنة إلى أقل من 40 سنة	
2.8	11	من 40 سنة إلى أقل من 45 سنة	
5.3	21	من 45 سنة فأكثر	
100	395	المجموع	
4.8	19	قطاع حكومي	الحالة المهنية
4.6	18	قطاع خاص	
1.8	7	أعمال تجارية	
13.2	52	حرفي	
75.7	299	لا يعمل	
100	395	المجموع	
17.5	69	3 مرات	عدد مرات التردد على الوحدات الصحية
13.4	53	4 مرات	
15.9	63	5 مرات	
14.4	57	6 مرات	
7.1	28	7 مرات	
10.1	40	8 مرات	
7.3	29	9 مرات	
14.2	56	10 مرات	
100	395	المجموع	

يوضح الجدول السابق أن: أكبر نسبة من المترددين على الوحدات الصحية الريفية إناث

بنسبة (80.5%)، بينما الذكور بنسبة (19.5%).

يوضح الجدول السابق أن: أكبر نسبة من المترددين على الوحدات الصحية الريفية في

الفئة العمرية (من 20 سنة إلى أقل من 25 سنة) بنسبة (31.4%)، يليها الفئة العمرية (من 35

سنة إلى أقل من 40 سنة) بنسبة (23.5%)، ثم الفئة العمرية (من 25 سنة إلى أقل من 30 سنة) بنسبة (22.3%)، يليها الفئة العمرية (من 45 سنة فأكثر) بنسبة (5.3%)، وأخيراً الفئة العمرية (من 40 سنة إلى أقل من 45 سنة) بنسبة (2.8%). ومتوسط سن المترددين على الوحدات الصحية الريفية (31) سنة، وبانحراف معياري (7) سنوات تقريباً.

يوضح الجدول السابق أن: أكبر نسبة من المترددين على الوحدات الصحية الريفية لا يعملون بنسبة (75.7%)، يليها حرفيين بنسبة (13.2%)، ثم العاملين بالقطاع الحكومي بنسبة (4.8%)، يليها العاملين بالقطاع خاص بنسبة (4.6%)، وأخيراً العاملين أعمال تجارية بنسبة (1.8%).

يوضح الجدول السابق أن: أكبر نسبة من المترددين على الوحدات الصحية الريفية (ثلاث مرات) بنسبة (17.5%)، يليها (خمس مرات) بنسبة (15.9%)، ثم (ستة مرات) بنسبة (14.4%)، يليها (عشرة مرات) بنسبة (14.2%)، ثم (أربع مرات) بنسبة (13.4%)، وأخيراً (سبع مرات) بنسبة (7.1%). ومتوسط عدد مرات التردد على الوحدات الصحية (6) مرات، وبانحراف معياري مرتان تقريباً.

(ب) وصف العاملين بالوحدات الصحية الريفية مجتمع الدراسة:

جدول (2) البيانات الأولية لمجتمع الدراسة

الصفة	الاستجابة	التكرار	النسبة المئوية (%)
النوع	ذكر	40	29.9
	أنثى	94	70.1
	المجموع	134	100
السن	من 30 سنة إلى أقل من 35 سنة	45	33.6
	من 35 سنة إلى أقل من 40 سنة	23	17.2
	من 40 سنة إلى أقل من 45 سنة	22	16.4
	من 45 سنة إلى أقل من 50 سنة	15	11.2
	من 50 سنة فأكثر	29	21.6
	المجموع	134	100
المؤهل الدراسي	مؤهل متوسط	59	44
	مؤهل فوق المتوسط	14	10.4
	مؤهل جامعي	61	45.5
	المجموع	134	100
عدد سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	41	30.6
	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	23	17.2
	من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة	11	8.2
	من 15 سنة إلى أقل من 20 سنة	10	7.5
	من 20 سنة فأكثر	49	36.6
	المجموع	134	100
الحصول على دورات تدريبية في مجال العمل	نعم	73	54.5
	لا	61	45.5
	المجموع	134	100
أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية في مجال العمل	اكتسبت مهارات إدارية	45	61.6
	اكتسبت مهارة التعامل مع المرضى	54	74
	اكتسبت مهارة التعامل مع الزملاء	47	64.4
	اكتسبت مهارة العمل الفرقي	58	79.5
	اكتسبت مهارة تقدير الاحتياجات	37	50.7

يوضح الجدول السابق أن: أكبر نسبة من العاملين بالوحدات الصحية الريفية إناث بنسبة (70.1%)، بينما الذكور بنسبة (29.9%).

