

استفادة الريفيين من جودة الخدمات بالوحدات الصحية الريفية بإحدى قرى مركز الرياض بمحافظة كفر الشيخ

حسام محمد حسن الديسطي، أسماء فوزي عبد العزيز عامر

معهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية – مركز البحوث الزراعية

Received: Jan. 11 , 2024

Accepted: Feb. 24 , 2024

الملخص العربي

استهدف هذا البحث التعرف على مستوى استفادة الريفيين من جودة الخدمات بالوحدات الصحية بإحدى قرى مركز الرياض- محافظة كفر الشيخ، وكذلك التعرف على الأهمية النسبية لأبعاد جودة خدمات الوحدات الصحية من وجهة نظر المبحوثين، وتحديد ما إذا كانت هناك فروق معنوية إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزي إلي بعض المتغيرات الشخصية، إضافة إلي التعرف علي مقترحات المبحوثين لتنشيط وتفعيل دور الوحدة الصحية. وتم اختيار عينة عشوائية بلغ حجمها (٣٥٤) مبحوثاً من الوحدة الصحية الواقع الاختيار عليها، وجمعت البيانات اللازمة بالمقابلة الشخصية باستخدام استمارة استبيان خلال شهري نوفمبر وديسمبر عام ٢٠٢٢، وتم استخدام التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والمرجحة. كما تم استخدام اختباري "ت" و"ف".

وقد توصل البحث إلى العديد من النتائج كان أهمها أن درجة استفادة الريفيين من جودة الخدمات بالوحدة الصحية بمنطقة البحث كانت متوسطة، بينما اوضحت النتائج أن هناك بعدان كان مستوى استفادة الريفيين منهما داخل الوحدة الصحية مرتفع بنسبة تقرب من ٥٠٪ وهما بعدى التعاطف والأمان. كما أشارت النتائج إلى أن بعد التعاطف جاء في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية لأبعاد جودة خدمات الوحدات الصحية، وجاء في المرتبة الثانية بعد الأمان، ثم بعد الجوانب المادية الملموسة، ثم بعد الاستجابة وأخيراً بعد الاعتمادية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق معنوية إحصائية بين متوسطات استفادة المبحوثين من جودة الخدمات في الوحدات الصحية عند تصنيفهم على أساس الرضا عن جودة خدمات الوحدات الصحية وذلك لصالح فئة الراضين، بينما اتضح عدم وجود فروق معنوية إحصائية بين متوسطات استفادة المبحوثين من جودة الخدمات في الوحدات الصحية عند تصنيفهم على أساس كل من النوع، والحالة العملية للمبحوث، والحالة الإجتماعية. في حين كان أكثر مقترحات المبحوثين لتنشيط وتفعيل دور الوحدة الصحية هي ضرورة وجود عدالة في توزيع الاطباء علي الوحدات الصحية وكذلك توفير الأدوية الفعالة والمستلزمات الناقصة حيث بلغت نسبة المبحوثين الذين اقترحوا ذلك ٩٧,٧ % علي حد سواء.

الكلمات المفتاحية: جودة الخدمة، الخدمة الصحية، الوحدة الصحية، الاستفادة.

مقدمة ومشكلة البحث

وأقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام ١٩٤٨، والذي اعتبرت الصحة حقاً أساسياً لجميع الأفراد والشعوب، وبذلك أصبحت عملية توفير الخدمات الصحية المتطورة لمحتاجيها مسؤولية أساسية للحكومات لابد وأن توفرها لمواطنيها. فإذا كان هذا هو موقع الصحة بالنسبة للعالم أجمع، فإنه يحتل في المجتمعات النامية مكانة أكثر تميزاً حيث ركزت سياسات هذه المجتمعات على المواطن باعتباره هدفاً ووسيلة، ولذا

أصبحت حقوق الإنسان ذات طابع عالمي وتطبق على جميع الناس دون تمييز، كما أن أحكام حقوق الإنسان واجبة التعزيز في ظل كافة الظروف والنظم السياسية، فحقوق الإنسان هي أساس الوجود الإنساني والتعايش، وهي حقوق عالمية غير قابلة للتجزئة. لذا تعد صحة الإنسان من أهم الحقوق الإنسانية (الأيشيهي، ٢٠١١).

الخدمة الصحية نظراً لعدم وجود توصيف وظيفي لكل فئة على المستويات المختلفة، ووقوع بعض إدارة الوحدات الصحية تحت تصرف أطباء حديثي التخرج الذين لا يستطيعون حل أي مشكلات قد تظهر، وكل هذه المشكلات الموجودة في القطاع الصحي قد تلتهم أي محاولات لتطويره (خلاف، ٢٠٠٥).

وتعتبر الوحدات الصحية الريفية من أهم المنظمات الصحية بالمجتمع الريفي والملقى على عاتقها تقديم الرعاية الصحية المتكاملة لسكان الريف والتي تعتبر أحد ركائز التنمية المتواصلة، وتقدم الوحدات الصحية الريفية خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتشمل:- التنقيف الصحي، خدمات رعاية الأمومة والطفولة، خدمات الصحة الإنجابية وصحة المرأة وتنظيم الأسرة، مكافحة الأمراض المعدية، مكافحة وعلاج الأمراض المتوطنة، إصاح البيئة، مكافحة أمراض الإسهال في الأطفال، التطعيمات، الرعاية العلاجية لبعض الأمراض الشائعة والرعاية العاجلة للإصابات والحوادث البسيطة (الأبشيهي، ٢٠١١).

وبما أن الريفيين هم جزء لا يتجزأ من المجتمع وتعد عليهم الدولة أمالاً واسعة في تحقيق التنمية - خاصة التنمية الزراعية التي تهدف إلى تحقيق الأمن الغذائي - إضافة إلى ما يقع على عاتقهم من المسؤولية الكاملة في رعاية أسرهم في كافة شؤون الحياة فإن الإهتمام بصحتهم ورعايتهم هو فرض أساسي على المجتمع والدولة من حيث تقديم الخدمات الصحية والطبية لهم من خلال الوحدات الصحية التي أقامتها الدولة في الريف المصري، وبما أن المشكلة هي سؤال يحتاج إلى جواب فكانت مشكلة البحث كالتالي: بما إن الحكومة توفر الرعاية الصحية من خلال إقامة الوحدات الصحية في القرى بالإضافة إلى توفير الطاقم الطبي من الأطباء والمرضىين كما وأنها توفر الأدوية اللازمة للعلاج فهل يستفيد الريفيون من جودة خدمات الوحدات الصحية الريفية ؟ و هل توجد فروق معنوية احصائياً بين متوسطات استجابات الريفيون عند تصنيفهم على اساس بعض المتغيرات المستقلة ؟ وماهى الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات بالوحدات الصحية من وجهة نظر الريفيين؟ وما هي مقترحات الريفيين لتنشيط وتفعيل دور الوحدات الصحية بمنطقة البحث؟.

اهتمت هذه المجتمعات بتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لأفرادها، ومن هنا أصبحت الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية هدفاً من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية (منصور، ٢٠٠٦).

هذا وقد أصبحت الجودة في المؤسسات الصحية أسلوباً ومنهجاً سليماً للإرتقاء وتقديم خدمات صحية متميزة، وذلك من أجل تنمية متطلبات المرضى وكسب رضاهم والإستفادة من الموارد المتاحة على أكمل وجه (يحيوى، ٢٠١٧).

وعلى الرغم من أن الدولة قامت بوضع خطة لتنمية وإصلاح القطاع الطبي في مصر في رؤية ٢٠٣٠ من زيادة عدد الأطباء وأسرّة المستشفيات المتخصصة للرعاية العلاجية في المدن والمناطق الحضرية، إلا أن الريف والمناطق الفقيرة مازالت تعاني من نقص الرعاية الصحية وزيادة تكلفتها مما يؤكد ضرورة وضع استراتيجية تعمل على تحقيق أفضل قيمة للخدمات الصحية مقابل الأموال التي تنفق عليها من ميزانية الدولة، لذا فإن هذا يستلزم تطوير النظام الصحي في المجتمع المصري عامة والريفي بصفة خاصة والذي يضم ما يقارب (٤,٥٧٪) من السكان في جمهورية مصر العربية (الرمادى، ٢٠٢٢).

ورغم ما تشهده مصر خلال العقود الأخيرة من محاولات لتطوير منظومة أداء هذه الخدمات الصحية، والتي تنطبق على الوحدات الصحية الريفية، إلا أن الواقع يشير بأن محاولات التطوير تلك لا تتناسب مع حجم المشكلات التي يعانها المصريون في الوصول للخدمة الصحية الجيدة، خاصة في ظل غياب منظومة التأمين الصحي الشامل، فضلاً عن تفشي مسببات الأمراض المزمنة والمتوطنة نتيجة تدني جودة حزمة من الخدمات البينية وغياب مفهوم الوقاية، وقصور موارد الدولة (الحسيني وبازينة، ٢٠١٩)، هذا بالإضافة إلى المشكلات المتعلقة بضعف المهارات لدى العاملين (مقدمي الخدمة) نتيجة لقصور البرامج التدريبية، والمشكلات المتعلقة بالنظام الصحي والمتمثلة في عدم توافر الأدوية، وسوء استخدامها، وعدم فاعلية الأدوية، وعدم وجود قوانين منظمة لاستخدام الأدوية ووصفها، وضعف الإشراف، والاستعانة بأجهزة طبية معقدة، وتداخل مستويات مقدمي

أهداف البحث

- 1- التعرف على مستوى استفادة المبحوثين من أبعاد جودة الخدمات بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة البحث.
- 2- تحديد الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات بالوحدات الصحية من وجهة نظر المبحوثين .
- 3- تحديد ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة الخدمات في الوحدات الصحية الريفية في منطقة البحث تعزي إلي بعض المتغيرات الشخصية للمبحوثين.
- 4- التعرف علي مقترحات المبحوثين لتنشيط وتفعيل دور الوحدات الصحية بمنطقة البحث.

أهمية البحث

- تتبع أهمية هذا البحث في التعرف علي مستوى استفادة المبحوثين من أبعاد جودة الخدمات بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة البحث، وبصفة تفصيلية تتمثل أهمية هذا البحث فيما يلي:
- 1- يأتي هذا البحث في وقت يعتبر فيه القطاع الصحي من أكثر القطاعات التي تمس حياة المواطنين بشكل مباشر وبصفة خاصة الوحدات الصحية الريفية، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة إعطاء الأهمية الكافية لجودة الخدمة المقدمة من هذا القطاع إلى المواطنين.
 - 2- أهمية القطاع الصحي والدور الذي تلعبه الوحدات الصحية باعتبارها من القطاعات الخدمية ذات الأهمية الكبيرة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلدان، نظرا لتعلق هذه الخدمة بصحة وحياة الإنسان الذي هو غاية التنمية.
 - 3- زيادة عدد السكان وكثرة الأمراض وخاصة الأمراض المزمنة والحوادث وما يترتب عليها من زيادة في نفقات العلاج الطبي.
 - 4- وجود الحاجة إلي تنشيط الوحدات الصحية بالقرى المصرية وزيادة قدرتها على تقديم الخدمات الصحية للريفين بالجودة المناسبة، وبالسرع المطلوبة، وبأقل تكلفة ممكنة .
 - 5- ندرة الدراسات في القطاع الريفي التي تناولت موضوع مردود جودة الخدمات بالوحدات الصحية على الريفيين.

