

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية وعلاقته باستدامة التنمية
الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية: دراسة حالة اتحاد لجان العمل
الصحي في المحافظات الجنوبية

أحمد سمير يوسف ضاهر

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

2021/هـ1442م

مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية وعلاقته باستدامة التنمية
الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية: دراسة حالة اتحاد لجان العمل
الصحي في المحافظات الجنوبية

إعداد:

أحمد سمير يوسف ضاهر

بكالوريوس طب الأسنان، من جامعة القاهرة/ جمهورية مصر العربية

إشراف: الأستاذ الدكتور: يوسف إبراهيم الجيش

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

2021/هـ1442م



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

معهد التنمية المستدامة

إجازة الرسالة




مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية وعلاقته باستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية: دراسة حالة اتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية

إسم الباحث: أحمد سمير يوسف ضاهر

الرقم الجامعي: 21812522

إشراف الأستاذ الدكتور يوسف إبراهيم الجيش

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 27 / 5 / 2021 من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوقيعهم:

التوقيع: 
التوقيع: 
التوقيع: 

1. رئيس لجنة المناقشة: الأستاذ الدكتور يوسف الجيش

2. ممتحناً داخلياً: الدكتور بسام أبو حمد

3. ممتحناً خارجياً: الدكتور أمجد الشنطي

القدس - فلسطين

1442 هـ / 2021 م

إهداء

أهدي عملي هذا إلى:

- والدي الغالي ووالدتي العزيزة أطال الله عمرهما ومنحهما الصحة والعافية كما ربياني صغيراً.
- رفيقة الدرب زوجتي الحانية التي تحملت في سبيل بلوغ الحلم الكثير من المشقة والعناء.
- إلى من كان هذا العمل على حساب وقتهم والجلوس معهم نور قلبي أبنائي.
- أخي الأكبر قدوتي وأختي الغالية أدامك الله سنداً وقلباً دافئاً.
- أساتذتي الأفاضل وزملائي الكرام.

الباحث / أحمد سمير يوسف ضاهر

إقرار

أقر أنا مُعد الرسالة بأنها قُدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي ودراساتي الخاصة باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الدراسة أو أي جزء منها لم يُقدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع: 
أحمد سمير يوسف زاهر

التاريخ:/...../2021

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد الخلق أجمعين ... سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم.

يقول رسولنا الكريم: "من لا يشكر الناس لا يشكر الله"، فإنه لمن دواعي سروري وامتناني أتقدم بعظيم الشكر إلى جامعة القدس وأخص بالذكر الدكتورة تهاني جفال مسؤولة البرنامج في قطاع غزة، لما تقدمه من عطاء متجدد ودعم غير منقطع للارتقاء بالمستوى التعليمي لأبناء الوطن الحبيب.

كما وأتقدم بموفور الشكر والعرفان إلى أستاذي البروفيسور دكتور يوسف الجيش لتفضله بالإشراف على هذه الرسالة، فلم يدخر جهداً أو علماً لإتمام هذه الرسالة، له مني كل التقدير والاحترام.

مصطلحات الدراسة:

الرعاية الصحية الأولية

الرعاية الصحية الأولية هي نهج للصحة والرفاهة يشمل كل المجتمع ويتمحور حول احتياجات وأولويات الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. وهي تتناول الصحة والرفاهة بجوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية الشاملة والمتراطة وجوهرها هو توفير الرعاية للشخص ككل فيما يخص الاحتياجات الصحية طوال الحياة، ولا تقتصر على مجموعة من الأمراض المحددة وتضمن الرعاية الصحية الأولية حصول الأشخاص على رعاية شاملة تتضمن الإرشاد، الوقاية، العلاج، وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة كأقرب ما يمكن إلى بيئة الناس اليومية (منظمة الصحة العالمية، 2018).

ويعرف الباحث الرعاية الصحية الأولية إجرائياً بأنها "الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة، وتخضع هذه الخدمات لمجموعة من المعايير تتضمن معايير رعاية المريض، أمان وسلامة المريض، الإدارة، والخدمات المجتمعية" ويمكن قياس مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية من خلال مجموع الدرجات لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات استبانة معايير الرعاية الصحية الأولية.

التنمية المستدامة

عرفت التنمية المستدامة من قبل المجلس العالمي للمبادرات البيئية المحلية بأنها "تلك التنمية التي تمد بخدمات اقتصادية، اجتماعية وبيئية أساسية لكل سكان منطقة ما، دونما إخلال بإمكانية استمرارية الأنظمة الطبيعية والاجتماعية باختلاف موارد هذه الخدمات". ويعتبر التعريف المقدم في تقرير برونتلاند الصادر عن اللجنة العالمية للتنمية والبيئة سنة 1987 التعريف الدقيق والمرسخ لمفهوم التنمية المستدامة إذ ينص التعريف على أن "التنمية المستدامة هي التنمية التي تلبي احتياجات الجيل الحاضر دون الإخلال بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها" (Organization for Economic Cooperation and Development, 2001)

ويعرف الباحث التنمية المستدامة إجرائياً بأنها "مجموعة الإجراءات التي تتخذها إدارة اتحاد لجان العمل الصحي بهدف استدامة الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضى، وتتضمن تلك الإجراءات الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة، الموارد البشرية، الاعتمادات والموارد المالية الذاتية، قواعد البيانات والموقع الإلكتروني، تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية، والأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز"، ويمكن قياسها من مجموع الدرجات لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات استبانة معايير التنمية المستدامة.

المنظمات الغير حكومية

يمكن تعريف المنظمات غير الحكومية على أنها كيانات تنظيمية تتكون من مجموعة من الأفراد الذي يتحدون في أعمالهم من أجل الوصول إلى هدف معين على أن تكون هذه الكيانات غير تابعة لحكومات الدول التي تنشأ فيها هذه المنظمات، وتُسمى باللغة الإنجليزية Nongovernmental organization ، ويتم اختصارها بالرمز "NGO"، وتختلف الأهداف التي يتم تشكيل المنظمات غير الحكومية لأجلها، وقد تكون المنظمات غير الحكومية منظمات ربحية، وقد تكون منظمات غير ربحية في معظم الحالات، ويمارس هذا النوع من المنظمات دوراً حيوياً في التأثير على السياسات والبرامج الحكومية من خلال عملية المراقبة، والمشاركة في اجتماعات التفاوض حول الاتفاقيات والمعاهدات والتسويات وتخصيص الموارد من قبل الحكومات (www.britannica.com).

ويعرف الباحث المنظمات الغير حكومية إجرائياً بأنها "تلك المؤسسات والجمعيات الأهلية المحلية والدولية المتواجدة في قطاع غزة، وتعمل في مجال تقديم الخدمات الصحية المجتمعية"

اتحاد لجان العمل الصحي

اتحاد لجان العمل الصحي هي جمعية فلسطينية، صحية، مجتمعية، معرفية، أنشأت عام 1985، وهي جمعية رائدة، تساهم في تحقيق التمكين الصحي للمجتمع وتعزيز مفهوم الصحة الشامل في قطاع غزة. اتحاد لجان العمل الصحي هو جمعية أهلية غير ربحية مستقلة تساهم في تحقيق التمكين الصحي للمجتمع وتعزيز مفهوم الصحة الشامل من خلال برامج الرعاية الصحية الأولية، وبرنامج الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وحماية المرأة والطفل، ويلتزم الاتحاد بمبادئ حقوق الإنسان والتي تشمل العدالة والمساواة وعدم التمييز، والتمكين والمشاركة، والمساءلة والتركيز على الفئات المهمشة. وتهدف جمعية اتحاد لجان العمل الصحي إلى تحقيق الأهداف الاستراتيجية التالية: تحسين وصول المجتمع إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، تحسين وصول المجتمع إلى خدمات متخصصة، ومتقدمة، وشاملة في مجال الرعاية الصحية الثانوية والثالثية من خلال مستشفى العودة، وحماية وتمكين النساء والأطفال والشباب بمن فيهم ذوي الإعاقة من خلال تقديم الخدمات المتكاملة والمتعددة القطاعات (اتحاد لجان العمل الصحي، غزة، 2016).

ويعرف الباحث اتحاد لجان العمل الصحي إجرائياً بأنها "منظمة أهلية، محلية، غير ربحية، غير حكومية، تعمل في المجال الصحي، وتقدم خدمات الرعاية الصحية المختلفة بأسعار رمزية من خلال مجموعة من المراكز الصحية في قطاع غزة"

ملخص الدراسة

تسعى المنظمات التي تقدم الرعاية الصحية إلى الجودة في تقديم الخدمات الصحية، وذلك من خلال رفع مستوى الأداء في الرعاية الصحية وبهدف كسب رضا المريض.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية وعلاقته باستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية، وقد طبقت الدراسة على المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في محافظات غزة.

الطريقة والإجراءات: تكونت عينة الدراسة من 64 موظفاً (36 طبيب و24 ممرض)، و15 مريض ومريضة تم إجراء مقابلات شخصية معهم أثناء تواجدهم في المراكز الصحية للعلاج والمتابعة الصحية. لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج المختلط الكمي والنوعي، ولجمع البيانات الكمية تم استخدام استبانة من إعداد الباحث، ولجمع البيانات النوعية استخدم الباحث المقابلة الشخصية مع 15 مريض من متلقي الرعاية الصحية وأربعة من العاملين في اتحاد لجان العمل الصحي. قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية على 30 موظفاً للتأكد من صدق وثبات الاستبانة وبلغ معامل ألفا لفقرات مقياس معايير الرعاية الأولية 0.852، كما بلغت 0.891 لفقرات مقياس معايير استدامة التنمية الصحية. لتحليل البيانات استخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية (النسخة 22)، وتضمنت المعالجات الإحصائية التكرارات، المتوسطات الحسابية، النسب المئوية، اختبار (ت)، واختبار تحليل التباين الأحادي.

نتائج الدراسة: بينت نتائج الدراسة الكمية أن متوسط العمر للمشاركين في الدراسة بلغ 35.55 سنة، 56.3% كانوا من الأطباء و43.7% كانوا من الممرضين، 48.5% حاصلين على درجة البكالوريوس، 39.1% لديهم خبرة 11 سنة فأكثر. بلغ المتوسط العام للدرجات في تطبيق معايير الرعاية الأولية 4.36 بوزن نسبي 87.2% وهي درجة عالية جداً، وبلغ المتوسط العام للدرجات في معايير التنمية الصحية المستدامة 4.42 بوزن نسبي 88.4% وهي درجة عالية جداً، كما بينت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق معايير الرعاية الأولية ومعايير التنمية الصحية المستدامة. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى تطبيق معايير الرعاية الأولية تعزى للجنس، العمر، سنوات الخبرة، المؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي. كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في معايير التنمية الصحية المستدامة تعزى للجنس، العمر، سنوات الخبرة، المؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي. وبينت النتائج النوعية من خلال المقابلات الشخصية مع عينة من متلقي الخدمة الصحية وجود مستوى عال من الرضا عن كفاءة مقدمي الخدمة الصحية، جودة الخدمة الصحية، مناسبة بيئة وبنية المراكز الصحية، كما بينت نتائج المقابلات مع الموظفين السعي نحو تطوير الخدمات الصحية، تطوير العاملين في المراكز الصحية، والتنوع في الخدمات الصحية بحيث تشمل الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية. **إجمالي النتائج:** أظهرت النتائج أن تطبيق معايير الرعاية الأولية كان بدرجة عالية جداً كما أن معايير التنمية الصحية المستدامة كانت بدرجة عالية جداً أيضاً.

Abstract

Health organizations act towards quality through improving the quality of health care services and to achieve patients' satisfaction. **Aim:** This study aimed to identify the extent of implementing the primary health care standards and its relation with sustainable health development at non-governmental health organizations in the southern governorates. **Methodology:** The sample of the study consisted of 64 healthcare providers (36 doctors and 28 nurses) and 15 patients from the six health centers of the Union of Health Work Committees in the southern governorates. The study utilized mixed method of quantitative and qualitative design. For quantitative part, the researcher used self-administered questionnaire (developed by the researcher), and for qualitative part, the researcher used constructed interview with patients. A pilot study was conducted on 30 participants to examine validity and reliability of the questionnaire, and alpha Cronbache coefficient was 0.852 for the primary health care standards and 0.891 for sustainable health development. For data analysis, the researcher used SPSS program (version 22), and statistical analysis included frequencies, mean scores, percentage, (t) test, and One-way ANOVA. **Results:** the results of quantitative data showed that the mean age of study participants was 35.55 years, 56.3% were doctors and 43.7% were nurses, 48.5% have bachelor degree, 39.1% have an experience of 11 years and more. The overall mean score of implementing the primary health care standards was 4.36 with mean percent 87.2% which is very high, and the overall mean score of sustainable health development was 4.42 with mean percent 88.4% which is very high. There was statistically insignificant relationship between implementing the primary health care standards and sustainable health development. The results also indicated that there were statistically insignificant differences in implementing the primary health care standards related to gender, age, years of experience, qualification, and job title. Also, there were statistically insignificant differences in perception about sustainable health development related to gender, age, years of experience, qualification, and job title. The results from qualitative data from patients' perspectives revealed high satisfaction from healthcare providers, quality of health services, environment and structure of health centers. Results from Key informants reflecting acting towards development of health services, development of healthcare providers, expansion and diversity of health services to include primary, secondary, and tertiary health services. **Conclusion:** The results reflected implementation of the primary health care standards and sustainable health development to very high extent.

الفصل الأول

خلفية الدراسة

1.1 مقدمة الدراسة

تغطي الرعاية الصحية الأولية غالبية الاحتياجات الصحية للأشخاص، حيث تقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة الفلسطينية خدمات الطب العام والتي تشمل الأمراض السارية والأمراض المزمنة وصرف الأدوية، بالإضافة إلى مجموعة من الخدمات الصحية الأخرى والتي تشمل صحة المرأة، الحمل الخطر، رعاية ما بعد الولادة، خدمات تنظيم الأسرة، فحص الثدي وتصوير الثدي بالموجات فوق الصوتية، رعاية الطفل، التطعيم (وزارة الصحة الفلسطينية، 2020). كما تشمل الرعاية الصحية الأولية الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة كما وتعمل على تلبية تلك الحاجات من خلال رعاية شاملة ووقائية وعلاجية وتأهيلية طوال فترة الحياة وتحدد على أساس استراتيجي أولويات المهام الأساسية لخدمات الرعاية الصحية التي تستهدف الأفراد والأسر من خلال الرعاية الأولية وتستهدف السكان كعناصر مركزية لتقديم الخدمات الصحية المتكاملة بالإضافة لتمكين الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية من تحسين صحتهم على النحو الأمثل كمدافعين عن سياسات تعزز وتحمي الصحة والرفاهة وكمشاركين في تطوير الخدمات الصحية والاجتماعية وكمقدمين للرعاية لذاتهم وللآخرين (منظمة الصحة العالمية، 2018).

تعتمد الرعاية الصحية الأولية على الالتزام بالعدالة الاجتماعية والإنصاف وعلى الاعتراف بالحق الأساسي في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، كما ورد في المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته

وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية"
(<https://www.un.org>. accessed 2021).

تتصف الرعاية الصحية الأولية أنها وسيلة بالغة الفعالية والكفاءة لمعالجة الأسباب والمخاطر الرئيسية لسوء الصحة والرفاهية، كما تبين أنها استثمار ذو قيمة جيدة، بالنظر إلى الشواهد الدالة على أن الرعاية الصحية الأولية الجيدة تحد من إجمالي تكاليف الرعاية الصحية وتحسن الكفاءة من خلال تقليل حالات دخول المستشفيات، وبالتالي فإن تقوية الرعاية الصحية الأولية أمراً جوهرياً لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة والتغطية الصحية الشاملة. وسوف يسهم ذلك في بلوغ أهداف أخرى تتجاوز نطاق هدف الصحة الجيدة والرفاه (الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة)، بما فيها تلك المتعلقة بالقضاء على الفقر، والقضاء التام على الجوع، والتعليم الجيد، والمساواة بين الجنسين، والمياه النظيفة والنظافة الصحية، والعمل اللائق ونمو الاقتصاد، والحدّ من أوجه عدم المساواة (منظمة الصحة العالمية، 2015).

تعتبر المنظمات الصحية غير الحكومية كيانات تتكون من مجموعة من الأفراد المتحدين في أعمالهم من أجل الوصول لهدف معين على أن تكون هذه الكيانات غير تابعة لحكومات الدول التي تنشأ فيها وقد تكون منظمات ربحية أو غير ربحية كما في معظم الحالات، ويمارس هذا النوع من المنظمات دوراً حيويّاً في التأثير على السياسات والبرامج الحكومية من خلال عملية المراقبة والمشاركة في اجتماعات التفاوض حول الاتفاقيات والمعاهدات والتسويات وتخصيص الموارد من قبل الحكومات (السالم، 2019).