يوضح الجدول السابق أن: أكبر نسبة من العاملين بالوحدات الصحية الريفية في الفئة العمرية (من 30 سنة إلى أقل من 35 سنة) بنسبة (33.6%)، يليها الفئة العمرية (من 50 سنة فأكثر) بنسبة (21.6%)، ثم الفئة العمرية (من 35 سنة إلى أقل من 40 سنة) بنسبة (17.2%)،

يليهما الفئة العمرية (من 40 سنة إلى أقل من 45 سنة) بنسبة (16.4%)، وأخيراً الفئة العمرية (من 45 سنة إلى أقل من 50 سنة) بنسبة (11.2%). ومتوسط سن العاملين بالوحدات الصحية الريفية (41) سنة، وبانحراف معياري (8) سنوات تقريباً.

يوضح الجدول السابق أن: أكبر نسبة من العاملين بالوحدات الصحية الريفية حاصلين علي مؤهل جامعي بنسبة (45.5%)، يليها الحاصلين علي مؤهل متوسط بنسبة (44%)، وأخيراً الحاصلين علي مؤهل فوق المتوسط بنسبة (10.4%).

يوضح الجدول السابق أن: أكبر نسبة من العاملين بالوحدات الصحية الريفية عدد سنوات خبرتهم في العمل بالقطاع الصحي في الفئة (من 20 سنة فأكثر) بنسبة (36.6%)، يليها الفئة (أقل من 5 سنوات) بنسبة (30.6%)، ثم الفئة (من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات) بنسبة (17.2%)، يليها الفئة (من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة) بنسبة (8.2%)، وأخيراً الفئة (من 15 سنة إلى أقل من 20 سنة) بنسبة (7.5%). ومتوسط عدد سنوات الخبرة في العمل بالقطاع الصحي (13) سنة، وبانحراف معياري (9) سنوات تقريباً.

يوضح الجدول السابق أن: نسبة (54.5%) من المسؤولين حصلوا على دورات تدريبية في مجال العمل، بينما نسبة (45.5%) من المسؤولين لم يحصلوا على دورات تدريبية في مجال العمل.

يوضح الجدول السابق أن: أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية التي حصل عليها العاملين بالوحدات الصحية الريفية في مجال العمل تمثلت فيما يلي: اكتسبت مهارة العمل الفرقي بنسبة (79.5%)، يليها اكتسبت مهارة التعامل مع المرضى بنسبة (74%)، ثم اكتسبت مهارة التعامل مع الزملاء بنسبة (64.4%)، يليها اكتسبت مهارات إدارية بنسبة (61.6%)، وأخيراً اكتسبت مهارة تقدير الاحتياجات بنسبة (50.7%).

المعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية:

جدول رقم (3)

يوضح المعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية كما يحددها المترددون

(ن=395)

