Zagazig Journal of Agricultural Economics and Rural Sociology and Agricultural Extension Research 631-648

Zagazig J. Agric. Res., Vol. 43 No. (2) 2016

http:/www.journals.zu.edu.eg/journalDisplay.aspx?Journalld=1&queryType=Master

المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية لأهدافها في محافظة الشرقية

أحمد سمير معوض رفاعي الجزار[١]* – أيمن أحمد محمد عكرش[١]

إبراهيم عبدالرحمن خليفة[٢]- حازم محمد أبويحيي محمد سليم[١]

١- قسم الاقتصاد الزراعي- كلية الزراعة - جامعة الزقازيق - مصر

٢- قسم الإرشاد الزراعي والمجتمع الريفي - كلية الزراعة - جامعة الأزهر بأسيوط - مصر

الملخص

استهدفت الدراسة الراهنة التعرف علي المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وغير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها، وكذلك التعرف علي مقترحات المبحوثين في التغلب علي تلك المشكلات، ولتحقيق تلك الأهداف أجريت هذه الدراسة في ريف محافظة الشرقية وتم إجراء حصر لعدد الوحدات الصحية الريفية المطبقة وغير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة وذلك من خلال مديرية الصحة بالمحافظة، وبلغ عدد مفردات العينة ١٨٤ وحدة صحية ريفية، وتم توزيعها بالتساوي بين الفئتين الأولي والثانية حيث بلغ نصيب كل فئة ٩٢ وحدة صحية ريفية، تم أختيارها بطريقة المعاينة العشوائية البسيطة بطريقة الكيس المثالي. جمعت بيانات الدراسة بواسطة استمارة الاستبيان باستخدام المقابلة الشخصية لمديري هذه الوحدات الصحية الريفية، خلال الفترة من بداية شهر سبتمبر حتي نهاية شهر نوفمبر عام ٢٠١٥، واستخدم فى تحليل هذه البيانات: الجداول التكرارية، النسب المئوية، المتوسط الحسابي، وكانت أهم نتائج الدراسة أن هناك خمس مجموعات من المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة وكذلك الوحدات غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها، وبالنسبة للوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة فقد كانت المشكلات على الترتيب تنازلياً: مشكلات خاصة بالجهاز الإداري للوحدة الصحية، يليها مشكلات خاصة بالجمهور، ثم مشكلات خاصة بنظام العمل داخل الوحدة الصحة، ثم مشكلات خاصة بالمبني والمعدات، ثم مشكلات خاصة بتعامل الوحدة مع المنظمات الموجودة في محيط عملها، أما بالنسبة لمجموعات المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشامة لأهدافها فقد كانت علي الترتيب تنازلياً: مشكلات خاصة بالجهاز الإداري للوحدة الصحية، يليها مشكلات خاصة بالجمهور، ثم مشكلات خاصة بالمبني والمعدات، ثم مشكلات خاصة بنظام العمل داخل الوحدة الصحية، ثم مشكلات خاصة بتعامل الوحدة مع المنظمات الموجودة في محيط عملها، ومرتبة تنازلياً علي حسب المتوسط المرجح النسبي للمجموعة.

الكلمات الاسترشادية: المشكلات، الوحدات الصحية، المنظمات الاجتماعية، محافظة الشرقية.

المقدمة والمشكلة البحثية

يشهد العصر الحديث تطوراً سريعاً في جميع مجالات الحياة وخاصة في مجال المنظمات، والتي تعد جزءاً لا يتجزأ من حياتنا اليومية، فالإنسان أصبح يعيش داخل منظمات كبيرة تتفرع منها منظمات أصغر تشمل مختلف نواحي حياة الإنسان. والمجتمع الحديث يمكن أن يطلق عليه في الواقع مجتمع المنظمة، والمقصود بهذا القول أن أعضاء هذا المجتمع يولدون في منظمات، ويتعلمون في منظمات، ويقضون معظم أوقاتهم عاملين بالمنظمات، وحتي وقت الفراغ والعبادة يقضى في منظمات أيضاً (جامع، ١٩٧٥).

وظهرت المنظمات في حياة المجتمعات الإنسانية لكي تواجه التباين الشديد في أنشطة المجتمعات الحديثة، والتنوع الذي أصبح خاصية مميزة لهذه المجتمعات، والتغير الذي أصبح من أهم سماتها، والتعقد في نظمها الإجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية (عطا الله، ١٩٩٠).

ويتعامل الإنسان في سلوكه اليومي مع العديد من المنظمات، ويتأثر بوجودها وقد يؤثر فيها، وهو غالباً ما يتعامل مع مخرجات أو نواتج هذه المنظمات ويتلقي خدماتها دون أن يراها، ولذلك قد تبدو المنظمات للبعض أمر غامض أو غير معروف بالقدر الكاف، وقد تبدو للبعض الآخر من الأمور المألوفة والمسلم بها دون شغل

* **Corresponding author: Tel. :** +201025464646
E-mail address: amhedsamir@yahoo.com

الأذهان بالتفكير في طبيعتها وفهم آليات تشغيلها، فنجد أن الإنسان يولد كعنصر في إحدي المنظمات (الأسرة) ويتغذي جسده بأطعمة تم إنتاجها في منظمات (مزارع ومصانع)، ويسكن في منازل وأبنية قامت منظمات ببناءها (شركات البناء والمقاولات)، ويتعلم في منظمات (المدارس والجامعات)، ثم يتخرج لكي يقضي القدر الأكبر من عمره في منظمات، ويمارس حياته الاجتماعية من خلال عضويته في منظمات (نوادي اجتماعية ورياضية، وجمعيات إقليمية، ونقابات مهنية، وساحات شعبية..... وغيرها)، كما أن ما يحتاج إليه من خدمات صحية وأمنية وثقافية يحصل عليها من منظمات (مستشفيات، وأقسام شرطة، ومكتبات)، كما يتلقي أخبار العالم من حوله كنواتج عمل منظمات (الصحف والمجلات، والإذاعة المسموعة والمرئية)، فالمنظمات يتم إنشاؤها لإشباع الحاجات الإنسانية وزيادة رفاهية الإنسان (مسلم، ٢٠٠١/ ٢٠٠٢).

وحيث تلعب الخدمة الصحية دوراً هاماً في تنمية المجتمع، حيث يجب الاهتمام بصحة الأفراد في المجتمع بصفة عامة وبصحة السكان الريفيين بصفة خاصة، لأن للصحة دورها الذي يؤثر في إنتاج أفراد المجتمع والارتقاء بمستوي المجتمع الصحي والإنتاجي (العجمي، ١٩٩١)، لذلك فقد جاءت هذه الدراسة كمحاولة للوقوف علي المشكلات، التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية لأهدافها.

المشكلة البحثية للدراسة

هناك العديد من المنظمات الصحية المنتشرة في مختلف قري مصر، والتي تقدم العديد من الخدمات الصحية إلي سكان تلك القرى بهدف رفع مستواهم الصحي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وذلك لأنهم يمثلون أكثر من نصف الموارد البشرية في مجتمعنا المصري، وهو الأمر الذي يحتم الاهتمام بهم والعمل علي تقديم الخدمات الأساسية لهم ومحاولة إيجاد حلول للمشكلات، التي تعاني منها الوحدات الصحية الريفية التي تقدم لهم خدمات في مجال الصحة، وهذا ما دعا لإجراء هذه الدراسة لتجيب على التساؤلات الآتية: ما هي المشكلات، التي تقف حائل دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها؟ وماهي مقترحات المبحوثين في التغلب علي المشكلات، التي تقف حائل دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدفها.

أهداف الدراسة

إنطلاقا من المشكلة السابق عرضها، تتحدد أهداف هذا البحث فى:

١- التعرف على المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك الوحدات غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها.

٢- التعرف علي مقترحات المبحوثين في التغلب علي المشكلات، التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدفها.

الإطار النظري والدراسات السابقة

مفهوم المنظمات الإجتماعية

لقد شاع إستخدام مصطلح " المنظمة الإجتماعية " في العقدين الماضيين في الكتابات الإجتماعية، ومن المعروف أن هذا المصطلح يعنى باللغة الإنجليزية Social Organization وأن ترجمة الكلمة Organization والتي تترجم إلي اللغة العربية بمعنيين، الأول: منظمة، والثاني: تنظيم، ويشير التنظيم الاجتماعي إلي بناء وعملية في نفس الوقت، ولهذا فقد يستخدم هذا الإصطلاح للدلالة على المنظمة أو التنظيم الإجتماعى بمعناه الضيق وقد يستخدم للدلالة على التنظيم والبناء الإجتماعى للمجتمع ككل من حيث نشأته وإستقراره فى أنماط سلوكية راسخة، ويشير هذا المصطلح إلى "وحدات مخططة " أنشئت بقصد وذلك بغرض الحصول على أهداف معينة، أو إلى وحدات إجتماعية تسعى إلى تحقيق أهداف معينة، وبمعنى أخر فإنها تجمعات من بشر متفاعلين ومن ثم يمكن أن تعتبرها أنماطاً للتفاعل، حيث تنشأ بطريقة مقصودة من أجل أغراض معينة (أحمد، ١٩٨١) و(ريحان ويحيي، ٢٠٠٨).

ويعرف عكرش (٢٠٠٢) المنظمة الإجتماعية بأنها كل بناء إجتماعى ينشأ بقصد مقابلة إحتياجات معينة فى المجتمع، وله هيكل تنظيمى يوضح نظام تقسيم العمل وتسلسل السلطة وتفويض الاختصاصات، وبه مجموعة من الأفراد تربطهم علاقات إجتماعية تحددها القيم والمعايير الموجودة بالبناء، ويتكون من وحدات أو أجزاء كل منها له أهدافه ووظائفه وتكون مرتبطة مع بعضها بنائياً ووظيفياً لتحقيق الأهداف العامة للبناء، وذلك فى ضوء القيم والمعايير الموجودة فى المجتمع وفى إطار القانون العام والسياسة العامة للدولة.

عناصر بناء المنظمات الإجتماعية

من أبرز سمات العصر الحديث غلبة الطابع التنظيمي عليه في كافة وجوه الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وقد ساعد علي ذلك التغيرات السريعة والمتلاحقة، التي أصابت المجتمعات الحديثة، وغلبة الاتجاهات الفكرية، التي تدل علي أن المنظمات الحديثة هي أكثر الأشكال التنظيمية قدرة وكفاءة علي تحقيق

الأهداف، التي أنشئت من أجلها (خضر وآخرون، ٢٠٠٨).

ويذكر كل من سليم (١٩٨٢)، الحسيني (٢٠٠٣) وخضر وآخرون (٢٠٠٨) أن أي منظمة من المنظمات الاجتماعية تتكون من ستة عناصر أساسية هي:

الأشخاص المعينون (العنصر البشري)

يعتبر الأشخاص هم العنصر الجوهري في المنظمة، فالأشخاص المعينون، والذين يتفاعلون معاً يكونون المنظمة من منطلق أنهم يمثلون العنصر الجوهري لقيام المنظمة ويتحدد نجاح أو فشل المنظمة أساساً علي نوعية التفاعلات بين أعضائها.

