

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا

وجهات نظر السكان في الأغوار الجنوبية حول تقديم الخدمات الصحية
الحكومية خلال جائحة كوفيد-19

شهرزاد أحمد حسن أبو الرب

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1442هـ / 2021م

وجهات نظر السكان في الأغوار الجنوبية حول تقديم الخدمات الصحية
الحكومية خلال جائحة كوفيد-19

Perspectives of the southern Jordan Valley's residents on governmental
health services delivery during the COVID-19 pandemic

إعداد:

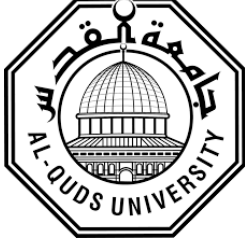
شهرزاد أحمد حسن أبو الرب

بكالوريوس إدارة - جامعة القدس المفتوحة - فلسطين

إشراف: الدكتورة أسما الإمام

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في التنمية
المستدامة مسار بناء المؤسسات وتنمية الموارد البشرية / معهد
التنمية المستدامة / كلية الدراسات العليا - جامعة القدس

1442هـ / 2021م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
معهد التنمية المستدامة

إجازة الرسالة

وجهات نظر السكان في الأغوار الجنوبية حول تقديم الخدمات الصحية
الحكومية خلال جائحة كوفيد-19

Perspectives of residents in the southern Jordan Valley on governmental
health services delivery during the COVID-19 pandemic

اسم الطالب: شهرزاد أحمد حسن أبو الرب

الرقم الجامعي: 21710904

إشراف: د. أسما الإمام

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2021/05/24 من أعضاء لجنة المناقشة
المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

رئيس لجنة المناقشة: د. أسما الإمام	التوقيع:
ممتحناً داخلياً: د. أحمد حرز الله	التوقيع:
ممتحناً خارجياً: د. محمد شاهين	التوقيع:

القدس – فلسطين

1442هـ / 2021م

الإهداء

إلى والدي ووالدتي

إلى أغلى ما منحتني إياه الحياة، أبنائي وبناتي الأعزاء

إلى من رافقني في دربي سنداً دائماً . . زوجي العزيز

إلى كل من روت دمائهم أرض فلسطين،، إلى الشهداء والجرحى على طول سنوات النضال الفلسطيني

إلى من ضحوا بحريتهم لننال مجداً، أسرانا في سجون المحتل الغاشم . .

إلى كل من مدّ لي يد العون . .

شهرزاد أبو الرب

إقرار

أقر أنا معد الرسالة، بأنها قدمت لجامعة القدس، لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الدراسة، أو أي جزء منها، لم تقدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع:.....

شهرزاد أحمد حسن أبو الرب

التاريخ: 2021/05/24

الشكر والتقدير

الحمد والشكر لله تعالى من قبل ومن بعد، والصلاة والسلام على سيد المرسلين محمد بن عبد الله وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتقدم بالشكر الجزيل لكل من ساندني في إخراج هذا العمل إلى حيز الوجود، وإلى الوصول به إلى درجة من الرضا والقبول، وأخص بالذكر المشرفة الدكتور أسما الإمام، التي ساهمت في أن تكون هذه الدراسة على المستوى المطلوب من خلال توجيهاتها وإرشاداتها الدائمة، كما لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر لأسرة معهد التنمية المستدامة في جامعة القدس، ممثلة بمديرها الدكتور أحمد حرز الله، والذين ما فتئوا يقدمون من علمهم وتوجيهاتهم ونصائحهم ما مكّني من الوصول إلى نهاية هذه الدراسة.

والشكر موصول إلى هذا الصرح العلمي الكبير، جامعة القدس ممثلة برئيسها ومجلس أمنائها، والذين بجهودهم وعطائهم، يتيحون فرصة ثمينة للطالب الفلسطيني ليصل إلى أعلى مستويات العلم والتقدم.

كما أتقدم بكل تواضع بالشكر والانحناء لأساتذتي الأفاضل الذين رغم مشاغلهم وضيق وقتهم، أعطوني من الوقت لمراجعة وتدقيق وتحكيم أداة دراستي، وإبداء ملاحظاتهم، التي كان لها الدور الأكبر في تطوير وتحسين ما قمت به من عمل.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للجنة المناقشة التي أبدت ملاحظاتها ورؤيتها العلمية ليرقى هذا العمل إلى المستوى المطلوب.

وفي الختام اشكر كل من ساندني ولو بجزء يسير في تقديم هذه الدراسة، والحمد لله رب العالمين.

تعريفات الدراسة

النظام الصحي: جميع المنظمات (الأفراد والمؤسسات) ساعين إلى انتاج إجراءات هدفها الأولي هو التطوير والإصلاح والحفاظ على الصحة (فيجويراس وماكي، 2015، 21).

الخدمات الصحية: هي الخدمات التشخيصية العلاجية التأهيلية الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والمساندة، وما يرتبط بها من فحوصات مخبرية عادية ومتخصصة وخدمات إسعاف وطوارئ وخدمات تمريض وصيدلة (جلاب، 2016، 11).

الخدمات الصحية الوقائية: وهي الخدمات الصحية التي ترتبط بصحة المجتمع ككل، والتي ترتبط بخدمات الوقاية من الأمراض المعدية والأوبئة وحماية المجتمع من التدهور الصحي الناجم عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تنشأ وتمارس إجراءات ملوثة للبيئة المحيطة التي يعيش بها الإنسان (كورتل وصادق، 2012، 85).

الخدمات الصحية العلاجية: وهي الخدمات التي ترتبط بصحة الفرد بشكل مباشر، كخدمات التشخيص وعلاج الأمراض والتأهيل، ويكون الهدف من هذه الخدمات تخليص الفرد من إصابة وقعت له أو تخفيف معاناة ألم ومرض ألم به (بن فرحات، 2018، 45).

التوافر: توافر الموارد البشرية والبنية التحتية الرئيسة في تقديم الخدمات الصحية، وتوافر المعدات والمرافق والأدوية الأساسية، والقدرات التشخيصية، ومدى جاهزية المرافق والمراكز الصحية لتوفير تدخلات الرعاية الصحية الأساسية والرعاية الشاملة في حالات الطوارئ والأوبئة والفيروسات (Critchley, 2014).

إمكانية الوصول: استفادة الجميع من فرص الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية وذلك ضمن نطاق الولاية القضائية للطرف (منظمة الصحة العالمية، 2018).

المقبولية: أن تقوم جميع المرافق والسلع والخدمات باحترام الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافياً، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة (منظمة الصحة العالمية، 2018).

الجودة: القدرة على تحقيق رغبات المستهلك وبالشكل الذي يتطابق مع توقعاته، ويحقق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التي تقدم له" (الحبيب، 2019، 11).

جودة الخدمة الصحية: هي التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، تؤدي لإحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية (الدرادكة والشبلي، 2002).

المستشفيات العامة: وهي المستشفيات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية للمنطقة الجغرافية التابعة لها، وأحياناً تقدم هذه المستشفيات الخدمات الصحية بعضاً من خدمات الرعاية الصحية الثالثة (البرش، 2017، 62).

الأغوار الجنوبية: هي مناطق الأغوار الفلسطينية التي تضم تجمعات فصايل والعوجا ومنطقة أريحا ومدينتها وقرية الديوك، النعومية وعين السلطان، ومنطقة الخان الأحمر، النبي موسى ووادي القلط، ويتبع السكان إدارياً لمحافظة أريحا (الحملة الشعبية لمقاومة جدار الفصل العنصري، 2011).

المخلص

أثر فيروس كوفيد 19 على أنظمة الرعاية الصحية في العديد من البلدان، لا سيما تلك التي تعاني نظمها الصحية أساساً من القصور مثل فلسطين. يؤثر تفشي كوفيد 19 على جميع شرائح السكان ويضر بشكل خاص بأفراد تلك الفئات الاجتماعية في الأماكن الأكثر ضعفاً وتهميشاً. وادي الأردن الجنوبي هو أحد هذه المناطق في فلسطين التي تتعرض للتهديد المستمر والحرمان من حقوق مواطنيها ومصادرة الأراضي من قبل الاحتلال الإسرائيلي. لذلك أجريت هذه الدراسة لفحص الخدمات الصحية الحكومية المقدمة لسكان وادي الأردن الجنوبي في محافظة أريحا من وجهة نظر متلقي الخدمة. نظرت الدراسة في تلك الخدمات الصحية من حيث التوافر، وإمكانية الوصول، والمقبولية، والكفاءة. كما هدفت الدراسة أيضاً إلى تحديد الرضا العام بين متلقي الخدمة وتوافر خدمات كوفيد 19.

تم الاعتماد في إجراء الدراسة على المنهج الوصفي والتحليلي، وتم تحديد مجتمع الدراسة من القاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وبلغ عدد مجتمع الدراسة (16492) شخصاً وفقاً لبيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني حتى منتصف العام 2020، وقد تم أخذ عينة عشوائية بسيطة ممثلة لمجتمع الدراسة بلغ حجمها (374) شخصاً، وتم استرجاع (347) استبانة قابلة للتحليل والدراسة، بنسبة استرجاع بلغت (93.0%). قامت الباحثة بتوزيع وجمع الاستبانات وإدخال لبيانات وتحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الإصدار V23.

أظهرت نتائج الدراسة أن وجهات نظر السكان بواقع الخدمات الصحية الحكومية بكافة أبعادها المحددة والمقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية كان بدرجة متوسطة (55.8%)، إضافة إلى وجود علاقة إيجابية طردية بين الدرجة الكلية لواقع هذه الخدمات والدرجة الكلية لمستوى الكفايات وبين الدرجة الكلية لمستوى رضا متلقي هذه الخدمات بشكل عام. ($P=0.001$, $R=0.34$)، كما بينت النتائج بأن أبرز الخدمات التي قُدمت خلال جائحة كوفيد-19 حسب وجهة نظر مجتمع الدراسة، كانت تقديم التوعية الصحية حول المرض وطرق الوقاية من الإصابة بدرجة متوسطة (70.8%).

وعليه؛ أوصت الدراسة، بضرورة رفع مستوى الخدمات الصحية الحكومية بكافة أبعادها وكذلك مستوى الكفايات النوعية والكمية لهذه الخدمات، إضافة إلى تقديم الخدمات المتعلقة بإجراء فحوصات أكثر للكشف عن الإصابة بكوفيد-19، كما أوصت الدراسة بضرورة تحسين وإدخال خدمات الصحة النفسية في مراكزها الصحية الحكومية لتلبية احتياجات الأغوار الجنوبية.

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصحية، الحكومية، الأغوار الجنوبية، المقبولية، التوافر، إمكانية الوصول، الجودة، محافظة أريحا.

Perspectives of the southern Jordan Valley's residents on governmental health services delivery during the COVID-19 pandemic.

Prepared By: Shahrazad Abu Al-rob.

Supervisor: Dr. Asma Al-imam.

Abstract

COVID-19 has affected many countries' healthcare systems particularly those who have already overburdened public health systems such as in Palestine. The COVID-19 outbreak affects all segments of the population and is particularly detrimental to members of those social groups in the most vulnerable situations. The Southern Jordan Valley is one of these regions in Palestine that is constantly threatened, while depriving its citizens' rights such as land confiscation by Israeli occupation. Therefore, this study is conducted to examine the public health services provided to people living in the Southern Jordan Valley in Jericho Governorate from the perspective of the service recipients. The study assessed health services in terms of availability, accessibility, acceptability, and efficiency. The study also aimed to determine the overall satisfaction among service recipients and availability of COVID 19 services.

The study design is descriptive-analytical approach and the residents of the Southern Jordan Valley in Jericho Governorate are the study's population. According to the Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS), there were 16,492 residents in that region as of mid-2020. The study's sample consisted of 374 participants who were selected randomly. The data collection tool is a questionnaire developed by the researcher after thorough literature review which was tested for reliability and validity. The researcher distributed and collected the questionnaires and data entered and analysed using SPSS version V.23.

The results showed that public health services (in all its specific dimensions) that offered to residents in the Jordan Valley's southern region received a moderate score (55.8%). Furthermore, there was a strong relationship between the health services and their efficiencies, and the overall satisfaction of the service users ($P=0.001$, $R=0.34$). The findings revealed that health information about the pandemic and preventive strategies were the most important services provided during the COVID-19 pandemic (70.8%).

In conclusion, the researcher proposed that the government should devote more resources for improving the quality and efficiency of government health services across all dimensions, and the level of qualitative and quantitative efficiencies of these services. During the COVID-19 pandemic, the government facilities need to provide more services such as COVID-19 testing for residents of the Southern Jordan Valley. Besides, they need also to improve and integrate psychosocial services into governmental health programs.

Keywords: Health services, government, southern region, acceptability, availability, accessibility, quality, Jericho Governorate.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 مقدمة

يعتبر حق الإنسان في الصحة وتلقي الخدمات الصحية من دولته، من أهم الحقوق التي تؤكد عليها التشريعات والقوانين والأعراف الدولية، ويرتبط هذا الحق ارتباطاً وثيقاً بحق الإنسان في الحياة والعيش بكرامة، وهو حق إنساني أصيل لا يمكن المساومة عليه، وبالتالي لا بد من توافر الوسائل والسبل التي تضمن هذا الحق وتضمن وصوله بالمستوى المقبول وبالجودة العالية لكافة فئات المجتمع ولكافة الأفراد.

وفي أهداف التنمية فإن حق الإنسان في الخدمات الصحية مضمون ومعلن، ففي الأهداف التنموية للألفية تمت الإشارة إلى هذا الحق ضمن الأهداف التي أقرتها الأمم المتحدة، والتي تمثلت في القضاء على الجوع والفقر، وتوفير فرص العمل للشباب لتمكينهم من كسب عيشهم بكرامة، وتعميم التعليم الأساسي، وتعزيز المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، وخفض معدل الوفيات للأطفال، وتحسين صحة الأمهات، ومكافحة أمراض الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض، وحماية البيئة وضمان استدامتها وبناء شراكة عالمية لأجل التنمية المستدامة (الأمم المتحدة، 2017).

وتشكل الصحة والحق في الحصول على خدماتها أيضاً، إحدى ركائز أمن الإنسان التي أقرتها الأمم المتحدة في تقرير التنمية البشرية الصادر عن البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة للعام 1994، وبالتالي

فإن أهمية الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة للأفراد ضمن المجتمع الذي يعيشون فيه ترتبط بكثير من المجالات الاقتصادية والاجتماعية والأمنية والتنمية (جلبي وعبد، 2011، 266).

وفي فلسطين، فإن النظام الصحي الفلسطيني يتشكل من أربع قطاعات رئيسية هي: القطاع الحكومي المتمثل بوزارة الصحة الفلسطينية وبمؤسسة الخدمات الطبية العسكرية، وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين، المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، وتتشارك هذه القطاعات الأربعة في تقديم خدماتها الصحية للمجتمع الفلسطيني، وتولي وزارة الصحة الفلسطينية، اهتمامها الكبير في الحفاظ على استمرارية هذه القطاعات وعلى فعالية وجودة تقديمها للخدمات الصحية الشاملة لكافة المواطنين الفلسطينيين (وزارة الصحة، 2020).

واليوم يواجه القطاع الصحي الفلسطيني كغيره من القطاعات في دول العالم كافة، خطراً وتهديداً حقيقياً على حياة الإنسان الفلسطيني، أوجدته جائحة كوفيد-19، المرض المعدي الذي يجتاح العالم، وكغيرها من المجتمعات حول العالم، تأثر المجتمع الفلسطيني بهذه الجائحة صحياً واجتماعياً واقتصادياً.

ووفقاً لتركيبه المجتمع الفلسطيني، فإن هناك فئة تشكل فئة مهمة ورئيسة في النسيج الوطني الفلسطيني، وهم الذين يعيشون في تجمعات على أراضي فلسطينية مهددة بشكل دائم بالمصادرة والتهويد والملاحقة من قبل الاحتلال الإسرائيلي، وهي فئة لها الحق كغيرها من فئات الشعب الفلسطيني في تلقي جميع الخدمات التي تقدمها الحكومة الفلسطينية وعلى رأسها الخدمات الصحية خاص في ظل الأوضاع الصحية الحالية، وهو ما يدفعنا إلى دراسة واقع الخدمات الصحية الحكومية الموجهة لهذه الفئة من الشعب الفلسطيني، ومعرفة مستوى هذه الخدمات وكفائتها النوعية والكمية، ومستوى رضاهم عنها.

1.2 مشكلة الدراسة

تعتبر الأغوار الجنوبية إحدى المناطق الفلسطينية الغنية بالثروات، والمهددة والمستهدفة بشكل دائم منذ احتلالها عام 1967 حتى اليوم من الحكومات الإسرائيلية المتعاقبة، والتي تتعرض للكثير من السياسات الاحتلالية التي تمس الأرض والبشر، هي من المناطق التي يسكنها الفلاحون والبدو واللاجئين، وهم فئات من المجتمع الفلسطيني لها حقها في الحصول على الخدمات الصحية بالجودة التي تماثل أي فئة أخرى، والوقت كذلك، وفي خضم سياسات الاحتلال تجاه هذه المناطق وعرقلة النظام الصحي الفلسطيني ومهاجمته بشكل عام وفي هذه المنطقة بشكل خاص، إضافة إلى تفشي جائحة كوفيد-19 التي لم تسلم المجتمعات الحضرية والمتقدمة من آثارها السلبية اقتصادياً واجتماعياً وصحياً، إضافة إلى عدم قدرة الكثير من المجتمعات المتقدمة من مواجهتها بشكل فعال، تأتي مشكلة الدراسة في معرفة واقع الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة الفلسطينية للقاطنين في مناطق

الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا في ظل جائحة كوفيد-19، وذلك من وجهة نظر متلقي الخدمات من هذه التجمعات.

1.3 أهمية الدراسة

تنقسم أهمية الدراسة بالنسبة للجهة المستفيدة منها، فعلى مستوى وزارة الصحة الفلسطينية فإن أهميتها تنعكس فيما يلي:

- لفت النظر والتأكيد على الواقع الصحي الصعب لدى السكان في المناطق المهمشة والمهملة في مناطق غور الأردن.
- تلفت هذه الدراسة رؤية إدارة المؤسسات الصحية الحكومية حول كيفية تقديم وتطوير الخدمات الصحية المقدمة للفئات المهمشة.
- تعكس هذه الدراسة أهمية التخطيط الدائم للمخاطر والأزمات الصحية التي قد تمر بالمجتمع الفلسطيني وضرورة وضع التجهيزات الملائمة لمواجهتها.
- تبين هذه الدراسة وبشكل دقيق واقع الخدمات الصحية المقدمة من قبل الجهات الحكومية المختصة، وبالتالي فهي تشكل مصدراً لتقييم هذه الخدمات ومحاولة الوصول بها إلى مستويات أعلى من حيث الجودة والوصول والسرعة.
- خطورة جائحة كوفيد-19 بشكل خاص وخطورة الأوبئة والأمراض السارية بشكل عام، الأمر الذي يضع متلقي الخدمة خاصة في المناطق المهمشة والمهددة بسياسات الاحتلال في بؤرة من الخطر تتوجب الوقوف أمامها والعمل على تجاوزها بأقل الخسائر.

أما فيما يتعلق بالجهات المستفيدة من الخدمات الصحية فإن أهمية الدراسة تبرز في كونها:

- تبين مواطن الضعف والقصور في عملية تقديم الخدمة لمحاولة علاجها والتغلب عليها.
- تجعلهم قادرين على وضع التصور المناسب لمستوى الخدمات الصحية التي يحتاجونها ويأملون بأن تصبح متاحة لهم بالمستوى المرجو منها.

1.4 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة بشكل رئيس إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، في ظل جائحة كوفيد-19، وللوصول إلى هذا الهدف لا بد من تحقيق عدة أهداف فرعية وهي:

1. التعرف على واقع الخدمات الصحية المقدمة من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة).

2. التعرف على مستوى رضا المستفيدين من الخدمات من ناحية (الكفاية الكمية والنوعية).
3. التعرف على أبرز الخدمات المقدمة من المراكز التي تقدم خدماتها خلال جائحة كوفيد-19.
4. التعرف على علاقة مستوى الخدمات الصحية الحكومية وكفاياتها النوعية والكمية بمستوى رضا المستفيدين عن هذه الخدمات.
5. معرفة الفروق في متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية تعزى للعوامل الديمغرافية.

1.5 أسئلة الدراسة

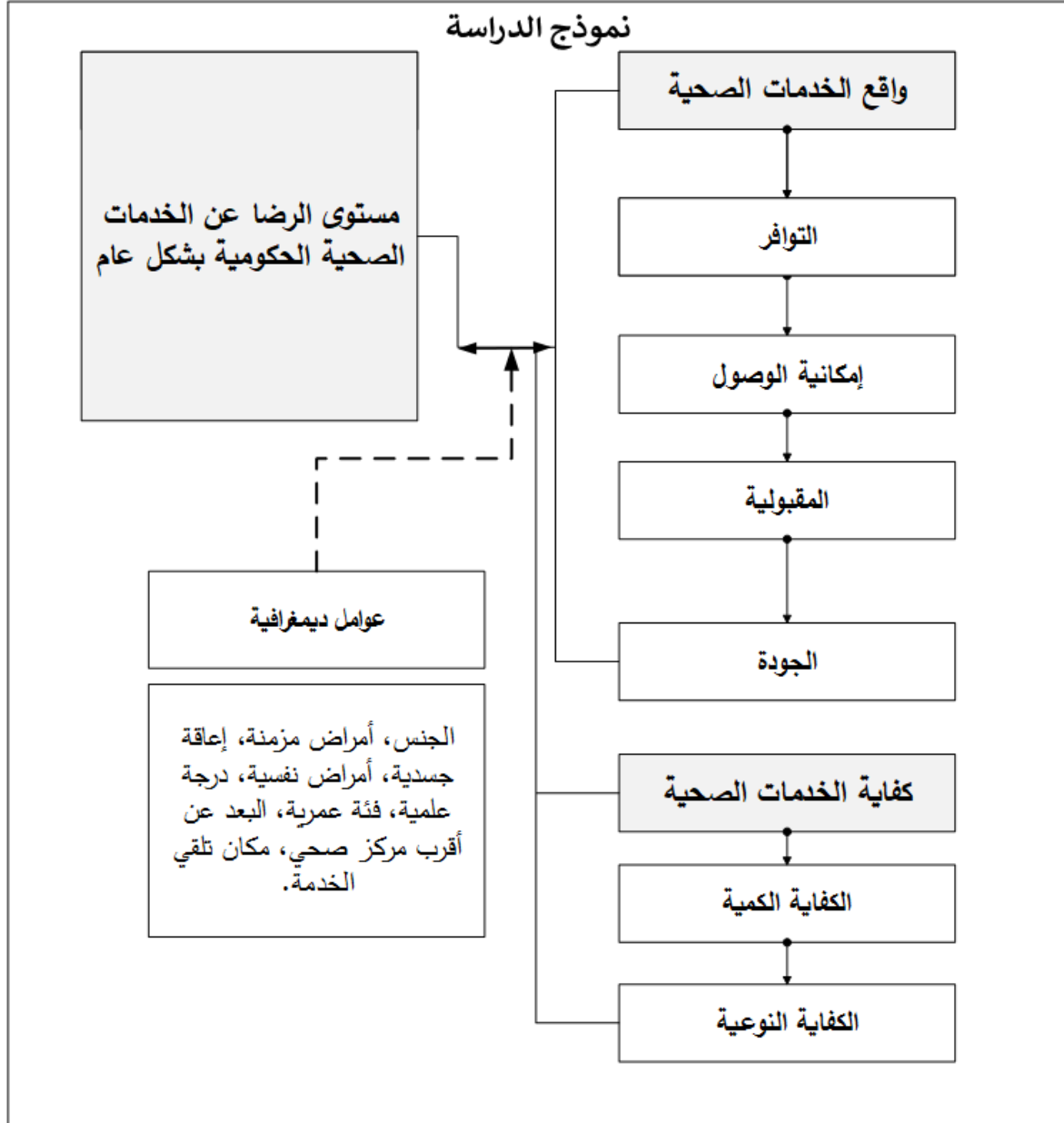
- تسعى الدراسة للإجابة على السؤال الرئيس التالي: ما واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا في ظل جائحة كوفيد-19؟
- وللوصول للإجابة الخاصة بهذا السؤال لا بد من إجابة الأسئلة الفرعية التالية:
- السؤال الأول:** ما واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)؟
- السؤال الثاني:** ما درجة الكفايات (النوعية والكمية) للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟
- السؤال الثالث:** ما مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحكومية بشكل عام والمقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟
- السؤال الرابع:** ما هي الخدمات التي تم تقديمها من المراكز الصحية الحكومية للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا خلال جائحة كوفيد-19؟

1.6 حدود ومحددات الدراسة

- **الحدود الزمانية:** تغطي الدراسة الفترة الزمنية من عام 2020 - 2021 وهي الفترة التي امتازت بانتشار جائحة كوفيد-19 في فلسطين، وقد تم جمع البيانات في الفترة من شهر 2021/03 حتى منتصف شهر 2021/04.
- **الحدود المكانية:** الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.
- **الحدود البشرية:** القاطنين في تجمعات الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا ويتلقون الخدمات الصحية المقدمة من الحكومة الفلسطينية.

1.7 الإطار المفاهيمي للدراسة

الشكل (1) التالي يبين الإطار المفاهيمي للدراسة ومتغيراتها المستقلة والتابعة، والذي تم بناؤه بالاعتماد على الدراسات السابقة والأدبيات ذات العلاقة:



شكل 1 : الإطار المفاهيمي للدراسة (إعداد الباحثة بالاعتماد على الدراسات والأدبيات السابقة)

1.8 فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية الأولى: لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة) وبين مستوى الرضا العام عن الخدمات الصحية من قبل المستفيدين منها.

الفرضية الرئيسية الثانية: لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى الكفايات (النوعية، والكمية) للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية وبين مستوى الرضا العام عن الخدمات الصحية من قبل المستفيدين منها.

الفرضية الرئيسية الثالثة للدراسة: لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى للعوامل الديمغرافية (الجنس، الإصابة بمرض مزمن، الإصابة بإعاقة جسدية، الإصابة بمرض نفسي، الدرجة العلمية، الفئة العمرية، البعد عن أقرب مركز صحي، تلقي الخدمة من مركز صحي أو عيادة متنقلة).

1.9 هيكلية الدراسة

تم تقسيم فصول الدراسة إلى:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة ويتضمن: المقدمة، مشكلة الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، أسئلة الدراسة، حدود الدراسة، والإطار المفاهيمي للدراسة.

الفصل الثاني: الإطار النظري والأدبيات السابقة.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة وتتضمن: منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، أداة الدراسة، المعالجات الإحصائية للدراسة، متغيرات الدراسة.

الفصل الرابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

الفصل الخامس: أهم النتائج والتوصيات التي خلصت إليها الدراسة.

وقد تم توثيق المراجع والمصادر التي اعتمدت عليها الدراسة وفقاً لنظام APA المعتمد في مجال البحث العلمي في جامعة القدس، وإضافة المرفقات اللازمة كملاحق في نهاية الدراسة.

2 الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 المقدمة

يتناول هذا الفصل أبرز ما احتوته الكتب والمراجع والأدب النظري عن الخدمات الصحية من حيث المفهوم والمكونات والأهمية إضافة إلى الكفايات الكمية والنوعية لهذا الخدمات، ويرد في نهاية هذا الفصل أهم الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت بالبحث والتحليل لمواضيع الدراسة الحالية ومتغيراتها.

2.2 مفهوم الخدمة

الخدمة هي كل عمل أو نشاط يقدمه أحد الأطراف لطرف آخر، على شرط أنه غير ملموس أساساً ولا يؤدي إلى ملكية أي شيء، ويمكن تعريف الخدمة أيضاً بأنها نشاط له بعض عناصر عدم الملموسية المرتبطة به، والذي يتضمن بعض التفاعل مع العملاء أو مع الممتلكات التي في حوزتهم، ولا يؤدي إلى نقل الملكية، وقد يحدث تغيير في الحالة وقد يكون إنتاج الخدمة مرتبطاً أو لا يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمنتج المادي (Johann, 2015, p. 8).

وتؤكد جميع الدراسات التي ناقشت مفهوم الخدمة على أنه غير ملموس قياساً بالسلع الملموسة، والطبيعة الجوهرية للخدمة هي أنها بعض الأشياء التي تنتج وتستهلك بشكل متزامن، ويميل البعض إلى تعريفها بكونها تفاعل اجتماعي بين مجهز الخدمة ومتلقيها، ويهدف هذا التفاعل إلى تحقيق

الكفاءة لكليهما، فيما يحدد Schroder في دراسته أن الخدمة يتحدد مفهومها من خلال أربعة عناصر أساسية تشكل ما أطلق عليه مثلث الخدمة Service Triangle وهي (Schroeder, 1989):

- الاستراتيجية: وهي الطريقة أو الفلسفة التي تكون مرشداً للمنظمة في كافة جوانب تقديم الخدمة للزبون.
- الزبون: وهو حسب Schroeder يأتي في مركز المثلث بحيث تركز الخدمة عليه وعلى إشباع حاجاته.
- النظام: ويقصد به النظام المادي والإجراءات التي تستخدمها المنظمة في إنتاج الخدمة.
- العاملون: ويقصد هنا الأفراد العاملون في إنتاج الخدمة في المنظمة التي تصنع الخدمة.

وتتميز الخدمة بصرف النظر عن طبيعتها بعدة خصائص تميزها عن المنتجات، ومن هذه الخصائص (عتيق، 2012، الصفحات 17-22):

1. **اللاملموسية:** وهي ما يتمثل بالفارق الرئيس بين الخدمة والمنتج، فالخدمة غير ملموسة بمعنى أنها غير مادية ولا يمكن رؤيتها أو تذوقها أو شمها أو لمسها أو سماعها، كالفحص الطبي.
2. **غير قابلة للتخزين:** فالخدمات بشكل عام لا يمكن تخزينها ولا تكتسب المنفعة الزمنية، فالخدمة تشتري في الوقت الذي عرضت فيه.
3. **تلازم الخدمة مع مقدمها:** فمن الصعب فصل الخدمة عن مقدمها، فعلى سبيل المثال لا يمكن تلقي خدمة الفحص الطبي (الإكلينيكي) من شخص آخر غير الطبيب، ولا يمكن تلقي خدمة التحاليل المخبرية دون وجود مختص التحليل المخبري الذي يقدمها.
4. **الخدمات متنوعة وغير متجانسة:** فنتيجة لارتباط الخدمة بمقدمها، فإن ذلك يجعلها تتنوع تنوعاً كبيراً بالاعتماد على من يقدمها، وعلى حالته وخاصة حالته الجسدية والنفسية في وقت تقديم الخدمة.
5. **اختلاف جودة الخدمات:** أيضاً نتيجة لارتباط الخدمة بمقدمها فإن ذلك يعني تفاوتاً في جودتها، فالأداء يختلف من شخص لآخر، إضافة إلى تأثر الأشخاص بالعوامل النفسية والبيئية المحيطة بظروف العمل وتقديم الخدمة، فإن كل هذه الأمور تنعكس على جودة الخدمة إما إيجاباً أو سلباً.