الإطار النظري

تعد جودة الخدمات من الموضوعات التي لاقت إهتمام كبير في المؤسسات الخدمية بصفة عامة، والمؤسسات الصحية بصفة خاصة وذلك نتيجة التطورات التي يشهدها المجال الصحي والزيادة المستمرة في الطلب على الخدمات الصحية، فقد أصبح تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية مطلباً مشتركاً يخدم أهداف ومصالح جميع الأطراف المتعاملة مع المؤسسات الصحية.

ووردت عدة تعريفات للخدمة فعرّفها Kotler بأنها " أي نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساساً غير ملموسة ولا ينتج عنها أي ملكية وأن انتاجها وتقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون مرتبط به" (عتيق، ٢٠١٢)

وعرف يحيواي (٢٠١٧) جودة الخدمة بأنها: " كل خدمة مقدمة تطابق توقعات الفرد أو تفوقها، وتلبي احتياجاته ورغباته، وتشعره بالرضا والسعادة بعد الاستفادة من الخدمة، وهذا ما قد يدفعه إلى تكرار التجربة وإعادة التعامل مع نفس المؤسسة والاستفادة من خدماتها مرة أخرى". وأضاف الأبيهيبي (٢٠١١) أن جودة الخدمة هي القدرة على الوفاء بالمتطلبات وإشباع الرغبات من خلال تصنيع سلعة أو تقديم خدمة تفي باحتياجات ومتطلبات المستفيد.

وتعرف الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية على أنها الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر في أفراد المجتمع أو العناية التمريضية أو الحكومية التي تقدمها الممرضة للمريض أو التحليل المخبرية التشخيصية أو رعاية صحية وقائية (الجدى، ٢٠١٨).

أما جودة الخدمة الصحية فقد يختلف تعريفها حسب الأطراف المتعاملة مع المؤسسات الصحية، فكل طرف يراها من زاويته الخاصة، لذلك نحاول تحديد مفهوم جودة الخدمات حتى نتأكد من خلاله ضبط مفهوم جودة الخدمة الصحية. تعرف الجودة بأنها الأداء الفعلي للخدمة فقط أي جودة الخدمة = الاداء". وعرفت جودة الخدمات بأنها: " تقييم العملاء للخدمة الأساسية أو لمقدم الخدمة أو للمنظمة ككل". ويمكن تعريف جودة الخدمة الصحية بأنها: درجة

– أمين مخزن – خدمات معاونة رجال أو سيدات (شحاتة، ٢٠٢٢).

وأضاف رحومه (٢٠١٢) أن الخدمات الصحية تنقسم إلى أربعة أنواع هم : الخدمات الوقائية وهي الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من الأمراض؛ والخدمات العلاجية وهي الخدمات التي تقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه، وخدمات التعليم والتدريب الصحي وهي تدريب خريجي المعاهد الصحية والأطباء الجدد؛ والخدمات في مجال البحوث الصحية.

ويذكر صغيرو (٢٠١٢): أنه يوجد أربع مستويات للجودة في الخدمة الصحية وهم كالتالي : ١- الجودة المتوقعة وهي مستوى الجودة التي تتمنى المؤسسة الصحية بلوغه، مع الأخذ بعين الاعتبار الضغوطات الداخلية والخارجية المفروضة عليها؛ ٢- الجودة المقدمة وتعبير عن مستوى الجودة المحقق فعلا من طرف المؤسسة، في ظل الشروط الطبيعية للعمل؛ ٣- الجودة المدركة وهي مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون انطلاقاً من رغبته الخاصة، وهو تعبير عن درجة رضاه، وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المقدمة في مجال رضى الزبون، وهي محل دراستنا؛ ٤- الجودة المنتظرة وهي تتعلق بمستوى الجودة المرغوبة من قبل الزبون. ونلاحظ أن كلا من الجودة المتوقعة والجودة المقدمة يتعلقان بالمنظمة ويعكسان مستوى أدائها، أما الجودة المنتظرة والجودة المدركة فيعكسان وجهة نظر الزبائن ومستوى رضاهم.

العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية

هناك عدة عوامل تؤثر على الرعاية الصحية والتي يمكن ذكرها كما يلي:

- ١- ازدياد أعداد المسنين من السكان: وهذا يتطلب زيادة حاجاتهم للرعاية الصحية، وزيادة أوقات بقائهم بالمستشفيات بسبب الأمراض المزمنة.
- ٢- التطور التقني السريع في الأجهزة والمعدات الطبية.
- ٣- ازدياد تكلفة اليد العاملة الإجمالية: وذلك بسبب زيادة التخصص والحاجة إلى استخدام عاملين دون مؤهلات وخبرات مالية.
- ٤- اختلاف أنماط الممارسة الطبية: فقد أثبتت الدراسات وجود اختلاف في أنماط وأساليب الممارسات الطبية مما يؤدي إلى تقارب درجة الثقة في وجودها.

تطابق مستوى أداء الخدمة الصحية، مقدم الخدمة الصحية، المؤسسة الصحية الفعلي أو المدرك مع مستوى الأداء المتوقع من جانب المريض أو المستفيد.(بلعلياء، وعبد الحق، ٢٠٢٠)

وفي تعريف آخر لجودة الخدمة الصحية بأنها: جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضاء والقبول لدى المستهلك مقابل الثمن ودون أن يتحقق أي خطأ، إن الشيء المميز لهذا التعريف إن الخدمة يجب أن تحظى برضاء الزبون (عوض الله، ٢٠١٥).

ويتبين من خلال هذا العرض للتعريف السابقة لجودة الخدمة، أن جودة الخدمة الصحية تحتوي على العناصر التالية: الرضا التام للمرضى، والمطابقة مع المتطلبات الصحية، ودقة الاستخدام حسب ما يراه المريض، ودرجة متوقعه من التناسق والاعتماد تناسب السوق بتكلفة منخفضة.

ونستنتج من هذه التعاريف بأن جودة الخدمات الصحية (الجودة الصحية) تتعلق بمنظور المريض وتوقعاته وذلك بمقارنة الأداء الفعلي للمنتج أو الخدمة مع التوقعات المرجوة من هذه الخدمة، واختيار أفضل الطرق والوسائل لتلبية احتياجاتهم، وبالتالي يمكن الحكم من خلال منظور المستفيد بجودة أو رداءة ذلك المنتج أو الخدمة . فإذا كان المنتج أو الخدمة تحقق توقعات المستفيد فإنه قد أمكن تحقيق مضمون الجودة . فجودة الخدمة الصحية تعني تقديم خدمة بمستوي عال من الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها علي الوفاء باحتياجات ورغبات عملائها بالصورة التي تتفق مع توقعاتهم، وتحقيق الرضاء والسعادة لديهم من خلال مقاييس موضوعة مسبقاً لإنتاج وتقديم الخدمة وإيجاد صفة التمييز فيها.

والوحدة الصحية الريفية هي عبارة عن مبنى مكون من حوالي ١٠ حجرات لتأدية الخدمات وسكن للطبيب وآخر للممرضات وتقدم الخدمات لحوالي ٣٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ نسمة من السكان ويتكون الفريق الصحي بالوحدة الصحية الريفية من طبيب أو أكثر – ممرضتين أو أكثر – طبيب أسنان في بعض الوحدات – معاون أو ملاحظ صحي – رائدات ريفيات – فنى أو مساعد معمل – كاتب

المؤهلين كالأطباء، ممرضين وغيرهم، فضلا على توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة عالية. (يحياوي، ٢٠١٧).

٣- **بعد الملموسية:** يشير هذا البعد إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية، وتشمل الملموسية الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك مظهر المرافق الصحية ونظافتها وحداثة المعدات والأجهزة، والأدوات الصحية الطبية المختبرية والأشعة الترميزية وغيرها، ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المؤسسة والتصميم والتنظيم الداخلي لها. (الحسيني، وبازينة، ٢٠١٩).

٤- **بعد التعاطف:** وهو الحرص أو الإلتباه والعناية الخاصة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها، وبمعنى آخر التعاطف يمثل العلاقة والتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي، ويقصد به أيضا وجود الثقة، الإحترام، اللباقة، اللطف، الكياسة، السرية، التفاهم، الإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى) إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى في مقدمة إهتمامات الإدارة والعاملين في المؤسسة الصحية والإصغاء للمريض وتلبية إحتياجاته بروح من الود واللطف. (يحياوي، ٢٠١٧)، و(العتيبي، ٢٠١٩).

٥- **بعد الاستجابة:** تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم وبعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية هو الاستجابة السريعة في جميع الأوقات والمبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين، والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوى، وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند إحتياجهم لها، كما أن من معايير تقييم بعد الاستجابة : تقديم خدمات

٥- زيادة وعي المرضى وتوقعاتهم وطلبهم لمستويات أعلى من الخدمة الطبية.

٦- الرغبة في زيادة الأرباح: فالرغبة في زيادة الأرباح قد أدت إلى زيادة الاهتمام بالجودة لكسب مزيد من المرضى.

٧- النواحي النظامية: أصبح من الضروري تطبيق نظام إدارة الجودة الصحية في المستشفيات لتسهيل مهمتها في الحصول على الجوائز العالمية والانضمام إلى الهيئات العالمية. (عوض الله، ٢٠١٥)

أبعاد جودة الخدمات

اتفقت الكثير من الدراسات على وجود خمسة أبعاد لجودة الخدمة هي، الاعتمادية، والضمان، والملموسية، والتعاطف، والاستجابة. ونظراً لاحتواء هذه الأبعاد على جميع خصائص جودة الخدمات الصحية فقد اعتمد البحث الحالي على هذه الأبعاد الخمس وهي:

١- **بعد الاعتمادية:** وتعتبر الاعتمادية عن درجة ثقة المستفيد من الخدمة (المريض) في المؤسسة الصحية ومدى إعماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سيولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مدى سيولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية، ويمكن تلخيص ماسبق في العناصر التالية: الوفاء في تقديم الخدمة في المواعيد المحددة والحرص على حل مشكلات المستفيد من الخدمة وأداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص. (يحياوي، ٢٠١٧)، (الحسيني، وبازينة، ٢٠١٩)

٢- **بعد الضمان (الأمان):** وهو شعور المريض بالراحة والإطمئنان عند التعامل مع المؤسسة الصحية وكوادرها الطبية كما تشمل دعم وتأييد الإدارة العليا أثناء قيامهم بتقديم الخدمات العلاجية للمرضى وابداء الإستعداد لتقدير المواقف وتقدير الجهد المبذول في العمل، أي أن الضمان يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين

تحديد جودة الخدمة الصحية التي يطلبها ويتعرف على نتائجها والإحساس بها قبل أن يقوم بتلقيها أو شرائها. ٢. عدم تجانس الخدمات الصحية: إن الخدمات الصحية وإن تشابهت في ظاهرها عند تقديمها لمرضى متشابهين بنوعية المرض إلا أنها تختلف في واقع الأمر باختلاف المرضى أنفسهم ومقدم الخدمة، ومكان أداؤها وزمانها، فعند إجراء عملية جراحية معينة فإنها تختلف باختلاف الطبيب الذي يقوم بها، وذلك حسب خبرته ومهارته وحسب الإمكانيات المادية المتاحة له، وحسب استجابة المريض للخدمة، وبالتالي فإن النتائج المترتبة عليها مختلفة. عدم قابلية الخدمات الصحية للتخزين: تتسم الخدمات الصحية لأنها لا يمكن تخزينها حيث تستهلك بمجرد إنتاجها، وبالتالي فإنها تتسم بالفناء السريع، وعليه لا يوجد وسطاء لأداء هذه الخدمة.