اتحاد لجان العمل الصحي هو منظمة أهلية غير ربحية مستقلة تساهم في تحقيق التمكين الصحي للمجتمع وتعزيز مفهوم الصحة الشامل من خلال برامج تنمية القدرات، والرعاية الصحية بمستوياتها الثلاثة، والتوعية المجتمعية، والاتصال والمناصرة. يلتزم الاتحاد بمبادئ حقوق الانسان والتي تشمل العدالة والمساواة وعدم التمييز، والتمكين والمشاركة، والمساءلة والتركيز على الفئات المهمشة (اتحاد لجان العمل الصحي، 2018).

2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

من خلال العمل في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الجنوبية في فلسطين يرى الباحث وجود بعض الفجوات منها ما يتعلق بالمراكز الصحية التي تقدم هذه الخدمات مثل شح الإمكانيات البشرية والمادية ونقص الأجهزة والمستلزمات الصحية والمخصصات المالية، مما قد يساهم في تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى. وتبرز مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

ما العلاقة بين تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية في المحافظات الجنوبية؟

وينبثق من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية؟
- ما مدى توفر معايير استدامة التنمية الصحية في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية؟
- هل توجد علاقة بين تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية في المحافظات الجنوبية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات مقدمي الخدمة الصحية حول معايير الرعاية الصحية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى لكل من (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي)؟
- ما مدى جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي من وجهة نظر متلقي الخدمة الصحية؟

3.1 أهداف الدراسة

هدفت الدراسة إلى:

- معرفة العلاقة بين تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية في المحافظات الجنوبية.

- الكشف عن مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية.
- التعرف على مدى توفر معايير استدامة التنمية الصحية في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية.
- الكشف عن العلاقة بين تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية في المحافظات الجنوبية.
- معرفة الفروق بين تقديرات مقدمي الخدمة الصحية حول معايير الرعاية الصحية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى لكل من (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي).
- الكشف عن مدى جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي من وجهة نظر متلقي الخدمة الصحية.

4.1 أهمية الدراسة

- تكمن أهمية الدراسة في أنها تحاول التعرف على مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية في المنظمات الصحية الغير حكومية وتحديداً في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي، والتي غالباً لا تخضع لرقابة مباشرة من وزارة الصحة الفلسطينية.
- كما تبرز أهمية الدراسة في التعرف على جودة الخدمة الصحية التي تقدمها تلك المراكز من وجهة نظر كل من مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية.
- كما تكمن أهمية الدراسة في معرفة مدى توفر المعايير التي تؤدي إلى استدامة التنمية الصحية.
- وتستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية تحقيق الجودة في خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال إيجاد الحلول لتحسين الخدمات وسد الفجوات الموجودة بالاعتماد على ما هو متاح من موارد وما هو متوفر من كوادر بشرية وبنى تحتية ومستلزمات والعمل على استغلال تلك الموارد بالشكل الأمثل بما يعود بالفائدة على المرضى الذين يتلقون الرعاية الصحية في تلك المراكز.

5.1 حدود الدراسة

الحد الزمني: أجريت هذه الدراسة خلال العام 2020-2021 م.

الحد المكاني: طبقت هذه الدراسة على المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية.

الحد البشري: استهدفت هذه الدراسة الأطباء والممرضين للتعرف على مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية، كما استهدفت متلقي الخدمة الصحية لمعرفة مدى رضاهم عن جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم.

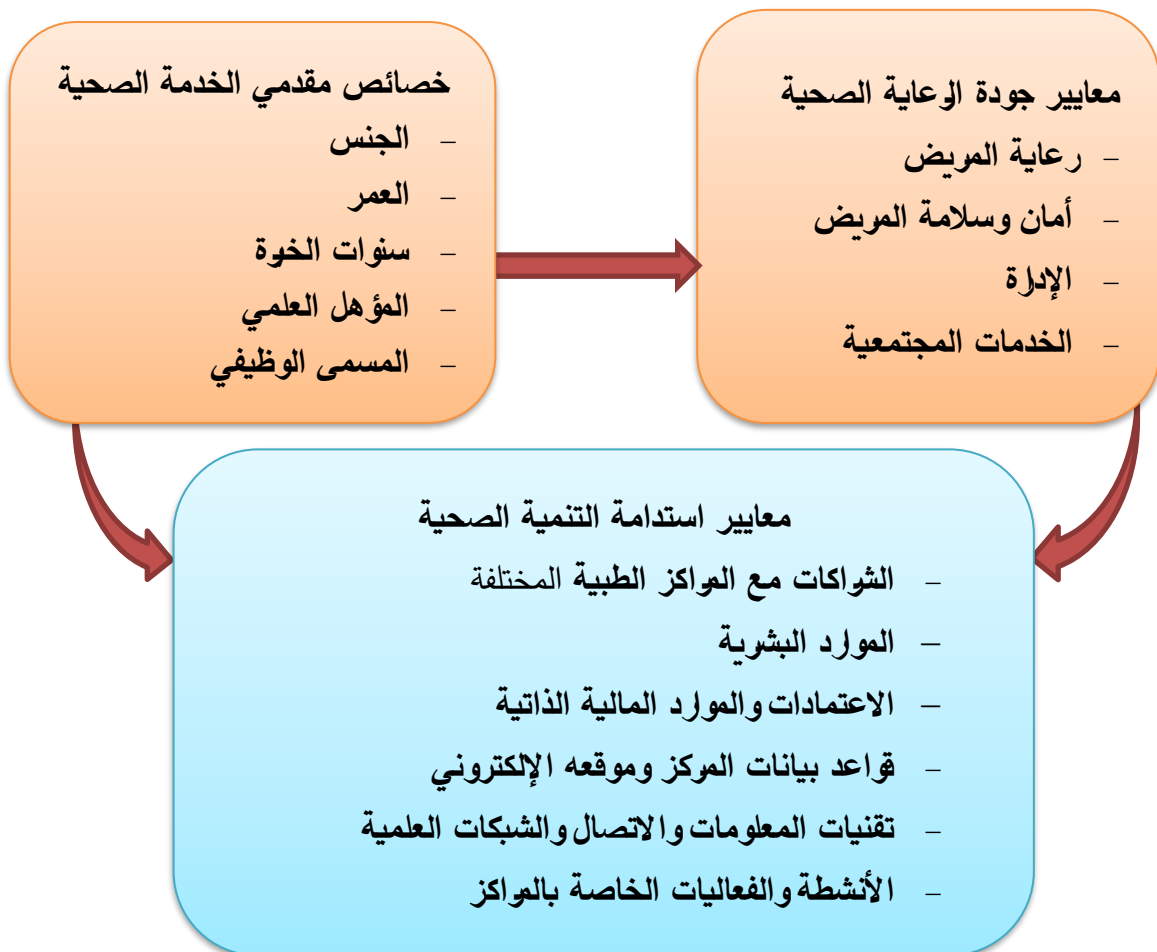
6.1 هيكلية الدراسة

- اشتملت الدراسة على خمسة فصول على النحو التالي:
- **الفصل الأول:** اشتمل على المقدمة، مشكلة الدراسة وأسئلتها، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، حدود الدراسة، ومعوقات إجراء الدراسة.
- **الفصل الثاني:** اشتمل على نموذج الدراسة، الإطار النظري، والدراسات السابقة.
- **الفصل الثالث:** الطريقة والإجراءات وشملت منهجية الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، طرق جمع البيانات، المعايير الأخلاقية.
- **الفصل الرابع:** اشتمل على التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من المشاركين في الدراسة، عرض النتائج ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة.
- **الفصل الخامس:** اشتمل على الاستنتاجات والتوصيات.

الفصل الثاني

الإطار المفاهيمي والإطار النظري

1.2 الإطار المفاهيمي



شكل (1.2): نموذج الدراسة (إعداد الباحث)

يتضمن نموذج الإطار المفاهيمي متغيرين رئيسيين: معايير جودة الرعاية الصحية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية.

1. جودة الرعاية الصحية: تضمن أربعة معايير فرعية شملت:

معايير رعاية المريض: وتضمنت العديد من الفقرات ذات العلاقة بالخدمة الصحية المقدمة للمرضى مثل الصلاحيات الممنوحة لمقدمي الرعاية الصحية لتقديم الرعاية الصحية المطلوبة بكفاءة ومهارة عالية، التنوع في الخدمات الصحية، خدمات الطوارئ، مراعاة التعقيم عند تقديم الرعاية للمرضى، والاستجابة لشكوى المريض. **معايير أمان وسلامة المريض:** وتضمنت بنية وبيئة المراكز الصحية، مستوى النظافة، عوامل الأمان والسلامة للمرضى والعاملين، مناسبة بنية المركز لتسهيل عملية تنقل المرضى، المراقبة ومتابعة إجراءات الحد من انتقال العدوى. **معايير الإدارة:** وتضمنت التعاون والتنسيق بين الإدارة والعاملين، توفر المعلومات اللازمة للعاملين، تشجيع العاملين على التدريب لتطوير مهاراتهم، والمتابعة الحثيثة لمنع الأحداث التي قد تشكل خطورة على المرضى والعاملين على حد سواء. **معايير الخدمات المجتمعية:** وتضمنت التعاون مع المؤسسات الصحية الأخرى، خدمات التنقيف الصحي، خدمات تنظيم الأسرة، والعمل بروح الفريق.

وهذه المعايير تتربط وتتكامل مع بعضها البعض لتشكل معايير يمكن من خلالها الحكم على جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي.

2. استدامة التنمية الصحية: وتضمنت ستة معايير فرعية هي:

الشراكة مع المراكز الطبية المختلفة: وتضمنت الشراكة مع المراكز الصحية المحلية والدولية لتبادل الخبرات وحشد الدعم المادي. الموارد البشرية: وتضمنت الاستعانة بالكفاءات المميزة المحلية والدولية، عقد دورات تدريبية لرفع كفاءة وجودة الخدمة الصحية، وتشجيع المشاركة في المؤتمرات وورشات العمل ذات العلاقة بالخدمات الصحية. الاعتمادات والموارد المالية الذاتية: وتضمنت مصادر التمويل الذاتية والخارجية التي تهدف إلى استمرارية تقديم الخدمة الصحية بجودة عالية. قواعد البيانات والموقع الإلكتروني: وتضمنت الاستغلال الأمثل للتكنولوجيا الحديثة لحفظ البيانات وتحديثها، التفاعل مع محتويات قواعد البيانات. **تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية:** استخدام وسائل التواصل الاجتماعي بين العاملين، الانضمام إلى الشبكات العلمية العالمية، الاستفادة من مختلف التقنيات

الحديثة من أجل الارتقاء بالأداء. الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز: وتضمنت تنظيم الندوات والمؤتمرات الصحية وحث العاملين على المشاركة فيها، تنظيم فعاليات مختلفة لخدمة المجتمع، و إتاحة فرص الإبداع لرفع كفاءة وفاعلية أداء المراكز الصحية.

3. خصائص مقدمي الخدمة الصحية: وتضمنت العوامل الديموغرافية مثل الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي. ومن المتوقع أن تلك العوامل قد تؤثر على جودة الخدمة الصحية واستدامتها، حيث أن توفر الخبرات المختلفة والمؤهلات العلمية العالية والتخصصية تساعد في رفع كفاءة مقدمي الرعاية الصحية مما ينعكس بشكل إيجابي على جودة واستدامة الخدمة الصحية.

2.2 المبحث الأول: معايير جودة الرعاية الصحية الأولية

1.2.2 مفهوم الرعاية الصحية الأولية

تعرف الخدمات الصحية على أنها عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية (سلطاني، 2016).

وتعتبر الخدمات الصحية من المهام الرئيسية لأي نظام صحي في العالم، وتشمل الخدمات الصحية عالية الجودة الرعاية المناسبة، في الوقت المناسب، والاستجابة لاحتياجات وتفضيلات مستخدمي الخدمات، إلى جانب التقليل إلى أدنى حد من إلحاق الضرر أو إهدار الموارد، وتزيد الرعاية الصحية النوعية من احتمالية النتائج الصحية المنشودة وتتسق مع السبع خصائص القابلة للقياس وهي الفعالية، والسلامة، والتمحور حول الفرد، ودقة التوقيت، والإنصاف، وتكامل الرعاية، والكفاءة (منظمة الصحة العالمية، 2019).

ويعرف النظام الصحي بأنه عبارة عن مجموعة من المنظمات والمؤسسات والموارد البشرية والمالية والأنشطة الوظيفية المترابطة والمتفاعلة والرامية أساساً إلى تحسين الصحة العامة، ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وامدادات ووسائل نقل واتصال ونظم وتوجيهات واتجاهات عامة، والهدف العام من النظام الصحي هو ضمان تقديم خدمات صحية بمستوى عالي وميسرة وعادلة لجميع شرائح المجتمع (العتيبي، 2016).

وتعتبر الرعاية الصحية الأولية نهج للصحة والرفاهية يشمل كل المجتمع ويتمحور حول احتياجات وأولويات الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، وهي تتناول الصحة والرفاهية بجوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية الشاملة والمترابطة، وجوهرها هو توفير الرعاية للشخص ككل فيما يخص الاحتياجات الصحية طوال الحياة، ولا تقتصر على مجموعة من الأمراض المحددة، وتضمن الرعاية الصحية الأولية حصول الأشخاص على رعاية شاملة، تتراوح بين الإرشاد والوقاية إلى العلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة كأقرب ما يمكن إلى بيئة الناس اليومية (منظمة الصحة العالمية، 2018).

1.1.2.2 الرعاية الصحية الأولية في فلسطين

الرعاية الصحية الأولية تتناول الصحة بجوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية الشاملة، وجوهرها هو توفير الرعاية ككل والاحتياجات الصحية للمواطن طوال فترة حياته؛ ولا تقتصر على مجموعة من الأمراض المحددة. وتضمن الرعاية الصحية الأولية حصول الأشخاص على رعاية صحية شاملة، تتراوح بين الإرشاد والوقاية إلى العلاج، وتولي وزارة الصحة الفلسطينية الرعاية الصحية الأولية أهمية خاصة باعتبارها ركيزة مهمة في منظومة العمل الصحي، وفي هذا المجال فقد ارتفع عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في فلسطين من 203 مراكز في نهاية العام 1994 الى 475 مركزاً في العام 2019، بزيادة بلغت 134% (مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2019).

جدول رقم (1.2): توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين 2019

المجموع	الخدمات الطبية العسكرية	المنظمات غير الحكومية	وكالة غوث وتشغيل اللاجئين	وزارة الصحة	البيان
749	17	192	65	475	العدد
%100	%2.3	%25.6	%8.7	%63.4	النسبة المئوية

وتعتبر مراكز الرعاية الصحية الأولية بمثابة نقاط تماس بين جميع فئات المواطنين والخدمات الصحية الرفيعة المستوى، والتي توفر للمواطنين عن طريق عيادات معززة بطواقم طبية مؤهلة وذات كفاءة عالية وشاملة، وتتركز خطط الوزارة الإستراتيجية على الاستمرار في تطوير منظومة خدمات الرعاية الصحية الأولية وتشمل رعاية الأمومة والطفولة، تنظيم الأسرة، فحص ما قبل الزواج، التطعيمات، التنقيف الصحي، طب أسنان، خدمات التمريض، الصيدلة، المختبر، الأشعة، العناية بصحة البيئة، وغيرها من الخدمات الوقائية والعلاجية، وتصنف وزارة الصحة الفلسطينية مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى أربعة مستويات هي:

المستوى الأول: يقدم الخدمات الوقائية وتشمل الرعاية الصحية للأم والطفل، التطعيم، والتنقيف الصحي. كما يقدم الخدمات العلاجية وتشمل الإسعافات الأولية.

المستوى الثاني: يقدم الخدمات الوقائية وتشمل رعاية صحة الأم والطفل، التطعيم، والتنقيف الصحي. كما يقدم الخدمات العلاجية وتشمل الطب العام، وخدمات المختبر في بعض المراكز.

المستوى الثالث: يوفر الخدمات الوقائية وتشمل رعاية صحة الأم والطفل، التطعيم، تنظيم الأسرة، والتثقيف الصحي. كما يقدم الخدمات العلاجية: وتشمل الطب العام، مختبر طبي متخصص، طب أسنان، وعيادات اختصاص.

المستوى الرابع: يوفر الخدمات الوقائية وتشمل رعاية صحة الأم والطفل، التطعيم، تنظيم الأسرة، والتثقيف الصحي. كما يقدم الخدمات العلاجية وتشمل الطب العام، طب الأسنان، عيادات اختصاص، مختبر طبي متخصص، وأشعة (وزارة الصحة الفلسطينية، 2020).

