

البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

Organizational Prowess and Development of Health Care Services
in Family Medicine Units in Rural Communities

دكتورة إيمان عبد الراضي محمد علي

مدرس بقسم تنظيم المجتمع
كلية الخدمة الاجتماعية جامعة أسوان

الملخص : استهدفت الدراسة تحديد واقع البراعة التنظيمية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية وتحديد مستوى تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ، وتنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية ، واستخدمت منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بوحدة طب الأسرة بقرى مركز أرمنت بمحافظة الأقصر وعددهم (160) مفردة ، وتوصلت في أهم نتائجها إلى أن مستوى البراعة التنظيمية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ككل مرتفع حيث جاءت الأبعاد على الترتيب التالي (الهيكل التنظيمي المرن واستكشاف الموارد الخارجية واستثمار الموارد المتاحة). كما أثبتت أن مستوى تطوير الخدمات جاء على الترتيب التالي (تحقيق العدالة التوزيعية وسهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية و تحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية) وأخيراً أثبتت أنه توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.

الكلمات الافتتاحية: البراعة التنظيمية ،خدمات الرعاية الصحية، وحدات طب الأسرة، المجتمعات الريفية .

ABSTRACT :The study aimed to monitor the reality of organizational excellence in family medicine units in rural communities and to determine the level of development of healthcare services in family medicine units in rural communities. This study belongs to the descriptive studies style, and used the comprehensive social survey approach for officials in medical units (160 individuals). Its most important results are that the level of organizational excellence in family medicine units in rural communities as a whole is high, as the dimensions came in the following order (flexible organizational structure, exploration of external resources, and investment of resources (Al-Qaida). It also proved that the level of service development came in the following order (achieving distributive justice, ease of procedures for obtaining healthcare services, and achieving efficiency in providing healthcare services). Finally, it proved that there is a statistically significant direct relationship between organizational excellence and healthcare services in family medicine units in rural communities.

Keywords: the Organizational agility, health care services, family medicine units, rural communities.

أولاً: مشكلة الدراسة:

تسعى الدولة المصرية إلي تحسين وتطوير المجتمعات الريفية بالشكل الذي يحقق التقدم الاقتصادي والاجتماعي والصحي للسكان الذين يعيشون في المجتمعات الريفية من خلال محاولة رفع مستوى أهل الريف وإشباع رغباتهم وحاجاتهم الأساسية فأهتمت الدولة بتقديم قوافل ومبادرات صحية ووحدات ومستشفيات صحية تخدم المجتمعات الريفية. فتولي الدولة اهتماماً متزايداً بالمجتمعات الريفية حيث جاء هذا الاهتمام بناءً علي إحصائيات وأرقام حيث بلغ عدد سكان المجتمعات الريفية (58 مليون، 689 ألف و 908 نسمة) أي نسبة 58.8% من سكان جمهورية مصر العربية فهم يمثلون النسبة الأكبر من عدد السكان، وبلغ عدد سكان الريف في محافظة الأقصر (1.4 مليون نسمة) أي نسبة 60% من عدد سكان محافظة الأقصر. (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، 2022، ص 5)

ولهذا شرعت الدولة في تنفيذ خطط ومبادرات تهدف إلي تحسين جودة الحياة في المجتمعات الريفية فأطلقت عدة مبادرات تستهدف مختلف المجالات التنموية في المجتمع. فقامت الدولة بتنفيذ مبادرة حياة كريمة التي أطلقتها الدولة في عام (2019) والتي هدفت إلي تطوير الريف المصري والارتقاء بمستوي معيشه المواطنين. (عبد العال، 2022، ص 112، 134).

وفي القطاع الصحي أطلقت الدولة مبادرة المستشفيات النموذجية وتطوير الوحدات الصحية الريفية والذي استهدف تطوير 1000 وحدة صحية في قري ريف مصر ضمن منظومة التأمين الصحي الشامل والتي تهدف إلي تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وضمان الوصول إلي الخدمة في القري و المناطق النائية (Ministry of Health and population, 2021).

فيعد الارتقاء بمستوي الخدمات الصحية من الأهداف التنموية والاستراتيجية لأي دولة لذلك أصبح مفهوم تطوير خدمات الرعاية الصحية ضرورة لتقديم خدمات الرعاية الصحية حيث أنه ساعد علي تشكيل الدور الذي يلعبه في تقديم خدمات صحية عالية الجودة وأمنه للغاية وفعالة. (Hendler, 2007, p3). وهذا ما أكد عليه تقرير رئاسة مجلس الوزراء (2021)، وزارة الصحة والسكان (2023) علي تعزيز الخدمات الصحية والتعليمية وتطوير منظومة الرعاية الصحية لأولية عبر إنشاء وتطوير منظومة التأمين

الصحي الشامل ، بما يتضمن توفير الخدمات الصحية للمواطنين. ولقد أجريت العديد من الدراسات التي أكدت علي أهمية تطوير الخدمات بمنظمات الرعاية الصحية من أجل تحقيق الرعاية الأفضل للمواطنين .حيث توصلت دراسة غريب(2018) إلي أهمية تقديم الخدمات في الوقت المحدد ودون أي تأخير والانتباه إلي شكاوي المراجعين وأخذها بجدية وتلبية حاجات المرضى. كما توصلت دراسة (2018) **Who Service delivery and Safety Department** إلي أن المنظمة الرعاية الصحية يمكنها تطوير وتنفيذ استراتيجية لتحسين الخدمات الصحية المقدمة عادلة وجيدة وفعالة ومتمحورة حول الإنسان ، ومقدمة في الوقت المناسب، ومتكاملة وكفؤة مما يحقق رضي المستفيدين من الخدمة. كما أوصت دراسة كلاً حسين(2020)، **Kruk Gage And etal (2018)** بضرورة الاعتماد علي أجهزة تقنية حديثة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ولابد أن يتحلى العاملين بالمنظمة الصحية بالمرونة واللباقة في التعامل مع المرضى . وتوصلت دراسة **Theo doula Adamakidou (2021)** إلي ضرورة الاهتمام بمعايير جودة خدمات الرعاية الصحية وذلك للمراقبة المستمرة للخدمة الصحية وتقديمها للمرضي بشكل أفضل. وركزت دراسة **Al- Abri,albalushi(2014)** علي ضرورة دمج أدوات قياس رضا المرضى ضمن أنظمة تحسين الجودة بالمؤسسات الصحية. وأشار التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية **World Health Organization. (2020)** علي أهمية إنشاء أنظمة فعالة للشكاوى ضمن أنظمة الجودة في الصحة، ويوصي بسياسات محددة لضمان العدالة والشفافية في معالجة الملاحظات المقدمة من المرضى.

وليس كذلك فحسب بل أن من معايير تطوير خدمات الرعاية الصحية وهو تعزيز

العمل الفريقى وهو ما أكدت عليه دراسة **Salas, Reyes& McDaniel (2018)** علي تسليط الضوء على الأثر الإيجابي للعمل الجماعي المنظم والمنسق على الأداء الطبي وجودة الخدمات حيث يتطلب تقديم الرعاية الفعالة تفاعلاً منسقاً بين مختلف أعضاء الفريق الصحي.

فالنظم الصحية تسعى إلي تطوير خدمات الرعاية الصحية ، وخاصة في المجتمعات الريفية التي تعاني من نقص الموارد وضعف البنية التحتية الصحية. فالرعاية الصحية من أهم جوانب حياة الإنسان والمجتمعات فصحة الإنسان هي أغلي وأهم وما يمتلك فالإنسان المعافي هو المنتج الفعال في أسرته ومجتمعه ومن هنا تبرز أهمية

مجالات الرعاية الطبية والصحية ، وذلك للوصول إلي تقديم خدمات صحية مرضية للمستفيدين في أبسط صورة وأقل تكلفة .(العزب، 2023،ص9) .ويعد نظام طب الأسرة في المجتمعات الريفية أحد الركائز الأساسية لتقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة علي مستوى الرعاية الصحية الأولية في المجتمعات الريفية، لما له من دور فعال في تلبية الاحتياجات الصحية للمواطنين وتعزيز مفهوم الصحة لديهم.

فيسعي نظام طب الأسرة إلي تقديم رعاية صحية شاملة لأفراد المجتمع وليس كذلك فحسب بل يعمل علي بناء الكوادر الصحية وتطوير مهاراتهم في التواصل و التشخيص و العلاج مما يعكس جودة وتطوير خدمات منظمات الرعاية الصحية .

ولهذا فقد ارتكزت المنظمات في العصر الحديث أن الاهتمام بالجانب البشري من أهم عوامل النجاح خاصة في العصر الحالي بحكم التغيرات الكبيرة التي تحدث فيه وما للتغيرات من تأثير علي مستوي الأداء .(فايد،2024 ، ص83). فمن ثم ومن الضروري اتباع هذه المنظمات ممارسات إدارية مرنة ومبتكرة لضمان تقديم خدمات صحية فعالة وأمنه للمواطنين .(العتيبي، 2021، ص49).

فتعد البراعة التنظيمية واجهة المنظمة المميزة بها عن باقي المنظمات فهي بمثابة العلامة التجارية لها. ومن ثم فأن البراعة التنظيمية من العوامل الجوهرية التي تؤثر بشكل مناسب علي كفاءة المنظمات الصحية فتمثل البراعة التنظيمية قدرة تنظيمية في اتجاه إدارة مهارتين مختلفين في وقت واحد، باعتبارها القدرة علي تحسين وتطوير المنظمة فيما يتعلق بممارساتها وأنشطتها وإنتاجها وخدماتها التي تقدمها للمستفيدين، وتلعب دوراً محورياً في تحسين وتطوير الخدمات المقدمة من قبل المنظمات وتمكن المنظمات من الابتكار والتجريب مما يساعد علي تلبية احتياجات المجتمع المحلي بكفاءة وفعالية ، وتحقيق رضا المستفيدين.

فتبحث المنظمات المعاصرة عن آليات حديثة للمنافسة من أجل الحفاظ علي قدرتها علي التكيف والتأقلم لضمان الاستمرار والبقاء والنمو في ظل التحديات المحلية والعالمية. وهذا ما يبرر حاجة هذه المنظمات إلي استثمار الفعال للموارد المتاحة لديها والذي يجعل المنظمات قادرة علي التنافس. ويتجسد هذا الاستثمار الفعال للموارد المتاحة من رؤساء وقادة لديهم القدرة علي التأثير في أداء المرؤوسين مما يجعلهم مندمجون مع الوظيفة التي يمارسونها. (Na fu,2016) وتوصلت دراسة عبد المقصود(2023) إلي هناك تأثير

إيجابي للبراعة التنظيمية والمخرجات الوظيفية من خلال استثمار الموارد المتاحة. كما توصلت دراسة (Agamid,2020) حيث أنها أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين البراعة التنظيمية والأداء المؤسسي و القدرة علي الابتكار. وتوصلت دراسة (Gibson, Birkinshaw,2004) أن المنظمات التي تمتلك مستوى عال من البراعة التنظيمية والتي تعتمد علي الهيكل التنظيمي المرن تحقق أداء أعلى وتكون أكثر قدرة علي التكيف مع التغيرات البيئية.