وتصنف الخدمات بتصنيفات كثيرة وفقاً للمدخل الذي يتم تناولها من خلاله، فعلى سبيل المثال يمكن تصنيفها من مدخل دوافع مقدم الخدمة إلى خدمات ربحية وخدمات غير ربحية، فيما تصنف من مدخل العمالة إلى خدمات كثيفة العمالة كخدمات التعليم والإصلاح التي تحتاج إلى عنصر بشري

كبير وخدمات كثيفة المعدات كالاتصالات والنقل العام والصحة التي يعتمد تقديمها على المعدات بشكل أساسي، وغيرها من المداخل والتصنيفات، وما يهمننا في هذه الدراسة هو الخدمات الصحية والتالي لا بد من التطرف إلى مفهومها الخاص كما في الجزء التالي.

2.3 الخدمات الصحية

مفهوم الخدمة الصحية أصبح يشير إلى كافة الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطالب الخدمة، وتعرف الخدمات الصحية بأنها مجموعة من البرامج والأنشطة الصحية التي تهدف إلى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات حال حدوثها، كما تعرف بأنها تدخل مخطط له من جانب المجتمع هدفه مكافحة الأمراض وإعاقة انتشاره، وتقليل نسب الموت المبكرة أو وقاية المجتمع منهما (أبو النصر، 2008، صفحة 195).

وتعرف منظمة الصحة العالمية الخدمات الصحية بأنها "كافة الخدمات التي تعنى بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها، وهي تشمل كل من الخدمات الصحية الشخصية والمرتكزة على السكان" (منظمة الصحة العالمية، 2016).

كما وتعرف المنظمة الخدمات الصحية المتكاملة بأنها:

"الخدمات الصحية التي يتم إدارتها وتقديمها بحيث تضمن إدارة وتقديم الخدمات الصحية حصول الناس على تواصلية تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، والتشخيص وعلاج الأمراض وإعادة التأهيل والخدمات الملطفة والتي يتم تنسيقها عبر مختلف مستويات وأماكن الرعاية داخل القطاع الصحي وخارجه، ووفقاً لاحتياجاتهم طوال العمر" (منظمة الصحة العالمية، 2016).

وتعرف الخدمة الصحية بأنها الخدمات العلاجية التي تقدم للمرضى سواء كانت تشخيصية أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المريض، ينتج عنه أن يكون بحالة صحية أفضل (علي، 2020، 102).

وتعرف بأنها الخدمات التشخيصية العلاجية التأهيلية الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والمساندة، وما يرتبط بها من فحوصات مخبرية عادية ومتخصصة وخدمات إسعاف وطوارئ وخدمات تمريض وصيدلة (جلاب، 2016، 11).

ويرتكز مفهوم الخدمة الصحية على المفهوم العام للخدمات والذي تم توضيحه في بداية هذا الفصل، كما وتأخذ الخدمات الصحية بالإطار العام خصائص وميزات الخدمات بشكل عام، إلا أن الخدمة الصحية يمكن تقسيمها إلى قسمين رئيسين (كورتل وصادق، 2012، 85):

1. الخدمة الصحية العلاجية: وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بشكل مباشر، وهي ما يشتمل على الخدمات التشخيصية والعلاجية، سواء كان ذلك بالعلاج الدوائي المباشر في المنزل أو من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج إلى الرعاية الصحية السريرية في المراكز الصحية، والهدف من هذه الخدمات هو تقديم العلاج للفرد وتخليصه من مرض أصابه أو تخفيف معاناته من آلام المرض.

2. الخدمات الصحية الوقائية: وهي الخدمات الصحية التي ترتبط بصحة المجتمع ككل، والتي ترتبط بخدمات الوقاية من الأمراض المعدية والأوبئة وحماية المجتمع من التدهور الصحي الناجم عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تنشأ وتمارس إجراءات ملوثة للبيئة المحيطة التي يعيش بها الإنسان.

2.4 أهمية الخدمات الصحية

تأتي أهمية الخدمات الصحية وتقديمها لتلبية لاحتياجات الفرد والمجتمع، انعكاساً لأهمية الصحة ذاتها، كحقل من أهم الحقول التي تؤكد على حق الإنسان وعلى ممارسة العدالة الاجتماعية، ويمكن تلخيص أهمية الصحة وبالتالي الخدمات الصحية في بعض النقاط المحورية التالية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2005):

- أصبحت الصحة من أهم المجالات التي تحتل الصدارة في النقاشات الدولية التي تدور حول التنمية، وبالتالي فإن الصحة وتقدم الخدمات الصحية في المجتمعات هي محور عملية التنمية التي يكون الإنسان محوراً.
- تعتبر الصحة من أهم ركائز الأمن الإنساني، الذي يقوم على مبدأ أن السلام لا يمكن تحقيقه دون تنمية بشرية عادلة، وأن الأمن الإنساني لا يمكن تحقيقه دون سلام، ولا يمكن تحقيق أي منهما دون التمتع بالصحة، وهو ما يعكس أهمية الخدمات الصحية وجودتها وتوافرها في المجتمع الذي يسعى للوصول إلى الأمن الإنساني.
- أن الصحة هي من أهم حقوق الإنسان والعدل الاجتماعي، ولا يمكن تعزيز الصحة بهذا المفهوم دون الاهتمام بالخدمات الصحية وطرق تقديمها وعدالة تقديمها لكافة الأفراد بمساواة.

- ترتبط الصحة بميادين العلم والطب، وتطور هذين العلمين لا بد وأن ينعكس على مستوى الصحة والخدمات الصحية التي تقدم والتي يكون هدفها تحسين الصحة للإنسان وخلوه من الأمراض وحمايته من تهديدات البيئة والأوبئة.

ومما سبق، نجد بأن الصحة والخدمات الصحية لها أهميتها المرتبطة بأمن الإنسان وتنميته، إضافة إلى دورها الكبير في الوضع الاقتصادي والاجتماعي المريح للمجتمع، فالمجتمع الذي يتمتع أفراداه بمستوى صحي جيد تكون أوضاعه الاجتماعية والاقتصادية جيدة، والعكس صحيح.

2.5 سمات الخدمات الصحية

إضافة إلى ما سبق ذكره في هذا الفصل حول خصائص الخدمات بشكل عام، فإن الخدمة الصحية تستحوذ على هذه الخصائص (اللاملموسة، غير قابلة للتخزين، تلازم الخدمة مع مقدمها، التنوع وعدم التجانس، واختلاف جودة الخدمات)، إضافة إلى أنها تمتلك خصائص أخرى خاصة يمكن تلخيصها فيما يلي (كورتل وصادق، 2012، 87):

- خدمات عامة: فالخدمات الصحية هي خدمات عامة للجمهور، يكون الهدف من تقديمها تحقيق المنفعة العامة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها.
- الجودة العالية: فالجودة العالية من أهم السمات التي تصف الخدمات الصحية، كونها ترتبط بحياة الإنسان وشفائه من الأمراض، وليس بأي شيء مادي يمكن تعويضه.
- قوة القرار: في الخدمات الأخرى تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة يمثلون قمة إدارة المنظمة التي تقدم الخدمة، أما في حالة الخدمات الصحية فإن قوة القرار تتوزع ما بين الإدارة العليا وما بين الأطباء الذين يشرفون على تقديم الخدمة الصحية.
- إلزامية حضور متلقي الخدمة: فالخدمات الصحية تستوجب في تقديمها أن يحضر متلقي الخدمة ومن الصعب إجراء الخدمات الصحية بمعزل عن حضور المريض إلى مراكز تقديم الخدمات.
- لا تلتزم بالمفاهيم الاقتصادية: فلا يمكن ربطها بالمفاهيم الاقتصادية وخاصة تلك التي تجري على الخدمات الأخرى من حيث الربح وتعظيم الفائدة لمقدم الخدمة والمتلقي، فالخدمات الصحية ترتبط بحياة الإنسان وبالتالي فإن الربحية فيها تكون آخر ما يتم التفكير به.
- تتطلب الاستعداد الدائم لتقديمها: فالخدمة الصحية لا يمكن التنبؤ بمقدار الطلب عليها في اليوم أو الأسبوع أو الموسم، رغم أن هناك بعض المؤشرات التي يتم القياس عليها، إلا أن الاستعداد الدائم والمبكر وحشد الطاقات الطبية واللوجستية لإنتاج الخدمة الصحية أمر لا بد

من توافره بشكل دائم، فلا يمكن الاعتذار عن تقديم الخدمة الصحية أو تأخيرها بأي حال من الأحوال.

2.5.1 مستويات الخدمات الصحية

هناك عدة مستويات من الخدمات الصحية الواجب توافرها في أي مجتمع، وترى منظمة الصحة العالمية وجوب توافر المحتوى الأساسي من هذه المستويات وهي (منظمة الصحة العالمية، 2018):

1. الرعاية الصحية الأولية الأساسية.
2. الحد الأدنى من الأغذية الأساسية والأطعمة المغذية.
3. وسائل المعالجة والإصحاح.
4. المياه الصالحة للشرب.
5. الأدوية الأساسية.

2.6 أنواع الخدمات الصحية

يمكن تقسيم الخدمة الصحية إلى قسمين رئيسيين هما:

- **الخدمات الصحية العلاجية:** وهي الخدمات التي ترتبط بصحة الفرد بشكل مباشر، كخدمات التشخيص وعلاج الأمراض والتأهيل، ويكون الهدف من هذه الخدمات تخليص الفرد من إصابة وقعت له أو تخفيف معاناة ألم ومرض ألم به، وتتم هذه الخدمات من خلال العلاج الدوائي بشكل مباشر في المنزل أو من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج إلى الرعاية السريرية في مشفى أو عن طريق التدخل الجراحي (بن فرحات، 2018، 45).

وتشتمل الخدمات الصحية العلاجية على (علي، 2020، 126):

▪ خدمات الرعاية الصحية.

▪ خدمات العلاج.

▪ خدمات الرعاية الصحية حيث يتم الشفاء.

- **الخدمات الصحية الوقائية:** وترتبط هذه الخدمات بصحة المجتمع ككل، ويطلق عليها اسم الخدمات الصحية البيئية، وترتبط هذه الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناجم عن سلوك الفرد أو الجماعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات بصحة الفرد بشكل غير مباشر، وهي خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الأفراد من التعرض للأمراض (كورتل وصادق، 2012، 86).

وتشتمل خدمات الصحة الوقائية على (علي، 2020، 126):

- خدمات التطعيم ضد الأمراض والأوبئة.
- خدمات رعاية الأمومة والطفولة.
- خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للأمراض.
- خدمات الرقابة الصحية.
- خدمات الرقابة البيئية.
- خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.
- خدمات الحجر الصحي.

2.7 أبعاد الخدمة الصحية

تحدد منظمة الصحة العالمية أهم العناصر التي يركز عليها الحق في تلقي الخدمات الصحية، وهي ما يشكل أبعاداً لهذه الخدمات الصحية المقدمة من قبل النظام الصحي في المجتمع، وهي الأبعاد التي ستقوم الباحثة بالاعتماد عليها في دراستها، وذلك لقياس واقع الخدمات الصحية المقدمة، وهي (منظمة الصحة العالمية، 2018):

2.7.1 التوافر Availability:

وهو ما يقصد به توافر الموارد البشرية والبنية التحتية الرئيسة في تقديم الخدمات الصحية، إضافة إلى توفير المعدات والمرافق والأدوية الأساسية، والقدرات التشخيصية، ومدى جاهزية المرافق والمراكز الصحية لتوفير تدخلات الرعاية الصحية الأساسية والرعاية الشاملة في حالات الطوارئ والأوبئة والفيروسات.

ومصطلح التوافر بشكل عام وهو ما ينطبق على النظم والخدمات الصحية هو وجود مكون أو نظام عامل يؤدي وظيفته على نحو محدد، ويمكن فهمه بشكل أوضح من خلال الإجابة على ثلاث تساؤلات أساسية وهي (Critchley, 2014):

- هل الخدمة متوفرة أم لا؟
- ما هي نسبة الوقت الذي توفر فيه الخدمة حسب المواصفات؟
- ما هي المواصفات التي تفسر تقديم الخدمة؟

ويشير توافر الخدمة إلى جاهزية المرافق الصحية على تقديم الخدمة المحددة من خلال عناصر تشتمل على الموظفين والمبادئ والإجراءات والمعدات والأجهزة، إضافة إلى القدرة على التشخيص وتوافر الأدوية والسلع العلاجية الأساسية (Macer & et al., 2016, p. 5).

وتشتمل حالة التوافر Availability للخدمات الصحية على عدة أمور هي (WHO, 2013):

1. أنماط العمل وحالة المستشفيات والمراكز الصحية العامة.
2. توافر الموارد البشرية الصحية (التي تمارس المهن الصحية).
3. توافر الخدمات الصحية في المراكز والمستشفيات العامة.
4. توافر المعدات الأساسية.
5. توافر السلع الطبية والأدوية الأساسية والخدمات الإضافية (المختبرات).

2.7.2 إمكانية الوصول Accessibility:

إمكانية الوصول للخدمات الصحية هو مفهوم صعب التحديد، فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية فهو يعني استفادة الجميع من فرص الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية وذلك ضمن نطاق الولاية القضائية للطرف، وهو ما يتحدد من خلال أبعاد أهمها (منظمة الصحة العالمية، 2018):

1. عدم التمييز.
2. إمكانية الوصول المادي.
3. الإمكانيات الاقتصادية للوصول (القدرة على تحمل النفقات).
4. إمكانية الحصول على المعلومات.

ويمكن إضافة بعض الأبعاد التي تشكل إمكانية الوصول كتوافر النوع الصحيح للخدمة أو الرعاية التي يحتاج إليها المريض، ومقبولية هذه الرعاية أو الخدمة (AL-Taia & et al., 2010).

وللتعرف على هذا البعد بشكل أكبر، ارتأت الباحثة أن تأخذه بالدراسة من خلال عكس الأمر إلى معوقات الوصول إلى الخدمات الصحية، حيث أن هناك الكثير من المعوقات التي تقف حاجزاً أمام تحقق هذا البعد ومنها (Jacobs & et al., 2011, p. 4):

- تعقيد إجراءات العمل في المستشفيات إضافة إلى ضعف مهارات التعامل مع الآخرين لدى الكوادر والموظفين فيها.
- شعور بعض الأفراد وخاصة ذوي الدخل المحدود بعدم المساواة في المرافق الصحية والمستشفيات تزيد من عدم الوصول إلى الخدمات الصحية.
- القيود والسياسات المفروضة على المهام التي من الممكن تأديتها من مختلف العاملين في المجال الصحي، والتي قد تؤدي إلى عدم الوصول إلى الخدمة بغياب مقدمها، ومثال على ذلك هو أن بعض الدول تفرض سياسات وقيود بعدم إجراء حالات الولادة إلا من خلال طبيب أو مساعد طبيب، رغم أن القابلة من الممكن أن تقوم بهذه المهمة في حال عدم توافر الطبيب أو المساعد.

- الإحالة بشكل متأخر أو عدم الإحالة إلى مرافق طبية أو مراكز تقدم خدمات أكثر تخصصاً في حال أبلغ المريض عن عدم رضاه عن الخدمة الصحية المقدمة له في مرافق صحية غير متخصصة.
- الشعور بالخوف أو الخجل من التوجه لتلقي الخدمة الصحية خاصة في بعض الأمراض التي قد تكون خطيرة كالسل أو السرطانات في الأماكن الحساسة أو أي أمراض أخرى.
- عدم ثقة متلقي الخدمة في مقدمي الخدمات الصحية مما يجعل الوصول إلى هذه الخدمة غير ممكن.
- فشل تقديم خدمات صحية متكاملة مع البرامج المقدمة لمجموعة مستهدفة، كأن يتم إغفال التحقق والفحص الدوري والتطعيم أو إعطاء الفيتامينات عند إحضار الأطفال إلى المرافق الصحية الخاصة بهم لأي سبب آخر.
- عوامل غير مالية كنقص الوعي الصحي لدى المستهدفين، إضافة إلى حالات الاستبعاد من مقدمي الخدمة الصحية التي قد تحدث أحياناً والتي يصطلح عليها نقص الفرص كحالات الاستبعاد القائمة على مستوى الدخل أو الدين أو العرق... الخ.
- عدم توافر وسائل النقل نحو المرافق الصحية التي تقدم الخدمات الصحية، إضافة إلى الممارسات التي تتم بين القطاع العام والخاص والذي عادة ما يقدم خدماته الصحية بتكلفة أعلى.
- وجود سياسات تتعلق بدوام وعمل الكوادر الطبية، كالغياب المستمر لهم أو وجود ساعات عمل محدودة لا تسمح بالتعامل مع الحالات الطارئة أو أوقات عمل غير مناسبة للمرضى وتتعارض مع أوقات عملهم أو ظروفهم المعيشية.

ومما سبق، فإن العوامل المذكورة لا تأخذ بعين الاعتبار الحالة الخاصة التي تعاني منها مناطق الأغوار الجنوبية وغيرها من المناطق الفلسطينية المهمشة، والتي تعاني من الكثير من العوامل كالسيطرة الإسرائيلية الاحتلالية على المناطق الفلسطينية المصنفة C، من خلال السياسات والحوافز والإجراءات التي تحد وتمنع من تقديم النظام الصحي الحكومي لخدماته لهذه المناطق بسهولة ويسر.

2.7.3 المقبولية Accessibility:

تحدد منظمة الصحة العالمية المقبولية بأن تحترم جميع المرافق والسلع والخدمات الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافياً، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة (منظمة الصحة العالمية، 2018).

وفي الماضي كان هذا المصطلح (المقبولية) يتمثل في رضا المستخدم عن خدمة أو برنامج صحي، كتحقيق لجودة هذا البرنامج أو الخدمة، إلى أن توسع هذا المفهوم من الرضى إلى القبول أو التوافق مع

رغبات وتوقعات المرضى، ويرتبط القبول أيضاً بما إذا كانت الخدمات تلبي توقعات متلقي الخدمة أم لا، ويشتمل القبول بمفهومه الواسع على شرعية الخدمة أو القبول الاجتماعي لها، بمعنى أن تتوافق الخدمة مع التفضيلات الاجتماعية المتمثلة بالمبادئ والقيم والقواعد واللوائح الأخلاقية، ويمكن توضيح المقبولية من خلال اتجاهين (Dyer & et al., 2016):

- القبول التجريبي: والذي يطرح أسئلة حول ما إذا كانت توقعات المرضى قد تمت تلبيتها من خلال تجاربهم في الرعاية.
- القبول الاجتماعي: من خلال شرعية الخدمة التي تشتمل على المبادئ والقيم والقواعد الأخلاقية واللوائح.

ويرى (ANUM 2015) أن مقبولية الخدمة الصحية تتمثل في الدرجة التي تكون فيها مناسبة ثقافياً لقاعدة المرضى المستهدفين، حيث تعمل الخدمات الصحية المقبولة من موقع حساس للاحترام الثقافي، وتسمح بالمحافظة على ممارسات المرضى الثقافية والاجتماعية.

2.7.4 الجودة Quality:

حيث ترى منظمة الصحة العالمية بأن المرافق الصحية والسلع والخدمات الصحية لا بد وأن تكون مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة وهو ما وصفته بمفهوم الجودة كأحد أبعاد الخدمات الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2018).

وتعرف الجودة بأنها رضا الزبون أو الملائمة للاستعمال، وهو التعريف الذي يحدد الزبون بأنه أي فرد تأثر بالسلعة أو الخدمة (الصرن، 2016، 17).

ويعرفها كونل Conell بأنها " المتانة والأداء المتميز للمنتج، بينما ترى ماريا Ch. Maria أن الجودة هي "قدرة المنتج على تلبية احتياجات المستخدمين وبأقل تكلفة"، ويعرفها جونسون Johnson بأنها " القدرة على تحقيق رغبات المستهلك وبالشكل الذي يتطابق مع توقعاته، ويحقق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التي تقدم له" (الحبيب، 2019، 11).

وتعرفها الجمعية الأمريكية لمراقبة الجودة بأنها "مجمّل السمات والخصائص لمنتج أو خدمة تحمل القدرة على تلبية احتياجات العميل المعلنة أو الضمنية" (حمودي وحواس، 2013، 147).

وتعرف الجودة بأنها المزايا والخصائص الخاصة بالمنتج أو الخدمة والتي تساهم في إشباع رغبات المستهلكين وتتضمن السعر والأمان والتوفر والموثوقية والاعتمادية وقابلية الاستعمال (الدرادكة والشبلي، 2002، 16).

وتعرفها المنظمة الدولية للمقاييس Iso بأنها "قدرة مجموعة من الخصائص الجوهرية على تلبية المتطلبات"، فيما تعرفها المنظمة الأوروبية للرقابة على الجودة EOQC بأنها "مجموعة من الصفات التي يتميز بها منتج أو خدمة معينة تحدد قدراته لتلبية حاجات الزبائن" (الحبيب، 2019، 13).

2.7.5 الجودة والجودة الشاملة

اتسع في الآونة الأخيرة ونتيجة للتطور في الأعمال وضراوة التنافسية في مجال الأعمال مفهوم الجودة ليشتمل على كل من المنتج والخدمة والأداء والمعلومات ومناخ العمل والإدارة وجودة الأفراد، وأصبحت الجودة تتضمن جميع المبادئ التي تسعى لتحقيق أهداف المؤسسات بشكل فعال، بغض النظر عن طبيعة عمل هذه المؤسسة، وتحدد شمولية الجودة في أنها تشتمل على ما يلي (سرحان، 2012، 16):

- جودة المنتج أو الخدمة.
- جودة المعلومات.
- جودة أماكن العمل.
- جودة الأفراد بكافة مستوياتهم الوظيفية.
- جودة الأهداف الموضوعية.
- جودة طريقة الأداء.
- جودة العملية الإنتاجية.

وهو ما يعني أن الجودة تشمل كل شيء من المدخلات إلى العمليات ونهاية بالمنتجات التي تحقق رغبات المستفيدين منها.

2.7.6 جودة الخدمات الصحية:

تعد الممرضة البريطانية (فلورنس نايتينجيل) هي أول من استخدم مصطلح جودة الخدمة الصحية في مجال الطب، وقد كانت هذه الممرضة تشرف على تقديم الرعاية الصحية في المستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، من خلال إدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها أدت إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات (عبد القادر، 2015، 903).

ويختلف مفهوم جودة الخدمة الصحية باختلاف الشخص الذي تربطه علاقة بهذه الخدمة، فالجودة لدى مقدم الخدمة الصحية هي الالتزام بمعايير الجودة الطبية عند تقديم الرعاية، فيما ترى إدارة المؤسسة الصحية بأن الجودة هي الوصول إلى مستوى مرتفع من رضا المرضى بالتكلفة الأقل، بينما يرى صانعو السياسات الصحية على مستوى الدولة بأن جودة الخدمات الصحية هي تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة (كورتل وصادق، 2012، 166).

وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الخدمة الصحية بأنها التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، تؤدي لإحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية (الدرادكة والشبلي، 2002).

وتعرف دائرة الصحة البريطانية جودة الخدمة الصحية بأنها القيام بالشيء الصحيح (ماذا)، إلى الأشخاص المناسبين (إلى من) في الوقت المناسب (متى) والقياس بالشيء الصحيح من المرة الأولى، كما تعرف بأنها "نوع الرعاية التي يُتوقع أن تزيد من مقياس شامل لرعاية المرضى، بعد أن يؤخذ في الاعتبار توازن المكاسب والخسائر المتوقعة التي تحضر عملية الرعاية في جميع أجزائها". (McKee & et al., 2008, p. 2).

وتعرف جودة الخدمة الصحية كذلك بأنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية (شادلي، 2018، 20).

وهناك عدة أمور لا بد من مراعاتها من قبل مقدمي الخدمة الصحية من أجل تعزيز جودة هذه الخدمة ومن أهمها (عباس، 2014، 267-268):

- التوافق مع المواصفات: حيث أن توقعات المريض عادة حول الخدمة التي يشتريها توازي أو تفوق ما تم الإعلان عنه من قبل مقدمها أو منتجها، وهوما يعني أن تتحقق مطابقة المواصفات مع توقعات متلقي الخدمة على أقل تقدير.
- سهولة الوصول إلى الخدمة: وهو ما يعني سهولة الوصول إلى الخدمة الصحية التي تقدمها المؤسسة العامة أو الخاصة دون عوائق، وأن تكون متوافرة في الوقت الذي يحتاجها المريض وتتوفر لها وسائل الاتصال وأن تقدم بطريقة مناسبة مع مراعاة الظروف والمخاطر المحتملة.
- الموائمة والانسجام: وهو ما يقصد به التوافق بين الأداء المتحقق من الخدمة الصحية والغرض الذي صمم لها أصلاً، وهو توافق يظهر من خلال المظهر، والاعتمادية، المهارة، وقدرة منتج الخدمة الصحية.
- الدعم: ويقصد به مقدار اهتمام المنظمة الصحية بمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، ومحاولاتها الدائمة بوضع التصورات للحفاظ على مستوى الجودة هذا والسعي للارتقاء به لما هو أفضل.
- التأثير النفسي: فالكثير من المرضى يتم تقييمهم للخدمة الصحية على أساس تأثيرها النفسي عليهم، ويمكن التعبير عن هذا التأثير بالصورة الموجبة المرسومة في ذهن المريض حول الخدمة، واللفظ والكياسة والأدب في تقديم الخدمة الصحية للمريض.

وفي العصر الحالي، لم يعد تقديم الخدمة الصحية هو المطلب الوحيد للأفراد والمجتمعات، بل أصبح المطلب الأهم هو ما تتسم به هذه الخدمة المقدمة من جودة مرغوبة، وأصبح مفهوم الخدمات الصحية ليس مفهوماً ينظر إليه بالكم فقط، بل يتم النظر إلى كيفية تقديم هذه الخدمة والطرق والأساليب وجودة تقديمها، ولعل من أبرز الأسباب التي أدت إلى تركيز الاهتمام بجودة الخدمات الصحية وتحسينها ما يلي (أبو روف، 2016، 128):

- تطور القطاع الصحي بشكل مستمر ومتسارع.
- زيادة الطلب على الخدمات الصحية.
- ارتفاع الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع.
- كثرة انتشار الأمراض المزمنة والأوبئة.

2.7.7 أهداف جودة الخدمات الصحية:

من أهداف جودة الخدمة الصحية (أبو شريعة وآخرون، 2015):

1. ضمان الصحة الجسمية والنفسية للمستفيدين (المرضى).
2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة انتماءه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية.
3. تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
4. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
5. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
6. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل وأعلى.
7. كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد.

2.7.8 أبعاد جودة الخدمات الصحية:

تناولت الكثير من الدراسات والأبحاث أبعاد جودة الخدمة بشكل عام، وهناك العديد من الدراسات التي تناولت أبعاد جودة الخدمة الصحية، وتتفق هذه الدراسات بشكل عام على خمسة أبعاد لجودة الخدمات

بشكل عام وجودة الخدمات الصحية بشكل خاص كما بينها Kotler & Clarke والتي تتلخص في الأبعاد التالية (Kotler & Clarke, 2006, p. 44):

1. بعد الاعتمادية (الثبات) Reliability.
2. بعد الاستجابة Responsiveness.
3. بعد الأمان (الضمان) Assurance.
4. بعد التعاطف (اللطف) Empathy.
5. بعد الملموسية Tangibles.

وفيما يلي توضيح لهذه الأبعاد:

1. بعد الاعتمادية (الثبات) Reliability:

والاعتمادية في الخدمة الصحية تعني قدرة المؤسسة على أداء الخدمة وإنجاز ما تم تحديد مسبقاً وبشكل دقيق، ويمكن قياس هذا البعد من خلال دقة السجلات المعتمدة في إدارة المنشأة الصحية، إضافة إلى المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية وتقديم الخدمة في الوقت المحدد وبموثوقية ودقة وثبات، دون أي أخطاء، إضافة إلى وضع الحلول لمشكلات المريض مما يعطيه الثقة بمقدم الخدمة ودرجة الاعتماد عليه (علي، 2020، 110).

والاعتمادية في مجال الخدمة الصحية هي عدم الفشل من عدة نواحٍ، فمن حيث الفعالية يمكن أن ينتج الفشل من عدم تطبيق الأدلة، ومن حيث التوقيت من خلال عدم تقديم الخدمات واتخاذ الإجراءات في وقتها المناسب، ومن حيث متلقي الخدمة في حالة عدم الامتثال لقيم وتفضيلات متلقي الخدمة (Nolan & et al., 2004).

2. بعد الاستجابة Responsiveness:

وتعني الاستجابة ان يكون مقدم الخدمة قادراً وسريعاً في استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، إضافة إلى أنها تعكس رغبة أو رضا مقدم الخدمة في مساعدة المستفيد وتقديم الخدمة السريعة له، وفي مجال الخدمات الصحية فهي المقدرة والرغبة والاستعداد التام من قبل مقدم الخدمة بشكل دائم لتقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها، والاستجابة في الخدمات الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بصرف النظر عن أصولهم أو حالاتهم أو خلفياتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل الكوادر الصحية مع حسن المعاملة والتعاون الكبير، إضافة إلى وقت انتظار مناسب وملاءم للحالة الصحية للمريض (السيد، 2016، 51).

وتعتبر الاستجابة إحدى القضايا الأساسية في أي نظام صحي عام أو خاص، وترتبط برضى المريض وموافقة على تلقي الخدمة الصحية، كما أنها تشتمل على طرق تقديم الرعاية والجوانب غير السريرية لتقديم الخدمة الصحية، وبالتالي فهي لا تشتمل على أمور كفعالية الإجراءات الجراحية والأدوية وما إلى ذلك، كما تعتبر الاستجابة أحد أهم الأهداف التي يسعى أي نظام صحي إلى تحقيق مستوى عالٍ بها (Baharvand, 2018).

وتحدد منظمة الصحة العالمية الاستجابة بأنها الجوانب غير السريرية المتعلقة بطريقة معاملة الافراد والبيئة التي يعاملون فيها، ويمكن تحديد بعض المجالات الهامة في مجال الاستجابة كما يلي (Letkovicova & et al., 2005):

- الكرامة: من خلال التعامل باحترام مع المريض والتواصل معه.
- الحكم الذاتي: بمشاركته واحترام رأيه في الرعاية الصحية المقدمة له.
- السرية: التعامل بسرية مع المعلومات الشخصية للمريض.
- وضوح الاتصال: من خلال إعطاء المريض الوقت والاستماع له وشرح الخدمة له بشكل واضح وإعطائه الوقت لطلب الخدمة الصحية والقرار بالحصول عليها.
- الاهتمام الفوري: من خلال تقديم الخدمة بسرعة ودون وقت انتظار طويل، وعدم وجود سفر طويل للمريض من أجل حصوله على الخدمة الصحية.
- الوصول إلى الدعم الاجتماعي: فلا يتم حرمان المريض من زيارات العائلة والأصدقاء فترة إقامته في المشفى لتلقي الخدمة، ويسمح له بإحضار الأغراض الشخصية ومتابعة الصحف وقنوات التلفزة والتعامل مع العائلة والأصدقاء فترة مكوثه في المشفى لتلقي الخدمة الصحية.
- وسائل الراحة الأساسية بجودة عالية: وهو يتعلق ببيئة تقديم الخدمة على سبيل المثال توافر المساحة الكافية وتوافر المقاعد والأثاث النظيف، الهواء النقي في غرف الانتظار وما إلى ذلك من عوامل مريحة للمريض.
- اختيار مقدم الخدمة: بأن يكون المريض قادراً على اختيار مقدم الخدمة الصحية الذي يشعر بالراحة معه، أو اختيار المؤسسة التي يرغب بها لتلقي الخدمة الصحية.

وتشتمل الاستجابة في مجال الخدمة الصحية على المتغيرات التالية (الرحبي، 2014، 163):

- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
- الاستعداد الدائم من قبل العاملين للتعاون مع المريض.
- الرد الفوري والإيجابي على الاستفسارات والشكاوى.

