



## Sociological Study of Viability of Rural Health Organization in Abo Homos in Behera Governorate

دراسة سوسيولوجية لحيوية المنظمات الصحية الريفية بمركز ابو حمص  
في محافظة البحيرة

Maha Mostafa Mahmoud Refae , Mostafa Kamel Mohamed el sayed,  
Ahmed Fawzy Mallokhia , Mohktar ali Nomir  
Faculty of Agriculture, Alexandria University, Egypt



DOI: [10.21608/JALEXU.2023.195426.1121](https://doi.org/10.21608/JALEXU.2023.195426.1121)

### Article Information

Received: December 21<sup>st</sup>  
2023

Revised: March 4<sup>th</sup> 2023

Accepted: March 5<sup>th</sup> 2023

Published: June 30<sup>th</sup> 2023

**ABSTRACT:** This study aimed to identify the Viability of rural health organizations in one of the villages of Buhaira Governorate, to identify the relationship of some organizational and social factors to the organizational Viability of rural health organizations, and to identify the degree of benefit from the various health services provided by rural health organizations and their relationship to some personal and social factors for the beneficiaries of health services. Provided by these health organizations, identify strategies to increase the degree of Viability of rural health organizations, and provide suggestions and recommendations in this regard.

The study included a theoretical framework and reference review in five chapters that included the historical development of health care and the development of health organizations in Egypt, the current situation of providing health services in Egypt, concepts and definitions, the roots of the study of organizations in sociology, reference review and previous studies. To achieve the research objectives, a field study was conducted in some villages of Al-Buhaira Governorate. The comprehensive study includes:

A- (Directors of rural health organizations) They are all directors of health organizations operating in the Abu Homs center, which provide primary care services located in Abu Homs to measure the Viability of rural health organizations for them. All health organizations operating at the level of the center were counted, and their number is 33 health organizations divided into 4 Family health centers and 29 family health units. The study was conducted on all these health organizations without excluding any of them.

B- (the public of beneficiaries of rural health organizations) and includes all visitors to rural health organizations for the purpose of benefiting from primary care services provided through (Family Health Centers - Family Health Units) A Proportion Stratified sample was selected, and for this reason, four rural health organizations were selected in Abu Homs, two of them are the largest in the number of residents who are provided with health services, and the other two are the least in the number of residents who are provided with health services provide them with health services. They are as follows: the two largest organizations are the Family Health Unit (Gawad Hosni) - the Family Health Unit (Agyon), and the two smaller health organizations are, respectively, the Family Health Unit (Kafr Azaz) - the Family Health Unit (Barsiq). The study sample for the beneficiaries was determined by the Yamane equation for sampling. The statistical program SPSS was used the Viability of rural health organizations was measured through a total of five sub-variables after measurement. These sub-variables include:

(1) Effectiveness, (2) Efficiency, (3) Organizational Adaptation, (4) Organizational Balance, and (5) Organizational Coordination. The results of the study revealed that there is a relationship between the Viability of health organizations and between both the age of the organization, the number of villages served by the organization, the number of villagers served by the organization, the total number of workers in the health organization, the level of education of the director of the health organization, the number of years of experience of the director of the organization, empowerment of people with disabilities, and clarity of work rules, using the Pearson correlation coefficient. The results of Step – Wise Multiple Regression analysis showed that there is a significant relationship between the variable of the number of years of experience of the director of the health organization as an independent variable

and the variable of the Viability of rural health organizations as a dependent variable. It turns out that the variable number of years of experience of the director of the health organization is solely responsible for explaining 35% of the change in the Viability of rural health organizations. And that there is a significant relationship between the variable of the total number of workers in the health organization and the variable of the Viability of rural health organizations. The significance of the second model was found at the probability level (0.01) health, and based on the value of the standard determination coefficient of the model (0.503), the two variables together explain 50% of the change in organizational Viability

**Keywords:** Viability, Rural Health Organization

#### المخلص

الرعاية الأولية المتواجدة بمركز ابوحمص لقياس حيوية المنظمات الصحية الريفية لها و تم حصر جميع المنظمات الصحية العاملة على مستوى المركز ويبلغ عددها 33 منظمة صحية تنقسم الى 4 مراكز صحة اسرة و 29 وحدات صحة أسرة. وقد أجري هذا البحث على هذه المنظمات الصحية كلها دون استبعاد أى منها.

ب- وقد تم اختيار عينة طبقية Proportion Stratified sample فى هذا البحث لما لها من مميزات، فهى تمتاز بدقة تمثيلها للمجتمع الأصلي، كما تساعد فى تقليل التباين الكلى للعينة، وذلك بتقسيم وحدات العينة بطريقة تجعل التباين داخل الطبقة أقل ما يمكن، وبين الطبقات أكبر ما يمكن.

( جابر، سامية، 2000م، ص 295-296)، ولهذا فقد تم اختيار اربعة منظمات صحية ريفية بمركز ابو حمص، اثنان منهم هم الاكبر فى عدد السكان الذين تقدم لهم الخدمات الصحية، والاثنان الاخرين هم الأقل فى عدد السكان الذين تقدم لهم الخدمات الصحية. وهم كالاتى المنطمتان الأكبر هما وحدة صحة الأسرة ( جواد حسنى)- وحدة صحة الأسرة (أجيون)، واصغر منطمتين صحييتين

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين حيوية

المنظمات الصحية وبين كلا من

عمر المنظمة، وعدد القرى التى تخدمها المنظمة، وعدد سكان القرى الذين تخدمهم المنظمة، واجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية، ومستوى تعليم مدير المنظمة الصحية، وعدد سنوات خبرة مدير المنظمة، تمكين ذوى الإعاقة، ووضوح قواعد العمل، وذلك بإستخدام معامل الارتباط بيرسون. وقد بينت نتائج تحليل الانحدار المرحلى أن هناك علاقة ذات أثر معنوي بين متغير عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية كمتغير مستقل ومتغير حيوية المنظمات الصحية الريفية كمتغير تابع، وقد تبين معنوية النموذج الاول عند المستوى الاحتمالى (0.01)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسى للنموذج

( 0.35 ) يتبين ان متغير عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية مسؤول بمفرده عن تفسير 35 % من التغير فى حيوية المنظمات الصحية الريفية. وان هناك علاقة ذات أثر معنوي بين متغير اجمالى عدد العاملين بالمنظمة الصحية وبين متغير حيوية

استهدف هذا البحث دراسة حيوية المنظمات الصحية الريفية فى احدى قرى محافظة البحيرة، والتعرف على علاقة بعض العوامل التنظيمية والاجتماعية بالحيوية التنظيمية للمنظمات الصحية الريفية، والتعرف على درجة الاستفادة من الخدمات الصحية المختلفة التى توفرها المنظمات الصحية الريفية وعلاقتها ببعض العوامل الشخصية والاجتماعية للمستفيدين من الخدمات الصحية التى تقدمها تلك المنظمات الصحية، تحديد استراتيجيات زيادة درجة الحيوية للمنظمات الصحية الريفية، وتقديم اقتراحات وتوصيات بصدد ذلك.

ولتحقيق الأهداف البحثية أجريت دراسة ميدانية فى بعض قرى محافظة البحيرة لكونها تمثل مركزاً وسطاً من حيث مستوى التنمية البشرية من بين محافظات الجمهورية، مما جعلها أقرب إلى تمثيل الريف المصرى من معظم المحافظات الأخرى، وقد تم اختيار مركز أبو حمص لإجراء هذا البحث بإعتباره من أكبر المراكز فى عدد السكان. وتتضمن شاملة الدراسة كلا من:

أ- (مديرين المنظمات الصحية الريفية) وهم جميع مديري المنظمات الصحية العاملة بمركز ابوحمص، و التى تقدم خدمات وهم على التوالي وحدة صحة الأسرة ( كفر عزاز) - وحدة صحة الأسرة ( برسوق). وقد تم تحديد حجم عينة المستفيدين من خلال معادلة Yamane، و بالتعويض فى المعادلة السابقة تم تحديد حجم عينة جمهور المستفيدين من المنظمات الصحية الريفية ب205 مبحوث من المترددين على الوحدة الصحية تقريبا، وقد تم توزيعهم على الوحدات طبقاً لنسبة عدد السكان الذين تخدمهم كل منظمة صحية فى الشاملة.

وقد تم عمل الاستبيان بالمقابلة الشخصية عن طريق تصميم صيغتين استبيان إحداهما لمدير المنظمة الصحية للتعرف على حيوية المنظمة الصحية الريفية، والاخرى للمستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة من المنظمات الصحية المبحوثة. وقد تم قياس متغير حيوية المنظمات الصحية الريفية من خلال مجموع خمسة متغيرات فرعية بعد قياسها، وتتضمن هذه المتغيرات الفرعية كلاً من:

(1)الفعالية، (2) الكفاءة، (3) التكيف المنظمى،(4) التوازن المنظمى، (5) التنسيق المنظمى.