فالبراعة التنظيمية تعمل علي رفع وتحسين الأداء المهني للمنظمات وفعاليتها وتعتبر طريقة تنظيم المجتمع أحد المهام الأساسية التي تساهم في رفع كفاءة المنظمات.(الزغبى،2020،ص 7). وتوصلت دراسة (Vogus,Sutcliffe,2012) أن المنظمات الصحية الأكثر تطبيقاً للبراعة التنظيمية هي الأكثر مرونة وأقل معدلات للأخطاء الطبية . وأشارت دراسة(over beck et al (2016) إلي مدي تأثير البراعة التنظيمية علي تطوير خدمات الرعاية الصحية فتعمل البراعة التنظيمية علي سرعة الاستجابة التنظيمية مما ينعكس إيجاباً علي نتائج العلاج.

وتمثل البراعة التنظيمية أهمية كبيرة تمكن في تأثيرها المباشر وغير المباشر في العديد من لمتغيرات التنظيمية داخل المنظمات الصحية ، حيث تعبر عن قدرة المنظمة في التعامل بكفاءة ومرونة مع التحديات الداخلية و الخارجية. وأوصت دراسة كلاً من (Terje Slattern and etal (2023) علي ضرورة توظيف المؤسسات الصحية أن تعمل علي تدريب وتطوير العاملين ليصبحوا بارعين مما يكون له تأثير إيجابي علي مستوى الخدمة المقدمة للمستفيدين. وأوصت دراسة كلاً (Mohamed Bash And and etal علي ضرورة دعم المؤسسات الرعاية الصحية لبرامج تنمية القيادة والتي تركز علي القيادة البارعة كأحد أبعاد البراعة التنظيمية.

ومما لاشك فأن مجال الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من المجالات المهمة للممارسة المهنية، فتستمد الخدمة الاجتماعية الطبية أهميتها من خال تفهما لسياسيولوجيا الأمراض الاجتماعية ، والصحية ،والنفسية ،والعقلية، التي تنطلق من العلاقات الاجتماعية المضطربة، والأوضاع البيئية الصحية السيئة ،وبعض العادات والتقاليد الصحية التي تنفر غلي الشروط الملائمة، وكذلك سوء المساكن الصحية.

فالخدمة الاجتماعية الطبية كممارسة مهنية تخصصييه بصفتها البعض بأنها المهنة التي تغرس الحب في مرضاها، وتوفر التكافل الاجتماعي بأبعاده المختلفة بالمحيطين بالمرضى لرعايتهم ، كما تعمل المهنة جاهدة في توفير الخير المطلق لكافة الفئات الإنسانية السوية صحياً، والتي بدأ كثير من المجتمعات المعاصرة بافتقاده لكثير من السمات الإنسانية، أو الخيرة، لمساعدة المرضى اجتماعياً، ونفسياً، وجسدياً، وعقلياً من خلال أساليب المهنة المرتبطة والمرتكزة علي استثمار كل من إمكانيات المريض وقدراته، وكذلك الوحدات العلاجية البشرية و المادية المتوفرة ، والإمكانيات المجتمع المحلي في ضوء الإمكانيات المجتمعية الوطنية التامة. (الخطيب، 2006، ص7). لذلك يجب تنمية معارف ومهارات العاملين بالمنظمات الصحية لتحسين أدائهم داخل المنظمة فتعد طريقة تنظيم المجتمع احدي طرق الخدمة الاجتماعية التي تهتم بدراسة منظمات المجتمع المدني .

فطريقة تنظيم المجتمع تهتم بدراسة المنظمات فهي تعمل علي زيادة مهارات الهيكل الإداري لتحسين الأداء وكذلك تحسين هيكل المنظمة وتقوية علاقتها مع المجتمع الخارجي والمنظمات المختلفة .

فبذلك تهتم طريقة تنظيم المجتمع إلي التعرف علي الاحتياجات الإنسانية من خلال التحديد الهرمي لتلك الاحتياجات وفقاً لمعايير معينة واتخاذ الإجراءات الكفيلة بمساعدة العملاء علي إشباع الاحتياجات مما يسهم في مساعدة الناس علي أداء وظائفهم الاجتماعية بفاعلية أكثر ندعيما للاستقرار الاجتماعي في المجتمع . (أبو المعاطي 2003، ص18)

فتمثل طريقة تنظيم المجتمع كأحدي طرائق الخدمة الاجتماعية الوجه الذي يتعامل مع التنظيمات المجتمعية والجوانب التنموية للممارسة المهنية ،حيث تهتم بدراسة المجتمع ومنظّماته ومساعدته علي حل مشكلاته وتنميته وإحداث التغيير المقصود . (محمود ، السيد، 2012 ، ص5). وبما أن طريقة تنظيم المجتمع كأحدي طرق الخدمة الاجتماعية هي التي تنتهم بالمجتمع ومنظّماته فهي تعمل علي دعم المجتمع لمساندة هذه المنظمات لكي تتحقق أهدافها علي أكمل وجه ممكن. وفي إطار ما سبق يتضح لنا أن البراعة التنظيمية هي القدرة علي الاستمرارية والتعامل مع الخدمات الصحية بشكل متزامن وأن التحدي المتمثل في البراعة التنظيمية يقع في ملائمة استراتيجية المنظمة الصحية مع مواردها المتمثلة في الممارسات الموارد البشرية، القيادة الفعالة، واستكشاف فريق العمل ، وتعلم الاستثمار، والمرونة الاستراتيجية.

وباستقراء الدراسات السابقة بنظرة تحليلية يتضح لنا ما يلي: من خلال الحصر الذي قامت به الباحثة للدراسات السابقة لاحظت تعدد أنماط الدراسات التي تناولت البراعة التنظيمية والمنظمات الصحية، وهي كما يلي:

1_ أشارت بعض الدراسات إلى أهمية البراعة التنظيمية داخل المنظمات فلقد أوضحت بعض الدراسات أن المنظمات الصحية الأكثر تطبيقاً للبراعة التنظيمية هي الأكثر مرونة وأقل معدلات للأخطاء، ومن أهم هذه الدراسات دراسة (Vogus, Sutcliffe, 2012).

2_ أشارت بعض الدراسات إلى تحديد أبعاد البراعة التنظيمية، ومن أهم هذه الدراسة (دراسة عبد المقصود 2023، Gibson, Birkinshaw, 2004).

3_ كما أكدت بعض الدراسات مدي تأثير البراعة التنظيمية علي تطوير خدمات الرعاية الصحية، ومن أهم هذه الدراسات (over beck et al 2016).

_أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة: وجهت الباحثة لتحديد مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها وفروضها ساعدت الباحثة في تحديد مفاهيم الدراسة وكيفية اختيار الأدوات وآليات جمع البيانات وكيفية تحليلها.

_موقف الدراسة الحالية من الدراسات السابقة: أن الدراسات السابقة لم تتطرق بشكل مباشر إلى تحديد العلاقة بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة في المجتمعات الريفية ولكن تطرقت إلى تأثير البراعة التنظيمية علي تحسين الأداء المؤسسي ودور القيادة البارعة في براعة الموظفين و أدائهم الوظيفي وهو ما يختلف عن الدراسة الحالية، وفي إطار ما سبق تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات الراهنة عن الدراسات السابقة لذلك وجدت الباحثة ضرورة الاهتمام بتفعيل اسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة (بالإضافة إلي ندرة الدراسات السابقة التي تناولت هذا الاتجاه في حدود علم الباحثة) وهذا ما تهتم به الدراسة الحالية.

ثانياً: المنطلقات النظرية للدراسة:

وتتسند الدراسة الحالية علي نظرية المنظمات:

1_ نظرية المنظمات

تعتمد طريقة تنظيم المجتمع في تحقيق الهدف الاستراتيجي لها في المساهمة في إحداث تغيير اجتماعي مقصود علي ممارستها المهنية من خلال منظمات (أجهزة) متنوعة يتم عن طريقها ترجمة هذا الهدف إلي واقع ملموس أو مساهمة فعلية في تنمية المجتمع وتطوره . ولذا تهتم هذه الطريقة بدراسة المنظمات وتحليلها في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية (محمد 2009، ص24)

1- فهم طبيعة المنظمات وأهدافها .

2- التعرف علي أهم المشكلات التي تواجه المنظمات وأساليب مواجهتها .

3- الاستفادة من المنظمات كأداة للتأثير في سلوك الأفراد وتوجيهها في الجوانب الإيجابية

يمكن توظيف نظرية المنظمات في الدراسة الراهنة طبقاً لما حدده Marvin

: Olsen

1. استمرار وجود العنصر البشري (العاملين بوحدة طب الأسرة) وتوفير التدريب

وبث القيم المنظمة للعاملين بوحدة طب الأسرة .

2. توسيع نطاق الاتصال والتفاعل بين العاملين بوحدة طب الأسرة .

3. وجود تقسيم للعمل مبني علي أسس من التخصص، والنشاطات والواجبات

والمسؤوليات وبالتالي يجب تحديد الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها العاملين بوحدة

طب الأسرة بالمجتمعات الريفية وتعريف كل منهم بالدور المحدد له وواجباته

ومسئوليته . (محمد ، السيد، 2009، ص25)

4. العمل علي تنظيم العلاقات وأساليب الاتصال بين الأقسام داخل وحدات طب الأسرة

، مع إيجاد قيم اجتماعية يقابلها العاملين ، ومن بينها الموافقة علي أهدافها .

5. الحصول علي الموارد اللازمة من البيئة المحيطة بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات

الريفية ، والعمل علي التنسيق بينها . وبين الأنشطة المختلفة التي تقدمها .

6. تحديد أسلوب للتحكم في السلوك المنحرف والضار الذي قد يقترفه بعض العاملين

بوحدة طب الأسرة، مع خلق الوسائل التي يحل بها النزاع الذي قد ينشأ داخل

وحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ، وتنمية التكامل بين مكونات هذه

الوحدات.

7. إيجاد وتنمية الوسائل التي تغير داخل هذه الوحدات. (عبد اللطيف 2007، ص 287)

ويمكن الاستفادة من هذه النظرية في الدراسة الحالية في الآتي:

1. فهم طبيعة المنظمات (بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية) وأهدافها .
2. الاستفادة من مبادئ وأساليب النظرية وخطواتها في فهم دور الذي تقوم به بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
3. الاستفادة من النظرية وخطواتها في معرفة المتطلبات التي تحتاج إليها وحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
4. إدارة وتوجيه عملية تحليل البيانات بعد جمعها اعتماداً علي الموجهات النظرية في معرفة المتطلبات التي تحتاج إليها وحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
5. إدارة وتوجيه عملية تحليل البيانات بعد جمعها اعتماداً علي الموجهات النظرية في معرفة المتطلبات التي تحتاج إليها وحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.

