



## جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين في محافظة الشرقية في ظل وباء كورونا المستجد

هبة الله أنور على لبن

قسم الاقتصاد الزراعي - شعبة الاجتماع الريفي والإرشاد الزراعي (اجتماع ريفي) كلية الزراعة - جامعة الزقازيق - مصر

استهدفت الدراسة التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي، واختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي، وتم إجراء الدراسة باستخدام منهج المسح الاجتماعي، واختيرت الوحدة الصحية بسعود والوحدة الصحية بسماكين الشرق، وبلغ حجم عينة المرضى ١٥٠ مبحوث، وحجم عينة الكادر الطبي ٣٥ مبحوث، وتمت جميع البيانات باستخدام استمارة الاستبيان بالمقابلة الشخصية خلال الفترة من نهاية شهر يوليو وحتى نهاية شهر أغسطس عام ٢٠٢٠، وتم تحليل وعرض البيانات باستخدام التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي، معامل ثبات الفايكنغ، اختبار «ت» لعينتين مترابطتين، وتوصلت الدراسة لعدة نتائج أهمها: أن مستوى جودة الخدمات الصحية قبل وباء كورونا المستجد كان متوسطاً من وجهة نظر أكثر من نصف المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٥٧,٣٪، بينما كان مستوى جودة الخدمات الصحية أثناء وباء كورونا المستجد منخفضاً من وجهة نظر أكثرية المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٦٣,٣٪، أما مستوى جودة الخدمات الصحية قبل وباء كورونا المستجد فقد كان مرتفعاً من وجهة نظر أقل من نصف الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٤٨,٦٪، بينما كان مستوى جودة الخدمات الصحية أثناء وباء كورونا المستجد متوسطاً من وجهة نظر أكثر من نصف الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٥٤,٣٪. كذلك تبين وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين من وجهة نظر المرضى عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (٩٨,٩٧)، وأيضاً وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١ فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين من وجهة نظر الكادر الطبي عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (١١٦,٣٤).

**الكلمات المفتاحية:** جودة الخدمات الصحية، محافظة الشرقية، وباء كورونا المستجد.

### المقدمة

تعد عملية تنمية المجتمعات الريفية هدف رئيسي في كثير من سياسات وخطط العديد من الدول النامية دون استثناء وذلك لمقابلة الاحتياجات الرئيسية للإنسان والارتقاء بنوعية حياته ورفع قدراته، فالإنسان هو هدف التنمية وغايتها الأولى وفي نفس الوقت هو أداة ووسيلة تحقيقها (عبد الرحمن، ٢٠١٩)، ويعد الحق في الصحة من الحقوق الأساسية لارتباطه المباشر بحق الإنسان في الحياة وتعتبر درجة تمتع المواطن بالحقوق الصحية في أي دولة معياراً أساسياً لتقدمها، وقياس القدرة الدولية على الرفح من شأن مواطنيها، ومدى قدرتها على توفير الحياة الكريمة والرعاية الصحية السليمة لهم، لذا كان قطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أوليت اهتماماً كبيراً من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة الصحة العالمية عام ١٩٤٨ بهدفها أن تبلغ جميع الشعوب أفضل مستوى صحي ممكن (خامت، ٢٠١٢)، هذا وقد أولت المواثيق الدولية الحق في الصحة اهتماماً خاصاً حيث تنص المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له

ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكّل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية («الجمعية العامة للأمم المتحدة، ١٩٤٨)، كما تنص المادة ١٨ من الدستور المصري على أن «لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل» (الهيئة العامة للاستعلامات، ٢٠١٤).

وفي أوائل الثمانينات تبنت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية (WHO) مفهوم ضمان الجودة وتكوين فرق عمل لتطوير هذا المفهوم، وفي عام ١٩٨٨ تبنت المفوضية فكرة التحسين المستمر للجودة، وفي عام ١٩٩١ تم تحويل مفهوم ضمان الجودة إلى مفهوم تقييم الجودة وتحسينها وطورت مؤشرات لقياس جودة الرعاية الصحية، وفي نهاية القرن الماضي وبداية القرن الحالي ظهرت الرعاية الحادة والتي تعبر عن مداخل معقولة ومقبولة للوقاية والتشخيص والعلاج وإدارة الحالات الطبية حسب المعايير السائدة والمتعارف عليها (جديبا، ٢٠١٥).

شخص ، وبلغ متوسط نصيب الفرد من خدمات التمريض في مصر نحو ٦٨٠ شخص ، ورغم توقيع مصر على إعلان «أبوجا لعام ٢٠٠٠» والذي يلزم الدول الموقعة بتخصيص ١٥٪ من الموازنة العامة للدولة لقطاع الصحة إلا أن معدلات الإنفاق على الصحة في مصر لمتصل تلك النسبة المستهدفة حتى الآن، حيث بلغت مخصصات قطاع الصحة في موازنة عام ٢٠١٩ / ٢٠٢٠ لإجمالي المصروفات نحو ٤,٦٤٪ (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، ٢٠٢٠، «ب»)، وفي ظل المعطيات السابقة لوضع النظام الصحي في مصر والوضع الحالي لمكافحة فيروس كورونا المستجد، جاءت هذه الدراسة لتطرح التساؤلات الآتية: ماهو مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي؟ هل هنا كفروق ذات دلالة معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي؟.

#### أهداف الدراسة

١- التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي.

٢- اختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي.

#### الإطار النظري والمرجعي للدراسة:

مفهوم جودة الخدمات الصحية: تعرف الجمعية الأمريكية الجودة بأنها «الخصائص الشاملة لكيان ما الذي يحمل داخله القدرة على إشباع الحاجات الصريحة والضمنية»، ويجب أن يكون فريق إدارة المنظمة على دراية بأن إدارة الجودة مكمل لإدارة المؤسسة»، و تعرفها هيئة المواصفات البريطانية على أنها «مجموعة صفات وملامح وخواص المنتج أو الخدمة بما يرضى ويشبع الاحتياجات الملحة والضرورية» (الجزار، ٢٠١٧)، وتعتبر الخدمة الصحية مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة، التي تحقق إشباع وإرضاء معين للمستفيد منها (الدمرداش، ٢٠٠٦) وتعرف بأنها «جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجية مثل انتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض» (عدمان، ٢٠٠٨)، وأوضحت (بجياوي، ٢٠١٤) بأن أول من استخدم مفهومها لجودة في الخدمات الصحية هي ممرضة بريطانية تدعى «فلورنس نايتجيل» والتي كانت تشرف على تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات، وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها «قدرة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان على تحسين النتائج الصحية المرجوة، وتحقيق هذا الهدف يجب أن تكون آمنة وفعالة وفي الوقت المناسب وعادلة ومتحورة حول الفرد» (WORLD HEALTH ORGANIZATION, ٢٠١٧)، ومن المنظور المهني الطبي تتمثل جودة الخدمة الصحية في تقديمها حسناً لخدمات وأفضلها بما يتماشى مع أحدث ما توصل

وفي مايو ٢٠٠٥ أنشأت جمعية منظمة الصحة العالمية أساساً قانونياً دولياً لتكون قادرة على التعامل بشكل أكثر فعالية مع التهديدات العالمية في المستقبل، وإجمالاً تشمل اللوائح الصحية الدولية على ٦٦ مادة وتسعة ملاحق، وتمثل علامة فارقة في تنفيذ نظام عالمي لمكافحة الأوبئة، هذا وقد استخدمت منظمة الصحة العالمية عبارة «حالات طوارئ صحية ذات بعد دولي» لحالات نادرة من الأوبئة التي تتطلب رداً عالمياً قوياً مثل إنفلونزا الخنازير (H1N1) عام ٢٠٠٩، حمى إيبولا في غرب أفريقيا بين عامي ٢٠١٤ و٢٠١٦، فيروس زيكا عام ٢٠١٦، وفي نفس السياق أعلنت منظمة الصحة العالمية يوم ٣٠ يناير ٢٠٢٠ أن فيروس كورونا المستجد الذي ظهر في الصين وانتشر في العديد من مناطق العالم يشكل «حالة طوارئ صحية ذات بعد دولي»، وفي مارس ٢٠٢٠ أعلنته وباءً عالمياً (غانم، ٢٠٢٠).

وسجلت مصر أول حالة إصابة بفيروس كورونا المستجد يوم ٢٠٢٠/٢/١٤، الأمر الذي استلزم معه اتخاذ سلسلة من الإجراءات الاحترازية والوقائية والعلاجية بهدف تقليل نسبة الإصابات اليومية، واستيعاب الحالات المصابة بالمستشفيات الحكومية ومستشفيات العزل، لذلك كان من الضروري قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في ظل هذه الأزمة الراهنة.

#### مشكلة الدراسة

أصدر مركز جون هوبكنز للأمن الصحي بالتعاون مع «الإيكونوميست» وغيرهما من المؤسسات مؤشر الأمن الصحي العالمي في أكتوبر ٢٠٢٠ ٩١٠ تقييم قدرات الدول في منعا لأوبئة والتخفيف من حدتها، ووفقاً لهذا المؤشر حصلت مصر على المركز التاسع على مستوى المنطقة العربية، والمركز السابع على مستوى القارة الإفريقية من بين ٤٥ دولة، والمركز ٧٨ على المستوى العالمي من بين ١٩١ دولة، وقد استعرض المؤشر عدداً من ملاحظات أساسية حول الأنظمة الصحية على مستوى العالم ومن أهمها: ضعف الأمن الصحي على مستوى الدول، حيث لا توجد دولة مستعدة تماماً لمواجهة الأوبئة، فهناك تحديات بكل دولة يجب معالجتها، عدم جاهزية الدول لمواجهة أحداث بيولوجية عالمية، افتقار معظم الدول إلى وجود أنظمة صحية قادرة على الاستجابة للأوبئة، وعدم تخصيص معظم الدول أجزاء من ميزانياتها لتحسين جاهزيتها لمواجهة الأوبئة (htlach labolG xedni ytiruces, ٩١٠٢).