لتحقيق أهداف البحث تم وضع خطة تضمنت الإطار النظري والاستعراض المرجعي، و الأسلوب البحثي، ثم النتائج والمناقشة، وفيما يلي استعراض موجز:  
**أولاً: مفهوم حيوية المنظمة:**

يعتبر مفهوم الحيوية المنظمة من المفاهيم المستحدثة في مجال المنظمات الاجتماعية وبالتالي فهناك ندرة في التعريفات التي تناولت هذا المفهوم حيث كان أول من تناول هذا المفهوم هو "روب بلاك Rop black" (1992) فهو يرى أن المقصود بحيوية المنظمة هو مدى قدرتها على تحقيق أهدافها بكفاءة من جهة وفعاليتها في إرضاء العاملين بها والمستفيدين منها. فالمنظمة ذات الحيوية العالية والقدرة الفائقة على تحقيق أهدافها تشبه إلى حد كبير الأصحاء من البشر حيث القدرة على التفكير الصحيح، والابتكار الخلاق وأداء الاعمال ببسر وسهولة فإذا ما صيبت المنظمة بالضعف وعدم القدرة على تحقيق أهدافها يتطلب الأمر البحث والتقصي عن مصادر الاضطراب التي أصابها لاتخاذ الإجراءات الكفيلة لاستعادة حيويتها ونشاطها، كما هو الحال في الإنسان عند المرض لتحديد الداء ووصف الدواء اللازم لاستعادة صحته وعافيته. (رجائي:2015:59)، وعرض العمليات المنظمة الأساسية الثمانية كما أوردها " روب بلاك": أغراض المنظمة وأهدافها Organizational Purpose، التخطيط Planning، التنفيذ Implementing، التقييم Evaluation، تنظيم العلاقات Managing Relationship، دافعية الانجاز Motivation، تقديم الوسائل Providing Resources، تنمية القدرات Developing Competency"، ويمكن تعريف مصطلح "حيوية المنظمة" بعبارات بسيطة على أنها الصحة التنظيمية أو الطاقة ويمكن تحديدها من خلال نمو المنظمة المالي والفكري والإبداعي (Vicenzi and Adkins 2000). ويمكن تعريف بعض العمليات التي تلعب دورًا مهمًا في البقاء والنمو والأداء التنظيمي على أنها عمليات تنشيط للمنظمة (Bishwas 2011)، ووفقا لجيلبرت وآخرون(2006) فإن جوانب النمو هي مؤشر على منظمة حيوية ومزدهرة، والنمو والنجاح والقدرة التنافسية هي بعض القضايا التي تشكل جزء من حيوية المنظمة. ووفقا لميلر (1984) فإن الحيوية مفهوم صعب التحديد، وتم تعريف بعض اسباب الحيوية على أنها " القدرة على إحداث التغيير، والتكيف مع التغيير، والتحرك للحصول على الفرص المناسبة مع التحضير الكافي"، وتم تعريف بعض اسباب الحيوية على أنها " القدرة على إحداث التغيير، والتكيف مع التغيير، والتحرك للحصول على الفرص المناسبة مع التحضير الكافي" وقد تم تعريف البقاء والنمو على أنهما مسألتان استراتيجيتان هامتان للحيوية المنظمة (Bishwas 2015:145) وقد اشار كلا من (Kark & Carmeli 2009) إن المشاركة في العمل الإبداعي تساعد في تحقيق حالة حيوية عالية. (sushil 2011) و (Bishwas & etc 2015:224)، ويتفق كلا من

المنظمات الصحية الريفية، وقد تبين معنوية النموذج الثاني عند المستوى الاحتمالي (0.01). الصحية، واستنادا الى قيمة معامل التحديد القياسي للنموذج (0.503)، فالمتغيران يفسران معا 50% من التغير في الحيوية المنظمة.

#### المقدمة:

يقاس تقدم الأنظمة الصحية بتقديم المجتمعات التي نشأت فيها هذه الأنظمة، ففي كل المجتمعات نشأت أنظمة لرعاية المرضى والتعامل مع الألم والعلة، وقد عكست الأفكار حول مسببات الأمراض واعتلال الصحة الثقافة السائدة في مجتمع ما من ناحية ودرجة تطور هذا المجتمع من ناحية أخرى. ومن ثم فقد عكست الأنظمة الصحية بطرق متعددة السلوك السائد في المجتمعات تجاه الألم، والمرض، والوفاة، والصحة. إلا أن درجة التطور الاجتماعي والاقتصادي والعلمي في أي مجتمع قد لعبت دوراً هاماً في الطريقة التي يعمل من خلالها النظام الصحي هذا المجتمع وأيضاً في توجه هذا النظام. وفي ذات الوقت، فقد كان للمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية أثراً، ليس فقط على تحديد كمية وجودة الرعاية الصحية المقدمة، وإنما أيضاً على توجه النظام الصحي وخصائصه والمنظمات الصحية المنوطة بتقديم الخدمة الصحية لأفراد المجتمع. ويعكس المستوى الصحي للسكان نوعية وكفاءة المورد البشري في الريف المصري، وكفاءة المورد البشري من الأهمية بمكان في اثناء ودفع عجلة التنمية الريفية المتكاملة في كافة المجالات، فجوهر عملية التنمية هو الإنسان وبدون المستوى الصحي اللائم لا يوجد هناك أمل في الارتقاء بالأنشطة التنموية التي عمادها هذا الإنسان. (جامع وآخرون 1999).

**الكلمات المفتاحية:**الحيوية، المنظمات الصحية الريفية

#### أهداف البحث:

يستهدف هذا البحث بصفة أساسية الوقوف على مدى حيوية المنظمات الصحية في ريف إحدى القرى محافظة البحيرة والعوامل المؤثرة عليها وذلك من خلال تحقيق الاهداف الفرعية التالية:

- 1- التعرف على الحيوية المنظمة للمنظمات الصحية في إحدى قرى محافظة البحيرة .
- 2- التعرف على علاقة بعض العوامل المنظمة والاجتماعية بالحيوية المنظمة للمنظمات الصحية الريفية.
- 3- التعرف على درجة الاستفادة من الخدمات الصحية المختلفة التي توفرها المنظمات الصحية الريفية وعلاقتها ببعض العوامل الشخصية والاجتماعية للمستفيدين من الخدمات الصحية التي تقدمها تلك المنظمات الصحية.
- 4- تحديد استراتيجيات زيادة درجة الحيوية للمنظمات الصحية الريفية، وتقديم اقتراحات وتوصيات بصدد ذلك.

**خطة البحث:**

وذلك بتقسيم وحدات العينة بطريقة تجعل التباين داخل الطبقة أقل ما يمكن ، وبين الطبقات أكبر ما يمكن.

( جابر، سامية، 200م، ص295-296)، ولهذا فقد تم اختيار اربعة منظمات صحية ريفية بمركز ابو حمص، اثنان منهم هم الاكبر في عدد السكان الذين تقدم لهم الخدمات الصحية ، والاثنان الاخرين هم الأقل في عدد السكان الذين تقدم لهم الخدمات الصحية. وهم كالاتى المنظمتان الأكبر هما وحدة صحة الأسرة ( جواد حسنى)- وحدة صحة الأسرة ( أجيون) ، واصغر منظمتين صحيتين وهم على التوالي وحدة صحة الأسرة ( كفر عزاز) - وحدة صحة الأسرة ( برسق). وقد تم تحديد حجم عينة المستفيدين من خلال معادلة Yamane، و بالتعويض في المعادلة السابقة تم تحديد حجم عينة جمهور المستفيدين من المنظمات الصحية الريفية ب205 مبحوث من المترددين على الوحدة الصحية تقريبا ، وقد تم توزيعهم على الوحدات طبقا لنسبة عدد السكان الذين تخدمهم كل منظمة صحية في الشاملة.

وقد تم جمع البيانات الميدانية اللازمة لاستيفاء اغراض البحث منهج المسح الاجتماعى Social Survey، وقد انتهجت الدراسة في تجميع البيانات اسلوبين رئيسين، وهما:

أولاً : الحصول على البيانات الثانوية من المصادر الرسمية مثل مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار في محافظة البحيرة ، وكذلك مديرية الصحة بمحافظة البحيرة.