ثالثاً: صياغة مشكلة المشكلة الدراسة:

في إطار ما تم عرضه من نتائج الدراسات والبحوث العلمية والكتابات النظرية ركزت الدراسة الحالية علي أهمية البراعة التنظيمية باعتبارها أحد المتغيرات التنظيمية المهمة والمؤثرة في أداء منظمات الصحة وتطوير خدمتها، فيعد تطوير خدمات الرعاية الصحية من أهم المؤشرات التي تعكس كفاءة المنظومة الصحية وفعاليتها، ولاسيما في ظل التحديات المتزايدة التي تواجهها المؤسسات الصحية من حيث محدودية الموارد ، وتزايد الطلب علي الخدمات، والتغير المستمر في احتياجات المرضى وتوقعاتهم .وفي هذا السياق ، تبرز البراعة التنظيمية كأحد المفاهيم الإدارية الحديثة التي تمكن المؤسسات من التكيف مع البيئات المتغيرة من خلال الابتكار ، والمرونة، واتخاذ قرارات استراتيجية متجددة، ورغم أهمية هذا المفهوم ، إلا أن هناك قصوراً في فهم إسهام البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية ، خاصة في البيئات التي تعاني من ظروف صعبة مثل المجتمعات الريفية .كما أن الأبحاث التي تناولت العلاقة بين البراعة التنظيمية وتطوير الخدمات الصحية لا تزال محدودة .مما يستدعي تسليط الضوء علي هذا الموضوع من خلال الإجابة علي التساؤلات التالية ما مستوي البراعة التنظيمية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية؟ ما مستوي وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية؟ ما المعوقات التي تواجه إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية؟ ما مقترحات تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية؟

رابعاً: أهمية الدراسة:

أ_ أهمية مجتمعية

1. تتبع أهمية الدراسة الحالية من كونها تتفق مع اهتمام الدولة بالمجتمعات الريفية وسعيها المستمر على تنمية مواردها وتمكينها في شتى المجالات وهذا ما تسعى إلي تحقيقه رؤية مصر 2030
2. اهتمام الدولة بإقليم الصعيد وخاصة محافظة الأقصر جاء هذا الاهتمام بناءً علي إحصائيات وأرقام حيث بلغ عدد سكان المجتمعات الريفية (58 مليون، 689 ألف و908 نسمة) أي نسبة 58.8% من سكان جمهورية مصر العربية فهم يمثلون النسبة الأكبر من عدد السكان، وبلغ عدد سكان الريف في محافظة الأقصر (1.4 مليون نسمة) أي نسبة 60% من عدد سكان محافظة الأقصر. (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، 2022 ص5).

3. يمر المجتمع المصري بتحديات سياسية واقتصادية واجتماعية يلمسها الجميع الأمر الذي يتطلب مشاركة كافة الفئات في تحمل مسؤوليات التنمية المستدامة لذلك تركز الدولة على تلبية احتياجات المجتمعات الريفية وتنمية قدراتها ومهاراتها المختلفة.

ب_ أهمية مهنية

1. ترجع أهمية الدراسة فيما يمكن أن تضيفه إلى المعرفة العلمية في الخدمة الاجتماعية في العمل مع المجتمعات الريفية.
2. تسهم طريقة تنظيم المجتمع في إحداث التغيير المطلوب والموجه في الاتجاهات والسياسات والنظم لدفع المجتمع الريفي نحو التقدم والرفاهية من خلال تحسين الأحوال الصحية في المجتمعات الريفية.
3. تعد البراعة التنظيمية ضرورية للارتقاء بمستوي الخدمات المقدمة للمستفيدين بالمجتمعات الريفية من خلال (استثمار الموارد المتاحة، استكشاف الموارد الخارجية الداعمة، الهيكل التنظيمي المرن).
4. سعي العاملين بوحدة طب الأسرة إلي تطوير الخدمات في ضوء مجموعة من المؤشرات (سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية، الكفاءة ، العدالة التوزيعية ، المصداقية).

خامساً: أهداف الدراسة:

1. تحديد واقع البراعة التنظيمية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
2. تحديد مستوى تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
3. تحديد العلاقة بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
4. تحديد المعوقات التي تواجه إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
5. تحديد مقترحات تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
6. التوصل إلى تصور مقترح من منظور طريقة تنظيم المجتمع لتفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.

سادساً: فروض الدراسة:

يتحدد الفرض الرئيس للدراسة في:

" توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ":

وينبثق من هذا الفرض الرئيس الفروض الفرعية التالية:

1. توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين استثمار الموارد المتاحة وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
2. توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين استكشاف الموارد الخارجية الداعمة وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
3. توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين الهيكل التنظيمي المرن وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
4. توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين القيادة الفعالة وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.

سابعاً: مفاهيم الدراسة الاطار النظري :

أ_ مفهوم البراعة التنظيمية لمنظمات الرعاية الصحية (organizational

prowess)تعرف بأنها: القدرة الديناميكية للمنظمة علي تغيير استراتيجيتها وبناها

بسرعة وفعالية لمواجهة التغيرات البيئية.(Doz,Kosonen,2010,p371).كما أنها

تعرف : بأنها قدرة المنظمة من استغلال الموارد المتاحة أفضل استغلال والبحث

الاستكشاف عن الفرص الجديدة واستثمارها لتحقيق الميزة التنافسية.(الشمري ،البدراني،

2024،ص25)

ب_ وعلي ذلك يمكن للباحثة أن تعرف البراعة التنظيمية بالمنظمات الصحية في

إطار تلك الدراسة إجرائياً كما يلي: قدرة المنظمة الصحية علي التوفيق بين تحسين

الخدمات الحالية بكفاءة وجودة (الاستغلال) ، وبين تبني الابتكار وتطوير خدمات جديدة

لمواجهة التحديات المستقبلية (الاستكشاف)، وتتسم هذه المنظمات بالمرونة و السرعة ،

والقدرة علي استثمار الموارد المتاحة ، واستكشاف الموارد الخارجة الداعمة ،والهيكل

التنظيمي المرن ولكن وفقاً للقانون، وبذلك تهدف هذه المنظمات إلي إشباع الخدمات

الصحة للمجتمعات الرفيعة.

ج_ أبعاد البراعة التنظيمية :

1. استثمار الموارد المتاحة: يشير إلي عملية التخطيط والتوظيف الفعال للإمكانات

البشرية ،والمادية ، والمالية والمعرفية المتوفرة لدي المنظمة، بهدف تحقيق لأعلي

درجات الكفاءة والإنتاجية ،وضمان استدامة الأداء وتحقيق الأهداف

الاستراتيجية.(Barney,1991,p99)

2. استكشاف الموارد الخارجية الداعمة : يشير إلي العملية التي تقوم من خلالها

المنظمات بتحديد وتقييم الفرص والإمكانات المتاحة خارج نطاقها الداخلي، من أجل

الحصول علي دعم مالي أو فني أو معرفي يعزز قدرتها علي تحقيق أهدافها بكفاءة

وفاعلية.(أبو قحف2009،ص145)

3. الهيكل التنظيمي المرن: وهو عبارة عن إطار يحد الإدارات والأقسام الداخلية

المختلفة للمؤسسة فمن خلال الهيكل التنظيمي تحدد خطوط لسلطة وانسيابها بين

الوظائف، وكذلك بين الوحدات الإدارية المختلفة التي تعمل معاً علي تحقيق أهداف

المؤسسة.(والي، 2012،ص5)

4. القيادة التحويلية: وهي عملية مستمرة يقوم من خلالها القائد بالتغيير من قيم المرؤوسين و دوافعهم الحالية وتحويلها للصالح العام للمنظمة من خلال صياغة رؤية مستقبلية تدعم وضع المنظمة المستقبلي. (الغامدي، 2021، ص11).

2_ تطوير خدمات الرعاية الصحية:

أ_ مفهوم تطوير خدمات الرعاية الصحية (Healthcare service Development): يقصد بالتطوير عملية تغيير إيجابي ومخطط يهدف إلى الارتقاء بالمنظمات المجتمعية علي مختلف ألوانها كما أنه يتسم بمواجهة إيجابية وفعالة لقوي التغيير المحيطة بالمنظمات. (عبدالله، 2008، ص23)

ويعرف تطوير خدمات الرعاية الصحية بأنه التحسين المستمر في نوعية وفعالية الخدمات الصحية المقدمة ، من خلال إدخال الابتكارات التنظيمية والتكنولوجية، وتحسين إدارة الموارد البشرية و المالية. (Donbas endian ,1988,p1743).

ب_ وفي اطار ما سبق يتضح لنا التعريف الإجرائي لتطوير خدمات الرعاية الصحية في ضوء الدراسة الحالية الدراسة بأنها:

_ عملية تغيير مخطط لمنظمات الرعاية الصحية (الوحدات الصحية) يرتبط باستخدام نظم المعلومات الكافية والدقيقة والحديثة التي تهدف إلى تطوير الخدمات الصحية.
_ يمارسها متخصصون مهنيون في كافة المجالات الخدمات المختلفة، تستهدف تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

ج_ أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية:

1. الوصول للخدمة: وتعني سهولة الوصول للخدمة لعملائها بطريقة واضحة.
2. الكفاءة: تعني امتلاك مقدمي الخدمات للمهارات المطلوبة لتأدية الخدمات.
3. المصداقية: مدي الثقة والأمان التي يتمتع بها مقدمي الخدمات.
4. العدالة: تقديم نفس مستوي جودة من الرعاية لكل الأفراد بغض النظر عن الخصائص الشخصية أو الاجتماعية.
5. الاستمرارية: ويقصد بها تقديم رعاية متواصلة ومنسقة علي مر الزمن، وخصوصا في حالات الأمراض المزمنة (Haggerty,j.l.etal,2003,p1220).

تاسعاً: الإجراءات المنهجية:

1. نوع الدراسة: تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تستهدف رصد ووصف وتحليل العلاقة بين البراعة التنظيمية (كمتغير مستقل) وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية (كمتغير تابع)، وصولاً إلى تصور مقترح من منظور طريقة تنظيم المجتمع لتفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية وذلك من خلال الاستشهاد في هذا الوصف والرصد والتحليل والتفسير والاستنتاج بمعطيات الأدبيات والأطر النظرية العلمية ونتائج ودلالات الأطر الميدانية التطبيقية للدراسة.
2. المنهج المستخدم : واعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بوحدات طب الأسرة بقرى مركز أرمنت بمحافظة الأقصر وعددهم (160) مفردة. وتوزيعهم كالتالي:

جدول رقم (1) توزيع المسؤولين بوحدات طب الأسرة مجتمع الدراسة:

م	وحدات طب الأسرة	عينة الثبات	عدد المسؤولين	المجموع
1	وحدة طب أسرة أرمنت الوابورات	5	35	40
2	وحدة طب أسرة الرزيقات قبلي	5	41	46
3	وحدة طب أسرة حاجر الزريقات	5	39	44
4	وحدة طب أسرة حاجر المحاميد قبلي	5	45	50
	المجموع	20	160	180

أسباب اختيار المجال المكاني:

1. التمثيل الواقعي للمجتمعات الريفية: تمثل هذه الوحدات بيئة ريفية نموذجية تتسم بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية التي تتطلب تكويراً وتحسيناً مستمراً في خدمات الرعاية الصحية الأولية.
2. تنوع مستوى الخدمات: تم اختيار وحدات تتفاوت في مستوى الأداء وجود الخدمات الصحية، مما يسمح بإجراء مقارنة وتحليل شامل يمكن تعميم نتائجه علي وحدات أخرى.
3. احتواؤها علي تحديات تنظيمية واضحة: تعاني بعض هذه الوحدات من مشكلات في البنية التنظيمية أو نقص في نقص في البرامج البشرية أو ضعف في تطبيق مفاهيم البراعة التنظيمية ، مما يجعلها بيئة مناسبة لاختيار التصورات و الآليات المقترحة في الدراسة.

4. وجود برنامج تطوير قائمة أو مخططة لها: بعض الوحدات تم ادراجها ضمن خطط وزارية أو محلية للتطوير، مما يتيح فرصة لدراسة مدي فاعلية هذه البرامج في تكوين خدمات الرعاية الصحية.
5. سهولة الوصول والتعاون: تم اختيار هذه الوحدات لأن لديها تعاون إداري جيد، ما يسهم في تسهيل عملية جمع البيانات الميدانية و التواصل مع العاملين و المستفيدين.