٣. تكامل عناصر الخدمات الصحية: تتصف الخدمات الصحية بأنها تكون من مجموعة عناصر تكمل بعضها بعضا وأحيانا لا يمكن أداء خدمة معينة بمعزل عن تلبية الخدمات الصحية الأخرى، فإجراء عملية جراحية لمريض ما يتطلب توافر خدمات أخرى على سبيل المثال خدمات الفحص والتشخيص والتمريض والعلاج والفندقة وغيرها.

٤. الاتصال بالمريض: أغلب الخدمات الصحية يشترط في تقديمها حضور المريض، وتدخله في أحيان كثيرة في طلب الخدمة وحسب الحاجة والحالة التي يكون عليها مما يؤدي إلى الاتصال المباشر وزيادة سمة الارتباط بينهما، والتي ترجع ارتباط الخدمة بشخصيته من يقدمها، حيث يصعب فصل كل منهما عن الآخر، وهذا يجعل من غير الممكن تقديم نمط مماثل من الخدمات مما يؤكد على خاصية عدم تجانس الخدمات.

هذا وتختلف عناصر الجودة التي يطلبها أو يتوقعها العميل في المنتجات عنها في الخدمات، ففي المنتجات تتمثل عناصر الجودة في: كفاءة الأداء - مطابقة المواصفات المطلوبة - قابلية التحمل - سهولة الصيانة - الجمالية - الخصائص والصفات المميزة للمنتج - سمعة المنتج من ناحية الجودة، أما عناصر الجودة في الخدمات تتمثل في: سرعة الاستجابة عند طلب الخدمة - توفير

علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم. (الحسيني، وباربنة، ٢٠١٩)

هذا وهناك العديد من أبعاد جودة الخدمة كما ذكرتها عوض الله (٢٠١٥) وهي الملائمة، وتوفير الرعاية، والكفاءة والمقدرة، والاستمرارية، والفعالية، والقدرة في التأثير، والكفاية، والوقاية، والرعاية والاحترام، والسلامة، والمساواة، والوقت المناسب، والقبول. ولكن تم اعتماد الأبعاد سالفة الذكر وذلك لشموليتها.

العناصر الأساسية لقياس جودة الخدمة الصحية

أصبح قياس جودة الخدمة الصحية ضرورة ملحة، وهناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الخدمة الصحية هما: **العنصر التقني**: ويتعلق بتطبيق المعارف، المعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم في معالجة المشكلات الصحية، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها. **والعنصر الإنساني**: ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف المرضى بشكل خاص، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات واحتياجات المرضى، وأيضا من ناحية مستلزمات الراحة المتعلقة في الإقامة مثل توافر غرف الانتظار المريحة، نظافة أماكن الإقامة، الغذاء الجيد، توافر خدمات الاتصال والترفيه، وغيرها بإعتبارها مكملة للجوانب الاجتماعية والنفسية. (بجياوى، ٢٠١٧)

خصائص الخدمات الصحية: ترى عوض الله (٢٠١٥)

أن هناك مجموعة من الخصائص التي تميز الخدمات الصحية عن غيرها من السلع المادية وعليه فقد تتمثل هذه الخصائص بصفة عامة فيما يلي:

١. عدم ملموسية الخدمات الصحية: الخدمات الصحية عكس السلع، فالسلع عناصر مادية ملموسة حيث تتسم الخدمات الصحية بأنها غير ملموسة، ولا يمكن إدراكها أو الإحساس بها أو تذوقها أو سماعها أو شمها قبل أن يتم تلقيها أو شرائها، وبالتالي فإن المريض لا يستطيع

الأسلوب البحثي

أولاً : نوع ومنهج البحث

ينتمي هذا البحث إلى مجموعة البحوث الوصفية التحليلية، حيث أنه يمكننا من الحصول على معلومات دقيقة تصور واقع وتحليل أبعاد جودة الخدمة الصحية، بالإضافة إلى إمكانية صياغة فرضيات علمية واختبارها. أما المنهج المستخدم فهو المنهج الوصفي التحليلي بطريقة المسح الاجتماعي بالعينة والذي من خلاله يتم التعرف على مستوى إستفادة الريفيين من أبعاد جودة الخدمة في الوحدة الصحية في منطقة الدراسة، واختيار فرضيات البحث من خلال الحصول على بيانات يمكن وصفها وتحليلها.

ثانياً : شاملة وعينة البحث

اختيرت محافظة كفر الشيخ كمنطقة لإجراء البحث حيث تقع بها الجهة العلمية التي يعمل بها الباحثان وهي محطة بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية بسخا، كمحاولة للنهوض والارتقاء بالبيئة المحيطة باعتبار أن ذلك أحد أهداف المحطة، وتتكون المحافظة من عشرة مراكز إدارية، وتم اختيار مركز الرياض كأحد مراكز المحافظة بالطريقة العشوائية البسيطة وبعد حصر القرى التي يوجد بها وحدات صحية بالمركز والتي بلغ عددها ٢٤ قرية، تم اختيار قرية الضبعة بالطريقة العشوائية البسيطة. ونظراً لعدم إمكانية الوصول إلى إطار معاينة حديث ودقيق وشامل لكل المترددين على الوحدة الصحية الريفية، تم حصر كامل المترددين على الوحدة الصحية من الذين ينطبق عليهم شرط التردد على الأقل عشر مرات خلال عام قبل إجراء جمع البيانات فبلغ حجم الشاملة (٤٥٠٠) مستفيد، وتم تحديد حجم العينة وفقاً لمعادلة Krejcie & Morgan (1970)، حيث بلغ قوامها (٣٥٤) متردد على الوحدة الصحية، وقد جمعت بيانات هذا البحث عن طريق الاستبيان بالمقابلة الشخصية.

ثالثاً : طريقة وأداة جمع البيانات

صممت استمارة استبيان تم اختبارها مبدئياً على ٣٠ مستفيد من الوحدة الصحية بقرية البحث، وبناءً على هذا الاختبار تم إجراء التعديلات اللازمة عليها للتأكد من صلاحيتها لجمع البيانات بالمقابلة الشخصية من أفراد عينة المستفيدين، وتم جمع البيانات الميدانية خلال شهري

الخدمة في الوقت المطلوب - الثقة بإمكانيات ومهارات مقدم الخدمة وقدراته على الوفاء بالتزاماته - الجمالية في أماكن تقديم الخدمة ومظهر العاملين. (الأبشهي، ٢٠١١)

قياس جودة الخدمات الصحية: أعتبر باراشورامان Parasuraman في الدراسة التي قدمها بأن المحور الأساسي لقياس جودة الخدمة هو الفجوة بين إدراك المستفيد لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول جودة هذه الخدمة وهو ما يسمى بمقياس الإدراكات/التوقعات، وهذه الفجوة تأخذ عدة أشكال وهي الفجوة سالبة: يدل ذلك على أن جودة الخدمة الصحية فشلت في تحقيق توقعات العملاء، الفجوة موجبة: يدل ذلك على أن جودة الخدمة الصحية فاقت توقعات المستفيدين، الفجوة صفر: يدل ذلك على أن جودة الخدمة الصحية حققت توقعات المستفيدين. وتوصل باراشورامان إلى نموذج موحد لتقييم جودة الخدمات، ويتم ذلك عن طريق استبيان آراء المستفيدين حول توقع وجود الخدمة الفعلية من قبل المنظمة، باستخدام خمسة أبعاد رئيسية، (العنبي، ٢٠١٩).

الفروض البحثية

- ١- توجد فروق معنوية إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة خدمات الوحدات الصحية والمقياس الكلي عند تصنيفهم على أساس النوع.
 - ٢- توجد فروق معنوية إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة خدمات الوحدات الصحية والمقياس الكلي عند تصنيفهم على أساس الحالة العملية للمبحوث.
 - ٣- توجد فروق معنوية إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة خدمات الوحدات الصحية والمقياس الكلي عند تصنيفهم على أساس الحالة الاجتماعية.
 - ٤- توجد فروق معنوية إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة خدمات الوحدات الصحية والمقياس الكلي عند تصنيفهم على أساس الرضا عن خدمات الوحدات الصحية.
- ولاختبار صحة الفروض البحثية السابقة تم اختبار الفروض الإحصائية المناظرة لها في صورتها الصفرية.

يستفيد لحد ما، لا يستفيد)، وأعطيت الاستجابات الدرجات (٣، ٢، ١) علي الترتيب، ثم جمعت درجات بنود كل معيار من المعايير الخمس على حدى لتعبر عند درجة الاستفادة من كل معيار، ثم تم جمع درجات المعايير الخمس ليعبر مجموعها عن الدرجة الكلية للمتغير التابع وهو الاستفادة من جودة الخدمات بالوحدات الصحية الريفية (المقياس الكلى).

الريفيون (المستفيدين): ويقصد بهم سكان القرية الذين يترددون على الوحدات الصحية الريفية لتوقيع الكشف الطبى وتلقى العلاج والذين تردود علي الوحدة الصحية عشر مرات علي الأقل خلال عام قبل اجراء جمع البيانات. **عمر المبحوث:** قيس بسؤال المبحوث عن عمره وقت اجراء جمع البيانات لأقرب سنة ميلادية ويعبر عنه بقيمة رقمية.

النوع : وتم قياسه بمقياس اسمي يتكون من فئتين هما ذكر وأنثي، وأخذت أرقام تمييزية ٢،١ على الترتيب. **عمل المبحوث:** تم قياسه بمقياس إسمي من فئتين هما يعمل ولا يعمل، وأخذت أرقام تمييزية ٢،١ على الترتيب. **مستوى تعليم المبحوث:** تم قياسه بعدد السنوات التي اجتازها المبحوث في التعليم حتى تاريخ جمع البيانات، وأخذت قيمة رقمية صفر، ٤، ٩، ١٢، ١٦، لتعبر عن أمي، يقرأ و يكتب، تعليم إعدادي، مؤهل متوسط، مؤهل جامعي، على الترتيب.

عدد أفراد الأسرة: ويقصد به عدد أفراد أسرة المبحوث والذين يعيشون معها فى وحدة معيشية واحدة واستخدم الرقم الخام فى التعبير عنها.

الدخل الشهري للأسرة: تم قياسه بسؤال المبحوث عن قيمة الدخل الشهري الأسرى، وتم التعبير عنه بالرقم الخام للجنه المصرى بعد جمع جميع مصادر دخل الأسرة.