ثانياً: الحصول على البيانات عن طريق استبيان بالمقابلة الشخصية، حيث تم تصميم نوعين من صحائف الاستبيان لإستيفاء اغراض البحث احدهما استبيان خاص بمديرين المنظمات الصحية الريفية ، والذي تضمن مجموعة من الاسئلة عن تاريخ نشأة المنظمة، وبنائها التنظيمي ، وخدماتها المقدمة، والأنشطة، واهداف للمنظمة، والرضا الوظيفي والروتين المنظمي، والتنسيق المنظمي بين المنظمة الصحية والمنظمات الاجتماعية الاخرى، والامكانات المادية والتكنولوجية والمالية، وقواعد العمل ودرجة الرسمية والمشاركة فى اتخاذ القرارات. والثاني خاص بالمستفيدين من المنظمات الصحية الريفية، والذي يتضمن مجموعة من الأسئلة عن خصائص الأسرة ومدى الاستفادة من هذه المنظمات ومدى الرضا عن الخدمات المقدمة لهم، وتم استيفاء بيانات الصحيفتين عن طريق المقابلة الشخصية، من مديري المنظمات الصحية الريفية ، وجمهور المستفيدين من المترددين على الوحدات الصحية الريفية وكذلك تجميع البيانات منهم. وقد تم تجميع البيانات خلال الفترة من شهر يوليو عام 2021 الى نوفمبر عام 2021.

**المفاهيم الإجرائية والقياس الرقمية للمتغيرات:**

أولاً: المتغير التابع ( حيوية المنظمات الصحية الريفية):

المفهوم النظرى: هو عبارة عن قدرة المنظمة على انجاز اهدافها الحالية والاستراتيجية المحددة بكفاءة بشكل دائم ومستمر وذلك من

و (Bishwas2015) مع روب بلاك "Rob black" (1992) فى أن الحيوية فى المنظمات توجد من أجل البقاء والنمو والأداء الجيد، وأيضاً وجود المرونة من حيث التكيف مع الوضع المتغير والاستجابة لاحتياجات العملاء، تضفي الحيوية على المنظمة. ويعتمد ذلك على التعلم والتفكير فى تنفيذ الاستراتيجية المنظمة والعمليات المنظمة، كما أنه يؤدي إلى الابتكار وموقف المخاطرة الذي من خلاله تحافظ المنظمة على نفسها فى ظل بيئة مليئة بالتحديات من حيث الضغوط التنافسية والتقدم التكنولوجي وعشوائية السوق وما إلى ذلك. وبذلك فإن المنظمات الحيوية هى من تتسم بالمرونة والقدرة على التكيف مع ظروف البيئة المتغيرة بناءً على رؤيتها ورسالتها ومعاييرها وخطتها لتحقيق أهدافها.

**ثانياً: الدراسات السابقة:**

تباينت الدراسات فى تناولها للمنظمات الاجتماعية حيث انقسمت الى:

**اولاً: بعض الدراسات التى ناقشت العمليات المنظمة:**

أ- الدراسات المعنية بحيوية المنظمات الريفية: دراسة (رجائى، صفاء، 2015)، دراسة (بركات، مازن، 2016)، دراسة (ريحان وأخرون، 2003)، دراسة ( الشريف، زينات، 2002)، دراسة (ريحان وأخرون، 2000).

ب-الدراسات المعنية بالفعالية التنظيمية: دراسة ( على، سيد، 2013)، دراسة(عبد الرحمن، طارق، 2012)، دراسة(احمد، اشرف، 2005)، دراسة(الجبالي، جمال الدين، 2002)، دراسة (على ، سنوسى، 2000)، دراسة ( العجمى، مشيرة، 1991)، دراسة (عبد اللطيف، حنان رجائى، 2003)، دراسة (نورالدين، تارويريت، 2006)

ثانياً: بعض الدراسات المعنية بالمنظمات الصحية : دراسة ( الجناي، عكاب محمد عبد الفتاح، 2016)، درسة ( عبد المطلب، فخر الدين عبد السلام، 2013)، دراسة (خضر، رحاب عبدالفتاح على، 2013)، دراسة ( منصور، مروة محمد ابراهيم، 2008 ).

**ثالثاً: منهجية الدراسة:**

أجريت دراسة ميدانية فى بعض قرى محافظة البحيرة، و تتضمن شاملة الدراسة على كلا من:

أ- (مديرين المنظمات الصحية الريفية) وهم جميع مديري المنظمات الصحية العاملة بمركز ابوحمص، و التى تقدم خدمات الرعاية الاولية المتواجدة بمركز ابوحمص لقياس حيوية المنظمات الصحية الريفية لها و تم حصر جميع المنظمات الصحية العاملة على مستوى المركز ويبلغ عددها 33 منظمة صحية تنقسم الى 4 مراكز صحة اسرة و 29 وحدات صحة أسرة. وقد أجريت الدراسة على هذه المنظمات الصحية كلها دون استبعاد أى منها.

ب- وقد تم اختيار عينة طبقية Proportion Stratified sample فى هذه الدراسة لما لها من مميزات، فهى تمتاز بدقة تمثيلها للمجتمع الأصلي ، كما تساعد فى تقليل التباين الكلى للعينة،

ثلاثة ادوية، اسطوانة اكسجين، سرير فحص مرضى، الماكنب، الدواليب، المقاعد، التليفونات، المراوح، ادوات اطفاء. وقد اعطيت استجابات المبحوثين اوزان (موجودة=2)، (غير موجود=1)، للحالة (جيدة=3)، (متوسطة=2)، (متهاكة=1)، ولمدى كفايتها للعمل داخل المنظمة الصحية (كافي=3)، (كافي لحد ما=2)، (غير كافي=1).

ونظرا لاختلاف وحدات القياس فى البنود السابقة، فقد تم معايرتها وتحويلها الى درجات معيارية، ثم تم جمعها.

### 3- التكيف المنظمى: وتم قياس هذا المتغير من خلال :

اولاً: متغيرالتطوير المنظمى، ويقاس من خلال :

أ- عدد الدورات التدريبية التى يشترك بها كل موظف سنوياً (وهو رقم مطلق)

ب- وجهة نظر المديرين فى الدورات التدريبية حيث تقوم على فتح آفاق جديدة للتعلم لأفراد المنظمة، يشتمل التدريب على معلومات جديدة وهامة، اختيار الأفراد للتدريب عن طريق الجهات الاعلى، تختلف الدورات التدريبية فى كل فئة من العاملين عن الأخرى فى المحتوى التدريبى، تطوير مهارات العاملين من حيث الابداع والتفكير، اشتراك العاملين فى الدورات التدريبية بناءً على رغبتهم. وقد اعطيت أوزاناً نسبية لإجابات المبحوثين (دائماً=3)، (احياناً=2)، (لا=1).

ثانياً: متغيرعوامل البقاء والنمو للمنظمة ويقاس من خلال مدى مشاركة العاملين مع مدير المنظمة فى كل من وضع سياسات تنظيمية جديدة، تبني برامج جديدة، تشغيل موظفين جدد، تحديد وتخطيط أنشطة المنظمة، تحديد علاقة المنظمة الصحية بالمنظمات الأخرى بالقرية، اعطاء الحوافز نظير جهود غير عادية للعاملين بالمنظمة. وقد اعطيت أوزاناً نسبية لأجابات المبحوثين (موافق=3)، (موافق لحد ما=2)، (غير موافق=1)، ونظراً لاختلاف وحدات القياس فى البنود السابقة، فقد تم معايرتها وتحويلها الى درجات معيارية، ثم تم جمعها.

### 4- التوازن المنظمى:

تم قياس هذا المتغير من خلال معرفة علاقة العاملين ببعضهم، التعاون بين العاملين، ما اذا كانت العلاقة بين العاملين تقوم على النزاع والشجار، اختلاف الافكار بين العاملين، مدى التنسيق بين الزملاء لحل أى مشكله تواجههم، وجود صراع بين الزملاء على المناصب والامتيازات، يسود شعور بالغرابة بين الزملاء فى العمل، وقد اعطيت استجابات المبحوثين أوزاناً نسبية (موافق=1)، (موافق لحد ما=2)، (غير موافق=3).

### 5-درجة التنسيق المنظمى :

وقد تم قياس درجة التنسيق المنظمى من خلال مجموع متغيرين فرعيين :

الاول: درجة التنسيق بين المنظمة والمنظمات الأخرى: ويقصد بها احدى عشر متغيراً هم درجة الانشطة المشتركة، ودرجة حصول

خلال العنصر البشرى داخل المنظمة الذين يتميزون بالرضا عن عملهم وقدرتهم على الاداء المنظمى الفعال من خلال استخدام كافة امكانيات المنظمة اللابشرية الثابتة والمتغيرة، وتحقيق التطويرالمنظمى والحفاظ على عوامل البقاء والنمو من خلال اتباع نهج مرن والتعلم والابتكار وريادة العمل، بالاضافة الى قدرة المنظمة على التكيف مع العوامل البيئية والتكنولوجية المحيطة و تحقيق التوازن المنظمى داخل المنظمة، وذلك لتقديم خدمات ذات مستوى مرتفع ومقبول تحقق اقصى إشباع لحاجات المتعاملين مع المنظمة.