(1) متغيرات الدراسة ومصادرها:

المتغير المستقل " البراعة التنظيمية "	المتغير التابع " تطوير خدمات الرعاية الصحية "	مصادر المتغيرات
استثمار الموارد المتاحة	سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية	وتحددت أهم مصادر تلك المتغيرات في الرجوع إلى الأدبيات النظرية الموجهة للدراسة، وكذلك الرجوع إلى الدراسات السابقة ذات الصلة بالقضية البحثية للدراسة.
استكشاف الموارد الخارجية الداعمة	تحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية	
الهيكل التنظيمي المرن	تحقيق العدالة التوزيعية لخدمات الرعاية الصحية	
القيادة الفعالة	تحقيق المصداقية في تقديم خدمات الرعاية الصحية	

3_ أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات جمع البيانات في:

استبيان للمسؤولين حول البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية
بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية:

- قامت الباحثة بتصميم استبيان للمسؤولين حول البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية اعتماداً على التراث النظري والإطار التصوري الموجه للدراسة، وكذلك الدراسات السابقة ذات الصلة بالقضية البحثية للدراسة.

- اشتمل استبيان المسؤولين على المحاور التالية: البيانات الأولية، وأبعاد البراعة التنظيمية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية، وأبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية، والمعوقات التي تواجه إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية، ومقترحات تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.

- اعتمد استبيان المسئولين على التدرج الثلاثي لمقياس ليكرث، بحيث تكون الاستجابة لكل عبارة (نعم، إلى حد ما، لا) وأعطيت لكل استجابة من هذه الاستجابات وزناً (درجة)، وذلك كما يلي: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة).

- للتحقق من صدق المحتوى " الصدق المنطقي " لاستبيان المسئولين قامت الباحثة بالاطلاع على الأدبيات النظرية، والكتب العلمية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت أبعاد الدراسة، ثم تحليلها. وذلك لتحديد أبعاد البراعة التنظيمية والمتمثلة في: (استثمار الموارد المتاحة، واستكشاف الموارد الخارجية الداعمة، والهيكل التنظيمي المرن، والقيادة الفعالة)، وتحديد أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية والمتمثلة في: (سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وتحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، وتحقيق العدالة التوزيعية لخدمات الرعاية الصحية، وتحقيق المصداقية في تقديم خدمات الرعاية الصحية)، وتحديد المعوقات التي تواجه إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية، ومقترحات تفعيلها. ثم تم عرض الأداة على عدد (5) محكمين من أعضاء هيئة التدريس - تخصص تنظيم المجتمع بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة أسوان وكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان لإبداء الرأي في صلاحية الأداة من حيث السلامة اللغوية للعبارة من ناحية وارتباطها بأبعاد الدراسة من ناحية أخرى، وقد تم تعديل وإضافة وحذف بعض العبارات وإعادة تصحيح بعض أخطاء الصياغة اللغوية للبعض الآخر، وبناء على ذلك تم صياغة الأداة في صورتها النهائية، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها في تحقيق أهداف الدراسة واختبار صحة فروضها.

- تم حساب ثبات استبيان المسئولين باستخدام معامل ثبات (ألفا - كرو نباخ) لقيم الثبات التقديرية للأداة، وذلك بتطبيقه على عينة قوامها (20) مفردة من المسئولين بوحدة طب الأسرة بقرى مركز أرمنت بمحافظة الأقصر (خارج إطار مجتمع الدراسة)، وبلغ معامل الثبات (0.998) وهو مستوى مناسب للثبات الإحصائي.

- كما أجرت الباحثة ثبات إحصائي لاستبيان المسئولين باستخدام معادلة سبيرمان - براون للتجزئة النصفية للثبات، حيث تم تقسيم عبارات كل بعد إلى نصفين، يضم القسم الأول القيم التي تم الحصول عليها من الاستجابة للعبارة الفردية، ويضم القسم الثاني القيم التي تم الحصول عليها من الاستجابة للعبارة الزوجية، وذلك بتطبيقه على عينة قوامها (20) مفردة من المسئولين بوحدة طب الأسرة بقرى مركز أرمنت بمحافظة الأقصر (خارج إطار مجتمع الدراسة)، وبلغت قيمة معادلة جوتمان للتجزئة النصفية

(0.989)، وكذلك بلغت قيمة معامل الارتباط بين نصفي الأداة (0.979) ويشير ذلك إلى وجود ارتباط طردي قوي بين نصفي الأداة، كما بلغت قيمة معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان براون (0.990)، ويشير ذلك إلى تمتع معاملات الثبات بدرجة عالية من الثبات والدقة والموثوقية، وأصبحت الأداة في صورتها النهائية، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها، كما أن نتائجها قابلة للتعميم على مجتمع الدراسة.

(11) تحديد مستويات المتوسطات الحسابية لأبعاد الدراسة:

يمكن تحديد مستوى أبعاد الدراسة باستخدام المتوسط الحسابي، حيث تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، وتم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة ($3 - 1 = 2$)، ثم تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح ($3/2 = 0.67$) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وذلك كما يلي:

جدول رقم (2) مستويات المتوسطات الحسابية لأبعاد الدراسة:

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

(12) أساليب التحليل الكيفي والكمي:

تم جمع البيانات في الفترة من 2025/2/2م إلى 2025/5/8م، واعتمدت الدراسة في تحليل البيانات على الأساليب التالية:

اعتمدت الدراسة في تحليل البيانات على الأساليب التالية:

- أسلوب التحليل الكيفي: تحليل وتفسير النتائج وربطها بالإطار النظري والدراسات السابقة.
- أسلوب التحليل الكمي: تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V. 24.0)، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، ومعامل ثبات (ألفا - كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية للأداة، ومعادلة سبيرمان - براون للتجزئة النصفية للثبات، وتحليل الانحدار البسيط، وتحليل الانحدار المتعدد، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعامل التحديد، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين، وتحليل التباين أحادي الاتجاه لتحديد معنوية نموذج الانحدار.

مجالات الدراسة:

أ_ المجال المكاني: وحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية التالية (وحدة طب أسرة أرمنت_ وحدة طب أسرة الرزيقات قبلي _ وحدة طب أسرة حاجر الرزيقات قبلي_ وحدة طب أسرة حاجر المحاميد قبلي) بمركز أرمنت محافظة الأقصر.

ب_ المجال البشري: المسؤولون وعددهم (160) مفردة

ج_ المجال الزمني للدراسة: فترة جمع البيانات من الميدان 2025/2/2م إلى 2025/5/8م

الصعوبات التي واجهت الباحثة في جمع البيانات وطرق مواجهتها: **الصعوبات الخاصة بالمسؤولين:** انشغال البعض منهم في العمل ، وعزوف البعض منهم لتخفؤهم من ملء الاستمارة و قد استطاعت الباحثة التغلب علي هذه الصعوبة بالذهاب إلي الوحدات أكثر من مرة ومراعاة الأوقات التي تتناسب معهم وإقناعهم بأن بيانات الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.

• نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها:

المحور الأول: وصف المسؤولين بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مجتمع الدراسة:

جدول رقم (3) وصف المسؤولين بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مجتمع الدراسة: (ن=160)

المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوظيفة	ك	%
السن	34	6	مدير وحدة صحية	4	2.5
عدد سنوات الخبرة	5	1	طبيب بشري	25	15.6
النوع	ك	%	طبيب أسنان	10	6.3
ذكر	97	60.6	صيدلي	9	5.6
أنثى	63	39.4	تمريض	66	41.3
المجموع	160	100	فني	33	20.6
المؤهل الدراسي	ك	%	إداري	13	8.1
مؤهل متوسط	46	28.8	المجموع	160	100
مؤهل فوق المتوسط	59	36.9			
مؤهل عالي	55	34.4			
المجموع	160	100			

يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن المسؤولين بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية (34) سنة، وبانحراف معياري (6) سنوات تقريباً. يشير إلي أن معظم المسؤولين من فئة الشباب أو منتصف العمر مما قد يعني حيوية و طاقة في العمل، واستعداد أكبر لتقبل التغيير والتطوير.

- متوسط عدد سنوات خبرة المسؤولين بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية في مجال العمل (5) سنوات، وبانحراف معياري سنة واحدة تقريباً. تعتبر خمس سنوات بداية النضج الوظيفي ، ولكنها قد لا تكفي لامتلاك خبرة قيادية راسخة خاصة في المجالات المعقدة مثل إدارة وحدات الرعاية الصحية
- أكبر نسبة من المسؤولين بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ذكور بنسبة (60.6%)، بينما الإناث بنسبة (39.4%).
- أكبر نسبة من المسؤولين بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية حاصلين علي مؤهل فوق المتوسط بنسبة (36.9%)، ثم مؤهل عالي بنسبة (34.4%)، وأخيراً مؤهل متوسط بنسبة (28.8%). وهذا يدل علي أن كثيراً من المسؤولين لم يحصلوا علي فرص التطوير الأكاديمي أو المهني، مما قد يؤثر علي قدراتهم علي مواكبة التغيرات في مجال الرعاية الصحية.
- أكبر نسبة من المسؤولين بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية وظيفتهم تمارس بنسبة (41.3%)، ثم فني بنسبة (20.6%)، يليه طبيب بشري بنسبة (15.6%)، ثم إداري بنسبة (8.1%)، يليه طبيب أسنان بنسبة (6.3%)، ثم صيدلي بنسبة (5.6%)، وأخيراً مدير وحدة صحية بنسبة (2.5%). وهذا يدل علي وجود كافة الكوادر الطبية داخل هذه الوحدات.

المحور الثاني: أبعاد البراعة التنظيمية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية:

(5) استثمار الموارد المتاحة:

جدول رقم (4) استثمار الموارد المتاحة بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	لانحراف للمعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						العبارات	المسؤولين (160=ن)
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
3	0.63	2.5	7.5	12	35	56	57.5	92	يتم استخدام الأجهزة والتجهيزات التقنية بطريقة تضمن الاستفادة القصوى منها	
2	0.62	2.51	6.9	11	35	56	58.1	93	تسمح المنظمة بالمتابعة الدورية لتقييم مدي كفاءة استخدام الموارد	
1	0.63	2.52	7.5	12	33.1	53	59.4	95	تحرص المنظمة علي تدريب العاملين علي استخدام الموارد المتوفرة بكفاءة	

الترتيب	لا انحراف لمعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						العبارات
			لا		إلى حد ما		نعم		
			%	ك	%	ك	%	ك	
3	0.63	2.5	7.5	12	35	56	57.5	92	تتبنى الإدارة سياسات واضحة لاستثمار الموارد المتاحة
4	0.64	2.49	8.1	13	34.4	55	57.5	92	يتم توجيه الموارد نحو تحسين جودة الخدمات المقدمة
مستوى مرتفع	0.6	2.51	استثمار الموارد المتاحة ككل						

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى استثمار الموارد المتاحة بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.51)، يتفق ذلك مع دراسة عبد المقصود (2023) التي توصلت إلي وجود تأثير إيجابي للبراعة التنظيمية والمخرجات الوظيفية من خلال استثمار الموارد المتاحة وهذا ما يحقق التميز المؤسسي. ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تحرص المنظمة علي تدريب العاملين علي استخدام الموارد المتوفرة بكفاءة بمتوسط حسابي (2.52)، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كلاً من (2023) Terje Slattern , and etal حيث أنها توصلت إلي أن القيادة البارعة ومهارة الموظفين تعززان الأداء الموجه نحو العمل المهني. يليه الترتيب الثاني تسمح المنظمة بالمتابعة الدورية لتقييم مدي كفاءة استخدام الموارد بمتوسط حسابي (2.51)، وأخيراً الترتيب الرابع يتم توجيه الموارد نحو تحسين جودة الخدمات المقدمة بمتوسط حسابي (2.49).