الحالة الإجتماعية: تم قياسها بمقياس إسمى مكون من أربع فئات وهى متزوج، أعزب، مطلق، أرمل، وأخذت هذه الإجابات أوزان رقمية ٤، ٣، ٢، ١ على الترتيب.

الرضا عن خدمات الوحدة الصحية: تم قياسه بسؤال المبحوث عن مدى الرضا عن خدمات الوحدة الصحية وكانت الاجابات عليه هى راضى يأخذ ثلاث درجات،

نوفمبر وديسمبر عام ٢٠٢٢م، واستخدم في عرض وتحليل النتائج كل من التكرارات العددية والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والمرجحة، والانحراف المعياري، وتحليل التباين أحادي الاتجاه، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين، كما تم استخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ لتقدير ثبات المتغيرات المركبة.

رابعاً: التعاريف الاجرائية للمتغيرات البحثية وطريقة قياسها

الاستفادة من جودة الخدمات بالوحدات الصحية الريفية : ويمكن تعريفها بأنها الفوائد والمنافع التي تعود علي المبحوثين المترددين علي الوحدة الصحية الريفية من معايير جودة الخدمات الصحية المتاحة فيها والتي تم قياسها من خلال مدى استفادة المبحوثين من تلك المعايير والموزعة على خمسة معايير تتمثل فى: (الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان (الضمان)، التعاطف)، وتم قياسها من خلال ٤٨ بند يجب توافرها دخل الوحدة الصحية موزعه على معايير الجوده الخمس محل الدراسة وتم قياسهم كالتالى: أ- معيار الجوانب المادية الملموسة: وهي العناصر المادية لخدمة المباني، الأجهزة والمعدات، والمرافق الصحية، ومظهر العاملين، وتم قياس هذا المعيار من خلال (١١) بند، ب- معيار الاعتمادية : وهي درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة انجازه للخدمة المطلوبة وعدم الأخطاء في تقديم الخدمة، وتم قياس هذا المعيار من خلال (٨) بنود، ج- معيار الاستجابة: وهي الأمور التي تمثل مدى السرعة والاستجابة والاستعداد الدائم لتقديم الخدمة للمستفيد من قبل مقدمي الخدمة، وتم قياس هذا المعيار من خلال (١٠) بنود، د- معيار الأمان (الضمان): وهي الأمور التي تمثل الشعور بالاطمئنان في التعامل مع الجهة التي تؤدي الخدمة، وسمات العاملين من المعرفة والمعاملة وقدرتهم على الإهام المستفيدين بالثقة والأمان في مكان تقديم الخدمة، وتم قياس هذا المعيار من خلال (٩) بنود، هـ- التعاطف: ويعنى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، وتم قياس هذا المعيار من خلال (١٠) بنود، وكانت الاستجابات (يستفيد،

شموليتها ومدى تمثيل الأسئلة لأهداف البحث. ولتقييم ثبات المقاييس فقد تم حساب معامل "ألفا كرونباخ" للاتساق الداخلي لأبعاد المقاييس، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس. ويتضح من بيانات الجدول (١) أن معاملات الثبات لأبعاد جودة الخدمة الصحية تراوحت بين (٠,٦٠, ٠,٩٢)، وبلغ قيمة معامل الثبات للمقياس الكلي (٠,٨٦) وجميعها تعبر عن معاملات ثبات جيدة وبحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات لأبعاد المقاييس تم تحديد معامل الصدق الذاتي حيث وجد أنه يتراوح بين (٠,٧٧, ٠,٩٦) وبلغ قيمة معامل الصدق الذاتي للمقياس الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية (٠,٩٣)، وجميعها تعبر عن معاملات صدق ذاتي مرتفع للمقياس مما يجعله صالحًا في أغراض البحث العلمي.

وراضي لحد ما يأخذ درجتان، وغير راضي يأخذ درجة واحدة.

الانفتاح الثقافي : وتم قياسه بمقياس يتكون من ستة بنود، وكانت الإجابات (دائمًا، أحيانًا، نادرًا، لا) وأعطيت الإجابات أرقام ترميزية هي ٤، ٣، ٢، ١ علي الترتيب، وتم تجميع درجات بنود المقياس الستة للحصول علي الدرجة الكلية للمتغير.

خامسًا : صدق وثبات أداة البحث

للتأكد من صدق بنود المقاييس المستخدمة في البحث باستخدام طريقة الصدق الظاهري أو صدق المحكمين حيث تم عرض بنود المقاييس على عدد من المتخصصين بهدف التأكد من مدى سهولة العبارات ووضوحها ودرجة

جدول (١): معاملات الثبات والصدق الذاتي لمقياس أبعاد جودة الخدمة الصحية.

م	أبعاد مقياس جودة الخدمة الصحية	معامل الثبات "الفا"	معامل الصدق الذاتي
١	الجوانب المادية الملموسة	٠,٧٤	٠,٨٦
٢	الاعتمادية	٠,٦٠	٠,٧٧
٣	الاستجابة	٠,٨٢	٠,٩١
٤	الأمان (الضمان)	٠,٨٩	٠,٩٤
٥	التعاطف	٠,٩٢	٠,٩٦
٦	المقياس الكلي	٠,٨٦	٠,٩٣

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

سادسًا: وصف خصائص عينة البحث

يعرض جدول (٢) التوزيع والنسبة المئوية للمبحوثين وفقا لبعض خصائصهم حيث يتضح أن نحو (٤٢,١%) من إجمالي المبحوثين كانت أعمارهم تقع في الفئة العمرية (من ٣٥ إلى ٥٠ سنة)، وأن عدد الإناث يزيد بشكل ملحوظ عن الذكور المبحوثين (٣,٦٣%, و٣٦,٧% على الترتيب)، وأن ما يقرب من ثلاثة أخماس المبحوثين المستفيدين (٥٩,٣%) يعملون، وأن ما يقرب من نصف المبحوثين حاصلون على المؤهلات

المتوسطة (٤٧,٧%)، وأن ما يزيد عن ثلثي المبحوثين (٧٠,٩) يتراوح أعداد أفراد أسرهم ما بين (٢ - ٥) فرد وأن ثلاثة أرباع المبحوثين يقعون في فئة منخفضي الدخل (٧٤,٩%)، كما يتضح أن (٨٤,٢%) من المبحوثين متزوجون، وأن أكثر من نصف المبحوثين (٥٣,٤%) يقعون في فئة راضي لحد ما عن خدمات الوحدات الصحية، وأن ما يقرب من ثلثي المبحوثين يقعون في فئة الانفتاح الثقافي المتوسطة (٦١,٣%).

جدول (٢): التوزيع والنسبة المئوية للمبحوثين وفقا لبعض خصائصهم .

المتغيرات	الفئات	العدد	%	المتغيرات	الفئات	العدد	%
عمر المبحوث	صغير (٢٠-٣٤) سنة	١٤٥	٤١	الدخل الشهري للأسرة	منخفض (٥٠٠-٢٦٦٦)	٢٦٥	٧٤,٩
	متوسط (٣٥-٥٠) سنة	١٤٩	٤٢,١		متوسط (٢٦٦٧-٤٨٣٣) جنيه	٥٨	١٦,٤
	كبير (٥١-٦٥) سنة	٦٠	١٦,٩		مرتفع (٤٨٣٤-٧٠٠٠) جنيه	٣١	٨,٧
النوع	ذكر	١٣٠	٣٦,٧	الحالة الاجتماعية	متزوج	٢٩٨	٨٤,٢
	أنثى	٢٢٤	٦٣,٣		أعزب	٤١	١١,٦
عمل المبحوث	يعمل	٢١٠	٥٩,٣		مطلق	٥	١,٤
	لا يعمل	١٤٤	٤٠,٧		أرمل	١٠	٢,٨
مستوى تعليم المبحوث	أمي	٦١	١٧,٠	الرضا عن خدمات الوحدة الصحية	راضي	٩١	٢٥,٧
	يقرا ويكتب	٣٠	٨,٥		راضي لحد ما	١٨٩	٥٣,٤
	إعدادي	١٦	٤,٥		غير راضي	٧٤	٢٠,٩
حجم الأسرة	مؤهل متوسط	١٦٩	٤٧,٧	الانفتاح الثقافي	منخفض (٦-١١) درجة	٥٢	١٤,٧
	مؤهل عالي	٧٨	٢٢,٣		متوسط (١٢-١٨) درجة	٢١٧	٦١,٣
	صغير (٢-٥) فرد	٢٥١	٧٠,٩	عالي (١٩-٢٤) درجة	٨٥	٢٤	
	متوسط (٦-١٠) فرد	٩٢	٢٦				
	كبير (١١-١٤) فرد	١١	٣,١				

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

النتائج ومناقشتها

أولاً: وصف مستوى إستفادة المبحوثين من جودة

خدمات الوحدة الصحية

١- مستوى إستفادة المبحوثين من بعد الجوانب المادية الملموسة

أوضحت النتائج الواردة بجدول (٣) أن ٢١,٨٪ من إجمالي المبحوثين وقعوا في فئة مستوى الإستفادة المنخفض، وأن ٥٩٪ منهم وقعوا في فئة مستوى الإستفادة المتوسط، في حين اتضح أن ١٩,٢٪ من المبحوثين وقعوا

جدول (٣): توزيع المبحوثين وفقا لمستوى استفادهم من بعد الجوانب المادية الملموسة.

الفئات	العدد	%
منخفض (١٤ - ١٩) درجة	٧٧	٢١,٨
متوسط (٢٠ - ٢٧) درجة	٢٠٩	٥٩
مرتفع (٢٨ - ٣٣) درجة	٦٨	١٩,٢
المجموع	٣٥٤	١٠٠

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

المبحوثين لتلك البنود جاءت مرتبة ترتيبا تنازليا وفقا لقيم المتوسط الحسابي لكل بعد على النحو التالي: جاء في مقدمتها - الوحدة الصحية موقعها مناسب ويسهل الوصول

وفي محاولة للوقوف على استفادة المبحوثين بكل بند من بنود الجوانب المادية الملموسة في الوحدة الصحية فقد أوضحت النتائج الواردة بجدول (٤) أن استجابات

وسريعة بما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة بمتوسط حسابى قدره (٢,٤٣) درجة، ويلبها في الأهمية بقية البنود على النحو المبين بالجدول.

إليها بمتوسط حسابى قدرة (٢,٥٣) درجة، ويلبها في المرتبة الثانية- يتصف الأطباء والممرضات بالنظافة وحسن المظهر بمتوسط حسابى قدره (٢,٥٠) درجة وجاء في المرتبة الثالثة الممرات والطرفات داخل الوحدة واسعة

جدول (٤): توزيع المبحوثين وفقا لإستفادتهم من بنود بعد الجوانب المادية الملموسة.