المفهوم الإجرائى: وتم قياس هذا المتغير من خلال مجموع خمسة متغيرات فرعية بعد قياسها، وتتضمن هذه المتغيرات الفرعية كلاً من: (1)الفعالية، (2) الكفاءة، (3) التكيف المنظمى،(4) التوازن المنظمى، (5) التنسيق المنظمى

1- الفعالية: تم قياس هذا المتغير من خلال معرفة مدى تحقيق الأهداف الاستراتيجية وقد اعطيت استجابات المبحوثين اوزان (موافق=3)، (موافق إلى حد ما=2)، (غير موافق=1). والعامه للمنظمة وقد اعطيت استجابات المبحوثين اوزان (موافق=3)، (موافق إلى حد ما=2)، (غير موافق=1). ، الاتصال الداخلى وهو يقاس بعدد اجتماعات مجلس إدارة المنظمة الصحية الريفية خلال العام الماضى (وهو رقم مطلق)، الاتصال الأفقى ويقاس بعدد الاجتماعات التى اشترك بها مدير المنظمة الصحية والمنظمات الصحية والاجتماعية الأخرى فى العام السابق (وهو رقم مطلق)، الاتصال الرأسى ويقاس بعدد الاجتماعات التى اشترك بها مدير المنظمة والمستويات الصحية الاعلى فى العام السابق (رقم مطلق)، الرضا الوظيفى للعاملين وقد اعطيت استجابات المبحوثين اوزان (موافق=3)، (موافق الى حدما=2)، (غير موافق=1). ونظرا لاختلاف وحدات القياس فى البنود السابقة، فقد تم معايرتها وتحويلها الى درجات معيارية، ثم تم جمعها.

### 2- الكفاءة: تم قياس هذا المتغير من خلال:

اولاً : تواجد وحالة الامكانيات المادية والمالية والمستوى التكنولوجى داخل المنظمة الصحية ومدى الرضا عنها من مديرين المنظمة الصحية الريفية، والتي تشمل: منفذ توزيع البان الاطفال الرضع، صيدلية علاج لغير القادرين، عيادة اسنان مجهزة، وحدة اشعة، غرفة ملفات طبية، رعاية صحية أولية ووقائية، ادوات اتصال بالانترنت، وجود ملفات طبية محفوظة الكترونيا للمرضى، حجرة اجتماعات، ورشة صيانة معدات طبية، بوفيه، دورات مياه. وقد اعطيت استجابات المبحوثين أوزان للتواجد (موجودة=2)، (غير موجودة=1)، و للحالة (جيدة=3)، (متوسطة=2)، (سيئة=1)، ولمدى الرضا عنها (راضى=3)، (راضى لحد ما=2)، (غير راضى=1).

ثانياً: تواجد وحالة الآلات والمعدات الموجودة فى المنظمة الصحية ومدى كفايتها للعمل، والتي تشمل:جهاز كمبيوتر، اله طباعة،

الدراسة أهميتهم في التأثير على درجة حيوية المنظمات الصحية الريفية، وتشمل عمر المنظمة، عدد القرى التي تخدمها المنظمة الصحية، عدد سكان القرى التي تخدمها المنظمة الصحية، عدد المترددين على المنظمة الصحية، اجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية، عدد سنوات خبرة مدير المنظمة، مستوى تعليم مدير المنظمة، تمكين ذوي الاعاقة، الروتين المنظمي، درجة الرسمية، وضوح قواعد العمل.

1- **عمر المنظمة:** تم قياس هذا المتغير من خلال حساب عدد السنوات التي مضت منذ انشاء المنظمة حتى الآن، وهو رقم مطلق.

2- **عدد القرى التي تخدمها المنظمة:** تم قياس هذا المتغير من خلال معرفة عدد القرى التي تستفيد من الخدمات الصحية المقدمة، وهو رقم مطلق.

3- **عدد سكان القرى التي تخدمها المنظمة الصحية:** وتم قياس هذا المتغير من عدد السكان المتواجدين بالقرى المستفيدة من المنظمة الصحية، وهو رقم مطلق.

4- **عدد المترددين على الوحدة الصحية سنويا:** وهو عدد الافراد المستفيدين من الخدمات الصحية سنويا، وهو رقم مطلق.

5- **اجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية الريفية:** تم قياس هذا المتغير من خلال معرفة جمع عدد العاملين بكل فئة وظيفية داخل المنظمة الصحية، وهو رقم مطلق.

6- **عدد سنوات خبرة مدير المنظمة:** وتم قياس المتغير من خلال عدد سنوات العمل كمدير للمنظمات الصحية، وهو رقم مطلق.

7- **مستوى تعليم مدير المنظمة:** تم قياس هذا المتغير عن طريق سؤال المبحوث عن اخر درجة دراسية تم الحصول عليها ، وقد اعطيت اوزانا نسبية ، ( بكالوريوس=1 )، ( ماجستير =2 )، ( دكتوراه=3 ) .

8- **تمكين ذوي الإعاقة :** ويقاس هذا المتغير من خلال مجموعة من البنود هي :

1- وجود مسارات للحركة مجهزة بعلامات وممهدة لذوي الاعاقة الجسدية، 2- وجود نظام تقديم الخدمة الطبية مخصص لذوي الاعاقة، 3- وجود متخصصين في التعامل مع الافراد ذوي الاعاقة الجسدية او الذهنية، 4- القيام بدعم الاسر وتقديم المشورة التي لديها احد الافراد ذوي الاعاقة.

وقد تم اعطاء اوزانا نسبية لإجابات المبحوثين، ( يوجد=2 )، ( لا يوجد=1 ) .

9- **الروتين المنظمي:** ويقاس هذا المتغير من خلال اولاً مجموعة من البنود:

1- هل الافراد الذين يعملون في نفس الوظيفة يعملون نفس الشيء كل يوم، 2- هل يوجد تباين في اداء الافراد للعمل نفسه، 3- هل يبده العمل في نفس التوقيت يوميا لجميع العاملين، 4- متوسط عدد الموظفين الذين يعملون معا في غرفة واحدة. وقد تم اعطاء اوزانا نسبية لإجابات المبحوثين ( دائما=3 )، ( احيانا=2 )، ( لا=1 ) .

المنظمة على مساعدات وابتراعات من المنظمات الاخرى، درجة تقديم المنظمة لأى مساعدات مالية للمنظمات الأخرى، درجة الحصول على بيانات أو معلومات من المنظمات الاخرى، درجة إعطاء المنظمة لبيانات ومعلومات للمنظمات الأخرى، درجة الاتفاق في رؤية المشاكل، درجة الاتفاق في رؤية حل المشاكل، درجة الاتفاق في تنفيذ حلول المشاكل، درجة تبادل الخبرات ، درجة تبادل النشرات والمطبوعات، درجة تبادل التقارير لمتابعة المشروعات. وقد اعطيت استجابات المبحوثين أوزاناً نسبية ( كثيرا=3 ) ، ( احيانا=2 )، ( لا=1 ) .

الثاني: **الاتجاه نحو التنسيق المنظمي:** ويقاس من خلال البنود طرحت على المبحوثين وهي:

1- **تم اتخاذ القرارات من تعليمات الجهات العليا للمنظمة ، 2- يتم وضع وجهة نظر المستفيدين من الخدمات موضع الاعتبار عند اتخاذ القرارات ، 3- يوجد أنشطة أو مشروعات مشتركة مع المنظمات الاخرى بالقرية، 4- يسهل الحصول على بيانات أو معلومات من المنظمات الاخرى بالقرية، 5- يتم إعطاء بيانات أو معلومات للمنظمات الاخرى ، 6- عند حدوث مشكلة يتم الاتفاق مع المنظمات الاخرى على وضع حلول لها، 7- يتم الاتفاق مع المنظمات الاخرى داخل القرية على تنفيذ هذه الحلول، 8- يوجد تبادل للمطبوعات والنشرات بين المنظمة الصحية والمنظمات الاخرى داخل القرية، 9- يوجد تبادل للتقارير بين المنظمة الصحية والمنظمات الاخرى لمتابعة المشروعات داخل القرية، 10- تقتصر أن زيادة أنشطة المنظمة أفضل من التعامل مع المنظمات الاخرى، 11- كثيرا من المشاكل يمكن أن تنشأ من العمل من المنظمات الاخرى، 12- الاختلاف بين الشخصيات في المنظمات يؤدي إلى اعاقه العمل، 13- عدم وجود إمكانيات لدى المنظمة يمنع العمل مع المنظمات الاخرى، 14- يمكن للمنظمة الصحية أن تعمل بكفاءة دون الحاجة لمساعدة أى منظمة اخرى، 15- يؤدي العمل الجماعي المشترك بين المنظمات الى تكامل الجهود التنموية داخل القرية، 16- كثيرا ما تؤدي المساعدات من / إلى المنظمات الاخرى بالقرية الى تحقيق العمل بصورة أفضل، 17- يجب زيادة اشتراك المنظمة الصحية في أنشطة مشتركة مع المنظمات الاخرى، 18- عمل المنظمة بشكل منفرد يعتبر أفضل وسيلة للإنجاز .**

وقد اعطيت استجابات المبحوثين أوزاناً نسبية ( موافق=3 ) ، ( موافق لحدما =2 )، ( غير موافق=1 ) . ونظرا لاختلاف وحدات القياس في البنود السابقة، فقد تم معايرتها وتحويلها الى درجات معايرية ، ثم تم جمعها .