هذا وقد كشف فيروس كورونا المستجد عن وضع الأنظمة الصحية في العالم، ومعاناتها من النقص في الإمدادات والمهنيين، الأمر الذي أثار العديد من المخاوف وكشف عن حاجة الأنظمة الصحية الحالية إلى الإصلاح والتطوير، وفي تقرير أعده مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء المصري عن الوضع الحالي لمكافحة فيروس كورونا المستجد في مصر مقارنة ب ٥١٢ دولة علي مستوي العالم ظهرت بها حالات إصابة بالفيروس، تبين أن مصر احتلت المركز ٤٠١ من حيث إجمالي الإصابات بها لكل مليون نسمة والذي بلغ (٨٦٦ إصابة / مليون نسمة)، والمركز ٣٢ في عدد المصابين، والمركز ٧٥ في نسبة الوفيات من إجمالي عدد المصابين والتي بلغت ٢٣,٤٪، والمركز ١٩١ في نسبة التعافي والتي بلغت ٧٢٪. (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، ٢٠٢٠، «أ»)

وفي مصر وفقاً لبيانات وزارة الصحة لعام ٩١٠٢ اتضح أن النظام الصحي يعاني من نقص أعداد الأطقم الطبية، حيث تبلغ نسبة توافر الأطباء في مصر نحو طبيب واحد لكل ٤٨٢١ مجلة العلوم الزراعية المستدامة ٤٧، ١٤ (٢٠٢١)

بعد الاستجابة:

ويقصد به القدرة على التعامل الفعال مع متطلبات المرضى وتلبية احتياجاتهم الجديدة أو الطارئة والاستجابة لشكاويهم والعمل على حلها بكفاءة (Harteloh,2003).

بعد الأمان:

ويقصد به مدى الثقة التي يشعر بها المرضى فيما يخص الخدمات الصحية المقدمة لهم (Ramsaran,2008).

بعد التعاطف:

ويقصد به مقدرة العاملين على مخاطبة المرضى بأسلوب ودي يجعلهم يشعرون بالراحة والطمأنينة أثناء الحوار أو أثناء تقديم الخدمة لهم (Zairi,2003).

بعد الملموسية:

ويقصد به البيئة المادية التي تقدم من خلالها الخدمة والطريقة التي يظهر بها مكان تقديم الخدمة (Germigni, 2008).

وفي عام ١٩٩٧ قام العالم كوتلر بدراسة لتوضيح الأهمية النسبية لكل بعد من الأبعاد الخمس السابقة عند قياس جودة الخدمات الصحية وتوصل لما يلي (Kotler,1997):

الأهمية النسبية لكل بعد وفقاً لكوتلر	البعد
٣٢٪	الاعتمادية
٢٢٪	الاستجابة
١٩٪	الأمان
١٦٪	التعاطف
١١٪	الملموسية

واعتمدت الدراسة الراهنة في قياس جودة الخدمات الصحية

على مقياس الأداء الفعلي SERVPERF Measure

التوجهات النظرية للدراسة:

نظرية الحاجات الإنسانية:

تفترض نظرية الحاجات الإنسانية التي قدمها ماسل وأن حاجات الإنسان المختلفة تنظم فيسلم هرمي، وتشغل الحاجات الفسيولوجية من مأكلاً ومشرباً وملبساً وماوى وغيرها قاعدة ذلك الهرم، ويعلو هذا المستوى الحاجة إلى الأمان، ثم الحاجة إلى الحب والانتماء، ثم الحاجة إلى الاحترام والتقدير ثم أخيراً يحتل قمة الهرم الحاجة إلى تأكيد الذات (العزبي، ١٩٩٩)، وبتطبيق هذه النظرية على المريض عند تلقيه للخدمة الصحية نجد أنه لا يحتاج فقط للعلاج بل يحتاج معه الإحساس بالأمان تجاه الخدمة المقدمة وهو ما يركز عليه بعد الأمان، كما يحتاج للاحترام والتقدير من قبل مقدمي الخدمة وهو ما يركز عليه بعد التعاطف.

نظرية الحرمان الاجتماعي :

يرى أنصار نظرية الحرمان الاجتماعي أن الحرمان لا يقتصر على الجانب المادي فقط وعدم القدرة على اشباع الحاجات الأساسية بل يمتد ليشمل ضروياً أخرى من الحرمان كالحرمان من الرعاية الصحية الجيدة (لين، ٢٠١٩)، ومن هذا المنطلق فإن مفهوم الجودة في الخدمة الصحية يستهدف بشكل رئيسي ضمان الرعاية الصحية الجيدة لكل المواطنين على حد سواء.

الاتجاه الوظيفي:

يرى الاتجاه الوظيفي أن المؤسسات الاجتماعية عبارة عن نسق مكون من مجموعة أجزاء مرتبة ترتيباً معيناً ومنظماً ويتصل بعضها مع بعض اتصالاً قهياً دقة وتنسيق، ففيه يتم اتصالاً لأفراد (مجلة العلوم الزراعية المستدامة م٤٧، ١٤ (٢٠٢١))

إليه العلم والتكنولوجيا وتحكمها أخلاقيات المهنة الطبية والطامح الطبيون والخبرة والكفاءة واسلوب المعاملة المثالي مع المرضى الإداريين في المستشفى (Palmar, ١٩٩٤)، أما من المنظور الاجتماعي يمكن تعريفها على أنها المسؤولية المناطة بالمنشأة الصحية كجهة لها ارتباط مباشر بحقوق المرضى، وهذا الجانب على اتصال وثيق بالمسؤولية الاجتماعية التي تقدمها هذه المنشأة الصحية بغض النظر عن شكلها أو المهام التي تؤديها والذي يضمن لها إنجاز ما تلتزم به نحو رعاية المرضى وضمان سلامتهم لصحية (العساف، ١٩٩٤).

أهداف الجودة في الخدمة الصحية: يمكن إيجاز أهداف الجودة في الخدمة الصحية فيما يلي:

(١) ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين. (٢) تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد، (٣) بعد قياس مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها، (٤) تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها، (٥) تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية، (٦) تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، (٧) كسب رضا المستفيد، (٨) تحسين معنويات العام لينوب التالي الحصول على أفضل النتائج (خوجة، ٢٠٠٣).

طرق قياس جودة الخدمات الصحية وأبعادها:

يعتبر توفر مقياس يتسم بالدقة والموضوعية أمراً ضرورياً لتقييم الأداء وقياس جودة الخدمات الصحية المقدمة لذا وضع عدد من الباحثين العديد من النماذج لقياس وتقييم جودة الخدمات، قدرت ب ١٩ نموذجاً (Nitin seth, ٢٠٠٥) إلا أن أهم هذه النماذج وأكثرها تطبيقاً هما نموذجي SERVQUAL، SERVPERF ويمكن توضيحهما كما يلي:

SERVQUAL Measure:

أي مقياس الفجوة وظهر عام ١٩٨٨ من خلال الدراسة التي قام بها (parasuraman&Zenithal&Berry) حيث قاموا بدمج أبعاد الجودة في خمس أبعاد رئيسية هي) الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، والملموسية) ويتم قياس جودة الخدمة وفقاً لهذا النموذج بتحديد الفجوة بين توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي لها، أي معرفة وتحديد مدى التطابق بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة (Parasuramanand Zenithal, ١٩٨٨).

SERVPERF Measure:

أي مقياس الأداء الفعلي وظهر عام ١٩٩٢ نتيجة للدراسات التي قام بها (Cronin&Taylor) وتأخذ الجودة في إطار هذا المقياس مفهوم اتجاهاً يرتبط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة، ويقوم هذا النموذج على أساس فرض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة، أي التركيز على جانب الإدراك الخاصة بالعميل فقط، وتقييم مستوى الخدمة من خلال الخمس أبعاد الرئيسية التي توصل لها (نموذج SERVQUAL(Cronin and Taylor, ١٩٩٢))

ويمكن توضيح الأبعاد الخمس الرئيسية للجودة التي اعتمدها المقياسين السابقين كما يلي:

بعد الاعتمادية:

ويقصد به إمكانية وقدرة المستشفيات على تقديم الخدمة بالوقت المحدد وأن تكون الخدمة بمستوى دقة وجودة عالية (Ghobadian and Speller, 1994).

أبعادها منخفضة، أما ترتيب الأبعاد وفقاً لأهميتها النسبية من وجهة نظر الكادر الطبي فتوصلت دراسة (بوخلوة، ٢٠١٨) إلى أن بعد التعاطف احتل المركز الأول يليه الأمان، الاستجابة، الاعتمادية، وأخيراً الملموسية.

أما الدراسات السابقة التي استهدفت التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية وأبعادها بالمستشفيات الحكومية من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي خلصت دراسة (الجزائري، ٢٠١٠) إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية جاء منخفضاً لجميع الأبعاد من وجهة نظر كلاً منهما، وجاء ترتيب أبعاد جودة الخدمة المقدمة تنازلياً من حيث الأهمية حسب رأي الكادر الطبي بعد الأمان في المركز الأول يليه التعاطف، الاعتمادية، الاستجابة، وأخيراً الملموسية. وبالنسبة للمرضى فكان بعد الأمان أيضاً في المركز الأول يليه التعاطف، الاستجابة، الملموسية، وأخيراً الاعتمادية، كذلك توصلت دراسة (عبود، ٢٠١٠) إلى انخفاض مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة وجميع أبعادها، واحتل بعد التعاطف المركز الأول وبعد الملموسية المركز الأخير من وجهة نظر كلاً منهما. أما في دراسة (نياب، ٢٠١٢) كانت ترتيب أبعاد الخدمة الطبية من وجهة نظر المرضى كالتالي (بعد الاعتمادية في المركز الأول يليه بعد الملموسية، الأمان، التعاطف، وأخيراً بعد الاستجابة. بينما من وجهة نظر الكادر الطبي فاحتل بعد الملموسية المركز الأول يليه بعد الاعتمادية، الأمان، التعاطف، وأخيراً بعد الاستجابة. أما دراسة (مصالح، ٢٠١٢) أظهرت النتائج أن مستوى جودة الخدمات الصحية جاء مرتفعاً لجميع الأبعاد من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي وكان بعد الاعتمادية في المركز الأول يليه بعد الأمان، التعاطف، الملموسية، وأخيراً بعد الاستجابة.

#### الطريقة البحثية للدراسة:

أجريت الدراسة اعتماداً على منهج المسح الاجتماعي بمحاكاة الشرفية، حيث تم عمل حصر بمستشفيات العزل في محافظة الشرقية، حيث أصدرت وزارة الصحة في الرابع والعشرين من شهر مايو ٢٠٢٠ قراراً بتخصيص ٣٢٠ مستشفى عزل منها ٢٥ مستشفى عزل بمحافظة الشرقية (وزارة الصحة والسكان المصرية، ٢٠٢٠)، وتم اختيار مستشفى الحسينية المركزي بأسلوب المعاينة العشوائية البسيطة باستخدام طريقة الكيس المثالي، هذا وقد بدأ العمل رسمياً بمستشفى الحسينية المركزي بعد تجهيزه كمستشفى عزل في الثالث والعشرين من يونيو ٢٠٢٠، وعند جمع البيانات تبين أنه بناءً على توجيهات وزارة الصحة فقد تم غلق العيادات الخارجية بالمستشفيات الحكومية وتحويل المرضى إلى الوحدات الصحية، وبناءً عليه تم تحويل المرضى إلى ٢٨ وحدة صحية تابعة لمركز الحسينية، وتم اختيار الوحدة الصحية بسعود والوحدة الصحية بسماكين الشرق بأسلوب المعاينة العشوائية البسيطة باستخدام طريقة الكيس المثالي، ولتحديد حجم العينة تم أخذ نسبة ١٠٪ من إجمالي المرضى المترددين على الوحدات الصحية خلال شهر من بدأ تحويل المرضى عليهما، و ١٠٪ من إجمالي الكادر الطبي بمستشفى الحسينية المركزي، ويوضح الجدول التالي إجمالي عدد المرضى والكادر الطبي وحجم العينة لكل منهما.