(6) استكشاف الموارد الخارجية الداعمة:

جدول رقم (5) استكشاف الموارد الخارجية الداعمة بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	لا انحراف لمعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						العبارات	
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.62	2.61	7.5	12	23.8	38	68.8	110	تسعي المنظمة إلى بناء شراكة فعالة مع منظمات المجتمع المدني	المسؤولين (ن=160)
5	0.63	2.51	7.5	12	33.8	54	58.8	94	تحرص المنظمة على إشراك المجتمع المحلي في تطوير الخدمات المقدمة	

الترتيب	لاانحراف للمعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						لعبارة
			لا		إلى حد ما		نعم		
			%	ك	%	ك	%	ك	
3	0.63	2.58	7.5	12	26.9	43	65.6	105	تبادر المنظمة إلى المشاركة في المبادرات الوطنية والإقليمية الداعمة للخدمات الصحية
4	0.63	2.53	7.5	12	32.5	52	60	96	تتوفر لدى المنظمة كوادر متخصصة في التنسيق مع الشركاء الخارجيين
2	0.63	2.6	7.5	12	25	40	67.5	108	تشجع المنظمة على تبادل الخبرات والممارسات الناجحة لدى المنظمات الأخرى عبر التعاون
مستوى مرتفع	0.59	2.57	استكشاف الموارد الخارجية الداعمة ككل						

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى استكشاف الموارد الخارجية الداعمة بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.57)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تسعي المنظمة إلى بناء شراكة فعالة مع منظمات المجتمع المدني بمتوسط حسابي (2.61)، يليه الترتيب الثاني تشجع المنظمة على تبادل الخبرات والممارسات الناجحة لدى المنظمات الأخرى عبر التعاون بمتوسط حسابي (2.6)، ثم الترتيب الثالث تبادر المنظمة إلى المشاركة في المبادرات الوطنية والإقليمية الداعمة للخدمات الصحية بمتوسط حسابي (2.58) وأخيراً الترتيب الخامس تحرص المنظمة علي إشراك المجتمع المحلي في تطوير الخدمات المقدمة بمتوسط حسابي (2.51).، ويتفق ذلك مع تقرير رئاسة مجلس الوزراء (2021) وزارة الصحة والسكان (2023) حيث أكد علي تعزيز الخدمات الصحية و التعليمية وتمكين الفئات المهمشة وتطوير منظومة الرعاية الصحية لأولية عبر إنشاء وتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل ، بما يتضمن توفير الخدمات الصحية للمواطنين .

(7) الهيكل التنظيمي المرن:

جدول رقم (6) الهيكل التنظيمي المرن بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	المستويين (160=ن)
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.61	2.63	6.9	11	23.8	38	69.4	111	تطبيق المنظمة أفكار جديدة لتحسين الخدمات الصحية المقدمة	
5	0.62	2.54	6.9	11	31.9	51	61.3	98	يتيح النظام الإداري المرن إدخال تحسينات علي طرق تقديم الخدمة دون الحاجة إليها	
1	0.6	2.64	6.3	10	23.8	38	70	112	تسمح المنظمة بتعديل الإجراءات الداخلية بسهولة عند الحاجة	
4	0.63	2.55	7.5	12	30	48	62.5	100	يتم إشراك العاملين في القرارات المتعلقة بالتغير التنظيمي	
3	0.6	2.61	6.3	10	26.9	43	66.9	107	تشجع المنظمة المبادرات الجديدة من العاملين	
مستوى مرتفع	0.57	2.59	لهيكل التنظيمي المرن ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى الهيكل التنظيمي المرن بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.59)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تسمح المنظمة بتعديل الإجراءات الداخلية بسهولة عند الحاجة بمتوسط حسابي (2.64)، يتفق ذلك مع دراسة كلا (Vogus,Sutcliffe,2012) ، دراسة (over beck et al (2016 والتي توصلت إلي أن المنظمات الصحية الأكثر تطبيقاً للبراعة التنظيمية هي الأكثر مرونة و أقل معدلات للأخطاء الطبية وأن البراعة التنظيمية تعمل علي سرعة الاستجابة التنظيمية مما ينعكس إيجاباً علي نتائج العلاج. يليه الترتيب الثاني تطبيق المنظمة أفكار جديدة لتحسين الخدمات الصحية المقدمة بمتوسط حسابي (2.63)، وأخيراً الترتيب الخامس يتيح النظام الإداري المرن إدخال تحسينات علي طرق تقديم الخدمة دون الحاجة إليها بمتوسط حسابي (2.54). يتفق ذلك مع ما دراسة (Gibson, Birkinshaw,2004) حيث أنها توصلت إلي أن المنظمات التي تمتلك مستوي عال من البراعة التنظيمية والتي تعتمد علي الهيكل التنظيمي المرن تحقق أداء أعلى وتكون أكثر قدرة علي التكيف مع التغيرات البيئية.

(8) القيادة الفعالة:

جدول رقم (7) القيادة الفعالة بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	لا انحراف للمعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						العبارات		المستويين (ن=160)
			لا		إلى حد ما		نعم				
			%	ك	%	ك	%	ك			
1	0.62	2.63	7.5	12	22.5	36	70	112	يتواصل المدير بفاعلية مع أعضاء الفريق		
5	0.62	2.53	6.9	11	33.1	53	60	96	تهتم المنظمة بالنمو المهني للعاملين		
3	0.63	2.6	7.5	12	25	40	67.5	108	تشجع المنظمة علي التفكير النقدي في حل المشكلات		
4	0.63	2.57	7.5	12	28.1	45	64.4	103	تعترف المنظمة بجهود الموظفين وتكافئ الأداء المتميز		
2	0.6	2.61	6.3	10	26.3	42	67.5	108	تشجع بيئة العمل على تنمية روح الفريق والعمل الجماعي		
مستوى مرتفع	0.57	2.59							لقيادة الفعالة ككل		

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى القيادة الفعالة بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.59)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتواصل المدير بفاعلية مع أعضاء الفريق بمتوسط حسابي (2.63)، يليه الترتيب الثاني تشجع ببنية العمل على تنمية روح الفريق والعمل الجماعي بمتوسط حسابي (2.61). وأخيراً الترتيب الخامس تهتم المنظمة بالنمو المهني للعاملين بمتوسط حسابي (2.53). يتفق ذلك مع دراسة كلاً من (Terje Slattern and etal (2023 حيث أنها توصلت إلي أن القيادة البارعة ومهارة الموظفين تعززان الأداء الموجه نحو العمل المهني كما أنها أوصت علي ضرورة توظيف المؤسسات الصحية أن تعمل علي تدريب وتطوير العاملين ليصبحوا بارعين مما يكون له تأثير إيجابي علي مستوى الخدمة المقدمة للمستفيدين.

- مستوى البراعة التنظيمية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ككل:
جدول رقم (8) مستوى البراعة التنظيمية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ككل:

الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
استثمار الموارد المتاحة	2.51	0.6	مرتفع	3
استكشاف الموارد الخارجية الداعمة	2.57	0.59	مرتفع	2
الهيكل التنظيمي المرن	2.59	0.57	مرتفع	1
القيادة الفعالة	2.59	0.57	مرتفع	1
أبعاد البراعة التنظيمية ككل	2.56	0.55	مستوى مرتفع	

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى البراعة التنظيمية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ككل مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.56)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي:
- الترتيب الأول الهيكل التنظيمي المرن بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية، والقيادة الفعالة بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية بمتوسط حسابي (2.59) وهو مستوى مرتفع.
 - الترتيب الثاني استكشاف الموارد الخارجية الداعمة بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية بمتوسط حسابي (2.57) وهو مستوى مرتفع.
 - الترتيب الثالث استثمار الموارد المتاحة بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية بمتوسط حسابي (2.51) وهو مستوى مرتفع.
- المحور الثالث: أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية:

(4) سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية:

جدول رقم (9) سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	لاانحراف للمعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات
			لا		إلى حد ما		نعم		
			%	ك	%	ك	%	ك	
1	0.58	2.7	6.3	10	17.5	28	76.3	122	يتواجد الفريق الطبي عند الحاجة ويستجيب لطلبات المرضى
5	0.61	2.52	6.3	10	35.6	57	58.1	93	يهتم المسئولين بحل مشكلات العاملين بسرعة

الترتيب	الانحراف للمعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						العبارات
			لا		إلى حد ما		نعم		
			%	ك	%	ك	%	ك	
3	0.61	2.64	6.9	11	22.5	36	70.6	113	أوقات الانتظار للحصول علي الخدمة مناسبة لطبيعتها
4	0.62	2.53	6.9	11	33.8	54	59.4	95	يستجيب الطاقم لشكاوي المرض باهتمام وجدية
2	0.59	2.66	6.3	10	21.9	35	71.9	115	يقدم الطاقم الطبي الخدمة بسرعة عند الحاجة
مستوى مرتفع	0.55	2.61	سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية ككل						

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.61)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتواجد الفريق الطبي عند الحاجة ويستجيب لطلبات المرضى بمتوسط حسابي (2.7)، يليه الترتيب الثاني يقدم الطاقم الطبي الخدمة بسرعة عند الحاجة بمتوسط حسابي (2.66) وأخيراً الترتيب الخامس يهتم المسؤولين بحل مشكلات العاملين بسرعة بمتوسط حسابي (2.52) يتفق ذلك مع دراسة غريب (2018) حيث أنها أوصت بأهمية تقديم الخدمات في الوقت المحدد ودون أي تأخير والانتباه إلى شكاوي المراجعين وأخذها بجدية وتلبية حاجات المرضى .