- وقد تم جمع المتغيرات السابقة (الفعالية، الكفاءة، التكيف المنظمي، التوازن المنظمي، التنسيق المنظمي) بعد معايرتها لتكوين متغير تابع وهو حيوية المنظمات الصحية الريفية

ثانياً: **المتغيرات المستقلة:** في إطار الاستعراض المرجعي للدراسات السابقة تم تحديد عدد احدى عشر متغير مستقل ترى

**الفرض النظري الثاني:** توجد علاقة بين بعض محاور الحيوية المنظمة للمنظمات الصحية (الفعالية، الكفاءة، التكيف المنظمي، التنسيق المنظمي) وبين العوامل التالية: تشمل عمر المنظمة، عدد القرى التي تخدمها المنظمة الصحية، عدد سكان القرى التي تخدمها المنظمة الصحية، عدد المترددين على المنظمة الصحية، اجمالي عدد للعاملين بالمنظمة الصحية، عدد سنوات خبرة مدير المنظمة، مستوى تعليم مدير المنظمة، تمكن ذوي الاعاقة، الروتين المنظمي، درجة الرسمية، وضوح قواعد العمل، وذلك كل على حدى.

**الفرض النظري الثالث:** توجد علاقة بين درجة استفاضة جمهور المستفيدين من الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية المدروسة وكلاً من العوامل التالية: الخصائص الشخصية والاجتماعية للمبجوثين (النوع، العمر، الحالة الزوجية، المستوى التعليمي، الحالة المهنية، الدخل الشهري، حيازة الآلات الزراعية، ملكية الاجهزة المنزلية)، المشاركة في الانشطة التنموية، المكانة القيادية، عضوية المنظمات، الانتماء المجتمعي، الانفتاح الحضاري، مستوى الطموح، الحالة الصحية للمبجوث.

#### رابعاً: النتائج البحثية والمناقشة:

أسفرت نتائج هذا البحث عن وجود علاقة بين حيوية المنظمات الصحية وبين كلا من عمر المنظمة، وعدد القرى التي تخدمها المنظمة، وعدد سكان القرى الذين تخدمهم المنظمة، وجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية، ومستوى تعليم مدير المنظمة الصحية، وعدد سنوات خبرة مدير المنظمة، تمكن ذوي الإعاقة، ووضوح قواعد العمل، وذلك باستخدام معامل الارتباط بيرسون.

وقد بينت نتائج تحليل الانحدار المرحلي أن هناك علاقة ذات أثر معنوي بين متغير عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية كمتغير مستقل ومتغير حيوية المنظمات الصحية الريفية كمتغير تابع، وقد تبين معنوية النموذج الأول عند المستوى الاحتمالي (0.01)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسي للنموذج (0.35) يتبين ان متغير عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية مسئول بمفرده عن تفسير 35% من التغير في حيوية المنظمات الصحية الريفية. وان هناك علاقة ذات أثر معنوي بين متغير اجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية وبين متغير حيوية المنظمات الصحية الريفية، وقد تبين معنوية النموذج الثاني عند المستوى الاحتمالي (0.01). الصحية، واستناداً الى قيمة معامل التحديد القياسي للنموذج (0.503)، فالمتغيران يفسران معا 50% من التغير في الحيوية المنظمة.

ثانياً: بالسؤال عن متوسط عدد الموظفين الذين يعملون معا في غرفة واحدة، وهو رقم مطلق.

ونظراً لاختلاف وحدات القياس في البنود السابقة، فقد تم معايرتها وتحويلها الى درجات معيارية، ثم تم جمعها.

**10-درجة الرسمية:** ويقاس هذا المتغير من خلال مجموعة من البنود هي: 1-الجأ الى القوانين المنظمة عند اتخاذ اي قرار لو بسيط، 2-معظم العاملين بالمنظمة يهتمون بتطبيق اللوائح والقوانين، 3-يوجد سجلات مكتوبة لبيان سير عمل كل موظف، 4-يتم تنفيذ قرارات السلطات العليا حرفياً، 5-القواعد والاجراءات تحكم سير العمل بما لايدع اي قدر من الحرية في اداء العمل، 6-اتمتع بقدر كبير من الحرية في اداء عملي، 7-اترك للعاملين حرية التصرف في نطاق إطار متفق عليه، 8-اقوم بالاشراف على كل تفاصيل العمل للتأكد من الالتزام بقواعد العمل، 9-كل موظف بالمنظمة لديه عمل محدد يؤديه فقط لا غير. وقد تم اعطاء اوزاناً نسبية لإجابات المبجوثين (دائماً=3)، (احياناً=2)، (لا=1).

**11- وضوح قواعد العمل:** وتقاس من خلال السؤال عن بنود وهي:

1-اهداف المنظمة السنوية، 2-اهداف المنظمة الاستراتيجية، 3-تقييم اداء العمل بالمنظمة، 4-مجالات وانشطة المنظمة، 5-خطة العمل السنوية بالمنظمة، 6-أدوار العاملين ومهامهم، 7-العلاقات بين الرؤوساء والمرؤوسين، 8-الميزانية والحساب الختامي، 9-العلاقة بين الجهات الإشرافية والمنظمة، 10-اتفاقيات العمل، 11-نظام الترقى في العمل، 12-الإجازات السنوية، 13-الإجازات المرضية. وقد اعطيت اوزاناً نسبية لوجود القواعد (توجد=2)، (لا توجد=1)، ولكفاية القواعد (كافية=2)، (غير كافية=1)، مناسبة القواعد لسير العمل بالمنظمة (مناسبة=2)، (مناسبة لحد ما=2)، (غير مناسبة=1)، ونظراً لاختلاف وحدات القياس في البنود السابقة، فقد تم معايرتها وتحويلها الى درجات معيارية، ثم تم جمعها.

#### ج- فروض الدراسة:

**الفرض النظري الأول:** توجد علاقة بين الحيوية المنظمة للمنظمة الصحية وبين العوامل التالية: تشمل عمر المنظمة، عدد القرى التي تخدمها المنظمة الصحية، عدد سكان القرى التي تخدمها المنظمة الصحية، عدد المترددين على المنظمة الصحية، اجمالي عدد للعاملين بالمنظمة الصحية، عدد سنوات خبرة مدير المنظمة، مستوى تعليم مدير المنظمة، تمكن ذوي الاعاقة، الروتين المنظمي، درجة الرسمية، وضوح قواعد العمل، وذلك كل على حدى.

جدول (1): نتائج التحليل الانحدار المرحلي بين درجة الحيوية المنظمة الصحية كمتغير تابع وبين المتغيرات المستقلة

المرحلة	المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار B	معامل الانحدار القياسي $\beta$	T	R	$R^2$	$\bar{R}^2$	F
1	عدد سنوات خبرة مدير المنظمة	7.049	**0.613	4.321	0.61	0.376	0.356	18.675
2	عدد سنوات خبرة مدير المنظمة	5.989	**0.512	4.084	0.73	0.537	0.506	10.396
	إجمالي عدد العاملين	3.083	**0.411	3.224				

\* معنوى عند 0.05  
\*\* معنوى عند 0.01  
المصدر: حسب من بيانات عينة الدراسة.

ووجود علاقة بين كلا من فعالية المنظمة الصحية وكلا من عمر المنظمة، وعدد القرى التي تخدمها المنظمة، وعدد سكان القرى الذين تخدمهم المنظمة، وإجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية مستوى تعليم مدير المنظمة الصحية، وعدد سنوات خبرة مدير المنظمة، وتمكين ذوي الإعاقة، وضوح قواعد العمل، وذلك بإستخدام معامل الارتباط بيرسون. و قد بينت نتائج تحليل الانحدار المرحلي وجود علاقة ذات أثر معنوى لمتغير وضوح قواعد العمل كمتغير مستقل على فعالية المنظمة الصحية كمتغير تابع، وقد تبين معنوية النموذج الأول عند المستوى الاحتمالي (0.01)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسي للنموذج الأول (0.162) يتبين ان متغير عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية مسؤل بمفرده عن تفسير 16 % من التغير في فعالية المنظمة الصحية. ويوجد علاقة ذات أثر معنوى بين متغير عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية كمتغير مستقل ومتغير فعالية المنظمة الصحية كمتغير تابع، وقد تبين معنوية النموذج الثاني عند المستوى الاحتمالي (0.05) وإستناداً

الى قمية معامل التحديد القياسي للنموذج الثاني (0.268) يفسران المتغيران معا 26% من التغير في فعالية المنظمة الصحية، ويليهما متغير تمكين ذوي الاعاقة حيث يوجد علاقة ذات أثر معنوى كمتغير مستقل ومتغير فعالية المنظمة الصحية كمتغير تابع، وقد تبين معنوية النموذج الثالث عند مستوى معنوية (0.05)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسي للمتغيرات المستقلة مجتمعة (0.342)، يفسر المتغيرات الثلاثة مجتمعة 34% من التغير في فعالية المنظمة الصحية. ومن خلال النموذج الرابع يتبين مدى تأثير متغير وضوح قواعد العمل داخل المنظمة الصحية، ومتغير عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية، ومتغير تمكين ذوي الاعاقة، ومتغير درجة الرسمية كمتغيرات مستقلة، وتبين معنوية النموذج عند المستوى الاحتمالي (0.01)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسي للمتغيرات المستقلة مجتمعة (0.631)، وبذلك فالمتغيرات الاربعة مجتمعة مسؤولة عن 63% من التغير في متغير فعالية المنظمة الصحية.