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	لا يستفيد %	يستفيد لحد ما %	يستفيد %	بنود الجوانب المادية الملموسة
١	٠,٧	٢,٥٣	١٢,١	٢٢,٩	٦٥,٠	١- الوحدة الصحية موقعها مناسب ويسهل الوصول إليها
١١	٠,٦٩	١,٥٩	٥٢,٥	٣٥,٩	١١,٦	٢- المعدات والأجهزة الطبية متوفرة وكافية لكل المرضى الوحدة الصحية .
٥	٠,٧٧	٢,٢٩	١٩,٥	٣٢,٥	٤٨,٠	٣- حالة مبنى الوحدة جيدة
٢	٠,٦٩	٢,٥٠	١١,٣	٢٧,٧	٦١,٠	٤- يتصف الأطباء والممرضين بالنظافة وحسن المظهر
٦	٠,٨٢	٢,١٨	٢٦	٣٠,٢	٤٣,٨	٥- الوحدة الصحية في مكان مناسب لجميع سكان القرية.
١٠	٠,٧٥	١,٧١	٤٦	٣٦,٤	١٧,٥	٦- المعدات والأجهزة الطبية فى الوحدة حديثة ومتطورة
٩	٠,٧٠	١,٨٥	٣٣,١	٤٨,٦	١٨,٤	٧- تتوفر الأدوية والتحاليل الطبية داخل الوحدة
٨	٠,٧٩	١,٨٧	٣٨,١	٣٦,٧	٢٥,١	٨- أماكن الانتظار والاستقبال مجهزة ونظيفة ومكيفة وكافية
٧	٠,٨١	٢,٠٣	٣١,٦	٣٣,٩	٣٤,٥	٩- تمتلك الوحدة دورات مياه صحية ونظيفة
٤	٠,٧٢	٢,٣٥	١٤,٧	٣٥,٩	٤٩,٤	١٠- تضع الوحدة لوحات إرشادية للتوعية الصحية
٣	٠,٧٢	٢,٤٣	١٣,٣	٣٠,٨	٥٥,٩	١١- الممرات والطرفات داخل الوحدة واسعة ومريحة بما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

٢- مستوى استفادة المبحوثين من بعد الإعتمادية

أوضحت النتائج الواردة بجدول (٥) أن ٢٧,١٪ من إجمالى المبحوثين ذوي مستوى استفادة منخفض ببعدها الإعتمادية، وأن ٦١,٣٪ من إجمالى المبحوثين ذوي مستوى استفادة متوسط، على حين اتضح أن ١١,٦٪ من المبحوثين ذوي مستوى استفادة مرتفع، وتشير تلك النتائج إلى أن حوالى ثلاثة ارباع العينة وقعوا في فئة مستوى

استفادة منخفض ومتوسط، مما يشير إلى إنخفاض مستوى الكادر الطبى والتمريض والتخصصات داخل الوحدة الصحية، كما يشير ذلك إلى تقصير الوحدة الصحية في تقديم الكثير من الخدمات، وربما يفرض هذا على وزارة الصحة تكثيف الجهود لتقديم العون المادى والمالى والمعنوى للوحدات الصحية وتخصيص نسبة إنفاق أكبر من موارد الدولة على الخدمات الطبية الريفية.

جدول (٥): توزيع المبحوثين وفقا لمستوى استفادتهم من بعد الاعتمادية.

الفئات	العدد	%
منخفض (٩ - ١٣) درجة	٩٦	٢٧,١
متوسط (١٤ - ١٨) درجة	٢١٧	٦١,٣
مرتفع (١٩ - ٢٣) درجة	٤١	١١,٦
المجموع	٣٥٤	١٠٠

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

يلتزم الكادر الطبي والتمريض بالوحدة بتقديم الخدمات الطبية في الوقت المناسب بمتوسط مرجح (٢,١٨) درجة، وجاء في المرتبة الثالثة بند تحرص الوحدة على تقديم الخدمات الطبية بشكل جيد في المقام الأول بمتوسط حسابي (٢,٠٤) درجة ويليهما في الأهمية بقية البنود على النحو المبين في الجدول.

وفي محاولة للوقوف على استفادة المبحوثين بكل بند من بنود بعد الاعتمادية في الوحدة الصحية فقد أوضحت النتائج الواردة بجدول (٦) أن استجابات المبحوثين لتلك البنود جاءت مرتبة ترتيبيا تنازليا وفقا لقيم المتوسط الحسابي لكل بند على النحو التالي: جاء في مقدمتها بند توافر التطعيمات باستمرار داخل الوحدة الصحية بمتوسط حسابي قدرة (٢,٧٥) درجة، ويليهما في المرتبة الثانية بند

جدول (٦): توزيع المبحوثين وفقا لإستفادتهم من بنود بعد الاعتمادية.

بنود بعد الاعتمادية	يستفيد %	لحد ما %	لايستفيد %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١- يلتزم الكادر الطبي والتمريضى بالوحدة بتقديم الخدمات الطبية في الوقت المناسب	٣٩,٣	٣٩,٥	٢١,٢	٢,١٨	٠,٧٦	٢
٢- تتوافر كافة التخصصات بالوحدة الصحية	١٤,٤	٣٨,٧	٤٦,٩	١,٦٨	٠,٧١	٦
٣- تقدم الوحدة الصحية كافة الخدمات الطبية بشكل جيد	٢٠,١٠	٣٧	٤٢,٩	١,٧٧	٠,٧٦	٥
٤- تشخيص الأمراض والعلاج يتم بشكل متميز في الوحدة الصحية.	٢٥,١	٤٢,٩	٣١,٩	١,٩٣	٠,٧٥	٤
٥- تهتم الوحدة بتدوين المعلومات عن المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات والكمبيوتر	٣,١	١٠,٥	٨٦,٤	١,١٧	٠,٤٥	٧
٦- توافر التطعيمات باستمرار داخل الوحدة الصحية	٧٨,٨	١٦,٩	٤,٢	٢,٧٥	٠,٥٢	١
٧- الوحدة بتحفظ بسجلات وملفات ومعلومات دقيقة عن المرضى	٢٥,١	٢٧,١	٤٧,٧	١,٧٧	٠,٨٢	٥
٨- تحرص الوحدة على تقديم الخدمات الطبية بشكل جيد في المقام الأول	٣٢,٥	٣٩,٣	٢٨,٢	٢,٠٤	٠,٧٨	٣

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

مستوى الاستفادة المنخفض والمتوسط من بعد الإستجابة في الوحدة الصحية، وربما يفرض ذلك على أجهزة التغيير في المجتمع الريفي ضرورة تكثيف الجهود لتعريف العاملين في الوحدة الصحية بأهمية سرعة الإستجابة والدقة في تقديم الخدمة الصحية السليمة وفي مواعيدها المناسبة وسرعة الرد على شكاوى واستفسارات المرضى مما يعكس أثر إيجابى على المبحوثين.

٣- مستوى استفادة المبحوثين من بعد الاستجابة

أوضحت النتائج الواردة بجدول (٧) أن ٢٧,٤% من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة منخفض ببعد الاستجابة، وأن ٤٧,٧% من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة المتوسط، على حين أن ٢٤,٩% من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة مرتفع، وتشير تلك النتائج إلى أن مايقرب من ثلاثة ارباع المبحوثين وقعوا في فئة

جدول (٧): توزيع المبحوثين وفقا لمستوى استفادتهم من بعد الإستجابة.

الفئات	العدد	%
منخفض (١٠ - ١٦) درجة	٩٧	٢٧,٤
متوسط (١٧ - ٢٣) درجة	١٦٩	٤٧,٧
مرتفع (٢٤ - ٣٠) درجة	٨٨	٢٤,٩
المجموع	٣٥٤	١٠٠

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

الإستعداد الدائم للعاملين والأطباء في الوحدة الصحية للمساعدة والإستجابة لطلبات المستفيدين بمتوسط حسابي قدره (٢,٠٦)، في حين جاء في المرتبة الثالثة إخبار المريض عن حالته الصحية أول بأول **وزيمتوسط** حسابي قدره (٢,٠٣) درجة، ويليهما في الأهمية بقية البنود على النحو المبين في الجدول.

وفي محاولة للوقوف على استفادة المبحوثين بكل بند من بنود بعد الإستجابة في الوحدة الصحية فقد أوضحت النتائج الواردة بجدول (٨) أن استجابات المبحوثين لتلك البنود جاءت مرتبة ترتيبيا تنازليا وفقا لقيم المتوسط الحسابي لكل بند على النحو التالي: جاء في مقدمتها بند ثمن الخدمات الصحية المقدمة مناسبة بمتوسط حسابي قدره (٢,٦٠) درجة، ويليهما في المرتبة الثانية بندى

جدول (٨): توزيع المبحوثين وفقا لإستفادتهم من بنود بعد الإستجابة .

بنود بعد الإستجابة	يستفيد %	لايستفيد %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١- ينحصل على الخدمات المطلوبة من الوحدة الصحية بسرعة	٢٧,٧	٤٦	٢,٠١	٠,٧٤	٤
٢- الإستعداد الدائم للعاملين والأطباء في الوحدة للمساعدة والإستجابة لطلبات المرضى	٣٢,٨	٤٠,١	٢,٠٦	٠,٧٧	٢
٣- سرعة الرد على شكاوى واستفسارات المرضى	٢٧,٤	٣٩,٥	١,٩٤	٠,٧٨	٧
٤- هناك دقة في مواعيد العمليات الجراحية وصرف العلاج داخل الوحدة الصحية	١٥,٠٠	٢٥,٤	١,٥٥	٠,٧٤	١٠
٥- إجراءات العمل بالوحدة سهلة وبسيطة وغير روتينية.	٢٧,٧	٤٢,١	١,٩٧	٠,٧٦	٦
٦- تغطي الوحدة احتياجاتنا باستمرار	٢٢,٦	٤٦,٣	١,٩٢	٠,٧٣	٨
٧- ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب	٧٠,١	١٩,٨	٢,٦٠	٠,٦٧	١
٨- إخبار المريض عن حالته الصحية أول بأول	٣٥,١	٣٣,٣	٢,٠٣	٠,٨٢	٣
٩- يتواجد الأطباء والممرضين بسرعة عند حاجة المريض لهم	٢٨,٨	٤٠,٧	١,٩٨	٠,٧٧	٥
١٠- تسعى إدارة الوحدة لمعرفة رأى المريض عند مغادرته الوحدة عن جودة الخدمات المقدمة	١٨,٤	٢٨,٨	١,٦٦	٠,٧٧	٩

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

إلى أن مايقرب من نصف المبحوثين وقعن في فئة مستوى الإستفادة المرتفع من بعد الأمان في الوحدة الصحية، وهذا ربما يدل على وجود نوع من الثقة والأطمئنان بين العاملين بالوحدة الصحية وبين المرضى (المستفيدين) حيث أنهم يشعرون بأنهم في أيدى أمينة مع الكادر الطبي سواء كان (أطباء أو ممرضين).

٤- مستوى إستفادة المبحوثين من بعد الأمان

أوضحت النتائج الواردة بجدول (٩) أن ٢٠,١% من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة منخفض ببعد الأمان ، وأن ٣٩,٨% من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة متوسط، على حين اتضح أن ٤٠,١% من المبحوثين ذوي مستوى استفادة مرتفع، وتشير تلك النتائج

جدول (٩): توزيع المبحوثين وفقا لمستوي استفادة المبحوثين من بعد الأمان.