الموارد المتاحة

هذه الموارد إما أن تكون بشرية أو تكون غير بشرية، وعلي ذلك فإنها تشمل كل شئ، أو كل شخص، و كل شرط أو ظرف تعمل فيه المنظمة، والموارد البشرية في المنظمة لها أهميتها، حيث أنها توفر للمنظمة ثلاثة أنواع من الموارد أولهما: قدرتها علي أن تفعل، ثانيهما: قدرتها علي أن تؤثر في الآخرين ليفعلوا، والعنصر الأخير يتمثل في قدرتها علي أن تفهم وتستخدم المفاهيم.

الإدارة

تعتبر الإدارة العقل، الذي يسير بمقتضاه النظام ويصدر القرارات ويرسم الخطط ويحكم علاقات الأفراد، ويواجه الطاقات والقدرات لبلوغ الأهداف المحددة، ومراقبة سير العمل، وتقويم النتائج عن طريق قوته أو تأثيره في أعضاء المنظمة.

الاتصال

يعتبر الاتصال عنصر حاسم وفعال من عناصر المنظمة، فلا يحدث تفاعل في المنظمة بدون اتصال، والاتصال قد يكون لفظي أو غير لفظي، وهو العملية التي من خلالها تنتقل المعلومات والقرارات والتوجيهات بين أعضاء المنظمة.

الضبط

وهو الوسيلة، التي تفرض عن طريقها قيود منظمة ومتسقة نسبياً علي السلوك الفردي بهدف التوصل إلي مسايرة الفرد للتقاليد وأنماط السلوك ذات الأهمية في أداء المنظمة لوظيفتها علي نحو مستقر.

الأدوات والتكنولوجيا

ويقصد بها طرق العمل الفنية، وكذلك الأدوات والآلات المستخدمة لأداء العمل حسب مجال التخصص للمنظمة.

أهمية المنظمات الاجتماعية

ظهرت المنظمات وأخذت أهميتها فى حياة المجتمع الانسانى لكونها الأداة الفعالة فى سد الثغرات، التى نشأت نتيجة لتحلل الأسرة والقبيلة وغيرها من الجماعات الأولية من وظائفها التقليدية، وقد أخذت تنمو هذه المنظمات وتنتشر بالتدريج، حتى أصبحت تغطى أغلب النواحى الحيوية للنشاط فى المجتمع الإنسانى المعاصر (عكرش، ٢٠٠٢). وترجع أهمية المنظمات فى كونها تسعى إلى تحقيق أهداف يعجز الجهد الفردى عن تحقيقها، وذلك لما يتوفر لها من خصائص معينة تعينها على تحقيق ذلك، مثل وجود كيان رسمى محدد يتضمن اللوائح وقواعد العمل، وكذلك توزيع القوة والسلطة بين الأفراد بطريقة تضمن إنجاز الأعمال (ريحان، ٢٠٠٠). وتعود أهمية المنظمات إلي أنها تشبع أنواعاً من الاحتياجات للإنسان : عاطفية، وروحية، وعقلية، واقتصادية، وأن المنظمات تكونت بطريقة مفيدة لتحقيق أهداف أعضاءها، بصورة جماعية أفضل من العمل الفردي (سليم ،١٩٨٢).

ويحدد عكرش (٢٠٠٢) أهمية المنظمات الإجتماعية فى النقاط التالية:

١- أن المنظمات الإجتماعية تلعب دوراً حيوياً فى التطوير الثقافى للإنسانية، وذلك من خلال قيامها بعملية التنشئة الإجتماعية للأفراد ونقل التراث الثقافى المتراكم عبر الأجيال .

٢- أن المنظمات الإجتماعية تؤدى أدواراً هامة فى تقدم المجتمع إقتصاديا واجتماعيا وسياسياً، وتحقق استقرار المجتمع وتوازنه.

٣- أن المنظمات يمكنها إشباع الاحتياجات المتنوعة والعديدة للأفراد الذين يرتبطون بها، ومن هذه الإحتياجات: الحاجة إلى الأمان والاستقرار المهنى والوظيفى، والحاجة إلى التدعيم الإجتماعى، والحاجة إلى القوة من الآخرين، والحاجة إلى النمو الشخصى وإلى الواقعية.

٤- أن المنظمات هى دائماً فى تطور، وهناك زيادة فى إنتاجيتها وأن هذه الزيادة ترجع إلى الإهتمام بالنواحى النفسية والإجتماعية داخل المنظمات.

٥- أن المنظمات يمكنها التغلب على المحددات البيولوجية والبيئية، التى تحد من قدرات الأفراد وبالتالى، فهى تقوى على تأدية أدوار ووظائف تتعدى قدرات الأفراد.

أهداف المنظمات الإجتماعية

يذكر جامع (١٩٧٥) أن أهداف المنظمات تنقسم إلى نوعين من الأهداف هما:

١- الأهداف المنصوص عليها أو الرسمية: وهى الحالات المستقبلية المرغوبة، التى ينص عليها دستور أو لائحة المنظمة لغرض الوصول إليها أو تحقيقها.

٢- الأهداف الحقيقية أو الفعلية: وهى الحالات المستقبلية المرغوبة، التى تتوجه إلى تحقيقها بالفعل

معظم وسائل المنظمة وإمكاناتها وتعهدات أفرادها، والتى تحصل على أولوية لتحقيقها عند تعارضها مع الأهداف المنصوصة.

الوحدات الصحية الريفية تاريخ انشاءها وخدماتها وسماتها

تاريخ أنشاء الوحدات الصحية الريفية

بدأت وزارة الصحة خلال فترة ثلاثينيات القرن السابق بإنشاء بعض المستشفيات القروية في بعض القري، وتعمل هذه المستشفيات القروية علي تأدية نفس الخدمات، التي تقوم بها الوحدات الصحية الريفية مع زيادة عدد الأسرة في الأقسام الداخلية إلي عدد ٦٠ سريراً، ولقد بدأ تنفيذ مشروع الوحدات الصحية الريفية عام ١٩٦٢ فى جميع إنحاء الريف وقد بدأ إنشاء ١٥٠٠ وحدة صحية فى ست سنوات علي أساس تخدم كل منها خمسة آلاف من السكان (عكرش، ٢٠١٥).

ويذكر حتاتة (١٩٦٨) عن الخدمات الصحية في الريف أن أول برنامج للخدمات الصحية القروية تم إنشاءه علي نطاق واسع كان مشروع تحسين الصحة القروية، الذي تم تنفيذه طبقاً للقانون رقم ٤٦لسنة ١٩٤٢، ثم قانون رقم ٦٢ لسنة ١٩٤٧ المعدل برقم ٤٦ لسنة ١٩٥٦، ويقوم هذا المشروع علي إنشاء مجموعة صحية قروية لكل ١٥: ٢٠ ألف من السكان، وهم يكونون عادة من عدة قري تتراوح بين ٣-٦ قري علي أبعاد مختلفة من مقر المجموعة، وقد تصل المسافة بين مقر المجموعة إلي أبعد قرية إلي سبعة كيلومترات أو أكثر. وقد تطورت سياسة الخدمات في الريف المصري بإنشاء مشروع الوحدات المجمعة، حيث صدر بذلك القانون رقم ٦ لعام ١٩٥٦ المعدل بالقانون رقم ١١٨ لعام ١٩٥٧ والقانون رقم ٥٢ لعام ١٩٥٩، وفي هذا المشروع تم تقسيم الريف إلي مناطق يبلغ تعداد كل منها حوالي ١٥ ألف نسمة ويبلغ عددها حوالي ٨٨٠ منطقة ينشأ في كل منها وحدة مجمعة، وأن المجموعات الصحية القروية يتكون من عيادة خارجية وصيدلية قسم الإمراض المتوطنة ومعمل لفحص الأهالي وعلاجهم من الإمراض المتوطنة وقسم داخلي، قسم لرعاية الأمومة والطفولة والخدمات الصحية للحوامل والولادات، سيارة إسعاف، القيام بعمليات التوليد فى المنازل والمرور على الحوامل ومكتب للخدمات الصحية الوقائية للقيام بإعمال تسجيل المواليد والوفيات وقسم للوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها، كما تقوم المجموعات الصحية بالعمل على رفع المستوى الصحي للقرية بإقامة المرافق المختلفة والتثقيف الصحي لسكان القرية.

الخدمات التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية

تعمل الوحدات الصحية الريفية علي تقديم كل من الخدمات الصحية والوقائية والعلاجية للسكان الريفيين (عكرش، ٢٠١٥) وهي:

الخدمات الصحية الوقائية

منها: تطعيم الأطفال ضد الأمراض الوبائية والمعدية المختلفة، توعية الأمهات والآباء بالعادات والممارسات الغذائية الصحية السليمة، إقامة بعض الندوات المتعلقة بالثقافة الصحية، توفير وسائل تنظيم الأسرة، تقديم الاستشارات الخاصة بتنظيم الأسرة، تقديم الاستشارات الطبية للنساء الحوامل.

الخدمات الصحية العلاجية

منها: الكشف علي المرضي وتشخيص الأمراض لهم، توفير الأدوية اللازمة لعلاج الأمراض المختلفة، إجراء بعض العمليات الجراحية، تقديم الإسعافات الأولية في العيادات الخارجية التابعة للوحدات.

سمات الوحدات الصحية الريفية

١- مساحة الأرض المقامة عليها الوحدة الصحية الريفية أقل من فدان.

٢- أنخفاض التكاليف في الإنشاء والتجهيز.

٣- لا ينشأ بالوحدة قسم داخلي بكل ما يترتب على ذلك من مصاريف الإدارة والإفراد النقدية.

٤- قرب الخدمات من سكان القرية، مما يسمح في كثير من الأحيان بتسهيل علاج المواطنين الريفيين بالإضافة الى توفير مصاريف الإسعاف والانتقال (العجمي، ١٩٩١).

التوجهات النظرية المرتبطة بالمنظمات الإجتماعية

نظرية الإدارة العلمية

تقوم فلسفة هذه النظرية على أساس المبادئ التالية: استخدام الأسلوب العلمى فى حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرار، اختيار الآلات والمواد والعمال بطريقة علمية سليمة تعتمد على مدى توافر القدرة الملائمة للأداء السليم فى الوظيفة، استخدام الحوافز المادية لتشجيع العمال على أداء العمل بالطريقة والسرعة المطلوبة، تقسيم العمل والتخصص بحيث يعهد إلى كل عامل عملاً محدداً على أن توفر له الإدارة التعليمات والإرشادات فيما يتعلق بكيفية الأداء الأمثل للعمل، تحقيق التعاون الكامل بين الإدارة التى تقوم بمهام التخطيط والرقابة ، والعمال الذين يقومون بمهام التنفيذ (عكرش، ٢٠٠٢).