بالنظم التي يخضعون لها، واتصالاً لهيئات بعضها ببعض، وكيف يؤدي ذلك كله إلى وصول المؤسسة إلى تحقيق أغراضها وغاياتها، وعلى العامل في المؤسسة أن يقوم بمهمته على أحسن وجه وأتم صورة (زكريا، ١٩٨٩)، وفي ضوء الاتجاه الوظيفي نجد أن بعدي الاعتمادية والاستجابة يركزان على أهمية أداء مقدمي الخدمة الطبية لعملهم بدقة وعلى أحسن وجه مما يرفع من أداء المؤسسة ككل.

#### اتجاه العلاقات الإنسانية:

اهتم هذا الاتجاه بالإنسان، واعتبره العنصر الجوهري والأساسي في عمل المؤسسات، فاهتم بالروح المعنوية وحفظ إنسانية الفرد والاهتمام به وصون كرامته وتقديره واحترامه، الأمر الذي يساعد كثيراً في رفع مستوى الأداء والإنتاجية وتحقيق الرضا والاستقرار النفسي (ناصر، ١٩٩٥)، ومن هذا المنطلق فإن بعد التعاطف يركز على الجانب الإنساني عند تقديم الخدمة الصحية وضرورة الاهتمام بنفسية المريض ورفع الروح المعنوية له.

#### الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة:

وبالنسبة للدراسات السابقة التي استهدفت التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية وأبعادها بالمستشفيات الحكومية من وجهة نظر المرضى فقط توصلت دراسة (بو عباس، ٢٠١٠) إلى أن مستوى إجمالي جودة خدمة الرعاية الصحية كان مرتفعاً واحتل بعد الأمان المرتبة الأولى من أبعاد جودة خدمة الرعاية الصحية في المستشفى الحكومي بمتوسط حسابي بلغ ٥,٥٥ يليه بعد الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، وأخيراً بعد التعاطف بمتوسط حسابي ٥,١٩، أما دراسات كل من (Desai, 2011)، (بو قجاني، ٢٠١٢)، (الغزالي، ٢٠١٤)، (Alhunaiti, 2017) فأكدت على انخفاض مستوى جودة الخدمات الصحية بجميع أبعادها في المستشفيات الحكومية المدروسة. بينما توصلت دراسة (عبادة، ٢٠١٦) إلى أن مستوى إجمالي جودة الخدمة الصحية كان متوسطاً أما مستوى جودة كل بعد فكان بالترتيب تنازلياً (بعد الأمان متوسط، الاستجابة متوسط، الاعتمادية متوسط، الملموسية منخفض، والتعاطف منخفض). في حين توصلت دراسة (قبة، ٢٠١٦) إلى أن مستوى جودة جميع أبعاد الخدمة الصحية كان مرتفعاً فيما عدا بعد الملموسية كان متوسطاً وكان ترتيب الأبعاد تنازلياً وفقاً للمتوسط الحسابي (بعد الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف، الأمان، وأخيراً الملموسية). أما دراسة (عمر، ٢٠١٨) فخلصت إلى أن مستوى إجمالي جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية كان متوسطاً بمتوسط حسابي ٣,٢٧ وكان أعلى بعد هو الاعتمادية بمتوسط ٣,٣٩ تلاه بعد الملموسية ثم الاستجابة ثم التعاطف وأخيراً الأمان بمتوسط ٣,١٥.

وبالنسبة للدراسات السابقة التي استهدفت التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية وأبعادها بالمستشفيات الحكومية من وجهة نظر الكادر الطبي فقط فقد خلصت دراسات كلاً من (عبد الحليم، ٢٠١٠)، (دائرة تخطيط الجودة في وزارة الصحة، ٢٠١٥) إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية بجميع أبعادها في المستشفيات الحكومية المدروسة كان متوسطاً، بينما وفقاً لدراسة (القنطي، ٢٠١٥) فكان مستوى جودة الخدمات الصحية بجميع

#### جدول ١. توزيع إجمالي المرضى والكادر الطبي وحجم العينة لكل منهما

المرضى	متوسط المرضى المترددين على الوحدة الصحية خلال شهر	حجم عينة المرضى (١٠٪ من الإجمالي)
الوحدة الصحية		
الوحدة الصحية بسعود	٩٠٠	٩٠
الوحدة الصحية بسماكين الشرق	٦٠٠	٦٠
الإجمالي	١٥٠٠	١٥٠
الكادر الطبي		
المستشفى		
مستشفى الحسينية المركزي	٣٥٤	حجم عينة الكادر الطبي (١٠٪ من الإجمالي)
		٣٥

المصدر: إدارة مستشفى الحسينية المركزي، مركز الحسينية، محافظة الشرقية، مصر، ٢٠٢٠.

مجلة العلوم الزراعية المستدامة م ٤٧، ١٤ (٢٠٢١)

بعد التعاطف: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن عشر عبارات، تدور حول تمتع المريض بالخدمات الصحية المقدمة له، مراعاة ظروفه والمريض بالخاصة والتعامل معها، لا تلعب الوساطة أي دور في الاهتمام بالمريض، واحترام المشاعر الإنسانية للمريض وأهله، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، وقد بلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٩٦٣، وهو ما يشير لثبات المقياس.

بعد الملموسية: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن عشر عبارات، تدور حول وجوده وفلن العناية المركزه مجهزة قوملاءمة، وجود سيارة اتابسة عافدية، وجود أماكن مناسبة للجلوس والانتظار، ودورات المياه نظيفة وبها مواد النظافة والتطهير، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، وقد بلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٨٧٥، وهو ما يشير لثبات المقياس.

جودة الخدمات الصحية: تم قياس هذا المتغير بمجموع درجات الخمس أبعاد السابق عرضها وهي: الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، والملموسية، حيث بلغ المدى النظري لمتغير جودة الخدمات الصحية (٥٠-١٥٠) درجة.

#### الفروض البحثية:

١- توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاعتمادية من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة.

٢- توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاستجابة من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة.

٣- توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الأمان من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة.

٤- توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد التعاطف من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة.

٥- توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الملموسية من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة.

٦- توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة.

#### توصيف عينة الدراسة:

أ- خصائص المرضى المبحوثين عينة الدراسة: توضح نتائج جدول (٢) أن أكثرية المرضى المبحوثين كانوا ذكور بنسبة بلغت ٦٢٪، كما وقع أقل من نصف المرضى المبحوثين في الفئة العمرية (٥٢-٦٦) سنة بنسبة بلغت ٤٣٪، وتراوح عدد سنوات التعليم لنصف المرضى المبحوثين من (٧-١٤) سنة بنسبة بلغت ٥٠٪، وكان متوسط الدخل الشهري لأكثر من نصف المرضى المبحوثين (١٥٦٧-٢٢٨٣) جنيه بنسبة بلغت ٥٣٪.

ب- خصائص الكادر الطبي المبحوثين عينة الدراسة: توضح نتائج جدول (٣) أن أكثرية الكادر الطبي المبحوثين كانوا ذكور بنسبة بلغت ٦٠٪، وتراوحت أعمار أقل من نصف الكادر الطبي المبحوثين من (٢٨-٣٧) سنة بنسبة بلغت ٤٣٪، وتراوحت عدد سنوات الخبرة لأقل من نصف الكادر الطبي المبحوثين من (٣-١٢) سنة بنسبة بلغت ٤٣٪.

مجلة العلوم الزراعية المستدامة ٧م، ٤٧، ١٤ (٢٠٢١)

وبين من جدول (١) أن حجم عينة المرضى بلغ ١٥٠ مبحوث، وحجم عينة الكادر الطبي ٣٥ مبحوث، واختيرت مفردات عينة الكادر الطبي بطريقة المعاينة العشوائية المنتظمة من واقع كشف أسماء الكادر الطبي بالمستشفى، وبالنسبة لعينة المرضى فتم اختيارها بطريقة المعاينة العشوائية المنتظمة من واقع كشف أسماء المترددين على الوجدتين الصحييتين أثناء جمع البيانات، وتم جمع البيانات عن طريق استمارة الاستبيان بالمقابلة الشخصية، خلال الفترة من نهاية شهر يوليو وحتى نهاية شهر أغسطس عام ٢٠٢٠، واستخدم لتحليل البيانات إحصائياً النسب المئوية، التكرارات، المتوسط الحسابي، معامل ثبات الفاكرونباخ، اختبار «ت» لعينتين مترابطتين Paired-Samples T test.

#### قياس متغيرات الدراسة:

فيما يلي عرضاً لطريقة قياس متغيرات الدراسة مع ملاحظة أن متغيري عدد سنوات التعليم والدخل الشهري يخصا عينة المرضى فقط، ومتغير عدد سنوات الخبرة يخص عينة الكادر الطبي فقط، والمتغيرات من (٦-١٠) تم سؤالها لكلا العينتين من المرضى والكادر الطبي للإجابة عليها مرة للوضع قبل فيروس كورونا المستجد ومرة للوضع أثناء فيروس كورونا المستجد، وذلك كما يلي:

النوع: تم قياس هذا المتغير بتحديد ما إذا المبحوث ذكر أم أنثى، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: ذكر=١، أنثى=٢، للتمييز الرقمي فقط.

السن: تم قياس هذا المتغير كرقم مطلق، بإجمالي عدد سنوات عمر المبحوث وقت إجراء الدراسة.

عدد سنوات التعليم: تم قياس هذا المتغير كرقم مطلق، بإجمالي عدد السنوات التي أتمها المبحوث بنجاح في التعليم.

الدخل الشهري: تم قياس هذا المتغير كرقم مطلق، بإجمالي دخل المبحوث الشهري وقت إجراء الدراسة.

عدد سنوات الخبرة: تم قياس هذا المتغير كرقم مطلق، بإجمالي عدد سنوات خبرة المبحوث في عمله حتى وقت إجراء الدراسة.

بعد الاعتمادية: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن عشر عبارات، تدور حول الدقة وعدم الخطأ في الفحص والتشخيص والعلاج، توافر التخصصات المختلفة، تطبيق صارم للقواعد والأنظمة، وتوافر التحاليل والأدوية، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، وقد بلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٧٥٢، وهو ما يشير لثبات المقياس.