الفئات	العدد	%
منخفض (٩ - ١٤) درجة	٧١	٢٠,١
متوسط (١٥ - ٢١) درجة	١٤١	٣٩,٨
مرتفع (٢٢ - ٢٧) درجة	١٤٢	٤٠,١
المجموع	٣٥٤	١٠٠

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين والكادر الطبي بالوحدة بمتوسط حسابي قدره (٢,٢٨) درجة، وجاء في المرتبة الثالثة يراعى العاملين بالكادر الطبي والعاملين بالوحدة الصحية العادات والتقاليد والأعراف للمستفيدين بمتوسط حسابي قدره (٢,٢٣) درجة ، يليها في الأهمية بقية البنود على النحو المبين بالجدول.

وفي محاولة للوقوف على استفادة المبحوثين بكل بند من بنود الأمان في الوحدة الصحية فقد أوضحت النتائج الواردة بجدول (١٠) أن استجابات المبحوثين لتلك البنود جاءت مرتبة ترتيبا تنازليا وفقا لقيم المتوسط الحسابي لكل بعد على النحو التالي: جاء في مقدمتها بند يتمتع موظفي الوحدة الصحية بسمعة طيبة وأخلاق عالية بمتوسط حسابي (٢,٤٧) درجة، وجاء في المرتبة الثانية بند الشعور

جدول (١٠): توزيع المبحوثين وفقا لاستفادتهم من بنود بعد الأمان .

بنود بعد الأمان	يستفيد %	لا يستفيد %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١-الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين والكادر الطبي بالوحدة	٤٩,٤	٢٨,٨	٢,٢٨	٠,٨٠	٢
٢-يتميز الأطباء في الوحدة بكفاءة ومهارات عالية في التشخيص والعلاج	٣٢,٢	٤٢,٩	٢,٠٧	٠,٧٥	٧
٣-هناك سرية تامة يلتزم بها الكادر الطبي عن كل ما يخص حالة المريض الصحية	٤١,٢	٣٧,٦	٢,٢٠	٠,٧٧	٤
٤-نشعر باننا بأيدي أمينة داخل الوحدة الصحة	٣٦,٤	٣٩,٨	٢,١٣	٠,٧٧	٥
٥-يراعى الكادر الطبي والعاملين بالوحدة العادات والتقاليد والأعراف للمريض	٤٣,٢	٣٧	٢,٢٣	٠,٧٦	٣
٦-يظهر العاملين في الوحدة الاهتمام الصادق لحل مشاكل المرضى	٣٣,٣	٤٤,١	٢,١١	٠,٧٤	٦
٧-يوجد رقابة من قبل إدارة الوحدة على أن يؤدي الأطباء والعاملين واجباتهم بكفاءة	٣٢,٥	٣٤,٥	١,٩٩	٠,٨١	٨
٨-استمرارية متابعة حالة المريض الصحية بالوحدة	٢٩,٤	٣٥,٣	١,٩٤	٠,٨٠	٩
٩-يتمتع موظفي الوحدة بسمعة طيبة وأخلاق عالية	٥٩	٢٨,٥	٢,٤٧	٠,٧١	١

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

٥- مستوى استفادة المبحوثين من بعد التعاطف

ما يقرب من نصف المبحوثين مستوى استفادتهم من بعد التعاطف في الوحدة الصحية مرتفعة مما يعني أن الوحدة الصحية لها قدرة كبيرة على استيعاب المرضى (المستفيدين) بروح مرحة واحترامهم وسرعة الرد على استفساراتهم ويقدرهم ظروفهم.

أوضحت النتائج الواردة بجدول (١١) أن ٢٢٪ من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة منخفض ببعد التعاطف، وأن ٣٥,٣٪ من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة متوسط، على حين اتضح أن ٤٢,٧٪ من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة مرتفع، ويتضح من ذلك أن

جدول (١١): توزيع المبحوثين وفقا لمستوي استفادة المبحوثين من بعد التعاطف.

الفئات	العدد	%
منخفض (١٠ - ١٦) درجة	٧٨	٢٢
متوسط (١٧ - ٢٣) درجة	١٢٥	٣٥,٣
مرتفع (٢٤ - ٣٠) درجة	١٥١	٤٢,٧
المجموع	٣٥٤	١٠٠

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

وجاء في المرتبة الثانية بند يوضح العاملين بالوحدة للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهما بمتوسط حسابي قدره (٢,٢٩) درجة، وجاء في المرتبة الثالثة بند ساعات العمل مناسبة لكل الناس في القرية بمتوسط حسابي قدره (٢,٢٢) درجة، ويليهما في الأهمية بقية البنود على النحو المبين بالجدول.

وفي محاولة للوقوف على استفادة المبحوثين بكل بند من بنود بعد التعاطف في الوحدة الصحية فقد أوضحت النتائج الواردة بجدول (١٢) أن استجابات المبحوثين لتلك البنود جاءت مرتبة ترتيبا تنازليا وفقا لقيم المتوسط الحسابي لكل بعد على النحو التالي: جاء في المرتبة الأولى بند يتسم سلوك الكادر الطبي والعاملين بالروح المرحمة والمجاملة واللفظ معنا بمتوسط حسابي (٢,٣٢) درجة،

جدول (١٢): توزيع المبحوثين وفقا لإستفادتهم من بنود بعد التعاطف.

بنود بعد التعاطف	يستفيد %	لا يستفيد %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١- يتسم سلوك الكادر الطبي والعاملين بالروح المرحمة والمجاملة واللفظ معنا	٤٨,٣	١٦,٧	٢,٣٢	٠,٧٤	١
٢- يبدي الكادر الطبي داخل الوحدة اهتماما شخصيا لنا	٣٦,٤	٢٥,٧	٢,١١	٠,٧٨	٦
٣- هناك إصغاء كامل لشكاوانا من قبل العاملين بالوحدة وبيدورا على مصالحنا	٣٣,١	٢٩,٩	٢,٠٣	٠,٧٩	٩
٤- يبدي العاملين بالوحدة احتراما بالغا للمريض	٣٨,٧	٢٧,١	٢,١٢	٠,٨	٥
٥- الوحدة بتضع مصلحتنا في مقدمة اهتماماتها	٣٥	٢٤,٦	٢,١	٠,٧٧	٧
٦- ساعات العمل مناسبة لكل الناس في القرية	٤٢,١	٢٠,٣	٢,٢٢	٠,٧٦	٣
٧- تنظر الوحدة للمريض انه دائما على حق	٣٢,٥	٢٨	٢,٠٥	٠,٧٨	٨
٨- العاملين في الوحدة يبقدروا ظروفنا ويفهموا احتياجاتنا	٤١	٢٠	٢,٢١	٠,٧٥	٤
٩- يوضح العاملين بالوحدة للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهما	٤٦,٩	١٧,٨	٢,٢٩	٠,٧٥	٢
١٠- يعطى الاطباء والعاملين في الوحدة الوقت الكافي لرعاية المريض	٣٢,٨	٣٠,٢	٢,٠٣	٠,٧٩	٩

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة متوسط، على حين اتضح أن ٣١,١٪ من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة مرتفع، ويتضح من هذه النتائج أن ثلثي المبحوثين مستوى استفادتهم من جودة خدمات الوحدة الصحية يقع في المستوى المنخفض والمتوسط مما يتطلب تكثيف جهود

٦- مستوى استفادة المبحوثين المقياس الكلي لجودة خدمات الوحدة الصحية

أوضحت النتائج الواردة بجدول (١٣) أن ٢٠,٦٪ من إجمالي المبحوثين ذوي مستوى استفادة منخفض من المقياس الكلي لجودة خدمات الوحدة الصحية، وأن ٤٨,٣٪

المستفيدين من خدمات الوحدة الصحية واحتوائهم وتفهم خدماتهم.

وزارة الصحة والمنظمات الأهلية داخل القرى من خلال عمل المزيد من اللقاءات والندوات للعاملين بالوحدة الصحية لتدريبهم على كيفية التعامل مع الريفيين

جدول (١٣): توزيع المبحوثين وفقا لمستوى استفادتهم من المقياس الكلى لجودة خدمات الوحدة الصحية.

الفئات	العدد	%
منخفض (٥٦ - ٨٣) درجة	٧٣	٢٠,٦
متوسط (٨٤ - ١١١) درجة	١٧١	٤٨,٣
مرتفع (١١٢ - ١٣٩) درجة	١١٠	٣١,١
المجموع	٣٥٤	١٠٠

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

خدمات الوحدة الصحية من وجهة نظر المبحوثين كانت كالتالي جاء في المرتبة الأولى بعد الأمان بمتوسط حسابي مرجح (٢,١٦) درجة، ويليه بعد التعاطف بمتوسط حسابي مرجح (٢,١٥) درجة، ويليه بعد الجوانب المادية الملموسة بمتوسط حسابي مرجح (٢,١٢) درجة، ثم بعد الاستجابة بمتوسط حسابي مرجح (١,٩٧) درجة، وأخيرا يأتي بعد "الاعتمادية" بمتوسط حسابي مرجح (١,٩١) درجة .

ثانيا: الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة في الوحدة الصحية من وجهة نظر المبحوثين

النتائج المتعلقة بالهدف الثاني للبحث والخاص بالتعرف على الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة في الوحدة الصحية من وجهة نظر المبحوثين. لتحقيق هذا الهدف تم حساب المتوسطات الحسابية والمرجحة لأبعاد جودة الخدمات بالوحدة الصحية بعينة البحث، حيث أشارت النتائج بجدول (١٤) أن الأهمية النسبية لأبعاد جودة

جدول (١٤): المتوسطات الحسابية والمرجحة لأبعاد جودة الخدمات في الوحدة الصحية.

أبعاد جودة الخدمة	عدد العبارات	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي المرجح	الترتيب
١- الجوانب المادية الملموسة	١١	٢٣,٣٢	٢,١٢	٣
٢- الاعتمادية	٨	١٥,٢٩	١,٩١	٥
٣- الاستجابة	١٠	١٩,٧٣	١,٩٧	٤
٤- الأمان	٩	١٩,٤٢	٢,١٦	٢
٥- التعاطف	١٠	٢١,٤٦	٢,١٥	١

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

*- المتوسط الحسابي المرجح (تم حسابه بقسمة المتوسط الحسابي على عدد البنود التي يتكون منها كل بعد)

أن الكادر الطبي والتمريض يتميز باللطف والكرامة وإبداء روح الصداقة والتعاون مع المستفيدين مما يشعرهم بالألفة وتقليل الفجوة بينهم وبين الطواقم الطبية وربما يرجع ذلك إلي أن سمة التعاطف هي الدارجة في تعامل العاملين مع المستفيدين وهي سمة من سمات المجتمع المصري والتي يظهر أثرها الإيجابي في ظل ظروف غلاء الأسعار وارتفاع أسعار الأدوية وكشف الأطباء.