(5) تحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية:

جدول رقم (10) تحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	لا انحراف لمعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						العبارات	
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
3	0.61	2.6	6.3	10	27.5	44	66.3	106	يتم التشخيص بدقة وفعالية	المستوى جيد (160=ن)
5	0.61	2.55	6.3	10	32.5	52	61.3	98	تتوفر الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة	
4	0.61	2.59	6.3	10	28.8	46	65	104	الأطباء يتمتعون بالكفاءة والخبرة	
2	0.6	2.61	6.3	10	26.9	43	66.9	107	يوجد تنسيق بين الطبيب والمرضى في تقديم الرعاية	
1	0.6	2.65	6.3	10	22.5	36	71.3	114	يتم تطبيق أحدث الإرشادات الطبية في تقديم الرعاية	
مستوى مرتفع	0.55	2.6	تحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى تحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.6)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تطبيق أحدث الإرشادات الطبية في تقديم الرعاية بمتوسط حسابي (2.65)، يليه الترتيب الثاني يوجد تنسيق بين الطبيب والمريض في تقديم الرعاية بمتوسط حسابي (2.61)، يتفق ذلك مع دراسة Salas, Reyes & McDaniel, (2018). حيث قامت بتسلط الضوء على الأثر الإيجابي للعمل الجماعي المنظم والمنسق على الأداء الطبي وجودة الخدمات، بما في ذلك تحسين الكفاءة وتخفيض المضاعفات، وأخيراً الترتيب الخامس تتوفر الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة بمتوسط حسابي (2.55). ويتفق ذلك مع دراسة كلاً دراسة حسين (2020) Kruk. and etal & Pate, M. (2018) حيث أنها أوصت بضرورة توافر المعدات والتجهيزات الطبية عنصرًا بنويًا في تقييم جودة النظم الصحية، وضرورة الاعتماد على أجهزة تقنية حديثة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ولابد أن يتحلى العاملين بالمنظمة الصحية بالمرونة واللباقة في التعامل مع المرضى

(6) تحقيق العدالة التوزيعية لخدمات الرعاية الصحية:

جدول رقم (11) تحقيق العدالة التوزيعية لخدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	انحراف لمعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						العبارات	المسؤولين (160=)
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.6	2.64	6.3	10	23.8	38	70	112	تتوفر الخدمات الصحية في المنظمة لجميع أفراد المجتمع دون تمييز	
3	0.61	2.55	6.3	10	32.5	52	61.3	98	يتم التعامل مع المرضى علي قدم المساواة بغض النظر عن خلفياتهم الاجتماعية أو الاقتصادية	
2	0.6	2.64	6.3	10	23.1	37	70.6	113	تتوفر الخدمات الصحية بنفس الجودة لسكان المنطقة	
4	0.61	2.54	6.3	10	33.8	54	60	96	يتم التعامل مع الشكاوي والملاحظات المقدمة ممن المرضى بعدالة وشفافية	
1	0.59	2.68	6.3	10	20	32	73.8	118	توزع الأدوية بشكل عادل بين المرضى	
مستوى مرتفع	0.54	2.61	تحقيق العدالة التوزيعية لخدمات الرعاية الصحية ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى تحقيق العدالة التوزيعية لخدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.61)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول توزع الأدوية بشكل عادل بين المرضى بمتوسط حسابي (2.68)، يليه الترتيب الثاني تتوفر الخدمات الصحية في المنظمة لجميع أفراد المجتمع دون تمييز، وتتوفر الخدمات الصحية بنفس الجودة لسكان المنطقة بمتوسط حسابي (2.64) وأخيراً الترتيب الرابع يتم التعامل مع الشكاوي والملاحظات المقدمة ممن المرضي بعدالة وشفافية بمتوسط حسابي (2.54). يتفق ذلك مع التقرير منظمة الصحة العالمية الصادر (World Health Organization, 2020) الذي ركز علي ركز علي أهمية إنشاء أنظمة فعّالة للشكاوى ضمن أنظمة الجودة في الصحة، ويوصي بسياسات محددة لضمان العدالة والشفافية في معالجة الملاحظات المقدمة من المرضى.

(7) تحقيق المصداقية في تقديم خدمات الرعاية الصحية:

جدول رقم (12) تحقيق المصداقية في تقديم خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	لاتحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						لعبارة		
			لا		إلى حد ما		نعم				
			%	ك	%	ك	%	ك			
2	0.62	2.61	7.5	12	23.8	38	68.8	110	يتم تقديم المعلومات الطبية للمريض بشفافية ووضوح	المسجلين (n=160)	
3	0.61	2.58	6.3	10	29.4	47	64.4	103	يظهر العاملون في المنظمة التزاماً واضحاً بأخلاقيات المهنة		
1	0.6	2.63	6.3	10	25	40	68.8	110	توضع مصلحة المريض دائماً في المقام الأول		
4	0.62	2.58	6.9	11	28.8	46	64.4	103	تحرص الإدارة الصحية علي مراجعة وتقييم أداء الموظفين لضمان المصداقية		
2	0.62	2.61	6.9	11	25.6	41	67.5	108	تتكرم الكوادر الصحية خصوصية وسرية معلومات المرضى		
مستوى مرتفع	0.55	2.6	تحقيق المصداقية في تقديم خدمات الرعاية الصحية ككل								

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى تحقيق المصداقية في تقديم خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.6)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول توضع مصلحة المريض دائماً في المقام الأول بمتوسط حسابي (2.63)، يتفق ذلك مع دراسة (Al- Abri, albalushi(2014) والتي أوصت بضرورة دمج أدوات قياس رضا المرضى ضمن أنظمة تحسين الجودة بالمؤسسات الصحية يليه الترتيب الثاني يتم تقديم المعلومات الطبية للمريض بشفافية ووضوح، وتحترم الكوادر الصحية خصوصية وسرية معلومات المرضى بمتوسط حسابي (2.61). وأخيراً الترتيب الرابع تحرص الإدارة الصحية علي مراجعة وتقييم أداء الموظفين لضمان المصداقية بمتوسط حسابي (2.58) وبانحراف معياري (0.62). يتفق ذلك مع دراسة (Theodoula Adamakidou(2021 حيث أنها أوصت بضرورة الاهتمام بمعايير جودة خدمات الرعاية الصحية وذلك للمراقبة المستمرة للخدمة الصحية وتقديمها للمرضى بشكل أفضل.

- مستوى تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ككل:

جدول رقم (13) مستوى تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ككل

الترتيب	المستوى	الانحراف لمعياري	لمتوسط حسابي	الأبعاد	المتوسط الحسابي
2	مرتفع	0.55	2.61	سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية	2.61
3	مرتفع	0.55	2.6	تحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية	2.6
1	مرتفع	0.54	2.61	تحقيق العدالة التوزيعية لخدمات الرعاية الصحية	2.61
3	مرتفع	0.55	2.6	تحقيق المصداقية في تقديم خدمات الرعاية الصحية	2.6
	مستوى مرتفع	0.54	2.6	إبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية ككل	2.6

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ككل مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.6)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي:

-الترتيب الأول تحقيق العدالة التوزيعية لخدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية بمتوسط حسابي (2.61) وبانحراف معياري (0.54) وهو مستوى مرتفع.

-الترتيب الثاني سهولة إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية بمتوسط حسابي (2.61) وبانحراف معياري (0.55) وهو مستوى مرتفع.

-الترتيب الثالث تحقيق الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية، وتحقيق المصداقية في تقديم خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية بمتوسط حسابي (2.6) وهو مستوى مرتفع.

- المحور الرابع: المعوقات التي تواجه إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية:

جدول رقم (14) المعوقات التي تواجه إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات

الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	انحراف المعياري	المتوسط لحسابي	الاستجابات						لعبارة	المسؤولين (ن=160)
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
4	0.63	2.55	7.5	12	30	48	62.5	100	ضعف التنسيق بين الجهات الصحية المختلفة مما يعيق تحسين الخدمات	
9	0.64	2.49	8.1	13	34.4	55	57.5	92	ضعف التدريب المستمر والتأهيل المهني للعاملين بالقطاع الصحي بالمناطق الريفية	
1	0.64	2.59	8.1	13	25	40	66.9	107	لا توجد برامج تدريبية كافية لتعزيز الثقافة التنظيمية للعاملين بالقطاع الصحي بالمناطق الريفية	
10	0.67	2.48	10	16	32.5	52	57.5	92	غياب روح الفريق بين العاملين بالمنظمة	
7	0.67	2.54	10	16	25.6	41	64.4	103	صعوبة استخدام التقنيات الحديثة في تقديم الخدمات	
8	0.63	2.52	7.5	12	33.1	53	59.4	95	يؤثر نقص الموارد علي تنفيذ المبادرات التطويرية	
3	0.65	2.56	8.8	14	26.3	42	65	104	صعوبة تقبل المجتمع المحلي بعض الإجراءات الصحية بسهولة	
6	0.65	2.54	8.8	14	28.8	46	62.5	100	تجاهل آراء واحتياجات السكان المحليين في التخطيط للخدمات الصحية	

الترتيب	لانحراف لمعياري	لمتوسط لحسابي	الاستجابات						لعبارات
			لا		إلى حد ما		نعم		
			%	ك	%	ك	%	ك	
2	0.65	2.57	8.8	14	25.6	41	65.6	105	قلة توفر الأجهزة والتقنيات الحديثة مما يحد من فعالية تقديم الرعاية الصحية
5	0.64	2.54	8.1	13	29.4	47	62.5	100	تعاني المنظمات الصحية الريفية من البيروقراطية وتعقيد الإجراءات الإدارية
مستوى مرتفع	0.59	2.54	لمعوقات ككل						

- يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى المعوقات التي تواجه إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدات طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.54)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول لا توجد برامج تدريبية كافية لتعزيز البراعة التنظيمية للعاملين بالقطاع الصحي بالمناطق الريفية بمتوسط حسابي (2.59)، يليه الترتيب الثاني قلة توفر الأجهزة والتقنيات الحديثة مما يحد من فعالية تقديم الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.57)، يليه الترتيب الرابع ضعف التنسيق بين الجهات الصحية المختلفة مما يعيق تحسين الخدمات بمتوسط حسابي (2.55)، ثم الترتيب الخامس تعاني المنظمات الصحية الريفية من البيروقراطية وتعقيد الإجراءات الإدارية بمتوسط حسابي (2.54)، وأخيراً الترتيب العاشر غياب روح الفريق بين العاملين بالمنظمة بمتوسط حسابي (2.48) يتفق ذلك مع الإطار النظري للدراسة .

- المحور الخامس: مقترحات تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير

خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية:

جدول رقم (15) مقترحات تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

الترتيب	الانحراف للمعياري	لمتوسط لحسابي	الاستجابات						للعبارات	
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.61	2.64	6.9	11	22.5	36	70.6	113	استخدام التقنيات الحديثة في تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين	المستوى (ن=160)
8	0.63	2.57	7.5	12	28.1	45	64.4	103	توفير موارد مالية وتقنية كافية لدعم الأداء التنظيمي	
5	0.62	2.61	7.5	12	23.8	38	68.8	110	تحفيز الكوادر الصحية من خلال برامج حوافز ترتبط بالأداء والابتكار	
6	0.63	2.61	7.5	12	24.4	39	68.1	109	تنظم حملات توعوية موجهة للمجتمع المحلي لتقبل الخدمات الصحية الحديثة	
4	0.62	2.62	7.5	12	23.1	37	69.4	111	اهتمام المنظمة بالتنسيق بين القطاعات الحكومية والخاصة لتحقيق تكامل الخدمات	
3	0.61	2.63	6.9	11	23.8	38	69.4	111	حرص المنظمة على إشراك العاملين في اتخاذ القرار وتنفيذ الخطط	
3	0.61	2.63	6.9	11	23.8	38	69.4	111	اهتمام المنظمة ببرامج التدريب المستمر والتأهيل المهني للعاملين بالقطاع الصحي	
2	0.62	2.64	7.5	12	20.6	33	71.9	115	تتبنى المنظمة ممارسات تنظيمية ناجحة من تجارب منظمات أخرى	
3	0.61	2.63	6.9	11	23.1	37	70	112	اعتماد المنظمة على أساليب إدارية مرنة لتحسين الاستجابة للتحديات الريفية	
7	0.64	2.59	8.1	13	25	40	66.9	107	تشجيع المنظمة للمجتمع المحلي على المشاركة في اتخاذ القرارات الصحية	
مستوى مرتفع	0.58	2.62							لمقترحات ككل	

- يوضح الجدول السابق أن:

مستوى مقترحات تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.62)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول استخدام التقنيات الحديثة في تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين بمتوسط حسابي (2.64) وبانحراف معياري (0.61)، ويتفق ذلك مع دراسة كلاً دراسة حسين (2020) Kruk and etal & Pate, M. (2018) حيث أنها أوصت بضرورة الاعتماد علي أجهزة تقنية حديثة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ولابد أن يتحلى العاملين بالمنظمة الصحية بالمرونة واللباقة في التعامل مع المرضى. يليه الترتيب الثاني تتبني المنظمة ممارسات تنظيمية ناجحة من تجارب منظمات أخرى بمتوسط حسابي (2.64) وبانحراف معياري (0.62)، يليه الترتيب الرابع اهتمام المنظمة بالتنسيق بين القطاعات الحكومية والخاصة لتحقيق تكامل الخدمات بمتوسط حسابي (2.62)، ثم الترتيب الخامس تحفيز الكوادر الصحية من خلال برامج حوافز ترتبط بالأداء والابتكار بمتوسط حسابي (2.61)، وأخيراً الترتيب الثامن توفير موارد مالية وتقنية كافية لدعم الأداء التنظيمي بمتوسط حسابي (2.57). هذه النتائج تتفق مع ما تهدف إليه نظرية المنظمات.