بعد الاستجابة: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن عشر عبارات، تدور حول سهولة قبول إدخال المريض إلى المستشفى، تقديم الخدمات بشكل دقيق وسريع، توافر الكادر الطبي الكامل على مدار ٢٤ ساعة، وعملية المعالجة لمرضى الطوارئ تتم بسرعة، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، وقد بلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٨٣٢، وهو ما يشير لثبات المقياس.

بعد الأمان: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن عشر عبارات، تدور حول سرية المعلومات الخاصة بالمريض، الكادر الطبي على مستوى عال من المهارة، يحترم العاملون بالمستشفى خصوصية المريض، وهناك تامة بالكادر الطبي، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، وقد بلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٧٩٥، وهو ما يشير لثبات المقياس.

جدول ٢. خصائص المرضى المبحوثين عينة الدراسة.

ن=١٥٠		الفئات	المتغير
النسبة المئوية	التكرار		
٦٢	٩٣	ذكر	النوع
٣٨	٥٧	أنثى	
٣٠	٤٥	سنة (٢١-٣٥)	السن
٢٧	٤٠	سنة (٣٦-٥١)	
٤٣	٦٥	سنة (٥٢-٦٦)	
٥,٣	٨	أمي	عدد سنوات التعليم
٢٤,٧	٣٧	سنة (١-٦)	
٥٠	٧٥	سنة (٧-١٤)	
٢٠	٣٠	سنة (١٥-٢١)	الدخل الشهري
٣٠	٤٥	جنيه (٨٥٠-١٥٦٦)	
٥٣	٨٠	جنيه (١٥٦٧-٢٢٨٣)	
١٧	٢٥	جنيه (٢٢٨٤-٣٠٠٠)	

جدول ٣. خصائص الكادر الطبي المبحوثين عينة الدراسة.

ن=٣٥		الفئات	المتغير
النسبة المئوية	التكرار		
٦٠	٢١	ذكر	النوع
٤٠	١٤	أنثى	
٤٣	١٥	سنة (٢٨-٣٧)	السن
٣٤	١٢	سنة (٣٨-٤٨)	
٢٣	٨	سنة (٤٩-٥٨)	
٤٣	١٥	سنة (٣-١٢)	عدد سنوات الخبرة
٣٧	١٣	سنة (١٣-٢٣)	
٢٠	٧	سنة (٢٤-٣٣)	

٧٤٪ أن مستوى جودة بعد الاعتمادية أثناء وباء كورونا المستجد كان منخفض.

٢- بعد الاستجابة: يوضح شكل (٢) أن مستوى جودة بعد الاستجابة قبل وباء كورونا المستجد كان متوسط من وجهة نظر أكثر من نصف المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٥٦,٧٪، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبادة، ٢٠١٦)، بينما كان مستوى جودة بعد الاستجابة أثناء وباء كورونا المستجد منخفض من وجهة نظر أكثرية المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٦٣,٣٪.

٣- بعد الأمان: يوضح شكل (٣) أن مستوى جودة بعد الأمان قبل وباء كورونا المستجد كان متوسط من وجهة نظر أكثرية المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٦٤,٧٪، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبادة، ٢٠١٦)، بينما كان مستوى جودة بعد الأمان أثناء وباء كورونا المستجد منخفض من وجهة نظر أكثر من نصف المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٥٣,٣٪.

٤- بعد التعاطف: يوضح شكل (٤) أن مستوى جودة بعد التعاطف قبل وباء كورونا المستجد كان متوسط من وجهة نظر أكثرية المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٦٠٪، بينما كان مستوى جودة بعد التعاطف أثناء وباء كورونا المستجد منخفض من وجهة نظر أكثرية المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٦٠٪.

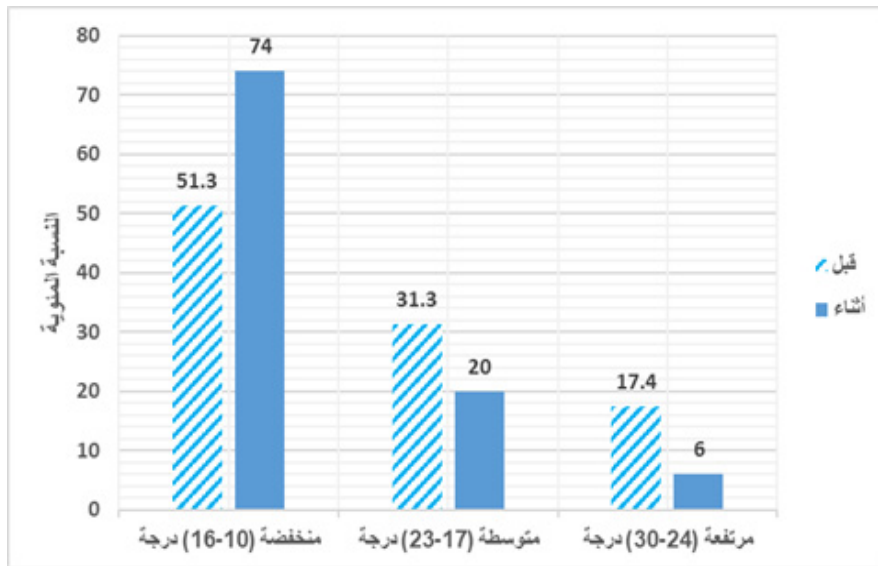
### نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها

أولاً: مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي:

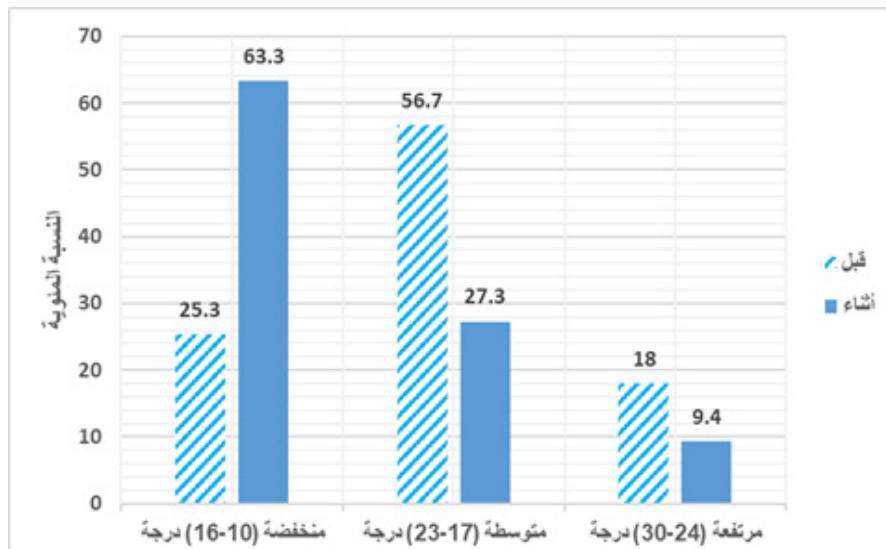
لتحقيق الهدف الأول من الدراسة والذي يتعلق بالتعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي، تم استخدام الرسوم البيانية بالاستعانة بالنسب المئوية لتكرارات استجابات المبحوثين، ويمكن عرض النتائج كما يلي:

أ- مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر المرضى:

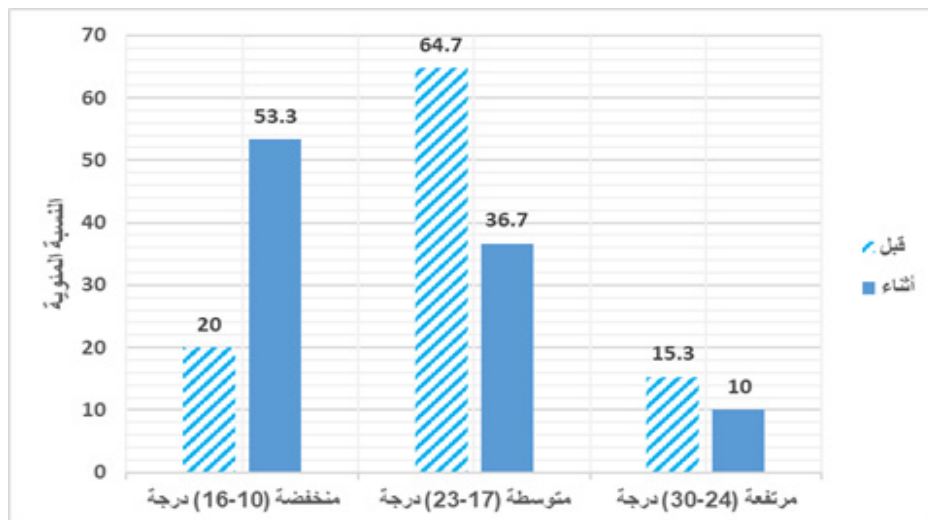
١- بعد الاعتمادية: يوضح شكل (١) أن مستوى جودة بعد الاعتمادية قبل وباء كورونا المستجد كان منخفض من وجهة نظر أكثر من نصف المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٥١,٣٪، وتتفق هذه النتيجة مع دراسات كل من (الجزائري، ٢٠١٠)، (عبود، ٢٠١٠)، (Desai، ٢٠١١)، (بوقجاني، ٢٠١٢)، (الغزالي، ٢٠١٤)، (Alhunaiti، ٢٠١٧)، كما أوضح ما يقرب من ثلثي المرضى المبحوثين بنسبة بلغت



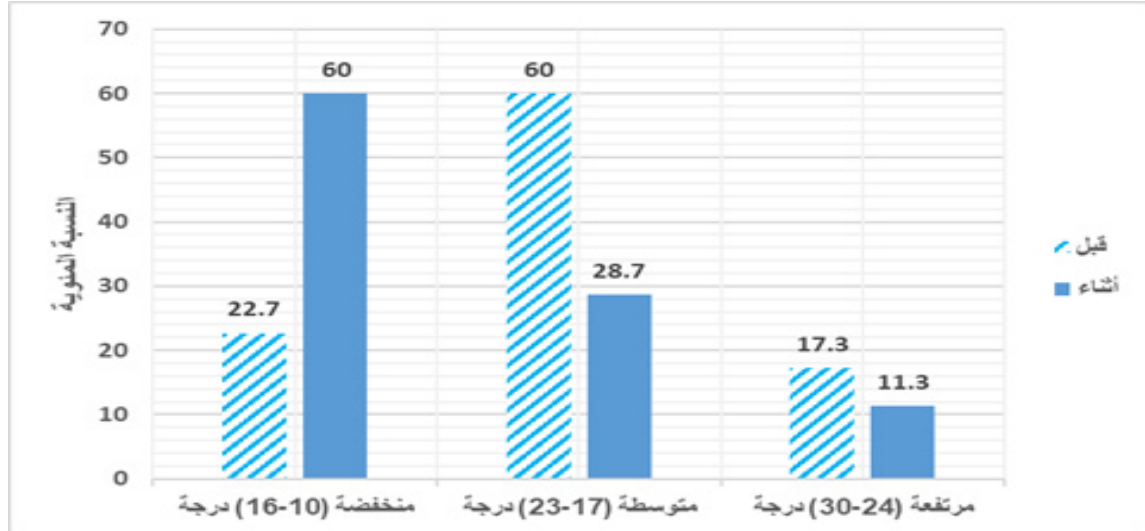
شكل ١. بعد الاعتمادية قبل وانتفاء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر المرضى



شكل ٢. بعد الاستجابة قبل وانتفاء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر المرضى



شكل ٣. بعد الامان قبل وانتفاء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر المرضى



شكل ٤. بعد التعاطف قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر المرضى

٥- بعد الملموسية: يوضح شكل (٥) أن مستوى جودة بعد الملموسية قبل وباء كورونا المستجد كان متوسط من وجهة نظر أكثر من نصف المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٥٠,٧٪، بينما كان مستوى جودة بعد الملموسية أثناء وباء كورونا المستجد منخفض من وجهة نظر أكثرية المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٦٨,٧٪.