2.1.2.2 أهداف الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة الفلسطينية

تبنت وزارة الصحة الفلسطينية سياسة توفير الرعاية الصحية الأولية الشاملة لجميع المواطنين بكافة أعمارهم ومستوياتهم الاجتماعية من خلال برامج وزارة الصحة الوقائية والعلاجية في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية التي توفر الخدمات الصحية الشاملة، الخطورة ومن أهم الأهداف المراد تحقيقها في المرافق الصحية التابعة للإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية تتمثل في:

1. التقليل من عبء المرض على الأفراد والمجتمع من خلال توفير الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية لجميع الفئات العمرية في إطار مفاهيم الرعاية الصحية الأولية وذلك من خلال التصدي للأمراض المعدية وغير المعدية، تحسين صحة الطفل والأم، تعزيز الصحة النفسية، تفعيل الرعاية الصحية للمسنين وتفعيل الرعاية الصحية لذوي الاحتياجات الخاصة.
2. تسهيل وصول المجتمع بكافة فئاته إلى الخدمات الصحية الشاملة وبما يتناسب مع احتياجاتهم وذلك من خلال التوسع النوعي والكمي بإنشاء مرافق الرعاية الصحية الأولية بما يتناسب وحاجة المجتمع، تطوير البنية التحتية لمرافق الرعاية الصحية الأولية وضمان توفير الأدوية والمستلزمات الأساسية.
3. تطوير وتعزيز نظام الجودة في الرعاية الأولية عن طريق وضع ودعم معايير ومؤشرات تحقق جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية ومراقبة الأداء، تحديث أدلة العمل بناءً على معايير الجودة المعتمدة في تطبيق الأنشطة، ضمان سلامة المرضى والعاملين، تأصل الالتزام بحقوق المرضى وتحقيق المساواة والعدالة وحسن المعاملة، تعزيز وتقوية الإشراف والمتابعة والتقييم المستمر.
4. تعزيز كفاءة ومهارات المهنيين الصحيين وموظفي الخدمات الصحية المساندة، وتوفير بيئة عمل مناسبة والمحافظة على مستوى أدائهم تماشياً مع أفضل المعايير الدولية، تطبيق وتعزيز برامج طب الأسرة، تحسين وتعزيز رضا القائمين على تقديم الخدمات.

5. تحسين عملية اتخاذ القرارات والتخطيط عن طريق توفير المعلومات الصحية لجميع العاملين الصحيين وبصورة واضحة ودقيقة وصحيحة وفي الوقت المناسب وضع وتطوير نظام معلوماتي إلكتروني متكامل لأنشطة وخدمات الرعاية الصحية الأولية (وزارة الصحة الفلسطينية، 2017).

3.1.2.2 مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة

بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة 158 مركزاً، منها 52 مركز تتبع وزارة الصحة الفلسطينية وشكلت 32% من مجموع مراكز الرعاية الأولية، 22 مركزاً تتبع وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، 80 مركزاً للمنظمات الغير حكومية منها 18 مركزاً تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية حسب معايير وزارة الصحة الفلسطينية، بينما باقي المراكز تقدم خدمات طبية متخصصة، و5 مراكز تتبع الخدمات الطبية العسكرية. وقد بلغ معدل السكان لكل مركز في قطاع غزة ما يقارب 12,788 نسمة لكل مركز، وبلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية 2.6 مركز تابع لوزارة الصحة لكل 100,000 نسمة من السكان. وقد سجلت مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تتبع وزارة الصحة ما مجموعه 1,442,616 زيارة للأطباء العامون كما أن 1,027,986 زائراً تلقوا خدمات ترميزية، وقدم الأطباء ما مجموعه 786,551 وصفة طبية. بالنسبة للمراكز الصحية التابعة لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين فقد بلغ عدد الزيارات 4,215,247 زيارة للطب العام و39,369 زيارة للطب المتخصص، وبلغت الزيارات للمريض 3,750,000 زيارة. وبالنسبة للمراكز التابعة للخدمات الطبية فقد بلغ عدد الزيارات 56,044 زيارة للأطباء العامين و85,457 زيارة للعيادات التخصصية وبلغت الزيارات للمريض 13,392 زيارة. أما في المراكز التابعة للمنظمات الأهلية فقد بلغ مجموع الزيارات 59,758 زيارة للأطباء العامين و165,179 زيارة للعيادات التخصصية (وزارة الصحة الفلسطينية، 2020).

2.2.2 مفهوم جودة الخدمات الصحية

تسعى كل مؤسسة صحية إلى الوصول إلى جودة خدماتها الصحية، ولكنها قد تحتاج إلى مجموعة من الموارد المادية والبشرية من أجل تحقيق ذلك، وربما إلى توفر بعض الظروف أيضاً، ولكنها لن تصل إلى ذلك حتماً إذا لم تكن تعي المفهوم الحقيقي لجودة الخدمات الصحية.

إن تحديد مفهوم دقيق لجودة الخدمة الصحية ليس بالأمر السهل، وذلك بسبب طبيعة الخدمة الصحية وخصائصها غير الملموسة، وهي أكثر صعوبة في التحديد والقياس مقارنة بالقطاعات الإنتاجية

الأخرى، حيث أنها تتميز عن السلع والمنتجات الصناعية في أنها غير قابلة للمس، وعدم التجانس، والتزامن في الإنتاج والتسليم، بالإضافة إلى الطبيعة المعقدة للممارسات أثناء تقديم الرعاية الصحية، والمصالح المختلفة للمشاركين في تقديم الرعاية الصحية، والاعتبارات الأخلاقية (بودية، 2017).

إن الإهتمام بالجودة وتفعيل تطبيقها في المنظمات الصحية أصبح من الأمور المهمة في النظم الحديثة وذلك لما لها من دور فعال في تحسين المخرجات وتقليل التكاليف واختصار الوقت والحد من الهدر، وضمان تقديم الخدمات الصحية بشكل يفوق توقعات المستفيدين من الخدمة، وأن تفوق المخرجات المدخلات، بمعنى تقديم الخدمة الصحية بمستوى عال يعكس ما رصد لها من إمكانيات بشرية ومالية مع ضمان الاستمرار بالتطوير ومواكبة التقدم (مباركي وقويدر، 2019).

ويرى دونابيديان (2005) Donabedian أن مفهوم الجودة يختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، فالجودة لدى المريض تعني تمكنه من الحصول على الرعاية متى احتاج إليها، بينما هي للطبيب تعني مدى تحقق النتائج المرغوبة، والالتزام بأسس ومعايير الممارسة المهنية، واستخدام العلم والتقنية المتاحة، أما بالنسبة للمؤسسة الصحية فالجودة تعني تحقيق رضا المستفيدين بأقل تكلفة ممكنة، كما يرى أن مفهوم الجودة يعني تعظيم رضا المريض مع الأخذ بعين الاعتبار كل المكاسب والخسائر التي ستواجهها إجراءات وأنشطة الخدمة الصحية، أما كوتلر Kotler فقد عرف جودة الخدمات الصحية على أنها مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياساً بما كان عليه في السابق (حمادو وبن عيشاوي، 2018). وأكد دونابيديان Donabedian بأن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد (خسروف، 2008).

وبحسب اللجنة الطبية في المعهد الأمريكي للطب فإن الجودة الصحية هي تعبير عن درجة الزيادة المحتملة للنتائج الصحية المرجوة من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان، والتي تتفق مع المعرفة المهنية الحالية، وتعرف منظمة الصحة العالمية الجودة على أنها التماسي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية (بودية، 2017).

ويبين العسالي (2006) بأن جودة الخدمة الصحية تعني تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها، وأكثر إرضاءً للمستخدمين منها، بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية تجاه الرعاية الصحية المقدمة.

ومن المنظور المهني الصحي، فإن جودة الخدمة الصحية تتمثل في تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعتها الخدمة الصحية المقدمة، أما من المنظور الإداري فإن جودة الخدمة الصحية تعني كيفية استخدام الموارد المتاحة المتوفرة، والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، أما من وجهة نظر المريض فتعني طريقة الحصول على الخدمة الصحية ونتيجتها النهائية، ومدى اهتمام العاملين ولطفهم مع المرضى ومهارة الطبيب في تشخيص الحالة، والجودة من جهة نظر الأطباء تعني توافر أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية وتقديمه لخدمة مرضاهم (فلاق وآخرون، 2017).

ويعرف لوهر Lohr جودة الخدمة الصحية بأنها الدرجة التي تصل فيها الخدمات الصحية للأفراد وللمجتمع إلي الارتفاع بالمستوى العام للصحة تحقيقاً لحياة أفضل، مع تطبيق آخر ما توصلت إليه الخبرات العلمية والفنية المتخصصة من خلال أفضل أداء (Lohr, 1990).

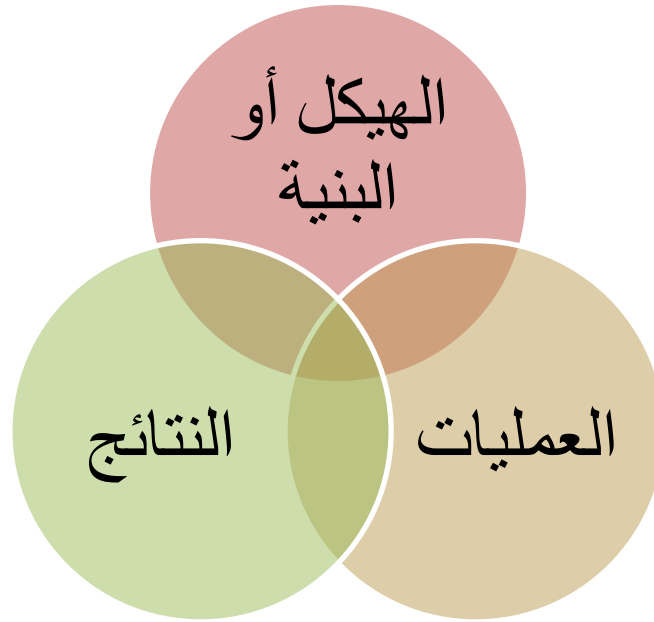
وترتكز الرعاية الصحية الأولية على التزام بالعدالة الاجتماعية والإنصاف وعلى الاعتراف بالحق الأساسي في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وقد وضعت منظمة الصحة العالمية تعريفاً متماسكاً لجودة الرعاية الصحية يستند إلى ثلاثة عناصر وهي:

- تلبية حاجات الناس الصحية من خلال رعاية شاملة إرشادية وحمائية ووقائية وعلاجية وتأهيلية وملطفة طوال فترة الحياة.
- التعامل بمنهجية مع المحددات الأوسع للصحة بما في ذلك الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، وكذلك خصائص وسلوكيات الناس.
- تمكين الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية من تحسين صحتهم على النحو الأمثل، كمدافعين عن سياسات تعزز وتحمي الصحة والرفاهية، وكمشركين في تطوير الخدمات الصحية والاجتماعية، وكمقدمين للرعاية لذاتهم وللآخرين (منظمة الصحة العالمية، 2018).

من خلال التعريفات السابقة يرى الباحث أن جودة الخدمة الصحية تتضمن حرص المركز الصحي على تقديم الخدمة الصحية بأفضل طريقة ممكنة من خلال استغلال الأدوات والإمكانيات العلمية والتكنولوجية المتاحة، وضمان تقديم الخدمة الصحية بشكل آمن، بحيث تتماهى تلك الخدمات مع توقعات المرضى متلقي الخدمة الصحية وتعال رضاهم. كما أن جودة الخدمة الصحية تتضمن اتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان تساوي الفرص لوصول المرضى للخدمة الصحية بغض النظر عن وضعهم الاجتماعي بعيداً عن التفرقة والانحياز لفرد معين بسبب اللون، الجنس، أو المعتقدات.

1.2.2.2 مدخل دونابيديان لقياس جودة الخدمات الصحية

يُعد نموذج دونابيديان من النماذج الشائعة في تقييم جودة الرعاية الصحية، ويتضمن النموذج ثلاث جوانب رئيسية هي البنية، العملية، والنتائج، وترتبط الجوانب الثلاثة ببعضها، بحيث أن التطورات في البنية والعملية غالباً ما يتم ملاحظتها في النتائج (Donabedian, 1988).



شكل (2.2): نموذج تقييم جودة الخدمات الصحية

ويتضمن الهيكل أو البنية خصائص الموارد في مراكز الرعاية الصحية، وتشمل مؤهلات الموظفين مقدمي الخدمة، عددهم، ونوعيتهم، وخصائص الموارد المادية من الأجهزة والمعدات، الموقع الجغرافي للمركز الصحي، وسهولة الحصول على الخدمات الصحية.

أما العمليات فتشمل جميع النشاطات الفنية والتقنية للرعاية الصحية المقدمة للمرضى، وتشمل أداء الخدمة في الوقت المناسب، دقة التشخيص، مدى ملائمة العلاج، المضاعفات والحوادث خلال فترة العلاج، واحترام المرضى والإجابة على أسئلتهم.

وتشمل المخرجات النتائج النهائية وحصيلة الرعاية الصحية التي قدمت للمرضى مثل مدى التحسن الذي طرأ على صحة الفرد، ومدى رضا المرضى عن المخرجات النهائية لعملية الرعاية والعلاج (نصيرات، 2014).

3.2.2 إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

تعد إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management (TQM) من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تستند فلسفتها على مجموعة من الأفكار والمبادئ، حيث تعدد التعاريف والمفاهيم حولها، وتسعى المنظمات التي تقدم الرعاية الصحية إلى تبني إدارة الجودة الشاملة عند تقديمها للخدمات الصحية، من أجل رفع مستوى الأداء في الرعاية الصحية وكسب رضا المريض. وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها فلسفة إدارية تهدف إلى تحقيق التميز في جودة أداء المنظمة ككل من خلال الوفاء باحتياجات العملاء والعاملين (القرشي، 1999)، كما تعرف بأنها نظام إداري استراتيجي متكامل يساعد على تحقيق حالة من الرضا لدى العميل، ويتضمن هذا النظام المديرين وأصحاب الأعمال، ويستخدم طرقاً كمية لإحداث تطوير مستمر في عمليات المنظمة (السامرائي، 2007)، وعرف ديمينج Deming إدارة الجودة الشاملة بأنها طريقة لإدارة المنظمة، تهدف إلى تحقيق التعاون والمشاركة المستمرة من العاملين بالمنظمة من أجل تحسين السلعة أو الخدمة والأنشطة التي تحقق رضا العملاء وسعادة العاملين ومتطلبات المجتمع (الترتوري وجويحات، 2006).

وتعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها "الاستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغييرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم من الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد سواء، من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة، بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلفة، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية (العلي، 2008)، كما أن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تعبر عن فلسفة واسعة وعريضة في كيفية جعل مجاميع مختلفة من الكوادر المهنية الطبية والإدارية تجتمع معاً لإنجاز غرض عام يتمثل في تطوير الخدمات الصحية، وتسمح لهم فهم طبيعة وأهمية ما

يقدمونه من خدمات، وأن يسخروا طاقاتهم وإمكانياتهم في تحقيق التحسين المستمر في الخدمة الصحية المقدمة للمرضى والمراجعين (العنزي، 2009).

ويمكن القول بأن نظام إدارة الجودة الشاملة عبارة عن خليط من الفلسفة الإدارية الشاملة مع مجموعة من الأدوات والمداخل، وتعتمد هذه الفلسفة على ثلاثة مبادئ أساسية وهي: التركيز على رضا الزبائن من المخرجات، المساهمة الجماعية و فرق العمل، والتحسينات المستمرة على جودة العمليات والمخرجات (العلي، 2008).

من خلال التعريفات السابقة يرى الباحث أن تلك التعريفات تتفق في مضمونها على أن الجودة عملية ديناميكية تسعى إلى التحسين المستمر للمخرجات، بهدف إرضاء العملاء، وللوصول إلى هذا الهدف يتطلب ذلك وجود إدارة رشيدة منفتحة على التطورات العلمية والتكنولوجية وقادرة على إحداث التغييرات اللازمة على صعيد العمليات والعاملين في المنظمة بهدف تحسين المخرجات بما يتوافق مع توقعات وتطلعات العملاء ويلبي رغباتهم وينال رضاهم.

ويعتبر إدوارد ديمينج **Edward Deming** وهو الأب الروحي لإدارة الجودة الشاملة حيث بدأ بطرح أفكاره في أوائل أربعينيات القرن الماضي، وتقوم فلسفة ديمينج على أن الموظفين هم الذين يتحكمون بالفعل في عملية الإنتاج، وقد ابتكر ديمينج نموذج لإدارة الجودة الشاملة يسمى بدائرة ديمينج، وهي تتضمن أربعة محاور أساسية هي خطط، نفذ، إحص، استجب (Lesoin, 2021).