نظرية النظام التعاونى لـ "شستر برنارد"

يرى "برنارد" أن التنظيم عبارة عن نظام تعاونى يقوم على أساس تعاون مجموعة من الأفراد فى العمل بهدف تحقيق هدف معين، وهذه الرؤية تتفق مع الرؤية الكلاسيكية، غير أن برنارد أعطى وزنا اكبر للناحيتين النفسية والإجتماعية على أساس انهما يؤثران تأثيرا مباشرا فى درجة التعاون داخل التنظيم وهو الأمر الذى لم يعطيه الكلاسيكيون العناية اللازمة (عكرش، ٢٠٠٢).

البنائية الوظفية

مدخل بارسونز وتحليل النسق الإجتماعى

يعرف "بارسونز " النسق الإجتماعى بأنه جمع من الأشخاص المتفاعلين والمدفوعين بالنظر إلى الميل نحو تحقيق حد امثل من الإشباع، والذين تتحدد علاقتهم بموقفهم بما فى ذلك الآخرين فى ضوء نسق من الرموز المشتركة والمنظمة ثقافيا (الجوهرى، ١٩٨٢). ويرى "بارسونز" أن كل نسق اجتماعى يتطلب ثلاثة شروط أساسية هى: الأول – شرط بنائى، فوحدات النسق والنسق نفسه يجب أن يشبع بعض المتطلبات التنظيمية البنائية. الثانى – شرط وظيفى، فلكى يوجد النسق ويحافظ على هذا الوجود يجب أن تشبع بعض حاجات النسق الأساسية، وهذه تختص بها المستلزمات أو الأبعاد الوظيفية للنسق. الثالث – ويتعلق هذا المطلب بالديناميات الداخلية للنسق، فالنسق بطبيعته ينهض بتنويعات وتغيرات لا تظهر من خلال الصدفة، ولكنها تظهر من خلال بعض المبادئ والقواعد (سيد، ١٩٩٣).

نظرية الجهاز المفتوح

نجح الذين تبنوا مفهوم النسق المفتوح فى توضيح أنواع التأثير والتأثر بين التنظيم وغيره من الأفراد أو الجماعات إعتماداً على أن التنظيم لا يعيش فى فراغ وإنما فى بيئة يتعامل معها فيأخذ منها ويعطيها (نويصر، ٢٠١٠)، فالمنظمة الإجتماعية عبارة عن نظام يتكون من مجموعة من الأنظمة الفرعية، التى يعتمد كل جزء منها على الآخر، حيث تتداخل العلاقات فيما بينها وبين البيئة الخارجية لتحقيق أهدافها، وعناصر هذا النظام هى المدخلات: تتمثل المدخلات التى تحصل عليها المنظمة من المجتمع أو البيئة المحيطة بها فيما يلى: المدخلات المادية: وتتمثل فى المواد ورؤوس الأموال والآلات والمعدات والتجهيزات وشبهاتها، المدخلات البشرية: وتتمثل فى الأفراد وما يرتبط بهم من قيم ورغبات وإتجاهات وعلاقات إنسانية، المدخلات المعنوية: وتتركز فى أهداف وسياسات المجتمع وتكوينه والفرص المتاحة والقيود المفروضة، المدخلات التكنولوجية: ويقصد بها أساليب الإنتاج والمعرفة الفنية المتاحة فى التنظيم، ومن محصلة تلك المدخلات تتوافر للمنظمة الطاقة، التى تهيئ لها القدرة على إنتاج معين تستخدمه فى الحصول على منافع جديدة ينفق جزء منها على الإستزادة من تلك المدخلات، عملية التحويل: وتشمل الأنشطة التنظيمية فى عدد من العمليات، وهى تأخذ شكل عمليات إتصال وإتخاذ قرارات وقيادة وجمع معلومات وعمليات التحفيز والدفع للأفراد والجماعات وعمليات الرقابة والتصحيح والتطوير والتحديث وأنواع العمل والأنشطة، التى تتم داخل التنظيم لتحويل الموارد وتغيير شكلها وتقديمها فى صورة مختلفة تتمثل فى سلع أو خدمات، المخرجات: وتتمثل فيما تقدمه المنظمة للمجتمع من إنتاج مادى أو معنوى (خطاب، ١٩٨٥).

وسوف يتم الاستفادة من هذه النظريات في تفسير نتائج الدراسة الراهنة، لأنه يجب استخدام الأسلوب العلمى فى حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرار داخل الوحدات الصحية الريفية، وكذلك توفير الدعم المادي لتشجيع العمال على أداء العمل المطلوبة منهم، وكذلك يجب تقسيم العمل والتخصص بحيث يعهد إلى كل عامل عمل محدد على أن توفر له الإدارة التعليمات والإرشادات فيما يتعلق بكيفية الأداء الأمثل للعمل داخل الوحدات الصحية الريفية، حيث يجب تحقيق التعاون الكامل بين الإدارة، التى تقوم بمهام التخطيط والرقابة علي الوحدات الصحية الريفية، ولابد من وجود تسلسل السلطات وتوزيع القوة، ويقصد به التنظيم الوظيفى والإدارى وتحديد مهام كل موظف وعلاقة الموظفين ببعضهم البعض داخل الوحدات الصحية الريفية، وكذلك يجب إستبعاد العوامل الشخصية. لابد من وجود السلطة التنفيذية والرقابة: ويقصد بها المكافآت والعقوبات للعاملين بالوحدات الصحية ومدى تنفيذها لضمان تحقيق أهداف هذه الوحدات الصحية الريفية.

الدراسات السابقة

في حدود ما تم الاطلاع عليه من دراسات سابقة في موضوع الدراسة الراهنة تبين أن : دراسة العجمى (١٩٩١) توصلت إلى أن هناك مشكلات ذات سيادة عالية تواجه المنظمات الصحية الريفية بمحافظة الدقهلية أهمها: نقص التمويل والميزانية، هناك تدنى واضح فى درجة تفهم المواطنين لأهداف المنظمة الصحية، وهناك تدنى نسبى لاستشعارهم بمستوى الخدمة الصحية المقدمة ودرجة كفايتها. وتبين دراسة محمود (١٩٩٣)، أن هناك قصور فى برامج خدمات التثقيف الصحى بالوحدات الصحية الريفية، هناك نقص فى الخدمات العلاجية والإسعافية لرعاية الأمومة و الطفولة، هناك عدم إهتمام ببرامج خدمات الصحة البيئية فى القرية المصرية، هناك مشكلات صحية إجتماعية متعلقة بالمستفيدين وتعوق عملية الإستفادة من الخدمات الصحية الريفية، هناك مشكلات مرتبطة بتنسيق الخدمات الصحية بالوحدة الصحية. وفي دراسة غانم (١٩٩٣) تبين أن من المشكلات التى تواجه الوحدات الصحية من وجهة نظر السكان عدم إقامة الأطباء بالوحدات الصحية إقامة دائمة، النقص فى الأدوية اللازمة لعلاج المرضى، بينما من وجهة نظر العاملين النقص فى عدد الأسرة بالوحدات الصحية ونقص الميزانية، نقص الأدوية اللازمة لعلاج المرضى. وتوصلت دراسة عبدالقادر (١٩٩٥) إلى أن المشكلات تنحصر في النقص في عدد الأسرة داخل الوحدة، عدم أو قلة توفير الأدوات والمعدات والتجهيزات الطبية اللازمة، ارتفاع أسعار الأدوية، عدم وجود حجرات عمليات طوارئ، عدم وجود سيارة أسعاف، عدم صلاحية بعض مباني الوحدات الصحية. عدم إقامة الأطباء بالوحدات الصحية إقامة دائمة مما يؤدي لعدم تواجده عند

الحاجة في الحالات الطارئة، قلة خبرة وكفاءة الطبيب، قلة الاهتمام بالمرضي، قلة الحوافز المقدمة للعاملين في الوحدة، المحسوبية في العلاج والكشف، النقص في الأدوية اللازمة لعلاج المرضى.

مصادر البيانات والطريقة البحثية

تم اختيار محافظة الشرقية مجالا جغرافيا لهذه الدراسة لعدة أسباب: تعتبر محافظة الشرقية من أكبر محافظات الجمهورية في عدد السكان، حيث تحتل المركز الثالث من بين محافظات الجمهورية، والمركز الأول بين محافظات الوجه البحري. كما أنها تحتل ترتيباً متوسطا في قيمة دليل التنمية البشرية من بين محافظات الجمهورية (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ومعهد التخطيط القومي، ٢٠١٠)، ويمكن توضيح أسس إختيار عينة الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة في النقاط التالية: تم إجراء حصر لعدد الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة، وذلك من خلال مديرية الصحة بمحافظة الشرقية. بلغ عدد الوحدات الصحية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة ١٧٠ وحدة صحية في حين بلغ عدد الوحدات الصحية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة ١٨٤ وحدة صحية، وبذلك بلغ إجمالي عدد الوحدات الصحة الريفية بالمحافظة ٣٥٤ وحدة. تم استخدام معادلة كريجسي ومورجان في تحديد حجم عينة الدراسة فبلغت ١٨٤ وحدة صحية ريفية، تم توزيعها بالتساوي بين الفئتين الأولي والثانية حيث بلغ نصيب كل فئة ٩٢ وحدة صحية ريفية. ولاختيار وحدات عينة الدراسة التابعة لمحافظة الشرقية محل الدراسة الميدانية تم استخدام طريقة المعاينة العشوائية البسيطة بطريقة الكيس المثالي في تحديد عينة الدراسة من الوحدات الصحية الريفية. وجمعت بيانات الدراسة بواسطة استمارة الاستبيان باستخدام المقابلة الشخصية للسادة الأطباء مديري الوحدات الصحية الريفية، خلال الفترة من بداية شهر سبتمبر حتي نهاية شهر نوفمبر عام ٢٠١٥. واستخدم فى تحليل هذه البيانات: الجداول التكرارية، والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي. معادلة كريجسي ومورجان في تحديد حجم عينة الدراسة (Krejcie and Morgan, 1970) وهي كالأتي:

$$S = \frac{x^2NP(1-P)}{D^2(N-1)+x^2P(1-P)}$$

حيث S= حجم العينة المطلوبة N = حجم الشاملة

x^2 = قيمة مربع كاي عند درجة حرية واحدة ومستوي معنوية ٠.٠٥ وهي =٣.٨٤١

P = نسبة احتمال وجود الظاهرة = ٠.٥

D = نسبة الخطأ المسموح به = ٠.٥

التعريفات الإجرائية لمؤشرات الدراسة الراهنة والقياس الكمي لها

الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين والمشكلات التي تواجة الوحدات الصحية

السن

ويقصد به عدد سنوات عمر مدير الوحدة الصحية المبحوث لأقرب سنة ميلادية، وتم قياسه كرقم مطلق بعدد السنوات.

النوع

ويقصد به تحديد جنس المبحوث ما إذا كان ذكراً أم أنثي، وهو متغير اسمي ذو فئتين وأعطيت الاستجابات ترميز هو: ذكر =١ ، أنثي=٢.