- إعلام المريض بوقت تقديم الخدمة والانتهاؤ منها بشكل دقيق.

3. بعد الأمان (الضمان) Assurance:

وهو أحد أهم الأبعاد في جودة الخدمات بشكل عام، وجودة الخدمة الصحية بشكل خاص، ذلك لارتباطه المباشر بصحة الإنسان وحياته، وبعد الأمان أو الضمان والذي يطلق عليه أحياناً (تأكيد) الجودة، هو البعد الذي يتم التأكيد فيه على أن جميع العمليات والأنشطة والمهام التي تم التخطيط لها والمرتبطة بمطابقة منتوج الخدمة هي كما يرغب ويطلب المستفيد، وأن الأنشطة تقوم على أساس منع وقوع الأخطاء إلى أقصى درجة ممكنة تقترب إلى الصفرية عند تقديم الخدمات للمرضى (أبو روف، 2016، 144).

وضمان جودة الخدمة هي السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة، ومن أهم معايير سمعة ومكانة المشفى، والمهارة والمعرفة المتميزة للأطباء وطواقم التمريض إضافة إلى الصفات الشخصية للعاملين.

وهو ما يعني أن جميع الأنشطة والعمليات والمهام التي تتم في خلال تقديم الخدمة إضافة إلى معرفة وقدرة ومهارة الأطباء والعاملين والثقة بهم، وهو ما يشكل دعامة لهذا البعد إضافة إلى توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي ما يؤدي إلى تقديم الخدمة الصحية بجودة مطابقة وموثوقة (عتيق، 2012، 114).

4. بعد التعاطف (اللفظ) Empathy.

يعتبر التعاطف من العوامل الرئيسة التي تأخذ دوراً كبيراً في تقديم الرعاية والخدمة الصحية للمرضى، وهو البعد الأكثر أهمية في تعزيز العلاقة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها في المجال الصحي.

ويعد أصل الكلمة Empathy إلى كلمتين من اليونانية، هما (Em & Pathos) بمعنى الشعور بالداخل، وقد تم تصور التعاطف على أنه سلوك أو بعد شخصي أو عاطفة من ذوي الخبرة، غير أنه دائماً ما يكون هناك قلق من (الانخراط شعورياً بشكل كبير منع المرضى، ويحدد Morse نموذجاً للتعاطف يعتمد على اعتبار التعاطف الإكلينيكي شكلاً من أشكال التفاعل المهني بوصفه مجموعة من المهارات والكفاءات بدل من التجربة العاطفية الذاتية أو السمة الشخصية ويحدد Morse في نموذج التعاطف بالمكونات التالية (Mercer & Reynolds, 2002):

جدول 2.1: نموذج التعاطف

الرقم	المكون	توضيح
1.	العاطفة Emotive	القدرة على التجربة العاطفية الذاتي ومشاركة الآخرين الحالة النفسية والمشاعر الجوهرية التي يمرون بها.
2.	الأخلاق Moral	وهي قوة إثارية داخلية في الإنسان تحفزه على ممارسة التعاطف.
3.	الإدراك Cognitive	القدرة الفكرية على تحديد وفهم مشاعر ومنظور شخص آخر من خلال موقف موضوعي.
4.	السلوك Behavioural	امتلاك الاستجابة التواصلية المناسبة لنقل فهم وجهة نظر الطرف الآخر.

ومن خلال النموذج السابق في الجدول (2.1)، فإنه يمكن تعريف التعاطف بأنه القدرة على فهم موقف المريض ومنظوره وشعوره.

ولا بد للعاملين في مجال الرعاية الصحية من أن يمتلكوا ميزة التعاطف والقدرة على التواصل مع المرضى، وذلك لتحقيق أفضل النتائج المرجوة، والتعاطف مع القدرة على التعاطف ووضع الذات في مكان الآخر كأحد الدلائل على الإنسانية، وهو رد فعل عاطفي فوري وغير منضبط، كما ويعتبر مهارة مكتسبة أو موقفاً من الحياة يمكن استخدامه لمحاولة التواصل مع شخص ما، وإضافة إلى ذلك فإنه يمكن النظر للشخص على أنه أكثر أو أقل تعاطفاً بمقدار شعوره بالمسؤولية تجاه الآخرين (Ioannidou & Konstantikaki, 2008).

5. بعد الملموسية Tangibles.

وتشير الملموسية إلى الأشياء الملموسة من تسهيلات ومعدات مادية وبشرية ومواد اتصال، كما أن الملموسية في الخدمات تشير إلى المباني التي تقدم فيها هذه الخدمات والمعدات والتقنيات ووسائل الاتصال التي تشترك في إنتاج وتقديم هذه الخدمة، إضافة إلى التسهيلات داخل هذه الأبنية ومظهرها الخارجي وترتيبها الداخلي ومواقع الانتظار لتقديم الخدمة (السيد، 2016، 55).

2.8 القطاع الصحي في فلسطين

كانت فلسطين على مر التاريخ من البلاد التي كانت تهتم بالطب والصحة، وعندما نقرأ كتب التاريخ نجد الكثير من الأسماء الفلسطينية التي برعت في الطب في كافة العصور، وكانت تقام في فلسطين (بيمارستان) على مر العصور، و (بيمارستان) هي كلمة فارسية مكونة من مقطعين، بيمار بمعنى مرض وستان بمعنى دار، وقد ورد في رحلة ناصر خسرو الذي زار القدس في 5 رمضان سنة 438هـ فشهد في القدس على حافة وادي جهنم بيمارستاناً عظيماً عليه أوقاف طائلة ويوفر لمرضاه العلاج

والدواء، وظلت الكثير من البيمارستانات تؤدي وظائفها حتى العصر العثماني، وبعد العام 1850 بدأت الإرساليات الأجنبية بإنشاء المستشفيات في فلسطين وقد بلغ عدد هذه المستشفيات مطلع القرن العشرين حوالي 25 مستشفى عدا المستشفيات التي أقامتها الحكومة في القدس وحيفا ويافا ونابلس وغزة وعكا ومنها (صالحية، 1990):

- المستشفى الروسي بالقدس: ويقع في المسكوبية خارج السور وبناه الروس سنة 1859 وبعد العام 1917 أصبح مستشفى للموظفين البريطانيين وغيره.
- مستشفى الهوسبيس: بالقدس أيضا بناه النمساويون على در الآلام وبني ليكون نزلا لإمبراطور النمسا فرانسوا جوزيف عند زيارته للقدس سنة 1869م، ولم يستعمل كمستشفى إلا في أواخر فترة الانتداب البريطاني.
- مستشفى الإرسالية الإنجليزية: بناه جورج فرنسيس مطران الإنكليز سنة 1887م، ويقطع وسط الأحياء اليهودية واختص بخدمة اليهود الذين يعيشون في القدس.
- المستشفى البلدي وبني في عهد السلطان عبد الحميد الثاني سنة 1891م في حي الشيخ بدر غربي مدينة القدس.
- المستشفى الألماني: وبني سنة 1894م ويعرف باسم المستشفى المجيدي ذلك أن كل من كان يدخل من المرضى يجب أن يدفع رياءً مجيداً عثمانياً.
- المستشفى الإيطالي: بني حوالي سنة 1910 ويعلى على مفترق الطرق المؤدية إلى باب العمود وباب الخليل.
- مستشفى قرية بيت صفاة للأمراض السارية.
- مستشفى مدينة بيت لحم للأمراض العقلية.
- مستشفى مار يوحنا للأمراض العيون وبني سنة 1861.
- المستشفى المورافي لمداواة المجذومين والذي بني سنة 1867 وكان يديره الدكتور توفيق كنعان عام 1947.

وفي عهد الاحتلال الإسرائيلي، عملت السلطات الإسرائيلية بشتى الطرق على ضرب القطاع الصحي الفلسطيني، وذلك من خلال الكثير من السياسات التي قامت بها، فلم تقم السلطات الإسرائيلية الاحتلالية بتطوير القطاع الصحي أو الخدمات الصحية، بل أبقت عليها كما كانت قبل الاحتلال، بل تجاوزت الأمر إلى تدمير وإغلاق الكثير من المؤسسات الصحية، فضلاً عن أنها عزلت مدينة القدس عن باقي الضفة الغربية وحرمت المواطنين الفلسطينيين فيها من الانضمام إلى مشروع التأمين الصحي في الضفة الغربية، وأغلقت مستشفى الهوسبيس فيها، وحولت المستشفى الحكومي في الشيخ جراح إلى مركز للشرطة الإسرائيلية الاحتلالية، كما قامت في منطقة رام الله بإغلاق المستشفى الميداني

ومستشفى الأمراض السارية فيها، وأغلقت في نابلس المستشفى الوطني، وعمدت إلى تقليص عدد الأسرة في المستشفيات الفلسطينية كما في طولكرم وبيت لحم وبيت جالا وأريحا، وفي قطاع غزة أغلقت سلطات الاحتلال مستشفى تل الزهور والحمايات وحولتها إلى إدارات عسكرية، وحرمت الكثير من المستشفيات التي كانت تحت إدارتها من خطط التطوير والخدمات الضرورية التي تحتاجها (مركز المعلومات الوطني الفلسطيني - وفا، 2019).

تسلت السلطة الوطنية الفلسطينية مسؤولية القطاع الصحي الفلسطيني في قطاع غزة وأريحا بتاريخ 1994/05/18 ثم بتاريخ 1994/12/01 استلمت مسؤولية القطاع الصحي في الضفة الغربية ككل، وقد كان القطاع الصحي الفلسطيني يعاني من التفكك وقلة التعاون إضافة إلى ضعف البنية التحتية والمرافق الصحية العامة التي كانت تفقر إلى البيئة المناسبة والقوى العاملة المدربة والمؤهلة إضافة إلى ضعف الإمكانيات والقدرات وبالتالي كان لزاماً على السلطة الوطنية وضع الخطط والاستراتيجية القادرة على الخروج من هذا الوضع الذي استلمته من سلطات الاحتلال الإسرائيلي إلى وضع أفضل بالقطاع الصحي الفلسطيني، وكان أن تم إقرار وتنفيذ عدد من الخطط والاستراتيجيات أهمها (ادعيس و آخرون، 2008):

- الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية الأولى 1994-1998:

تم إنجاز هذه الخطة بمشاركة عدة من الخبراء الصحيين الفلسطينيين والدوليين، من خلال الاسترشاد بعدة تجارب عالمية وبالمعايير التي أقرتها المنظمات الدولية والهيئات الصحية العالمية، وقد تبنت هذه الخطة عدة أولويات من أهمها تقديم خدمات وقائية من الأمراض وتحسين وتطوير صحة السكان فيما يتعلق بأسلوب المعيشة، إضافة إلى الحماية الصحية التي تكفل الحماية للتجمعات.

ومن خلال هذه الخطة قامت السلطة الوطنية الفلسطينية باستيعاب وتأهيل كوادر بشرية ذات كفاءة في العمل الصحي إضافة إلى إنشاء وحدات وأقسام صحية جديدة في المدن والقرى الفلسطينية، كما عمدت إلى إعادة تأهيل وإصلاح البنية التحتية الصحية، وإقامة أسس للتعاون والتنسيق بين مقدمي الخدمات الصحية في فلسطين كوكالة غوث اللاجئين والمؤسسات الصحية الأهلية.

- الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية الثانية 1999-2003:

تمثلت المبادئ الأساسية لهذه الخطة بتيسير الخدمات الصحية جغرافياً ومالياً وكفايتها والتزامها بالمساواة، تأكيداً لمبدأ الحق في توفر الخدمات الصحية لكل فلسطيني جغرافياً ومالياً، وتقديم رعاية صحية عالية الجودة، واستدامة الخدمات الصحية المقدمة باعتبار صحة السكان هي هدف اجتماعي وطني أساسي لا يتجزأ من الاستراتيجية الوطنية للتنمية المستدامة للتنمية

البشرية، غير أن وزارة الصحة الفلسطينية لم تقم بإجراء تقييم شامل للإجراءات التنفيذية لهذه الخطة، وعمدت إلى وضع خطط طوارئ لمواجهة الوضع الصحي الذي خلقته انتفاضة الأقصى في العام 2000.

- خطة تطوير الموارد البشرية والتعليم في مجال الصحة لعام 2000: وضعت الخطة من قبل فريق مختص بقضايا الصحة، وقد اشتملت هذه الخطة على قضايا تعليمية في المجال الصحي كمراجعة برامج التعليم العالي في الصحة في المعاهد والكلليات والجامعات الفلسطينية، والتعليم المستمر من خلال مقدمي الخدمة الصحية وإجراءات وطرق اعتماد البرامج التعليمية في الصحة وتراخيص مزاولة المهن والمهن المساندة وما إلى ذلك من قضايا تتعلق بالقطاع الصحي في جانبه التعليمي، وقد تم تبني العديد من التوصيات والإجراءات في هذه الخطة كتطوير نظم المصادقة على البرامج التعليمية وتمكين البرامج القائمة والتدريب.

ويعتبر المرجع الأساس للصحة في فلسطين هو قانون الصحة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004، وهو القانون الذي اشتمل على حق المواطن الفلسطيني في الحصول على الرعاية الصحية الفردية الفورية والطارئة والجماعية من خلال مكافحة الأمراض والأوبئة التي قد تصيب المجتمع الفلسطيني، كمان أنه ضمن حق المريض في احترام خصوصيته الشخصية ومعتقداته الدينية وكرامته كإنسان، وكفل القانون حق المريض في تقديم الاعتراضات والشكاوى في مواجهة أي قصور أو خطأ من مرفق طبي أو من شخصي يزاول المهنة، ويجعل القانون المذكور صحة المرأة والطفل أولوية وجزءاً لا تتجزأ من الاستراتيجية الإنمائية للسلطة الوطنية الفلسطينية، مع التأكيد على حق كل طفل في الحصول برامج التطعيم المقررة محملاً الوزارة والوالدين مسؤولية التقصير في ذلك، إضافة إلى أنه أساساً في السلامة الغذائية والمهنية والبيئية، وداعماً لنشر الثقافة الصحية (المقتفي، 2010).

والنظام الصحي الفلسطيني يتكون من أربع قطاعات أساسية، وهي (وزارة الصحة، 2020، 14):

- القطاع الصحي الحكومي: والمكون من وزارة الصحة الفلسطينية والخدمات الطبية العسكرية.
- وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين.
- المنظمات غير الحكومية.
- القطاع الخاص.

وتتشارك القطاعات السابقة في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين الفلسطينيين، وهي الخدمات التي تقسمها وزارة الصحة الفلسطينية إلى ثلاثة مستويات هي: الرعاية الصحية الأولية، والثانوية، والثالثة.

2.8.1 الخدمات الصحية في فلسطين:

تقسم وزارة الصحة الفلسطينية الخدمات في فلسطين إلى عدة مستويات وهي:

خدمات الرعاية الصحية الأولية:

وهي الخدمات التي تتناول الصحة بجوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية الشاملة، وجوهرها هو تقديم الرعاية ككل والاحتياجات الصحية للمواطن طوال فترة حياته، وتضمن الرعاية الصحية الأولى في فلسطين حصول الأفراد على رعاية صحية شاملة بدءاً من الإرشاد مروراً بالوقاية ومن ثم العلاج، وتأتي خدمات الرعاية الصحية الأولى في مستويات متعددة وفقاً للخدمات التي يتم تقديمها في كل مستوى، والتي تشمل على الخدمات الوقائية كإسعافات الأولية والطب العام والمختبرات. والخدمات العلاجية كالإسعافات الأولية والطب العام والمختبرات.

ووفقاً للبيانات الإحصائية في العام 2019 بلغت، فإن فلسطين تحتوي على (749) مركزاً لتقديم الرعاية الصحية الأولية كما هي مبينة في الجدول (2.2) التالي (وزارة الصحة، 2020، 15):

جدول 2.2: مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين 2019

جهة الإشراف	وزارة الصحة	وكالة الغوث	منظمات غير حكومية	الخدمات الطبية العسكرية	المجموع
العدد	475	65	192	17	749
النسبة المئوية	63.4%	8.7%	25.6%	2.3%	100%

ومن خلال خدمات الرعاية الصحية الأولية، يتم تقديم العديد من الخدمات الصحية (الإرشادية والوقائية والعلاجية) للمواطنين الفلسطينيين، ومن أهم هذه الخدمات المقدمة (وزارة الصحة، 2020):

- خدمات صحة المرأة: وتشمل خدمات رعاية الحوامل، وخدمات الحمل الخطر، ورعاية ما بعد الولادة، علاج فقر الدم بين الحوامل والأمهات، وخدمات تنظيم الأسرة، وخدمات فحص مسحة عنق الرحم، وخدمات الفحص الشعاعي للثدي.
- خدمات رعاية الطفل: وتشمل خدمات التطعيم، خدمات الإعاقة والأمراض الخلقية.
- خدمات الصحة المدرسية: وهي خدمات تهدف إلى تقديم الرعاية العلاجية والوقائية لجميع فئات الطلبة الفلسطينيين من خلال برنامج الصحة المدرسية الحكومي، الذي يقدم خدماته للمدارس الحكومية والخاصة والمدارس التابعة لوزارات الشؤون الاجتماعية والعمل والأوقاف

وكذل في بعض رياض الأطفال، إضافة إلى برنامج الصحة المدرسية المقدم من وكالة غوث وتشغيل اللاجئين والذي يقدم خدماته للطبة في مدارس وكالة الغوث.

- خدمات الصحة النفسية: وهي خدمات تقدم من خلال 16 عيادة نفسية ومجتمعية متخصصة في الضفة الغربية في فلسطين، إضافة إلى مركز متخصص بالصحة النفسية للأطفال واليافعين في مديرية صحة شمال الخليل.
- خدمات علاج الإدمان: وهي خدمات يقدمها المركز الوطني الفلسطيني للتأهيل، لعلاج الأفراد المدمنون على المخدرات والعقاقير الممنوعة، إضافة إلى تقديم خدمات الإرشاد والوقاية لهم.
- خدمات صحة الفم والأسنان: حيث تمتلك وزارة الصحة الفلسطينية وتدير 40 عيادة أسنان في مراكز الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية.
- خدمات صحة البيئة: وهي خدمات يقدمها النظام الصحي في فلسطين من خلال فحص ومراقبة الأغذية والمياه والمنتجات التي تمس حياة المواطن، ورصد نسب التلوث فيها، إضافة إلى الكشف البيئي عن المصانع ومكافحة الحشرات والقوارض.
- خدمات التنقيف الصحي: وتقوم المنظومة الصحية الفلسطينية بالعديد من النشاطات والمهام الهادفة إلى نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع الفلسطيني.

الخدمات الصحية الثانوية والثالثة:

وهي الخدمات التي تقدمها المستشفيات الفلسطينية العاملة في فلسطين، إضافة إلى المختبرات.

2.8.2 المستشفيات في فلسطين:

يبلغ عدد المستشفيات في فلسطين وفقاً للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (85) مستشفى، ويبلغ عدد الأسيرة فيها (6436)، حيث يبلغ عدد الأسيرة لكل 1000 مواطن (1.3) سرير، وتتنوع هذه المستشفيات على الضفة الغربية بواقع (53) مستشفى وقاع غزة (32) مستشفى (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2019).

وتصنف المستشفيات في فلسطين حسب الخدمات التي تقدمها إلى ما يلي (البرش، 2017، 62):

- المستشفيات العامة: وهي المستشفيات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية للمنطقة الجغرافية التابعة لها، وأحياناً تقدم هذه المستشفيات الخدمات الصحية بعضاً من خدمات الرعاية الصحية الثالثة.
- المستشفيات الخاصة: وهي المستشفيات التي تقدم خدمات متخصصة، متقدمة وشاملة في مجال الرعاية الصحية الثانوية والثالثة.

- مستشفيات الولادة: وتقدم هذه المستشفيات الخدمات في مجال صحة المرأة والولادة.
 - مراكز التأهيل والعلاج الطبيعي: وهي مراكز طبية تقدم خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي.
- أما من حيث الملكية وجهة الإشراف فتقسم المستشفيات في فلسطين إلى الأقسام التالية (وزارة الصحة، 2020):
- مستشفيات وزارة الصحة: حيث تملك وزارة الصحة الفلسطينية (28) مستشفى، بسعة سريرية تبلغ (3531) سريراً، تتوزع هذه المستشفيات في الضفة الغربية بواقع (15) مستشفى، وفي قطاع غزة (13) مستشفى.
 - مستشفيات القطاع الخاص: وهي مستشفيات يملكها ويديرها القطاع الخاص في فلسطين، ويبلغ عدد هذه المستشفيات حتى العام 2019، (16) مشفى.
 - المستشفيات غير الحكومية: وهي مستشفيات تملكها وتديرها جمعيات ومؤسسات أهلية فلسطينية أو دولية، ويبلغ عدد هذه المستشفيات في فلسطين حتى عام 2019 (38) مستشفى.
 - مستشفيات وكالة الغوث: وهي المستشفيات التي تملكها وتديرها وكالة غوث اللاجئين في فلسطين ويبلغ عدد هذه المستشفيات في فلسطين مستشفى واحد.
 - المستشفيات التي تديرها الخدمات الطبية العسكرية، وهي مستشفيات حكومية تديرها وتملكها الخدمات الطبية العسكرية ويبلغ عددها (2) مستشفى.

2.9 الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا

كانت فلسطين كغيرها من دول الوطن العربي، تشتمل في تركيبها الاجتماعي على البدو وعلى حياة البداوة التي تعد نمطاً من أنماط الحياة التي اعتمدت أساساً على الحركة بين المناطق الصحراوية البعيدة عن المدن والقرى سعياً وراء الكأ والماء، وبين المناطق الرعوية التي تشكل مورداً للرزق، وقد عانى بدو فلسطين منذ ما قبل الاحتلال الإسرائيلي من عمليات التهميش بالنسبة للخدمات التي تقدم لهم، فكان دائماً ما يتم حرمانهم من الخدمات الصحية وخدمات التعليم، واستخدمت بحقهم سياسات كثيرة هدفت إلى توطيئهم في مناطق بعيدة ومصادرة الأراضي التي يسكنون بها، وهي سياسات قديمة قامت بها حكومة الانتداب البريطاني كثيراً بحقهم وصادرت أراضيهم لصالح الصهاينة، وينقسم سكان البادية الفلسطينية من حيث نمط حياتهم إلى ثلاثة أقسام: قسم يعيش على الإنتاج الحيواني ويتجولون في معظم حركاتهم بين جنوب البحر الميت وخليج العقبة ومرتفعات وادي عربة، وقسم يعيشون على جزء من الإنتاج الحيواني وجزء من الإنتاج النباتي وهم يتحركون بين القدس والخليل وجنوب حيفا وغور بيسان، وقسم بدأوا يستقرون في القرى خاصة بدو وعشائر بئر السبع (القطب، 1991، 432).

الأغوار:

تعتبر الأغوار جزءاً من حفرة الانهدام الأفرو آسيوية، والتي تتميز في أنها أخفض بقعة في العالم، تقع حوالي (380م) تحت مستوى سطح البحر في أدنى مستوياتها، وتقع في الأغوار مدينة أريحا التاريخية ونهر الأردن، كما يقع ضمن حدودها البحر الميت، وتمتد الأغوار على طول الجهة الشرقية للضفة الغربية، من عين جندي جنوباً إلى ما يعرف ب (تل محفوز) على حدود بيسان شمالاً، ومن نهر الأردن شرقاً حتى السفوح الشرقية للضفة الغربية غرباً، وتشكل الأغوار ما نسبته (30%) من مساحة الضفة الغربية (البابا، 2012).

تقسم الأغوار من حيث التضاريس والتنظيم الإداري إلى ثلاثة مواقع جغرافية هي (الحملة الشعبية لمقاومة جدار الفصل العنصري، 2011):

- الأغوار الشمالية: وتضم قرى بردلة، عين البيضاء، كردلة، الحمة، الساكوت، الالقون، ومنطقة المالح، وتتبع إدارية لمحافظة طوباس، وينحدر معظم سكانها إلى القرى والتجمعات الفلسطينية الواقعة في الغرب مثل طوباس وطمون وتياسير، إضافة إلى تجمعات بدوية تأتي من جنوب الضفة الغربية.
- الأغوار الوسطى: وتضم قرى الجفتك، مرج نعجة، الزبيدات، مرج الغزال، فروش بيت دجن، النصارية، بيت حسين وعين شبلي، وتتبع إدارياً لمحافظة نابلس وأريحا، ومعظم السكان في هذه المنطقة لديهم صلات عشائرية واجتماعية بالإضافة لملكية الأرض مع تجمعات سكانية واقعة في شمال الوسط الغربي مثل طوباس وطلوزة، نابلس الفارعة، إضافة إلى سكان لاجئون من جنوب فلسطين (بئر السبع، بيسان وعجور).
- الأغوار الجنوبية: وتضم تجمعات فصايل والعوجا ومنطقة أريحا ومدينتها وقرية الديوك، النعومية وعين السلطان، ومنطقة الخان الأحمر، النبي موسى ووادي القلط، ويتبع السكان إدارياً لمحافظة أريحا.

والجدول التالي يبين عدد السكان للتجمعات في محافظة أريحا والتي تتبع لها مناطق الأغوار الجنوبية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2019):

جدول 2.3: عدد السكان المقدر في منتصف العام لمحافظة أريحا والأغوار حسب التجمع 2017-2021

اسم التجمع	رمز التجمع	عدد السكان في منتصف العام				
		2021	2020	2019	2018	2017
محافظة أريحا والأغوار		53,317	52,355	51,410	50,481	49,568
مَرْج نَعْجَة	351045	883	867	851	836	821

عدد السكان في منتصف العام					رمز التجمع	اسم التجمع
2021	2020	2019	2018	2017		
1,790	1,758	1,726	1,695	1,664	351110	الرُّبَيْدَات
259	254	250	245	241	351116	مَرْجُ الغَزَال
3,306	3,246	3,187	3,130	3,073	351140	الجِفْتَالِك
1,746	1,714	1,683	1,653	1,623	351510	فَصَايِل
5,570	5,470	5,371	5,274	5,179	351690	العَوْجَا
1,913	1,878	1,845	1,811	1,778	351840	النُّوَيْعِمَة
944	927	910	893	877	351845	عَيْنُ الدِّيوكِ الفُوقَا
4,675	4,590	4,507	4,426	4,346	351865	مُحَيِّمُ عَيْنِ السُّلْطَان
22,293	21,891	21,496	21,107	20,726	351920	أَرِيحَا
9,554	9,382	9,212	9,046	8,882	351975	مُحَيِّمُ عَقْبَةِ جَبْر
366	359	353	346	340	352075	النَّبِي موسى
19	19	19	18	18		تجمعات أخرى

2.10 جائحة كوفيد-19 Covid-19

يعتبر فايروس كوفيد-19 الذي اجتاح العالم أحد الفيروسات من الفصيلة الكبيرة التي قد تسبب المرض للإنسان والحيوان، وهو من الفيروسات التي تسبب حالات عدوى الجهاز التنفسي للإنسان والتي تتراوح بين نزلات البرد الشائعة إلى الأمراض الأشد فتكاً مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية ومتلازمة (سارس)، والفايروس الأخير من هذه الفيروسات تسبب في مرض فيروس كوفيد-19، والذي تم اعتباره جائحة أصابت العالم من قبل منظمة الصحة العالمية (الأونروا، 2020).

ويعتبر مرض كوفيد-19 مرضاً معدٍ يسببه الفيروس المكتشف مؤخراً، ولم يكن هناك أي معلومات حول هذا المرض أو الفيروس الذي يسببه قبل بدء انتشاره في مدينة يوهان الصينية في ديسمبر من العام 2019 (المصدر السابق).

وكجزء من العالم، فقد تأثرت فلسطين بتداعيات هذه الجائحة في كافة المجالات وعلى كافة الأصعدة، فقد ألقت الجائحة بظلالها على القطاع الصحي والذي كان أكثر القطاعات تأثراً بهذه الجائحة، وشكل خط الدفاع الأول أمام مخاطر هذا المرض، ناهيك عن التداعيات الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية، حتى أنه يمكن القول إنه لا يوجد فئة من فئات الشعب الفلسطيني إلا وتأثرت بهذه الجائحة.

وحتى تاريخ 2021/04/14، شهدت فلسطين (3190) ألف حالة وفاة نتيجة للإصابة بمرض كوفيد - 19، فيما سجلت (303,470) ألف حالة مصابة بهذا المرض، منها (274,690) حالة مسجلة لدى وزارة الصحة الفلسطينية، و (28,780) ألف حالة معروفة في مدينة القدس المحتلة، بلغت حصة

الضفة الغربية من هذه الحالات (188,686) ألف حالة مقارنة بـ (86,004) ألف حالة في قطاع غزة، وفي محافظة أريحا بلغ عدد الحالات المسجلة والمصابة بهذا المرض حتى التاريخ نفسه (4,255)، منها (45) حالة وفاة نتيجة الإصابة، فيما بلغت نسبة إشغال أسرة المستشفيات (75.3%)، وهي نسبة عالية وكبيرة (وزارة الصحة الفلسطينية، 2021).

2.11 الدراسات السابقة

نتناول بالتحليل هنا عدداً من الدراسات السابقة التي أجريت حول الخدمات الصحية وأبعادها، حيث تم ترتيب هذه الدراسات وفقاً لتسلسلها الزمني من الأحدث إلى الأقدم، إضافة إلى تقسيمها إلى دراسات عربية وأخرى أجنبية كما يلي:

2.11.1 الدراسات السابقة العربية:

الجبريل، وائل، وآخرون. (2020) بعنوان: جودة الخدمات الصحية بليبيا في ظل جائحة كورونا، جامعة سيرت، ليبيا.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية بليبيا في ظل جائحة كورونا، ومعرفة مدى وجود فروق إحصائية لاستجابات المبحوثين حول جودة الخدمات تعزى لمتغيرات: النوع، العمر، المستوى التعليمية، طبيعة المرفق الصحي، المنطقة.

المنهج المستخدم الدراسة: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي.

مجتمع وعينة الدراسة: مستخدمي وسائل التواصل الاجتماعي والمتكررين على المرافق الصحية أثناء جائحة كورونا، وقد تم اختيار عينة منهم بلغ حجمها (362).

نتائج الدراسة: من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن المستوى العام لجودة الخدمات الصحية في ظل جائحة كورونا كان متوسطاً، كما بينت النتائج وجود فروق حول جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، طبيعة المرفق الصحي، والمنطقة.

دراسة القضاة، حسن. (2020) بعنوان: مدى التزام تطبيق حقوق المرضى في المستشفيات الحكومية العامة: دراسة حالة على عدد من المستشفيات العاملة في جدة، المملكة العربية السعودية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة وقياس مدى الالتزام في تطبيق حقوق المرضى في عدد من المستشفيات العامة السعودية.

المنهج المستخدم الدراسة: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.

مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من المراجعين في المستشفيات العامة السعودية في المستويات الثلاثة (وقائي، علاجي، وتأهيلي)، واستخدمت الدراسة عينة عشوائية من المجتمع مكونة من (100) مفردة.

نتائج الدراسة: من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هو وجود التزام لدى المستشفيات الحكومية بحقوق المرضى، وحق المريض في الحصول على قدر عالٍ من الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية.

دراسة مؤسسة لجان العمل الصحي (2019) بعنوان: الخصخصة في القطاع الصحي وتأثيراتها على الوصول العادل للصحة، فلسطين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة على معرفة مفهوم الخصخصة في القطاع الصحي الفلسطيني، إضافة إلى تأثيرها على الوصول العادل لجميع المواطنين لخدمات صحية ذات جودة عالية.