شكل رقم (3.2): نموذج ديمنج لإدارة الجودة الشاملة

4.2.2 أهداف إدارة الجودة الشاملة

- تهدف إدارة الجودة الشاملة إلى تطوير جودة المنتجات أو الخدمات مع تخفيض التكاليف، مما يحسن خدمة العملاء وتلبية حاجاتهم، ويمكن تلخيص أهداف إدارة الجودة الشاملة في النقاط التالية:
- فهم حاجيات ورغبات العملاء، وتوفير المخرجات وفق رغباتهم بهدف الوصول إلى تحقيق رضا العملاء.
 - زيادة القدرة التنافسية للمنظمات وزيادة كفاءة المنظمة في إرضاء العملاء والتميز على المنافسين.
 - التميز في أداء الخدمة ذلك بالتطوير المستمر للخدمة، ورفع كفاءة الأداء، وضمان التحسين المتواصل الشامل لكل قطاعات ومستويات وفعاليات المنظمة.
 - خفض التكاليف من خلال تقليل الأخطاء ونسبة تكرار العمل والعمل الإضافي، وزيادة العوائد والأرباح.
 - تمكين العاملين ومنحهم السلطة، وزيادة ولاءهم للمنظمة.

- التكيف مع المتغيرات البيئية المختلفة سواء كانت تقنية، اقتصادية، اجتماعية، أو سياسية، وذلك وفق متطلبات الجودة الشاملة (بن عيشاوي، 2006).

ومن أهم متطلبات تطبيق الجودة الشاملة:

القيادة: إتباع أسلوب الإدارة الشفافة منهجاً في غاية الأهمية لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة.
الالتزام: من قبل الإدارة العليا بإدارة الجودة الشاملة والالتزام من قبل العاملين أيضاً.
فرق العمل: العمل الجماعي هو أحد متطلبات النجاح حيث تعد وسيلة مهمة لاندماج العاملين.
التصميم الفعال: أولت إدارة الجودة الشاملة المنتج والخدمة المقدمة للزبائن اهتماماً واضحاً لأنه يعد الدافع القوي لبقائها في الأسواق المحلية والدولية.
التركيز على العمليات: توافر الموارد اللازمة والضرورية للعمليات تدفع المنظمات لتحقيق الاستثمار الأمثل ويوفر منتجات مطابقة للمواصفات وذات جودة عالية (كاظم، 2013).

1.4.2.2 أبعاد جودة الخدمة الصحية

ذكر العزاوي (2005) مجموعة أبعاد جودة الخدمات الصحية تتمثل بما يلي:

- الوقت: المدة التي ينتظرها المريض للحصول على الخدمة.
- دقة التسليم: الحصول على الخدمة في الوقت المحدد.
- الإتمام: انجاز الخدمة بجميع جوانبها بشكل كامل.
- التعامل: عملية التعامل مع المرضى واستقبالهم بشكل لطيف.
- التناسق: تسليم جميع الخدمات بنفس النمط للزبون.
- سهولة المنال: السهولة واليسر في الحصول على الخدمة.
- الدقة: القيام بتقديم الخدمة الصحيحة من المرة الأولى.
- الاستجابة: سرعة الاستجابة لشكاوي المرضى واحتياجاتهم على وجه السرعة.

5.2.2 الواقع الصحي في فلسطين

تقوم جهات عدة على تقديم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية وهي وزارة الصحة، والخدمات الطبية العسكرية، والجمعيات الأهلية من مؤسسات المجتمع المدني، وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، بالإضافة إلى القطاع الخاص. وعلى الرغم من ان السلطة

الفلسطينية تخصص جزءاً كبيراً من مواردها لقطاع الصحة، وقد خُطت خطوات واضحة في تحسين وتطوير الخدمات الصحية إلا أن قطاع الصحة لم يتحسن بالشكل المطلوب كما كان متوقعاً له بعد إنشاء السلطة الوطنية الفلسطينية عام 1994 وتحتل فلسطين المرتبة رقم 113 حسب التصنيف الدولي لتقرير التنمية البشرية الصادر من قبل الامم المتحدة، وتعتبر من ضمن الدول ذات التنمية المتوسطة (وزارة الصحة الفلسطينية، 2018).

ومن المعوقات التي أدت إلى تباطؤ التطور في الجهاز الصحي في فلسطين:

6.2.2 الاحتلال الإسرائيلي وممارساته العدائية

شكلت ممارسات الاحتلال الاسرائيلي وانتهاكات الحقوق الصحية الفلسطينية بشكلٍ دائمٍ أهم سبب وراء الضعف وعدم القدرة على الاستنهاض الحقيقي للقطاع الصحي الفلسطيني فمنذ الانتفاضة الفلسطينية الأولى كان هناك استهداف للمنشآت الصحية وسيارات الاسعاف الفلسطينية من قبل القوات الاسرائيلية، ووضع معيقات على دخول الأدوية والوفود الطبية الأجنبية إلى مدن وقرى الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث شكلت الحواجز الاسرائيلية المنتشرة في الضفة الغربية، والتي تقارب 500 حاجزاً، بالإضافة الى الجدار العازل الذي تم بناءه حول مدن وقرى الضفة الغربية، عائقاً كبيراً للسكان للوصول للخدمات الطبية بأسرع وقت وخاصة في الحالات الطارئة، بل إن عدداً كبيراً من الحالات التي كانت بأمر الحاجة للعلاج الطارئ فقدت حياتها في انتظار فتح الحاجز الاسرائيلي. كما شكلت الحروب الثلاث على قطاع غزة ما بين عام 2008 وعام 2014، تحدٍ واريابك كبير للقطاع الصحي، حيث لم تستطع الطواقم الطبية العاملة في قطاع غزة استيعاب الكم الكبير من الضحايا والجرحى في آن واحد (وزارة الصحة، 2020).

1. ضعف الإمكانيات المتاحة

من ناحية أخرى، هناك ضعف واضح بأداء الكادر الطبي، وضعف في الإمكانيات المتاحة، وضعف في صيانة واستمرارية عمل المعدات الطبية، مما أدى الى عدم القدرة على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بشكلٍ كامل. هذا الضعف فاقمه حالة من عدم الثقة من قبل المواطن الفلسطيني بالأطباء الفلسطينيين، وعليه يتم الاعتماد على التحويلات للعلاج في الخارج سواء في اسرائيل أو الأردن أو مصر، وخاصة في حالات الإصابة بأمراض السرطان والقلب والأعصاب فضلاً عن ذلك، فإن ضعف

الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة بشكل عام، يقف عائقاً امام إمكانية تطوير القطاع الصحي. فعلى الرغم من تزايد الصرف الحكومي والأهلي والخاص على القطاع الصحي، إلا أن ذلك لم يكن كافياً لتطوير واستنهاض حقيقي في مجال الخدمات الصحية التخصصية الدقيقة، وبالمقارنة تنفق إسرائيل حوالي 2046 دولار للفرد مقارنةً بفلسطين التي تنفق 248 دولار للفرد الواحد فقط (وزارة الصحة الفلسطينية، 2020).

2. التحويلات الخارجية للعلاج

بسبب ضعف الإمكانيات والمعدات الطبية، بالإضافة إلى عدم توفر الكادر الطبي المتخصص في معالجة بعض الحالات الصعبة، تم إنشاء قسم "دائرة العلاج بالخارج" في وزارة الصحة، حيث يتم تحويل الحالات المرضية الصعبة مثل الأورام السرطانية وأمراض الدم وبعض جراحات الأعصاب الدقيقة، وجراحات القلب والأوعية الدموية وأمراض الأطفال وجراحة العظام، وأمراض العيون، إلى الخارج، وفي هذا السياق كشفت مدير دائرة العلاج في الخارج في وزارة الصحة الفلسطينية بأن حجم العمل في هذه الدائرة في ازدياد، كما أن إجراءات السفر وخروج المرضى من قطاع غزة للعلاج في الخارج يواجه صعوبات كبيرة حيث أن الكثير من المرضى لا يستطيعون السفر والتنقل عبر الحواجز الإسرائيلية لدواعي أمنية، والبعض الآخر ينتظر مدة طويلة لحين موافقة الجانب الإسرائيلي وإعطاء التصاريح اللازمة للخروج من قطاع غزة، وقد أوضح تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية عن شهر يوليو لعام 2016، بأن السلطات الإسرائيلية ترفض حوالي 3 من كل 10 حالات مرضية للعلاج داخل إسرائيل شهرياً (عبد الله، 2018).

وتشير بيانات وزارة الصحة الفلسطينية إلى أن الإنفاق على التحويلات الطبية قد ارتفع من حوالي 579 مليون شيكل عام 2013 إلى 800 مليون شيكل عام 2014 ومن ثم انخفض في عام 2015 وعاود الارتفاع في السنوات اللاحقة، وبلغ مجموع الإنفاق الفعلي على التحويلات الطبية لعام 2018 ما مقداره 180,669,944 مليون شيكل، وقد بلغت تكلفة التحويلات للمستشفيات ما يعادل 71% من مجمل تكاليف التحويلات، وبلغت نسبة التحويلات من قطاع غزة 28% من المجموع الكلي لعدد التحويلات والتي تشكل 32% من تكلفة التحويلات والباقي للضفة الغربية، فيما استقرت ميزانية وزارة الصحة عند معدل 7.1 مليار شيكل (فلاح وآخرون، 2020).

جدول رقم (2.2): عدد التحويلات وحجم الإنفاق على التحويلات الطبية (2015 - 2018)

النسبة من ميزانية وزارة الصحة	مجموع الإنفاق (بالشيكل)	عدد المرضى	عدد التحويلات	السنة
%42	725,960,840	43,773	87,616	2015
%49	835,434,816	46,751	91,962	2016
%51	875,736,972	51,994	94,961	2017
%56	944,669,180	55,670	109,818	2018

3.2 المبحث الثاني: التنمية الصحية المستدامة

1.3.2 المقدمة

أصبحت مسألة الصحة من المواضيع الهامة في مجال التنمية في مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية، وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها على حد سواء، ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحاً لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية، وبالتالي فالتنمية الصحية تمثل عاملاً هاماً في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير عنصر الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها، ذلك أن الإنسان المكتمل صحياً هو القادر على بناء تنمية صحية ومستدامة (القيسي، 2018).

نشرت منظمة الصحة العالمية وثيقة بعنوان "تحويل عالمنا" بخصوص خطة التنمية المستدامة لعام 2030، والتي تتضمن الخطوط العريضة لرؤية تحويلية تشمل 17 هدفاً للتنمية المستدامة في المجالات المختلفة، وقد ركز الهدف الثالث على التنمية المستدامة في المجال الصحي، والذي ينص على ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة (WHO, 2018).

وقد اكتسبت التنمية المستدامة أهمية كبيرة على الصعيد العالمي، خصوصاً بعد انعقاد قمة البيئة والتنمية في البرازيل عام 1992 والتي نتج عنها خطة عالمية لتحقيق التنمية المستدامة، وتأسيس لجنة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (UNCSD) حيث تعتبر التنمية المستدامة نتاجاً للتطور الفكري لمفهوم التنمية وعلاقة كل من التنمية بالبيئة والتنمية المستدامة (Belwitt, 2008).

2.3.2 أسس تحقيق التنمية الصحية المستدامة

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها حالة التكامل البدني، العقلي، المهني والاجتماعي وليس مجرد غياب المرض والعجز، وأن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان وهدف اجتماعي عالمي النطاق وأنها أمر أساسي لتلبية الاحتياجات الأساسية للإنسان، بل إن مفهوم الصحة يتعدى ذلك

ليشمل حالة كلية من الرفاه للصحة المادية والجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية للأفراد والجماعات في المجتمع، كما أن الصحة من أساسيات تحقيق التنمية، وهي شرط مسبق بل مؤشر وحصيلة للنقد المحرز في تحقيقها بشكل مستدام (الجمل، 2006).

إن تعزيز قدرة النظام الصحي على توفير الخدمات الصحية الأساسية للجميع على أساس الكفاءة وسهولة المنال والتكلفة المناسبة للوقاية من الأمراض ومكافحتها ومعالجتها بما يتماشى مع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، ويتفق مع القوانين المحلية والقيم الثقافية والدينية، يستدعي تحقيق مجموعة من التدابير على مجموعة من المستويات، وعلى هذا الأساس فإن التقارير والمؤتمرات المتعلقة بموضوع الصحة تركز على الجوانب التالية:

- تحسين وتطوير إدارة الموارد البشرية العاملة في خدمات القطاع الصحي.
- تعزيز إمكانية الحصول بصورة منصفة على خدمات الصحة الجيدة والرخيصة، وتشمل الوقاية على كافة مستويات النظام الصحي، والحصول على الأدوية الضرورية بأسعار ميسورة.
- دمج المشاكل الصحية في الاستراتيجيات والسياسات والبرامج المتعلقة بالقضاء على الفقر وتحقيق التنمية المستدامة.
- تعزيز تكافؤ الفرص في الحصول على خدمات الصحة والتعليم والتدريب والمعالجة الطبية والاهتمام بالآثار الجانبية لسوء الصحة.
- تعزيز برامج منظمة العمل الدولية وبرامج منظمة الصحة العالمية لتخفيض نسبة الوفيات والإصابات والأمراض المهنية، وربط الصحة المهنية بتحسين الصحة العامة كوسيلة لتعزيز الصحة العامة والتوعية الصحية (حمايزية وزرقين، 2015).

2.3.2 التحديات التي تواجه التنمية الصحية المستدامة

يواجه التقدم المستمر نحو تحقيق الأهداف الإنمائية أربعة تحديات هامة:

التحدي الأول: يتمثل في التحولات الرئيسية في الهياكل العمرية للبلدان، إذ أن البلدان ذات الدخل المنخفض ولديها أعداد كبيرة من الأفراد، وارتفاع نسب سكانها دون سن 14 عاماً، ويمكن لهؤلاء الشباب أن يقوموا باستثمارات مناسبة وأن يكونوا مورداً حيوياً للتنمية، وهو عائد ديمغرافي، وعلى

النقيض من ذلك، فإن شيخوخة السكان هي سمه من سمات البلدان المرتفعة والمتوسطة الدخل التي ستزداد خلال العقود المقبلة، وتؤدي الشيخوخة إلى جانب أنماط الاستهلاك ونمط الحياة غير المستدامة، وهذا أحد أهم التحديات التي تواجه التنمية المستدامة في القرن الحادي والعشرين.

التحدي الثاني: هو أن جميع البلدان تحتاج إلى تطوير القدرات والتفكير بشكل خلاق ومبتكر لتوفير الصحة، ليس فقط لكل مراحل الحياة، ولكن أيضاً لكل شخص في جميع مناحي الحياة، سواء الاجتماعية والاقتصادية، والصحية.

التحدي الثالث: يتطلب مواصلة تطوير مؤسسات الصحة العامة الوطنية والعالمية وصيانتها وتحديد أولوياتها، وجمع البيانات والتحليل والقدرات التقنية.

التحدي الرابع: هو إنتقال السكان إلى المناطق الحضرية ويواجهون نقصاً في الهياكل الأساسية والخدمات، ويتعرضون لعدد كبير من المخاطر البيئية والاجتماعية على الصحة مثل تلوث الهواء في الأماكن المغلقة وفي الهواء الطلق، والاحتفاظ، ونقص المياه والصرف الصحي، وظروف العمل (العايب والبقعة، 2011).

ويعتمد تحقيق التطور في خدمات القطاع الصحي كماً ونوعاً على زيادة أعداد وقدرات ومهارات العاملين فيه، وعلى تنفيذ برامج تعليم مستمر للعاملين الصحيين لمواكبة التطور العلمي والتكنولوجي في العقاقير والتجهيزات والأجهزة التشخيصية والعلاجية، وأساليب العلاج، والحرص على إشراكهم في الورش التدريبية والمؤتمرات الصحية وتشجيعهم على البحث العلمي (عبد الله، 2018).

وأشار تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2008) إلى استمرار تراكم أزمة القوى العاملة في القطاع الصحي بسبب تعاضم النقص في عدد العاملين الصحيين، حيث يشير التقرير إلى أن النقص الحالي يصل إلى 2.7 مليون عامل صحي، وأن العالم سوف يعاني من ارتفاع العجز في عدد العاملين الصحيين إلى 9.12 مليون عامل صحي بحلول العام 2035، وحذر التقرير المذكور من "أن التقاعس في مواجهة هذا النقص ستكون له آثار خطيرة على صحة المليارات من الناس في جميع أنحاء العالم.

ولمواجهة النقص الحاد في أعداد الأطباء والممرضين تم تحديد الاحتياجات المستقبلية بناءً على المؤشرات التي تستخدمها منظمة الصحة العالمية، وبناءً على الاستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة

الفلسطينية للفترة (2017 - 2022) لتحديد الاحتياجات من أصحاب المهن الصحية حتى العام 2022؛ أي اعتماد زيادة معدل عدد الأطباء البشريين من 7.21 طبيب العام 2016 ، إلى 25 طبيباً بشرياً لكل 10 آلاف مواطن، وزيادة عدد أطباء الأسنان من 6.6 طبيب العام 2016 إلى 7 أطباء لكل 10 آلاف مواطن، وزيادة عدد الممرضين والقابلات من 5.22 ممرض أو ممرضة العام 2016 إلى 27 ممرضاً أو ممرضة لكل 10 آلاف مواطن بحلول العام 2022 (وزارة الصحة الفلسطينية، 2017).