المؤهل الدراسي

ويقصد به مستوي التعليم الذي وصل إليه المبحوث، وهو متغير رتبي، وأعطيت الاستجابات أوزن هي : بكالوريوس =١ ، ماجستير=٢ ، دكتوراه =٣.

مدة العمل في الوحدة الصحية

ويقصد به عدد السنوات، التى قضاها المبحوث فى العمل داخل الوحدة الصحية الريفية، وتم قياسه كرقم مطلق بعدد السنوات.

مدة العمل كرئيس للوحدة الصحية

ويقصد به عدد السنوات، التى قضاها المبحوث فى العمل كرئيس للوحدة الصحية، وتم قياسه كرقم مطلق بعدد السنوات.

الحالة الزواجية

ويقصد بها حالة المبحوث الزواجية، وهو متغير أسمي متعدد الفئات وأعطيت الاستجابات ترميز هو: أعزب =١، متزوج =٢ ، مطلق =٣ ، أرمل = ٤.

النشأة

ويقصد بها نوعية البيئة، التى تربى ونشأ فيها المبحوث سواء كانت ريفية أم حضرية، وهو متغير اسمي ذو فئتين، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: ريف =١ ، حضر =٢.

محل الإقامة

ويقصد به مكان الإقامة الحالي للمبحوث سواء كانت ريفية أم حضرية، وهو متغير اسمي ذو فئتين، وأعطيت الاستجابات ترميز هو : ريف =١ ، حضر =٢.

الدخل الشهري للمبحوث من العمل بالوحدة الصحية

ويقصد به الدخل النقدي الذي يحصل عليه المبحوث من العمل بالوحدة الصحية بالجنية شهرياً، وتم قياسه كرقم مطلق بالجنية.

جملة الدخل الشهري للمبحوث من المصادر المختلفة

ويقصد به إجمالي الدخل النقدي الذي يحصل عليه المبحوث من المصادر المختلفة بالجنية شهرياً، وتم قياسه كرقم مطلق بالجنية.

جملة الدخل الشهري الأسري

ويقصد به إجمالي الدخل النقدي الذي تتحصل عليه أسرة المبحوث من المصادر المختلفة بالجنية شهرياً، وتم قياسه كرقم مطلق بالجنية.

درجة الرضا الوظيفي لرئيس الوحدة الصحية

ويقصد به درجة رضا المبحوث عن العمل داخل الوحدة الصحية، وتم قياس هذا المتغير بمجموع الدرجات المتحصل عليها من مقياس كمى مكون من عشرة عبارات. أعطيت الاستجابات أوزان هي: غير موافق جداً = ١ ، غير موافق =٢، موافق لحد ما = ٣ ، موافق = ٤ ، موافق جداً =٥، مع مراعاة عكس الأوزان في العبارات السالبة.

المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

تم وضع مجموعة من المشكلات باستمارة الإستبيان ووضعت هذه المشكلات تحت خمس مجموعات هي: مشكلات خاصة بالجهاز الإداري للوحدة الصحية، مشكلات خاصة بالجمهور، مشكلات خاصة بنظام العمل داخل الوحدة الصحة، ثم مشكلات خاصة بالمبني والمعدات، مشكلات خاصة بتعامل الوحدة مع المنظمات الموجودة في محيط عملها وطلب من المبحوث في حالة موافقته علي وجود المشكلة أن يحدد درجة تواجدها وأعطيت الاستجابات أوزان رقمية هي: غير موجودة = صفر ، منخفضة = ١ ، لحد ما = ٢ ، كبيرة = ٣.

خصائص العينة

لتوصيف عينة الدراسة تم حساب التكرارات والنسب المئوية للخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأطباء مديري الوحدات الصحية الريفية المبحوثة، ويوضح جدول ١ النتائج:

السن

تبين أن معظم مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٨٠.٤%) يقعون في الفئة العمرية (٢٤-٣٥) سنة، ربما ينظر لهذه الفئة علي أنها تجمع بين الشباب والنضج الفكري، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٦٦.٣%) يقعون في نفس الفئة.

النوع

تبين أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٥٩.٨%) من الذكور، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٦٨.٥%) كانوا من الذكور.

المؤهل الدراسي

تبين أن غالبية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٩٥.٧%) مؤهلهم التعليمي بكالوريوس طب وجراحة، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٨٨%). ويتضح من النتائج ارتفاع نسبة الحاصلين علي درجة البكالوريوس وهذا يدل علي أن معظم مديري هذه الوحدات الصحية الريفية حديثي التخرج من كليات الطب البشري، وانخفاض نسبة الحاصلين علي درجة الماجستير، وعدم وجود الحاصلين علي درجة الدكتوراه.

مدة العمل في الوحدة الصحية

تبين أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٩٠.٢%) كانت مدة عملهم من (٠.٥-١١.٥) سنة، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٨٥.٩%).

مدة العمل كرئيس للوحدة الصحية

تبين أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٩١.٣%) وكانت مدة عملهم من (٠.٥-١١.٥) سنة، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٨٥.٩%).

الحالة الزواجية

تبين أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٥٩.٨%) كانوا متزوجين، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٥٣.٣%) كانوا متزوجين.

النشأة

تبين أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٦٠.٩%) كانت

جدول ١. خصائص العينة المدروسة من مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة وغير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة

المتغير	الوحدات الصحية الريفية	الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة ن=٩٢		الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة ن= ٩٢	
		عدد	(%)	عدد	(%)
١- السن	(٢٤-٣٥) سنة	٧٤	٨٠.٤	٦١	٦٦.٣
	(٣٦-٤٧) سنة	٨	٨.٧	١٨	١٩.٦
	(٤٨-٥٩) سنة	١٠	١٠.٩	١٣	١٤.١
٢- النوع	ذكر	٥٥	٥٩.٨	٦٣	٦٨.٥
	أنثي	٣٧	٤٠.٢	٢٩	٣١.٥
٣- المؤهل الدراسي	بكالوريوس	٨٨	٩٥.٧	٨١	٨٨
	ماجستير	٤	٤.٣	١١	١٢
	دكتوراه	صفر	صفر	صفر	صفر
٤- مدة العمل في الوحدة الصحية	(٠.٥-١١.٥) سنة	٨٣	٩٠.٢	٧٩	٨٥.٩
	(١٢-٢٢) سنة	٩	٩.٨	٨	٨.٧
	(٢٣-٢٤) سنة	صفر	صفر	٥	٥.٤
٥- مدة العمل كرئيس للوحدة الصحية	(٠.٥-١١.٥) سنة	٨٤	٩١.٣	٨٠	٨٧
	(١٢-٢٢) سنة	٨	٨.٧	٧	٧.٦
	(٢٣-٢٤) سنة	صفر	صفر	٥	٥.٤
٦- الحالة الزواجية	أعزب	٣٦	٣٩.١	٤٠	٤٣.٥
	متزوج	٥٥	٥٩.٨	٤٩	٥٣.٣
	مطلق	صفر	صفر	٢	٢.٢
	أرمل	١	١.١	١	١.١
٧- النشأة	ريفية	٥٦	٦٠.٩	٤٧	٥١.١
	حضرية	٣٦	٣٩.١	٤٥	٤٨.٩
٨- محل الإقامة	الريف	٥٠	٥٤.٣	٤٦	٥٠
	الحضر	٤٢	٤٥.٧	٤٦	٥٠
٩- الدخل الشهري للمبحوث من العمل بالوحدة	(١١٠٠-٢٤٦٦) جنيه	٦٣	٦٨.٥	٦٠	٦٥.٢
	(٢٤٦٧-٣٨٣٣) جنيه	٢٦	٢٨.٣	٢٠	٢١.٧
	(٣٨٣٤-٥٢٠٠) جنيه	٣	٣.٣	١٢	١٣
١٠- الدخل الشهري للمبحوث من المصادر المختلفة	(٣٣٣٣- فأقل) جنيه	٨٧	٩٤.٦	٨٩	٩٦.٧
	(٣٣٣٤-٦٦٦٧) جنيه	٤	٤.٣	٢	٢.٢
	(٦٦٦٨-١٠٠٠٠) جنيه	١	١.١	١	١.١
١١- جملة الدخل الشهري الأسري	(٣٩٩٩- فأقل) جنيه	٧٩	٨٥.٩	٨١	٨٨
	(٤٠٠٠-٧٩٩٩) جنيه	١٢	١٣	١١	١٢
	(٨٠٠٠-١٢٠٠٠) جنيه	١	١.١	صفر	صفر
١٢- درجة الرضا الوظيفي لرئيس الوحدة الصحية	منخفضة (١٠-٢٣) درجة	٢٩	٣١.٥	٤٠	٤٣.٥
	متوسطة (٢٤-٣٦) درجة	٤٤	٤٧.٨	٣٨	٤١.٣
	مرتفعة (٣٧-٥٠) درجة	١٩	٢٠.٧	١٤	١٥.٢

المصدر: جمعت وحسبت من (استمارة الاستبيان)، الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

نشأتهم ريفية، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٥١.١%) كانت نشأتهم ريفية، وربما يفيد ذلك في معرفتهم بأمور الريف ورغبات واحتياجات أبنائه.

محل الإقامة

تبين أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٥٤.٣%) كانوا مقيمين في الريف، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٥٠%) كانوا مقيمين في الريف.

الدخل الشهري للمبحوث من العمل بالوحدة

تشير النتائج إلي أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٦٨.٥%) كانت دخولهم الشهرية تقع في الفئة الدنيا (١١٠٠-٢٤٦٦) جنية، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٦٥.٢%) يقعون في نفس الفئة.

جملة الدخل الشهري للمبحوث من المصادر المختلفة

تشير النتائج إلى أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٩٤.٥%) كانت دخولهم الشهرية تقع في الفئة الدنيا (٣٣٣٣- فأقل) جنية، كذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٩٦.٧%) يقعون في نفس الفئة.

جملة الدخل الشهري الأسري

تشير النتائج إلي أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٨٥.٩%) كانت دخولهم الشهرية تقع في الفئة الدنيا (٣٩٩٩- فأقل) جنية، وكذلك مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٨٨%) يقعون في نفس الفئة.

درجة الرضا الوظيفي لرئيس الوحدة الصحية الريفية

تشير النتائج إلى أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٤٧.٨%) كانت درجة رضاهم الوظيفي متوسطة تقع بين (٢٤-٣٦)، كما كانت أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة المبحوثة (٤٣.٥%) كانت درجة رضاهم الوظيفي منخفضة تقع بين (١٠-٢٣).