٤- بعد التعاطف: يوضح شكل (١٠) أن مستوى جودة بعد التعاطف قبل وأثناء وباء كورونا المستجد كان مرتفع من وجهة نظر أكثرية الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٧١,٤٪، وتتنفق هذه النتيجة مع دراسات كلاً من عبد الحليم، (٢٠١٠)، (دائرة تخطيط الجودة في وزارة الصحة، ٢٠١٥)، بينما كان مستوى جودة بعد الملموسية أثناء وباء كورونا المستجد منخفض من وجهة نظر أكثر من نصف الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٥١,٤٪.

٥- بعد الملموسية: يوضح شكل (١١) أن مستوى جودة بعد الملموسية قبل وباء كورونا المستجد كان متوسط من وجهة نظر أكثرية الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٦٠٪، وتتنفق هذه النتيجة مع دراسات كلاً من عبد الحليم، (٢٠١٠)، (دائرة تخطيط الجودة في وزارة الصحة، ٢٠١٥)، بينما كان مستوى جودة بعد الملموسية أثناء وباء كورونا المستجد منخفض من وجهة نظر أكثر من نصف الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٥١,٤٪.

٦- جودة الخدمات الصحية: يوضح شكل (١٢) أن مستوى جودة الخدمات الصحية قبل وباء كورونا المستجد كان مرتفع من وجهة نظر أقل من نصف الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٤٨,٦٪، وتتنفق هذه النتيجة مع دراسة (مصلح، ٢٠١٢)، بينما كان مستوى جودة الخدمات الصحية أثناء وباء كورونا المستجد متوسط من وجهة نظر أكثر من نصف الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٥٤,٣٪.

ثانياً: نتائج اختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعدها كل على حده من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي:

أ- نتائج اختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعدها كل على حده من وجهة نظر المرضى:

لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة والمتعلق باختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعدها كل على حده من وجهة نظر المرضى، تم استخدام اختبار "paired-Samples T test" لاختبار صحة الفروض الصفرية كما يلي:

٥- بعد الملموسية: يوضح شكل (٥) أن مستوى جودة بعد الملموسية قبل وباء كورونا المستجد كان متوسط من وجهة نظر أكثر من نصف المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٥٠,٧٪، بينما كان مستوى جودة بعد الملموسية أثناء وباء كورونا المستجد منخفض من وجهة نظر أكثرية المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٦٨,٧٪.

٦- جودة الخدمات الصحية: يوضح شكل (٦) أن مستوى جودة الخدمات الصحية قبل وباء كورونا المستجد كان متوسط من وجهة نظر أكثر من نصف المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٥٧,٣٪، وتتنفق هذه النتيجة مع دراسات كلاً من (عبادة، ٢٠١٦)، (عمر، ٢٠١٨)، بينما كان مستوى جودة الخدمات الصحية أثناء وباء كورونا المستجد منخفض من وجهة نظر أكثرية المرضى المبحوثين بنسبة بلغت ٦٣,٣٪.

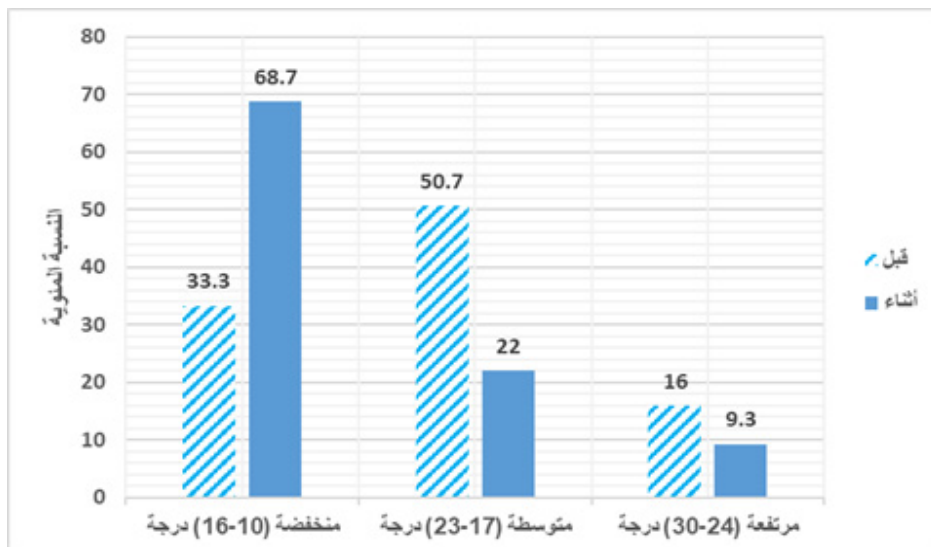
ب- مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعدها كل على حده قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر الكادر الطبي:

١- بعد الاعتمادية: يوضح شكل (٧) أن مستوى جودة بعد الاعتمادية قبل وباء كورونا المستجد كان منخفض من وجهة نظر أكثر من نصف الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٥١,٤٪، وتتنفق هذه النتيجة مع دراسات كل من (الجزائري، ٢٠١٠)، (عبود، ٢٠١٠)، (القنطي، ٢٠١٥)، كما أوضح أكثرية الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٦٠٪ أن مستوى جودة بعد الاعتمادية أثناء وباء كورونا المستجد كان منخفض.

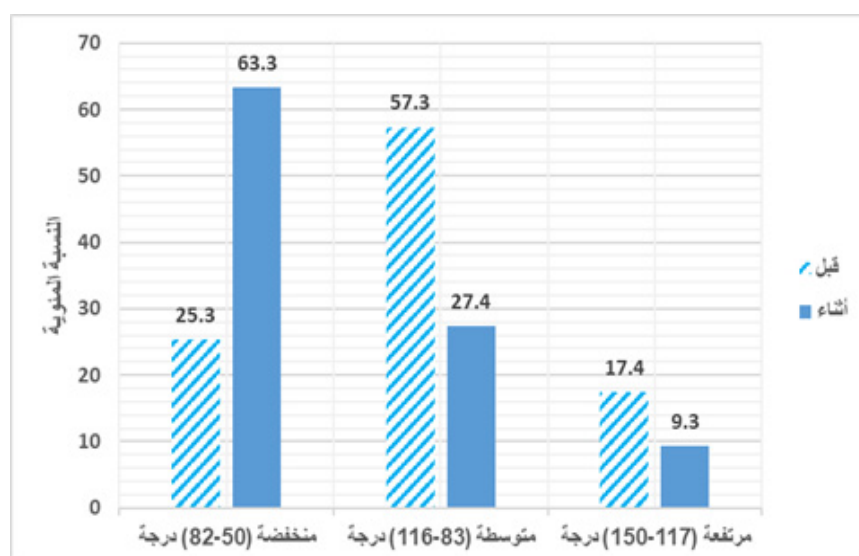
٢- بعد الاستجابة: يوضح شكل (٨) أن مستوى جودة بعد الاستجابة قبل وباء كورونا المستجد كان مرتفع من وجهة نظر أكثرية الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٦٥,٧٪، وتتنفق هذه النتيجة مع دراسة (مصلح، ٢٠١٢)، بينما كان مستوى جودة بعد الاستجابة أثناء وباء كورونا المستجد متوسط من وجهة نظر أكثر من نصف الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٥٤,٣٪.

٣- بعد الأمان: يوضح شكل (٩) أن مستوى جودة بعد الأمان قبل وباء كورونا المستجد كان مرتفع من وجهة نظر ما يقرب من ثلثي الكادر الطبي المبحوثين بنسبة بلغت ٧٤,٣٪، وتتنفق هذه النتيجة مع دراسة (مصلح، ٢٠١٢)، كما كان مستوى جودة مجلة العلوم الزراعية المستدامة م ٤٧، ١٤ (٢٠٢١)

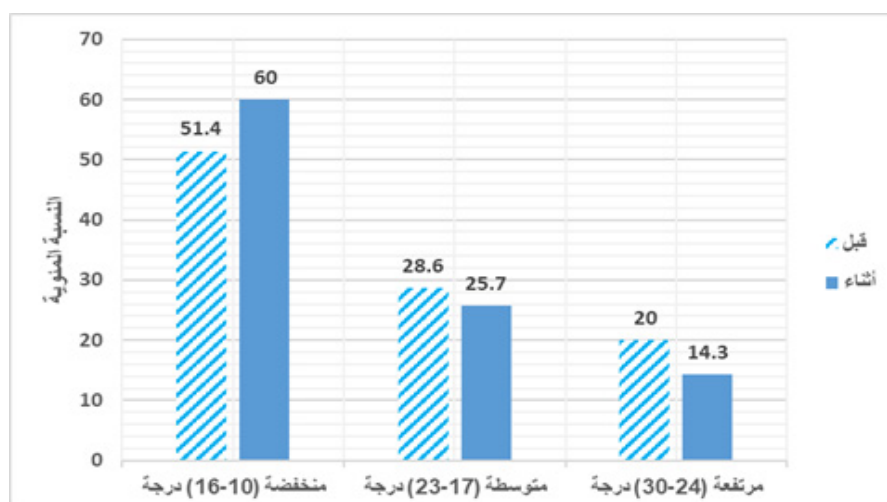




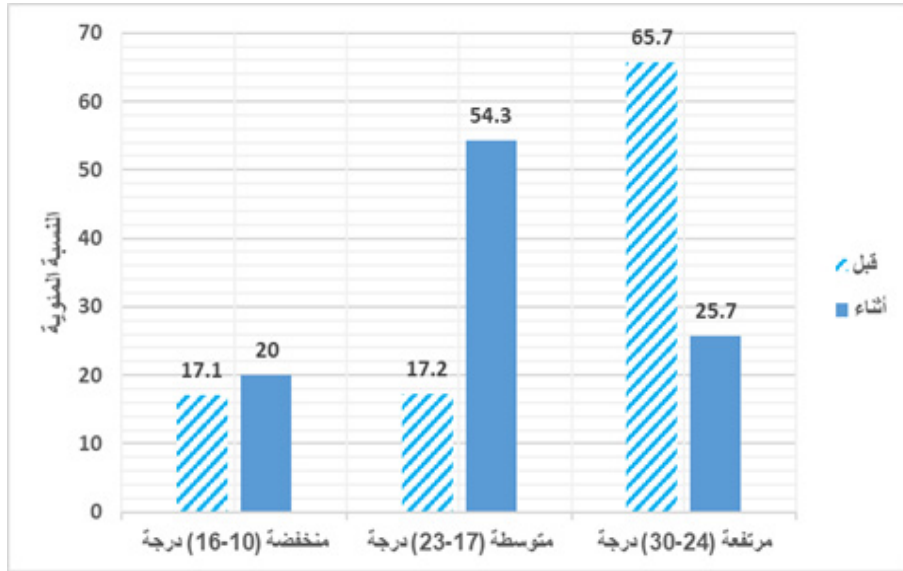
شكل ٥. بعد الملموسية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر المرضى