ومما سبق يتضح أن بعد الأمان يحتل المرتبة الأولى من أبعاد جودة الخدمة الصحية ويرجع ذلك إلى أن العاملون يأخذون عادات وتقاليد المجتمع بعين الاعتبار عند تقديم الخدمة، كما أن هناك اطمئنان من المرضى أنهم بين أيدي أمانة مع الكادر الطبي والتمريض في الوحدة وأن المرضى يؤكدون أن هناك معاملة حسنة يتلقونها أثناء تلقي الخدمة الصحية، وفيما يتعلق ببعد التعاطف فقد احتل الترتيب الثاني في أبعاد جودة الخدمة الصحية وهذا يعني

والمقياس الكلي عند تصنيفهم وفقاً لمتغيرات (النوع، الحالة العملية، والحالة الاجتماعية، والرضا عن خدمات الوحدة الصحية).

بالنسبة لمتغير النوع تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين، لتحديد ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في استفادة المبحوثين من ابعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية في منطقة الدراسة والمقياس الكلي باختلاف متغير النوع. حيث يتضح من الجدول رقم (١٥) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) الأقل بالنسبة للمقياس الكلي لجودة الخدمة في الوحدة الصحية بالإضافة إلى جميع الأبعاد، وهذا يعني انه لا يمكن رفض الفرضية الصفرية رقم (١) انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من ابعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية والمقياس الكلي عند تصنيفهم وفقاً للنوع " وهذا يعني أن استجابات المبحوثين لم تتأثر بمتغير النوع، ويعني ذلك أن جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بأبعدها الخمسة متساوية للذكور والإناث وأنه لا يوجد تمييز لنوع على حساب الآخر بل أن الخدمة فيها صادقية.

وفيما يتعلق بالجوانب المادية والملموسة فقد احتلت الترتيب الثالث وربما يرجع ذلك إلي أن الوحدة الصحية تعاني من نقص في الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية وعدم توافر الأدوية والتحاليل داخل الوحدة وأن أماكن الانتظار والاستقبال غير مجهزة ودون المستوي المطلوب ويعزي ذلك إلي قلة الامكانيات المادية للوحدة الصحية الريفية وعدم قدرتها علي الوفاء بما هو مأمول منها , وعلي الجانب الآخر ما يتعلق ببعدي الاستجابة والاعتمادية فقد جاء في المرتبة الرابعة والخامسة علي الترتيب وربما يرجع ذلك إلي حداثة الأطباء وأن الطبيب يكلف بسنة واحدة فقط للوحدة الصحية وهي غير كافية, إضافة إلي نقص الأطباء والكادر الطبي, وكذلك ضعف وزارة الصحة علي ابقاء القوى البشرية الخبيرة والاستعانة بأطباء ليس لديهم الخبرة الكافية لإدارة الوحدة الصحية مما ينعكس علي حدوث أخطاء في التشخيص مع قلة الأدوية وعدم توافرها أحيانا وكذلك عدم التنوع في التخصصات داخل الوحدة الصحية مما ينعكس علي أداء الوحدة الصحية في تقديم خدماتها بالشكل المطلوب.

ثالثاً: التعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة خدمات الوحدات الصحية

جدول (١٥): نتائج اختبار (ت) لمعنوية الفروق بين استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة الخدمات الصحية والمقياس الكلي عند تصنيفهم علي أساس النوع والحالة العملية.

أبعاد جودة الخدمة	النوع				قيمة "ت"	الحالة العملية			
	ذكر		أنثى			لا تعمل		تعمل	
	ع	م	ع	م		ع	م	ع	م
الجوانب المادية الملموسة	٢٣,٢١	٢٣,٣٨	٤,٤٠	٠,٣٦٩	٢٣,٢٥	٤,٥٨	٢٣,٣٧	٤,١٥	٠,٢٤٩
الاعتمادية	١٥,٤٢	٢,٨٣	١٥,٢١	٠,٧٠١	١٥,٣١	٢,٧٦	١٥,٢٧	٢,٧٦	٠,١٣٧-
الاستجابة	١٩,٨٣	٤,٦٣	١٩,٦٧	٠,٣١٥	١٩,٦١	٤,٦٢	١٩,٨٠	٤,٦٦	٠,٣٩٥
الأمان	١٩,٨٢	٤,٩٥	١٩,١٩	١,١٢٦	١٩,٣٩	٥,١٨	١٩,٤٤	٤,٩٢	٠,٠٩٩
التعاطف	٢١,٦٨	٥,٧٣	٢١,٣٤	٠,٥١٨	٢١,٥٠	٦,٠٢	٢١,٤٤	٥,٨٤	٠,٠٩٧
المقياس الكلي	٩٩,٩٥	١٨,٨٥	٩٨,٧٩	٠,٥٦٣	٩٩,٠٦	١٨,٦٧	٩٩,٣٢	١٨,٧٠	٠,١٣٢

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

الخدمة في الوحدة الصحية الريفية والمقياس الكلي في منطقة البحث باختلاف متغير الحالة العملية. حيث يتضح من الجدول رقم (١٥) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً عند

وبالنسبة لمتغير الحالة العملية تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين لتحديد ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في أبعاده جودة

نفسها سواء كان المبحوث يعمل أو لا يعمل وأنها واحد لكل أفراد المجتمع الريفي. وبالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية للمبحوثين تم استخدام تحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد لتحديد ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في أبعاد جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية والمقياس الكلي في منطقة البحث باختلاف الحالة الاجتماعية.

مستوى (٠,٠٥) على الأقل في المقياس الكلي لجودة الخدمة في الوحدة الصحية بالإضافة إلى جميع الأبعاد، وهذا يعني أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفرية رقم (٢) أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة الخدمة في الوحدة الصحية الريفية والمقياس الكلي عند تصنيفهم وفقاً للحالة العملية " وهذا يعني أن استجابات المبحوثين لم تتأثر بمتغير الحالة العملية لهم وربما يرجع ذلك إلى أن الخدمات التي يحصلون عليها هي

جدول (١٦): نتائج تحليل التباين في اتجاه واحد بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية والمقياس الكلي وفقاً للحالة الاجتماعية.

القرار	قيمة "ف"	الحالة الاجتماعية				أبعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية
		أرمل (ن=١٠)	مطلق (ن=٥)	أعزب (ن=٤١)	متزوج (ن=٢٩٨)	
لا يوجد فروق	٠,١٤٧	٢٢,٧	٢٤,٢٠	٢٣,٤٤	٢٣,٣١	الجوانب المادية الملموسة
لا يوجد فروق	١,١٠٢	١٤,٨٠	١٣,٤٠	١٥,٦٣	١٥,٢٩	الاعتمادية
لا يوجد فروق	١,١٢٦	١٧,٦٠	١٧,٨٠	١٩,٤٦	١٩,٨٧	الاستجابة
لا يوجد فروق	١,٢٦٤	١٧,٣٠	١٦,٤٠	١٩,٣٩	١٩,٥٥	الأمان
لا يوجد فروق	٠,٨١٧	١٩,٧٠	١٩,٤٠	٢٠,٧٣	٢١,٦٦	التعاطف
لا يوجد فروق	٠,٨٦٣	٩٢,١٠	٩١,٢٠	٩٨,٦٦	٩٩,٦٧	المقياس الكلي

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

أعزباً أم مطلقاً أم أرملاً لكل الأبعاد والمقياس الكلي، وهذا يعني أن استجابات المبحوثين لم تتأثر بمتغير الحالة الاجتماعية لهم وربما يرجع ذلك إلى أن الخدمات المقدمة من الوحدة الصحية واحدة لكل المبحوثين أي أن هناك عدالة في توزيع الخدمات على المستفيدين دون النظر لحالتهم الاجتماعية.

وبالنسبة لمتغير الرضا عن خدمات الوحدة الصحية تم استخدام تحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد لتحديد ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في أبعاد جودة الخدمة في الوحدة الصحية الريفية والمقياس الكلي في منطقة البحث باختلاف الرضا عن خدمات الوحدة الصحية.

ويتضح من الجدول (١٦) أن قيم (ف) غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) في النسبة للمقياس الكلي لجودة الخدمة في الوحدة الصحية بالإضافة إلى جميع الأبعاد، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود للحالة الاجتماعية. وهذا يعني أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفرية رقم (٣) أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة الخدمة في الوحدة الصحية الريفية والمقياس الكلي عند تصنيفهم وفقاً للحالة الاجتماعية".

ويتضح من النتائج السابقة أن جودة الخدمات المقدمة من الوحدة الصحية الريفية من وجهة نظر المبحوثين لا تختلف حسب الحالة الاجتماعية سواء كان متزوجاً أم

جدول (١٧): نتائج التباين في اتجاه واحد بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من أبعاد جودة الخدمة في الوحدة الصحية وفقاً للرضا عن خدمات الوحدة الصحية.

القرار	قيمة "ف"	مستوى الرضا			أبعاد جودة الخدمة في الوحدات الصحية
		غير راضي (٩٣=ن)	راضي لحد ما (٢٠٣=ن)	راضي (٨٦=ن)	
يوجد فروق	**٢٨,٤٢	٢١,٠٥	٢٣,٠٥	٢٥,٧٣	الجوانب المادية الملموسة
يوجد فروق	**٢٩,١٩	١٣,٥٣	١٥,٣٥	١٦,٥٨	الاعتمادية
يوجد فروق	**٢٠,٥٢	١٧,٣١	١٩,٧١	٢١,٧٣	الاستجابة
يوجد فروق	**٣٣,٤٥	١٩,٠٩	١٩,٤٨	٢٢,٠٠	الأمان
يوجد فروق	**٢٥,٠٨	١٨,٣٨	٢١,٢٢	٢٤,٤٧	التعاطف
يوجد فروق	**٤٢,٢٦	٨٦,٣٦	٩٨,٨٢	١١٠,٥١	المقياس الكلي

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

رابعاً: مقترحات المبحوثين لتنشيط وتفعيل دور الوحدات الصحية الريفية

يتضح من جدول (١٨) أنه يوجد أربعة عشر مقترحا لتنشيط وتفعيل دور الوحدات الصحية الريفية ذكرها المبحوثين بنسب تراوحت بين ٩٧,٧% إلى ٥٠,٨% من المبحوثين، وهذه المقترحات مرتبة تنازلياً حسب نسبة ذكرها على النحو التالي: وجود عداله توزيع الاطباء على الوحدات الصحية وتوفير الادويه الفعاله والمستلزمات الناقصه واتفق على هذين المقترحين ٩٧,٧% من المبحوثين، ثم توفير اخصائي في كل التخصصات للوحده الصحية بصفه دائمه وتوفير الطوارئ على مدار ٢٤ ساعه في الوحده الصحية واتفق على هذين المقترحين ٩٦,٣% ويلبها بقيه المقترحات على النحو المبين في الجدول.

وقد كشفت نتائج جدول (١٧) عن معنوية تلك الفروق بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من ابعاد جودة الخدمات في الوحدة الصحية والمقياس الكلي عند تصنيفهم علي أساس الرضا عن جودة خدمات الوحدة الصحية، ان قيم (ف) المناظرة لكل منها تراوحت ما بين (٢٠,٥٢ و ٤٢,٢٦) وجميعها قيم دالة إحصائية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠١ على الأقل وعليه يمكن رفض الفرض الإحصائي الرابع وقبول الفرض البديل الذي ينص على "وجود فروق معنوية بين متوسطات استجابات المبحوثين للاستفادة من ابعاد جودة الخدمات في الوحدة الصحية والمقياس الكلي عند تصنيفهم علي أساس الرضا عن جودة خدمات الوحدة الصحية " وذلك لصالح الراضين عن خدمات الوحدة الصحية. ومما سبق يتضح أنه كلما زادت جودة الخدمات الصحية التي يتلقاها المستفيدين كلما زاد راضهم عن الخدمات التي تقدمها.