النتائج والمناقشة

المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

لتحقيق الهدف الاول من الدراسة الراهنة والمتعلق بالمشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها تم تصنيف هذه المشكلات إلي خمس مجموعات هي: مشكلات خاصة بالجهاز الإداري للوحدة الصحية، مشكلات خاصة بالجمهور، مشكلات خاصة بنظام العمل داخل الوحدة الصحية، مشكلات خاصة بالمبني والمعدات، مشكلات خاصة بتعامل الوحدة مع المنظمات الموجودة في محيط عملها ومرتبة تنازلياً علي حسب المتوسط المرجح النسبي للمجموعة بالإضافة إلي ترتيب المتوسطات ترتيباً تنازلياً لكل مشكلة داخل المجموعة وكانت النتائج كالتالي:

المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

يتبين من جدول ٢ أن ترتيب مجموعات المشكلات، التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وما تضمنتها هذه المجموعات من مشكلات فرعية كانت علي الترتيب كما يلي:

مشكلات خاصة بالجمهور

احتلت هذه المجموعة المرتبة الأولي من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ٢٤.٢، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: لا توجد ميزانية كافية لتقديم الخدمات الصحية لأهل القرية بأكملها، يليها احتياجات المنطقة التي تخدمها الوحدة الصحية أكبر من إمكانياتها، ثم تدخل الجمهور فيما لا يعنيه، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها٣٢.٣، ٢٨.٥، ٢٦.٨ على الترتيب.

مشكلات خاصة بتعامل الوحدة مع المنظمات الموجودة في محيط عملها

احتلت هذه المجموعة المرتبة الثانية من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ١٩.٠٦، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: لا تقدم معظم المنظمات بالقرية خدمات للوحدة الصحية، يليها عدم أسهام المنظمات الأخرى بالقرية في حل المشكلات المشتركة بينها وبين الوحدة الصحية، ثم لا تقدم معظم المنظمات القروية أي معلومات للوحدة الصحية، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٢٣.١ ، ٢١.٦ ، ٢١ علي الترتيب.

مشكلات خاصة بالجهاز الإداري للوحدة الصحية

احتلت هذه المجموعة المرتبة الثالثة من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة

جدول ٢. التوزيع العددي والنسبي للمشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

م	مجموعة المشكلات	درجة التواجد						غير موجودة		المتوسط المرجح للمشكلة داخل المجموعة	ترتيب المشكلات داخل كل مجموعة	المتوسط المرجح النسبي للمجموعة	ترتيب المجموعات
		كبيره		لحد ما		منخفضة							
		عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)				
	أ- مشكلات خاصة بالجمهور											٢٤.٢	الأولي
١	عدم تعاون الجمهور مع الوحدة الصحية	٣٢	٣٤.٨	٢٥	٢٧.٢	٤	٤.٣	٣١	٣٣.٧	٢٥	٦		
٢	تدخل الجمهور فيما لا يعنيه	٣٥	٣٨	٢٦	٢٨.٣	٤	٤.٣	٢٧	٢٩.٣	٢٦.٨	٣		
٣	عدم تفهم الجمهور لطبيعة عمل الوحدة الصحية	٣٦	٣٩.١	٢١	٢٢.٨	١١	١٢	٢٤	٢٦.١	٢٦.٨	٣		
٤	عدم رضا الجمهور عن الوحدة الصحية مهما عملت	٢٤	٢٦.١	٢٧	٢٩.٣	٧	٧.٦	٣٤	٣٧	٢٢.١	٨		
٥	التنازع بين كبار العائلات يؤثر علي سير عمل الوحدة الصحية	٩	٩.٨	٨	٨.٧	٣	٣.٣	٧٢	٧٨.٣	٧.٦	٩		
٦	صعوبة التعامل مع المواطنين وإقناعهم بالأفضل	٢٥	٢٧.٢	٢٨	٣٠.٤	٧	٧.٦	٣٢	٣٤.٨	٢٣	٧		
٧	لا توجد ميزانية كافية لتقديم الخدمات الصحية لأهل القرية بأكملها	٤٤	٤٧.٨	٢٦	٢٨.٣	١٠	١٠.٩	١٢	١٣	٣٢.٣	١		
٨	عدم اهتمام الأهالي بالجوانب الصحية الوقائية	٢٧	٢٩.٣	٣٠	٣٢.٦	١٥	١٦.٣	٢٠	٢١.٧	٢٦	٥		
٩	احتياجات المنطقة التي تخدمها الوحدة الصحية أكبر من إمكانياتها	٣٥	٣٨	٢٩	٣١.٥	٨	٨.٧	٢٠	٢١.٧	٢٨.٥	٢		
	ب- مشكلات خاصة بتعامل الوحدة مع المنظمات الموجودة في محيط عملها											١٩.٠٦	الثانية
١	هناك تعارض بين أهداف الوحدة الصحية وأهداف معظم المنظمات الصحية	٤	٤.٣	١٦	١٧.٤	١٣	١٤.١	٥٩	٦٤.١	٩.٥	٥		
٢	لا تقدم معظم المنظمات بالقرية خدمات للوحدة الصحية	٢٢	٢٣.٩	٢٩	٣١.٥	١٥	١٦.٣	٢٦	٢٨.٣	٢٣.١	١		
٣	لا يتم الاتصال بالمنظمات الصحية ألآخري المجاورة للاستفادة من خبراتها	١٧	١٨.٥	٢٥	٢٧.٢	٢٠	٢١.٧	٣٠	٣٢.٦	٢٠.١	٤		
٤	لا تقدم معظم المنظمات القروية أي معلومات للوحدة الصحية	٢١	٢٢.٨	٢٢	٢٣.٩	١٩	٢٠.٧	٣٠	٣٢.٦	٢١	٣		
٥	عدم أسهام المنظمات ألآخري بالقرية في حل المشكلات المشتركة بينها وبين الوحدة الصحية	٢٣	٢٥	٢١	٢٢.٨	١٩	٢٠.٧	٢٩	٣١.٥	٢١.٦	٢		
	ج- مشكلات خاصة بالجهاز الإداري للوحدة الصحية الريفية											١٧.٤٣	الثالثة
١	لا يتم اشتراك الوحدة الصحية بصورة جدية في المشروعات المقدمة للبلد	١٨	١٩.٦	٣٠	٣٢.٦	٧	٧.٦	٣٧	٤٠.٢	٢٠.١	٦		
٢	معظم أنشطة الوحدة الصحية لا تحقق المستهدف منها	١٦	١٧.٤	٢٠	٢١.٧	١٣	١٤.١	٤٣	٤٦.٧	١٦.٨	٩		
٣	إجراءات توفير التمويل لأنشطة الوحدة الصحية طويلة ومعقدة	٥١	٥٥.٤	١٩	٢٠.٧	١٣	١٤.١	٩	٩.٨	٣٤	١		
٤	الميزانيات المخصصة لأنشطة الوحدة الصحية غير كافية	٤٨	٥٢.٢	٢٣	٢٥	١٢	١٣	٩	٩.٨	٣٣.٦	٢		
٥	الجهاز الإداري بالوحدة الصحية كبير دون داع	٩	٩.٨	٧	٧.٦	٨	٨.٧	٦٨	٧٣.٩	٨.١	١٩		
٦	الجهاز الإداري أقل من حجم العمل	٢٤	٢٦.١	١٩	٢٠.٧	٨	٨.٧	٤١	٤٤.٦	١٩.٦	٧		
٧	خبرة العاملين بالوحدة الصحية دون مستوي العمل المطلوب	٩	٩.٨	٢٩	٣١.٥	١٣	١٤.١	٤١	٤٤.٦	١٦.٣	١٠		
٨	كثير من العاملين بالوحدة الصحية يتسربون ويتركون العمل	٨	٨.٧	١٩	٢٠.٧	٢٤	٢٦.١	٤١	٤٤.٦	١٤.٣	١٢		
٩	يقدم العاملون الشكاوي الكيدية في زملائهم	٦	٦.٥	١٠	١٠.٩	١٢	١٣	٦٤	٦٩.٦	٨.٣	١٨		
١٠	عدم وجود فرص لتدريب العاملين بالوحدة الصحية	٩	٩.٨	٢٠	٢١.٧	٢٢	٢٣.٩	٤١	٤٤.٦	١٤.٨	١١		
١١	العمل بالوحدة الصحية مكتظ وفوق طاقة العاملين	٨	٨.٧	١٣	١٤.١	٧	٧.٦	٦٤	٦٩.٦	٩.٥	١٧		

تابع جدول ٢.

م	مجموعة المشكلات	درجة التواجد						غير موجودة		المتوسط المرجح للمشكلة داخل المجموعة	ترتيب المشكلات داخل كل مجموعة	المتوسط المرجح النسبي للمجموعة	ترتيب المجموعات
		كبيره		لحد ما		منخفضة							
		عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)				
١٢	قلة المرتبات الممنوحة للعاملين بالوحدة الصحية	٢٨	٣٠.٤	١٨	١٩.٦	١١	١٢	٣٥	٣٨	٢١.٨	٥		
١٣	قلة أو عدم توفير حوافز أو بدلات عمل ملائمة للعاملين	٣٢	٣٤.٨	١٨	١٩.٦	١٣	١٤.١	٢٩	٣١.٥	٢٤.١	٣		
١٤	كثير من العاملين غير راضين عن العمل بالوحدة الصحية	١٦	١٧.٤	١٢	١٣	١٠	١٠.٩	٥٤	٥٨.٧	١٣.٦	١٣		
١٥	ليس للعاملين بالوحدة الصحية طموح أو أفكار لتحسين العمل	١٣	١٤.١	٢٦	٢٨.٣	١٨	١٩.٦	٣٥	٣٨	١٨.١	٨		
١٦	نظم الجزاءات بالوحدة الصحية غير كافي لردع غير المجدين	١١	١٢	١٨	١٩.٦	١٠	١٠.٩	٥٣	٥٧.٦	١٣.١	١٤		
١٧	عدم وجود درجات مالية للعاملين بالوحدة الصحية	١١	١٢	١١	١٢	١٢	١٣	٥٨	٦٣	١١.١	١٦		
١٨	تعيين أطباء الامتياز حديثي التخرج كمديرين للوحدات الصحية تقلل من فعاليتها	٢٦	٢٨.٣	٢٥	٢٧.٢	٩	٩.٨	٣٢	٣٤.٨	٢٢.٨	٤		
١٩	توجد خلافات بين العاملين بالوحدة الصحية وصعوبة العمل كفريق واحد	١٠	١٠.٩	١٣	١٤.١	١٢	١٣	٥٧	٦٢	١١.٣	١٥		
	هـ - مشكلات خاصة بنظام العمل داخل الوحدة الصحية											١٧.٤	الرابعة
١	تعرقل اللوائح والقوانين سير العمل بالوحدة الصحية	٢١	٢٢.٨	٢٩	٣١.٥	١٢	١٣	٣٠	٣٢.٦	٢٢.١	٤		
٢	لا يسمح للوحدة الصحية بمفردها باتخاذ آية قرارات لصالح القرية	٢٠	٢١.٧	٣٢	٣٤.٨	١٢	١٣	٢٨	٣٠.٤	٢٢.٦	٣		
٣	صعوبة الاتصال بالجهات الأعلى المشرفة علي الوحدة الصحية	٢٠	٢١.٧	١٨	١٩.٦	٢٢	٢٣.٩	٣٢	٣٤.٨	١٩.٦	٥		
٤	بعض الموظفين بالوحدة الصحية يستغلوا موارد وأدوية الوحدة	٥	٥.٥	١٠	١٠.٩	٩	٩.٨	٦٨	٧٣.٩	٧.٣	٧		
٥	القرارات المتخذة من الجهات الإشرافية غير مناسبة لسير العمل بالوحدة الصحية	٢٢	٢٣.٩	٢٩	٣١.٥	١٣	١٤.١	٢٨	٣٠.٤	٢٢.٨	٢		
٦	الرقابة علي أعمال المنظمات الصحية مبالغ فيها وتعطل سير العمل بالوحدة الصحية	٣٨	٤١.٣	١٩	٢٠.٧	١١	١٢	٢٤	٢٦.١	٢٧.١	١		
٧	انصراف بعض العاملين مبكراً لانشغالهم بالعمل في المستشفيات الخاصة	٥	٥.٥	٧	٧.٦	٨	٨.٧	٧٢	٧٨.٣	٦.١	٨		
٨	عدم تواجد الأطباء لفترة طويلة في الوحدة الصحية	١٢	١٣	١٣	١٤.١	٨	٨.٧	٥٩	٦٤.١	١١.٦	٦		
	د- مشكلات خاصة بالمبني والمعدات											١٤.٩٧	الخامسة
١	المبني الخاص بالوحدة الصحية صغير الحجم وغير كافي	١٤	١٥.٢	١٣	١٤.١	٩	٩.٨	٥٦	٦٠.٩	١٢.٨	٧		
٢	مبني الوحدة الصحية في مكان غير مناسب وغير لائق	١٠	١٠.٩	١٣	١٤.١	٤	٤.٣	٦٥	٧٠.٧	١٠	٨		
٣	المبني غير مجهز بالخدمات الأساسية	١٦	١٧.٤	١٦	١٧.٤	١١	١٢	٤٩	٥٣.٣	١٥.١	٣		
٤	نقص الأثاث والمكاتب اللازمة للوحدة الصحية	١٥	١٦.٣	١٦	١٧.٤	٩	٩.٨	٥٢	٥٦.٥	١٤.٣	٥		
٥	لا توجد أماكن لتخزين الأدوية والأجهزة بالوحدة الصحية	١٣	١٤.١	١٧	١٨.٥	٧	٧.٦	٥٥	٥٩.٨	١٣.٣	٦		
٦	عدم كفاية المعدات والالآت بالوحدة الصحية	١٧	١٨.٥	٢٢	٢٣.٩	١٠	١٠.٩	٤٣	٤٦.٧	١٧.٥	٢		
٧	عدم توفير صيانة كافية للمعدات	٢٨	٣٠.٤	٢٠	٢١.٧	١٠	١٠.٩	٣٤	٣٧	٢٢.٣	١		
٨	لا توجد وسائل مواصلات لنقل العاملين بالوحدة الصحية	٢٠	٢١.٧	١٢	١٣	٣	٣.٣	٥٧	٦٢	١٤.٥	٤		