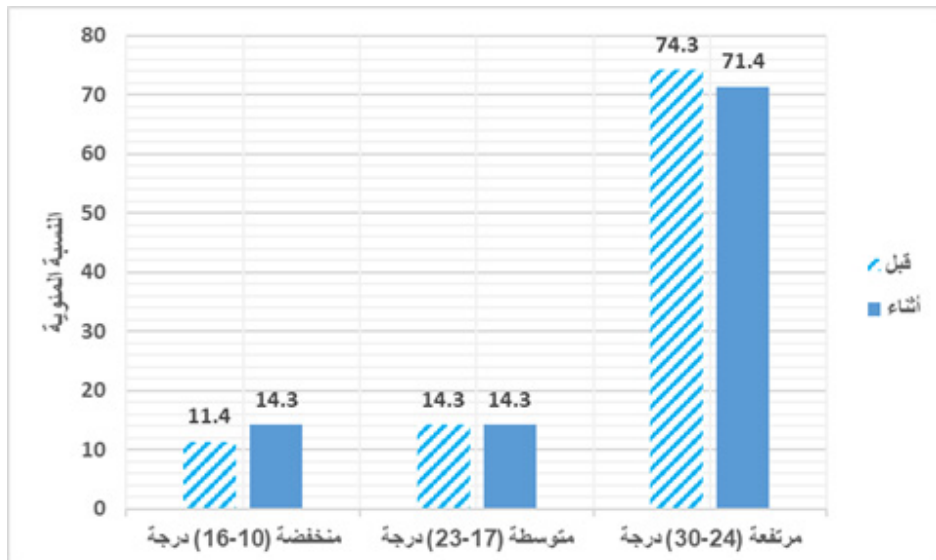
شكل ٦. جودة الخدمات الصحية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر المرضى



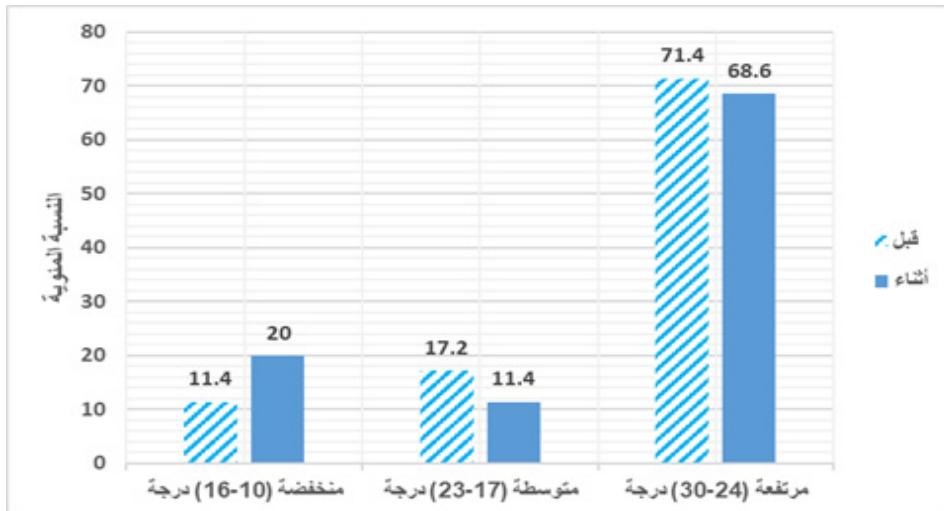
شكل ٧. بعد الاعتمادية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر الكادر الطبي



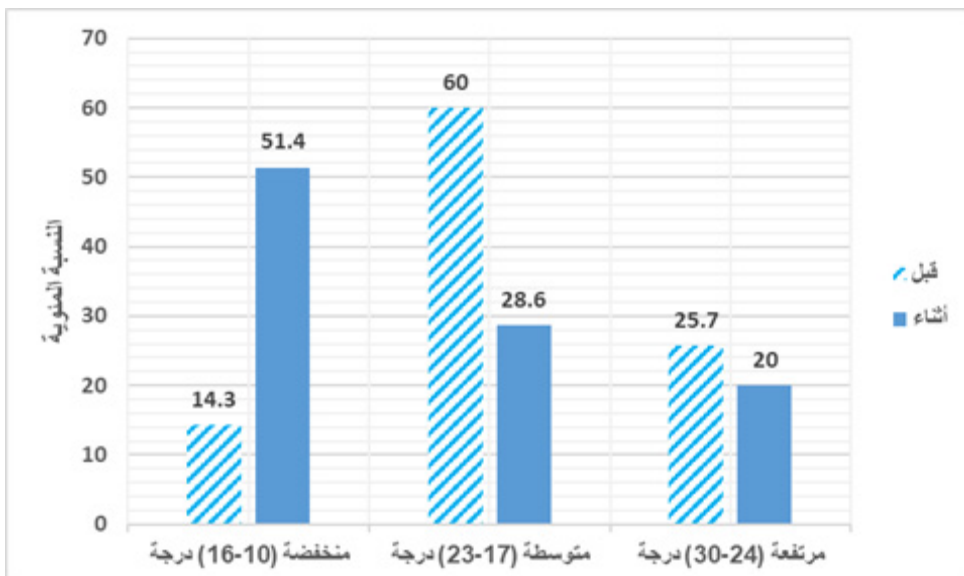
شكل ٨. بعد الاستجابة قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر الكادر الطبي .



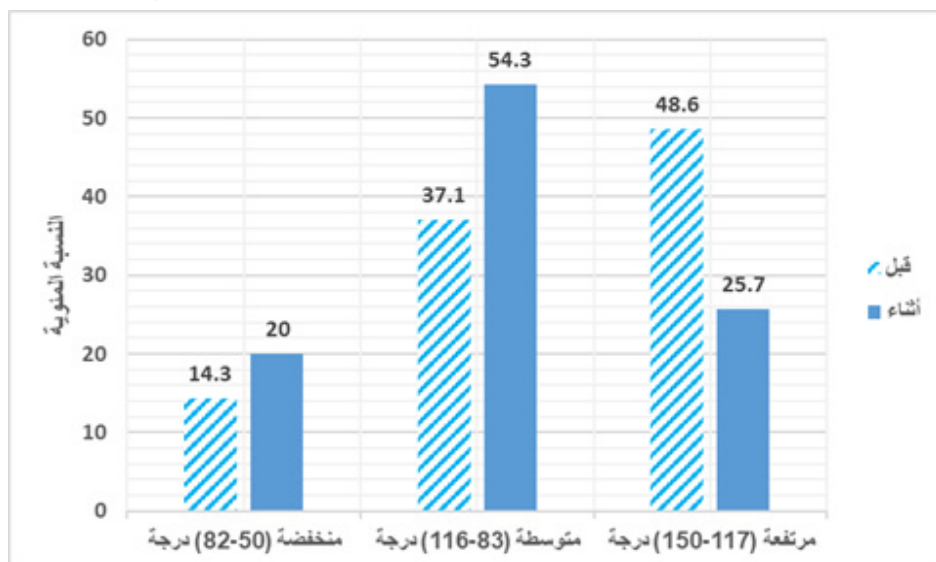
شكل ٩. بعد الامان قبل واتناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر الكادر الطبي



شكل ١٠. بعد التعاطف قبل واتناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر الكادر الطبي



شكل ١١. بعد الملموسية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر الكادر الطبي



شكل ١٢. جودة الخدمات الصحية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد من وجهة نظر الكادر الطبي

التخصصات الطبية بها.

٢- بعد الاستجابة: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الاستجابة من وجهة نظر المرضى، تم فرض الفرض البحثي الثاني، ولتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي، لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاستجابة من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة، ويتضح من نتائج جدول (٤) وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١ فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاستجابة من وجهة نظر المرضى عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (١٩,٣١)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى أنه قبل وباء كورونا كانت الخدمة الصحية تقدم من خلال المستشفيات ولذلك كانت درجة الاستجابة متوسطة كما تبين من نتائج سابقة، حيث يتوافر الأطباء بالمستشفى بشكل

مجلة العلوم الزراعية المستدامة م٤٧، ١٤ (٢٠٢١)

١- بعد الاعتمادية: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الاعتمادية من وجهة نظر المرضى، تم فرض الفرض البحثي الأول، ولتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي، لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاعتمادية من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة، ويتضح من نتائج جدول (٤) وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١ فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاعتمادية من وجهة نظر المرضى عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (١٥,٤٥)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى أنه على الرغم من انخفاض مستوى جودة بعد الاعتمادية قبل انتشار فيروس كورونا كما تبين من نتائج سابقة إلا أن الوضع ازداد سوءاً بسبب قلة التجهيزات بالوحدات الصحية التي تم تحويل المرضى عليها أثناء وباء كورونا وعدم توافر كافة

الطبي ليشعروا بالطمأنينة، ولكن في نفس الوقت وبطبيعة المرحلة ازداد ضغط العمل على الكادر الطبي بالإضافة إلى الضغط النفسي، الأمر الذي قد يترتب عليه عدم قدرة الكادر الطبي على اشباع الحاجات النفسية للمرضى نتيجة الضغط الزائد عليهم. وهنا يجدر الإشارة إلى ما يؤكد عليه كلاً من نظرية الحاجات الإنسانية واتجاه العلاقات الإنسانية من ضرورة الاهتمام بنفسية المريض ورفع الروح المعنوية.