وفي فلسطين، وضمن تقارير مجلس الوزراء الفلسطيني في متابعة وتنفيذ خطة التنمية المستدامة 2030، فقد حققت فلسطين العديد من الإنجازات على صعيد التغطية الصحية وذلك نتيجة الجهود والشراكة الكاملة بين وزارة الصحة وشركائها في الأنروا والقطاع الخاص، ويظهر ذلك بوضوح في الزيادة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأسرة المستشفيات، انخفاض عدد وفيات الأمهات خلال الولادة، كما تراجع معدلات وفيات الأطفال (أقل من 5 سنوات)، توفير الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي قطاع غزة يعاني نظام الرعاية الصحية من دمار هائل ومن تدهور على كافة المستويات، حيث يجد مقدموا الرعاية الصحية صعوبة في مواكبة الوضع المعيشية الصعبة في ظل محدودية التجهيزات والبنية الصحية الملائمة. وتتفق وزارة الصحة الفلسطينية حوالي 80% من ميزانيتها على تنفيذ مبادرات لمكافحة الأمراض غير المعدية، وفي تمويل التحويلات الطبية للمرضى إلى خارج المستشفيات الحكومية، ويضعف هذا الضغط على الموارد المتاحة لوزارة الصحة من قدرتها على توفير خدمات الرعاية الصحية للمواطنين والمتزايدة نتيجة الزيادة المتوقعة خلال السنوات القادمة، مقارنة بالتراجع في المساعدات الخارجية للقطاع الصحي (مجلس الوزراء الفلسطيني، 2018).

ومن الجدير ذكره أن التقدم على صعيد تحقيق الأولويات الصحية سيبقى مرهوناً بالقدرة على تضافر الجهود من قبل الأطراف المختلفة التي تقدم الخدمات الصحية من أجل تحسين عملية التمويل للقطاع الصحي، بالإضافة إلى التعاون والتنسيق بين الوزارات المختلفة والتي تشمل وزارة الصحة، التعليم، البيئة، والتنمية الاجتماعية، حيث أن التطور في تقديم الخدمة الصحية يتطلب التعاون بين مختلف الوزارات للعمل ضمن منظومة واحدة بهدف استدامة الخدمات الصحية وتميئتها بما يتناوب مع احتياجات المواطنين.

4.2 تعقيب على الإطار النظري

من خلال استعراض الإطار النظري يرى الباحث أن تقديم الخدمة الصحية يتطلب وجود معايير محددة يجب تطبيقها بشكل دائم مع كل المرضى وفي كل الأوقات، وتتبع أهمية الجودة في مجال الخدمة الصحية في أنها تقلل من المضاعفات أو الخطاء التي قد تحدث أثناء تقديم الخدمة الصحية، كما أنها تعود بالمنفعة على المريض في تحسن حالته الصحية وتعجل شفاؤه. وللوصول إلى مستويات عالية من الجودة، فإن ذلك يتطلب وجود إدارة للجودة الشاملة في المراكز الصحية قادرة على متابعة وتقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى متلقي الرعاية الصحية. أيضاً استدامة التنمية الصحية يتطلب الاستمرارية في تقديم الخدمة الصحية بنفس معايير الجودة وعلى أساس الكفاءة وسهولة المنال والتكلفة المناسبة، بما يعزز إمكانية الحصول بصورة منصفة على خدمات الصحة الجيدة وبأسعار مقبولة للجميع، وللوصول إلى ذلك يتوجب زيادة أعداد العاملين الصحيين بما يتناسب مع الزيادة المضطردة في السكان، وزيادة الإنفاق على القطاع الصحي وتطوير العاملين في القطاع الصحي بما يواكب التطور المتسارع في المجال الخدمات الصحية.

5.2 الدراسات السابقة

1.5.2 الدراسات العربية

دراسة حمدتو وآخرون (2020) بعنوان "استطلاع آراء الإدارات العليا حول تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة في ولاية الجزيرة، السودان: دراسة تحليلية"

هدفت الدراسة إلى معرفة آراء الإدارات العليا في المستشفيات حول تطبيق معايير الجودة الشاملة فيها. وانتهجت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وذلك باختيار عينة عشوائية تتكون من 50 من مدراء المستشفيات، وقد تم تصميم وتوزيع استبيان عليهم. تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS ومن أهم النتائج التي استخلصتها الدراسة: أنه لا يوجد تطبيق جيد لمعايير الجودة الشاملة في مستشفيات ولاية الجزيرة على جميع المستويات ومن وجهة نظر الإدارات العليا، واستنتجت الدراسة أن هناك تفوق نسبي في جودة الخدمات والالتزام بمعايير الجودة للمستشفيات الخاصة على المستشفيات العامة. وخلصت الدراسة إلى عدة توصيات من شأنها التحسين من جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات: إنشاء إدارات للجودة الشاملة بالمستشفيات ووحدات للجودة بالأقسام مع توفير كل المعينات اللوجستية والبشرية لكي تقوم بدورها.

دراسة الجبوري (2019) بعنوان "التنمية الصحية المستدامة: التحديات والاتجاهات المستقبلية مدخل بيئي اقتصادي اجتماعي"

هدفت الدراسة إلى توفير المعلومات ذات العلاقة بمرافق الرعاية الصحية، وتحديد الحواجز التي تحول دون الاستدامة، واقتراح أساليب لتحسين الفعالية. والتركيز على الاستدامة في الرعاية الصحية من خلال دراسة قواعد البيانات الوطنية، ثم الشروع في حوار حول هذا الموضوع من خلال إجراء مقابلات مع الخبراء في تخطيط وتصميم الرعاية الصحية فيما يتعلق بالآثار المترتبة على هذه البيانات، والتحديات التي تواجه الاستدامة والحلول المحتملة لهذه التحديات. لذا تم استحصال النتائج من خلال كشف تحليل للبيانات، لذا يجب أن يتم تواصل البحوث والمناقشات بإشراك جميع القادة المعنيين بالأمر لتفسير البيانات وتحديد الحلول التحويلية لتيسير البناء وتشغيل تصميم الرعاية الصحية المستدامة، ومن المهم التعامل مع الاستدامة في مجال الرعاية الصحية من المنظورات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والصحية، لذا تم تحديد خمسة حواجز رئيسية أمام تصميم وبناء الرعاية الصحية المستدامة وسوف يتم مناقشة 21 حلاً عملياً، ونظراً لمتطلبات الرعاية الصحية، فإن تيسير استدامتها يمكن أن يحدث فرقاً كبيراً في استعمال الطاقة على الصعيد الوطني، ويمكن أن يساعد البحث التجريبي والتصميم القائم على الأدلة في التعجيل بالاستدامة عن طريق توضيح الآثار وتوثيق العوائد الاقتصادية والتشغيلية للاستثمار.

دراسة عبد الله (2018) بعنوان "نقص وفجوة المهارات في القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة"

هدفت الدراسة إلى تقديم توصيات مستندة على الأدلة بشأن معالجة مكامن النقص والفجوات في مهارات العاملين الصحيين في القطاع الصحي الفلسطيني، بغرض النهوض بجاهزيتهم في الاستجابة الفعالة لتلبية احتياجات المواطنين في الأراضي الفلسطينية المحتلة، استناداً إلى الرؤية الوطنية لتوطين الخدمات الصحية، وتحقيق الاكتفاء الذاتي. وركز البحث على حصر المهارات التي يفتقر لها القطاع الصحي الفلسطيني حسب رأي الخبراء، وحصر الوظائف الصحية التي يصعب شغلها في المستشفيات العامة والخاصة بسبب نقص أو فجوة المهارات حسب تجربة المسؤولين فيها، وحصر المهارات المفقودة التي تضطر وزارة الصحة الفلسطينية والمرضى إلى شراء الخدمات الطبية من خارج الأرض الفلسطينية. بينت الدراسة أن تطور القطاع الصحي قطع شوطاً مهماً منذ تولي السلطة الوطنية

الفلسطينية مسؤولياتها عن القطاع الصحي في العام 1994، وشمل التطور جميع مجالات الرعاية الصحية ومستوياتها التي اتسع شمولها ووصولها للمواطنين الفلسطينيين بشكل لافت، وبخاصة بعد فتح باب التأمين الصحي الحكومي لجميع المواطنين. ولكن على الرغم من تلك التطورات المهمة، ما زال القطاع الصحي يعاني من العديد من نقاط الضعف والتحديات الموروثة، وأهمها النقص في أعداد الأطباء، وأطباء الأسنان، والصيدلة في قطاع غزة، واستمرار اعتماد القطاع على الخارج لتوفير العديد من خدمات الرعاية الطبية الثانوية والمتقدمة الهامة، الذي يستنزف نحو ثلث نفقات وزارة الصحة الفلسطينية. ويعود ذلك بشكل رئيسي إلى هجرة الكوادر الطبية المتميزة بشكل عام وأصحاب التخصصات الطبية الدقيقة بوجه خاص. وقد بين تحليل البيانات الميدانية التي تم جمعها خلال إعداد الدراسة أن القطاع الصحي الفلسطيني ما زال يعاني من نقص شديد، ومن فجوات كبيرة في مهارات التخصصات الدقيقة، ما يتطلب من الحكومة وشركائها في القطاعين الأهلي والخاص القيام بتدخلات مدروسة للاستثمار في تطوير تلك المهارات بصورة منهجية، كونها تشكل العنصر الرئيسي لتحقيق توطين الخدمات الطبية، جنباً إلى جنب مع معالجة بعض نقاط الضعف الأخرى، وتحقيق الأهداف الخاصة بالقطاع الصحي التي التزمت بها السلطة الوطنية الفلسطينية في إطار تحقيق أهداف خطة منظمة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة 2030 بشكل عام، وخطة منظمة الصحة العالمية لتنمية القوى العاملة في القطاع الصحي 2030 .

دراسة وزارة الصحة الفلسطينية (2015) بعنوان "تقييم مراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية من وجهة نظر المراجعين والكادر الطبي"

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الحكومية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية، كما هدفت الدراسة إلى معرفة مدى رضا المواطنين المنتفعين من الخدمات الصحية. استخدم الباحث المنهج الوصفي من خلال استخدام استبانتيين واحدة للمراجعين مكونة من 38 فقرة، تكون بمجملها الأبعاد المتكاملة لمفهوم رضا المريض عن جودة الخدمة المقدمة، حيث بلغ عدد أفراد العينة (5549) مراجع، واستبانة أخرى للعاملين مكونة من 29 فقرة وكان عدد أفراد العينة (1100) من العاملين. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا الكلي للمراجعين عن الخدمة الصحية المقدمة في المحافظات الشمالية كان بدرجة متوسطة، وتبين من خلال الدراسة أن غالبية المراكز تعاني من نقص توافر الأدوية، وأن غالبية المراكز البعيدة عن مركز المدينة تعاني من عدم توفر بيئة مناسبة من حيث

التهوية، تدني مستوى النظافة، افتقار للوحات الإرشادية، وكانت فترة انتظار المرضى للحصول على الخدمة هي طويلة.

دراسة البلاصي (2015) بعنوان "تقييم جودة الخدمات الصحية في المراكز التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر المرضى ومقدمي الخدمة في محافظتي الخليل وبيت لحم"

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز التابعة لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين من وجهة نظر المستفيدين والعاملين في محافظتي الخليل وبيت لحم، كما هدفت إلى التعرف على مؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية في تلك المراكز. استخدمت الباحثة المنهج الإحصائي التحليلي من خلال استخدام استبانتيين الأولى للمستفيدين مكونة من (39) مفردة تقيس مستوى رضا المستفيد عن جودة الخدمة المقدمة، حيث بلغ عدد أفراد عينة المستفيدين (380) مستفيد، والاستبانة الأخرى للعاملين مكونة (43) فقرة تقيس مستوى رضا العاملين عن جودة الخدمات المقدمة، حيث بلغ عدد أفراد عينة العاملين (73) موظفاً. بينت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الخدمة الصحية المقدمة في المراكز الصحية كانت عالية وجاء ترتيبها تنازلياً كما يلي: (التعاطف، الضمان، الاعتمادية، الاستجابة)، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في تقييم المستفيدين لجودة الخدمة تعزى للمتغيرات الديموغرافية، كما أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية بين فترة مكوث المستفيد لتلقي الخدمة ومستوى رضاه عن جودة الخدمة فكلما زاد وقت الانتظار قل مستوى الرضا والعكس صحيح.

دراسة معوض (2015) بعنوان "تطبيق معايير جودة الرعاية الصحية للمرضى بالمستشفيات الجامعية، كلية الخدمة الاجتماعية"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق معايير جودة خدمات الرعاية الصحية للمرضى بالمستشفيات الجامعية في مصر. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي ومنهج دراسة الحالة، وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: يعد المجال الصحي من أهم المجالات التي تفرضها مجموعة من السياسات التي تلعب دوراً محورياً لتلبية احتياجات المستفيدين المتغيرة والمتزايدة، كما يقضي الاستخدام الأمثل لهذه الموارد توافر الموارد الواضحة والدقيقة حول نوعية الخدمات الصحية ومستواها، وذلك من خلال قياس مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى لعملائها بصورة دورية

لرفع مستواها مع إتاحة الفرصة لأكبر قدر من الناس للاستفادة من خدماتها لإشباع احتياجاتهم وكسب رضاهم.

دراسة القحطاني وآخرون (2014) بعنوان "تطبيق معايير الجودة الشاملة وعلاقتها برضى المستفيدين في مدينة الملك عبد العزيز الطبية للحرس الوطني"

هدفت الدراسة إلى التعرف على تطبيق معايير الجودة الشاملة وعلاقتها برضى المستفيدين. تكونت عينة الدراسة من 600 فرداً من المستفيدين المنومين والمرافقين في قسم الجراحة العامة وقسم أورام الأطفال في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية للحرس الوطني في مدينة الرياض. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي عن طريق المدخل المسحي باستخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات. أظهرت نتائج الدراسة أن معايير الجودة الشاملة التي يتم تطبيقها لتحقيق رضى المستفيدين في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية للحرس الوطني بدرجة مرتفعة هي: استطلاع آراء المنومين حول جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم، والدقة في تحديد الاحتياجات التدريبية اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، واعتماد التحسين المستمر لخدمات الرعاية المساندة للمرافقين. كما بينت النتائج أن المتطلبات المهمة التي تسهم في تطبيق معايير الجودة الشاملة لتحقيق رضى المستفيدين في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية بدرجة مرتفعة هي: تطوير أداء العاملين في مدينة الملك عبدالعزيز للحرس الوطني، وسرعة إجابة طلبات المرضى واحتياجاتهم، وتوفير بيئة عمل تشجع على الابتكار. كما أظهرت النتائج أن مساهمات الجودة الشاملة في تحقيق رضى المستفيدين بدرجة مرتفعة هي الدقة في الوفاء بالتزامات الرعاية الصحية نحو المرضى، وتزويد المنومين بمعلومات دقيقة وشاملة عن حالتهم الصحية، والتلبية الفورية لمطالب المرضى والمرافقين. ومن المعوقات المهمة التي تحد من تطبيق معايير الجودة الشاملة اللازمة لتحقيق رضى المستفيدين هي نقص الكوادر البشرية المؤهلة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، وتطبيق برامج لا تتوافق مع إدارة الجودة الشاملة في المنشآت الصحية، وغياب البرامج التدريبية اللازمة لتأهيل الموظفين على تطبيق إدارة الجودة الشاملة. وبينت النتائج أن الوسائل المهمة التي تسهم في التغلب على معوقات تطبيق معايير الجودة الشاملة اللازمة لتحقيق رضى المستفيدين تمثلت في تأهيل الكوادر البشرية اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، والالتزام بمعايير الجودة الشاملة العالمية في المجال الصحي، وإلحاق الموظفين بدورات تدريبية في إدارة الجودة الشاملة.

دراسة كردية (2011) بعنوان "مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فعالية الخدمة الصحية من وجهة نظر جمهور المراجعين: دراسة تطبيقية على مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية، محافظات قطاع غزة"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور في المراكز الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية وأثر فعالية الخدمة الصحية المقدمة. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، واشتمل مجتمع الدراسة على المرضى والمراجعين المسجلين في مراكز الرعاية الأولية المستهدفة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم استبانة وتم توزيعها على عينة الدراسة باستخدام طريقة العينة الطبقية العشوائية. وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور ومستوى فعالية الخدمة الصحية يحتاج إلى تحسين وتطوير، وأنه توجد علاقة طردية وإيجابية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين مهارات التعامل مع الجمهور لدى الكادر الصحي وفعالية الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأوصت الدراسة بالعمل على كل ما من شأنه تطوير مهارات تعامل الكادر الصحي مع الجمهور وصقل تلك المهارات عن طريق الدورات وورش العمل والندوات وغيرها.