المصدر: جمعت وحسبت من (استمارة الاستبيان)، الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ١٧.٤٣، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: إجراءات توفير التمويل لأنشطة الوحدة الصحية طويلة ومعقدة ، يليها الميزانيات المخصصة لأنشطة الوحدة الصحية غير كافية، ثم قلة أو عدم توفير حوافز أو بدلات عمل ملائمة للعاملين، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٣٤ ، ٣٣.٦ ، ٢٤.١ على الترتيب.

مشكلات خاصة بنظام العمل داخل الوحدة الصحية

احتلت هذه المجموعة المرتبة الرابعة من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ١٧.٤، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: الرقابة علي أعمال المنظمات الصحية مبالغ فيها وتعطل سير العمل بالوحدة الصحية، يليها القرارات المتخذة من الجهات الإشرافية غير مناسبة لسير العمل بالوحدة الصحية، ثم لا يسمح للوحدة الصحية بمفردها باتخاذ آية قرارات لصالح القرية، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٢٧.١ ، ٢٢.٨ ، ٢٢.٦ علي الترتيب.

مشكلات خاصة بالمبني والمعدات

احتلت هذه المجموعة المرتبة الخامسة من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ١٤.٩٧، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: عدم توفير صيانة كافية للمعدات، يليها عدم كفاية المعدات والالآت بالوحدة الصحية، ثم المبني غير مجهز بالخدمات الأساسية، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٢٢.٣، ١٧.٥، ١٥.١ على الترتيب.

المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

يتبين من جدول ٣ أن ترتيب مجموعات المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وما تضمنتها هذه المجموعات من مشكلات فرعية كانت علي الترتيب كما يلي:

مشكلات خاصة بالجمهور

احتلت هذه المجموعة المرتبة الأولي من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ٢٥.٨، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: لا توجد ميزانية كافية لتقديم الخدمات الصحية لأهل القرية بأكملها، يليها عدم تفهم الجمهور لطبيعة عمل الوحدة الصحية، ثم تدخل الجمهور فيما لا يعنيه، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٣٢.١ ، ٣٠.٦، ٢٩.٦ على الترتيب.

مشكلات خاصة بالمبني والمعدات

احتلت هذه المجموعة المرتبة الثانية من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ٢٣.٠١، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: عدم توفير صيانة كافية للمعدات، يليها عدم كفاية المعدات والالآت بالوحدة الصحية، ثم نقص الأثاث والمكاتب اللازمة للوحدة الصحية، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٣٠ ، ٢٧.٦ ، ٢٦.١ على الترتيب.

مشكلات خاصة بنظام العمل داخل الوحدة الصحية

احتلت هذه المجموعة المرتبة الثالثة من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ٢٢.٥، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: تعرقل اللوائح والقوانين سير العمل بالوحدة الصحية، ثم القرارات المتخذة من الجهات الإشرافية غير مناسبة لسير العمل بالوحدة الصحية، يليها الرقابة علي أعمال المنظمات الصحية مبالغ فيها وتعطل سير العمل بالوحدة الصحية، ثم حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٣٢.٥، ٣٢.٣ ، ٢٩.٥على الترتيب.

مشكلات خاصة بتعامل الوحدة مع المنظمات الموجودة في محيط عملها

احتلت هذه المجموعة المرتبة الرابعة من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ٢٢.٥ ، ولقد جاء ترتيب المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: لا يتم الاتصال بالمنظمات الصحية الأخري المجاورة للاستفادة من خبراتها ، يليها عدم أسهام المنظمات الآخري بالقرية في حل المشكلات المشتركة بينها وبين الوحدة الصحية، ثم لا تقدم معظم المنظمات القروية أي معلومات للوحدة الصحية، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٢٤.٥، ٢٤.١، ٢٤علي الترتيب.

مشكلات خاصة بالجهاز الإداري للوحدة الصحية

احتلت هذه المجموعة المرتبة الخامسة من بين مجموعات المشكلات المدروسة والتي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها وذلك بمتوسط مرجح ١٩.٠٣، ولقد جاء ترتيب

جدول ٣. التوزيع العددي والنسبي للمشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدفها

م	مجموعة المشكلات	درجة التواجد						غير موجودة		المتوسط المرجح للمشكلة	ترتيب المشكلات داخل كل مجموعة	المتوسط المرجح النسبي للمجموعة	ترتيب المجموعات
		موجودة بدرجة كبيره		لحد ما		منخفضة							
		عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)				
	أ- مشكلات خاصة بالجمهور											٢٥.٨	الأولي
١	عدم تعاون الجمهور مع الوحدة الصحية	٣٣	٣٥.٩	٢٦	٢٨.٣	٧	٧.٦	٢٦	٢٨.٣	٢٦.٣	٦		
٢	تدخل الجمهور فيما لا يعنيه	٤٦	٥٠	١٦	١٧.٤	٨	٨.٧	٢٢	٢٣.٩	٢٩.٦	٣		
٣	عدم تفهم الجمهور لطبيعة عمل الوحدة الصحية	٤٧	٥١.١	١٩	٢٠.٧	٥	٥.٤	٢١	٢٢.٨	٣٠.٦	٢		
٤	عدم رضا الجمهور عن الوحدة الصحية مهما عملت	٣١	٣٣.٧	٢٦	٢٨.٣	١٢	١٣	٢٣	٢٥	٢٦.١	٧		
٥	التنازع بين كبار العائلات يؤثر علي سير عمل الوحدة الصحية	١٣	١٤.١	٣	٣.٣	٢	٢.٢	٧٤	٨٠.٤	٧.٨	٩		
٦	صعوبة التعامل مع المواطنين وإقناعهم بالأفضل	٢٢	٢٣.٩	٢٦	٢٨.٣	١٣	١٤.١	٣١	٣٣.٧	٢١.٨	٨		
٧	لا توجد ميزانية كافية لتقديم الخدمات الصحية لأهل القرية بأكملها	٤٤	٤٧.٨	٢٥	٢٧.٢	١١	١٢	١٢	١٣	٣٢.١	١		
٨	عدم اهتمام الأهالي بالجوانب الصحية الوقائية	٤٠	٤٣.٥	٢٥	٢٧.٢	٧	٧.٦	٢٠	٢١.٧	٢٩.٥	٤		
٩	احتياجات المنطقة التي تخدمها الوحدة الصحية أكبر من إمكانياتها	٤٠	٤٣.٥	٢٢	٢٣.٩	٨	٨.٧	٢٢	٢٣.٩	٢٨.٦	٥		
	ب- مشكلات خاصة بالمبني والمعدات											٢٣.٠١	الثانية
١	المبني الخاص بالوحدة الصحية صغير الحجم وغير كافي	٢٤	٢٦.١	١٨	١٩.٦	٣	٣.٣	٤٧	٥١.١	١٨.٥	٧		
٢	مبني الوحدة الصحية في مكان غير مناسب وغير لائق	١٧	١٨.٥	٢١	٢٢.٨	٤	٤.٣	٥٠	٥٤.٣	١٦.١	٨		
٣	المبني غير مجهز بالخدمات الأساسية	٣٠	٣٢.٦	١٥	١٦.٣	١٣	١٤.١	٣٤	٣٧	٢٢.١	٥		
٤	نقص الأثاث والمكاتب اللازمة للوحدة الصحية	٤٠	٤٣.٥	١٥	١٦.٣	٨	٨.٧	٢٩	٣١.٥	٢٦.١	٣		
٥	لا توجد أماكن لتخزين الأدوية والأجهزة بالوحدة الصحية	٢٤	٢٦.١	١٦	١٧.٤	١١	١٢	٤١	٤٤.٦	١٩.١	٦		
٦	عدم كفاية المعدات والالآت بالوحدة الصحية	٣٩	٤٢.٤	١٧	١٨.٥	١٥	١٦.٣	٢١	٢٢.٨	٢٧.٦	٢		
٧	عدم توفير صيانة كافية للمعدات	٤٤	٤٧.٨	١٩	٢٠.٧	١٠	١٠.٩	١٩	٢٠.٧	٣٠	١		
٨	لا توجد وسائل مواصلات لنقل العاملين بالوحدة الصحية	٣٧	٤٠.٢	١٥	١٦.٣	٧	٧.٦	٣٣	٣٥.٩	٢٤.٦	٤		
	ج- مشكلات خاصة بنظام العمل داخل الوحدة الصحة											٢٢.٥	الثالثة
١	تعرقل اللوائح والقوانين سير العمل بالوحدة الصحية	٢٢	٢٣.٩	٣٤	٣٧	٧	٧.٦	٢٩	٣١.٥	٣٢.٥	١		
٢	لا يسمح للوحدة الصحية بمفردها باتخاذ آية قرارات لصالح القرية	٢٠	٢١.٧	٣٠	٣٢.٦	١٩	٢٠.٧	٢٣	٢٥	٢٣.١	٤		
٣	صعوبة الاتصال بالجهات الأعلى المشرفة علي الوحدة الصحية	١٨	١٩.٦	٣٦	٣٩.١	١٠	١٠.٩	٢٨	٣٠.٤	٢٢.٦	٥		
٤	بعض الموظفين بالوحدة الصحية يستغلوا موارد وأدوية الوحدة	١٣	١٤.١	١١	١٢	١٤	١٥.٢	٥٤	٥٨.٧	١٢.٥	٧		
٥	القرارات المتخذة من الجهات الإشرافية غير مناسبة لسير العمل بالوحدة الصحية	٢٢	٢٣.٩	٣٢	٣٤.٨	١٠	١٠.٩	٢٨	٣٠.٤	٣٢.٣	٢		
٦	الرقابة علي أعمال المنظمات الصحية مبالغ فيها وتعطل سير العمل بالوحدة الصحية	٣٩	٤٢.٤	٢٥	٢٧.٢	١٠	١٠.٩	١٨	١٩.٦	٢٩.٥	٣		
٧	انصراف بعض العاملين مبكراً لانشغالهم بالعمل في المستشفيات الخاصة	١٠	١٠.٩	٩	٩.٨	١٢	١٣	٦١	٦٦.٣	١٠	٨		
٨	عدم تواجد الأطباء لفترة طويلة في الوحدة الصحية	٢١	٢٢.٨	١٧	١٨.٥	١١	١٢	٤٣	٤٦.٧	١٨	٦		