٥- بعد الملموسية: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الملموسية من وجهة نظر المرضى، تم فرض الفرض البحثي الخامس، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبلو أثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الملموسية من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٤) وجود فروق معنوية قبلو أثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الملموسية من وجهة نظر المرضى عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (١٨,٦٣)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى أنه قبل وباء كورونا كانت الخدمة الصحية تقدم من خلال المستشفيات التي تتوفر بها تجهيزات وامكانيات مادية وبشرية أعلى مقارنة بالوحدات الصحية التي تقدم من خلالها الخدمة الصحية أثناء وباء كورونا.

٦- جودة الخدمات الصحية: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى، تم فرض الفرض البحثي السادس، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٤) وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين من وجهة نظر المرضى عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (٩٨,٩٧)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي.

أفضل منه في الوحدات الصحية، كما يسهل تقديم الخدمة العاجلة لمرضى الطوارئ لتوافر التجهيزات اللازمة، أما في الوحدات الصحية التي تستقبل الحالات أثناء كورونا فيصعب تقديم الخدمة الطبية بشكل دقيق وعاجل لضعف الإمكانيات.

٣- بعد الأمان: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الأمان من وجهة نظر المرضى، تم فرض الفرض البحثي الثالث، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبلو أثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الأمان من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٤) وجود فروق معنوية قبلو أثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الأمان من وجهة نظر المرضى عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (٢٠,٩٢)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى زيادة خوف المرضى من اصابتهم بالعدوى بفيروس كورونا أثناء تواجدهم بالوحدات الصحية التي تم تحويلهم إليها، وهنا تبرز أهمية تطبيق نظرية الحاجات الإنسانية حيث نجد أن المريض لا يحتاج فقط للعلاج بل يحتاج معه الإحساس بالأمان تجاه الخدمة المقدمة.

٤- بعد التعاطف: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد التعاطف من وجهة نظر المرضى، تم فرض الفرض البحثي الرابع، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبلو أثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد التعاطف من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٤) وجود فروق معنوية قبلو أثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى جودة بعد التعاطف من وجهة نظر المرضى عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (٢٠,٤٥)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى أنه أثناء وباء كورونا فإن المرضى يكون لديهم شعور كبير بالقلق والخوف من العدوى أثناء تلقي الخدمة الطبية، ويزداد احتياجهم للدعم النفسي من الكادر

جدول ٤. نتائج اختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده من وجهة نظر المرضى.

البعد	المتوسط الحسابي "قبل"	المتوسط الحسابي "أثناء"	قيمة "ت"
الاعتمادية	١٥,٤٥	١١,٢٦	**٨,٧٦١
الاستجابة	١٩,٣١	١٣,٢١	**١١,٤١٨
الأمان	٢٠,٩٢	١٦,٠٣	**٩,٦٩٢
التعاطف	٢٠,٤٥	١٤,٥٤	**١٠,٦٧٤
الملموسية	١٨,٦٣	١٢,٧٩	**١٠,٣٨٧
جودة الخدمات الصحية	٩٨,٩٧	٧٧,٨١	**١١,٢٦٦
ن = ١٥٠ مستوى دلالة ٠,٠١	**		

جدول (٥) عدم وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الأمان من وجهة نظر المرضى عينة الدراسة، وبناءً على ذلك يمكن قبول الفرض الصفري ورفض الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى ثقة الكادر الطبي بقدراته المهنية ودقة التشخيص الطبي الذي يقدمه تحت أي ظرف سواء قبل وباء كورونا أو أثناءه.

٤- بعد التعاطف: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد التعاطف من وجهة نظر الكادر الطبي، تم فرض الفرض البحثي الرابع، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد التعاطف من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٥) وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠٥، فيما يتعلق بمستوى جودة بعد التعاطف من وجهة نظر الكادر الطبي عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (٢٤,٧٧)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى أنه على الرغم من ارتفاع مستوى تعاطف الكادر الطبي مع المرضى قبل وأثناء وباء كورونا كما تبين من نتائج سابقة، إلا أنه أثناء وباء كورونا ازداد ضغط العمل والضغط النفسي على الكادر الطبي الأمر الذي أثر على مستوى تعاطفهم مع مرضاهم نتيجة هذه الضغوط مقارنة بما قبل وباء كورونا.

٥- بعد الملموسية: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الملموسية من وجهة نظر الكادر الطبي، تم فرض الفرض البحثي الخامس، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الملموسية من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٥) وجود فروق معنوية قبل وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الملموسية من وجهة نظر الكادر الطبي عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (٢٢,٢٩)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، واتفقت هذه النتيجة مع النتيجة الخاصة بنفس البعد من وجهة نظر المرضى، ويرجع ذلك إلى أنه سواء بالنسبة للمرضى أو للكادر الطبي فإنه قبل وباء كورونا كانت الخدمة الصحية تقدم من خلال المستشفيات التي تتوفر بها تجهيزات وامكانيات مادية وبشرية أعلى مقارنة بالوحدات الصحية التي تقدم من خلالها الخدمة الصحية أثناء وباء كورونا.

٦- جودة الخدمات الصحية: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الكادر الطبي، تم فرض الفرض البحثي السادس، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٥) وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين من وجهة نظر الكادر الطبي عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (١١٦,٣٤)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي.

مجلة العلوم الزراعية المستدامة ٤٧، ١٤ (٢٠٢١)

ب- نتائج اختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده من وجهة نظر الكادر الطبي: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة والمتعلق باختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده من وجهة نظر الكادر الطبي، تم استخدام اختبار "paired-Samples T-test" لاختبار صحة الفروض الصفرية كما يلي:

١- بعد الاعتمادية: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الاعتمادية من وجهة نظر الكادر الطبي، تم فرض الفرض البحثي الأول، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاعتمادية من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٥) وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠٥، فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاعتمادية من وجهة نظر الكادر الطبي عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (١٧,٤٠)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى أنه على الرغم من انخفاض مستوى جودة بعد الاعتمادية قبل انتشار فيروس كورونا كما تبين من نتائج سابقة إلا أن الوضع ازداد سوءاً بسبب قلة التجهيزات بالوحدات الصحية التي تم تحويل المرضى عليها أثناء وباء كورونا، الأمر الذي يحول دون قدرة الكادر الطبي على تقديم الخدمة الطبية كما هو الحال في المستشفيات.

٢- بعد الاستجابة: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الاستجابة من وجهة نظر الكادر الطبي، تم فرض الفرض البحثي الثاني، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاستجابة من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج جدول (٥) وجود فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الاستجابة من وجهة نظر الكادر الطبي عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل وباء كورونا المستجد ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (٢٣,٠٩)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي، وربما ترجع هذه الفروق إلى أن سرعة الاستجابة ترتبط بالإمكانيات وبالتالي فإن هذه الفروق لصالح فترة ما قبل وباء كورونا حيث كانت الخدمة الطبية تقدم من خلال المستشفيات التي توفر إمكانيات وتجهيزات أعلى يمكن الكادر الطبي من سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى مقارنة بالوحدات الصحية التي يقدم من خلالها الخدمة الصحية أثناء وباء كورونا، وفي ضوء الاتجاه الوظيفي تبرز أهمية سرعة استجابة الكادر الطبي وأداءهم لعملهم بدقة وعلى أحسن وجه مما يرفع من أداء المؤسسة ككل.

٣- بعد الأمان: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الأمان من وجهة نظر الكادر الطبي، تم فرض الفرض البحثي الثالث، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفري التالي «لا توجد فروق معنوية قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة بعد الأمان من وجهة نظر كلاً من المرضى والكادر الطبي عينة الدراسة»، ويتضح من نتائج

جدول ٥. نتائج اختبار معنوية الفروق قبل وأثناء وباء كورونا المستجد فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للريفيين وأبعادها كل على حده من وجهة نظر الكادر الطبي.

البيد	المتوسط الحسابي "قبل"	المتوسط الحسابي "أثناء"	قيمة "ت"
الاعتمادية	١٧,٤٠	١٥,٣٧	*٢,٣٨٠
الاستجابة	٢٣,٠٩	١٨,٦٣	**٥,٠٥٠
الأمان	٢٥,٩١	٢٥,٨٦	١,٤٣٥
التعاطف	٢٤,٧٧	٢٣,٣٤	*٢,٠٩٥
الملموسية	٢٢,٢٩	١٦,٢٠	**٥,٠٥٠
جودة الخدمات الصحية	١١٦,٣٤	٩٩,١١	**٣,٦٨٨
ن = ١٥٠	** مستوى دلالة ٠,٠١	* مستوى دلالة ٠,٠٥	

### توصيات الدراسة

وفقاً لما تم التوصل إليه من نتائج تخص جودة الخدمات الصحية في ظل وباء كورونا المستجد، توصي الدراسة الراهنة بما يلي:

١- ضرورة قيام وزارة المالية بزيادة مخصصات الصحة في الموازنة العامة للدولة ولا سيما مخصصات الطب الوقائي.

٢- ضرورة قيام وزارة الصحة بالاهتمام برفع كفاءة مستوى الوحدات الصحية الريفية والخدمات الصحية المقدمة فيها وامدادها بالدعم الفني واللوجستي والكوادر الطبية.

٣- ضرورة قيام وزارة الصحة بعمل ورش تدريبية لتعزيز قدرات الكوادر الطبية ورفع كفاءة استجاباتهم في حالات الطوارئ والأزمات المحتملة، وتأهيل وإعداد متطوعين مدربين قادرين على إدارة عمليات الاستجابة الميدانية، وتنظيم آلية استعدادها وتحريكها أثناء حدوث الحالات الطارئة.

٤- ضرورة قيام وزارة الصحة بتأمين مرونة المرافق الصحية وتحسين قدراتها فيما يتعلق بالتأهب لمواجهة الأزمات والاستجابة لمقتضياتها وتوافر خدمات الاستشفاء ذات الأولوية، وتطبيق إجراءات الحجر الصحي، والقدرة على إجراء عمليات البحث والإنقاذ واتخاذ التدابير لترصد الأمراض ومكافحتها على وجه السرعة، وينبغي أن يركز التأهب والتدريب على وضع الخطط والإجراءات المناسبة، تحديد الأشخاص المسؤولين، وتخزين الإمدادات الضرورية.

٥- ضرورة قيام وزارة التعليم العالي والبحث العلمي بتحفيز وتشجيع الدراسات والأبحاث العلمية في مجال إدارة الأزمات في مؤسسات القطاع الصحي.

### المراجع

الجزائري، صفاء محمد هادي، (٢٠١٠) «قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة»، مجلة دراسات إدارية، المجلد (٤)، العدد (٧)، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة البصرة، العراق.

الجزار، محمد حمودة، عادل إبراهيم محمد الحامولي، (٢٠١٧) «جودة التدريب الإرشادي بمحافظة كفر الشيخ من وجهة نظر الإحصائيين الإرشاديين»، مجلة العلوم الزراعية المستدامة، مجلد (٤٣)، عدد (٣)، كلية الزراعة، جامعة كفر الشيخ، ص ٩٥.