م	العبارات	الاستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	القوة النسبية %	الترتيب	
		أوافق		إلى حد ما		لا أوافق						
		ك	%	ك	%	ك	%					
1	أجد صعوبة في الحصول على موعد لمتابعة حالتي الصحية	56	14.2	58	14.7	281	71.1	565	1.43	47.7	9	
2	أجد صعوبة في حصولي على الأدوية الكافية بالوحدة	103	26.1	82	20.8	210	53.2	683	1.73	57.6	3	
3	أتردد على الوحدة أكثر من مرة حتى أستطيع الحصول على الخدمة الصحية	92	23.3	47	11.9	256	64.8	626	1.58	52.8	6	
4	أنتظر وقت طويل للحصول على الخدمة	89	22.5	61	15.4	245	62	634	1.61	53.5	5	
5	لا يستجيب العاملون لاحتياجاتي الصحية بشكل فوري	73	18.5	50	12.7	272	68.9	591	1.5	49.9	7	
6	لا يراعى العاملون ظروف المرضى في طريقة تقديم الخدمة	73	18.5	26	6.6	296	74.9	567	1.44	47.8	8	
7	لا يوجد صندوق لتلقي شكاوي المترددين	142	35.9	46	11.6	207	52.4	725	1.84	61.2	2	
8	الأجهزة الطبية بالوحدة متهاكة ولا تعمل بشكل جيد	143	36.2	145	36.7	107	27.1	826	2.09	69.7	1	
9	لا أحصل على الاهتمام الكافي من الأطباء والعاملون بسبب كثرة عدد المرضى وقلة عدد الأطباء وضغط العمل	59	14.9	137	34.7	199	50.4	650	1.65	54.9	4	
10	أجد صعوبة في تجديد الموافقات لصرف العلاج الشهري	61	15.4	25	6.3	309	78.2	542	1.37	45.7	10	
		البعد ككل						6409	1.62	54.1	مستوى انخفاض	

يوضح الجدول السابق أن:

المعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية كما يحددها المترددون،

تمثلت فيما يلي:

- الترتيب الأول الأجهزة الطبية بالوحدة متهاكة ولا تعمل بشكل جيد بمتوسط مرجح (2.09)

وبقوة نسبية (69.7%)، يليه الترتيب الثاني لا يوجد صندوق لتلقي شكاوي المترددين

بمتوسط مرجح (1.84) وبقوة نسبية (61.2%)، ثم الترتيب الثالث أجد صعوبة في حصولي على الأدوية الكافية بالوحدة بمتوسط مرجح (1.73) وبقوة نسبية (57.6%)، يليه الترتيب الرابع لا أحصل على الاهتمام الكافي من الأطباء والعاملون بسبب كثرة عدد المرضى وقلة عدد الأطباء وضغط العمل بمتوسط مرجح (1.65) وبقوة نسبية (54.9%)، ثم الترتيب الخامس أنتظر وقت طويل للحصول على الخدمة بمتوسط مرجح (1.61) وبقوة نسبية (53.5%).

- وفي النهاية الترتيب التاسع أجد صعوبة في الحصول على موعد لمتابعة حالتي الصحية بمتوسط مرجح (1.43) وبقوة نسبية (47.7%)، وأخيراً الترتيب العاشر أجد صعوبة في تجديد الموافقات لصرف العلاج الشهري بمتوسط مرجح (1.37) وبقوة نسبية (45.7%).
- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية كما يحددها المترددون بلغ متوسطه المرجح (1.62) وبقوة نسبية (54.1%) وهو مستوى منخفض.

جدول رقم (4)

يوضح المعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية كما يحددها العاملون

(ن=134)