تابع جدول ٣.

م	مجموعة المشكلات	درجة التواجد: موجودة بدرجة كبيره عدد	(%)	لحد ما عدد	(%)	منخفضة عدد	(%)	غير موجودة عدد	(%)	المتوسط المرجح للمشكلة	ترتيب المشكلات داخل كل مجموعة	المتوسط المرجح النسبي للمجموعة	ترتيب المجموعات
	د- مشكلات خاصة بتعامل الوحدة مع المنظمات الموجودة في محيط عملها											٢٢.٥	الثالثة
١	هناك تعارض بين أهداف الوحدة الصحية وأهداف معظم المنظمات الصحية	١٣	١٤.١	٢٥	٢٧.٢	١١	١٢	٤٣	٤٦.٧	١٦.٦	٥		
٢	لا تقدم معظم المنظمات بالقرية خدمات للوحدة الصحية	٢١	٢٢.٨	٣١	٣٣.٧	١٩	٢٠.٧	٢١	٢٢.٨	٢٤	٣		
٣	لا يتم الاتصال بالمنظمات الصحية ألآخري المجاورة للاستفادة من خبراتها	٢٥	٢٧.٢	٣٠	٣٢.٦	١٢	١٣	٢٥	٢٧.٢	٢٤.٥	١		
٤	لا تقدم معظم المنظمات القروية أي معلومات للوحدة الصحية	٢٥	٢٧.٢	٢٦	٢٨.٣	١٥	١٦.٣	٢٦	٢٨.٣	٢٣.٦	٤		
٥	عدم أسهام المنظمات ألآخري بالقرية في حل المشكلات المشتركة بينها وبين الوحدة الصحية	٢٨	٣٠.٤	٢٤	٢٦.١	١٣	١٤.١	٢٧	٢٩.٣	٢٤.١	٢		
	هـ- مشكلات خاصة بالجهاز الإداري للوحدة الصحية											١٩.٠٣	الخامسة
١	لا يتم اشتراك الوحدة الصحية بصورة جدية في المشروعات المقدمة للبلد	٣٣	٣٥.٩	٢٢	٢٣.٩	١٣	١٤.١	٢٤	٢٦.١	٢٦	٤		
٢	معظم أنشطة الوحدة الصحية لا تحقق المستهدف منها	٢٣	٢٥	٢٧	٢٩.٣	١٨	١٩.٦	٢٤	٢٦.١	٣٢.٥	٣		
٣	إجراءات توفير التمويل لأنشطة الوحدة الصحية طويلة ومعقدة	٥٣	٥٧.٦	١٧	١٨.٥	١٢	١٣	١٠	١٠.٩	٣٤.١	٢		
٤	الميزانيات المخصصة لأنشطة الوحدة الصحية غير كافية	٥٥	٥٩.٨	١٦	١٧.٤	١٤	١٥.٢	٧	٧.٦	٣٥.١	١		
٥	الجهاز الإداري بالوحدة الصحية كبير دون داع	١٥	١٦.٣	١٣	١٤.١	٣	٣.٣	٦١	٦٦.٣	١٢.٣	١٥		
٦	الجهاز الإداري أقل من حجم العمل	٢٠	٢١.٧	١٧	١٨.٨	٨	٨.٧	٤٧	٥١.١	١٧	١١		
٧	خبرة العاملين بالوحدة الصحية دون مستوي العمل المطلوب	٧	٧.٦	٢٩	٣١.٥	٢٠	٢١.٧	٣٦	٣٩.١	١٦.٥	١٢		
٨	كثير من العاملين بالوحدة الصحية يتسربون ويتركون العمل	٨	٨.٧	٢٢	٢٣.٩	٢١	٢٢.٨	٤١	٤٤.٦	١٤.٨	١٣		
٩	يقدم العاملون الشكاوي الكيدية في زملائهم	٩	٩.٨	١٠	١٠.٩	١١	١٢	٦٢	٦٧.٤	٩.٦	١٨		
١٠	عدم وجود فرص لتدريب العاملين بالوحدة الصحية	١٥	١٦.٣	٢٤	٢٦.١	١٣	١٤.١	٤٠	٤٣.٥	١٧.٦	١٠		
١١	العمل بالوحدة الصحية مكتظ وفوق طاقة العاملين	٥	٥.٤	١٧	١٨.٨	٩	٩.٨	٦١	٦٦.٣	٩.٦	١٨		
١٢	قلة المرتبات الممنوحة للعاملين بالوحدة الصحية	٢٤	٢٦.١	١٨	١٩.٦	٩	٩.٨	٤١	٤٤.٦	١٩.٥	٧		
١٣	قلة أو عدم توفير حوافز أو بدلات عمل ملائمة للعاملين	٢٨	٣٠.٤	١٥	١٦.٣	١٦	١٧.٤	٣٣	٣٥.٩	٢١.٦	٦		
١٤	كثير من العاملين غير راضين عن العمل بالوحدة الصحية	٢٣	٢٥	١٤	١٥.٢	١٠	١٠.٩	٤٥	٤٨.٩	١٧.٨	٩		
١٥	ليس للعاملين بالوحدة الصحية طموح أو أفكار لتحسين العمل	١٧	١٨.٥	٢٣	٢٥	١٣	١٤.١	٣٩	٤٢.٤	١٨.٣	٨		
١٦	نظم الجزاءات بالوحدة الصحية غير كافي لردع غير المجدين	١٤	١٥.٢	١٤	١٥.٢	١٣	١٤.١	٥١	٥٥.٤	١٣.٨	١٤		
١٧	عدم وجود درجات مالية للعاملين بالوحدة الصحية	١١	١٢	١٦	١٧.٤	٦	٦.٥	٥٩	٦٤.١	١١.٨	١٦		
١٨	تعيين أطباء الامتياز حديثي التخرج كمديرين للوحدات الصحية تقلل من فعاليتها	٢٨	٣٠.٤	١٨	١٩.٦	١٥	١٦.٣	٣١	٣٣.٧	٢٢.٥	٥		
١٩	توجد خلافات بين العاملين بالوحدة الصحية وصعوبة العمل كفريق واحد	١٠	١٠.٩	١٣	١٤.١	١٢	١٣	٥٧	٦٢	١١.٣	١٧		

المصدر: جمعت وحسبت من (استمارة الاستبيان)، الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

المشكلات داخل هذه المجموعة ترتيباً تنازلياً علي النحو التالي: الميزانيات المخصصة لأنشطة الوحدة الصحية غير كافية ، يليها إجراءات توفير التمويل لأنشطة الوحدة الصحية طويلة ومعقدة ، ثم معظم أنشطة الوحدة الصحية لا تحقق المستهدف منها، حيث بلغت المتوسطات المرجحة لها ٣٥.١، ٣٤.١ ، ٣٢.٥علي الترتيب.

مقترحات مديري الوحدات الصحية الريفية في التغلب علي المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة، وكذلك غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة الراهنة والمتعلق بمقترحات مديري الوحدات الصحية الريفية في التغلب علي تلك المشكلات، تم جمع التكرارات لأراء مديري الوحدات الصحية الريفية للتغلب علي تلك المشكلات ووضعها في صورة نسب مئوية ثم ترتبها ترتيباً تنازلياً وفيما يلي عرض لأهم المقترحات:

مقترحات المبحوثين في التغلب علي المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

أظهرت النتائج بجدول ٤ أن المقترحات التي ذكرها مديري الوحدات الصحية الريفية، جاء في مقدمتها توفير الإدويه والمستلزمات الناقصة، يليها توفير جهاز سونار في الوحدات الصحية الريفية، ثم توفير دورات تدريبية للأطباء العاملين بالوحدات الصحية الريفية، حيث بلغت نسبة التكرارات لها ١٦.٩ ، ١٥.٧ ، ١٤.٥ على الترتيب.

مقترحات مديري الوحدات في التغلب على المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

أبرزت النتائج بجدول ٥ أن المقترحات التي ذكرها مديري الوحدات الصحية الريفية، جاء في مقدمتها توفير دورات تدريبية للأطباء العاملين بالوحدات الصحية الريفية، يليها توفير الادويه والمستلزمات الناقصة، ثم توفير جهاز سونار في الوحدات الصحية الريفية، حيث بلغت نسبة التكرارات لها ٢٩.٢ ، ١٨، ١٤.٦ على الترتيب.