جدول (2): نتائج التحليل الانحدار المرحلي بين فعالية المنظمة الصحية كمتغير تابع وبين المتغيرات المستقلة

المرحلة	المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار B	معامل الانحدار القياسي $\beta$	T	R	$R^2$	$\bar{R}^2$	F
1	وضوح قواعد العمل	0.532	0.434	**2.685	0.434	0.189	0.162	7.209
2	وضوح قواعد العمل	0.459	0.375	*2.444	0.560	0.314	0.268	5.472
	عدد سنوات خبرة مدير المنظمة	2.722	0.359	*2.339				
3	وضوح قواعد العمل	0.886	0.722	**3.270	0.635	0.404	0.342	0.090
	عدد سنوات خبرة مدير المنظمة	2.831	0.373	*2.563				
	تمكين ذوي الإعاقة	3.881	0.461	*2.090				
4	وضوح قواعد العمل	1.147	0.935	**5.463	0.823	0.677	0.631	0.273
	عدد سنوات خبرة مدير المنظمة	3.799	0.501	**4.463				
	تمكين ذوي الإعاقة	8.370	0.994	**5.013				
	درجة الرسمية	11.30-	0.659-	**4.863-				

\* معنوى عند 0.05  
\*\* معنوى عند 0.01  
المصدر: حسب من بيانات عينة الدراسة.



وقد تبين وجود علاقة بين كلا من اجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية ، عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية ، تمكين ذوي الإعاقة داخل المنظمة، الروتين المنظمي، وضوح قواعد العمل كمتغيرات مستقلة وبين كفاءة المنظمة الصحية كمتغير تابع وذلك بإستخدام معامل الارتباط بيرسون، وقد بينت نتائج تحليل الانحدار المرحلي أن هناك علاقة ذات أثر معنوي بين متغير تمكين ذوي الإعاقة داخل المنظمة الصحية كمتغير مستقل ومتغير كفاءة المنظمة كمتغير تابع ، حيث تبين معنوية النموذج الأول عند المستوى الاحتمالي (0.01)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسي للمتغيرات المستقلة (0.0579) تبين أن متغير تمكين ذوي الإعاقة داخل المنظمة الصحية مسؤول عن تفسير 57% من التغير في كفاءة المنظمة الصحية. وتبين من النموذج الثاني وجود ذات أثر معنوي بين متغير تمكين ذوي الإعاقة داخل المنظمة الصحية، ومتغير اجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية ، ومتغير وضوح قواعد العمل، ومتغير درجة الرسمية كمتغيرات مستقلة وبين متغير كفاءة المنظمة الصحية كمتغير تابع، وقد تبين معنوية النموذج عند مستوى معنوية (0.01)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسي للمتغيرات المستقلة مجتمعاً (0.873)، وبذلك أن متغير تمكين ذوي الإعاقة داخل المنظمة الصحية، ومتغير اجمالي عدد العاملين بالمنظمة الصحية، ومتغير وضوح قواعد العمل، ومتغير درجة الرسمية مسؤولون عن تفسير 87% من التغير في كفاءة المنظمة الصحية.

#### نتائج التحليل الانحدار المرحلي بين كفاءة المنظمة الصحية كمتغير تابع وبين المتغيرات المستقلة

المرحلة	المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار B	معامل الانحدار القياسي $\beta$	T	R	$R^2$	$\bar{R}^2$	F
1	تمكين ذوي الإعاقة	-8.924	-0.769	-6.707**	0.769	0.592	0.579	44.987
2	تمكين ذوي الإعاقة اجمالي العاملين	-8.205 2.918	-0.707 0.428	-8.019** 4.84**	0.878	0.771	0.756	50.638
3	تمكين ذوي الإعاقة اجمالي العاملين وضوح قواعد العمل	-11.331 3.289 -0.617	-0.977 0.483 -0.365	-8.164** 5.989** 2.983*	0.908	0.825	0.807	45.617
4	تمكين ذوي الإعاقة اجمالي العاملين وضوح قواعد العمل درجة الرسمية	-14.178 3.226 -0.792 7.325	-1.222 0.473 -0.469 0.310	-10.565** 7.239** 4.571** 4.012**	0.943	0.889	0.873	56.052

\* معنوي عند 0.05 \*\* معنوي عند 0.01

المصدر: حسب من بيانات عينة الدراسة.

وقد تبين وجود علاقة ارتباطية بين كلا من التكيف المنظمي كمتغير تابع وبين عدد القرى التي تخدمها المنظمة الصحية، تمكين ذوي الإعاقة داخل المنظمة الصحية، ووضوح قواعد العمل كمتغيرات مستقلة وذلك من خلال معامل الارتباط بيرسون. بينت نتائج تحليل الانحدار المرحلي من خلال النموذج الأول وجود علاقة ذات أثر معنوي بين متغير تمكين ذوي الإعاقة داخل المنظمة الصحية كمتغير مستقل وبين التكيف المنظمي للمنظمة الصحية، وتبين معنوية النموذج عند مستوى معنوية (0.01)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسي للمتغيرات المستقلة مجتمعاً (0.240) تبين أن متغير وضوح قواعد العمل داخل المنظمة الصحية مسؤول عن تفسير 24% من التغير في التكيف المنظمي للمنظمة الصحية. و يتبين من النموذج الانحداري الثاني

وجود علاقة ذات تأثير معنوي بين متغير تمكين ذوى الإعاقة داخل المنظمة الصحية ، ومتغير درجة الرسمية كمتغيرات مستقلة وبين التكيف المنظمى للمنظمة الصحية كمتغير تابع، وقد تبين معنوية النموذج الثانى عند مستوى معنوية (0.01)، و إستناداً لجدول (3): نتائج التحليل الانحدار المرحلى بين التكيف المنظمى للمنظمة الصحية كمتغير تابع وبين المتغيرات المستقلة

المرحلة	المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار B	معامل الانحدار القياسى $\beta$	T	R	$R^2$	$\bar{R}^2$	F
1	تمكين ذوى الإعاقة	2.342	0.514	**3.334	0.514	0.264	0.240	11.116
2	تمكين ذوى الإعاقة درجة الرسمية	3.835 -5.698	0.841 -0.614	**5.73 -4.160	0.736	0.533	0.502	17.136

\* معنوى عند 0.05  
\*\* معنوى عند 0.01  
المصدر: حسب من بيانات عينة الدراسة.

الروتين المنظمى داخل المنظمة الصحية، ومتغير ووضوح قواعد العمل، ومتغير درجة الرسمية مسئولون عن تفسير 88% من التغير فى التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية. وتبين من النموذج الانحدارى الثالث وجود علاقة ذات أثر معنوي بين متغير الروتين داخل المنظمة الصحية، ومتغير ووضوح قواعد العمل، ومتغير درجة الرسمية، ومتغير اجمالى العاملين بالمنظمة الصحية كمتغيرات مستقلة وبين التكيف المنظمى للمنظمة الصحية كمتغير تابع، وتبين معنوية النموذج الرابع عند مستوى معنوية (0.01)، و إستناداً لقيمة معامل التحديد القياسى للمتغيرات المستقلة مجتمعاً (0.906)، وتبين أن متغير الروتين المنظمى داخل المنظمة الصحية، ومتغير ووضوح قواعد العمل، ومتغير درجة الرسمية، ومتغير اجمالى العاملين بالمنظمة الصحية مسئولون عن تفسير 90% من التغير فى التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية. يتبين من النموذج الانحدارى الخامس وجود علاقة ذات أثر معنوي بين متغير الروتين داخل المنظمة الصحية، ومتغير ووضوح قواعد العمل، ومتغير درجة الرسمية، ومتغير اجمالى العاملين بالمنظمة الصحية، ومتغير عمر المنظمة كمتغيرات مستقلة وبين متغير التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية كمتغير تابع. معنوية النموذج عند مستوى معنوية (0.01)، وإستناداً لقيمة معامل التحديد القياسى للمتغيرات المستقلة مجتمعاً (0.927) تبين أن متغير الروتين المنظمى داخل المنظمة الصحية، ومتغير ووضوح قواعد العمل، ومتغير درجة الرسمية، ومتغير اجمالى العاملين بالمنظمة الصحية، ومتغير عمر المنظمة مسئولون عن تفسير 92% من التغير فى التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية.