م	العبارات	الاستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	القوة النسبية %	الترتيب
		أوافق		إلى حد ما		لا أوافق					
		ك	%	ك	%	ك	%				
1	يجد المرضى صعوبة في الحصول على الخدمات المقدمة من الوحدة	36	26.9	11	8.2	87	64.9	217	1.62	54	7
2	يوجد ندرة في الأدوية التي يحتاجها المرضى المترددين	27	20.1	73	54.5	34	25.4	261	1.95	64.9	3
3	يتردد المريض على الوحدة أكثر من مرة حتى يستطيع الحصول على الخدمة الصحية	48	35.8	22	16.4	64	47.8	252	1.88	62.7	4
4	توجد قائمة انتظار طويلة للمرضى حتى يحصلون على الخدمة	30	22.4	5	3.7	99	73.9	199	1.49	49.5	8
5	الفريق الطبي والإداري بالوحدة يحتاج لوقت للتعامل مع احتياجات المريض	77	57.5	20	14.9	37	27.6	308	2.3	76.6	2
6	يراعى الفريق الطبي والإداري ظروف المريض الصحية عند تقديم الخدمة	119	88.8	13	9.7	2	1.5	385	2.87	95.8	1
7	لا يتوافر بالوحدة صندوق لتلقي الشكاوي والمقترحات	52	38.8	5	3.7	77	57.5	243	1.81	60.4	5
8	الأجهزة الطبية بالوحدة متهاكلة ولا تعمل بشكل جيد	15	11.2	72	53.7	47	35.1	236	1.76	58.7	6
9	يشكو بعض المرضى من عدم الاهتمام داخل الوحدة الصحية	17	12.7	17	12.7	100	74.6	185	1.38	46	9
10	الموافقات اللازمة لصرف الأدوية تحتاج إلى إجراءات معقدة	19	14.2	12	9	103	76.9	184	1.37	45.8	10
مستوى متوسط		البعد ككل						2470	1.84	61.4	

يوضح الجدول السابق أن: المعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية

الصحية كما يحددها العاملون, تمثلت فيما يلي:

- الترتيب الأول يراعى الفريق الطبي والإداري ظروف المريض الصحية عند تقديم الخدمة بمتوسط مرجح (2.87) وبقوة نسبية (95.8%)، يليه الترتيب الثاني الفريق الطبي والإداري بالوحدة يحتاج لوقت للتعامل مع احتياجات المريض بمتوسط مرجح (2.3) وبقوة نسبية (76.6%)، ثم الترتيب الثالث يوجد ندرة في الأدوية التي يحتاجها المرضى المترددين بمتوسط مرجح (1.95) وبقوة نسبية (64.9%)، يليه الترتيب الرابع يتردد المريض على

- الوحدة أكثر من مرة حتى استطيع الحصول على الخدمة الصحية بمتوسط مرجح (1.88) وبقوة نسبية (62.7%)، ثم الترتيب الخامس لا يتوافر بالوحدة صندوق لتلقي الشكاوي والمقترحات بمتوسط مرجح (1.81) وبقوة نسبية (60.4%).
- وفي النهاية الترتيب التاسع يشكو بعض المرضى من عدم الاهتمام داخل الوحدة الصحية بمتوسط مرجح (1.38) وبقوة نسبية (46%)، وأخيراً الترتيب العاشر الموافقات اللازمة لصرف الأدوية تحتاج إلى إجراءات معقدة بمتوسط مرجح (1.37) وبقوة نسبية (45.8%).
 - وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية كما يحددها العاملون بلغ متوسطه المرجح (1.84) وبقوة نسبية (61.4%) وهو مستوى متوسط.

سادساً: النتائج العامة للدراسة

" ما المعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية؟ "

- توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى المعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية كما يحددها المترددون بلغ متوسطه المرجح (1.62) وبقوة نسبية (54.1%) وهو مستوى منخفض. وذلك وفقاً للمؤشرات التالية:
- الأجهزة الطبية بالوحدة متهاكة ولا تعمل بشكل جيد بمتوسط مرجح (2.09) وبقوة نسبية (69.7%).
 - لا يوجد صندوق لتلقي شكاوي المترددين بمتوسط مرجح (1.84) وبقوة نسبية (61.2%).
 - أجد صعوبة في حصولي على الأدوية الكافية بالوحدة بمتوسط مرجح (1.73) وبقوة نسبية (57.6%).
 - لا أحصل على الاهتمام الكافي من الأطباء والعاملون بسبب كثرة عدد المرضى وقلة عدد الأطباء وضغط العمل بمتوسط مرجح (1.65) وبقوة نسبية (54.9%).
 - أنتظر وقت طويل للحصول على الخدمة بمتوسط مرجح (1.61) وبقوة نسبية (53.5%).
- توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى المعوقات التي تحد من تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية كما يحددها العاملون بلغ متوسطه المرجح (1.84) وبقوة نسبية (61.4%) وهو مستوى متوسط. وذلك وفقاً للمؤشرات التالية:
- يراعى الفريق الطبي والإداري ظروف المريض الصحية عند تقديم الخدمة بمتوسط مرجح (2.87) وبقوة نسبية (95.8%).