دراسة شولي (2011) بعنوان "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة للأطفال دون سن الخامسة في شمال الضفة الغربية - فلسطين"

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة للأطفال دون سن الخامسة في شمال الضفة الغربية - فلسطين. أجريت دراسة مسحية لمراكز الرعاية الأولية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في ثلاث محافظات مختارة من شمال الضفة الغربية (جنين، نابلس، طوباس)، وذلك باستخدام الاستبيان والمقابلات مع العاملين والمراجعين لمراكز الرعاية الأولية، وتشكلت عينة الدراسة من 83 عيادة، 133 مرافق، 216 موظف صحي. توصلت الدراسة إلى أن مكان السكن يرتبط بعلاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) من وجهة نظر المرافقين عن بعد الرضا العام فقط، أما بالنسبة لمستوى التعليم لدى المرافقين فقد كان مرتبطاً بتقييم المرافقين لجودة خدمة الرعاية الصحية الأولية، وقد كان ارتباطه في بعد الرضا العام وبعد جودة الاستشارة، في حين أن علاقة الطفل بالمرافق، مدة الانتظار ومدة تقديم الخدمة الصحية لم يكن لها علاقة ذات دلالة إحصائية بتقييم مرافق الطفل لجودة الخدمة الصحية وذلك في جميع الأبعاد.

كما بينت نتائج الدراسة في جانب تقييم جودة الخدمة الصحية بالنسبة للموظفين الصحيين العاملين في العيادات أنه كان إيجابياً بشكل عام في أبعاد (الإدارة، الأداء، والتدريب) وكان جنس الموظف الصحي له علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى 0.05 بالنسبة لتقييم الموظف لجودة الخدمة الصحية وذلك على بعد الإدارة والتدريب، كما توصلت الدراسة إلى أن المستوى التعليمي للموظف ارتبط بتقييم الموظف الصحي لجودة الخدمة الصحية وذلك على بعد الإدارة فقط. وبينت النتائج أن خبرة وتخصص العامل الصحي لها علاقة ذات دلالة إحصائية ترتبط بتقييم الموظف لجودة خدمة الرعاية الصحية الأولية وذلك على جميع الأبعاد (الإدارة، الأداء، والتدريب).

أما فيما يتعلق بتقييم جودة عيادة الرعاية الصحية الأولية من حيث الخدمات المقدمة، البنية التحتية، المعدات الصحية، الأدوية ونظافة العيادة فقد كان إيجابياً، لم يكن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المناطق التي توزعت فيها العيادات الصحية (نابلس، طوباس، جنين) وبين تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية من حيث الخدمات المقدمة، البنية التحتية، المعدات الصحية، الأدوية ونظافة العيادة.

دراسة الإمام (2010) بعنوان "الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات، دراسة حالة مستشفى ود مدني التعليمي"

هدفت الدراسة إلى معرفة وبلورة مفهوم الجودة الشاملة بمستشفى ود مدني التعليمي في السودان، وكذلك معرفة أهمية التخطيط لبرنامج الجودة الشاملة وأساليبه، والصعوبات التي تواجه تطبيقه، وكذلك معرفة الفرق بين أسلوب الإدارة القديم وإتباع برنامج الجودة الشاملة، اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة: إتباع برنامج الجودة الشاملة يؤدي إلى رضا العميل، وبالتالي يساعد في المحافظة على رضا العاملين وتجنب المنافسة، وتحسين بيئة العمل من خلال الاهتمام بالعاملين وتحقيق الانسجام بين مختلف الفئات الوظيفية يساعد في تطبيق نظام الجودة الشاملة، والتوصيات التي خرج بها تتمثل في أن وجود إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارة جديدة، وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين تطوير الأداء بصورة مستمرة.

2.5.2 الدراسات الأجنبية

دراسة (2015) Alameddine, M., Saleh, Sh., and Natafqi, N. بعنوان

"Assessing Healthcare Providers' Readiness for Reporting Quality and Patient Safety Indicators at Primary Health Care Centers in Lebanon: A national Cross-sectional Survey, Beirut, Lebanon"

هدفت الدراسة إلى تقييم استعداد مقدمي الرعاية الصحية الأولية في لبنان لتنفيذ مؤشرات الجودة وسلامة المرضى. استخدم الباحثون المنهج المنهجي الوصفي التحليلي من خلال استخدام الاستبانة، وتكونت عينة الدراسة من 943 فرد من مقدمي الرعاية السريرية العاملين في 123 مركزاً للرعاية الصحية الأولية في لبنان، وبينت نتائج الدراسة أن مقدمي الرعاية الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في لبنان هم على استعداد للمشاركة في توظيف الجودة وسلامة المرضى، نظراً للجهود النشطة التي تقوم بها وزارة الصحة العامة لتعزيز ثقافة الجودة في قطاع الرعاية الصحية الأولية من خلال استراتيجيات مختلفة.

دراسة (2012) Al Khaldi بعنوان:

"The Contributions of the International Funds to Developing the Palestinian Health Care System: Focus on NGOs-Gaza"

التي هدفت إلى تقييم دور التمويل الدولي في دعم النظام الصحي في المؤسسات غير الحكومية في محافظات غزة. واتبع الباحث في منهجيته الأسلوب الكمي والنوعي في تحليل البيانات. وخلصت الدراسة إلى أن الإسهام الكلي للتمويل الدولي تمثل بنسبة مئوية 68.64%. وأوصت الدراسة إلى أن الممول والمؤسسات غير الحكومية تحتاج إلى التنسيق لتحقيق احتياجات المجتمع الفلسطيني، ويتطلب ذلك تركيز أكبر على تطوير الرؤى المشتركة والتنسيق المتواصل والنجاعة والفاعلية المستدامة في تنفيذ مشاريع تطويرية، وأن يتمتع الممول بالشفافية في توزيع التمويل دون أي شروط مرتبطة به حيث أن على المؤسسات أيضاً أن تحسن من طاقتها لإدارة التمويل استراتيجياً بطريقة تعزز تحقيق أهداف وأولويات الصحة العامة.

دراسة (Elg et al., 2011) بعنوان:

"Swedish Healthcare Management Practices and Quality Improvement Work: Development Trends"

التي هدفت إلى فحص التحديات التنموية للممارسات الإدارية في مؤسسات الرعاية الصحية السويدية وسبل تطويرها. تكون مجتمع الدراسة من مديري الرعاية الأساسية وكان عددهم 1031 ومديري الأقسام في المستشفيات وكان عددهم 1542 في عام 2007، وكانت نسبة العينة والاستجابات المستردة هي 46%. أظهرت نتائج الدراسة بأن هناك توجهات نحو زيادة الضغوط الخارجية على مديري الرعاية الصحية لتحسين نوعية العمل، منها: قرارات الإدارة العليا، وضغوط المرضى، والقرارات التي يتخذها صناع القرار تؤثر بشكل متزايد في خيارات مديري الرعاية الصحية حول مجالات تركيز جهود التحسين، وقد حددت ثلاثة مجالات وهي: الرقابة المنطقية، وأساس تحسين الممارسات، والمريض هو مركز التوجه. وأوضحت الدراسة بأنه ينبغي على قادة الرعاية الصحية تصميم نظم جديدة للمراقبة الإدارية من أجل دعم أنظمة الرعاية الصحية الفرعية. نتائج الدراسة دعمت الفرضية العامة والتي تنادي بأن الطواقم الطبية تتجه نحو التركيز على التغيير التنظيمي بناءً على أنظمة الرقابة الإدارية، وأخيراً حددت الدراسة عدة اتجاهات هامة حول كيفية إدارة مؤسسات الرعاية الصحية وتطويرها.

دراسة (Giacaman et al., 2009) بعنوان:

"Health Status and Health Services in the Occupied Palestinian Territory"

بحثت الدراسة العوامل التي تساهم في المشاكل الصحية و النظام الصحي الفلسطيني في السلطة الوطنية الفلسطينية، والاعتماد على المساعدات الدولية لتوفير الموارد. تم وصف الخصائص الديموغرافية، الحالة الصحية، والخدمات الصحية المقدمة للسكان الفلسطينيين في الأراضي الفلسطينية المحتلة. كان من نتائج الدراسة أن تعدد الجهات المانحة تعمل مع أجنادات مختلفة واعتماد السلطة على المساعدات المالية من الجهات المانحة تسببت في تجزئة البرامج، ومعظم ميزانية الصحة الفلسطينية المحتلة يتم تمويلها من قبل الوكالات المانحة التي لديها دوراً مؤثراً في تحديد سياسة السلطة، واستنتجت أن كل تلك العوامل تساهم وتتفاعل معاً لتقويض قدرة الفلسطينيين

على بناء النظام الصحي من الخدمات الصحية القائمة. وأوصت الدراسة بأن تحسين صحة ونوعية حياة الفلسطينيين سيكون موجوداً فقط عندما يدرك الناس أن الأوضاع الهيكلية والسياسية التي يتحملونها في الأراضي الفلسطينية المحتلة هي المحددات الرئيسية لصحة السكان.

دراسة (Mataria et al., 2009) بعنوان:

"The Health-care System: An Assessment and Reform Agenda"

قدمت الدراسة لمحة عن نظام الرعاية الصحية الفلسطيني وقامت بتحليل النظام بالاهتمام باللبنات الست لإطار منظمة الصحة العالمية المتعلقة بأنظمة الصحة وهي: تقديم الخدمات؛ القوى العاملة؛ نظم المعلومات؛ الأدوات والتكنولوجيا الطبية، التمويل، والقيادة والحوكمة، وأكدت على تعقيد بناء النظام الصحي في ظل ظروف الاحتلال العسكري، واستعرضت السيناريوهات السياسية المستقبلية، كما اقترحت سبل لتحسين الأداء والعدالة. وقد استعرضت الدراسة الأعمال المنشورة والمقابلات لتحديد سبل لدمج النهج التنموي مع الاستجابات لحالات الطوارئ لخلق نظام صحي أكثر فعالية وكفاءة وعدالة، وأشارت إلى أن فشل المحاولات لخلق مثل هذا النظام هي ناتجة عن ترتيبات للرعاية الصحية وضعتها الحكومة العسكرية الإسرائيلية، وطبيعة السلطة الوطنية الفلسطينية، التي لديها ممارسة قليلة في السلطة ومثقلة بعدم الكفاءة والمحسوبية والفساد، إضافة إلى أولويات غير ملائمة لتلبية رغبات الجهات المانحة للمساعدات الخارجية. وأوصت الدراسة بالنهج التنموي الذي ينبغي أن يكون متقدماً ومتكاملاً مع الاستجابة لحالات الطوارئ.

6.2 تعقيب على الدراسات السابقة

من حيث الهدف: هدفت العديد من الدراسات إلى معرفة مدى تطبيق معايير الجودة الشاملة في المستشفيات والمراكز الصحية (حمدتو وآخرون 2020، دراسة وزارة الصحة الفلسطينية 2015، البلاصي 2015، معوض 2015، القحطاني وآخرون 2014، شولي 2011)، في حين استهدفت دراسات أخرى التركيز على الاستدامة في الرعاية الصحية (الجبوري 2019)، وهدفت بعض الدراسات إلى معرفة مستوى مهارات الكادر الصحي وتقديم توصيات لمعالجة مكامن النقص والفجوات في مهارات العاملين في القطاع الصحي الفلسطيني (عبد الله 2018، كردية 2011). ومن الملاحظ أن هذه الدراسات استهدفت البحث في متغيري الجودة واستدامة التنمية الصحية كل على حدة، و ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة شموليتها لمتغيري الجودة والاستدامة، حيث أنها هدفت لمعرفة

مدى تطبيق معايير جودة الرعاية الصحية الأولية وعلاقتها باستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية.

من حيث المنهج: استخدمت غالبية الدراسات السابقة المنهج الوصفي التحليلي (حمدتو وآخرون 2020، عبد الله 2018، وزارة الصحة الفلسطينية 2015، البلاصي 2015، معوض 2015، القحطاني وآخرون 2014، كردية 2011، الإمام 2010)، في حين استخدمت دراسة Al Khaldi 2012 المنهج الكمي والنوعي. واستخدم الباحث في الدراسة الحالية المنهج المختلط ليشمل المنهج الكمي والمنهج النوعي، وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق لمتغيرات الدراسة واستطلاع آراء المستفيدين حول مدى جودة الخدمة الصحية التي يتلقونها.

من حيث العينة: استهدفت الدراسات السابقة عينات مختلفة، ففي دراسة حمدتو وآخرون (2020) تكونت عينة الدراسة من مجموعة من مدراء المستشفيات، في حين تكونت عينة دراسة وزارة الصحة الفلسطينية (2015) ودراسة البلاصي (2015) من مجموعتين، ضمت المجموعة الأولى عينة من المرضى والمراجعين وضمت المجموعة الثانية عينة من العاملين في القطاع الصحي، وتكونت عينة دراسة القحطاني وآخرون (2014) من مجموعة من المرضى المنومين في المستشفى ومرافقيهم، واستهدفت دراسة كردية (2011) مجموعة من المرضى والمراجعين المسجلين في مراكز الرعاية الأولية. وتكونت عينة الدراسة الحالية من مجموعتين: ضمت المجموعة الأولى جميع الأطباء والممرضين العاملين في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي، وضمت المجموعة الثانية مجموعة من المرضى والمراجعين في تلك المراكز الصحية.

من حيث أداة الدراسة: استخدمت غالبية الدراسات السابقة الاستبانة كأداة لجمع البيانات (حمدتو وآخرون 2020، وزارة الصحة الفلسطينية 2015، البلاصي 2015، القحطاني وآخرون 2014، كردية 2011، الإمام 2010)، في حين تم استخدام قواعد البيانات كما في دراسة (الجبوري 2019، عبد الله 2018)، وتم استخدام الاستبانة والمقابلات الشخصية كما في دراسة (شولي 2011). وفي الدراسة الحالية فقد تم استخدام استبانة من إعداد الباحث كما تم استخدام المقابلة الشخصية لجمع البيانات الكمية والنوعية.

من حيث النتائج: ركزت نتائج بعض الدراسات على معايير الجودة ومدى تطبيقها، حيث بينت دراسة (حمدتو وآخرون 2020) تطبيق معايير الجودة بشكل متدني، في حين بينت نتائج دراسة (القحطاني وآخرون 2014) أن معايير الجودة الشاملة يتم تطبيقها بدرجة مرتفعة، وأظهرت نتائج دراسة (شولي 2011) وجود تقييم إيجابي لجودة الخدمة الصحية. وبينت نتائج دراسة (الإمام 2010) أن اتباع برنامج الجودة الشاملة يؤدي إلى رضا العميل، يساعد في المحافظة على رضا العاملين وتجنب المنافسة، وتحسين بيئة العمل، وتطوير الأداء بصورة مستمرة. وركزت دراسات أخرى على مستوى الرضا عن الخدمة الصحية المقدمة كما في دراسة (وزارة الصحة الفلسطينية 2015) التي بينت أن مستوى الرضا عن الخدمة الصحية كان بدرجة متوسطة، في حين بينت نتائج دراسة (البلاصي 2015) أن مستوى الرضا عن الخدمة الصحية المقدمة في المراكز الصحية كان بدرجة عالية، كما أظهرت نتائج دراسة كردية (2011) أن مستوى مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور ومستوى فعالية الخدمة الصحية يحتاج إلى تحسين وتطوير، وأنه توجد علاقة طردية وإيجابية بين مهارات التعامل مع الجمهور وفعالية الخدمة الصحية. وقد بينت نتائج الدراسة الحالية أن تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية كان بدرجة عالية، كما بينت النتائج توفر معايير استدامة التنمية الصحية بدرجة عالية.

وما يميز الدراسة الحالية أنها الدراسة الأولى حسب علم الباحث التي جمعت بين المتغير المستقل (معايير الرعاية الصحية) والمتغير التابع (التنمية الصحية المستدامة)، وتستهدف منظمة صحية خدماتية، وهذا موضوع ذو أهمية خاصة تساعد في تبني معايير صحية محددة تساعد وتدعم في اتجاه استدامة التنمية الصحية. كما أنها تركز في الإجابة على تساؤلات الدراسة من وجهة نظر العاملين من فئة الأطباء والممرضين بالإضافة إلى المرضى متلقي الخدمة الصحية. كما استهدفت الدراسة الكشف عن الجهود المبذولة لرفع مستوى جودة الخدمة الصحية من أجل كسب رضا المرضى الذين يتلقون الرعاية الصحية في المراكز الصحية، وهذا أمر في غاية الأهمية من حيث زيادة إقبال المرضى على هذه المراكز الصحية، وازدياد المشاريع الصحية المختلفة، وإتاحة المزيد من الموارد لتوطين العلاج في فلسطين.