المنهج المستخدم الدراسة: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي من خلال تحليل التقارير والدراسات المحلية والدولية إضافة إلى تنفيذ مقابلات فردية مع مختصين وخبراء في مجال الصحة.

مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من العاملين في الميدان الصحي، وتم مقابلة 15 مختص وطبيب وأكاديمي وناشط حقوقي من عدة مؤسسات، إضافة إلى لقاء 45 عامل وعاملة من العاملين في المجال الصحي في ثلاثة مواقع هي قلقيلية ونابلس والخليل، كما تم مراجعة أكثر من 30 دراسة وتقرير محلي ودولي.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود توجه عام لدى الحكومات الفلسطينية بخصخصة بعض خدمات القطاع الصحي، كما بينت النتائج أن المنافسة باتت هي السمة الظاهرة في التعامل بين القطاعات الصحية المختلفة، وهو ما يؤثر على نوعية الخدمات وفرص الوصول العادل والأمن لجميع الفئات، كما بينت الدراسة أن فئات كالفقراء وذوي الإعاقة وكبار السن والمرضى المزمنين والنساء هم أكثر الفئات تضرراً من التوجه نحو الخصخصة.

دراسة درة وآخرون (2018) بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، جامعة ظفار، سلطنة عمان.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي العماني من حيث (الاعتمادية، الاستجابة، التأكيد، والتعاطف) من وجهة نظر المرضى، وذلك من خلال المقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة ظفار.

المنهج المستخدم في الدراسة: استخدم في الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كما تم استخدام الاختبارات الإحصائية في اختبار فرضيات الدراسة.

مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من المرضى الذين تلقوا الخدمات الصحية في أربع مستشفيات واحد منها حكومي وثلاثة خاصة، وتم اختيار عينة عشوائية بلغت (360) مفردة.

نتائج الدراسة: بينت الدراسة وجود فروق معنوية بين المستشفيات الخاصة والحكومية فيما يخص جودة الخدمات الصحية التالية (الاعتمادية، الاستجابة، التأكيد، والتعاطف)، فيما لم يكن هناك فروق فيما يخص بعد الملموسية.

نتائج الدراسة: من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن مستوى درجة تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في الخدمات الطبية العسكرية كان بدرجة عالية وجاء ترتيب أبعاد الجودة وفقاً لمستوى التطبيق تنازلياً بعد الاعتمادية، الاستجابة، الثقة وبعد الملموسية.

دراسة بني، مروة (2018) بعنوان: دور الإدارة في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

الهدف من الدراسة: تهدف الدراسة إلى معرفة دور الإدارة في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري، من خلال توفير المعدات والمستلزمات المادية والعلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية.

المنهج المستخدم: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتمثلت الأداة الرئيسة في الدراسة بالملاحظة البسيطة والاستمارة ذات الأسئلة المفتوحة والمغلقة.

مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من الموظفين المؤسسة الاستشفائية بن عمر الجيلاني، واستخدمت الدراسة عينة غير احتمالية قصدية عمدية بلغ حجمها (81) مفردة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن هناك دور للإدارة في تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات.

دراسة الجوابرة، نشأت (2016) بعنوان: تقييم جودة الخدمات الطبية المقدمة في الخدمات الطبية العسكرية من وجهة نظر متلقي الخدمة (وسط وجنوب الضفة الغربية)، فلسطين.

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة في المراكز الطبية التابعة لمديرية الخدمات الطبية العسكرية من وجهة نظر المنتفعين العسكريين وسط وجنوب الضفة الغربية.

المنهج المستخدم: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي بأسلوب تحليلي، وتم استخدام الاستبانة كأداة رئيسة في الدراسة.

مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من جميع المنتفعين العسكريين خلال شهري آذار ونيسان 2016 في ستة مراكز تابعة لمديرية الخدمات الطبية العسكرية في وسط وجنوب الضفة الغربية، أما عينة الدراسة فتمثلت بجميع المنتفعين العسكريين الذي لديهم ملفات طبية في المراكز الستة، وبلغ حجم العينة (370) مفردة كعينة عنقودية عشوائية منتظمة ، وتم استرداد (344) استبانة قابلة للتحليل.

نتائج الدراسة: مستوى درجة تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في الخدمات الطبية العسكرية كان بدرجة عالية وجاء ترتيب أبعاد الجودة وفقاً لمستوى التطبيق تنازلياً بعد الاعتمادية، الاستجابة، الثقة وبعد الملموسية

2.11.2 الدراسات السابقة الأجنبية:

Ray & et al. (2019): Effects of Disaster on Primary Health Care in Low Income Countries, Nepal.

دراسة Ray & et al.(2019) بعنوان: تأثير الكوارث على الرعاية الصحية الأولية في البلدان ذات الدخل المنخفض، نيبال.

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى تأكيد دور الرعاية الصحية الأولية وقوتها في مواجهة الكوارث وتقوية البلدان منخفضة الدخل في مواجهتها، كما حاولت استعراض علاقة زيادة الإقبال على الخدمات الصحية في بناء قدرة لدى هذه البلدان منخفضة الموارد في الصمود في مواجهة الكوارث.

المنهج المستخدم في الدراسة: اعتمدت الدراسة على مراجعة وتحليل مختلف الأدبيات المتوفرة ومصادر البيانات، كما تم استخدام المعلومات في قاعدة بيانات أحداث الطوارئ Em-Dat لجمع بيانات الكوارث العالمية، كما تم مراجعة 114 مقال وتقرير، حيث استخدمت الدراسة المنهج التحليلي.

مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من بيانات الطوارئ والمقالات المتعلقة بالموضوع، حيث شمل المجتمع (114) مقالة ووثيقة وتقرير، وتشكلت العينة من (90) تقرير كان منها (62) مقالة ووثيقة تستوفي معايير المراجعة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الدول محدودة الدخل لديها تهديد متزايد من مواجهة الكوارث، كما أن الدراسة بينت بأن هذه الدول تشعر بالتهديدات من الكوارث بشكل كبير بسبب نقص المساعدة المناسبة للرعاية الصحية الأولية فيها، ما يؤدي إلى حدوث حلقة مفرغة من الفقر وسوء الصحة.

Gavurova & et al. (2019): The impact of healthcare availability on the amenable mortality: Country study, Slovakia.

دراسة Gavurova & et al. (2019) بعنوان: تأثير توافر الرعاية الصحية على معدل الوفيات: دراسة حالة لدولة.

الهدف من الدراسة: تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة حول توافر الرعاية الصحية والوفيات التي يمكن تجنبها، من خلال دراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية ومستوى الرعاية الصحية المقدمة في سلوفاكيا، وقد تمثل المتغير المستقل في الدراسة في مدى توافر الرعاية الصحية في المناطق، فيما كان المتغير التابع لها هو معدل الوفيات.

المنهج المستخدم: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي من خلال نموذج خطي.

مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من المناطق السلوفاكية وعددها (8) مناطق، وتم جمع المعلومات من خلال استخدام قاعدة بيانات المركز الوطني للمعلومات الصحية في جمهورية سلوفاكيا والذي تم الحصول على بيانات الوفيات منها، وكذلك قاعدة البيانات الخاصة بالسكان في المنطقة السلوفاكية وقاعدة البيانات الخاصة بعدد مرافق الرعاية الصحية في المناطق من المكتب الإحصائي للجمهورية السلوفاكية، والتي تتضمن (11) نوعاً من مرافق الرعاية الصحية وهي: المستشفيات، المراكز الصحية، أطباء الأطفال، الممارسين، أطباء النساء، الصيدليات، الخدمات الطبية الطارئة، التخصصيين، أطباء الأسنان، ومحطات نقل الدم ومتجر المستلزمات الطبية، ومن ثم تم عمل تحليل للبيانات للسنوات من 1998-2015، ثم تم عمل نموذج خطي لمعرفة تأثير عدد مرافق الرعاية الصحية على معدل الوفيات المحسوب في السنوات المذكورة للمناطق السلوفاكية.

النتائج: نتج عن الدراسة عدة نتائج من أهمها وجود فروق بين الجنسين، ففي حالة النساء نتج عن الدراسة انخفاض لمعدل الوفيات مرتبط بتوافر الخدمات الصحية وأن هناك علاقة بين توافر الرعاية الصحية وبين معدل الوفيات، أما فيما يخص الرجال فهناك دليل على وجود علاقة بين معدل وفيات الرجال القابل للخفض وإمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

Visagie & et al. (2015): The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa.

دراسة (2015) Visagie & et al. بعنوان: تأثير متغيرات الخدمات الصحية على الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الحضرية منخفضة الموارد في ويسترن كيب، جنوب إفريقيا.

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى استكشاف كيفية تأثير تقديم الخدمة على الوصول إلى الرعاية الصحية للفئات الضعيفة في بيئة الرعاية الصحية الأولية في جنوب إفريقيا.

المنهج المستخدم: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وقد تم جمع البيانات الخاصة بالدراسة من خلال مقابلات شبه منظمة مع المشاركين الذين تم أخذ عينات قصدية منهم وتحليلها.

مجتمع وعينة الدراسة: تألف مجتمع الدراسة من أفراد المجتمع وكذلك مقدمي خدمات الرعاية الصحية العامة والتقليدية والخاصة في جوجوليثو في جنوب إفريقيا، وتم أخذ عينات قصدية منهم لتحديد مجموعة متنوعة من الخبرات والآراء، وقد تم اختيار عينة قصدية من (8) أشخاص من مستخدمي الرعاية الصحية العامة و (4) أشخاص توقفوا عن استخدام الرعاية الصحية العامة من مختلف الفئات الضعيفة.

نتائج الدراسة: خلصت الدراسة إلى أن التنظيم الإداري واللوجستي الفعال لخدمات وأنظمة الرعاية الصحية لا يترجم بشكل جيد إلى خدمات كافية ومقبولة من وجهة نظر المستفيدين، ويمكن تطوير ذلك من خلال تغيير طرق تقديم الخدمات وكيفية الوصول إلى المستفيدين منها، كما بينت النتائج ضرورة التركيز على المريض من خلال جوانب كالاختيار، الرعاية الفردية الشاملة، استمرارية الرعاية والاستشارة المشتركة واتخاذ القرار التشاركي، إضافة إلى عدم التمييز والتواصل الجيد المبني على الاحترام المتبادل.

Morad & et al., (2000): Universal health care? The views of Negev Bedouin Arabs on health services, Israel.

دراسة Morad & et al., (2000) بعنوان: العناية الصحية الشاملة؟ آراء بدو النقب العرب حول الخدمات الصحية في الكيان المحتل.

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات وممارسات وأنماط استخدام الرعاية الصحية بين البدو في جنوب الأراضي المحتلة في النقب، من خلال التعرف على مدى الخبرة والرضا عن النظام الصحي الحالي وتوافر ومعوقات الخدمات الصحية واحتياجات الرعاية الصحية للبدو وتأثيرات التغيير الاجتماعي وقانون التأمين الوطني عن الخدمات الصحية المقدمة.

المنهج المستخدم: استخدمت الدراسة المنهج التحليلي من خلال مجموعات التركيز كأداة رئيسة في جمع البيانات.

مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من البدو في مدينة النقب، حيث قام الباحثون باختيار عينة عشوائية شكلت (12) مجموعة تركيز شارك بها (158) مفردة بحثية من جميع أنحاء النقب.

النتائج: خلصت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها عدم رضا التجمعات البدوية في النقب عن الخدمات الصحية الحديثة والوضع الصحي في النقب، كما بينت الدراسة وجود علاقة بين الصحة والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة، وأن هناك تأثير كبير لقانون التأمين الوطني على البدو، حيث أنه لا يقدم لهم تغطية صحية شاملة بل جزئية.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة العربية والأجنبية، لأجل التعرف على الجوانب البحثية فيها والمتعلقة بموضوع الدراسة الحالية، لا بد من التطرق لبعض الجوانب التي تختلف أو تتقارب فيها الدراسات السابقة ومن أهم هذه الجوانب:

أولاً: الدراسات العربية:

1. اهتمت الدراسات العربية السابقة بدراسة الخدمات الصحية والرعاية الصحية من خلال علاقتها بمتغيرات أخرى وفي مجتمعات مختلفة، فدراسة القضاة (2020) اهتمت بدراسة التزام المستشفيات في حق المرضى في الحصول على الرعاية الصحية، أما دراسة لجان العمل الصحي (2019) فقد حاولت قياس تأثير الخصخصة على الوصول العادل لخدمات صحية ذات جودة عالية من فئات المجتمع، أما دراسة درة وآخرون (2018) فقد أجرت تقييماً بين المستشفيات الحكومية والخاصة حول جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات، فيما كانت دراسة بني (2018) تسعى لمعرفة أثر الإدارة ودورها في تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، فيما كانت دراسة الجوابرة (2016) دراسة تقييمية لجودة الخدمات الطبية المقدمة في المؤسسة العسكرية، فيما دراسة الجبريل وآخرون (2020) فقد هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية في ظل جائحة كوفيد-19.
2. اتفقت الدراسات العربية السابقة التي تم استعراضها المنهج الوصفي التحليلي، وهو المنهج الذي يصف الظاهرة ويجمع المعلومات الخاصة بها ويقوم بتحليلها للخروج بنتائج.
3. كان هناك تفاوت في الأدوات في الدراسات العربية السابقة، فدراسة كل من القضاة (2020)، درة وآخرون (2018)، والجوابرة (2016)، والجبريل وآخرون (2020) استخدمت الاستبانة كأداة لجمع المعلومات، فيما استخدمت دراسة بني (2018) الاستبانة والملاحظة كأدوات لجمع المعلومات، بينما اعتمدت دراسة لجان العمل الصحي (2019) على المقابلة وتحليل الدراسات والأبحاث.
4. من حيث النتائج بينت دراسة لجان العمل الصحي (2020) أن الفقراء وذوي الدخل المحدود وذوي الإعاقة وكبار السن وذوي الأمراض المزمنة هم أكثر تأثراً بشكل سلبي من خصخصة الخدمات الصحية، فيما نتج عن دراسة الجبريل وآخرون (2020) بأن المستوى العام لجودة الخدمات الصحية في ظل الجائحة كان متوسطاً، كما بينت نتائج دراسة درة وآخرون (2018) أن هناك فروق لصالح المستشفيات الخاصة فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية المتمثلة في الاعتمادية، الاستجابة، التأكيد، والتعاطف، فيما لم يلاحظ أي فروق في بعد الملموسية، فيما بينت نتائج دراسة بني (2018) أن للإدارة دور في تحسين الخدمات الصحية المقدمة، بنما

دراسة الجوابرة (2016) فقد بينت أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل الخدمات الطبية العسكرية في فلسطين كانت مرتفعة وكان أكبر هذه الأبعاد درجة هو الاعتمادية ثم الاستجابة ثم الثقة وأخيراً بعد الملموسية.

والجدول التالي (2.4) يوضح ملخصاً لأبرز المقارنات بين الدراسات العربية السابقة التي تم الاطلاع عليها:

جدول 2.4: مقارنة بين الدراسات العربية السابقة من حيث المتغيرات والمنهج والأدوات والنتائج

الرقم	الدراسة	المتغير المستقل	المتغير التابع	أداة الدراسة	المنهج	النتيجة
1.	دراسة الجبريل، وائل، وآخرون (2020)	جائحة كورونا	جودة الخدمات الصحية	الاستبانة	الوصفي	المستوى العام لجودة الخدمات الصحية في ظل جائحة كورونا كان متوسطاً.
2.	دراسة القضاة، حسن (2020)	التزام المستشفيات	حقوق المرضى	الاستبانة	الوصفي التحليلي	وجود التزام لدى المستشفيات الحكومية بحقوق المرضى وحققهم في الحصول على الرعاية الصحية
3.	دراسة لجان العمل الصحي (2019)	الخصخصة	الوصول العاد لخدمات صحية ذات جودة عالية	المقابلة وتحليل الدراسات والأبحاث	وصفي	فئات كالفقراء وذوي الإعاقة وكبار السن والمرضى المزمنين والنساء هم أكثر الفئات تضرراً من التوجه نحو الخصخصة.
4.	دراسة درة وآخرون (2018)	تقييم ومقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة	جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة	الاستبانة	وصفي تحليلي	وجود فروق معنوية بين المستشفيات الخاصة والحكومية فيما يخص جودة الخدمات الصحية التالية (الاعتمادية، الاستجابة، التأکید، والتعاطف)، فيما لم يكن هناك فروق فيما يخص بعد الملموسية.

الرقم	الدراسة	المتغير المستقل	المتغير التابع	أداة الدراسة	المنهج	النتيجة
5.	دراسة بني، مروة (2018)	الإدارة	تحسين الخدمات الصحية	الملاحظة، الاستبانة	وصفي تحليلي	وجود دور للإدارة وتحسين الخدمات الصحية.
6.	دراسة الجوابرة (2016)	تقييم	تقييم جودة الخدمات الطبية	الاستبانة	وصفي تحليلي	مستوى درجة تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في الخدمات الطبية العسكرية كان بدرجة عالية وجاء ترتيب أبعاد الجودة وفقاً لمستوى التطبيق تنازلياً بعد الاعتمادية، الاستجابة، الثقة وبعد الملموسية

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

أما فيما يتعلق في الدراسات الأجنبية السابقة يمكن تلخيص المقارنة بينها في النقاط التالية:

1. هدفت الدراسات السابقة الأجنبية إلى الخدمات والرعاية الصحية في كثير من المجالات والقطاعات، ففي دراسة Ray & et al. (2019) كان الهدف معرفة قوة مستوى الرعاية الصحية الأولية المقدمة على قدرة الدول محدودة الموارد على مواجهة الكوارث المحتملة، فيما كانت دراسة Gavurova & et al. (2019) كانت تسعى لمعرفة أثر توافر الرعاية الصحية على معدل الوفيات، فيما دراسة Visagie & et al. (2015) حاولت معرفة علاقة تقديم الخدمة وإدارتها على متغير الوصول إلى الرعاية الصحية، بينما هدفت دراسة Morad & et al. (2000) إلى معرفة آراء المستفيدين من بدو النقب لمدى توافر الرعاية الصحية ومعوقات الوصول إليها، ورغم أن الدراسة قديمة إلا أنه من الضرورة اللجوء إليها كدراسة سابقة لأنها تتشابه مع مجتمع الدراسة الحالية وهو الأغوار الجنوبية.
2. استخدمت الدراسة الأجنبية السابقة مناهج بحثية مختلفة، فدراستي Ray & et al. (2019) و Morad & et al. (2000) استخدمتا المنهج التحليلي، فيما بقية الدراسات استخدمت المنهج الوصفي في إجراءات الدراسة.
3. من حيث الأداة المستخدمة لجمع البيانات، تشابهت دراسة Ray & et al. (2019) ودراسة Gavurova & et al. (2019) في استخدام مراجعة قواعد البيانات المركزية والوطنية، فيما

اعتمدت دراسة (2015) Visagie & et al. ودراسة (2000) Morad & et al. على المقابلات كأداة رئيسة لجمع البيانات.

4. أما من حيث النتائج، فقد خلصت دراسة (2019) Ray & et al. إلى أن الدول محدودة الدخل تتعرض بشكل دائم لتهديد الكوارث، وأن هذا التهديد يتزايد لديها في حال نقص المساعدة المناسبة للرعاية الصحية أو ضعف الخدمات الصحية فيها، فيما خلصت دراسة Gavurova (2019) & et al. إلى أن هناك علاقة بين توافر الرعاية الصحية والخدمات الصحية وبين معدل الوفيات للنساء، فيما رصدت الدراسة دليلاً على علاقة كهذه خاصة بالرجال، فيما دراسة (2015) Visagie & et al. بينت أن التنظيم الإداري واللوجستي الفعال لا يترجم بشكل فعال وجيد إلى خدمات كافية ومقبولة ولا بد من التركيز على المريض في الكثير من الجوانب، أما دراسة (2000) Morad & et al. فقد نتج عنها عدم رضا التجمعات البدوية في النقب عن الخدمات الصحية والوضع الصحي، كما أظهرت الدراسة علاقة بين الصحة والتغييرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة للبدو في النقب.

والجدول (2.5) التالي يوضح ملخصاً لأبرز المقارنات بين الدراسات الأجنبية السابقة التي تم الاطلاع عليها:

جدول 2.5: مقارنة بين الدراسات الأجنبية السابقة من حيث المتغيرات والمنهج والأدوات والنتائج

الدراسة	المتغير المستقل	المتغير التابع	أداة الدراسة	المنهج	النتيجة
Ray & et al. (2019): Effects of Disaster on Primary Health Care in Low Income Countries, Nepal.	الرعاية الصحية الأولية	مواجهة الكوارث	مراجعة قواعد بيانات	التحليلي	الدول محدودة الدخل لديها تهديد متزايد من مواجهة الكوارث، كما أن الدراسة بينت بأن هذه الدول تشعر بالتهديدات من الكوارث بشكل كبير بسبب نقص المساعدة المناسبة للرعاية الصحية الأولية فيها، ما يؤدي إلى حدوث حلقة مفرغة من الفقر وسوء الصحة
Gavurova & et al. (2019): The impact of healthcare availability on the	توافر الرعاية الصحية	معدل الوفيات	مراجعة قواعد بيانات	الوصفي	أهمها وجود فروق بين الجنسين، ففي حالة النساء نتج عن الدراسة

النتيجة	المنهج	أداة الدراسة	المتغير التابع	المتغير المستقل	الدراسة
انخفاض لمعدل الوفيات مرتبط بتوافر الخدمات الصحية وأن هناك علاقة بين توافر الرعاية الصحية وبين معدل الوفيات، أما فيما يخص الرجال فهناك دليل على وجود علاقة بين معدل وفيات الرجال القابل للخفض وإمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية					amenable mortality: Country study, .Slovakia
التنظيم الإداري واللوجستي الفعال لخدمات وأنظمة الرعاية الصحية لا يترجم بشكل جيد إلى خدمات كافية ومقبولة من وجهة نظر المستفيدين، ويمكن تطوير ذلك من خلال تغيير طرق تقديم الخدمات وكيفية الوصول إلى المستفيدين منها، كما بينت النتائج ضرورة التركيز على المريض من خلال جوانب كالاختيار، الرعاية الفردية الشاملة، استمرارية الرعاية والاستشارة المشتركة واتخاذ القرار التشاركي، إضافة إلى عدم التمييز	الوصفي	المقابلة	الوصول إلى الرعاية الصحية	متغيرات تقديم الخدمة	Visagie & et al. (2015): The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, .South Africa

النتيجة	المنهج	أداة الدراسة	المتغير التابع	المتغير المستقل	الدراسة
والتواصل الجيد المبني على الاحترام المتبادل.					
عدم رضا التجمعات البدوية في النقب عن الخدمات الصحية الحديثة والوضع الصحي في النقب، كما بينت الدراسة وجود علاقة بين الصحة والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة، وأن هناك تأثير كبير لقانون التأمين الوطني على البدو، حيث أنه لا يقدم لهم تغطية صحية شاملة بل جزئية.	التحليلي	المقابلة	الخدمات الصحية المقدمة	توافر ومعوقات الرعاية الصحية	Morad & et al., (2000)

2.11.3 الثغرة البحثية وما يميز الدراسة الحالية:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة الأجنبية والعربية، يتبين بعض الأمور أهمها:

1. لوحظ قلة الدراسات التي تغطي كافة متغيرات وأبعاد الخدمة الصحية والرعاية الصحية من حيث (التوافر، الوصول، الجودة، المقبولية) بشكل مجتمع.
2. لم يلحظ وجود دراسات كثيرة قامت بدراسة الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كفئة من فئات الحياة في المجتمع خاصة تلك الدراسات العربية، فالقاطنين في المناطق المهمشة والحدودية يعيشون في تجمعات في معظم الدول العربية وبالتالي فإن الحصول على الخدمات الصحية حق تضمنه لهم جميع المؤسسات الدولية والحقوقية، وقد لوحظ نقص الدراسات التي تبين مستوى الخدمات المقدمة لهم أو واقعها خاصة في الدراسات العربية.

ومما سبق؛ فإن الثغرة البحثية للدراسة الحالية تتمثل في عدم توافر المعلومات والدراسات حول واقع الخدمات الصحية والرعاية الصحية بكافة أبعادها المقدمة للتجمعات في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.

3 الفصل الثالث

الإجراءات البحثية

3.1 مقدمة

يتطرق هذا الفصل إلى وصف طريقة الدراسة وإجراءاتها، من حيث تصميم الدراسة ومنهجيتها وإجراءاتها وأدواتها، إضافة إلى حدود الدراسة ومحدداتها ومعوقاتها، ومتغيرات الدراسة ومجتمع الدراسة وعينتها، كذلك المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

3.2 منهجية الدراسة

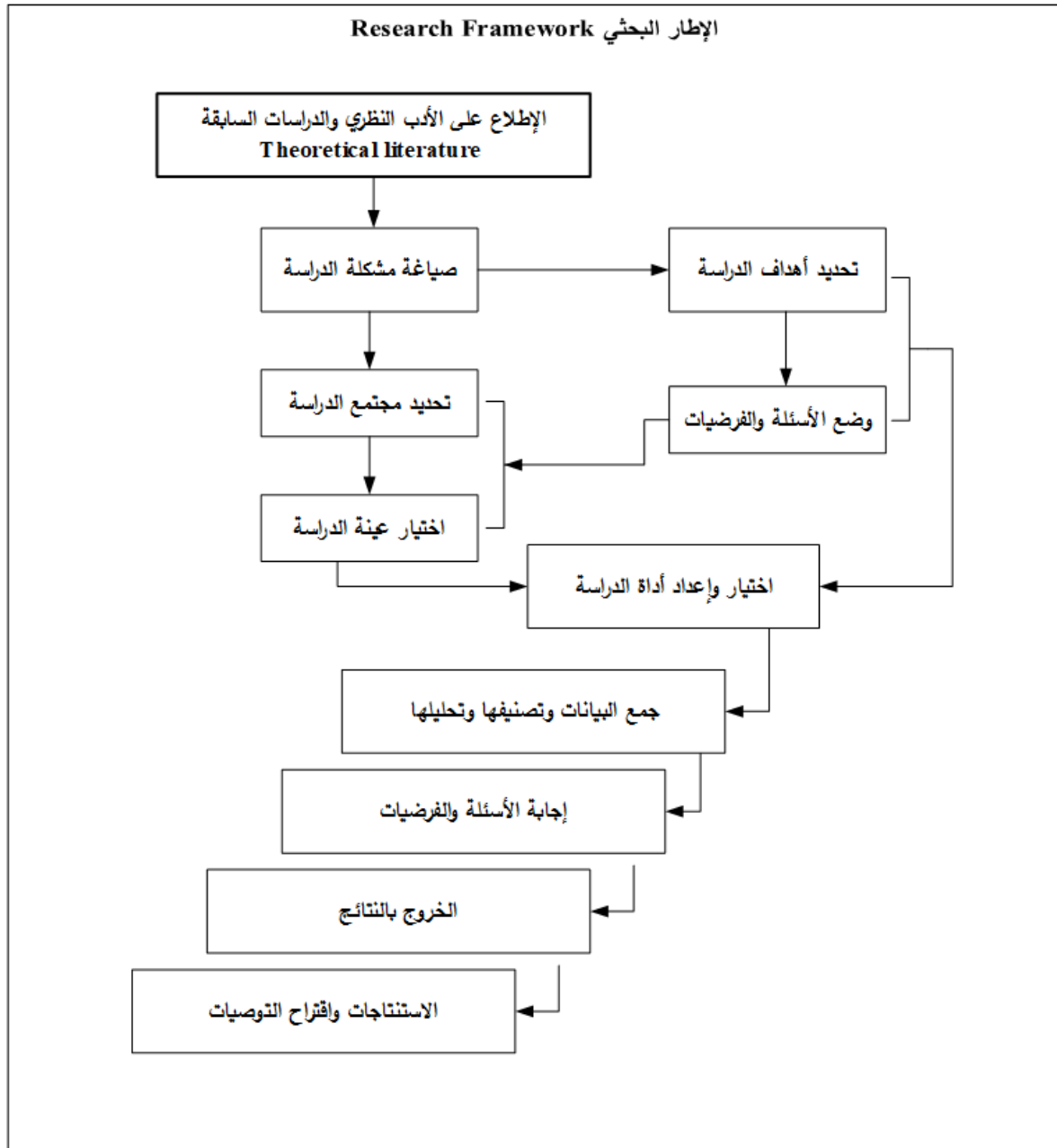
لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي والتحليلي، وذلك لملائمته لطبيعة الدراسة التي احتاجت إلى جمع البيانات من مجتمع الدراسة وتصنيفها وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص الدلالات والوصول إلى نتائجها، والتعرف على واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، في ظل جائحة كوفيد-19، وذلك من وجهة نظر متلقي الخدمات كونهم الجهة القادرة على تقييم هذه الخدمات من حيث (التوافر، الوصول، الجودة، والمقبولية).

وسيتم استخدام برنامج (SPSS V.23) في تحليل أداة الدراسة من خلال استخدام عدة اختبارات يقدمها هذا البرنامج مثل:

- اختبار التحليل العاملي Factor Analysis: والذي يستخدم لقياس العلاقة بين مجموعة من العوامل، حيث يتم حسابه من خلال تطبيق مجموعة من الاختبارات على عدد من المفحوصين، ومن خلال معامل الارتباط بين الاختبارات تتحدد نتيجة صدق الأداة، فكلما كان معامل الارتباط عالياً فإن ذلك يعني وجود سمات مشتركة بين الاختبارين (دوريدي، 2000).
- اختبار كرونباخ ألفا Cronbach Alpha: والذي يعد مقياساً لدرجة الثبات أو الاتساق الداخلي للبنود أو المتغيرات في مؤشر مركب تم وضعه على مقياس الجمع، ويتم استخدامه بصفة عامة لقياس درجة ثبات مقاييس البنود المتعددة، وتكون أداة البنود مقسمة داخلياً، حيث تقوم ألفا بقياس هذا الاتساق الداخلي (باهي و الأزهري، 2010، 157).
- اختبار T للعينات المستقلة Independent Sample T-test: وهو عبارة عن تقنية إحصائية استدلالية تستخدم لفحص فيما إذا كان هناك فرق إحصائي (حقيقي) بين متوسطي مجموعتين من مجموعات العينة العشوائية (أبو سمرة والطيطي، 2019، 218).
- اختبار معامل الانحدار المعياري Standardized Regression: وهو اختبار يقوم على أسلوب رياضي لتقدير العلاقة بين متغيرين أو أكثر، بدلالة وحدات قياس المتغيرات المعتمدة (التابعة) في العلاقة، وتسمى هذه العلاقات بنماذج الانحدار (طعمة و حنوش، 2009، 213).
- اختبار تحليل التباين الأحادي One Way Analysis of Variance: ويعتمد على حساب التباين بين العينات والتباين داخل كل العينات مجتمعة، وهو يستخدم لإيجاد الفروق بين أكثر من مجموعتين، شريطة توافر الخصائص البارامترية الإحصائية، وتقاس دلالة الفروق في هذا المقياس من خلال قيمة (F) (الضامن، 2006).
- اختبار مصادر الفروق والمقارنات الزوجية Scheffe.

3.3 الإطار البحثي Research Framework

لإجراء هذه الدراسة تم الاعتماد على الإطار البحثي كما يوضحه الشكل (1) التالي:



شكل 2: الإطار البحثي للدراسة (إعداد الباحثة)

3.4 أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة لجمع البيانات عن عينة الدراسة، وذلك من خلال مجموعة من الأسئلة والاستفسارات المرتبطة ببعضها البعض بما يحقق أهداف الدراسة، وقد تم اختيارها كأداة

للدراصة كونها تشجع الإجابات الصريحة والحرّة من المبحوثين إضافة إلى أنها ومن خلال تشابه الأسئلة وتوحيدها تؤدي إلى سرعة جمع المعلومات الخاصة بالدراصة (أبو سمرة و الطيطي، 2020).