- الفريق الطبي والإداري بالوحدة يحتاج لوقت للتعامل مع احتياجات المريض بمتوسط مرجح (2.3) وبقوة نسبية (76.6%).
- يوجد ندرة في الأدوية التي يحتاجها المرضى المترددين بمتوسط مرجح (1.95) وبقوة نسبية (64.9%).
- يتردد المريض على الوحدة أكثر من مرة حتى استطاع الحصول على الخدمة الصحية بمتوسط مرجح (1.88) وبقوة نسبية (62.7%).
- لا يتوافر بالوحدة صندوق لتلقي الشكاوي والمقترحات بمتوسط مرجح (1.81) وبقوة نسبية (60.4%).

سابعاً: مقترحات لزيادة فاعلية جودة الخدمات الصحية:-

- 1- سد الفجوة بين الأداء الفعلي والأداء الذي يمكن تحقيقه فيما يتعلق بالجودة.
- 2- الوصول إلى سياسة استراتيجية وطنية موحدة للجودة.
- 3- توافر بنية أساسية من المعلومات بالأنظمة الصحية.
- 4- وجود تكنولوجيا معلومات قادرة على قياس جودة الرعاية الصحية وتقديم التقارير عنها.
- 5- بناء ودعم قوى عاملة من الأخصائيين الصحيين ذو القدرات والإمكانات لتلبية مطالب المرضى واحتياجاتهم لرعاية عالية الجودة.
- 6- المسائلة الدائمة عن إتاحة خدمة آمنة وعالية الجودة.
- 7- تعزيز الشراكة بين مقدمي الخدمة ومتلقيها مما يحث على تحقيق الجودة في الرعاية.
- 8- ضمان إن الإصلاحات المدفوعة بهدف تحقيق تغطية صحية شاملة تدمج الجودة ضمن أساسيات نظم الرعاية.
- 9- التركيز على الخدمات الوقائية باعتبارها من الخدمات التي ينبغي أن تحظى باهتمام كبير سواء أكانت وقائية خاصة بالبيئة أو الوقاية من الأمراض.
- 10- مراعاة التقدم العلمي في مجال الخدمات الصحية وأساليب تقديمها ومحاولة الاستفادة من أحدث ما وصلت إليه التكنولوجيا في هذا المجال وكذلك الاستفادة من البحوث التي يقوم بها العاملون في المجال الصحي.
- 11- زيادة نسبة المخصص من الأموال لغرض تطوير الخدمات وزيادة الكفاءات الفنية والمباني وشراء الآلات الحديثة التي تساعد في تطوير أداء الخدمات الصحية.
- 12- إحلال مباني ملائمة صحياً بدلاً من المباني القديمة وغير الملائمة والتي لا تتناسب

- 13- إعادة توزيع الأطباء الاختصاصيين والموظفين الصحيين والإداريين على المنظمات الصحية (المستشفيات) بحيث تغطي حاجات تلك المنظمات والقضاء على الزيادة في جهة معينة ونقصها في جهات أخرى.
- 14- إسناد الأعمال الإدارية إلى المؤهلين تأهيلاً عالياً ومتخصصاً في مجال الإدارة والاهتمام بوظيفة التخطيط.