الفصل الثالث

الطريقة والاجراءات

يعرض الباحث في هذا الفصل الخطوات التي اتبعها والتي تتمثل في تحديد ووصف المنهج البحثي الملائم لدراسة الظاهرة، كذلك تحديد مجتمع وعينة الدراسة، ووصف أداة الدراسة وتحديد محتواها، وآلية جمع بيانات الدراسة، الدراسة الاستطلاعية لتفحص صدق وثبات أداة الدراسة، وأساليب التحليل الاحصائي التي تم الاعتماد عليها في تحليل بيانات الدراسة.

1.3 منهج الدراسة

استخدم الباحث المنهج المختلط (Mixed method) الذي يتم من خلاله الدمج بين المنهج الكمي والمنهج النوعي، وفي الجزء الخاص بالمنهج الكمي استخدم الباحث الاستبانة، وفي الجزء الخاص بالمنهج النوعي استخدم الباحث المقابلة الشخصية. وفي المنهج المختلط يتم جمع وتحليل وتفسير البيانات لكلا النوعين في دراسة واحدة، ويكمن الهدف من هذا الدمج في الرغبة في الحصول على صورة شاملة للمتغيرات المراد دراستها وعرضها بطريقة واضحة، كما يساعد المنهج المختلط على ظواهر الدراسة ومواضيعها بشكل أدق، ويستخدم كأداة مهمة في الدراسة عندما لا تكون الاستبانة المستخدمة كافية وهناك حاجة لمزيد من التوضيح، كما يستخدم المنهج المختلط بغرض التنوع في وجهات النظر المختلفة (المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية، 2019).

2.3 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع الموظفين العاملين في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في محافظات قطاع غزة وهي (6) مراكز موزعة في محافظات قطاع غزة وبلغ اجمالي الموظفين فيها (229) موظف من فئات الأطباء، الممرضين، والإداريين. كما تكون مجتمع الدراسة من مجموع المرضى متلقي الخدمة الصحية في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية.

3.3 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من جميع الأطباء والممرضين العاملين في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية والبالغ عددهم في فترة جمع البيانات 70 طبيباً وممرضاً، وقد شارك في الدراسة 64 (36 طبيب و28 ممرض)، وبلغت نسبة الاستجابة 91.4%. كما تكونت عينة الدراسة من 15 مريضاً ومريضة من متلقي الرعاية الصحية في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي.

جدول رقم (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص

التصنيف	العدد	النسبة المئوية
طبيب	36	56.3
ممرض	28	43.7
المجموع	64	100.0

4.3 مكان الدراسة

تم إجراء هذه الدراسة في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية، وعددها 6 مراكز صحية (مركز صحي العودة رفح، مركز العودة الصحي بني سهيلا، مركز العودة الصحي النصيرات، مركز العودة الصحي غزة المقوسي، مركز العصرية الصحي جباليا، مركز القدس الصحي بيت حانون).

5.3 أدوات الدراسة

قام الباحث بتصميم استبانة الدراسة (ملحق رقم 1)، حيث تضمنت الاستبانة مجموعة من الأسئلة حول معايير الرعاية الصحية، ومعايير استدامة التنمية الصحية المستدامة، وهي موجهة للأطباء

والممرضين العاملين في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي، كما تم استخدام المقابلة الشخصية مع المرضى أثناء تواجدهم في المراكز الصحية للعلاج والمتابعة الصحية وذلك على النحو التالي:

أولاً: الاستبانة: وتكونت من الأجزاء التالية:

الجزء الأول: المعلومات الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية، وشملت الجنس، العمر، الخبرة، المؤهل العلمي، التخصص.

الجزء الثاني: مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية، وتكونت من 4 أبعاد هي:

- معايير رعاية المريض: تكونت من 12 فقرة
- معايير أمان وسلامة المريض: تكونت من 12 فقرة
- معايير الإدارة: تكونت من 10 فقرات
- معايير الخدمات المجتمعية: تكونت من 10 فقرات

الجزء الثالث: معايير التنمية الصحية المستدامة، وتكونت من 6 أبعاد هي:

- الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة: تكونت من 7 فقرات
- الموارد البشرية: تكونت من 10 فقرات
- الاعتمادات والموارد المالية الذاتية: تكونت من 6 فقرات
- قواعد بيانات المركز وموقعه الإلكتروني: تكونت من 6 فقرات
- تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية: تكونت من 6 فقرات
- الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز: تكونت من 8 فقرات

وقد تم ترميز احتمالات الاستجابة على أسئلة الاستبانة باستخدام مقياس ليكرت ذو الخمسة إجابات (5-point Likert scale) وذلك كما هو موضح أدناه.

غير موافق بشدة	غير موافق	لا رأي لي	موافق	موافق بشدة
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

6.3 المحك المعتمد في الدراسة

لتحديد المحك المعتمد في الدراسة فقد تم تحديد طول الخلايا في مقياس ليكرت الخماسي من خلال حساب المدى بين درجات المقياس (5=1-4) ومن ثم تقسيمه على أكبر قيمة في المقياس للحصول على طول الخلية أي ($0.80 = 5 \div 4$) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (بداية المقياس وهي واحد صحيح "1") وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية وهكذا أصبح طول الخلايا كما هو موضح في الجدول التالي (فرهودة، 2014: 151).

جدول رقم (2.3): المحك المعتمد في الدراسة

الوزن	درجة الموافقة	الوزن النسبي المقابل له	طول الخلية (معياري الدرجة)
1	منخفضة جداً	من 20% - 36%	من 1.00 - 1.80
2	منخفضة	أكبر من 36% - 52%	من 1.81 - 2.60
3	متوسطة	أكبر من 52% - 68%	من 2.61 - 3.40
4	عالية	أكبر من 68% - 84%	من 3.41 - 4.20
5	عالية جداً	أكبر من 84% - 100%	من 4.21 - 5

ثانياً: المقابلة الشخصية

قام الباحث بإجراء مقابلات شخصية مع 15 مريض ومريضة، كما تم إجراء مقابلات شخصية مع 4 موظفين (مدير طبي، مدير تمريض، طبيب، وممرض) وتم تسجيل المقابلات بهدف الرجوع إليها عند إجراء التحليل الإحصائي للمعلومات التي أدلى بها المرضى والموظفين الذين تمت مقابلتهم (ملحق رقم 2).

7.3 صدق وثبات أداة الدراسة

بهدف التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة قام الباحث بالخطوات التالية:

1.7.3 صدق المحكمين

قام الباحث بعرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين المتخصصين في المجال الصحي والإدارة الصحية والبالغ عددهم سبعة محكمين (ملحق رقم 3) حيث قاموا بإبداء آراءهم حول فقرات كل استبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى كل بعد من أبعاد الاستبانة، وكذلك مدى وضوح صياغتها اللغوية.

2.7.3 الدراسة الاستطلاعية

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية على عينة من 30 موظفاً (تم ضمهم مع العينة الفعلية)، وذلك على النحو التالي:

1.2.7.3 صدق الاتساق الداخلي

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (3.3): معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمعايير الرعاية الأولية

معامل الارتباط	أبعاد مقياس معايير الرعاية الأولية
0.621 **	معايير رعاية المريض
0.762 **	أمان وسلامة المريض
0.720 **	معايير الإدارة
0.704 **	معايير الخدمات الاجتماعية

** = دالة عند مستوى 0.01

جدول رقم (4.3): معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لاستدامة التنمية الصحية

معامل الارتباط	أبعاد مقياس استدامة التنمية الصحية
0.693 **	الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة
0.864 **	الموارد البشرية
0.629 **	الاعتمادات والموارد المالية الذاتية
0.638 **	قواعد بيانات المركز وموقعه الإلكتروني
0.674 **	تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العنكبوتية
0.648 **	الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز

** دالة عند مستوى 0.01

يتبين من جدول (3.3) وجدول (3.4) وجود ارتباط إيجابي ودال إحصائياً عند مستوى 0.01 بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة الكلية لمقياس معايير الرعاية الأولية ومقياس التنمية الصحية المستدامة.

2.2.7.3 الثبات

تحقق الباحث من ثبات الاستبانة من خلال معامل الثبات (ألفا كرونباخ)، حيث تم حساب معامل الثبات لفقرات الاستبانة، وذلك لبحث مدى إمكانية الاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية في تعميم النتائج المتحصل عليها، كما هو مبين في الجدول رقم (5.3).

جدول رقم (5.3): معاملات الثبات لمقاييس الدراسة بطريقة ألفا كرونباخ

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا
معايير الرعاية الأولية	44	0.852
معايير التنمية الصحية المستدامة	43	0.891

يتبين من جدول رقم (5.3) أن معامل ألفا للدرجة الكلية لفقرات مقياس معايير الرعاية الأولية بلغت 0.852، كما بلغت قيمة معامل ألفا للدرجة الكلية لفقرات مقياس معايير التنمية الصحية المستدامة 0.891 وهي درجة مرتفعة وبالتالي فإن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: وتتمثل في الاختبارات الإحصائية

الآتية:

- معامل ارتباط بيرسون لقياس درجة الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس
 - معامل الثبات (ألفا كرونباخ).
 - النسبة المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
 - اختبار (ت) لبيان الفروق في تطبيق معايير الرعاية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى لكل من الجنس، والمسمى الوظيفي.
 - تحليل التباين الأحادي لبيان الفروق في تطبيق معايير الرعاية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى لكل من العمر، سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي.
- تم تحليل البيانات النوعية للمقابلات الشخصية مع المرضى والموظفين من خلال ثلاث محاور رئيسية تمثلت في محور جودة الرعاية الصحية وانبثق عنه مجموعة من المفاهيم تضمنت سرعة الاستجابة في الحالات الطارئة، التعاون والتنسيق بين التخصصات المختلفة، كفاءة مقدمي الرعاية الصحية، محور النظام الإداري وانبثق عنه مجموعة من المفاهيم تضمنت الرقابة الإدارية، التنسيق بين الفئات المختلفة، بيئة وبنية المركز الصحي، ومحور استدامة الخدمة الصحية وانبثق عنه مفاهيم السعي نحو تطوير الخدمات الصحية، تطوير العاملين في المراكز الصحية، والتوسع والتنوع في الخدمات الصحية بحيث تشمل الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية.

9.3 الاعتبارات الأخلاقية وإجراءات الدراسة

- قبل البدء بتطبيق الدراسة قام الباحث بإرسال كتاب خطي لاتحاد لجان العمل الصحي من أجل الموافقة على إجراء الدراسة في المراكز الصحية التابعة لها.

- تم التوضيح للمشاركين في هذه الدراسة أن المشاركة طوعية مع ضمان المحافظة على سرية المعلومات التي سيتم الحصول عليها، وأن تلك المعلومات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، كما تم شرح وتوضيح الاستبانة المستخدمة لكل المشاركين في الدراسة.

10.3 معوقات إجراء الدراسة

واجه الباحث مجموعة من المعوقات أثناء إجراء الدراسة والتي تمثلت في شح المعلومات والدراسات السابقة التي تدور حول موضوع التنمية الصحية المستدامة. كما واجهت الباحث صعوبات في جمع البيانات نظراً لانتشار المراكز الصحية في جميع المحافظات بالإضافة إلى انشغال الأطباء والممرضين في تقديم الخدمة الصحية للمرضى والمراجعين، مما دفع الباحث لزيارة المراكز الصحية عدة مرات والانتظار لحين تفرغ الأطباء والممرضين لتعبئة الاستبانة.

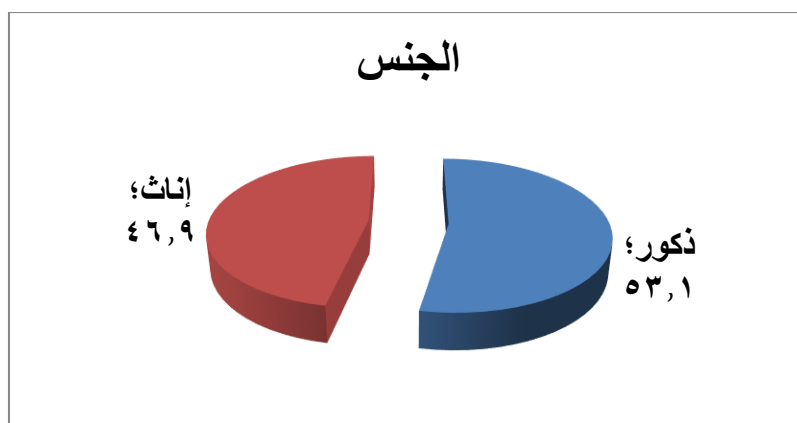
الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها

يتضمن هذا الفصل عرض وتفسير نتائج الدراسة، كما يتضمن مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة، ولمعالجة البيانات فقد استخدم الباحث التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية، كما تم استخدام اختبار (ت)، اختبار التباين الأحادي One way ANOVA، واختبار شيفيه البعدي للمقارنات المتعددة.

1.4 خصائص عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من 64 طبيبياً وممرضاً من العاملين في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة، والأشكال والجداول التالية توضح خصائص ومواصفات عينة الدراسة.



شكل رقم (1.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

بلغ عدد المشاركين في الدراسة 64 موظفاً وبلغت نسبة الذكور 53% من مجموع أفراد عينة الدراسة في حين بلغت نسبة الإناث 47% من أفراد عينة الدراسة. وتقترب هذه النتيجة من الإحصائيات الرسمية لمشاركة الإناث في سوق العمل، وبحسب بيانات ديوان الموظفين العام حتى شهر شباط 2020 فقد بلغت نسبة مشاركة النساء في القطاع المدني 44% من مجموع موظفي القطاع العام، وتعكس هذه النتيجة التوجه نحو زيادة مشاركة الإناث في سوق العمل الفلسطيني.

جدول رقم (1.4): توزيع عينة الدراسة حسب الخصائص الديموغرافية

المتغيرات	التصنيف	العدد	النسبة المئوية
العمر	21 - 29 سنة	23	35.9
	30 - 39 سنة	14	21.9
	40 سنة فأكثر	27	42.2
	المجموع	64	100.0
متوسط العمر 10.224 ± 35.55 سنة			
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	14	21.8
	5 - 10 سنوات	25	39.1
	11 سنة فأكثر	25	39.1
	المجموع	64	100.0
المؤهل العلمي	دبلوم	14	21.8
	بكالوريوس	31	48.5
	دراسات عليا	19	29.7
	المجموع	64	100.0

يتبين من جدول رقم 1.4 أن 42.2% من المشاركين في الدراسة كانت أعمارهم 40 سنة فأكثر وقد بلغ متوسط العمر 35.55 سنة بانحراف معياري 10.224 سنة، كما يتبين من الجدول أن 39.1% من المشاركين في الدراسة كانت لديهم خبرة تراوحت بين 5 - 10 سنوات كما أن 39.1% كان لديهم خبرة 11 سنة فأكثر، 48.5% من المشاركين في الدراسة حاصلين على درجة البكالوريوس.

2.4 مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية

للإجابة على السؤال الذي ينص على: ما مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية؟ قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والوزن النسبي لاستجابات المشاركين في الدراسة على أبعاد الاستبانة، وذلك كما هو مبين أدناه.

جدول رقم (2.4): المتوسط الحسابي العام لمعايير الرعاية الصحية الأولية

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعـد	الرقم
4	84.8	0.379	4.24	معايير رعاية المريض	1
3	86.6	0.347	4.33	معايير أمان وسلامة المريض	2
1	88.4	0.289	4.42	معايير الإدارة	3
1	88.4	0.284	4.42	معايير الخدمات المجتمعية	4
	87.2	0.227	4.36	الدرجة الكلية	

يتبين من جدول رقم 2.4 أن أعلى الدرجات كانت في كل من معايير الإدارة ومعايير الخدمات الاجتماعية بمتوسط درجات 4.42 ووزن نسبي 88.4% لكل منهما، يليهم معايير أمان وسلامة المريض بمتوسط درجات 4.33 ووزن نسبي 86.6%، وكانت أدنى الدرجات في معايير رعاية المريض بمتوسط درجات 4.24 ووزن نسبي 84.8%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في معايير الرعاية الأولية 4.36 بوزن نسبي 87.2%.

وتدل هذه النتيجة على أن مستوى تطبيق معايير رعاية المريض من وجهة نظر العاملين في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي كان بدرجة عالية جداً. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الجواربة (2016) التي بينت أن مستوى درجة تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في الخدمات الطبية جاء بدرجة عالية، بينما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة البلاصي (2015) التي بينت أن درجة تقييم جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية التابعة لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين كانت متوسطة، كما أن نتائج دراسة بودية (2017) أظهرت أن مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة كان بدرجة متوسطة، وأظهرت نتائج دراسة حمدتو وآخرون (2018) أنه لا يوجد تطبيق جيد لمعايير الجودة الشاملة في مستشفيات ولاية الجزيرة على جميع المستويات ومن وجهة نظر الإدارات العليا.