كما تم إجراء مراجعة عميقة للدراسات ذات العلاقة والكتب والمراجع العلمية والأطروحات التي تناولت في مواضيعها متغيرات الدراصة المستقلة والتابعة.

وقد تم تطوير الاستبانة كما هو موضح في الملحق (2)، حيث تجزأت إلى عدة أقسام:

- **البيانات الديمغرافية:** وهي بيانات عامة عن المبحوثين تشمل فقرات تتمثل بعوامل: (الجنس، الإصابة بمرض مزمن للمبحوث أو أحد أفراد العائلة، الإصابة بإعاقة جسدية المبحوث أو أحد أفراد العائلة، الإصابة بمرض نفسي المبحوث أو أحد أفراد العائلة، الدرجة العلمية، العمر، البعد عن أقرب مركز صحي حكومي، تلقي الخدمة من مركز صحي أو عيادة متنقلة).
- **محاور الدراصة:** وتتكون من محورين هما:
 - **واقع الخدمات الصحية ممثلة بالأبعاد التالية:** التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة.
 - **الكفاية النوعية والكمية.**
- **مستوى رضا متلقي الخدمات:** وتشتمل على فقرات فقرتين لقياس مستوى رضا متلقي الخدمات.

والجدول (3.1) التالي يوضح توزيع الفقرات على أقسام الاستبانة:

جدول 3.1: توزيع فقرات الاستبانة وفقاً للمحاور

الرقم	عدد الفقرات
الجزء الأول	
1.	بيانات ديمغرافية
8	
الجزء الثاني	
المحور الأول: واقع الخدمات الصحية	
38	
1.	التوافر
11	
2.	إمكانية الوصول
11	
3.	المقبولية
6	
4.	الجودة
10	
المحور الثاني: الكفايات	
13	
1.	الكفاية النوعية
6	
2.	الكفاية الكمية
7	

الرقم	عدد الفقرات
قياس مستوى رضا متلقي الخدمات	2
سؤال حول الخدمات المقدمة خلال كوفيد-19	4
المجموع الكلي لفقرات الاستبانة	65

3.4.1 صدق الأداة:

تم التحقق من صدق أداة الدراسة من خلال عرض الاستبانة على (8) محكمين من الأساتذة ذوي الكفاءة والاختصاص والمرفقة أسماؤهم في الملحق (1)، بهدف التأكد من مناسبة الاستبانة لما أعدت من أجله، وسلامة صياغة الفقرات وانتماء كل منها للمجال الذي وضعت فيه، وقد تم الأخذ بالكثير من التعديلات التي تم التوصية بها من قبل المحكمين.

إضافة إلى ذلك فقد تم توزيع الاستبانة على عينة استطلاعية من مجتمع الدراسة، وذلك لقياس صدق الأداة إحصائياً، وكان عدد مفردات هذه العينة (30) مفردة من مجتمع الدراسة، تم استبعادهم لاحقاً من عينة الدراسة، ثم أجري اختبار التحليل العاملي (Factor Analysis) لفقرات الأداة، وذلك كما هو واضح في جدول (3.2) فيما يلي:

جدول 3.2: نتائج اختبار التحليل العاملي لفقرات أداة الدراسة.

التسلسل	الفقرة	درجة التشبع
المحور الأول: واقع الخدمات الصحية		
التوافر		
1.	العدد المتوفر من الأطباء قادر على تقديم الخدمة الطبية.	.874
2.	تخصصات الأطباء تلبي الاحتياجات الصحية المطلوبة.	.792
3.	يتم استبدال المعدات الطبية بشكل دوري بمعدات أكثر حداثة في مراكز تقديم الخدمة الصحية.	.901
4.	المركز الصحي الذي أتلقى فيه الخدمة الصحية يقدم الأدوية الأساسية.	.863
5.	تتوفر لدى المراكز الصحية التي تقدم خدماتها القدرة على تقديم كافة أنواع الرعاية الصحية الأولية.	.885
6.	يتم الحصول على الأدوية الأساسية فور طلبها من الطبيب.	.903
7.	يتم إعطاء المريض مواعيد مراجعة في حالة عدم وجود طبيب مختص.	.888
8.	أبنية المركز الصحي تتناسب مع عدد المراجعين اليومي.	.856

التسلسل	الفقرة	درجة التشبع
9.	عدد الممرضين في المركز الصحي كافي لتقديم الخدمات الصحية.	858.
10.	لا يتم شراء الأدوية من خلال الصيدليات من قبل المريض لتوفرها في المركز الصحي.	902.
11.	تتوافر خدمة المختبرات في المركز .	907.
إمكانية الوصول		
12.	المركز الصحي المتوفر يقع في منطقة قريبة لا يتطلب الوصول إليها الكثير من العقبات.	879.
13.	تكلفة الوصول وتلقي الخدمة الطبية أقل من قيمة الخدمة الطبية نفسها.	901.
14.	يتم الإفصاح عن المعلومات حول العلاج المقدم عند تلقي الخدمات الصحية في المركز .	880.
15.	لا يتم الدخول ضمن إجراءات إدارية وروتينية مع المركز الصحي قبل الوصول إلى تلقي الخدمة الطبية اللازمة.	782.
16.	للعادات والتقاليد لا تمنع من تلقي خدمات طبية وخاصة بما يخص صحة المرأة	876.
17.	لا يوجد تأخير متكرر في تقديم الرعاية الصحية في المراكز الحكومية.	947.
18.	الشعور بالثقة في الخدمات الحكومية يزيد من التوجه إلى المراكز الحكومية لتلقي الخدمات الصحية.	907.
19.	توفر جميع مكونات الخدمة الصحية يؤدي إلى التوجه إلى المركز الصحي الحكومي، وعدم البحث عن بديل في القطاع الخاص.	887.
20.	في حال كان الطبيب المختص في إجازة يتم توفير بديل في المركز الصحي لتقديم الخدمة الصحية.	902.
21.	توفر جميع مكونات الخدمة الصحية في المركز الحكومي يقلل من البحث عن بديل في القطاع الخاص.	865.
22.	ساعات عمل المراكز الصحية تناسب احتياجات القاطنين في الأغوار الجنوبية.	941.
المقبولية		
23.	وجود تنوع في مقدمي الخدمة من التمريض والأطباء (ذكور وإناث) يجعل الخدمة مناسبة.	888.

التسلسل	الفقرة	درجة التشبع
24.	يتم تقديم الخدمات الصحية من مقدم الخدمة بطريقة مقبولة تراعي انسانيته.	907.
25.	يتم الأخذ من قبل إدارة المركز الصحي بأي شكوى أقدمها حول الخدمة الصحية.	929.
26.	تقدم الخدمة الصحية في المركز الصحي الحكومي من خلال مراعاة كافة المعايير الصحية المعلن عنها.	947.
27.	المراكز الصحية التي ألتقى بها الخدمة تراعي خصوصية المرأة في قاعات الانتظار.	917.
28.	لا يتم تأخير تقديم الخدمة الصحية لي بدعوى انتمائي لأقلية في المجتمع الفلسطيني.	794.
الجودة		
29.	يحظى المركز الصحي بثقة المستفيدين من خدماته الصحية	929.
30.	يحرص المركز الصحي على تقديم الخدمة الصحية الصحيحة من المرة الأولى.	891.
31.	يتم تقديم الخدمة الصحية اللازمة فور وصولي إلى المركز الصحي.	866.
32.	تتميز الطواقم الصحية بالسرعة الكافية في حالة الحصول على خدمات صحية طارئة.	931.
33.	تتفهم إدارة المركز الصحي الظروف الاقتصادية الخاصة بالأغوار الجنوبية.	896.
34.	نجح المركز الصحي الحكومي في بناء شعور بالأمان لدي من خلال تعاملتي معه.	851.
35.	من خلال تجربتي يتم التعامل بسرية مع البيانات الخاصة بحالتي.	790.
36.	تتوفر لدى المركز الصحي الحكومي صالات انتظار مناسبة (نظيفة، مكيفة، كافية. الخ).	938.
37.	يتعامل المركز الصحي الحكومي بتعاطف مع الأهل في الحالات (الخطرة، الوفاة).	909.
38.	يوجد لدى المركز الصحي الحكومي أخصائيين نفسيين للتعامل مع الحالات التي تتطلب ذلك تقديم الخدمة.	908.
المحور الثاني: الكفايات النوعية والكمية		
الكفاية النوعية		
39.	يقدم المركز الصحي الحكومي خدمات تتعلق بالصحة الجسدية.	814.

التسلسل	الفقرة	درجة التشبع
40.	يقدم المركز الصحي الحكومي خدمات تتعلق بالصحة النفسية.	944.
41.	يقدم المركز الصحي الحكومي برامج توعية تراعي موجهة للقاطنين في الأغوار الجنوبية خاصة.	888.
42.	الخدمات الصحية المقدمة تغطي جميع الأمراض المزمنة.	922.
43.	سيارات الإسعاف التي تمتلكها المراكز الصحية في المنطقة تكفي لتلبية احتياجات القاطنين في الأغوار الجنوبية من حيث العدد.	911.
44.	لا تحتاج المباني الخاصة بالمراكز الصحية إلى إعادة تأهيل.	898.
الكفاية الكمية		
45.	المركز الصحي الحكومي يقدم الخدمات الصحية الكافية لجميع أفراد الأسرة.	912.
46.	يتم إجراء العمليات الجراحية وفقاً للحاجة بشكل عاجل.	930.
47.	يتناسب عدد مقدمي الخدمات الصحية في المراكز الحكومية وعدد السكان القاطنين في الأغوار الجنوبية.	925.
48.	يتم توزيع الأدوية بما يتناسب وحجم السكان في الأغوار الجنوبية.	903.
49.	عدد الأسرة في المراكز الصحية الحكومية يتناسب وحجم القاطنين في الأغوار الجنوبية.	884.
50.	لدى المراكز الصحية في المنطقة موارد بشرية قادرة على التعامل مع الأزمات.	865.
51.	في حالات الطوارئ لا يعاني المرضى نتيجة الازدحام وقلة عدد مقدمي الخدمات الطارئة.	908.
المحور الثالث: مستوى رضا متلقي الخدمات		
52.	مستوى الرضا عن الخدمات الصحية	901.
53.	إجراء فحوصات للكشف عن الإصابة بالكوفيد-19	739.
54.	توعية صحية حول الكوفيد-19 وطرق الوقاية من الإصابة	907.
55.	توزيع معقمات.	917.
56.	توزيع كمادات.	923.

ومن النتائج في الجدول (3.2)، يتضح بأن جميع نتائج التحليل العاملي لفقرات أداة الدراسة التي تقيس محاور الدراسة كانت دالة إحصائياً، وهي تتمتع بدرجة عالية من التشبع، حيث كانت جميعها أعلى من (60.0%)، وبالتالي فإنه يمكن القول بأنها تشترك معاً في قياس ما وضعت لأجله.

3.4.2 ثبات الأداة

لغرض التحقق من ثبات أداة الدراسة، تم احتساب معامل الاتساق الداخلي كرونباخ الفا Cronbach Alpha لفقرات محاور الاستبانة، والجدول (3.3) يبين نتائج ذلك:

جدول 3.3: معامل كرونباخ ألفا لمحاور الاستبانة

البيان	العينة الاستطلاعية	عدد الفقرات	قيمة Alpha
ثبات أداة الدراسة بكافة محاورها	30	56	.943

وحسب الجدول، فإن قيمة الثبات الكلية لأداة الدراسة بكافة محاورها كانت (0.943)، وبالتالي فإن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات وهذا يعني الثقة بنتائجها بمقدار قيمة الثبات لها.

وقد تم احتساب قيمة الثبات لمحاور الدراسة، وذلك لزيادة التأكد من ثبات الأداة لكل محور وكانت النتائج كما يوضح الجدول (3.4) التالي:

جدول 3.4: معامل كرونباخ ألفا لمحاور أداة الدراسة

المحور	البعد	عدد الفقرات	قيمة Alpha
محور واقع الخدمات الصحية			
1.	التوافر	11	0.860
2.	إمكانية الوصول	11	0.792
3.	المقبولية	6	0.804
4.	الجودة	10	0.874
الكفاية الكمية والنوعية			
1.	الكفاية الكمية	6	0.800
2.	الكفاية النوعية	7	0.834
مستوى رضا متلقي الخدمات			
الثبات الكلي لأداة الدراسة			
		56	0.943

* حجم العينة الاستطلاعية = 30 مفردة.

وحسب الجدول (3.4)، فإن قيمة ثبات محاور أداة الدراسة كانت جميعها دالة إحصائياً وكانت أعلى قيم الثبات لهذه المحاور هي قيمة Alpha الخاصة بمحور واقع الخدمات الصحية، حيث بلغت (94.1%)، فيما كانت قيمة Alpha لمحور مستوى رضا متلقي الخدمات (70.0%)، ومن الجدول يلاحظ بأن جميع المحاور كانت دالة إحصائياً وجميع نتائج التحليل العاملي لهذه المحاور وأبعادها كانت أعلى من (70%).

3.5 مجتمع الدراسة والعينة

يتكون مجتمع الدراسة من القاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، ولأغراض الدراسة فإن رؤساء المجالس المحلية لهذه التجمعات سيقومون بالمساعدة في توزيع أداة الدراسة وتوضيح مفاهيمها ومصطلحاتها، إضافة إلى مساعدة من يجهلون القراءة والكتابة من مجتمع الدراسة على إجابة الفقرات والأسئلة.

وللحصول على بيانات عددية خاصة بمجتمع الدراسة، تم الاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2019، وقد بلغ حجم مجتمع الدراسة حتى منتصف العام 2020 ما مجموعه (16492) شخصاً، والجدول (3.5) التالي يبين عدد القاطنين في الأغوار الجنوبية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2019):

جدول 3.5: عدد السكان المقدر في منتصف العام لمحافظة أريحا والأغوار حسب التجمع 2017-2021

عدد القاطنين في منتصف العام 2020	اسم التجمع
867	مَرْج نَعْجَة
1,758	الرُّبَيْدَات
254	مَرْج الغزال
3,246	الجِفْتَلِك
1,714	فَصَايِل
5,470	العوجا
1,878	النُّوَيْعِمَة
927	عَيْن الذُّيُوكِ الفُوقَا
359	النَّبِي موسى
19	تجمعات أخرى
16492	الإجمالي

3.6 خصائص عينة الدراسة

أجريت الدراسة من خلال أخذ عينة عشوائية بسيطة من مجتمع الدراسة المكون من (16492) من القاطنين في التجمعات في مناطق الأغوار الجنوبية، حيث تم اختيار العينة العشوائية البسيطة وفقاً لنسبة كل تجمع من مجتمع الدراسة الأصلي، حيث تمت زيادة المراكز الصحية في هذه التجمعات والطلب بشكل عشوائي من زائري هذه المراكز المشاركة في الاستبيان، وذلك بالاستعانة بموظفي المجالس المحلية والذين لديهم معرفة بالقاطنين، حيث تم إعطاء هؤلاء الموظفين ملاحظات حول كيفية

تعبئة الاستبانة من قبل العينة، وملاحظات حول كيفية تعبئة الاستبانة من قبل غير المتعلمين ومساعدتهم في ذلك، وكان الحجم الإجمالي للعينة اعتماداً على معادلة ستيفن ثامبسون (374) مفردة بحثية (Thompson, 2012).

ويعتبر حجم العينة الذي يتراوح بين (30-500) مفردة ملائماً لمعظم أنواع البحوث (دوريدي، 2000، 208).

وتم اختيار هذا النوع من العينة ليكون ممثلاً لمجتمع الدراسة، وكانت موزعة على تجمعات مجتمع الدراسة كما في (3.6) التالي:

جدول 3.6: عينة الدراسة وفقاً للتجمعات في مجتمع الدراسة

حجم العينة	النسبة المئوية من مجتمع الدراسة	المفردة
20	0.05	مَرْج نَعْجَة
40	0.11	الرُّبُودَات
6	0.02	مَرْج الغزال
74	0.20	الجِفْتَلِك
39	0.10	فَصَائِل
124	0.33	العوجا
43	0.11	النُّوَيْمَة
21	0.06	عَيْن الدُّيُوك الفُوقا
8	0.02	النَّبِي موسى
374		المجموع الكلي لعينة الدراسة

وتم اختيار هذا النوع من العينة ليكون ممثلاً لمجتمع الدراسة، حيث تم توزيع أداة الدراسة على عدد العينة المطلوب، ونظراً لحالة الطوارئ التي تمر بها الأراضي الفلسطينية للحد من انتشار جائحة كوفيد-19 حتى تاريخ إنجاز هذه الدراسة، فقد تم الاستعانة بالمجالس المحلية في هذه المناطق والتجمعات للمساعدة في توزيع وتعبئة الاستبانة من عينة الدراسة، وقد تم استرجاع (347) استبانة قابلة للتحليل والدراسة، وبلغت نسبة الاسترجاع (93.0%) وهي نسبة كبيرة.

أما خصائص عينة الدراسة فقد كانت كما يلي:

جدول 3.7: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الجنس

العوامل	القيم	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	163	47.0%
	أنثى	184	53.0%
المجموع		347	100.0%

ووفق الجدول (3.7)، يتبين أن نسبة الإناث في عينة الدراسة كانت هي النسبة الأعلى حيث كانت نسبتها من عينة الدراسة (53.0%) فيما كانت نسبة الذكور (47.0%)، وقد تكون نسبة الإناث أعلى لتردد النساء على الخدمات الصحية الخاصة بالمرأة والطفل في الأغوار الجنوبية.

جدول 3.8: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الإصابة بمرض مزمن

العوامل	القيم	العدد	النسبة المئوية
الإصابة بمرض مزمن	نعم	127	36.6%
	لا	220	63.4%
المجموع		347	100.0%

ووفق الجدول (3.8)، يتبين أن نسبة من أجابوا بنفي الإصابة بمرض مزمن هم أو أحد أفراد عائلتهم كانت النسبة الأكبر حيث بلغت نسبتهم من عينة الدراسة (63.4%)، فيما كانت نسبة من يعانون من أمراض مزمنة هم أو أحد أفراد عائلتهم النسبة الأقل بواقع (36.6%) من عينة الدراسة.

جدول 3.9: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الإصابة بإعاقة جسدية

العوامل	القيم	العدد	النسبة المئوية
الإصابة بإعاقة جسدية	نعم	53	15.3%
	لا	294	84.7%
المجموع		347	100.0%

ووفق الجدول (3.9)، يتبين أن نسبة من أجابوا بنفي الإصابة بإعاقة جسدية هم أو أحد أفراد عائلتهم كانت النسبة الأكبر حيث بلغت نسبتهم من عينة الدراسة (84.7%)، فيما كانت نسبة من يعانون من إعاقة جسدية هم أو أحد أفراد عائلتهم النسبة الأقل بواقع (15.3%) من عينة الدراسة.

جدول 3.10: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الإصابة بمرض نفسي

العوامل	القيم	العدد	النسبة المئوية
الإصابة بمرض نفسي	نعم	18	5.2%
	لا	326	93.9%
المجموع		347	100.0%

ووفق الجدول (3.10)، يتبين أن نسبة من أجابوا بنفي الإصابة بمرض نفسي هم أو أحد أفراد عائلتهم كانت النسبة الأكبر حيث بلغت نسبتهم من عينة الدراسة (93.9%)، فيما كانت نسبة من يعانون من إعاقة نفسية هم أو أحد أفراد عائلتهم النسبة الأقل بواقع (5.2%) من عينة الدراسة.

جدول 3.11: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل المستوى التعليمي

العوامل	القيم	العدد	النسبة المئوية
المستوى التعليمي	غير متعلم	24	6.9 %
	دبلوم فأقل	89	25.6 %
	بكالوريوس	186	53.6 %
	ماجستير	34	9.8 %
	دكتوراه	14	4.0 %
المجموع		347	100.0 %

ووفق الجدول (3.11)، يتبين أن النسبة الأعلى كانت لمن وصلوا إلى المستوى التعليمي (بكالوريوس) حيث شكلت نسبتهم (53.6%) من عينة الدراسة، فيما كانت النسبة الأقل لحملة مؤهل الدكتوراه بواقع (4.0%)، فيما لوحظ أن نسبة غير المتعلمين كانت قليلة بواقع (6.9%).

جدول 3.12: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل العمر

العوامل	القيم	العدد	النسبة المئوية
الفئة العمرية	18 عام – أقل من 35 عام	118	34.0 %
	35 – أقل من 46 عام	153	44.1 %
	46- أقل من 65 عام.	66	19.0 %
	65 عام فأعلى	10	2.9 %
المجموع		347	100.0 %

ووفق الجدول (3.12)، يتبين أن النسبة الأعلى لمن كانت أعمارهم في الفئة من (35-45 عام) بنسبة (44.1%) من عينة الدراسة، فيما كانت النسبة الأقل لمن كانت أعمارهم في الفئة (65 عام فأعلى) بواقع (2.9%) من عينة الدراسة.

جدول 3.13: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل البعد عن أقرب مركز صحي حكومي

العوامل	القيم	العدد	النسبة المئوية
البعد عن أقرب مركز صحي حكومي	أقل من 500 متر	120	34.6 %
	500 – 1000 متر	128	36.9 %
	أكثر من 1000 متر	99	28.5 %
المجموع		347	100.0 %

ووفق الجدول (3.13)، يتبين أن النسبة الأعلى من عينة الدراسة كانت المراكز الصحية الحكومية بعيدة عنهم بمسافة من (500-1000 متر) وشكلت نسبتهم (36.9%) من عينة الدراسة، فيما كانت نسبة من تبعد عنهم المراكز الصحية الحكومية (أكثر من 1000 متر) هي النسبة الأقل بواقع (28.5%)، فيما كانت نسبة من تبعد عنهم المراكز الصحية الحكومية (أقل من 500 متر) (34.6%)، وهو ما يمكن تفسيره باهتمام الجهات الحكومية بتوزيع المراكز الصحية وتوفيرها لتقديم خدماتها قريباً من التجمعات المأهولة.

جدول 3.14: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الجهة التي تتلقى فيها الخدمة

العوامل	القيم	العدد	النسبة المئوية
جهة تلقي الخدمة	مركز صحي	259	74.6%
	عيادة متنقلة	88	25.4%
المجموع		347	100.0%

ووفق الجدول (3.14)، يتبين أن نسبة من يتلقون الخدمة من المراكز الصحية كانت الأعلى بواقع (74.6%)، فيما كانت نسبة من يتلقون الخدمات الصحية من عيادات متنقلة نسبة متدنية بلغت (25.4%)، وهو ما يدل على انتشار المراكز الصحية قريباً من الأغوار الجنوبية، وهو انعكاس لنتائج خصائص العينة فيما يتعلق بقربها من المراكز الصحية الحكومية سابقاً.

ومما سبق، نجد بأن جميع خصائص عينة الدراسة كانت مقبولة ومنطقية، وممثلة لمجتمع الدراسة، وتدلل على أمور جيدة كنسب التعليم المرتفعة للقاطنين في الأغوار الجنوبية، وإلى انتشار وقرب المراكز الصحية الحكومية في مناطق الأغوار الجنوبية.

وقد واجهت الدراسة عدة محددات خلال جمع المعلومات من عينة الدراسة من أهمها:

- إعراض البعض عن المشاركة في الاستبيان دون إبداء الأسباب.
- عدم شعور نسبة كبيرة من المبحوثين بفائدة مشاركتهم أو مدى انعكاس الدراسات حول واقعهم في تحسين الخدمات والواقع الصحي في مناطقهم.

4 الفصل الرابع

نتائج الدراسة

4.1 مقدمة

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة، والتي ترمي إلى معرفة واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا في ظل جائحة كوفيد-19 من وجهة نظر متلقي الخدمات، وللوصول إلى هذا الهدف وإجابة الأسئلة والتحقق من الفرضيات المؤدية إلى تحقيقه، استخدمت الدراسة التحليل الإحصائي اعتماداً على حزمة التحليل الإحصائي (SPSS V23)، كما تم اعتماد مفتاح تفسير النتائج التالي لمقياس (ليكرت) الخماسي المستخدم في الدراسة، وذلك من خلال احتساب المدى وطول الفئة والتي كانت قيمتها (0.80) كما في (الجدول 4.1) التالي (أبو صالح، 2001، 41):

جدول 4.1: مفتاح تفسير النتائج

المتوسط الحسابي	مقياس ليكرت	التفسير
1.8 - 1	غير موافق بشدة	منخفضة جداً
2.60 - 1.81	غير موافق	منخفضة
3.40 - 2.61	محايد	متوسطة
4.20 - 3.41	موافق	كبيرة
5 - 4.21	موافق بشدة	كبيرة جداً

4.2 نتائج أسئلة الدراسة

نتائج الإجابة على السؤال الرئيس الأول للدراسة: ما واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)؟

وللوصول إلى إجابة للسؤال الرئيس الأول للدراسة، كان لا بد من إجابة الأسئلة المتفرعة عنه كما يلي:

1. ما درجة توافر الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟

للإجابة على هذا السؤال، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة عن كل فقرة من الفقرات التي تقيس درجة توافر الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وكانت النتائج كما في الجدول (4.2):

جدول 4.2: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات توافر الخدمات الصحية

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
1.	العدد المتوفر من الأطباء قادر على تقديم الخدمة الطبية للقاطنين في الأغوار الجنوبية.	2.75	.902	55.0 %	متوسطة
2.	تخصصات الأطباء تلبي الاحتياجات الصحية المطلوبة.	2.51	.942	50.2 %	منخفضة
3.	يتم استبدال المعدات الطبية بشكل دوري بمعدات أكثر حداثة في مراكز تقديم الخدمة الصحية.	2.61	.881	52.2 %	متوسطة
4.	المركز الصحي الذي أتلقى فيه الخدمة الصحية يقدم الأدوية الأساسية.	3.05	.829	61.0 %	متوسطة
5.	تتوفر لدى المراكز الصحية التي تقدم خدماتها القدرة على تقديم كافة أنواع الرعاية الصحية الأولية.	2.77	.905	55.4 %	متوسطة
6.	يتم الحصول على الأدوية الأساسية فور طلبها من الطبيب.	3.00	.821	60.0 %	متوسطة
7.	يتم إعطاء المريض مواعيد مراجعة في حالة عدم وجود طبيب مختص.	2.92	.797	58.4 %	متوسطة
8.	أبنية المركز الصحي تتناسب مع عدد المراجعين اليومي.	2.67	.901	53.4 %	متوسطة

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
9.	عدد الممرضين في المركز الصحي كافي لتقديم الخدمات الصحية.	2.83	.836	56.6 %	متوسطة
10.	لا يتم شراء الأدوية من خلال الصيدليات من قبل المريض لتوفرها في المركز الصحي.	2.41	.974	48.2 %	منخفضة
11.	تتوافر خدمة المختبرات في المركز .	2.78	.862	55.6 %	متوسطة
	الدرجة الكلية لتوافر الخدمات الصحية الحكومية	2.75	.553	55.0 %	متوسطة

ومن الجدول (4.2)، يتبين أن الدرجة الكلية لتوافر الخدمات الصحية الحكومية كانت بدرجة متوسطة، حيث كانت المتوسط الحسابي لهذه الدرجة (2.75) ونسبة مئوية بلغت (55.0%) وهي نسبة لا تليق بالخدمات الصحية.

كما يتبين من الجدول (4.2)، أن أعلى الفقرات من حيث استجابة المبحوثين كانت الفقرة رقم (4)، والتي جاءت بنسبة مئوية متوسطة بلغت (61.0%) والتي تبين تقديم المراكز الصحية للأدوية الأساسية بنسبة متوسطة، تليها الفقرة رقم (6) والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (60.0%) تشير إلى قصور في الحصول على الأدوية الأساسية فور طلبها من الطبيب، تلي ذلك الفقرة رقم (7) والتي جاءت بنسبة مئوية متوسطة بلغت (58.4%).

كما يبين الجدول (4.2)، بأن أقل الفقرات كانت الفقرة رقم (10) والتي جاءت بنسبة منخفضة بلغت (48.2%) والتي تعكس نقصاً في الأدوية لدى المراكز الصحية ما يتطلب شرائها من قبل المريض من الصيدليات الخارجية، تليها الفقرة رقم (2) والتي جاءت بنسبة منخفضة بلغت (50.2%) تبين نقصاً في التخصصات الطبية لدى المراكز الصحية الحكومية ما يتطلب توفير أطباء بتخصصات مختلفة تلبي الاحتياجات الصحية في محافظة أريحا.

2. ما مستوى إمكانية الوصول للخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟

للإجابة على هذا السؤال، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة عن كل فقرة من الفقرات التي تقيس مستوى إمكانية الوصول للخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وكانت النتائج كما الجدول (4.3) التالي:

جدول 4.3: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات إمكانية الوصول للخدمات الصحية

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
12.	المركز الصحي المتوفر يقع في منطقة قريبة لا يتطلب الوصول إليها الكثير من العقبات.	2.51	.995	50.2 %	منخفضة
13.	تكلفة الوصول وتلقي الخدمة الطبية أقل من قيمة الخدمة الطبية نفسها.	2.88	.862	57.6 %	متوسطة
14.	يتم الإفصاح عن المعلومات حول العلاج المقدم عند تلقي الخدمات الصحية في المركز .	2.99	.893	59.8 %	متوسطة
15.	لا يتم الدخول ضمن إجراءات إدارية وروتينية مع المركز الصحي قبل الوصول إلى تلقي الخدمة الطبية اللازمة.	2.86	.851	57.2 %	متوسطة
16.	للعادات والتقاليد لا تمنع من تلقي خدمات طبية وخاصة بما يخص صحة المرأة	2.81	.947	56.2 %	متوسطة
17.	لا يوجد تأخير متكرر في تقديم الرعاية الصحية في المراكز الحكومية.	2.86	.872	57.2 %	متوسطة
18.	الشعور بالثقة في الخدمات الحكومية يزيد من التوجه إلى المراكز الحكومية لتلقي الخدمات الصحية.	2.81	.914	56.2 %	متوسطة
19.	توفر جميع مكونات الخدمة الصحية يؤدي إلى التوجه إلى المركز الصحي الحكومي، وعدم البحث عن بديل في القطاع الخاص.	2.71	.831	54.2 %	متوسطة
20.	في حال كان الطبيب المختص في إجازة يتم توفير بديل في المركز الصحي لتقديم الخدمة الصحية.	2.82	.863	56.4 %	متوسطة
21.	توفر جميع مكونات الخدمة الصحية في المركز الحكومي يقلل من البحث عن بديل في القطاع الخاص.	2.75	.910	55.0 %	متوسطة
22.	ساعات عمل المراكز الصحية تناسب احتياجات الساكنين في الأغوار الجنوبية.	2.87	.834	57.4 %	متوسطة
	الدرجة الكلية لمستوى إمكانية الوصول للخدمات الصحية	2.80	.589	56.0 %	متوسطة

ومن الجدول (4.3) ، يتبين أن الدرجة الكلية لمستوى إمكانية الوصول للخدمات الصحية الحكومية كانت بدرجة متوسطة، حيث كان المتوسط الحسابي لهذه الدرجة (2.80) ونسبة مئوية بلغت (56.0%) وهي نسبة قليلة خاصة في مجال الوصول للخدمات الصحية.