المراجع

- 1- الأبيشي، أحمد عبد الحميد (2011): متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية، جامعة حلوان، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، ع31.
- 2- ابن منظور : لسان العرب، دار المعارف، القاهرة، المجلد الاول.
- 3- الأحمدى، طلال عايد (2002): إدارة الجودة الشاملة " تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية.
- 4- الإعلان العالمي لحقوق الانسان (1948): المادة (25).
- 5- بدرابي، حسام (2001): الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان.
- 6- بولصباغ، محمود (2013): تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة بميلة من وجهة نظر المرضى، دراسة حالة مستشفى طوبال والمصلحة الدولية، مجلة رماح للبحوث والدراسات، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية للنشر.
- 7- تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية (1992): ري دي جانيرو.
- 8- جليبي، على عبد الرازق؛ أحمد، هاني خميس (2011): العولمة والحياة اليومية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 9- جودة، يسري السيد يوسف (2002): مبادئ إدارة الجودة الشاملة- مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية على بعض المستشفيات الحكومية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الشرقية، مجلة البحوث التجارية، جامعة الزقازيق- كلية التجارة، يناير.
- 10- حسان، مصطفى أحمد وآخرون (2004): الرعاية الاجتماعية رؤية مستقبلية، الفيوم، مركز السلام.
- 11- حسنين، حنان علي (2011): قياس جودة الخدمات الصحية في الأندية الأهلية الحكومية والخاصة، كلية التربية الرياضية بنات، جامعة حلوان.
- 12- حلمي، عصام الدين محمد (2001): أسلوب مقترح لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات، رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية.
- 13- سالم، عطية عبد الواحد (2021): تقييم دور إدارة الرعاية الطبية في إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية عن مستشفى طرابلس الجامعي في بلدية طرابلس الكبرى، مجلة الدراسات

- المالية والمحاسبية والإدارية، جامعة العربي بن مهدي أم البواقي - مخبر المالية، المحاسبة، الجباية والتأمين للنشر، مارس.
- 14- السروجي، طلعت مصطفى؛ حسين، فؤاد (2002): **التنمية الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة**، حلوان، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان.
- 15- سلامة، أسامة (1999): **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الأردن دراسة حالة مستشفى الجامعة**، رسالة ماجستير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة آل البيت، الأردن.
- 16- عثمان، عرفة زكي محمد (2014): **التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالوحدات البحرية**، جامعة حلوان، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، ع37.
- 17- عربي، محمود كمال (2020): **تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الجامعية**، دراسة ميدانية بجنوب الوادي من وجهة نظر المرضى والعاملين، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، جامعة عين شمس - كلية التجارة، أكتوبر.
- 18- عسيري، على عايض (2012): **الجودة الشاملة ونظرية ديمينج**.
- 19- علي، ماهر أبو المعاطي (2004): **مقدمة في الرعاية الاجتماعية**، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ط1.
- 20- العميرة، محمد عبد العزيز (2003): **علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي**، رسالة ماجستير، بحث منشور، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية.
- 21- محمد، علي محمد عبد اللطيف (2015): **التخطيط لمواجهة معوقات الجودة في مؤسسات الرعاية الصحية بالتطبيق على المستشفيات التعليمية**، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، يناير.
- 22- محمد، مأمون أحمد (2012): **التنمية المستدامة**، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية.
- 23- محمد، ناهد (1999): **جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الاستثمارية بمنطقة المعادي مصر**، بحث منشور، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد الثالث.
- 24- ناجي، أحمد عبد الفتاح؛ محمود، محمود محمد (2007): **التنمية في ظل عالم متغير**، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- 25- Appleman, Kaye & Large, Kris (2015): **Heavy Hospital Fights Disease With a Quality team**, Quality progress, April.
- 26- Krennerich, Michael (2017): **The Human Right to Health "Fundamentals of a Complex Right"**, in Sabine Klotz, et al. (eds.): Healthcare as a Human Rights Issue "Normative Profile, Conflicts and Implementation", the Deutsche Nationalbibliothek.
- 27- M. Buffoli, et al., (2013): **Sustainable Healthcare: how to assess and improve healthcare structures' sustainability**, Article in Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità, Vol. 25, October.