المحور السادس: اختبار فروض الدراسة:

اختبار الفرض الرئيس للدراسة وفروضه الفرعية: " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ":

جدول رقم (16) العلاقة بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

المتغيرات التابعة المتغيرات المستقلة	سهولة الإجراءات	تحقيق الكفاءة	تحقيق العدالة التوزيعية	تحقيق المصادقية	أبعاد تطوير الخدمات كل
استثمار الموارد المتاحة	قيمة المعامل	**0.766	**0.752	**0.730	**0.741
استكشاف الموارد	قوة المعامل	طردى قوى	طردى قوى	طردى قوى	طردى قوى
	قيمة المعامل	**0.843	**0.832	**0.813	**0.795
					**0.839

المتغيرات التابعة المتغيرات المستقلة		سهولة الإجراءات	تحقيق الكفاءة	تحقيق العدالة التوزيعية	تحقيق المصادقية	أبعاد تطوير الخدمات ككل
الخارجية الداعمة	قوة المعامل	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي
	قيمة المعامل	**0.857	**0.843	**0.833	**0.846	**0.863
الهيكل التنظيمي المرن	قوة المعامل	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي
	قيمة المعامل	**0.903	**0.882	**0.869	**0.881	**0.903
القيادة الفعالة	قوة المعامل	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي
	قيمة المعامل	**0.888	**0.873	**0.856	**0.860	**0.888
أبعاد البراعة التنظيمية ككل	قوة المعامل	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي	طردى قوي
	قيمة المعامل	**0.888	**0.873	**0.856	**0.860	**0.888

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن:

توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية. وأن أكثر أبعاد البراعة التنظيمية ارتباطاً بتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية تمثلت فيما يلي: القيادة الفعالة، ثم الهيكل التنظيمي المرن، يليه استكشاف الموارد الخارجية الداعمة، وأخيراً استثمار الموارد المتاحة. وقد يرجع ذلك إلى وجود ارتباط طردى قوي بين هذه الأبعاد وأنها جاءت معبرة عن ما تهدف الدراسة تحقيقه.

جدول رقم (17) تحليل الانحدار البسيط لأثر البراعة التنظيمية على تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

المسؤولين (ن=160)		معامل الانحدار B	اختبار (ت) T-Test	اختبار (ف) F-Test	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	
المتغيرات المستقلة	المتغير التابع					قيمة R ²	نسبة التباين
استثمار الموارد المتاحة	تطوير الخدمات بوحدة طب الأسرة	0.683	**14.870	**221.121	**0.764	**0.583	58.3 %
استكشاف الموارد	تطوير الخدمات بوحدة طب الأسرة	0.758	**19.381	**375.629	**0.839	**0.704	70.4 %

معامل التحديد R^2		معامل الارتباط R	اختبار (ف) F-Test	اختبار (ت) T-Test	معامل الانحدار B	المسؤولين (ن=160)	
نسبة التباين	قيمة R^2					المتغيرات المستقلة	المتغير التابع
		طردى قوي	معنوي			الخارجية الداعمة	
74.5 %	**0.745	**0.863 ارتباط طردى قوي	**462.079 نموذج انحدار معنوي	**21.496	0.811	الهيكل التنظيمي المرن	
81.6 %	**0.816	**0.903 ارتباط طردى قوي	**700.851 نموذج انحدار معنوي	**26.474	0.848	القيادة الفعالة	
78.9 %	**0.789	**0.888 ارتباط طردى قوي	**591.115 نموذج انحدار معنوي	**24.313	0.862	أبعاد البراعة التنظيمية	

* معنوي عند (0.05)

كله معنوي عند (0.01)

يوضح الجدول السابق أن:

تشير قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغير المستقل " استثمار الموارد المتاحة والمتغير التابع " تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " إلى وجود ارتباط طردى قوي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.583)، أي أن استثمار الموارد المتاحة يفسر نسبة (58.3%) من التباين الكلي في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية. مما يجعلنا نقبل الفرض الفرعي الأول للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين استثمار الموارد المتاحة وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ". وتشير قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغير المستقل " استكشاف الموارد الخارجية الداعمة " والمتغير التابع " تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " إلى وجود ارتباط طردى قوي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.704)، أي أن استكشاف الموارد الخارجية الداعمة يفسر نسبة (70.4%) من التباين الكلي في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية. مما يجعلنا نقبل الفرض الفرعي الثاني للدراسة والذي مؤداه

" توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين استكشاف الموارد الخارجية الداعمة وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " .

تشير قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغير المستقل " الهيكل التنظيمي المرن " والمتغير التابع " تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " إلى وجود ارتباط طردي قوي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.745)، أي أن الهيكل التنظيمي المرن يفسر نسبة (74.5%) من التباين الكلي في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية. مما يجعلنا نقبل الفرض الفرعي الثالث للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين الهيكل التنظيمي المرن وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " .

تشير قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغير المستقل " القيادة الفعالة " والمتغير التابع " تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " إلى وجود ارتباط طردي قوي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.816)، أي أن القيادة الفعالة تفسر نسبة (81.6%) من التباين الكلي في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية. مما يجعلنا نقبل الفرض الفرعي الرابع للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين القيادة الفعالة وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " .

تشير قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغير المستقل " أبعاد البراعة التنظيمية ككل " والمتغير التابع " تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " إلى وجود ارتباط طردي قوي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.789)، أي أن البراعة التنظيمية ككل تفسر نسبة (78.9%) من التباين الكلي في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية. مما يجعلنا نقبل الفرض الرئيس للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " .

جدول رقم (18) تحليل الانحدار المتعدد لأثر البراعة التنظيمية على تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية

معامل التحديد R ²		معامل الارتباط R	اختبار (ف) F-Test	اختبار (ت) T-Test	معاملات بيتا	معامل الانحدار B	المتغير التابع	المسؤولين (ن=160)
نسبة التباين	قيمة R ²							المتغيرات المستقلة
82.8%	0.828**	0.910**	187.170**	0.371-	0.025-	0.022-	تأثير خدمات الرعاية الصحية لكل فرد	استثمار الموارد المتاحة
				*2.138	0.195	0.176		استكشاف الموارد الخارجية الداعمة
		ارتباط طردي قوي	نموذج انحدار معنوي	0.787	0.081	0.076		الهيكل التنظيمي المرن
				**7.590	0.679	0.638		القيادة الفعالة

** معنوي عند (0.01)

* معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن:

بلغت قيمة معامل الارتباط المتعدد بين جميع المتغيرات المستقلة لأبعاد البراعة التنظيمية ككل والمتمثلة في: " استثمار الموارد المتاحة، واستكشاف الموارد الخارجية الداعمة، والهيكل التنظيمي المرن، والقيادة الفعالة " والمتغير التابع " تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " (0.910)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، وتدل على وجود ارتباط طردي قوي بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع.

وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.828)، أي أن أبعاد البراعة التنظيمية ككل والمتمثلة في: " استثمار الموارد المتاحة، واستكشاف الموارد الخارجية الداعمة، والهيكل التنظيمي المرن، والقيادة الفعالة " تفسر (%82.8) من التباين الكلي في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.

وتشير نتيجة اختبار (ت) إلى أن تأثير متغيرات مستقلتين فقط وهما: " استكشاف الموارد الخارجية الداعمة، والقيادة الفعالة " على المتغير التابع " تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " يعتبر تأثيراً معنوياً وذات دلالة إحصائية

عند مستوى معنوية (0.01) و (0.05). بينما كان تأثير المتغيرات المستقلة الأخرى وهي: " استثمار الموارد المتاحة، والهيكل التنظيمي المرن " غير معنوي وغير دال إحصائياً. ومن خلال قيم معاملات بيتا Beta يمكن ترتيب المتغيرات المستقلة المعنوية حسب الأهمية النسبية، وذلك كما يلي:

1. القيادة الفعالة بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية (بيتا=0.679).

2. استكشاف الموارد الخارجية الداعمة بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية (بيتا=0.195).

- ويشير ذلك إلى تباين تأثير " القيادة الفعالة " أكثر من تأثير " استكشاف الموارد الخارجية الداعمة " على " تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية "

- مما يجعلنا نقبل الفرض الرئيس للدراسة وفروضه الفرعية والذي مؤداه " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية " .

المحور السابع: التصور المقترح من منظور طريقة تنظيم المجتمع لتفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية: في ضوء نتائج الدراسة الميدانية التي قامت بها الباحثة بالإضافة إلي النظري للدراسات السابق، يمكن وضع تصور مقترح من منظور طريقة تنظيم المجتمع لتفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.

أولاً: الأسس التي يقوم عليها التصور المقترح:

1. التراث النظري للخدمة الاجتماعية بصفة عامة وطريقة تنظيم المجتمع بصفة خاصة المتصلة بموضوع الدراسة.

2. الإطار النظري للدراسة الحالية.

3. تحليل نتائج الدراسة السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة والاستفادة من نتائجها في وضع التصور.

4. نتائج الدراسة الحالية وما أسفرت عنه من الخدمات اللازمة توفيرها من منظور طريقة تنظيم المجتمع .

ثانياً: أهداف التصور المقترح: ينطلق التصور من هدف رئيس مؤداه وهو تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية. وذلك من أجل تحقيق الأهداف التي تسعى إليها المنظومة الصحية المتمثلة في وحدات طب الأسرة عن طريق أسس علمية وهامة .

الأهداف الفرعية: ولكي يتحقق الهدف العام للتصور المقترح يوجد مجموعة من الأهداف الفرعية لهذا التصور وهي:

1. تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
2. تحديد المعوقات التي تواجه إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.
3. تحديد مقترحات تفعيل إسهامات البراعة التنظيمية في تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحدة طب الأسرة بالمجتمعات الريفية.