كما يبين الجدول (4.3)، فإن أعلى الفقرات كانت الفقرة رقم (14) والتي جاءت بنسبة مئوية متوسطة بلغت (59.8%) وهي نسبة تعكس أن عملية الإفصاح عن العلاج للمرضى عند تلقي الخدمة كانت بدرجة متوسطة، تليها الفقرة رقم (13) والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (57.6%) وهي تظهر نسبة متوسطة من أن تكلفة الوصول للخدمة أقل من قيمة الخدمة الطبية نفسها، تليها الفقرة رقم (22) والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (57.4%) والتي تبين ان تناسب ساعات العمل في هذه المراكز واحتياجات القاطنين في الأغوار الجنوبية كانت بدرجة متوسطة.

كما يتبين بأن أقل الفقرات كانت الفقرة رقم (12) والتي جاءت بدرجة منخفضة بلغت نسبتها المئوية (50.2%)، والتي تعكس وجود مسافة وعقبات للوصول إلى المركز الصحي الحكومي.

3. ما مستوى مقبولية الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟

للإجابة على هذا السؤال، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة عن كل فقرة من الفقرات التي تقيس مستوى مقبولية الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للبدو في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وكانت النتائج كما الجدول (4.4) التالي:

جدول 4.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات مقبولية الخدمات الصحية

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
23.	وجود تنوع في مقدمي الخدمة من التمريض والأطباء (ذكور وإناث) يجعل الخدمة مناسبة.	2.86	.826	57.2 %	متوسطة
24.	يتم تقديم الخدمات الصحية من مقدم الخدمة بطريقة مقبولة تراعي إنسانيته.	2.99	.806	59.8 %	متوسطة
25.	يتم الأخذ من قبل إدارة المركز الصحي بأي شكوى أقدمها حول الخدمة الصحية.	2.91	.869	58.2 %	متوسطة
26.	تقدم الخدمة الصحية في المركز الصحي الحكومي من خلال مراعاة كافة المعايير الصحية المعلن عنها.	2.64	.877	52.8 %	متوسطة
27.	المراكز الصحية التي أتلقى بها الخدمة تراعي خصوصية المرأة في قاعات الانتظار.	2.82	1.014	56.4 %	متوسطة

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
28.	لا يتم تأخير تقديم الخدمة الصحية لي بدعوى انتمائي لأقلية في المجتمع الفلسطيني.	2.80	.874	56.0 %	متوسطة
	الدرجة الكلية لمستوى مقبولة الخدمات الصحية	2.83	.652	56.6 %	متوسطة

حيث يتبين من الجدول (4.4)، أن الدرجة الكلية لمستوى مقبولة الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كانت بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الذي يقيس هذه الدرجة (2.83) وبنسبة مئوية بلغت (56.6%) وهي نسبة تعتبر قليلة في المجال الصحي.

يتبين من الجدول السابق (4.4) بأن أعلى الفقرات استجابة من المبحوثين هي الفقرة رقم (24)، والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (59.8%)، والتي تعكس مراعاة مقدم الخدمة لإنسانية المريض في تقديم الخدمة، تليها الفقرة رقم (25) والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (58.2%) والتي تبين الاهتمام بدرجة متوسطة بالشكاوى التي تقدم حول الخدمات الصحية في المراكز الصحية الحكومية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.

ويتبين من الجدول (4.4)، أن أقل الفقرات استجابة فيما يتعلق ببعد مقبولة الخدمات الصحية الحكومية كانت الفقرة رقم (26)، والتي جاءت بنسبة هي أدنى درجات النسبة المتوسطة بلغت (52.8%) والتي تبين وجود قصور فيما يتعلق بمعايير تقديم الخدمة الصحية في المراكز الحكومية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، تليها الفقرة رقم (28) والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (56.0%) وتعكس وجود تأخير إلى حد ما في تقديم الخدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية.

4. ما مستوى جودة تقديم الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟

للإجابة على هذا السؤال، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة عن كل فقرة من الفقرات التي تقيس مستوى جودة الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وكانت النتائج كما الجدول (4.5) التالي:

جدول 4.5: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات جودة تقديم الخدمات الصحية

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
29.	يحظى المركز الصحي بثقة المستفيدين من خدماته الصحية	2.78	.953	55.6 %	متوسطة
30.	يحرص المركز الصحي على تقديم الخدمة الصحية الصحيحة من المرة الأولى.	2.87	.822	57.4 %	متوسطة
31.	يتم تقديم الخدمة الصحية اللازمة فور وصولي إلى المركز الصحي.	2.78	.840	55.6 %	متوسطة
32.	تتميز الطواقم الصحية بالسرعة الكافية في حالة الحصول على خدمات صحية طارئة.	2.72	.863	54.4 %	متوسطة
33.	تتفهم إدارة المركز الصحي الظروف الاقتصادية الخاصة بالأغوار الجنوبية.	2.89	.944	57.8 %	متوسطة
34.	نجح المركز الصحي الحكومي في بناء شعور بالأمان لدى من خلال تعامله معه.	2.83	.964	56.6 %	متوسطة
35.	من خلال تجربتي يتم التعامل بسرية مع البيانات الخاصة بحالتي.	2.92	.926	58.4 %	متوسطة
36.	تتوفر لدى المركز الصحي الحكومي صالات انتظار مناسبة (نظيفة، مكيفة، كافية. الخ).	2.72	.918	54.4 %	متوسطة
37.	يتعامل المركز الصحي الحكومي بتعاطف مع الأهل في الحالات (الخطر، الوفاة).	3.01	.850	60.2 %	متوسطة
38.	يوجد لدى المركز الصحي الحكومي أخصائيين نفسيين للتعامل مع الحالات التي تتطلب ذلك تقديم الخدمة.	2.44	.940	48.8 %	منخفضة
	الدرجة الكلية لمستوى جودة تقديم الخدمة الصحية	2.79	.595	55.8 %	متوسطة

ومن النتائج في الجدول (4.5)، يتبين بأن الدرجة الكلية لمستوى جودة تقديم الخدمات الصحية كانت بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة التي تقيس هذا المستوى (2.79) ونسبة مئوية بلغت (55.8%)، وهي نتيجة غير مرضية خاصة عندما يتعلق الأمر بجوانب تتعلق بصحة الإنسان والصحة العامة.

ويظهر الجدول (4.5)، بأن أعلى الفقرات استجابة لهذا البعد هي الفقرة رقم (37) والتي جاءت بدرجة متوسطة بلغت نسبتها (60.2%)، والتي تبين تعامل العاملين في المراكز الصحية مع الأهالي بتعاطف مع حالات الخطر والوفاة، تليها الفقرة رقم (35) والتي جاءت بدرجة متوسطة بلغت نسبتها (58.4%) والتي تبين اهتمام المراكز الصحية الحكومية بسرية بيانات المرضى فيها، يلي ذلك الفقرة رقم (33)

والتي كانت بدرجة متوسطة بلغت نسبتها (57.8%) والتي تبين وجود درجة متوسطة لدى المراكز الصحية الحكومية لتفهم الظروف الاقتصادية الخاصة بالقاطنين في الأغوار الجنوبية.

كما يتبين من الجدول (4.5)، أن أقل الفقرات استجابة فيما يتعلق ببعد جودة تقديم الخدمات الصحية الحكومية كانت الفقرة رقم (38)، والتي جاءت بنسبة منخفضة بلغ المتوسط الحسابي لها (2.44) ونسبة مئوية بلغت (48.8%) وهي نسبة تبين النقص الحاد في اختصاصات الطب النفسي في المراكز الصحية الحكومية، تليها الفقرة (32) والتي جاءت بدرجة متوسطة بلغت نسبتها المئوية (54.4%) وتعكس عدم الرضا عن سرعة الطواقم الصحية في حالة تقديم الخدمات الطارئة، تليها بنفس الدرجة الفقرة رقم (36) والتي جاءت بدرجة متوسطة نسبتها (54.4%) أيضاً، والتي جاءت لتعكس موافقة متوسطة على توفر صالات الانتظار المناسبة في المراكز الصحية الحكومية.

ومن خلال إجابة الأسئلة السابقة، يتبين لنا بأن نتائج الإجابة عن السؤال الرئيس الأول للدراسة كانت كما يبينها الجدول التالي (4.6):

جدول 4.6: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا

الترتيب	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
4	الدرجة الكلية لتوافر الخدمات الصحية الحكومية	2.75	.553	55.0 %	متوسطة
2	الدرجة الكلية لمستوى إمكانية الوصول للخدمات الصحية	2.80	.589	56.0 %	متوسطة
1	الدرجة الكلية لمستوى مقبولية الخدمات الصحية	2.83	.652	56.6 %	متوسطة
3	الدرجة الكلية لمستوى جودة تقديم الخدمة الصحية	2.79	.595	55.8 %	متوسطة
	الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا	2.79	.520	55.8 %	متوسطة

ومن النتائج في الجدول (4.14)، يتبين بأن الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا جاءت بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الذي يقيس هذه الدرجة (2.79) ونسبة مئوية متوسطة بلغت (55.8%).

ومن حيث الترتيب فإن أعلى الأبعاد التي تقيس هذا الواقع كان بعد مقبولية الخدمة الصحية والذي جاء بنسبة مئوية متوسطة بلغت (56.6%)، يليه بعد إمكانية الوصول والذي بلغت نسبته (56.0%)، فيما شكل بعد توافر الخدمة أقل الأبعاد من حيث المستوى، حيث بلغت نسبته (55.0%).

ومن خلال النتائج، يتبين بأن هناك حاجة ملحة إلى تطوير الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، والاهتمام بكافة أبعاد هذه الخدمة وزيادة مستوياتها، خاصة في ظل جائحة كوفيد-19 والتي تلقي بظلالها على المجتمع الفلسطيني.

نتائج الإجابة على السؤال الرئيس الثاني للدراسة: ما درجة الكفايات (النوعية والكمية) للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟

وللوصول إلى إجابة للسؤال الرئيس الأول للدراسة، كان لا بد من إجابة الأسئلة المتفرعة عنه كما يلي:

1. ما درجة الكفاية النوعية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟

للإجابة على هذا السؤال، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة عن كل فقرة من الفقرات التي تقيس درجة الكفاية النوعية للخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وكانت النتائج كما في الجدول (4.7) التالي:

جدول 4.7: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات الكفاية النوعية للخدمات الصحية المقدمة

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
39.	يقدم المركز الصحي الحكومي خدمات تتعلق بالصحة الجسدية.	2.88	1.079	57.6 %	متوسطة
40.	يقدم المركز الصحي الحكومي خدمات تتعلق بالصحة النفسية.	2.46	1.040	49.2 %	منخفضة
41.	يقدم المركز الصحي الحكومي برامج توعية موجهة للقاطنين في الأغوار الجنوبية خاصة.	2.78	.956	55.6 %	متوسطة
42.	الخدمات الصحية المقدمة تغطي جميع الأمراض المزمنة.	2.76	.971	55.2 %	متوسطة
43.	سيارات الإسعاف التي تمتلكها المراكز الصحية في المنطقة تكفي لتلبية احتياجات الأغوار الجنوبية من حيث العدد.	2.57	.984	51.4 %	منخفضة
44.	لا تحتاج المباني الخاصة بالمراكز الصحية إلى إعادة تأهيل.	2.55	1.031	51.0 %	منخفضة
	الدرجة الكلية للكفاية النوعية للخدمات الصحية المقدمة	2.66	.746	53.2 %	متوسطة

وكما يلاحظ من الجدول (4.7)، فإن الدرجة الكلية للكفاية النوعية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كانت بأدنى مستويات الدرجة المتوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الذي يقيس هذه الدرجة (2.66) ونسبة مئوية بلغت (53.2%)، وهي نسبة لا ترقى إلى المستوى المطلوب والمأمول كونها تمس الصحة الشخصية للإنسان، وهو ما يتطلب الكثير من الجهود للوصول إلى درجة عالية من الكفايات النوعية في المجال الصحي والخدمات.

كما أظهرت النتائج في الجدول (4.7)، بأن أعلى الفقرات التي تقيس الكفاية النوعية كانت الفقرة (39)، والتي جاءت بنسبة مئوية بلغت (57.6%) وهي تعكس كفاية متوسطة للخدمات التي تقدمها المراكز الصحية بما يتعلق بالصحة الجسدية، تليها الفقرة رقم (41) والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (55.6%) وتظهر اهتمام المراكز الصحية الحكومية بدرجة متوسطة ببرامج التوعية الموجهة للقاطنين في الأغوار الجنوبية، تليها الفقرة رقم (42) والتي جاءت بدرجة متوسطة نسبته (55.2%) تبين وجود درجة متوسطة من كفاية الخدمات الصحية التي تغطي جميع الأمراض المزمنة للقاطنين في الأغوار الجنوبية.

ومن الجدول (4.7) فإن أقل الفقرات استجابة هي الفقرة رقم (40) والتي جاءت بمتوسط حسابي (2.45) ونسبة مئوية منخفضة بلغت (49.2%) وهي تعكس درجة منخفضة في تقديم الخدمات الصحية النفسية في المراكز الصحية الحكومية، تليها الفقرة رقم (44) والتي جاءت بنسبة مئوية منخفضة بلغت (51.0%) وتبين حاجة المباني الخاصة بالمراكز الصحية إلى التأهيل، تليها الفقرة (43) والتي كانت بنسبة منخفضة أيضاً بلغت (51.4%) وتعكس قصوراً في كفاية سيارات الإسعاف التي تمتلكها المراكز الصحية في المنطقة، وبأن هذه السيارات لا تقدم الكفاية المطلوبة لاحتياجات الأغوار الجنوبية.

ومن النتائج السابقة، فإن مستوى الكفاية النوعية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية جاءت بدرجة متوسطة إلى منخفضة، وهو الأمر الذي يعني زيادة الاهتمام بالكفاية النوعية لهذه الخدمات في كافة المحافظات وخاصة محافظة أريحا والتي تضم تجمعات الأغوار الجنوبية.

2. ما درجة الكفاية الكمية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟

للإجابة على هذا السؤال، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة عن كل فقرة من الفقرات التي تقيس درجة الكفاية الكمية للخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وكانت النتائج كما في الجدول (4.8) التالي:

جدول 4.8: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات الكفاية الكمية للخدمات الصحية المقدمة

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
45.	المركز الصحي الحكومي يقدم الخدمات الصحية الكافية لجميع أفراد الأسرة.	2.79	.931	55.8 %	متوسطة
46.	يتم إجراء العمليات الجراحية وفقاً للحاجة بشكل عاجل.	2.50	.998	50.0 %	منخفضة
47.	يتناسب عدد مقدمي الخدمات الصحية في المراكز الحكومية وعدد السكان في الأغوار الجنوبية.	2.63	.992	52.6 %	متوسطة
48.	يتم توزيع الأدوية بما يتناسب وحجم السكان في الأغوار الجنوبية.	2.90	.861	58.0 %	متوسطة
49.	عدد الأسرة في المراكز الصحية الحكومية يتناسب وحجم القاطنين في الأغوار الجنوبية.	2.54	.925	50.8 %	منخفضة
50.	لدى المراكز الصحية في المنطقة موارد بشرية قادرة على التعامل مع الأزمات.	2.77	.971	55.4 %	متوسطة
51.	في حالات الطوارئ لا يعاني المرضى نتيجة الازدحام وقلة عدد مقدمي الخدمات الطارئة.	2.71	.940	54.2 %	متوسطة
	الدرجة الكلية للكفاية الكمية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية	2.69	.689	53.8 %	متوسطة

ومما سبق في الجدول (4.8)، فإن الدرجة الكلية للكفاية الكمية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية كانت بأدنى مستويات الدرجة المتوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الذي يقيس هذه الدرجة (2.69) ونسبة مئوية بلغت (53.8%)، وهي نسبة غير مناسبة لكفاية خدمات صحية لها علاقة مباشرة بحياة الإنسان.

من خلال الجدول (4.8)، كانت أعلى الفقرات التي تقيس الكفاية الكمية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية هي الفقرة (48)، والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (58.0%) والتي تبين الدرجة المتوسطة لحالة توزيع الأدوية بما يتناسب مع حجم سكان الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، تليها الفقرة رقم (45) والتي جاءت بنسبة متوسطة بلغت (55.8%) والتي تبين كفاية الخدمات المقدمة من المركز الصحي بدرجة متوسطة لكافة أفراد الأسرة، تليها الفقرة رقم (50) والتي جاءت بنسبة مئوية بلغت (55.4%) وتعكس وجود نسبة متوسطة من الموارد البشرية القادرة على التعامل مع الأزمات في المراكز الصحية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية.

كما أن أقل الفقرات التي جاءت لقياس الكفاية الكمية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية كانت الفقرة رقم (46)، والتي جاءت بنسبة منخفضة بلغت (50.0%) والتي تظهر ضعفاً في إجراء العمليات الجراحية وفقاً للحاجة وبشكل عاجل للمرضى في الأغوار الجنوبية، تليها الفقرة رقم (49) والتي جاءت بدرجة منخفضة بلغت نسبتها (50.8%) والتي تعكس درجة منخفضة من مناسبة عدد الأسرة وحجم القاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، تليها الفقرة رقم (47) والتي جاءت بأدنى مستويات الدرجة المتوسطة بنسبة بلغت (52.6%) وتبين حالة متوسطة من مناسبة عدد مقدمي الخدمات الصحية في المراكز الصحية وعدد السكان في الأغوار الجنوبية.

والنتائج السابقة، تجعل من الضروري دق جرس الإنذار نحو الكفايات الكمية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، فالدرجات المنخفضة للكثير من الأمور المهمة من تفاصيل هذه الكفايات تجعل من الضرورة تحمل المسؤولية لرفع هذه الكفايات ومعالجة كافة المشاكل المحيطة بها للرقى بواقع صحي مقبول.

وللإجابة على السؤال الرئيس الثاني، يبين الجدول التالي (4.9) أهم النتائج المتعلقة بهذه الإجابة كما يلي:

جدول 4.9: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكفايات الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية من حيث (الكفاية النوعية، والكفاية الكمية)، وترتيب مستوياتها.

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
1	الدرجة الكلية للكفاية الكمية للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية.	2.69	.689	53.8 %	متوسطة
2	الدرجة الكلية للكفاية النوعية للخدمات الصحية المقدمة	2.66	.746	53.2 %	متوسطة
	الدرجة الكلية للكفايات (النوعية، الكمية) للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية	2.67	.687	53.4 %	متوسطة

ومن الجدول (4.9)، فإن الدرجة الكلية لكفايات الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كانت بدرجة متوسطة أقرب ما تكون للمنخفضة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الذي يقيس هذه الدرجة (2.67) ونسبة مئوية بلغت (53.4%)، وهي نسبة لا ترتقي للمستوى المطلوب كون هذه الكفايات لخدمات صحية تمس حياة الإنسان الفلسطيني وهي غاية في الأهمية خاصة في ظل وجود جائحة كوفيد-19.

ويتبين من النتائج أيضاً أن مستوى الكفاية النوعية والكمية متقارب، حيث كانت الكفاية النوعية بمستوى متوسط ولكن مستواها أعلى من مستوى الكفاية الكمية ولكن بفارق بسيط، وهو ما يشير إلى أن هناك ترابط بين الكفايات النوعية والكمية في مجال الخدمات الصحية.

نتائج الإجابة على السؤال الرئيس الثالث للدراسة: ما مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحكومية بشكل عام والمقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا؟

للإجابة على هذا السؤال، تم حساب التكرارات لاستجابات عينة الدراسة عن إجابة هذا السؤال حول مستوى رضاهم بشكل عام عن الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وكانت النتائج كما في الجدول (4.10) التالي:

جدول 4.10: التكرارات والنسب المئوية لها والتي تقيس إجابات المبحوثين عن مستوى رضاهم العام عن الخدمات الصحية المقدمة من المراكز الحكومية لهم

ترقيم	الفقرة	غير راضي بدرجة كبيرة	غير راضي بدرجة كبيرة	محايد	راضي بدرجة كبيرة	راضي بدرجة كبيرة
1.	ما مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحكومية بشكل عام والمقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.	تكرار	24	34	167	115
		نسبة	%6.9	%9.8	%48.1	%33.1
						7
						%2.0

من الجدول (4.22) يتبين بأن النسبة الأعلى كانت لمن كانت إجاباتهم محايدة على السؤال المطروح، وبلغت نسبتهم (48.1%)، وهو ما يعني بأن مستوى الرضا بشكل عام عن الخدمات الصحية التي تقدمها الحكومة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كانت بدرجة متوسطة، فيما كانت النسبة الأقل لمن كانت إجاباتهم راضٍ بدرجة كبيرة وبلغت نسبة من أجابوا بذلك (2.0%)، فيما كانت نسبة من كانت إجاباتهم براصٍ (33.1%)، ما يعني أن الرضا ليس معدوماً أو منخفضاً، بل هو في درجة متوسطة يمكن إنعاشها ورفعها من خلال العمل والجهود المبذولة في هذا المجال.

ولمعرفة معنى هذه الإجابات والوصول إلى الدرجة التي تقيس مستوى هذا الرضا، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على هذا السؤال وكانت النتائج كما في الجدول (4.11) التالي:

جدول 4.11: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين عن مستوى الرضا بشكل عام عن الخدمات الصحية الحكومية المقدمة .

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
52	مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحكومية بشكل عام والمقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.	3.14	.878	62.8 %	متوسطة

ويتبين من الجدول (4.11) بأن مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحكومية بشكل عام جاء بدرجة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي الذي يقيس هذا المستوى (3.14) ونسبة مئوية بلغت (62.8%) وهي نسبة متوسطة بحاجة إلى الكثير من الجهد والعمل لرفعها إلى المستوى الذي يرقى لكونها خدمات صحية تتعلق وتمس بشكل مباشر حياة الإنسان.

نتائج الإجابة على السؤال الرئيس الرابع للدراسة: ما هي الخدمات التي تم تقديمها من المراكز الصحية الحكومية للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا خلال جائحة كوفيد-19؟

للإجابة على هذا السؤال، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة عن كل فقرة من الفقرات التي تقيس الخدمات التي تم تقديمها من المراكز الصحية الحكومية للأغوار الجنوبية خلال جائحة كوفيد-19، وكانت النتائج كما في الجدول (4.12) التالي:

جدول 4.12: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين عن الخدمات التي تم تقديمها من المراكز الصحية الحكومية للقاطنين في الأغوار الجنوبية خلال جائحة كوفيد-19

الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الاستجابة
53.	إجراء فحوصات للكشف عن الإصابة بالكوفيد-19	2.78	1.865	55.6 %	متوسطة
54.	توعية صحية حول الكوفيد-19 وطرق الوقاية من الإصابة	3.54	1.778	70.8 %	كبيرة
55.	توزيع معقمات	2.64	1.822	52.8 %	متوسطة
56.	توزيع كمادات	2.64	1.831	52.8 %	متوسطة

حيث يتبين من الجدول (4.12)، بأن أكثر الخدمات التي تم تقديمها من المراكز الصحية الحكومية خلال جائحة كوفيد-19 للقاطنين في الأغوار الجنوبية كانت (التوعية الصحية حول الكوفيد-19 وطرق الوقاية من الإصابة)، وجاءت بنسبة استجابة كبيرة بلغت (70.8%)، فيما كانت أقل الخدمات التي تم تقديمها هي خدمات (توزيع الكمادات، وتوزيع المعقمات) والتي جاءت كل منهما بنسبة

متوسطة بلغت (52.8%)، أما خدمة إجراء الفحوصات للكشف عن الإصابة بالكوفيد-19 فقد جاءت بنسبة استجابة متوسطة بلغت (55.6%).

ومن خلال الجدول (4.12)، يلاحظ بأن قيم الانحراف المعياري لكافة هذه الفقرات كانت عالية، وهو ما يمكن تفسيره بوجود عدم عدالة في تقديم هذه الخدمات وفي توزيعها على القاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، حيث انقسمت عينة الدراسة في إجاباتها بين من يوافق بشدة على تقديم هذه الخدمات وبين من لا يوافق بشدة على تقديمها، وهو ما تسبب بهذا التباين.

ومن النتائج السابقة، نجد بأن الخدمات التي قدمتها المراكز الصحية الحكومية للقاطنين في الأغوار الجنوبية خلال جائحة كوفيد-19 كانت تتركز على التوعية الصحية بمخاطر المرض والإصابة به، غير أنها كانت مقصورة فيما يتعلق بتوزيع الكمادات والمعقمات على القاطنين في الأغوار الجنوبية وعائلاتهم، كما أنها لم تقم بالشكل المطلوب بإجراء الفحوصات حول الإصابة بالمرض.

4.3 نتائج فرضيات الدراسة

نتائج الفرضية الرئيسية الأولى: لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة) وبين مستوى الرضا العام عن الخدمات الصحية من قبل المستفيدين منها.

وللتحقق من صحة الفرضية السابقة، تم إجراء اختبار معامل الانحدار المعياري (Standardized Regression) وذلك لمعرفة العلاقة بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية وبين مستوى رضا المستفيدين العام عن هذه الخدمات وكانت النتائج كما في الجدول (4.13) التالي:

جدول 4.13: نتائج اختبار الانحدار المعياري للعلاقة بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية وبين مستوى رضا المبحوثين عن الخدمات الصحية بشكل عام.

المتغير التابع	المتغير المستقل	قيمة R	الدلالة الإحصائية
مستوى الرضا عن الخدمات الصحية بشكل عام	الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية (التوافر، المقبولية، إمكانية الوصول، والجودة).	0.404	0.001

▪ R Square = 0.163

ووفقاً للنتائج السابقة، يتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين واقع الخدمات الصحية المقدمة من حيث (التوافر، المقبولية، إمكانية الوصول، والجودة) وبين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية بشكل عام، حيث كانت الدلالة الإحصائية لنموذج الانحدار المعياري (0.001) وهي أقل من (0.05)، ووفقاً

لقيمة R Square والتي كانت (0.163)، يمكن القول أن المتغير المستقل المتمثل في واقع الخدمات الصحية يفسر ما نسبته ن (16.3%) من التباين في المتغير التابع المتمثل بمستوى الرضا عن الخدمات الصحية بشكل عام، ما يعني درجة تأثير طردية لتحسين واقع الخدمات الصحية على مستوى رضا المستفيدين من هذه الخدمات.

ولتوضيح هذه العلاقة ومعرفة أكثر أبعاد الخدمات الصحية تأثيراً فيها، تم استخدام الانحدار المعياري لتبيان هذه العلاقة كما في الجدول (4.14) التالي:

جدول 4.14: نتائج اختبار الانحدار المعياري للعلاقة بين أبعاد الخدمة الصحية الحكومية وبين مستوى الرضا عن هذه الخدمات بشكل عام

المتغير التابع	المتغير المستقل	قيمة R	قيمة F	دلالة F	قيمة Beta	قيمة t	دلالة t
مستوى الرضا العام عن الخدمات الصحية	التوافر	.436	20.097	0.001	-.042	-.496	.620
	إمكانية الوصول				.116	1.467	.143
	المقبولية				.428	4.540	.000
	الجودة				-.057	-.700	.485

▪ R Square = 0.190

ووفقاً للنتائج في الجدول (4.14)، يتبين بأن علاقة الانحدار بين واقع الخدمات الصحية الحكومية ممثلة بـ (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، كانت علاقة ذات دلالة معنوية، فمن خلال قيمة F التي بلغت (20.097) وبدلالاتها الإحصائية التي بلغت (0.001) كانت أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وكما يتضح من قيمة R Square نجد أن هذه الأبعاد مجتمعة تفسر (19.0%) من التباين الحاصل في مستوى الرضا عن الخدمات الصحية لدى المستفيدين منها في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.

ومن خلال قيمة t ودلالاتها نجد بأن أكثر الأبعاد وأوجدها تأثيراً بشكل منفرد على هذه العلاقة هو بعد المقبولية، والذي يؤثر على مستوى رضى المستفيدين عن الخدمات المقدمة بمقدار قيمة Beta الخاصة به، وهو ما يعني أنه كلما زاد مستوى بعد المقبولية بمقدار وحدة واحدة فإن هذا سينعكس بالتأثير على مستوى الرضا عن الخدمات بنسبة (42.8%)، فيما لم تبين النتائج أي تأثير للأبعاد الأخرى منفردة على مستوى رضا المستفيدين من الخدمات الصحية الحكومية بشكل عام.

وبالتالي تكون الفرضية السابقة قد رفضت، وعليه يتم قبول الفرضية البديلة للفرضية الصفرية والتي تنص على أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية،

والجودة) وبين مستوى الرضا العام عن الخدمات من قبل المستفيدين منها، حيث تبين أن هذه المتغير المستقل بجميع أبعاده مجتمعة يؤثر على مستوى الرضا العام عن الخدمات الصحية المقدمة، وبعد المقبولية منفرداً يؤثر على هذا المستوى أيضاً.

نتائج الفرضية الرئيسية الثانية: لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى الكفايات (النوعية، والكمية) للخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية وبين مستوى الرضا العام عن الخدمات الصحية من قبل المستفيدين منها.

وللتحقق من صحة الفرضية السابقة، تم إجراء اختبار معامل الانحدار المعياري (Standardized Regression) وذلك لمعرفة العلاقة بين الدرجة الكفايات (النوعية، والكمية) للخدمات الصحية وبين مستوى رضا المستفيدين العام عن هذه الخدمات وكانت النتائج كما في الجدول (4.15) التالي:

جدول 4.15: نتائج اختبار الانحدار المعياري للعلاقة بين الدرجة الكلية لكفايات الخدمات الصحية الحكومية (النوعية، والكمية) وبين مستوى رضا المبحوثين عن الخدمات الصحية بشكل عام.

المتغير التابع	المتغير المستقل	قيمة R	الدلالة الإحصائية
مستوى الرضا عن الخدمات الصحية بشكل عام	الدرجة الكلية للكفايات (النوعية، والكمية) للخدمات الصحية الحكومية	0.384	0.001

▪ R Square = 0.148

ووفقاً للنتائج السابقة، يتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمستوى الكفايات (النوعية والكمية) للخدمات الصحية المقدمة وبين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية بشكل عام، حيث كانت الدلالة الإحصائية لنموذج الانحدار المعياري (0.001) وهي أقل من (0.05)، ووفقاً لقيمة R Square والتي كانت (0.148)، يمكن القول أن المتغير المستقل المتمثل في مستوى الكفايات (النوعية، والكمية) يفسر ما نسبته (14.8%) من التباين في المتغير التابع المتمثل بمستوى الرضا عن الخدمات الصحية بشكل عام، ما يعني درجة تأثير طردية لتحسين مستوى الكفايات النوعية والكمية للخدمات الصحية الحكومية على مستوى رضا المستفيدين من هذه الخدمات.

نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة للدراسة: لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى للعوامل الديمغرافية (الجنس، الإصابة بمرض مزمن، الإصابة

بإعاقة جسدية، الإصابة بمرض نفسي، الدرجة العلمية، الفئة العمرية، البعد عن أقرب مركز صحي، تلقي الخدمة من مركز صحي أو عيادة متنقلة).