وقد تبين وجود علاقة ارتباطية بين كلا التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية كمتغير تابع ، و تمكين ذوى الإعاقة ، الروتين المنظمى، درجة الرسمية داخل المنظمة الصحية، ووضوح قواعد العمل كمتغيرات مستقلة وذلك من خلال معامل الارتباط بيرسون. قد بينت نتائج تحليل الانحدار المرحلى من خلال النموذج الأول وجود علاقة ذات أثر معنوي بين متغير الروتين المنظمى داخل المنظمة الصحية كمتغير مستقل وبين التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية كمتغير تابع، وقد تبين معنوية النموذج الاول عند مستوى معنوية (0.01)، و إستناداً لقيمة معامل التحديد القياسى للمتغيرات المستقلة مجتمعاً (0.758)، وتبين أن الروتين المنظمى داخل المنظمة الصحية مسئول عن تفسير 75% من التغير فى التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية، ويتبين من النموذج الثانى وجود علاقة ذات أثر معنوي بين الروتين داخل المنظمة الصحية، ومتغير ووضوح قواعد العمل كمتغيرات مستقلة وبين التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية كمتغير تابع. وقد تبين معنوية النموذج الثانى عند مستوى معنوية (0.01)، و إستناداً لقيمة معامل التحديد القياسى للمتغيرات المستقلة مجتمعاً (0.848) تبين أن متغير الروتين المنظمى داخل المنظمة الصحية، ومتغير ووضوح قواعد العمل مسئولان عن تفسير 84% من التغير فى التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية. يتبين من النموذج الانحدارى الثالث وجود علاقة ذات أثر معنوي بين الروتين داخل المنظمة الصحية، ومتغير ووضوح قواعد العمل، ومتغير درجة الرسمية كمتغيرات مستقلة وبين التنسيق المنظمى للمنظمة الصحية كمتغير تابع. وقد تبين معنوية النموذج الثالث عند مستوى معنوية (0.01)، و إستناداً لقيمة معامل التحديد القياسى للمتغيرات المستقلة مجتمعاً (0.889) تبين أن متغير

جدول (4): نتائج التحليل الانحدار المرحلي بين التنسيق المنظمي للمنظمة الصحية كمتغير تابع وبين المتغيرات المستقلة

المرحلة	المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار B	معامل الانحدار القياسي $\beta$	T	R	$R^2$	$\bar{R}^2$	F
1	الروتين المنظمي	17.940	0.875	**10.057	0.875	0.765	0.758	101.135
2	الروتين المنظمي	15.799	0.770	**10.562	0.926	0.857	0.848	90.116
	وضوح قواعد العمل	-0.250	-0.321	**4.369-				
3	الروتين المنظمي	7.774	0.379	**2.968	0.949	0.900	0.889	86.806
	وضوح قواعد العمل	-0.261	-0.334	**5.369-				
	درجة الرسمية	4.781	0.439	**3.507				
4	الروتين المنظمي	7.040	0.0343	**2.889	0.958	0.918	0.906	78.404
	وضوح قواعد العمل	-0.233	-0.299	**5.075-				
	درجة الرسمية	5.224	0.479	**4.123				
	اجمالي العاملين	-0.444	-0.141	**2.496-				
5	الروتين المنظمي	6.859	0.334	**3.200	0.969	0.939	0.927	82.423
	وضوح قواعد العمل	-0.248	-0.319	**6.075-				
	درجة الرسمية	4.995	0.458	**4.459				
	اجمالي العاملين	-0.597	-0.190	**3.620-				
	عمر المنظمة	0.204	0.155	**2.999				

\* معنوي عند 0.05 \*\* معنوي عند 0.01

المصدر: حسب من بيانات عينة الدراسة.

## خامسا: المناقشة العامة للنتائج:

في ضوء نتائج التحليل الإحصائي، يمكن القول بما يلي:

فقد وجد انه 97% من مديري المنظمات الصحية المبحوثة حاصلين على بكالوريوس طب فقط وحديثي التخرج، وعلى ذلك فإنه يجب ان يراعى في اختيار مديري المنظمات الصحية الريفية توافر القدرات الإدارية والتنظيمية، والتأكيد على اهمية التدريب واصقال المهارات الإدارية، وكيفية التعامل مع الجمهور، والاساليب التنموية لدى مديري المنظمات الصحية.

3- يوجد نقص في الامكانيات المادية داخل المنظمات الصحية المبحوثة، حيث ان 75.8% من تلك المنظمات غير موجود بها منافذ لتوزيع البان الاطفال، بينما لا توجد وحدات اشعة سوى في 51.5% فقط من المنظمات المبحوثة وجميعهم ذات حالة متوسطة.

4- تقليل المركزية داخل الوحدات الصحية حيث وجد ان 100% من مديري المنظمات الصحية اجابوا بأنه تتم اتخاذ القرارات من تعليمات الجهات العليا للمنظمة الصحية، كما انه لا يتم اطلاق مديري المنظمات على ميزانية والحساب الختامي للوحدات الصحية التي يديرونها او جهات الانفاق او ابداء الرأي في اوجه القصور للميزانية.

5- زيادة اجور العاملين داخل المنظمة لتصبح كافية ومشعبة لحاجات الافراد، وذلك لتصبح مشجعة على الاستمرار في العمل

1- تبين ان من اهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية الريفية المبحوثة وتؤثر على حيوية المنظمات الصحية الريفية هي نقص اعداد العاملين بالمنظمة الصحية بالنسبة الى اعداد المستفيدين من خدمات المنظمة الصحية وبخاصة اطباء التمريض حيث اجاب 90% من مديري المنظمات الصحية المبحوثة انه هناك نقص في اعداد اطباء، حيث يوجد علاقة معنوية بين عدد العاملين بالمنظمة الصحية وحيوية المنظمات الصحية، كما انه لا يوجد تخصصات طبية كاملة مثل طب العظام وطب الاطفال داخل المنظمات الصحية ولا يوجد تقديم لخدمات طبية مثل (تخاطب وتعديل السلوك للاطفال)، كما اجاب 85% من مديري المنظمات الصحية انه يوجد نقص في عدد التمريض داخل المنظمات الصحية، ولذلك يجب زيادة عدد العاملين داخل المنظمات الصحية عامة وتشجيع الكوادر البشرية الطبية خاصة على العمل في تلك الوحدات الصحية.

2- يوجد علاقة معنوية بين عدد سنوات خبرة مدير المنظمة الصحية وحيوية المنظمات الصحية للمنظمات الصحية المبحوثة،

الفارس، سليمان: دور إدارة المعرفة في رفع كفاءة أداء المنظمات (دراسة ميدانية على شركات الصناعات التحويلية الخاصة بدمشق)، بحث منشور، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، سوريا، 2010.

المرسى، جمال الدين محمد، ثابت عبد الرحمن إدريس: السلوك التنظيمي (نظريات ونماذج وتطبيقات عملي لإدارة السلوك في المنظمة)، الدار الجامعية، القاهرة، 2001.

النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، جمهورية مصر العربية، 2015.

بركات، مازن محمد محمود: حيوية منظمات التعليم الأساسي بريف محافظة القليوبية (دراسة حالة بمركز شبين القناطر)، بحث منشور، كلية الزراعة، جامعة عين شمس، 2015.

بن احمد، توفيق خوجة: معجم جودة الرعاية الصحية - تفسير المصطلحات، مكتبة الملك فهد، الرياض، 2007.

تاويريت، نورالدين: قياس الفعالية التنظيمية من خلال التقييم التنظيمي، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، رسالة دكتوراة، جامعة محمود منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2008.

حلاوة، محمد السيد: صحة المجتمع، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، 2019.

جامع، محمد نبيل وآخرون، القيم الشخصية والمجتمعية بالتنمية الريفية، أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا الشعبة المشتركة لتنمية القرية، 1989.

جابر، سامية محمد، منهجيات البحث الاجتماعي والإعلامي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000.

خضر، رحاب عبدالفتاح على: العلاقة بين الدعم التنظيمي المدرك مستوى درجة الرضا الوظيفي (دراسة تطبيقية على المستشفيات الجامعية بمحافظة الشرقية)، رسالة ماجستير، كلية التجارة، جامعة بنها، 2013.

ريحان، إبراهيم إبراهيم: تطوير وتحديث المنظمات الريفية، التقرير النهائي، أكاديمية البحث العلمي، 2000.