ثالثاً: استراتيجيات المستخدمة في التصور المقترح :

1. استراتيجية التمكين : وهي تشير إلي العملية التي يقوم من خلالها المنظم الاجتماعي بمساعدة أفراد المجتمع علي الحصول علي الخدمات الصحية وعلي إدراك قدراتهم وإمكانيتهم الشخصية والاجتماعية والاقتصادية واستخدامها لتحسين ظروفهم .
2. استراتيجية المشاركة: تعتبر المشاركة من قبل المواطنين في المجتمع ترجمة حقيقة لتوفي المناخ الديمقراطي وضمان نجاح المشروعات الخاصة بالتنمية المجتمع المحلي كما يحمل معني التفاؤل لنجاح العمل الجماعي وتعديل السلوك داخل المجتمع
3. استراتيجية التغير التكنولوجي: تستهدف هذه الاستراتيجية استيراد تقنية جديدة ، وتكنولوجية متخصصة تحقق طبيعة العمل داخل وحدة طب الأسرة كمنظمة ، ويجب أن تأخذ في الاعتبار نقل التكنولوجيا حتي تستطيع أن تستحدث أو تستخدم تقنية حديثة علي فترات قريبة ولكن يجب عند إحداث تغيير تكنولوجي أن تستخدم تكنولوجيا متقدمة يمكن أن نستوعبها وفي نفس الوقت تكلفتها تتفق وإمكانيات وحدات طب الأسرة ، وأخيراً أن نتوقع لها الاستمرار لمدة ليست قليلة والاستفادة منها.

رابعاً: التكنيكيات و الوسائل المستخدمة في التصور المقترح:

حيث أن التكنيك هو الأسلوب الذي يتم من خلاله تحقيق أهداف تنظيم المجتمع باستخدام مجموعة من التكنيكيات والوسائل المناسبة التي تساعد في تحقيق هذه الأهداف ومن أهم التكنيكيات المقترحة هي:-

1. التدريب: لتطوير مهارات التكيف وحل المشكلات اليومية داخل الوحدات الصحية.

2. ورش العمل: لتنمية مهارات التفكير الإبداعي ، واتخاذ القرار و التخطيط التشاركي.

3. اللقاءات المجتمعية: تنظيم لقاءات دورية مع المجتمع المحلي لمناقشة القضايا الصحية وطرح مقترحات التطوير.

4. التطوع المجتمعي الصحي: إشراك متطوعين من أبناء القرى للمساهمة في التوعية الصحية و المساعدة داخل الوحدة.

خامساً: المهارات المستخدمة في التصور المقترح:

1. مهارة التحليل المجتمعي: لتحليل الواقع و الموارد و المشكلات و الفرص داخل المجتمع الريفي.

2. مهارة التفاوض والإقناع: لحل الخلافات وبناء توافق مجتمعي حول الأولويات الصحية.

3. مهارة الابتكار وحل المشكلات: لإيجاد حلول جديدة و غير تقليدية للمشكلات التنظيمية.

4. مهارة إدارة الوقت و الموارد: لتحقيق أعلى فاعلية وكفاءة باستخدام الموارد المتاحة.

5. مهارة الاتصال الفعال: لتوصيل الرسائل الصحية أو الإدارية بوضوح وسلاسة إلى المجتمع والعاملين.

ثامنا: الأدوار المستخدمة في التصور المقترح:

1. دور المنسق: للتنسيق بين الوحدات الصحية والقيادات المجتمعية و الجهات الحكومية و المنظمات الأهلية، وبناء شراكة فعالة بين مختلف الأطراف لخدمة الأهداف الصحية المشتركة ،وتنظيم اللقاءات والورش التشاركية بين المجتمع و العاملين الصحيين.
 2. دور المدافع: من خلال تمثل المجتمع أمام الجهات الصحية وصناع القرار لعرض مطالبه، الدفاع عن الحقوق الصحية للفئات المهمشة(كبار السن، ذوي الإعاقة)، والضغط لتوفير موارد أو خدمات ضرورية من الجهات المختصة.
 3. دور المعلم أو التوعوي: لتنظيم حملات توعية صحية حول القضايا المحلية (مثل التغذية ، التطعيم، الصحة الإنجابية)، ونشر المعرفة الصحية والمجتمعية بلغة مبسطة ومناسبة للبيئة الريفية، وتدريب القيادات الطبيعية والمتطوعين علي مهارات التوعية والتواصل.
- تاسعاً: عوامل نجاح التصور المقترح: ترى الباحثة أنه من الضروري توافر مجموعة من العوامل التي تسهم في نجاح التصور المقترح لتفعيل إسهامات البراعة التنظيمية تطوير خدمات الرعاية الصحية بوحداث طب الأسرة بالمجتمعات الريفية ويمكن توضيحها على النحو التالي:-
1. مرونة الإجراءات الإدارية المرتبطة بتقديم خدمات الرعاية الصحية.
 2. توفير قاعدة بيانات متكاملة عن المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية.
 3. تنمية وعي أفراد المجتمع بخدمات الرعاية الصحية والإجراءات الإدارية المرتبطة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للعاملين بوحداث طب الأسرة .

المراجع المستخدمة

أولاً: المراجع باللغة العربية:

- الخطيب، عبد الرحمن عبد الرحيم (2006). ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (2022). مصر في أرقام، جمهورية مصر العربية.
- الزغبى، حسن علي (2020). البراعة التنظيمية، الشرقية، القاهرة، دار الولاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشمري، محمود حماد جوهر، البدري، مروة مطلوب عسكر (2024). تأثير التراصف الاستراتيجي في تحقيق البراعة التنظيمية للمنظمات السياحية، بحث منشور في كلية الإدارة والاقتصاد قسم إدارة الأعمال، الجامعة العراقية.
- العزب، مدحت محمد (2023). المفاهيم الأساسية في إدارة الخدمات الصحية، بدون بلد نشر، سلسلة الفراعة، الطبعة الأولى.
- العتيبي، خالد عبدالله (2021). أثر البراعة التنظيمية علي تحسين جودة الأداء المؤسسي في قطاع الصحي الحكومي بالملكة العربية السعودية، المجلة العربية للجودة، المجلد الخامس، العدد الثاني.
- الغامدي، محمد بن فوزي (2021). القيادة التحولية، المملكة العربية السعودية (الدمام) مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
- أبو قحف، عبد الفتاح (2009). الإدارة الاستراتيجية المفاهيم، العمليات والتطبيقات، الإسكندرية، الدار الجامعية.
- أبو المعاطي، ماهر (2004). مقدمة في الرعاية الاجتماعية أسس نظرية ونماذج عربية ومصرية، مكتبة زهراء الشرق.
- حسين، بشار غانم (2020). المسؤولية الاجتماعية ودورها في تعزيز جوة خدمات الخدمات، بحث منشور في مجلة الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، العدد 120.
- عبد الله، خالد عبد الفتاح (2008). أسس إدارة المؤسسات الاجتماعية، القاهرة.
- عبد العال، محمد (2022). دور مبادرة حياة كريمة في تحقيق التنمية المستدامة، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، المجلد 30، العدد الرابع.
- عبد اللطيف، رشاد احمد (2007). تنظيم المجتمع وقضايا التعلم مداخل مهنية ونظريات عامة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
- عبد المقصود، هاني فتحي عبدالله (2023). دور البراعة التنظيمية في تنمية المخرجات الوظيفية (دراسة مطبقة علي العاملين بهيئة البريد المصري في محافظة المنوفية)، بحث منشور في مجلة التجارة المعاصرة، كلية التجارة، العدد 15.
- غريب، معاذ (2018). تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى (دراسة مقارنة بين المستشفيات الخاصة والحكومية)، سلطنة عمان، كلية التجارة وإدارة الأعمال، جامعة ظافر، صلالة، بحث منشور في مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 24، العدد 105.
- فايد، أميرة محمد محمود (2024). الثقافة التنظيمية وتحسين جودة الخدمات بمنظمات الصحة النفسية، بحث منشور في مجلة الخدمة الاجتماعية، العدد 68، الجزء الأول.
- محمد، عبد الفتاح محمد (2009). الاتجاهات النظرية الحديثة في دراسة المنظمات المجتمعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- محمد، عبد الفتاح محمد، السيد، هالة مصطفى (2009). ممارسة تنظيم المجتمع في الأجهزة والمنظمات المجتمعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- محمود، منال طلعت، السيد، هالة مصطفى (2012). اتجاهات معاصرة لممارسة تنظيم المجتمع في أجهزة ومنظمات الرعاية الاجتماعية. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- وزارة الصحة والسكان (2023). تقرير تطوير منظومة الرعاية الصحية في الريف المصري. القاهرة.
- والي، عدنان ماضي (2012) بناء الهياكل التنظيمية، نشرت في 4 يناير 2012

ثانياً المراجع باللغة الأجنبية

- Agamid, A. H (2020). Organizational ambidexterity and innovation performance: A study in public sector organizations in Saudi Arabia. *International Journal of Public Administration*, 43(11), 967–981.
- Al-Bari, R., & Al-Blushed, A (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*,
- Barney, J.B (1991) firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*, 17(1).
- Doz, Y.I, Kosonen, M (2010). Embedding strategic agility :A leadership agenda for accelerating business model renewal. *Long range planning*, 43,(2_3, pp370,382).
- Donabediann, A (1988). the Quality of care, How can it Be Assessed? *JAmA*.
- Mohamed Bashandy, Jetsam Ahmed ,and etal (2023) The Relationship between Ambidextrous Leadership Behavior and Career Competencies among Nurses, Original Article *Egyptian Journal of Health Care*, December 2023 *EJHC* Vol. 14. No.4
- Gibson, Birkinshaw, J (2004). The antecedents ,consequence, and mediating role of organizational ambidexterity. *Academy of Management Journal*, 47(2), 209-226
- Handler Robert, Phil But tell (2007). *Quality in Healthcare, Concepts and Practice*, January Author.
- Haggerty, J.I. et al (2003). Continuity of care, a multidisciplinary review. *Bmj*
- Kruk, M. A. (2018). *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Overbeck, J. R. et al (2016). Resilient agility in healthcare: Qualitative study *Health care Management Review*, 41(1).
- Salas, E., Reyes, D. L., & McDaniel, S. H. (2018). *The science of teamwork: Progress, reflections, and the road ahead. American Psychologist*, 73(4), 593–600. <https://doi.org/10.1037/amp0000334>
- Terje Slat ten , and teal (2023). The role of ambidextrous leadership and employee ambidexterity in enhancing service quality of care and creativity– a study of health professionals, Author information Article notes, Copyright and License information PMID: PMC10647052 PMID: 37964268. *BMC Health Serve Res.* 2023 Nov 14;23:1252. doi: 10.1186/s12913-023-10275-3.
- Theo doula Adamakidou (2021). Quality of health services, *world journal of Advanced Research and Reviews* 12(01):498_502, doi:10.30574 November World Journal of Advanced Research and Reviews
- Ministry of Health and Population [MOHP], Egypt. (2021). *Annual Report 2021*, Cairo, Egypt: Ministry of Health and Population.
- Na Fu., Qinghai Ma and Janine Boask Patrick Flood (2016), "Intellectual capital and organizational ambidexterity in Chinese and Irish professional service firms", *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, No. 2, Vol.
- Vogus, T. J., Sutcliffe, K. M. (2012). Organizational mindfulness and mindful organizing: A reconceptualizing and path forward. *Academy of management learning, Education*, 11(4) 722-735
- World Health Organization (2020). *Strengthening the quality of complaint and feedback systems in health services.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017702>
- services, global imperative for universal health coverage. Geneva: who
- Who Service delivery and Safety Department DECEMBER (2018). Improving the quality of health services, tools and resources