وقد تم تقسيم الفرض السابقة إلى عدة فرضيات فرعية بهدف التحقق منها كما يلي:

- **الفرضية الفرعية الأولى:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، الجودة)، تعزى لعامل الجنس.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم إجراء اختبار T للعينات المستقلة Independent Sample T-test، وكانت نتائج هذا الاختبار كما في الجدول (4.16) التالي:

جدول 4.16: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لمتغير الجنس

الأبعاد	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية	ذكر	163	2.73	.535	345	-1.973	.049
	أنثى	184	2.84	.502			

ووفقاً لنتائج اختبار T للعينات المستقلة، يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية الحكومية من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة) تعزى لعامل الجنس، حيث كانت الدلالة لقيمة (t) المحسوبة للدرجة الكلية لواقع هذه الخدمات أقل من (0.05)، وقد كانت هذه الفروق لصالح الإناث غير أن دلالة هذه الفروق ليست كبيرة، وهو ما يمكن تفسيره بأن الإناث أكثر اهتماماً واحتياجاً للخدمات الصحية من الذكور، وخاصة فيما يتعلق باحتياجات الإناث لخدمات الولادة وما بعد الولادة وخدمات رعاية الأطفال. وعليه تكون الفرضية السابقة قد رفضت واستبدلت بالفرضية البديلة للفرض الصفري والتي تقول بأنه توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الجنس، وكانت هذه الفروق لصالح الإناث.

- **الفرضية الفرعية الثانية:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا

بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الإصابة بمرض مزمن.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم إجراء اختبار T للعينات المستقلة Independent Sample T-test، وكانت نتائج هذا الاختبار كما في الجدول (4.17) التالي:

جدول 4.17: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لمتغير الإصابة بمرض مزمن

الأبعاد	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية	نعم	127	2.97	.377	345	5.558	.001
	لا	220	2.69	.563			

ووفقاً لنتائج اختبار T للعينات المستقلة، يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية الحكومية من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة) تعزى لعامل الإصابة بمرض مزمن، حيث كانت الدلالة لقيمة (t) المحسوبة للدرجة الكلية لواقع هذه الخدمات أقل من (0.05)، وقد كانت هذه الفروق لصالح من أجابوا بإصابتهم أو أحد أفراد عائلتهم بأمراض مزمنة، وهي دلالة قوية يمكن تفسيرها بكون هؤلاء أكثر قدرة على تحديد الخدمات الصحية وأبعادها أكثر من غيرهم، كونهم يترددون بشكل كبير على المراكز الصحية الحكومية أكثر من غيرهم.

وعليه تكون الفرضية السابقة قد رفضت واستبدلت بالفرضية البديلة للفرض الصفري والتي تقول بأنه توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الإصابة بمرض مزمن، وكانت هذه الفروق لصالح المصابين بأمراض مزمنة.

- **الفرضية الفرعية الثالثة:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الإصابة بإعاقة جسدية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم إجراء اختبار T للعينات المستقلة Independent Sample T-test، وكانت نتائج هذا الاختبار كما في الجدول (4.18) التالي:

جدول 4.18: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لمتغير الإصابة بإعاقة جسدية

الأبعاد	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية	نعم	53	2.52	.418	345	-4.960	.001
	لا	294	2.84	.522			

ووفقاً لنتائج اختبار T للعينات المستقلة، يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية الحكومية من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة) تعزى لعامل الإصابة بإعاقة جسدية، حيث كانت الدلالة لقيمة (t) المحسوبة للدرجة الكلية لواقع هذه الخدمات أقل من (0.05)، وقد كانت هذه الفروق لصالح من أجابوا بعدم إصابتهم أو أحد أفراد عائلتهم بإعاقات جسدية، وهي دلالة قوية يمكن تفسيرها بصعوبة وصول وحصول من يعانون من الإعاقات الجسدية والاستفادة من الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية الحكومية، وهو أمر لا بد من الانتباه له من خلال إجراءات عاجلة لتسريع وصولهم وتسهيل طرق الوصول لتلك الفئات لتلقي الخدمات الصحية الضرورية لهم.

وعليه تكون الفرضية السابقة قد رفضت واستبدلت بالفرضية البديلة للفرض الصفري والتي تقول بأنه توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الإصابة بإعاقة جسدية، وكانت هذه الفروق لصالح من لا يعانون من إعاقات جسدية.

- **الفرضية الفرعية الرابعة:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الإصابة بأمراض نفسية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم إجراء اختبار T للعينات المستقلة Independent Sample T-test، وكانت نتائج هذا الاختبار كما في الجدول (4.19) التالي:

جدول 4.19: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض نفسية

الأبعاد	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية	نعم	18	2.55	.567	345	-2.172	.031
	لا	326	2.82	.507			

ووفقاً لنتائج اختبار T للعينات المستقلة، يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية الحكومية من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة) تعزى لعامل الإصابة بأمراض نفسية، حيث كانت الدلالة لقيمة (t) المحسوبة للدرجة الكلية لواقع هذه الخدمات أقل من (0.05)، وقد كانت هذه الفروق لصالح من أجابوا بعدم إصابتهم أو أحد أفراد عائلتهم بأمراض نفسية، وهي دلالة قوية يمكن تفسيرها بالاعتماد على نتائج أسئلة الدراسة والتي بينت عدم وجود خدمات صحية نفسية في المراكز الحكومية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية، بالتالي تكون نتيجة هذه الفرضية منطقية وواقعية وتعكس الواقع الموجود.

وعليه تكون الفرضية السابقة قد رفضت واستبدلت بالفرضية البديلة للفرض الصفري والتي تقول بوجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الإصابة بأمراض نفسية، وكانت هذه الفروق لمن لا يعانون من أمراض نفسية.

• **الفرضية الفرعية الخامسة:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الدرجة العلمية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي One way analysis of variance، وكانت نتائج هذا الاختبار كما في الجدول (4.20) التالي:

جدول 4.20: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل الدرجة العلمية.

الأبعاد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية	بين المجموعات	4	8.575	2.144	8.607	.001
	داخل المجموعات	342	85.185	.249		
الجموع		346	93.760			

ومن الجدول، يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، تعزى لعامل الدرجة العلمية، ولمعرفة مصدر هذه الفروق تم استخدام نتائج اختبار Scheffe وكانت النتائج كما في الجدول (4.21) فيما يلي:

جدول 4.21: نتائج اختبار Scheffe للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل الدرجة العلمية.

المحور	الدرجة العلمية (I)	الدرجة العلمية (J)	الفرق في الوسط الحسابي (I-J)	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية	بكالوريوس	غير متعلم	.40801*	.007
		دبلوم فأقل	.33034*	.001

ومن الجدول (4.21)، يتبين بأن الفروق كانت بين من درجتهم العلمية (بكالوريوس) وبين من درجتهم العلمية (غير متعلم، ودبلوم فأقل) وكانت هذه الفروق لصالح من هم بمستوى بكالوريوس، وكانت دلالة هذه الفروق أعلى على حساب من يحملون مؤهل (دبلوم فأقل) مقارنة بغير المتعلمين، ويمكن تفسير هذه الفروق بأن من يحملون شهادات البكالوريوس هم أكثر دراية ومعرفة بمتغيرات الدراسة وأبعادها من غيرهم من المبحوثين غير المتعلمين أو حملة مؤهلات الدبلوم وما أقل منها، وبالتالي تكون الفرضية السابقة قد رفضت واستبدلت بالفرضية البديلة للفرض الصفري والتي تقول بأنه يوجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الدرجة العلمية، وكانت هذه الفروق لصالح حملة البكالوريوس.

- الفرضية الفرعية السادسة: لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في

محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل الفئة العمرية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي One way analysis of variance، وكانت نتائج هذا الاختبار كما في الجدول (4.22) التالي:

جدول 4.22: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل الفئة العمرية.

الأبعاد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية	بين المجموعات	3	3.534	1.178	4.478	.004
	داخل المجموعات	343	90.226	.263		
المجموع		346	93.760			

ومن الجدول، يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، تعزى لعامل الفئة العمرية، ولمعرفة مصدر هذه الفروق تم استخدام نتائج اختبار Scheffe وكانت النتائج كما في الجدول (4.23) فيما يلي:

جدول 4.23: نتائج اختبار Scheffe للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل الفئة العمرية.

المحور	الفئة العمرية (I)	الفئة العمرية (J)	الفرق في الوسط الحسابي (I-J)	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية	18- أقل من 35	أعلى من 65 عام	.59079*	.007
	35- أقل من 46	أعلى من 65 عام	.60950*	.005
	46- أقل من 65	أعلى من 65 عام	.60063*	.008

ومن الجدول (4.23)، يتبين بأن الفروق كانت بين من هم في الفئات العمرية (18- أقل من 35، 35- وأقل من 46، والفئة من 46 - أقل من 65) مع من هم في الفئة العمرية (أعلى من 65 عام) وكانت جميعها على حساب من فئتهم العمرية أعلى من 65 عام، وكانت أقوى هذه الفروق لصالح من فئتهم العمرية (35- أقل من 46)، ويمكن تفسير هذه الفروق في كون كبار السن لا يهتمون بالأبعاد الخاصة بالخدمات الصحية بقدر اهتمامهم بالحصول على العلاج والدواء.

وعليه؛ تكون الفرضية السابقة قد رفضت واستبدلت بالفرضية البديلة للفرض الصفري والتي تقول بأنه يوجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، الجودة) تعزى لعامل الفئة العمرية، وكانت هذه الفروق لصالح جميع الفئات العمرية على حساب من أعمارهم أعلى من 65 عام.

- **الفرضية الفرعية السابعة:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، الجودة)، تعزى لعامل البعد عن أقرب مركز صحي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي One way analysis of variance، وكانت نتائج هذا الاختبار كما في الجدول (4.24) التالي:

جدول 4.24: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل البعد عن أقرب مركز صحي.

الأبعاد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية	بين المجموعات	2	.617	.308	1.139	.321
	داخل المجموعات	344	93.143	.271		
الجموع		346	93.760			

ومن الجدول (4.24)، يتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، تعزى لعامل البعد عن أقرب مركز صحي، وعليه تكون الفرضية السابقة قد قبلت وتم التحقق من صحتها.

- **الفرضية الفرعية الثامنة:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، الجودة)، تعزى لعامل مكان تلقي الخدمة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم إجراء اختبار T للعينات المستقلة Independent Sample T-test، وكانت نتائج هذا الاختبار كما في الجدول (4.25) التالي:

جدول 4.25: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل مكان تلقي الخدمة

الأبعاد	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية	مركز صحي	259	2.85	.523	345	3.280	.001
	عيادة متنقلة	88	2.64	.482			

ووفقاً لنتائج اختبار T للعينات المستقلة، يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية الحكومية من حيث (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة) تعزى لعامل مكان تلقي الخدمة، حيث كانت الدلالة لقيمة (t) المحسوبة للدرجة الكلية لواقع هذه الخدمات أقل من (0.05)، وقد كانت هذه الفروق لصالح من يتلقون الخدمة في مركز صحي، وهي دلالة قوية يمكن تفسيرها بانتشار المراكز الصحية الحكومية بشكل أكبر من وجود العيادات المتنقلة.

وعليه تكون الفرضية السابقة قد رفضت واستبدلت بالفرضية البديلة للفرض الصفري والتي تقول بوجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى لعامل مكان تلقي الخدمة، وكانت هذه الفروق لصالح من يتلقون الخدمة في المراكز الصحية الحكومية.

ومن خلال نتائج التحقق من الفرضيات الفرعية، تكون الفرضية الرئيسية الثالثة للدراسة قد رفضت واستبدلت بالفرضية البديلة للفرض الصفري والتي تقول بأنه توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا بأبعادها المتمثلة في (التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة)، تعزى للعوامل الديمغرافية (الجنس، الإصابة بمرض مزمن، الإصابة بإعاقة جسدية، الإصابة بمرض نفسي، الدرجة العلمية، الفئة العمرية، البعد عن أقرب مركز صحي، تلقي الخدمة من مركز صحي أو عيادة متنقلة).

5 الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

5.1 مقدمة

يتضمن هذا الفصل مناقشة اهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، مع الأخذ بعين الاعتبار أسئلة الدراسة وفرضياتها وأهدافها، بالإضافة إلى تحليل نتائج الدراسة ومقارنتها بنتائج الدراسات السابقة إن وجدت، والخروج ببعض التوصيات بالاستناد إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة.

5.2 ملخص نتائج الدراسة

فيما يلي استعراض للنتائج التي خلصت إليها الدراسة من حيث:

5.2.1 ملخص النتائج المتعلقة بالعوامل الديمغرافية:

1. فيما يتعلق بجنس المبحوثين، فقد كانت النسبة الأعلى للإناث والتي شكلت ما نسبته (53.0%) من عينة الدراسة، فيما كانت نسبة الذكور (47.0%) وقد يكون ذلك لتردد الاناث على الخدمات الصحية فيما يتعلق بصحة المرأة والطفل.

2. تبين من خلال خصائص العينة أن نسبة من كانوا يعانون من أمراض مزمنة هم أو أحد أفراد عائلتهم كانت (36.6%)، فيما نسبة من لا يعانون مثل هذه الأمراض أو أي من أفراد عائلاتهم كانت الأعلى بواقع (63.4%). وقد تعلل نسبة ارتفاع الامراض المزمنة في هذه

الدراسة الى أن نسبة كبيرة من خدمات رعاية الأمراض غير السارية موجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية؛ حيث أن وزارة الصحة هي المزود الرئيسي للرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية (ما يقرب من 70% من الخدمات) (وزارة الصحة، 2020 أ).

3. كانت نسبة من يعانون إعاقة جسدية هم أو أحد أفراد عائلاتهم (15.3%)، فيما كانت النسبة لمن لا يعانون هذه الإعاقات بواقع (84.7%). وتشير احصائيات منظمة الصحة العالمية انه يوجد في العالم أكثر من مليار شخص من ذوي الإعاقة، وهو ما يساوي 15% تقريباً من السكان في العالم (منظمة الصحة العالمية، 2013). وهذا يشير الى ضرورة الاهتمام بقضايا ذوي الإعاقة فهي إحدى قضايا حقوق الإنسان، وواحدة من أولويات التنمية. أن الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم احتياجات أكثر غير مُلبّاة فيما يتعلق بالصحة وإعادة التأهيل، وتسوء حالتهم الصحية مقارنة بعموم السكان (منظمة الصحة العالمية، 2013).

4. فيما يخص الإصابة بأمراض نفسية كانت النسبة الأعلى لمن لا يعانون هم أو أحد أفراد عائلاتهم هذه الأمراض بواقع (93.9%)، فيما كانت نسبة من يعانون مثل هذه الأمراض بلغت (5.2%). وقد خلص تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2019 الى أن الإصابة بالاكنتاب هو أعلى نسبة من الاضطرابات النفسية الشائعة وأحد الأسباب الرئيسية للعجز في جميع أنحاء العالم. فعلى الصعيد العالمي، يعاني ما يقدر بنحو 400 مليون شخص من جميع الأعمار من الاكنتاب. كما أن النظم الصحية لم تستجب بشكل كافٍ حتى الآن لعبء الاضطرابات النفسية؛ لذا فهناك فجوة كبيرة بين الحاجة إلى العلاج وتوفيره في جميع أنحاء العالم. وهناك ما بين 76% إلى 85% من المصابين باضطرابات نفسية لا يتلقون أي علاج لحالتهم في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (منظمة الصحة العالمية، 2019). لذا لا بد من إتاحة الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية القادرة على توفير وسائل العلاج والدعم الاجتماعي.

5. من حيث المستوى التعليمي فقد كانت النسبة الأعلى لمن يحملون مؤهل البكالوريوس بواقع (53.6%)، فيما كانت النسبة الأقل لحملة الدكتوراه بواقع (4.0%). وقد أظهرت بيانات مركز الاحصاء الفلسطيني لعام 2018 أن 45% من الشباب الفئة العمرية من 18-22 ملتحقون بالتعليم.

6. من حيث الفئة العمرية، فقد شكلت نسبة من هم في الفئة العمرية من (35- أقل من 46 عام) الفئة الأكبر في عينة الدراسة، حيث بلغت نسبتهم (44.1%)، فيما كانت النسبة الأقل لمن هم في الفئة العمرية (أعلى من 65 عام) بواقع (2.9%)، وهو ما يمكن تفسيره بأن مجتمع الأغوار الجنوبية مجتمع فتي يتوافق بهذه الخاصية مع المجتمع الفلسطيني ككل.

7. من حيث البعد عن المركز الصحي لتلقي الخدمة، فقد بينت خصائص العينة أن أعلى نسبة كانت لمن يبعدون عن أقرب مركز صحي (500-1000 متر) بواقع (36.9%) فيما كانت النسبة الأقل لمن يبعدون مسافة (أكثر من 1000 متر) عن أقرب مركز صحي وكانت نسبتهم (28.5%)، وهو ما يمكن تفسيره إما بكون هذه التجمعات قريبة بمواقعها من المراكز الصحية أو أن هناك توزيع للمراكز الصحية ليتناسب مع البعد الجغرافي لهذه التجمعات.

8. كانت النسبة الأكبر في عينة الدراسة لمن يتلقون الخدمات الصحية في مراكز صحية بواقع (74.6%)، فيما كانت نسبة من يتلقونها في عيادات متنقلة (25.4%) وهو ما يعكس عدم الاعتماد على العيادات المتنقلة في تقديم الخدمات الصحية للقاطنين في الأغوار الجنوبية.

5.2.2 ملخص النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

• ملخص النتائج المتعلقة بالسؤال الأول للدراسة:

1. بينت النتائج أن واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كان متوسطاً، حيث بلغت النسبة المئوية التي تقيس هذا الواقع (55.8%)، فيما كان المستوى الأعلى من حيث الأبعاد للمقبولية والتي جاءت بمستوى متوسط بلغت نسبته المئوية (56.6%) فيما كان مستوى توافر الخدمات الصحية الحكومية هو الأقل بدرجة متوسطة بلغت (55.0%)، وهو مستوى لا يرقى للمطلوب كون هذه الخدمات تمس الحالة الصحية وحياة الإنسان والتي تتطلب أن تكون بمستويات كبيرة إلى كبيرة جداً، وهو ما يتوافق ونتائج دراسة (Visagie & et al. (2015) والتي بينت أن التنظيم الإداري واللوجستي لخدمات وأنظمة الرعاية الصحية لا يترجم بشكل جيد إلى خدمات كافية ومقبولة من وجهة نظر المستفيدين، كما تتشابه هذه النتائج ودراسة الجبريل وآخرون (2020) والتي أظهرت أن المستوى العام لجودة الخدمات الصحية في ظل كوفيد 19 كان متوسطاً.
2. أظهرت النتائج وجود ضعف في توفير الأدوية اللازمة للمرضى في المراكز الصحية الحكومية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وهو ما يدفعهم إلى شراء هذه الأدوية من الصيدليات الخارجية، وهو ما يتفق ودراسة (Visagie & et al. (2015) والتي بينت نتائجها ضرورة تطوير طرق وكيفية الوصول إلى المستفيدين من الخدمات الصحية مع ضرورة التركيز على المريض من خلال جوانب كالاختيار والرعاية الصحية الشاملة وغيرها.
3. أظهرت النتائج وجود ضعف فيما يتعلق بتوافر التخصصات المطلوبة لدى الأطباء والتي تلبي احتياجات المرضى في الأغوار الجنوبية، حيث جاءت هذه الفقرة بدرجة منخفضة بنسبة (50.2%)، وهي نتيجة تتفق مع دراسة (Gavurova & et al. (2019) والتي بينت أيضاً وجود

- علاقة بين توافر الخدمات الصحية وبين معدل الوفيات، فكلما كان مستوى توافر الخدمات الصحية أكبر كلما انخفض معدل الوفيات.
4. بينت النتائج أن مستوى إمكانية الوصول للخدمات الصحية الحكومية جاء بدرجة متوسطة بلغت نسبتها المئوية (56.0%) وهي نسبة بحاجة إلى رفع مستواها لكونها تمس الحالة الصحية للمبحوثين.
5. أظهرت النتائج صعوبة الوصول إلى المراكز الصحية وتوافر الكثير من العقبات التي تحول دول مستوى إمكانية الوصول، حيث بينت النتائج ما نسبته (50.2%) وهي نسبة منخفضة ممن يرون بسهولة الوصول إلى هذه المراكز وعدم وجود العقبات.
6. فيما يخص توفر جميع مكونات الخدمة الصحية الحكومية، ما يحد من توجه المرضى إلى الخدمات الصحية في مراكز بديلة خاصة، فإن من يوافقون على ذلك كانوا بنسبة متوسطة بلغت (54.2%) وهي نسبة بحاجة إلى النظر والاهتمام.
7. أظهرت النتائج أن مستوى مقبولية الخدمات الصحية الحكومية كانت بدرجة متوسطة بلغت (56.6%)، وهي كذلك بحاجة إلى الرفع والزيادة كونها تتعلق بخدمات صحية تلامس حياة الإنسان.
8. كما بينت النتائج أن تقديم الخدمات الصحية في المراكز الحكومية مع مراعاة كافة المعايير الصحية المعلن عنها جاءت بدرجة متوسطة بلغت نسبتها (52.8%) وهي تشير إلى الحاجة إلى زيادة الاهتمام بالمعايير الصحية المعلنة وتقديم الخدمات الصحية وفقاً لهذه المعايير.
9. أظهرت النتائج أن مستوى جودة تقديم الخدمات الصحية الحكومية للقاطنين في الأغوار الجنوبية كان بدرجة متوسطة بلغت نسبتها (55.8%) وهي نسبة لا ترقى للمستوى المطلوب للخدمات الصحية.
10. بينت النتائج وجود ضعف وقصور كبيرين فيما يتعلق بتوفر الأخصائيين النفسيين في المراكز الصحية الحكومية، حيث كانت نسبة هذه الفقرة منخفضة بلغت (48.8%) وهي ما يتطلب توفير هؤلاء الأخصائيين في كافة المراكز للتعامل مع الحالات النفسية لدى هذه التجمعات.
11. أظهرت النتائج أن مستوى سرعة الطواقم الصحية في تقديم الخدمات الصحية في الحالات الطارئة جاءت بدرجة متوسطة بلغت نسبتها (54.4%).
12. بينت النتائج أن مستوى توفر صالات الانتظار المناسبة من حيث (النظافة، التكييف، القدرة على الاستيعاب، ..الخ) كانت متوسطة بنسبة بلغت (54.4%).

• ملخص النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني للدراسة:

1. إن الدرجة الكلية لمستوى الكفايات (النوعية والكمية) للخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كانت بدرجة متوسطة بلغت نسبتها المئوية (53.4%)، حيث كانت الكفايات الكمية أعلى من حيث مستواها الذي بلغ (53.8%) من تلك النوعية التي بلغ مستواها (53.2%) رغم أن الفارق بينهما بسيط، وهو ما يمكن تفسيره بتأثير كل منهما على الآخر بحيث كلما كان مستوى الكفاية الكمية أعلى كلما انعكس ذلك على الكفاية النوعية.
2. أظهرت النتائج وجود ضعف في تقديم المراكز الصحية الحكومية للخدمات التي تتعلق بالصحة النفسية، حيث كان تقدير الاستجابة على ذلك منخفضاً بنسبة بلغت (49.2%).
3. بينت النتائج أن هناك حاجة إلى إعادة تأهيل المباني الخاصة بالمراكز الصحية الحكومية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية، حيث أن عدم حاجتها ذلك كان بنسبة منخفضة بلغت (51.0%).
4. أظهرت النتائج وجود نقص في عدد سيارات الإسعاف التي تمتلكها المراكز الصحية والتي لا تكفي لتلبية احتياجات الأغوار الجنوبية.
5. أظهرت النتائج في وجود قصور لدى المراكز الصحية الحكومية فيما يتعلق بإجراء العمليات الجراحية ومواعيدها وإجراءها وفقاً للحاجة بشكل عاجل.
6. كما أظهرت النتائج وجود ضعف فيما يتعلق بتناسب عدد الأسرة في المراكز الصحية الحكومية وحجم القاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.
7. أظهرت النتائج وجود ضعف في تناسب عدد مقدمي الخدمات الصحية في المراكز الصحية الحكومية وعدد السكان في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.

• ملخص النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث للدراسة:

1. أظهرت النتائج أن مستوى الرضا بشكل عام عن الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كان بدرجة متوسطة بلغت نسبتها (62.8%)، حيث أجاب (48.1%) من المبحوثين بإجابات محايدة عن هذا المستوى، فيما كانت إجابات (33.1%) منهم راضية عن هذه الخدمات فيما كانت نسبة من أجابوا بغير راضي وغير راضي بدرجة كبيرة (16.7%)، وهو ما يتقارب مع دراسة (Morad & et al. (2000 والتي أجريت على التجمعات البدوية في النقب ونتج عنها عدم رضا هذه التجمعات عن الخدمات الصحية المقدمة لهم.

• ملخص النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع للدراسة:

1. أظهرت النتائج أن أبرز الخدمات التي تم تقديمها من المراكز الصحية الحكومية للقاطنين في الأغوار الجنوبية خلال جائحة كوفيد-19 كانت تقديم التوعية الصحية حول الكوفيد-19 وطرق الوقاية من الإصابة، حيث بلغت درجة تقديم هذه الخدمة الأعلى بواقع (70.8%) وهي درجة كبيرة.
2. كانت أقل الخدمات التي تم تقديمها هي خدمات (توزيع المعقمات، وتوزيع الكمادات) حيث بلغت درجة تقديم هذه الخدمات درجة متوسطة بلغت نسبتها لكلا الخدمتين (52.8%).
3. بلغت درجة إجراء الفحوصات للكشف عن الإصابة بالكوفيد-19 درجة متوسطة بلغت نسبتها (55.6%).
4. هناك تباين كبير في إجابات المبحوثين حول تقديم الخدمات خلال جائحة كوفيد-19، وهو ما يمكن تفسيره بعدم عدالة تقديم هذه الخدمات بين القاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.

5.2.3 ملخص النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة:

1. أظهرت نتائج فرضيات الدراسة وجود علاقة طردية ذات دلالة بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية بأبعادها المتمثلة بالتوافر، المقبولية، إمكانية الوصول، والجودة، مجتمعة وبين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحكومية بشكل عام، حيث أن واقع الخدمات الصحية بأبعاده مجتمعة يفسر ما نسبته (16.3%) من التغيير في مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية بشكل عام.
2. أظهرت النتائج أن بعد المقبولية منفرداً يؤثر على مستوى الرضا العام عن الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية، حيث بينت النتائج أن لهذا البعد تأثير كبير وطردي على الرضا، بحيث أن زيادة مستوى مقبولية الخدمات الصحية الحكومية بواقع وحدة واحدة تؤثر على مستوى الرضا عن هذه الخدمات بنسبة (42.8%)، فيما لم تبين النتائج وجود تأثير للأبعاد الأخرى منفردة.
3. أظهرت النتائج وجود علاقة طردية وذات دلالة بين الدرجة الكلية للكفايات (النوعية، والكمية) للخدمات الصحية الحكومية وبين مستوى الرضا العام عن هذه الخدمات، حيث تفسير الكفايات (النوعية، والكمية) ما نسبته (14.8%) من التباين الحاصل في مستوى الرضا العام عن الخدمات الصحية الحكومية.

4. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة معنوية في إجابات المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية الحكومية، وكانت هذه الفروق تعزى لجميع العوامل الديمغرافية باستثناء عامل البعد عن أقرب مركز صحي.

5.3 الاستنتاجات:

من خلال النتائج السابقة، خرجت الدراسة بعدة استنتاجات هي:

- إن واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية كانت بمستوى متوسط، وكأنت أعلى أبعاد هذه الخدمات من حيث المستوى هو بعد مقبولية الخدمات الصحية، وهو مستوى رغم أنه متوسط إلا أنه ليس بالمستوى المأمول فيما يتعلق بخدمات صحية تمس الحياة الإنسانية.
- إن مستوى الكفايات النوعية والكمية للخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية كانت بمستوى متوسط لا يرقى ونسبته المأمولة خاصة فيما يتعلق بالصحة.
- إن مستوى الرضى العام عن الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا كان بدرجة متوسطة.
- أبرز الخدمات التي تم تقديمها للقاطنين في الأغوار الجنوبية خلال جائحة كوفيد-19 هي تقديم التوعية الصحية حول هذا المرض وطرق الوقاية والإصابة منه.
- كان هناك نقص وخلل في تقديم الكمادات والمعقمات خلال جائحة كوفيد-19 للقاطنين في الأغوار الجنوبية القاطنة في محافظة أريحا، إضافة إلى وجود مؤشر بعدم عدالة التوزيع في تقديم هذه الخدمات لمستحقيها وهو ما يظهره التباين في إجابات المبحوثين حول هذه الخدمات.
- هناك علاقة طردية إيجابية بين رفع مستوى الخدمات الصحية الحكومية من حيث التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة، وبين رفع المستوى العام لرضى المستفيدين من هذه الخدمات.
- هناك علاقة طردية إيجابية بين مستوى الكفايات النوعية والكمية للخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، وبين المستوى العام لرضى المستفيدين من هذه الخدمات.
- وجود نقص حاد في توفر الخدمات الصحية فيما يتعلق بالجانب النفسي في المراكز الصحية الحكومية.
- هناك اهتمام أعلى لدى الإناث بواقع الخدمات الصحية الحكومية وأبعادها المحددة في الدراسة لاحتياجاتها الأكبر خاصة فيما يتعلق بجانب الأمومة والطفولة.
- هناك نظرة عامة خاطئة حول الأغوار الجنوبية في أنها تجمعات تحتوي نسبة من غير المتعلمين بشكل كبير، وهو شيء غير صحيح، حيث يتمتع أفراد هذه التجمعات بنسب تعليم عالية.

- هناك اعتماد كبير في الحصول على الخدمات الصحية الحكومية من خلال المراكز الصحية، ويمكن أن يكون ذلك بسبب نقص العيادات الصحية المتنقلة.
- هناك قصور في توفير الأدوية كافة واللازمة للحالات المرضية المختلفة في المراكز الصحية الحكومية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.
- هناك ضعف في توفر التخصصات الطبية المتنوعة والتي تلبي احتياجات المرضى في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.
- هناك صعوبات وعقبات تواجه القاطنين في الأغوار الجنوبية في الوصول إلى الخدمات الصحية الحكومية التي يحتاجونها.
- هناك حاجة إلى توفير كافة مكونات الخدمة الصحية المقدمة في المراكز الحكومية للقاطنين في الأغوار الجنوبية للحد من البحث عن بدائل لهذه الخدمات في القطاع الخاص.
- هناك حاجة إلى الاهتمام بشكل أكبر بالمعايير الصحية المعلنة لتقديم الخدمات الصحية في المراكز الحكومية.
- هناك حاجة إلى رفع مستوى سرعة تقديم الخدمات الصحية الحكومية في المراكز الصحية خاصة في الحالات الطارئة.
- هناك حاجة إلى إعادة تأهيل وتطوير صالات الانتظار في المراكز الصحية الحكومية لملاءمة الاحتياجات والمتطلبات للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.
- هناك نقص في عدد سيارات الإسعاف العاملة في المراكز الصحية الحكومية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.
- هناك قصور في تحديد مواعيد العمليات الجراحية وإجراءها وفقاً للحاجة وبشكل عاجل.
- هناك نقص في عدد الاسرة في المراكز الحكومية التي تقدم خدماتها الصحية للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا، بحيث أن عددها لا يتناسب وعدد القاطنين.
- هناك نقص في عدد مقدمي الخدمات الصحية في المراكز الصحية الحكومية التي تقدم خدماتها للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.