جدول (١٨): توزيع المبحوثين وفقاً لمقترحاتهم لتنشيط وتفعيل دور الوحدات الصحية الريفية .

العدد	%	مقترحات تفعيل وتنشيط دور الوحدة الصحية
٣٤٦	٩٧,٧	١- وجود عداله في توزيع الاطباء على الوحدات الصحية
٣٤٦	٩٧,٧	٢- توفير الادويه الفعاله والمستلزمات الناقصه
٣٤١	٩٦,٣	٣- توفير الطوارئ على مدار ٢٤ ساعه في الوحده الصحية
٣٤١	٩٦,٣	٤- توفير اخصائي في كل التخصصات للوحده الصحية بصفه دائمه
٣٢٥	٩١,٨	٥- توفير ادويه الاسعافات الاولييه داخل الوحدات الصحية وتوافر اسعاف داخلي
٣٢٠	٩٠,٤	٦- توفير تمويل مالي اكثر للوحدات الصحية
٣١٠	٨٧,٦	٧- توفير جهاز اشعه في الوحدات الصحية
٣٠٩	٨٧,٣	٨- العمل على الغاء نظام اللامركزيه في الوحده الصحيه
٣٠٨	٨٧	٩- تواجد اخصائي طب الاسره للوحده الصحية بصفه مستمره
٣٠٠	٨٤,٧	١٠- تجهيز المعامل بالادوات والمستلزمات الناقصه
٢٩٠	٨١,٩	١١- توفير دورات تدريبيه للاطباء والعاملين في الوحده الصحيه لرفع مستواهم العلمي
٢٩٠	٨١,٩	١٢- تجهيز الوحدات الصحيه بالاجهزه والمعدات الحديثه
٢٥٠	٧٠,٦	١٣- زياده تفعيل العقوبات وتطبيقه على الاطباء والعاملين في الوحده الصحيه
١٨٠	٥٠,٨	١٤- توفير جهاز سونار في الوحده الصحيه الريفيه

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان

التوصيات

- ٩- إقامة وتوزيع العلاقات بين الوحدة الصحية وأساتذة الكليات والمعاهد الطبية من خلال إقامه دورات تدريبية وتنقيفية ومؤتمرات في مجال جوده الخدمات الصحية .
- ١٠- زيادة فرص التدريب الخارجي للأطباء بالوحدات الصحية لرفع كفاءتهم والاطلاع على كل ما هو جديد في مجال الطب.
- ١١- يقترح البحث تقييم أوضاع الوحدة الصحية بصفة دورية بهدف الاستفادة من نتائج التقييم في تطوير وتحسين أداء الوحدة الصحية من خلال إنشاء هيئة مصرية مستقلة لمعايير الجودة ومراقبة الأداء بالقطاع الصحي.

المراجع

- ١- الابشيهي، أحمد عبد الحميد عبد الحميد. (٢٠١١). متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، المجلد (٧)، العدد (٣١) : ٣٠٦١-٣١٠٤ .
- ٢- الجدى، بلال جمال محمد. (٢٠١٨). أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، كلية التجارة : ١-١٢١ .
- ٣- الحسينى، لمياء سعد، وتيسير قاسم بازينة. (٢٠١٩). أبعاد جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمركزى قطور وزفتى بمحافظة الغربية، مجلة المنوفية للعلوم الاقتصادية والاجتماعية الزراعية، مجلد (٤) : ٢٣٧-٢٦٥ .
- ٤- الرمادي، محمد محمود أحمد (٢٠٢٢). الأبعاد الاجتماعية لحوكمة الخدمات الصحية وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على العاملين في المستشفى التعليمي العالمي بجامعة طنطا. مجلة كلية الآداب بجامعة بورسعيد، العدد (٢١) : ٣٠٩-٣٤٢ .
- ٥- العتيبي، عبدالله ضاوى. (٢٠١٩). جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف. مجلة كلية

ويمكن في ضوء ما توصلت إليه نتائج البحث والتي أشارت الى أن درجة استفادة الريفيين من أبعاد جودة الخدمات الصحية في قريه البحث كانت معظمها متوسطة الأمر الذي يشير إلى ضرورة العمل على تحسين وتعزيز أبعاد جوده الخدمات الصحيه وذلك من خلال بعض التوصيات التي يمكن ذكرها فيما يلي :

- ١- العمل على سد العجز لأصناف الأدوية والمستلزمات الطبية غير المتوفرة أو توفير البديل المناسب.
- ٢- قيام الدوله بزياده نسبه الإنفاق الحكومي على المنظمات الصحية بما يتناسب مع أهلية القطاع الصحي للريفيين وزيادته تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية.
- ٣- الاهتمام بتوفير الكوادر الطبية والكوادر المساعدة المطلوبة داخل الوحدة الصحية الريفية ومحاولة جذب الكوادر الطبية ذات الخبرة والكفاءة العالية من خلال تحسين الوضع المالي للكوادر الطبية.
- ٤- مشاركة الريفيين في تخطيط البرامج الصحية لكي تتناسب مع ظروفهم الصحية ومشكلاتهم الصحية الملحة واتباع اسلوب اللامركزية في تغطية البرامج الصحية.
- ٥- العمل على توفير معامل مجهزة لإجراء التحاليل الطبية اللازمة داخل الوحدات الصحية لكي يتمكن الطبيب من التشخيص الصحيح.
- ٦- التركيز على إقامة علاقات تعاونية وتنسيقية بين كل من الوحدات الصحية والمجتمع المدني (جمعية تنمية المجتمع المحلي، ولجان الزكاة، والمدارس، والمساجد، ورجال الأعمال داخل القريه وخارجها للاستفادة منهم كأحد مصادر التمويل وزيادة التوعيه الصحية للريفيين).
- ٧- العمل على ترسيخ ثقافة أبعاد جودة الخدمات الصحية لدى الطواقم الطبية والتمريضية والإدارية حول مفهوم وأهداف وأبعاد جودة الخدمات الصحية عن طريق دورات تدريبية لهم لزيادة مهاراتهم في التعامل مع المرضى.
- ٨- زيادة تفعيل العقوبات وتطبيقها على العاملين في الوحدة الصحية لتقليل الأخطاء الشائعة في التشخيص والعلاج.

- الحاج لخضر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الجزائر: ١- ١٤١.
- ١١- عتيق، عائشة (٢٠١٢). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية. رسالة ماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، الجزائر: ١- ٢٤٤.
- ١٢- عوض الله، فوزية علي سلطان. (٢٠١٥). تحديد مدى إمكانية تأثير إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) في تحقيق المزايا التنافسية للخدمات الصحية في وحدات صحة المرأة الريفية بالقرى المصرية: بحث ميداني، المجلة المصرية للدراسات التجارية، كلية التجارة بجامعة المنصورة، مجلد (٣٩)، عدد (٢): ٦٧- ١٤١.
- ١٣- منصور، حسين (٢٠٠٦). الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين في المستشفيات الحكومية بمدينة إربد- الأردن، جامعة اليرموك، المنارة، المجلد (١٣)، العدد (١): ١- ٣٠.
- ١٤- يحيوي، مريم (٢٠١٧). دور أخلاقيات الأعمال في تحسين جودة الخدمة الصحية -أبحاث اقتصادية وإدارية، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية وعلوم التسيير، العدد (٢١): ١٣٥- ١٥٠.
- 15 - Krejcie, R.V. and Morgan, R. W. (1970). Educational and Psychological Measurements. College Station, Durham North Carolina, USA, Vol. 30
- الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، المجلد (٢٠)، العدد الأول: ١٨٥ - ٢٠٨ .
- ٦- بلعياض، خديجة، وجدادو عبد الحق.(٢٠٢٠). أثر أخلاقيات العمل على تحقيق جودة الخدمة الصحية دراسة عينة من مقدمي الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية الشلف أولاد محمد. مجلة اقتصاديات شمال أفريقيا، جامعة حسيبية بل علي بالشلف، مجلد (١٦)، العدد (٢٣): ٣٩٧-٤٠٦ .
- ٧- خلاف، نجوي، وآخرون (٢٠٠٥). الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن وروى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية البيئية والصحية: ١- ٣٤٣.
- ٨- رحومة، نجلاء فرحات. (٢٠١٢). متطلبات تحقيق جودة الخدمات الصحية بالجمهورية العظمى: مع دراسة تطبيقية على القطاع الصحي، رسالة دكتوراة، جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، قسم الادارة العامة: ١- ٣٠٣.
- ٩- شحاته، نورا أمين عبدالرحمن إبراهيم. (٢٠٢٢). المسؤولية الاجتماعية للرائدات الريفيات بالوحدات الصحية وتنمية الوعي لدي المرأة الريفية بمخاطر جائحة فيروس كورونا. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، عدد (٥٧)، مجلد (٢): ٣٥٥- ٣٩٢.
- ١٠- صغيرو، نجاة (٢٠١٢). تقييم جودة الخدمات الصحية- دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، جامعة

THE RURAL PEOPLE'S BENEFIT FROM THE QUALITY OF SERVICES IN HEALTH UNITS IN ONE OF THE VILLAGES OF RIYADH CENTER - KAFR EL-SHEIKH GOVERNORATE

Al-Diasty, H. M. H. and Amer, Asmaa F. A.

Agricultural Extension and Rural Development Research Institute - Agricultural Research Center

ABSTRACT: This research aimed to identify the level of rural people's benefit from the quality of services in health units in one of the villages of Riyadh Center - Kafr El-Sheikh Governorate, as well as to determine the relative importance of the dimensions of the quality of services of health units from the point of view of the beneficiaries; to determine whether there are statistically significant differences between the average estimates of the sample of research on the use of the dimensions of quality of health service by rural people attributable to some of the personal variables of the beneficiaries; and to identify suggestions made by rural people to revitalize and activate the role of the health unit. A random sample of 354 subjects was selected from the health unit to which they were selected. The necessary data were collected by interpersonal interview using a questionnaire during November and December 2022. Repeats, percentages, and weighted and arithmetical means were used. The E and F tests were also used. The results showed that there were two dimensions in which rural people within the health unit in the research area benefited from the quality of services, which were approximately 50% high. Results also indicated that sympathy ranked first in relative importance of the quality dimensions of health unit services, second after safety, then after tangible physical aspects, then after response and finally after dependability. The results also indicated that there were statistically significant differences between the researchers' average utilization of quality of services in health units when classified on the basis of satisfaction with the quality of services of health units in favour of the category of satisfied persons, while there were no significant differences between the researchers' average utilization of quality of services in health units when classified on the basis of type, practical status and social status. While the researchers' most important suggestions for activating and activating the role of the health unit were that there should be fairness in the distribution of doctors to health units as well as the provision of effective medicines and supplies that were lacking, the proportion of respondents who proposed this amounted to 97.7%.

Key words: Service quality, health service, health units, benefit.