توصيات الدراسة

يوصي الباحث بتوفير الدعم المادي للوحدات الصحية الريفية، وذلك من خلال رسوم تحسين الخدمة التي تحصل في الوحدات الصحية الريفية، وتسهيل الإجراءات في الحصول عليها. وكذلك التعاقد مع بعض الشركات المتخصصة في صيانة الأجهزة الطبية (وذلك لان فني الصيانة ليس لدية الخبرة الكافية لصيانة جميع الأجهزة المتواجدة في الوحدات الصحية الريفية). وكذلك عمل دورات تدريبية للتمريض من حين لاخر وذلك لزيادة خبرتهم ورفع مستواهم الفني، وكذلك علي كليات الطب البشري تدريب الأطباء علي أجهزة السونار والأجهزة المختلفة أثناء فترة الامتياز التي يقضيها الطبيب في المستشفيات الجامعية، وكذلك عمل دورات تدريبية للأطباء علي أجهزة السونار ويجب أن يكون تدريب الأطباء علي نفس جهاز السونار المتواجد لديهم بالوحدة الصحية الريفية، وعمل نسبة مادية لكل حالة سونار يقوم الطبيب بالكشف عليها في الوحدة الصحية الريفية..... وذلك لزيادة الدعم المدي للطبيب. وكذلك تحقيق التعاون والتنسيق الكامل بين الإدارة الصحية في كل مركز والوحدات الصحية الريفية التابعة له، وزيادة الإشراف علي الوحدات الصحية الريفية وذلك لعدم انضباط العاملين في مواعيد الحضور والأنصراف، وكذلك معرفة كل متطلبات الوحدات الصحية الريفية وكذلك مراعاة عدالة التوزيع عند توزيع الأطباء علي الوحدات الصحية الريفية ويجب أن يكون التوزيع علي حسب تقدير التخرج. وكذلك توفير جهاز إداري يتناسب مع حجم العمل داخل الوحدات الصحية الريفية، وتحسين المرتبات الخاصة بهم، وتوفير الأدوية والمستلزمات الناقصة للوحدات الصحية الريفية.

جدول ٤. التوزيع العددي والنسبي لمقترحات مديري الوحدات الصحية الريفية في التغلب على المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

م	المقترحات	التواجد	
		عدد	(%)
١	توفير الادويه والمستلزمات الناقصة	١٤	١٦.٩
٢	توفير جهاز سونار في الوحدات الصحية الريفية	١٣	١٥.٧
٣	توفير دورات تدريبية للأطباء العاملين بالوحدات الصحية الريفية	١٢	١٤.٥
٤	توفير تمويل أكثر للوحدات الصحية الريفية	١١	١٣.٣
٥	توفير أخصائي طب أسرة في الوحدات الصحية الريفية	٩	١٠.٨
٦	لابد من وجود عدالة في توزيع الأطباء علي الوحدات الصحية الريفية	٧	٨.٤
٧	توفير جهاز أشعة في الوحدات الصحية الريفية	٦	٧.٢
٨	تجهيز المعامل بالأدوات والمستلزمات الناقصة	٢	٢.٤

المصدر: جمعت وحسبت من (استمارة الاستبيان)، الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

جدول ٥.التوزيع العددي والنسبي لمقترحات مديري الوحدات الصحية الريفية في التغلب علي المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها

م	المقترحات	التواجد	
		عدد	(%)
١	توفير دورات تدريبه للأطباء العاملين بالوحدات الصحية الريفية	٢٦	٢٩.٢
٢	توفير الادويه والمستلزمات الناقصة	١٦	١٨
٣	توفير جهاز سونار في الوحدات الصحية الريفية	١٣	١٤.٦
٤	توفير أخصائي طب أسرة في الوحدات الصحية الريفية	٨	٩
٥	تجهيز المعامل بالأدوات والمستلزمات الناقصة	٤	٤.٥
٦	لابد من وجود عدالة في توزيع الأطباء علي الوحدات الصحية الريفية	٤	٤.٥
٧	توفير تمويل أكثر للوحدات الصحية الريفية	٣	٣.٤
٨	تفعيل الترقية بالسلم الوظيفي حسب الخبرة والكفاءة في العمل	٣	٣.٤
٩	توفير جهاز أشعة في الوحدات الصحية الريفية	٣	٣.٤
١٠	توفير الطوارئ علي مدار ٢٤ ساعة في الوحدات الصحية الريفية	٢	٢.٢
١١	العمل علي إلغاء نظام اللامركزية في الوحدات الصحية الريفية	٢	٢.٢
١٢	لابد من وجود الضمير للعاملين في الوحدات الصحية الريفية	١	١.١

المصدر: جمعت وحسبت من (استمارة الاستبيان)، الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

المراجع

أحمد، فوزى بشرى (١٩٨١). دراسة لطبيعة العلاقات بين جمعية تنمية المجتمع وغيرها من المنظمات العاملة فى تنمية المجتمع الريفى، رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ومعهد التخطيط القومي (٢٠١٠). تقرير التنمية البشرية.

الحسيني، لمياء سعد السيد (٢٠٠٣). دراسة بعض العوامل المرتبطة والمحددة للتنسيق بين المنظمات الاجتماعية الريفية في بعض قري محافظة كفر الشيخ، رسالة ماجستير، كلية الزراعة بكفر الشيخ، جامعة طنطا.

الجوهرى، محمد (١٩٨٢). التغير الإجتماعى، الطبعة الأولى، دار المعارف، القاهرة.

السيد، مصطفى كامل محمد (١٩٩٩). العوامل المحددة لدور المنظمات الصحية الريفية بمصر فى التنمية البيئية، مجلة كلية الزراعة - سابا باشا للبحوث الزراعية، كلية الزراعة سابا باشا جامعة الإسكندرية، ٤ : ٢.

العجمى، مشيرة فتحى محمد محمد (١٩٩١). دراسة لبعض العوامل المرتبطة بفعالية المنظمات الصحية الريفية بمحافظة الدقهلية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الزراعة، جامعة المنصورة.

حتاته، شريف (١٩٦٨). الصحة والتنمية، دار المعارف، القاهرة.

جامع، محمد نبيل (١٩٧٥). المفتتح فى علم المجتمع، دار المطبوعات الجديدة، الإسكندرية.

خطاب، عايده سيد (١٩٨٥). الإدارة والتخطيط الإستراتيجى فى قطاع الأعمال سياسات والخدمات (إدارية)، دار الفكر العربى، الطبعة الأولى.

خضر، فتحي حامد، الخولي سالم الخولي ومحمد السيد محمد حمد (٢٠٠٨). المدخل إلى علم الاجتماع، دار الندي، إمبابة.

ريحان، إبراهيم إبراهيم (٢٠٠٠). تطوير وتحديث التنظيمات الريفية، ورقة عمل مقدمة فى المؤتمر العلمى الثانى للشعبة المشتركة لبحوث تنمية القرية، المركز المصرى الدولى للزراعة، المجالس النوعية، أكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا.

ريحان، إبراهيم إبراهيم، مجدي علي يحيي (٢٠٠٨). منظمات إجتماعية ريفية" الطبعة الأولي، مركز التعليم المفتوح، كلية الزراعة، جامعة عين شمس.

سليم، أمينة محمد (١٩٨٢). دراسة لبعض العوامل المرتبطة بالدور التنسيقي للوحدة المحلية وجمعية تنمية المجتمع المحلي ببعض قري محافظة الجيزة، رسالة ماجستير، كلية الزراعة، جامعة القاهرة.

سيد، جابر عوض (١٩٩٣). التكنولوجيا والعلاقات الإجتماعية، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية.

عبدالقادر، محمد علاء الدين (١٩٩٥). التغيرات المؤسسية الضرورية لتنمية الموارد البشرية- دراسة حالة

لمستوي أداء الوحدات الصحية الريفية، ندوة المتطلبات المجتمعية للإصلاح الاقتصادي – البعد الغائب في تنمية الريفي المصري، الجمعية المصرية لدعم الاجتماع الريفي، ١٦-١٧ ديسمبر.

عطا الله، محمد طاهر موسى محمد (١٩٩٠). بعض العوامل التنظيمية والمجتمعية الريفية المحلية المؤثرة على دور بنك القرية فى التنمية الريفية فى محافظتى الغربية وكفر الشيخ، رسالة ماجستير، كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.

عكرش، أيمن أحمد محمد (٢٠٠٢). المنظمات الاجتماعية الريفية، رسالة ماجستير، كلية الزراعة، جامعة الزقازيق.

عكرش، أيمن أحمد (٢٠١٥). علم الاجتماع الريفي (الجزء الثاني)، كتاب غير منشور، قسم الاقتصاد الزراعي، شعبة الاجتماع الريفي، كلية الزراعة، جامعة الزقازيق.

غانم، مصطفى حمدى أحمد إبراهيم (١٩٩٣). المشكلات التى تواجه المنظمات الريفية بمحافظة أسيوط، مجلة أسيوط للعلوم الزراعية، ٢٤ : ٣.

محمود، محمود فتحي محمد (١٩٩٣). المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالحصول علي الخدمات الصحية في قرية مصرية. رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

مسلم، علي عبدالهادي (٢٠٠٢/٢٠٠١). تحليل وتصميم المنظمات، الدار الجامعية ، الإسكندرية.

نويصر، سحر محمد محمد شلبي (٢٠١٠). دور المنظمات الريفية غير الحكومية فى إيجاد فرص عمل للشباب فى محافظة الشرقية، رسالة ماجستير، كلية الزراعة. جامعة الزقازيق.

Krejcie, R.V. and D.W. Morgan (1970). Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurements, 30 : 607-10.

PROBLEMS THAT PREVENT THE RURAL HEALTH CARE UNITS TO ACHIEVE THEIR OBJECTIVES IN SHARKIA GOVERNORATE

Ahmed S.M.R. El-Gazar[1], A.A.M. Ecrech[1], I.A.R. Kalifa[1] and H.M.A-Y.M. Seliem[2]

1. Econ. Dept., Fac. Agric., Zagazig Univ., Egypt

2. Agric. Ext. and Rural Soc., Dept., Fac. Agric., Al-Azhar Univ., Assiut Branch Egypt

ABSTRACT

The present study aimed to identify problems that prevent the applicable rural healthcare units, as well as non-applicable units of comprehensive quality standards to achieve its objectives. The study aimed also to be acquainted with the proposals of the respondents to overcome these problems. To achieve those objectives this study was conducted in rural area in Sharkia Governorate using the number of rural healthcare units applicable and non-applicable standards of total quality through the Health Directorate in the governorate. The sample includes 184 healthcare units in rural areua were evenly distributed between the two categories *i.e.,* 92 rural health units for each category. The unites have been selected by simple random sampling in ideal bag manner. The study data were collected by using a questionnaire to interview managers of these rural healthcare units during the period from September to November 2015. The analysis of these data includes frequency tables percentages. arithmetic mean. The most important results of the study that there are five sets of problems that hinder the achievement of rural health units applicable and non-applicable units the standards of comprehensive quality of its goals the rural healthcare units applied the comprehensive quality of standards face the following problems in descending order: special administrative system healthcare unit problems followed by problems private public. Private and work inside the unit system of health problems. and especially the problems of building and equipment.

Key words: Problems, healthcare units, social organizations, Sharkia Governorate.

المحكمـــــون:

١- أ.د. فؤاد عبداللطيف سلامة أستاذ الاجتماع الريفي – كلية الزراعة – جامعة المنوفية.

٢- أ.د. مصطفى كامل محمـــد أستاذ الاجتماع الريفي – كلية الزراعة – جامعة الإسكندرية.