5.4 التوصيات

لاحقاً للنتائج وتفسيرها توصي الدراسة بما يلي:

- الاهتمام الأكبر من قبل وزارة الصحة الفلسطينية في رفع مستوى الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية بشكل عام وخاصة في ظل جائحة كوفيد-19.
- إضافة إلى التوعية الصحية حول مخاطر الإصابة بكوفيد-19، على وزارة الصحة الفلسطينية زيادة عدد الفحوصات المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية، إضافة إلى الرقابة على تقديم هذه الخدمات لضمان وصولها إلى مستحقيها.
- توفير خدمات للطب النفسي في المراكز الصحية الحكومية وذلك لتلبية احتياجات الحالات التي تعاني من هذه الأمراض.
- البدء بتطوير عيادات الأمومة والطفولة وزيادة عددها وتوسعتها في المراكز الصحية الحكومية.
- زيادة عدد العيادات الصحية المتنقلة ونشرها في المناطق التي يوجد فيها تجمعات بدوية لتسهيل إمكانية الوصول وتوافر الخدمات الصحية الحكومية لهم.
- زيادة حصة هذه التجمعات من الأدوية الأساسية واللازمة لعلاج الأمراض المزمنة.
- إجراء دراسة بشكل عاجل حول التخصصات الطبية المطلوبة والتي لا تتوفر في المراكز الصحية وتوفير هذه التخصصات من خلال أطباء وطواقم طبية متخصصة.
- العمل بالشراكة مع القطاع الخاص والأهلي في محافظة أريحا لتوفير كافة مكونات الخدمة الصحية الحكومية في هذه المراكز من أشعة ومختبرات طبية وغيرها.
- إعادة تأهيل المرافق الخاصة بالمراكز الصحية الحكومية لتتلاءم مع احتياجات القاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا وملاءمة الازدياد الدائم في عدد السكان.
- زيادة عدد الأسرة وسيارات الإسعاف في هذه المراكز لتلبية احتياجات القاطنين في هذه المناطق.
- تأهيل الكوادر البشرية وزيادة عددها كماً ونوعاً لتلبية الاحتياجات الخاصة بالمرضى في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.
- عمل دراسة نوعيه للفئات المهمشة وأصحاب العلاقة في المناطق المستهدفة والمهمشة .

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية

- أبو النصر، مدحت. (2008). إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية. القاهرة: Arab Nile Group.
- أبو سمرة، محمود، الطيطي، محمد. (2020). مناهج البحث العلمي من التبیین إلى التمكين. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- ادعيس، معن، وآخرون. (2008). واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية. رام الله: الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان "ديوان المظالم".
- الأمم المتحدة. (2017). تقرير أهداف التنمية المستدامة 2018. نيويورك: الأمم المتحدة.
- البكري، تامر. (2005). تسويق الخدمات الصحية. عمان: دار اليازوري العلمية.
- الحملة الشعبية لمقاومة جدار الفصل العنصري. (2011). الاحتلال يوقف الأغوار أربعين عاماً على عتبة التاريخ. أريحا، دولة فلسطين: الحملة الشعبية لمقاومة جدار الفصل العنصري.
- الدرادكة، مأمون، الشبلي، طارق. (2002). الجودة في المنظمات الحديثة. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الرحبي، سمر رفقي. (2014). الإدارة السياحية الحديثة. عمان: الأكاديميون للنشر والتوزيع.
- السيد، رضا محمد. (2016). أساسيات الجغرافيا السياحية. عمان: الأكاديميون للنشر والتوزيع.
- الصرن، رعد. (2016). إدارة الجودة الشاملة مدخل الوظائف والأدوات. دمشق: دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.
- الضامن، منذر. (2006). أساسيات البحث العلمي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- القطب، اسحق. (1991). التركيب الاجتماعي للشعب الفلسطيني. تأليف أنيس الصايغ، وآخرون، الموسوعة الفلسطينية (صفحة 407). بيروت: هيئة الموسوعة الفلسطينية.
- باهي، مصطفى، الأزهرى، منى. (2010). معجم المصطلحات الإحصائية: إنجليزي-عربي-عربي-إنجليزي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- جلبي، علي، عبده، هاني. (2011). العولمة والحياة اليومية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- دوريدي، رجاء. (2000). البحث العلمي أساسيات النظرية وممارسته العملية. دمشق: دار الفكر.

سرحان، فتحي. (2012). إدارة الجودة الشاملة: الاتجاهات العالمية الإدارية الحديثة. القاهرة: مكتبة الشريف ماس.

صالحية، محمد. (1990). الطب والأطباء في فلسطين. تأليف أنيس صايغ، وآخرون، الموسوعة الفلسطينية: القسم الثاني الدراسات الخاصة (صفحة 400). بيروت: هيئة الموسوعة الفلسطينية.

طعمة، حسين، حنوش، إيمان. (2009). أساليب الإحصاء التطبيقي. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

علي، بحار سعد. (2020). تأثير المزيج الترويجي على الخدمات الصحية. الاسكندرية: دار التعليم الجامعي.

فيجويراس، جوسيب، مكي، مارتين. (2015). النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية. (تيسير عاصي، وآخرون، المترجمون) الكويت: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية.

قنديلي، عامر. (1999). البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

كورتل، فريد، صادق، درمان. (2012). تسويق الخدمات الصحية. عمان: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع.

لحبيب، بلية. (2019). إدارة الجودة الشاملة المفهوم - الأساسيات - شروط التطبيق. القاهرة: الأكاديمية الحديثة للكتاب الجامعي.

منظمة الصحة العالمية. (2005). معا من أجل مستقبل أوفر صحة 2006-2015. جنيف: منظمة الصحة العالمية الدورة السابعة عشرة بعد المائة.

منظمة الصحة العالمية. (2013). المسودة 1- 13 تموز/ يوليو 2013. خطة عمل منظمة الصحة العالمية للفترة 2014-2021. "صحة أفضل للأشخاص ذوي الإعاقة"

منظمة الصحة العالمية. (2016). إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. جنيف: جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون.

مؤسسة لجان العمل الصحي. (2019). الخصخصة في القطاع الصحي وتأثيراتها على الوصول العادل للصحة. البيرة، فلسطين: مؤسسة لجان العمل الصحي.

وزارة الصحة. (2020). التقرير الصحي السنوي 2019. رام الله: دولة فلسطين.

مقالات في مجلات علمية ومؤتمرات:

القضاة، حسن. (2020). مدى التزام تطبيق حقوق المرضى في المستشفيات الحكومية العامة: دراسة حالة على عدد من المستشفيات العاملة في جدة. مجلة آفاق علوم الإدارة والاقتصاد، 147-128.

حمودي، رابع ، حواس، مولود. (3013). أهمية جودة الخدمات في تحقيق ولاء المستهلك. مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، 164-145.

عباس، سامي أحمد. (2014). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تعز من وجهة نظر المستفيد. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، 282-259.

عبد القادر، محمد نور. (2015). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 899-920.

رسائل دكتوراه وماجستير:

أبو روف، عمر. (2016). أثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية. الخرطوم، السودان: جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. (أطروحة دكتوراة).

أبو شريعة، عامر، وآخرون. (2015). رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية : خدمات التغذية وخدمات النظافة : نماذج لدراسة مقارنة بين مستشفى الشفاء وغزة الأوروبي. غزة، دولة فلسطين: الجامعة الإسلامية. (رسالة ماجستير غير منشورة).

البرش، عدنان. (2017). السياسات الاسرائيلية وتداعياتها على القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية (1994-2014). غزة، دولة فلسطين: جامعة الأزهر. (رسالة ماجستير غير منشورة).

الجبريل، وائل، العوامي، أحمد، الجوبي، الطيب. (2020). جودة الخدمات الصحية بليبيا في ظل جائحة كورونا. سرت، ليبيا: جامعة سرت. (رسالة ماجستير غير منشورة).

بن فرحات، عبد المنعم. (2018). انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات. بسكرة، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: جامعة محمد خيضر. (أطروحة دكتوراة).

بني، مروة. (2018). دور الإدارة في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري. الوادي، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: جامعة الشهيد حمه لخضر (رسالة ماجستير غير منشورة).

جلاب، خولة. (2016). الخدمة الصحية وضغوط العمل في المؤسسة الاستشفائية. تبسة، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: جامعة العربي التبسي. (رسالة ماجستير غير منشورة).

درة، عمر، وآخرون. (2018). تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة. صلالة، سلطنة عمان: جامعة ظفار .

شادلي، إبراهيم. (2018). تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون. بسكرة، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: جامعة محمد خيضر. (رسالة ماجستير غير منشورة).

عتيق، عائشة. (2012). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية. تلمسان، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: جامعة أبو بكر بلقايد. (رسالة ماجستير غير منشورة).

تقارير ومواقع إنترنت:

الأونروا. (2020). فيروس كوفيد-19 المستجد Covid-19: دليل توعوي صحي شامل. تم الاسترداد من <https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

البابا، جمال. (2012). غور الأردن على طريق الضم. تم الاسترداد من فلسطين في الذاكرة: https://www.palestineremembered.com/GeoPoints/Jericho_525/Article_20864.html

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2019). احصاءات سنوية. تم الاسترداد من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/Jerico.html

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2019). عدد المستشفيات وأسرة المستشفيات في فلسطين حسب المنطقة . تم الاسترداد من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2019). أوضاع الشباب في المجتمع الفلسطيني. تم الاسترداد من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني:

<http://www.pcbs.gov.ps/postar.aspx?lang=ar&ItemID=3529>

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني - وفا. (2019). المستشفيات الفلسطينية في عهد الاحتلال الإسرائيلي. تم الاسترداد من مركز المعلومات الوطني الفلسطيني:
https://info.wafa.ps/ar_page.aspx?id=9555

المقتفي. (2010). قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م. تم الاسترداد من منظومة القضاء والتشريع في فلسطين : <http://muqtafi.birzeit.edu/pg/getleg.asp?id=14778>

منظمة الصحة العالمية. (2018). الحق في الصحة. تم الاسترداد من منظمة الصحة العالمية:
<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

منظمة الصحة العالمية (2019). الاضطرابات النفسية. تم الاسترداد من منظمة الصحة العالمية:
<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

وزارة الصحة الفلسطينية. (2021, 04 14). فايروس كوفيد-19 (COVID-19) في فلسطين. Retrieved from [/https://corona.ps](https://corona.ps) في فلسطين:

المراجع الأجنبية

AL-Taiair, A., & et al. (2010). Physical accessibility and utilization of health services in Yemen. *International Journal of Health Geographics*, 3-38.

ANUM, B. (2015). Acceptability and Utilisation of Health Care Services Among Pregnant Woman in North Central Zone of Nigeria. Zaria, Nigeria: AHMADU BELLO UNIVERSITY.

Baharvand, P. (2018). Responsiveness of the health system towards patients admitted to west of Iran hospitals. *Electronic Journal of General Medicine*, 15.

Critchley, T. (2014). *High Availability IT Services*. Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group.

Dyer, T., & et al. (2016). The acceptability of healthcare: from satisfaction to trust. *Community Dental Health*, 242-251.

El Sharif, N and Imam, A. (2019), 'status of diabetes in Palestine: epidemiology, management, and healthcare system'. *Handbook of Healthcare in the Arab World*, I. Laher (ed.), Springer Nature Switzerland AG.

- Gavurova, B., & et al. (2019). The impact of healthcare availability on the amenable mortality: Country study. *Economics & Sociology*, 12 No.3, 236-250.
- Ioannidou, F., & Konstantikaki, V. (2008). Empathy and emotional intelligence: What is it really about? *International Journal of Caring Sciences*, 118-123.
- Jacobs, B., & et al. (2011). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Johann, M. (2015). *Services Marketing*. Warsaw: Warsaw School of Economics.
- Kotler, P., & Clarke, R. N. (2006). *Marketing for Health Care Organizations*. Newjersey: Pentair Hall.
- Letskovicova, H., & et al. (2005). *The Health Systems Responsiveness Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-country Survey Study*. Geneva: World Health Organization.
- Macer, D., & et al. (2016). A Study on Service Availability and Readiness Assessment of Non-Communicable Diseases Using the WHO Tool for Gazipur District in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Bioethics*, 1-13.
- McKee, M., & et al. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization.
- Mercer, S., & Reynolds, W. (2002). *Empathy and quality of care*. Glasgow, UK: University of Glasgow.
- Morad, M., & et al. (2000). *Universal health care? The views of Negev Bedouin Arabs on health services*. Negev, Israel: Ben- Gurion University of the Negev.
- MoH (2020a), *Health Annual Report- 2019*. MoH – Ramallah, Palestine.
- Nolan, T., & et al. (2004). *Improving the Reliability of Health Care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement.
- Ray, K., & et al. (2019). Effects of Disaster on Primary Health Care in Low Income Countries. *Journal of Nepal Health Research Council*, 17, 1-8.
- Schroeder, R. (1989). *Operations Management: Decision Making in the Operations Function*. Pennsylvania: McGraw-Hill.
- Thompson, S. K. (2012). *Sampling*. New Jersey: A JOHN WILEY & SONS, Inc, Publication.
- UNRWA (2019), *Health department annual report 2018*. UNRWA, oPt.
<https://www.unrwa.org/resources/reports/health-department-annual-report-2018/>
 accessed on 15 January 2021.

- Visagie, S., & et al. (2015). The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 1-11.
- WHO. (2013). Availability of the Health Resources and Services at Public Hospitals in Syria. WHO.

ملحق 1: اسماء المحكمين لأداة الدراسة.

قام بتحكيم أداة الدراسة السادة الأفاضل التالية أسماؤهم:

التسلسل	الاسم	المؤسسة التعليمية
1.	د. أحمد حرز الله	جامعة القدس
2.	د. معتصم حمدان	جامعة القدس
3.	د. سعدي الكرنز	جامعة القدس
4.	د. عبد الوهاب الصباغ	جامعة القدس
5.	د. سلوى البرغوثي	جامعة القدس
6.	د. ثمين هيجاوي	جامعة القدس
7.	د. أحمد أبو بكر	
8.	م. علاء أبو الرب	وزارة الصحة الفلسطينية

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق 2: أداة الدراسة (الاستبانة في صورتها النهائية)



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

الأخوة والأخوات

تحية طيبة وبعد

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان:

" واقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا في ظل جائحة
كوفيد-19 "

إشراف د. أسما الإمام

وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في معهد التنمية المستدامة - تخصص
بناء مؤسسات، جامعة القدس.

وإيماناً من الباحثة بأهمية موضوع الدراسة، ودورها في تطوير واقع الخدمات الصحية الحكومية
المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية بشكل عام، وبقيناً منها بدعمكم الكريم للبحث العلمي ومجالاته المتعددة،
فإنها ترجو الإجابة عن جميع فقرات الاستبانة بكل صراحة وموضوعية، للوصول إلى نتائج تتمتع بالدقة
العالية، مع العلم بأن الإجابات ستحاط بالسرية التامة ولن يتم استخدام المعلومات المقدمة من قبلكم إلا
لأغراض البحث العلمي.

مع الشكر والتقدير

الباحثة: شهرزاد أبو الرب

الجزء الأول العوامل الديمغرافية

يرجى اختيار الإجابة التي تناسبكم بوضع إشارة في المكان المناسب:

- الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
- هل تعاني (أو أحد أفراد العائلة) من أمراض مزمنة (السكري، ارتفاع الضغط، أمراض القلب والصدر .. الخ) :
☐ نعم ☐ لا
- هل تعاني (أو أحد أفراد العائلة) من إعاقة جسدية: ☐ نعم ☐ لا
- هل تعاني (أو أحد أفراد العائلة) من أمراض نفسية: ☐ نعم ☐ لا
- الدرجة العلمية: ☐ غير متعلم ☐ دبلوم فأقل ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراة.
- العمر:
- البعد عن أقرب مركز صحي حكومي: ☐ أقل من 500 متر، ☐ 500 – 1000 متر ☐ أكثر من 1000 متر.
- هل تتلقى الخدمة من: ☐ مركز صحي ☐ عيادة متنقلة

الجزء الثاني: واقع الخدمات الصحية

يرجى اختيار القيمة التي تناسب رأيكم للفقرات التالية وفق المقياس الرقمي من 1-5، حيث:

(1 = غير موافق بدرجة كبيرة، 2 = غير موافق، 3 = موافق بدرجة متوسطة، 4 = موافق 5 = موافق بدرجة كبيرة)

الرقم	الفقرة	1	2	3	4	5
التوافر						
1.	العدد المتوفر من الأطباء قادر على تقديم الخدمة الطبية للبدو.					
2.	تخصصات الأطباء تلبي الاحتياجات الصحية المطلوبة.					
3.	يتم استبدال المعدات الطبية بشكل دوري بمعدات أكثر حداثة في مراكز تقديم الخدمة الصحية.					
4.	المركز الصحي الذي ألتقى فيه الخدمة الصحية يقدم الأدوية الأساسية.					
5.	تتوفر لدى المراكز الصحية التي تقدم خدماتها للبدو القدرة على تقديم كافة أنواع الرعاية الصحية الأولية.					
6.	يتم الحصول على الأدوية الأساسية فور طلبها من الطبيب.					

الرقم	الفقرة	1	2	3	4	5
7.	يتم إعطاء المريض مواعيد مراجعة في حالة عدم وجود طبيب مختص.					
8.	أبنية المركز الصحي تتناسب مع عدد المراجعين اليومي.					
9.	عدد الممرضين في المركز الصحي كافي لتقديم الخدمات الصحية.					
10.	لا يتم شراء الأدوية من خلال الصيدليات من قبل المريض لتوفرها في المركز الصحي.					
11.	تتوافر خدمة المختبرات في المركز.					
إمكانية الوصول						
1.	المركز الصحي المتوفر يقع في منطقة قريبة لا يتطلب الوصول إليها الكثير من العقبات.					
2.	تكلفة الوصول وتلقي الخدمة الطبية أقل من قيمة الخدمة الطبية نفسها.					
3.	يتم الإفصاح عن المعلومات حول العلاج المقدم عند تلقي الخدمات الصحية في المركز.					
4.	لا يتم الدخول ضمن إجراءات إدارية وروتينية مع المركز الصحي قبل الوصول إلى تلقي الخدمة الطبية اللازمة.					
5.	للعادات والتقاليد لا تمنع من تلقي خدمات طبية وخاصة بما يخص صحة المرأة					
6.	لا يوجد تأخير متكرر في تقديم الرعاية الصحية في المراكز الحكومية.					
7.	الشعور بالثقة في الخدمات الحكومية يزيد من التوجه إلى المراكز الحكومية لتلقي الخدمات الصحية.					
8.	توفر جميع مكونات الخدمة الصحية يؤدي إلى التوجه إلى المركز الصحي الحكومي، وعدم البحث عن بديل في القطاع الخاص.					
9.	في حال كان الطبيب المختص في إجازة يتم توفير بديل في المركز الصحي لتقديم الخدمة الصحية.					
10.	توفر جميع مكونات الخدمة الصحية في المركز الحكومي يقلل من البحث عن بديل في القطاع الخاص.					

الرقم	الفقرة	1	2	3	4	5
11.	ساعات عمل المراكز الصحية تتناسب احتياجات الساكنين في الأغوار الجنوبية.					
المقبولية						
1.	وجود تنوع في مقدمي الخدمة من التمريض والأطباء (ذكور وإناث) يجعل الخدمة مناسبة.					
2.	يتم تقديم الخدمات الصحية من مقدم الخدمة بطريقة مقبولة تراعي انسانيته.					
3.	يتم الأخذ من قبل إدارة المركز الصحي بأي شكوى أقدمها حول الخدمة الصحية.					
4.	تقدم الخدمة الصحية في المركز الصحي الحكومي من خلال مراعاة كافة المعايير الصحية المعلن عنها.					
5.	المراكز الصحية التي أتلقى بها الخدمة تراعي خصوصية المرأة في قاعات الانتظار.					
6.	لا يتم تأخير تقديم الخدمة الصحية لي بدعوى انتمائي لأقلية في المجتمع الفلسطيني.					
الجودة						
1.	يحظى المركز الصحي بثقة المستفيدين من خدماته الصحية					
2.	يحرص المركز الصحي على تقديم الخدمة الصحية الصحيحة من المرة الأولى.					
3.	يتم تقديم الخدمة الصحية اللازمة فور وصولي إلى المركز الصحي.					
4.	تتميز الطواقم الصحية بالسرعة الكافية في حالة الحصول على خدمات صحية طارئة.					
5.	تتقهم إدارة المركز الصحي الظروف الاقتصادية الخاصة بالأغوار الجنوبية.					
6.	نجاح المركز الصحي الحكومي في بناء شعور بالأمان لدى من خلال تعامله معه.					
7.	من خلال تجربتي يتم التعامل بسرية مع البيانات الخاصة بحالتي.					
8.	تتوفر لدى المركز الصحي الحكومي صالات انتظار مناسبة (نظيفة، مكيّفة، كافية. الخ).					

الرقم	الفقرة	1	2	3	4	5
9.	يتعامل المركز الصحي الحكومي بتعاطف مع الأهل في الحالات (الخطرة، الوفاة).					
10.	يوجد لدى المركز الصحي الحكومي أخصائيين نفسيين للتعامل مع الحالات التي تتطلب ذلك تقديم الخدمة.					

الجزء الثالث: الكفاية النوعية والكفاية الكمية

يرجى اختيار القيمة التي تناسب رأيكم للفقرات التالية وفق المقياس الرقمي من 1-5، حيث:

(1 = غير موافق بدرجة كبيرة، 2 = غير موافق، 3 = موافق بدرجة متوسطة، 4 = موافق 5 = موافق بدرجة كبيرة)

الرقم	الفقرة	1	2	3	4	5
الكفاية النوعية						
1.	يقدم المركز الصحي الحكومي خدمات تتعلق بالصحة الجسدية.					
2.	يقدم المركز الصحي الحكومي خدمات تتعلق بالصحة النفسية.					
3.	يقدم المركز الصحي الحكومي برامج توعية موجهة للقاطنين في الأغوار الجنوبية خاصة.					
4.	الخدمات الصحية المقدمة للبدو تغطي جميع الأمراض المزمنة.					
5.	سيارات الإسعاف التي تمتلكها المراكز الصحية في المنطقة تكفي لتلبية احتياجات الأغوار الجنوبية من حيث العدد.					
6.	لا تحتاج المباني الخاصة بالمراكز الصحية إلى إعادة تأهيل.					
الكفاية الكمية						
1.	المركز الصحي الحكومي يقدم للبدو الخدمات الصحية الكافية لجميع أفراد الأسرة.					
2.	يتم إجراء العمليات الجراحية وفقاً للحاجة بشكل عاجل.					
3.	يتناسب عدد مقدمي الخدمات الصحية في المراكز الحكومية وعدد السكان في المنطقة.					
4.	يتم توزيع الأدوية بما يتناسب وحجم السكان في الأغوار الجنوبية.					
5.	عدد الأسرة في المراكز الصحية الحكومية يتناسب وحجم القاطنين في الأغوار الجنوبية.					

الرقم	الفقرة	1	2	3	4	5
6.	لدى المراكز الصحية في المنطقة موارد بشرية قادرة على التعامل مع الأزمات.					
7.	في حالات الطوارئ لا يعاني المرضى نتيجة الازدحام وقلة عدد مقدمي الخدمات الطارئة.					

الجزء الرابع: مستوى رضا متلقي الخدمات

- يرجى تحديد مستوى الرضا عن الخدمات الصحية بشكل عام بوضع إشارة في المكان المناسب:
☐ غير راضي بدرجة كبيرة ☐ غير راضي ☐ محايد ☐ راضي ☐ راضي بدرجة كبيرة.
- ما هي الخدمات التي تم تقديمها من المركز خلال جائحة كوفيد-19:
☐ إجراء فحوصات للكشف عن الإصابة بالكوفيد-19.
☐ توعية صحية حول الكوفيد-19 وطرق الوقاية من الإصابة.
☐ توزيع معقمات.
☐ توزيع كمادات.
☐ أمور أخرى (يرجى ذكرها):
1.
2.
3.

مع وافر الشكر والامتنان لتعاونكم

الباحثة: شهرزاد أبو الرب

فهرس الملاحق

ملحق 1: اسماء المحكمين لأداة الدراسة.....	109
ملحق 2: أداة الدراسة (الاستبانة في صورتها النهائية)	110

فهرس الأشكال

شكل 1 : نموذج الدراسة.....	12
شكل 2: الإطار البحثي للدراسة (إعداد الباحثة)	55

فهرس الجداول

جدول 2.1: نموآ التعاطف.....	29
جدول 2.2: مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين 2019.....	34
جدول 2.3: عدد السكان المقدر في منتصف العام لمحافظة أريحا والأغوار حسب التجمع 2017-2021.....	37
جدول 2.4: مقارنة بين الدراسات العربية السابقة من حيث المتغيرات والمنهج والأدوات والنتائج.....	47
جدول 2.5: مقارنة بين الدراسات الأجنبية السابقة من حيث المتغيرات والمنهج والأدوات والنتائج... ..	49
جدول 3.1: توزيع فقرات الاستبانة وفقاً للمحاور	56
جدول 3.2: نتائج اختبار التحليل العاملي لفقرات أداة الدراسة.....	57
جدول 3.3: معامل كرونباخ ألفا لمحاور الاستبانة	61
جدول 3.4: معامل كرونباخ ألفا لمحاور أداة الدراسة.....	61
جدول 3.5: عدد السكان المقدر في منتصف العام لمحافظة أريحا والأغوار حسب التجمع 2017-2021.....	62
جدول 3.6: عينة الدراسة وفقاً للتجمعات في مجتمع الدراسة.....	63
جدول 3.7: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الجنس	64
جدول 3.8: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الإصابة بمرض مزمن	64
جدول 3.9: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الإصابة بإعاقة جسدية	64
جدول 3.10: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الإصابة بمرض نفسي	64
جدول 3.11: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل المستوى التعليمي	65
جدول 3.12: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل العمر	65
جدول 3.13: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل البعد عن أقرب مركز صحي حكومي.....	65
جدول 3.14: خصائص عينة الدراسة وفقاً لعامل الجهة التي تتلقى فيها الخدمة	66
جدول 4.1: مفتاح تفسير النتائج	67

جدول 4.2: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات توافر الخدمات الصحية	68
جدول 4.3: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات إمكانية الوصول للخدمات الصحية	70
جدول 4.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات مقبولية الخدمات الصحية	71
جدول 4.5: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات جودة تقديم الخدمات الصحية	72
جدول 4.6: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا.....	74
جدول 4.7: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات الكفاية النوعية للخدمات الصحية المقدمة.....	75
جدول 4.8: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول فقرات الكفاية الكمية للخدمات الصحية المقدمة.....	77
جدول 4.9: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكفايات الخدمات الصحية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية من حيث (الكفاية النوعية، والكفاية الكمية)، وترتيب مستوياتها. ...	78
جدول 4.10: التكرارات والنسب المئوية لها والتي تقيس إجابات المبحوثين عن مستوى رضاهم العام عن الخدمات الصحية المقدمة من المراكز الحكومية لهم.....	79
جدول 4.11: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين عن مستوى الرضا بشكل عام عن الخدمات الصحية الحكومية المقدمة	80
جدول 4.12: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين عن الخدمات التي تم تقديمها من المراكز الصحية الحكومية للقاطنين في الأغوار الجنوبية خلال جائحة كوفيد-19	80
جدول 4.13: نتائج اختبار الانحدار المعياري للعلاقة بين الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية المقدمة للقاطنين في الأغوار الجنوبية وبين مستوى رضا المبحوثين عن الخدمات الصحية بشكل عام.	81

- جدول 4.14: نتائج اختبار الانحدار المعياري للعلاقة بين ابعاد الخدمة الصحية الحكومية وبين مستوى الرضا عن هذه الخدمات بشكل عام 82
- جدول 4.15: نتائج اختبار الانحدار المعياري للعلاقة بين الدرجة الكلية لكفايات الخدمات الصحية الحكومية (النوعية، والكمية) وبين مستوى رضا المبحوثين عن الخدمات الصحية بشكل عام 83
- جدول 4.16: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لمتغير الجنس 84
- جدول 4.17: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لمتغير الإصابة بمرض مزمن 85
- جدول 4.18: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لمتغير الإصابة بإعاقة جسدية 86
- جدول 4.19: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض نفسية 87
- جدول 4.20: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل الدرجة العلمية 88
- جدول 4.21: نتائج اختبار Scheffe للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل الدرجة العلمية 88
- جدول 4.22: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل الفئة العمرية 89
- جدول 4.23: نتائج اختبار Scheffe للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل الفئة العمرية 89
- جدول 4.24: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في إجابات المبحوثين حول الدرجة الكلية لواقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل البعد عن أقرب مركز صحي 90
- جدول 4.25: نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق في إجابات المبحوثين واقع الخدمات الصحية الحكومية تعزى لعامل مكان تلقي الخدمة 91

فهرس المحتويات

1	إقرار.....
2	الشكر والتقدير.....
3	تعريفات الدراسة.....
5	الملخص.....
6	Abstract.....
8	الفصل الأول.....
8	1.1 مقدمة.....
9	1.2 مشكلة الدراسة.....
10	1.3 أهمية الدراسة.....
10	1.4 أهداف الدراسة.....
11	1.5 أسئلة الدراسة.....
11	1.6 حدود ومحددات الدراسة.....
12	1.7 الإطار المفاهيمي للدراسة.....
13	1.8 فرضيات الدراسة.....
13	1.9 هيكلية الدراسة.....
14	الفصل الثاني.....
14	2.1 المقدمة.....
14	2.2 مفهوم الخدمة.....
16	2.3 الخدمات الصحية.....
17	2.4 أهمية الخدمات الصحية.....
18	2.5 سمات الخدمات الصحية.....
19	2.5.1 مستويات الخدمات الصحية.....

19	2.6 أنواع الخدمات الصحية
20	2.7 أبعاد الخدمة الصحية
20	2.7.1 التوافر Availability
21	2.7.2 إمكانية الوصول Accessibility
22	2.7.3 المقبولية Accessibility
23	2.7.4 الجودة Quality
24	2.7.5 الجودة والجودة الشاملة
24	2.7.6 جودة الخدمات الصحية
26	2.7.7 أهداف جودة الخدمات الصحية
26	2.7.8 أبعاد جودة الخدمات الصحية
30	2.8 القطاع الصحي في فلسطين
34	2.8.1 الخدمات الصحية في فلسطين
35	2.8.2 المستشفيات في فلسطين
36	2.9 الأغوار الجنوبية في محافظة أريحا
38	2.10 جائحة كوفيد-19 Covid-19
39	2.11 الدراسات السابقة
39	2.11.1 الدراسات السابقة العربية
43	2.11.2 الدراسات السابقة الأجنبية
51	2.11.3 الثغرة البحثية وما يميز الدراسة الحالية
53	الفصل الثالث
53	3.1 مقدمة
53	3.2 منهجية الدراسة
55	3.3 الإطار البحثي Research Framework

55	3.4 أداة الدراسة.....
57	3.4.1 صدق الأداة:.....
61	3.4.2 ثبات الأداة.....
62	3.5 مجتمع الدراسة والعينة.....
62	3.6 خصائص عينة الدراسة.....
67	الفصل الرابع
67	4.1 مقدمة.....
68	4.2 نتائج أسئلة الدراسة.....
81	4.3 نتائج فرضيات الدراسة.....
92	الفصل الخامس
92	5.1 مقدمة.....
92	5.2 ملخص نتائج الدراسة.....
92	5.2.1 ملخص النتائج المتعلقة بالعوامل الديمغرافية:.....
94	5.2.2 ملخص النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:.....
97	5.2.3 ملخص النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة:.....
99	5.3 الاستنتاجات:.....
101	5.4 التوصيات.....
102	قائمة المصادر والمراجع
116	فهرس الملاحق
117	فهرس الأشكال
118	فهرس الجداول
121	فهرس المحتويات