الجمعية العامة للأمم المتحدة، (١٩٤٨) «الإعلان العالمي لحقوق الإنسان»، وثيقة دولية، قرار رقم ٢١٧ ألف، ١٠ ديسمبر، باريس.

إدارة مستشفى الحسينية المركزي، (٢٠٢٠) «بيان بالكادر الطبي وعدد المرضى المترددين على الوحدات الصحية»، مركز الحسينية، محافظة الشرقية، مصر.

الدمرداش، إبراهيم طلعت، (٢٠٠٦) «اقتصاديات الخدمات الصحية»، مكتبة القدس، القاهرة، مصر، ص ٢٢.

العزبي، محمد إبراهيم، (١٩٩٩) «المشاركة الشعبية في المجتمع المحلي: دراسات في التنمية الريفية»، مركز الدراسات العلمية، الإسكندرية، ص ٤٢.

العساف، عساف، (١٩٩٤) «ودة الخدمات الصحية»، مؤسسة الأبحاث الجامعية، وكالة الإنماء الدول، عمان، الأردن، ص ٤٢.

الغزالي، علي عبد الجليل، (٢٠١٤) «جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي»، رسالة ماجستير، قسما لإدارة، كلية الاقتصاد، جامعة بنغازي، ليبيا.

القنطي، إسماعيل محمد، (٢٠١٥) «تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة - دراسة تطبيقية على إدارة الخدمات الصحية بصراته»، رسالة ماجستير، قسم الإدارة الصحية، الأكاديمية الليبية، فرع صراته، مدرسة العلوم الإدارية والمالية، ليبيا.

الهيئة العامة للاستعلامات، (٢٠١٤) «دستور جمهورية مصر العربية ٢٠١٤»، مصر، ص ٦.

بوخلوة، باديس، (٢٠١٨) «أثر ضغوط العمل على جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية سعدي حلب بمدينة جامعة ولاية الوادي»، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، عدد ١٣٣، جامعة ورقلة، الجزائر.

بوعباس، أحمد عباس يوسف، (٢٠١٠) «أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت»، رسالة ماجستير، قسم إدارة الأعمال، كلية

- الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن.
- بوقجاني، جناة، (٢٠١٢) «أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية: دراسة حالة»، مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، مجلد (٢٧)، عدد (٣) ،سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مؤتة، الأردن.
- جديبا، أحمد، (٢٠١٥) «تقرير الجودة الصحية»، مجلة الجودة الصحية الإلكترونية، المملكة العربية السعودية، ص٢.
- خامت، سعدية، (٢٠١٢) «تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر- دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية»، رسالة ماجستير، معهدالعلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، ص١٩.
- خوجة،توفيق، (٢٠٠٣) «المدخل في تحسين الجودة للرعاية الصحية الأولية»، دارالشروق للنشر والتوزيع، الأردن.
- دائرة تخطيط الجودة في وزارة الصحة، (٢٠١٥) «تقييم مراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية من وجهة نظرالمراجعين والكادرالطبي»، الأمانة العامة لمجلس الوزراء، فلسطين.
- ذياب، صلاحمحمود، (٢٠١٢) «قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظورالمرضى والموظفين»، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد (٢٠)، العدد (١)،الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
- زكريا،خضر، (١٩٨٩) «النظريات الاجتماعية المعاصرة»، مطبوعات جامعة دمشق، دمشق، ص١٢٧.
- عبادة، أمينة،(٢٠١٦): «قياس وتقييم مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظرالمرضى بهدف تبني استراتيجية مستقبلية لتوفيرأفضل الخدمات - دراسةاستشراافية- افاق٢٠٤٠»، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، المجلد (٧)،العدد (٣) ،جامعة البليدة٢، الجزائر.
- عبد الحليم، أحمد، (٢٠١٠) « مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية: دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها»، مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد (١٦)، العدد (٦)، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مؤتة، الأردن.
- عبد الرحمن، محمود مصباح، محمد السيد شمس الدين، وآخرون، (٢٠١٩) «العلاقة التبادلية بين المنظمات الريفية لإحداث التنمية المستدامة بريف محافظة كفر الشيخ»، مجلة العلوم الزراعية المستدامة، مجلد (٤٥)، عدد (١)، كلية الزراعة، جامعة كفر الشيخ، ص٣٥.
- عبود، على سكر، (٢٠١٠) « تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي»، مجلة القادسية للعلوم
- الإدارية والاقتصادية، المجلد (١١)، عدد (٣)، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة القادسية، العراق.
- عدمان، مرزوق (٢٠٠٨) «واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية»، رسالة دكتوراه، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، ص١٩.
- عمر، درة، (٢٠١٨) «تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة»، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، العدد (١٠٥)، المجلد (٢٤)، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، العراق.
- غنام، علاء، (٢٠٢٠) « السياسات الصحية الوقائية ومواجهة أزمة فيروس كورونا المستجد»، مجلة الديمقراطية، عدد ٧٨، بوابة الأهرام، مصر.
- قبة،فاطمة،(٢٠١٦) «واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية ببيوفاريك»، مجلة الاقتصاد و التنمية البشرية، المجلد (٧)،العدد (٣) ،جامعة البليدة٢، الجزائر.
- لبن، خالد أنور، هبة الله أنور لبن، (٢٠١٩) «الحماية الاجتماعية للريفيين بمحافظة الشرقية «تكافل وكرامة نموذجاً»، مجلة العلوم الزراعية المستدامة، مجلد ٥٥، عدد ٤، كلية الزراعة، جامعة كفر الشيخ، ص٢٥٩.
- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار،(٢٠٢٠) «مستقبل الرعاية الصحية»، نشرة دورية، العدد (٥)، مجلس الوزراء المصري، يونيو.
- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار،(٢٠٢٠) «أبرز إحصائيات الوضع الحالي لمكافحة فيروس كورونا المستجد في مصر مقارنة بالعالم»، تطبيق صحة مصر، مجلس الوزراء المصري <https://www.care.gov.eg/EgyptCare> ، ٣٠ يونيو.
- مصلح، عطية، (٢٠١٢) «قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة ققيلية»، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإنسانية والاجتماعية، مجلد (٢)، عدد (٢٧)، عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.
- ناصر، محمد العديلي،(١٩٩٥) «السلوك الإنساني والتنظيمي»، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، ص٢٩.
- وزارة الصحة والسكان المصرية،(٢٠٢٠) « بيان ٢٤ مايو»، مصر.
- يحيوي، الهام، (٢٠١٤) « تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة»، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، العدد ١٤، جامعة باتنة، الجزائر، ص٣١٩.

**Contribution of author:**

The author has made whole steps of the work: (Design, Data collection, Data analysis and interpretation, drafting the article, Critical revision of the article, and final approval of the version to be published).

**Conflict of interest:**

The author has no conflict of interest to declare. There is no financial interest to report. I certify that the submission is original work and is not under review at any other publication.

Alhunaiti, A.(2017) "Health services in governmental hospitals in the capital governorate (Evaluation study)", *Journal of Social Sciences, Centre of Excellence for Scientific & Research Journalism*, Volume 6, Number 2, USA, April.

Cronin, J Joseph, Jr;Taylor. (1992)"Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", *A Journal of Marketing*, volume 56, number3.

Desai, V.(2011)"Patient Satisfaction and service Quality Dimensions", *Advances in Management Journal*, vol. 4, issue 5.

Ghobadian, A., Speller, S., Jones, M.,(1994) "Service Quality- Concepts and Models", *International Journal of Quality and Reliability Management*, 11 9,p52.

Global health security index, (2019), John Hopkins Bloomberg School of public Health, NTI & The Economist.

Germigni, P.(2008) "Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff", *Patient Education and Counseling*, Vol. 71,p57.

Harteloh, P.(2003) "The Meaning of Quality in Health Care: A Conceptual Analysis", *Health Care Analysis*, Vol. 11, No. 2, p 261.

Kotler,P.(1997):"Marketing Management", 9th edition ,Prentice Hall, New Jersey,p478.

Nitin,S.(2005) "Service quality models: a review", *International Journal of Quality & Reliability Management* , Vol. 22 No. 9.

Palmer, A.(1994) "Principles of Services marketing", The McGraw – Hill co, p34.

Parasuraman, A., Zenithal, V.A. and Berry, L. (1988) "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, volume 64, number 1.

Ramsaran, F.(2008)"The relative importance of service dimensions in a healthcare setting", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, No. 1,p112.

WORLD HEALTH ORGANIZATION,(2017)"Standards for improving the quality of maternal and newborn care in health facilities",p14.

Zairi, M.(2003)"Understanding the Essentials of total Quality Management: A Best Practice Approach – Part 2", Working Paper. No.03/05,January, p 50.



## The quality of health services provided to rural people in Sharkia Governorate during the new Corona epidemic

Heba A. A. Laban

*Agric. Economic Dept., Branch of Rural Sociol., Fac. Agric., Zagazig Univ., Egypt*

**T**HIS STUDY aimed to identify the level of quality of health services provided to rural people and its dimensions separately before and during the new Corona epidemic from the point of view of both patients and medical staff, and to test the significance differences before and during the new Corona epidemic regarding the level of quality of health services provided to rural people and its dimensions separately from the point of view of both the patients and the medical staff. The study was conducted using the social survey method, the health unit in Saoud and the health unit in Samakin Al Sharq were chosen. The size of the patient sample reached 150 respondents, and the size of the medical staff sample was 35 respondents. Data were collected using a questionnaire form in a personal interview during the period from the end of July until the end of August 2020. Data were analyzed and presented using frequencies and percentages, Arithmetic Mean, Alpha Cronbach, Paired-Samples T test. The study concluded that the quality of health services before the new Corona epidemic was average from the point of view of more than half of the surveyed patients (57.3%), while the level of quality of health services during the new corona epidemic was low from the point of view of the majority of the surveyed patients (63.3%). The level of quality of health services before the new Corona epidemic was high from the point of view of less than half of the surveyed medical staff (48.6%), while the level of quality of health services during the new corona epidemic was average from the point of view of more than half of the surveyed medical staff (54.3%). There were significant differences before and during the new Corona epidemic at a significant level of 0.01 regarding the level of quality of health services provided to rural people from the patients' point of view in favor of the pre-epidemic of the new Corona with a higher Arithmetic mean of (98.97). There were significant differences before and during the new Corona epidemic at a significant level of 0.01 regarding the level of quality of health services provided to rural people from the point of view of the medical staff in favor of the period before the new Corona epidemic with the highest Arithmetic mean of (116.34).

**Key words:** Quality of Health Services, Sharkia Governorate, the new Corona epidemic