ريحان، إبراهيم إبراهيم، وآخرون: بعض العوامل المؤثرة على درجة حيوية المنظمات التنموية الريفية، مجلة جامعة المنصورة، مجلد 28، العدد 6، 2003.

ريحان، محمد حسن: تقييم الأداء في المنظمات الصحية للتأكيد على الجودة الصحية - المؤتمر العربي الثاني: الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية، القاهرة، 2003.

داخل الوحدات الصحية خاصة للطباء والتمريض، كما يجب ان يتم اختيار الافراد للترقية بناءا على الكفاءة وليس حسب اللوائح والقوانين التي تقوم بالترقيات بشكل روتيني ودورى دون النظر للكفاءة او مقدار الاجتهاد بالعمل.

6- يوجد علاقة ارتباطية بين حيوية المنظمات الصحية الريفية المبحوثة وعدد القرى والسكان التي تخدمهم المنظمة الصحية، فالزيادة السكانية وعدد القرى التي وصل لبعض المنظمات الى 38 قرية يؤدي الى تقليل حيوية هذه المنظمات مما يؤثر على خدماتها التي تقدمها للسكان بتلك القرى، ولذلك فيجب زيادة عدد الوحدات الصحية المتواجدة بالقرى ذات الكثافة السكانية المرتفعة لتقديم خدمة افضل.

7-زيادة التنسيق المنظمي مع المنظمات الأخرى الرسمية عن طريق زيادة تبادل للنشرات والمطبوعات بين المنظمة الصحية والمنظمات الأخرى، وتبادل لتقارير متابعة المشروعات بين المنظمة الصحية والمنظمات الأخرى، كما يجب زيادة اشتراك المنظمة الصحية في أنشطة مشتركة مع المنظمات الأخرى حيث ينصب الاهتمام غالبا على العمل مع المنظمات الحكومية.

8-زيادة تفعيل التكنولوجيا داخل المنظمات الصحية المبحوثة حيث يجب الاهتمام بعمل ملفات الكترونية للمرضى لتوضيح الحالة الصحية لهم وربطها بقاعدة بيانات قومية تساعد على معرفة الحالة الصحية لأي مريض لتلقى العلاج في اى وقت واى مكان.

## المراجع

احمد، اشرف يونس: دراسة لبعض العوامل المؤثرة على فعالية جمعيات تنمية المجتمع المحلي في الريف المصري، رسالة دكتوراة، كلية الزراعة، جامعة عين شمس، 2005.

الجبالى، جمال الدين يوسف: معوقات بعض المنظمات الاجتماعية في تنمية قرى محافظة سوهاج، رسالة دكتوراة، كلية الزراعة، جامعة المنيا، 2002.

الخواجة، علاء أمين السيد: قياس جودة أداء الخدمة في منظمات الرعاية الصحية، كلية التجارة، جامعة بورسعيد، قسم إدارة الأعمال، رسالة ماجستير، 1999.

السيد، مصطفى كامل محمد، وآخرون: التغييرات المؤسسية الضرورية لدعم التنمية المجتمعية الريفية في مصر (المجلد الثالث: المنظمة الصحية)، كلية الزراعة، قسم المجتمع الريفى (التنمية الريفية حاليا)، جامعة الإسكندرية، 1995.

الشريف، زينبات هاشم: التنسيق المنظمي وحيوية الجهاز الارشادى بمحافظة القليوبية، مجلة التنمية المتكاملة، الجمعية العلمية المركزية للتنمية المحلية والاقليمية المتكاملة، 2002.

- زهران، محمد حمدي محمود: الرعاية الصحية كحق من حقوق الإنسان، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2010.
- سنوسي، على: تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر (دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية)، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، 2000.
- عبد الرحمن، احمد عبد الكريم: قياس جودة الخدمة في المنظمات الحكومية بالتطبيق على الخدمات الصحية بالمستشفيات الجامعية، مجلة البحوث التجارية المعاصرة، العدد 14، 2000.
- عبد الرحمن، عبد الله محمد: سوسيولوجيا التنظيمات (رؤية حديثة ومعاصرة)، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 2008.
- عبد اللطيف، حنان رجائي: المنظمات الريفية ودورها في تنمية الريف المصري في ظل سياسة الاقتصاد الحر، رسالة دكتوراه، كلية الزراعة، جامعة عين شمس، 2003.
- عبد المطلب، فخر الدين عبد السلام: نموذج مقترح لقياس أداء المنظمات الصحية في ليبيا، مجلة جامعة الزيتونة، ليبيا، 2013.
- عبد النبي، صفاء رجائي: حيوية المنظمات الاجتماعية الريفية بحافظة الفيوم، رسالة دكتوراه، كلية الزراعة، جامعة الفيوم، 2015.
- على، سلوى محمد أنس، السلوك التنظيمي في المستشفيات : دراسة تطبيقية على مستشفيات التأمين الصحي بالقاهرة الكبرى، رسالة دكتوراه، قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة أسيوط، 1996.
- على، سيد مرزوق محمد: فعالية برامج منظمات المجتمع المدني في دعم المدرسة، رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، 2014..
- غريب، هدى، وآخرون : العلوم الصحية ،دار الوفاء، الإسكندرية، 2001.
- مارشال، جوردون: موسوعة علم الاجتماع، المجلد الثالث، ترجمة: محمد الجوهري، هناء الجوهري، محمد محيي الدين، محمود عبد الرشيد، المركز العربي المصري، القاهرة، 2001.
- ماهر، آية مصطفى أحمد: رضا المواطنين كميّار لتقييم أداء العاملين في المنظمات العامة المصرية (دراسة حالة مستشفى الطلبة بجامعة عين شمس)، رسالة دكتوراه، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، قسم الإدارة العامة، جامعة القاهرة، 2007.
- منظمة الصحة العالمية ، التقرير الخاص بالصحة في العالم (تحسن أداء النظم الصحية)، 2000.
- منصور، مروة محمد ابراهيم: العلاقة بين خصائص الهيكل التنظيمي وأداء المنظمات – دراسة تطبيقية على بعض المستشفيات الجامعية في الوجه القبلي، كلية التجارة، جامعة اسيوط، 2008.
- نور الدين، عماد: العدالة التنظيمية وأهميتها في تحقيق أهداف المنظمة، مقال منشور، مجلة اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، 2008.
- وزارة الصحة والسكان ، القاهرة، المسح السكاني الصحي، 2014.
- يونس، أشرف: دراسة لبعض العوامل المؤثرة على فعالية جمعيات تنمية المجتمع المحلي في الريف المصري، رسالة دكتوراه، كلية الزراعة، جامعة عين شمس، 2005.
- **Bishwas, Sumat Kumar, (2015).** Achieving Organization Vitality through Innovation and Flexibility: An Empirical Study, Global Journal of Flexible Systems Management, Vol 16, Springer, India.
- **Bishwas, Sumat Kumar, Sushil, P, (2015).** Critical Processes for Organization Vitality, Global Journal of Flexible Systems Management, Vol 13, Springer, India.
- **Kumar, Pradeep, Sasadhar Bera, Tanusree Duttal, Shibashish Chakraborty, (2018).** Auxiliary Flexibility in Healthcare Delivery System: An Integrative Framework and Implications, Global Journal of Flexible Systems Management, vol19, Springer, India.
- **Lachman, Ran, (1996).** Technology and Effectiveness of Health Care Organization, School of Business Administration, Collage of Management, Tel Aviv.
- **Russell Mannion, David Reeves (2011),** Culture and Climate in Health Care Organizations (Health Network Culture and Reform), Palgrave Macmillan, UK.
- **Sheaff, Rod, Lawrence Benson, Louise Farbus, Jill Schofield,**
- Süreyya Ece, (2019).** Communication in Organization, Contemporary Approaches in Businesses, vol.1, Ijopec Puplication, London.
- **Sushil, P, (2011).** Flexibility, Vitality and Sustainability, Global Journal of Flexible Systems Management, Vol 12, Springer, India.

الملاحق:

أسماء المنظمات الصحية بريف مركز ابوحمص - محافظة البحيرة

مركز صحة أسرة	وحدات صحة أسرة	
بلقطن الغربية	بلقطن الشرقية	العشرة
دسنا	دسونس الحلفاوية	جواد حسنى
مركزط ابوحمص	الجرادات	كوم القناطر
رعاية ابو حمص	الزنى	بانون
	بركة غطاس	الصالحية
	القروى	ماضى
	منشأة الحناوى	الخمسين
	كوم عزيزة	كوم أبو اسماعيل
	دير أمس	بسنتواى
	كوم تقالة	قافلة
	على حبيب	انور المفتى
	محلة كيل	أجيون (بطورس)
	النخلة البحرية	سحالى
	خليج القصب	كفر عزاز
	برسيق	

المصدر: مديرية الشؤون الصحية بمحافظة البحيرة ، 2019.