ويرى الباحث أن مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمريض يجب أن يكون عالياً وذلك بسبب ارتباط الرعاية الصحية بشكل مباشر بحياة وصحة الإنسان، حيث أن التراخي أو الخطأ في تقديم الرعاية الصحية يؤدي إلى حدوث مضاعفات وانتكاسة في الحالة الصحية للمريض وقد تهدد حياته أو تؤدي إلى الوفاة.

ثم قام الباحث بتحليل فقرات كل بعد من أبعاد استبانة معايير الرعاية الصحية الأولية وذلك كما هو مبين في الجداول التالية.

1.2.4 معايير رعاية المريض

جدول رقم (3.4): استجابات المشاركين في الدراسة على معايير رعاية المريض

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	غير موافق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	يتم منح العاملين التفويض المناسب لتقديم الرعاية للمريض ضمن المعايير المتبعة في المركز .	32.8	59.4	7.8	0	4.25	0.591	85.0
2	يتم تفويض الصلاحيات بما يتناسب مع قدرات العاملين.	29.7	60.9	9.4	0	4.20	0.596	84.0
3	يتم العمل على تحديد دقيق للصلاحيات والاختصاصات للعاملين عند تفويضهم للقيام ببعض الأعمال.	32.8	60.9	6.3	0	4.27	0.570	85.4
4	لدينا العديد من الخدمات الجيدة والايجابية في المركز الصحي.	32.8	64.1	3.1	0	4.30	0.525	86.0
5	ساعات العمل في مركز الرعاية الصحية الأولية مناسبة.	34.4	48.4	17.2	0	4.17	0.703	83.4
6	يتعاون المرضى وذويهم مع التعليمات التي تقدم لهم.	31.3	29.7	35.9	3.1	3.89	0.893	77.8
7	المركز يتعاون مع المريض إذا شعر بالألم ويعطى علاج مسكن.	23.4	67.2	9.4	0	4.14	0.560	82.8
8	الطبيب يقدم خدمات طبية متكاملة.	34.4	57.8	7.8	0	4.27	0.597	85.4
9	هناك تعقيم جيد لمنع انتشار الامراض المعدية.	43.8	53.1	3.1	0	4.41	0.555	88.2
10	عدد الأسرة في الطوارئ مناسب لعدد المرضى.	46.9	37.5	12.5	3.1	4.28	0.806	85.6
11	هناك رعاية كاملة لحديثي الولادة.	56.3	34.4	9.4	0	4.47	0.666	89.4
12	يوجد خدمات أسنان وعلاجات مناسبة للمراجعين لدينا.	43.8	46.9	9.4	0	4.34	0.648	86.8
84.8	الدرجة الكلية					4.24	0.379	

يتبين من جدول رقم 3.4 أن أعلى الدرجات كانت في وجود رعاية كاملة لحديثي الولادة بمتوسط درجات 4.47 ووزن نسبي 89.4%، يليها وجود تعقيم جيد لمنع انتشار الأمراض المعدية بمتوسط درجات 4.41 ووزن نسبي 88.2%، في حين كانت أدنى الدرجات في تعاون المرضى وذويهم مع التعليمات التي تقدم لهم بمتوسط درجات 3.89 ووزن نسبي 77.8%، يليها تعاون المركز مع المريض إذا شعر بالألم وإعطائه علاج مسكن بمتوسط درجات 4.14 ووزن نسبي 82.8%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في معايير رعاية المريض 4.24 بوزن نسبي 84.8%، وتعني هذه النتيجة تطبيق معايير رعاية المريض بدرجة عالية جداً.

ومن خلال المقابلات الشخصية فقد أفاد غالبية المرضى أن الممرضين يتحدثون مع المرضى بشكل مهذب ولطيف، ويقوموا بمساعدة المرضى من كبار السن عند التنقل والتحرك داخل المركز الصحي، كما أفاد غالبية المرضى برضاهم عن المعاملة الحسنة التي يتلقونها من العاملين في المركز الصحي منذ لحظة دخولهم إلى المركز وخلال مراحل تقديم الرعاية الصحية المطلوبة.

وأفاد أحد الأطباء بأننا نسعى لتقديم خدمات طبية بجودة عالية تتال رضا المرضى، ونعمل على تقليل فترة انتظار المرضى في المركز، كما أننا نتميز في الرعاية الطبية المختصة في أمراض النساء والولادة، رعاية الحوامل والأطفال بعد الولادة، ونركز على التثقيف الصحي والإرشادات الخاصة للأمهات خلال فترة الحمل.

أيضاً منح المرونة المناسبة وتفويض الصلاحيات للمشرفين ورؤساء الأقسام موضوع أساسي في الإدارة لدينا، كما أن اتباع المعايير هو الناظم والمسير للخدمات الصحية المقدمة من أجل توحيد آلية العمل حيث يوجد لدينا دليل إجرائي ينظم المهام والية العمل مع المرضى.

وينضح من هذه النتيجة حرص مقدمي الرعاية الصحية على تقديم رعاية صحية شاملة تتضمن الرعاية المقدمة لحديثي الولادة، وخدمات الأسنان، وتخفيف الألم عن المرضى، بالإضافة إلى منح العاملين المرونة المناسبة للتصرف في أداء مهامهم وتفويض الصلاحيات بما يتناسب مع قدراتهم. ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى حرص المنظمات الصحية الغير حكومية والأهلية إلى التميز في تقديم خدمات صحية بجودة عالية بهدف استقطاب المرضى واستقطاب المشاريع التي تمكنهم من الاستمرارية في العمل، كما أن الخدمات الصحية تخضع لرقابة من الممولين والجهات المانحة للبرامج الصحية والتي تتطلب الشمولية والجودة في تقديم الخدمات الصحية.

2.2.4 معايير أمان وسلامة المريض

جدول رقم (4.4): استجابات المشاركين في الدراسة على معايير أمان وسلامة المريض

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	المكان نظيف ومعقم بشكل جيد لمنع انتشار العدوى.	53.1	43.8	3.1	0	0	4.50	0.563	90.0
2	أقدم خدماتي للمرضى دون ان اتعرض للخطر.	57.8	39.1	3.1	0	0	4.55	0.561	91.0
3	أعمل في بيئة آمنة.	62.5	35.9	1.6	0	0	4.61	0.523	92.2
4	بيئة المركز سليمة.	65.6	29.7	4.7	0	0	4.61	0.581	92.2
5	هناك نقص في الخدمات التشخيصية للمرضى.	18.8	17.2	12.5	37.5	14.1	2.89	1.370	57.8
6	تصميم المركز مناسب لجميع المرضى.	46.9	48.4	1.6	3.1	0	4.39	0.681	87.8
7	سهولة نقل مرضى الطوارئ الى المستشفى.	39.1	59.4	1.6	0	0	4.38	0.519	87.6
8	يلتزم الزائرين بأوقات الزيارة.	35.9	51.6	7.8	4.7	0	4.19	0.774	83.8
9	الغذاء المقدم للمرضى صحي وكافي.	45.3	48.4	6.3	0	0	4.39	0.607	87.8
10	مراقبة الأمراض المنقولة باتباع إجراءات مكافحة العدوى.	43.8	51.6	4.7	0	0	4.39	0.581	87.8
11	توجد خدمات تراعي ذوي الاحتياجات الخاصة.	54.7	39.1	6.3	0	0	4.48	0.617	89.6
12	هناك فحص دوري لتحديد الأمراض المعدية والوقاية منها.	62.5	37.5	0	0	0	4.63	0.488	92.6
86.6	الدرجة الكلية	0.347	4.33						

يتبين من جدول رقم 4.4 أن أعلى الدرجات كانت في وجود تقييم منتظم لتحديد المخاطر والأمراض والوقاية منها بمتوسط درجات 4.63 ووزن نسبي 92.6% يليها العمل في بيئة آمنة بمتوسط درجات 4.61 ووزن نسبي 92.2%، في حين كانت أدنى الدرجات في التزام الزائرين بأوقات الزيارة بمتوسط درجات 4.19 ووزن نسبي 83.8% يليها وجود نقص في الخدمات التشخيصية للمرضى بمتوسط درجات 2.89 ووزن نسبي 57.8%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في معايير أمان وسلامة المريض 4.33 بوزن نسبي 86.6%، وهي درجة عالية جداً

واختلفت هذه النتائج مع نتائج دراسة البلاصي (2015) التي بينت أن موظفو المركز الصحي يتفهمون احتياجات المرضى الخاصة بدرجة متوسطة، كما أن الاستجابة لطلب المريض في الحصول على مضاد حيوي كانت بدرجة منخفضة، كما بينت نتائج دراسة بودية (2017) أن مستوى جودة الخدمة المقدمة غير مقبول من قبل المرضى فهي دون مستوى توقعاتهم حيث عبر أفراد العينة عن عدم رضاهم من مستوى النظافة، ونقص المعدات الحديثة، و التباطؤ والتأخير في تقديم الخدمة. ومن خلال المقابلات الشخصية فقد أفاد بعض المرضى بعدم وجود ازدحام في المركز الصحي واتباع الإجراءات الاحترازية لمنع انتقال العدوى في ظل جائحة كورونا والمتمثلة في تباعد مقاعد المرضى، توفير الكحول لتعقيم الأيدي، ولبس كمامة الوجه لجميع العاملين والمرضى على حد سواء، في حين أفاد مرضى آخرون بوجود أعداد كبيرة من المرضى في قاعة الانتظار مع عدم التزام بعض المرضى بالتباعد الجسدي مما يزيد من خطر الإصابة بفيروس كورونا.

وقد نكر مدير التمريض أننا في اتحاد لجان العمل الصحي نسعى إلى تقديم الخدمة الصحية الأفضل والالتزام بالمعايير الصحية ضمن الامكانيات المتاحة، كما نسعى إلى الحفاظ على بيئة آمنة للمرضى لمنع حدوث العدوى أو حدوث الإصابات الجسدية للمرضى أثناء تواجدهم في المراكز الصحية.

وتظهر نتائج الدراسة الحالية تطبيق معايير أمان وسلامة المريض بدرجة عالية جداً، وتعكس هذه النتيجة الاهتمام بتوفير معايير الأمان والسلامة في بيئة العمل لمقدمي الرعاية الصحية والمرضى على حد سواء، والذي يتضمن التقييم المنتظم لتحديد المخاطر والأمراض والوقاية منها، الاهتمام بنظافة المكان، تصميم المركز بحيث يناسب جميع المرضى مع توفير خدمات خاصة لذوي الاحتياجات الخاصة.

3.2.4 معايير الإدارة

جدول رقم (5.4): استجابات المشاركين في الدراسة على معايير الإدارة

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	غير موافق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	هناك تعاون بين الإدارة العليا والموظفين .	28.1	68.8	3.1	0	4.25	0.504	85.0
2	تقدم الادارة كافة المعلومات المطلوبة للعاملين معهم .	37.5	59.4	3.1	0	4.34	0.541	86.8
3	يستطيع المرضى الاطلاع عى ملفاتهم الطبية متى ارادوا ذلك .	42.2	54.7	3.1	0	4.39	0.553	87.8
4	هناك إدكاء للوعي والتدريب بشأن تحسين جودة الإدارة في مكان العمل للمرفق الصحي .	53.1	46.9	0	0	4.53	0.503	90.6
5	المؤسسة ملتزمة بمكان عمل يتسم بالإنصاف والاحترام .	62.5	37.5	0	0	4.63	0.488	92.6
6	هناك تدابير قائمة لتحديد مخاطر الصحة البيئية .	56.3	40.6	3.1	0	4.53	0.563	90.6
7	هناك ممارسات لترشيد استخدام الطاقة الكهربائية وتحسين جودة الماء .	45.3	51.6	3.1	0	4.42	0.558	88.4
8	هناك تقييم منظم لتحديد المخاطر والوقاية منها .	53.1	43.8	3.1	0	4.50	0.563	90.0
9	تتاح للموظفين مرافق الغسل وتغيير الملابس والراحة .	53.1	43.8	3.1	0	4.50	0.563	90.0
10	الموظفون يتدربون بشأن الاستخدام الآمن للمعدات وصيانتها .	34.4	53.1	10.9	1.6	4.20	0.694	84.0
88.4	الدرجة الكلية					4.42	0.289	

يتبين من جدول رقم 5.4 أن أعلى الدرجات كانت في التزام المؤسسة بمكان عمل يتسم بالإنصاف والاحترام بمتوسط درجات 4.63 ووزن نسبي 92.6% يليها إدكاء الوعي والتدريب بشأن تحسين جودة

الإدارة في مكان العمل للمرفق الصحي بمتوسط درجات 4.53 ووزن نسبي 90.6%، في حين كانت أدنى الدرجات في وجود تعاون بين الإدارة العليا والموظفين بمتوسط درجات 4.25 ووزن نسبي 85% يليها الموظفون يتدربون بشأن الاستخدام الآمن للمعدات وصيانتها، لا سيما المنتجات والنماذج بمتوسط درجات 4.20 ووزن نسبي 84%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في معايير الإدارة 4.42 بوزن نسبي 88.4%، وتعني هذه الدرجة تطبيق معايير الإدارة بدرجة عالية جداً، وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الكحلوت (2004) التي أظهرت تدني درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير بشكل خاص وبأنشطة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التي شملتها الدراسة، كما بينت عدم وجود إستراتيجية واضحة لدى الإدارة العليا لتطبيق أنشطة تحسين الجودة، كما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة البلاصي (2015) التي بينت أن درجة تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإداريين كانت منخفضة، وأفاد أحد المرضى بأنه عندما يأتي إلى المركز الصحي يتوجه إلى كاونتر التسجيل لاستخراج الملف، ثم يتم توجيهه للطبيب المختص، وبعد المعاينة والفحص من قبل الطبيب يتم توجيهه إلى المختبر والأشعة لإجراء الفحوصات اللازمة، وتظهر نتائج الفحوصات إلكترونياً لدى الطبيب المختص، ثم يتم وصف العلاج المناسب، ويتوجه المريض إلى الصيدلية لأخذ العلاج الموصوف، ثم يتم حجز موعد للمراجعة، وأن كل هذه العملية تسير بسهولة وانتظام.

وأفاد مدير التمريض بأن منح المرونة المناسبة وتفويض الصلاحيات للمشرفين ورؤساء الأقسام موضوع أساسي في الإدارة لدينا، كما أن اتباع المعايير هو الناظم والمسير للخدمات الصحية المقدمة من أجل توحيد آلية العمل حيث يوجد لدينا دليل إجرائي ينظم المهام والية العمل مع المرضى.

وتعكس نتائج الدراسة الحالية حرص الإدارة على التعاون مع الموظفين ومداهم بالمعلومات اللازمة للقيام بالمهام المطلوبة منهم بجودة عالية، كما تشجع على التدريب بهدف تحسين جودة الإدارة في المركز الصحي والاستخدام الآمن للمعدات والأجهزة، وتعكس هذه النتيجة الاهتمام المتواصل من قبل إدارة المراكز الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية والعمل على تلبية احتياجات متلقي الخدمة الصحية وتحقيق رضاهم، ومن خلال المقابلة الشخصية فقد أظهر العديد من المرضى رضاهم عن آلية تقديم الخدمة الصحية.

4.2.4 معايير الخدمات المجتمعية

جدول رقم (6.4): استجابات المشاركين في الدراسة على معايير الخدمات المجتمعية

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	هناك تواصل جيد، ونهج عمل الفريق بين العاملين في المركز .	23.4	70.3	6.3	4.17	0.521	83.4
2	تسود في المراكز ثقافة الثقة والاحترام والتعاون بين الموظفين في كافة المستويات.	50.0	48.4	1.6	4.48	0.534	89.6
3	يساعد وضع السياسات والإجراءات الصارمة في مكان العمل على الحد من الإصابات والأمراض.	43.8	51.6	4.7	4.39	0.581	87.8
4	هناك تعاون بين المؤسسات الصحية المختلفة.	50.0	46.9	3.1	4.47	0.563	89.4
5	يتم منح العاملين المرونة المناسبة في أداء أنشطتهم في المراكز الصحية المجتمعية.	50.0	46.9	3.1	4.47	0.563	89.4
6	نقدم للأم كل ما يلزمها هي وطفلها بعد الولادة.	51.6	45.3	3.1	4.48	0.563	89.6
7	سهولة الوصول إلى مركز الرعاية الذي أعمل به.	53.1	43.8	3.1	4.50	0.563	90.0
8	توفر العيادة مركز تثقيف صحي للمرضى.	51.6	48.4	0	4.52	0.504	90.4
9	تقدم العيادة كل ما يحتاجه المراجعين لتنظيم الأسرة.	43.8	51.6	4.7	4.39	0.581	87.8
10	تؤخذ بالحسبان المسؤوليات العائلية والمنزلية والاجتماعية للموظفين.	46.9	50.0	3.2	4.42	0.612	88.4
88.4	الدرجة الكلية				4.42	0.284	

يتبين من جدول رقم 6.4 أن أعلى الدرجات كانت في توفير العيادة مركز تثقيف صحي للمرضى بمتوسط درجات 4.52 ووزن نسبي 90.4% يليها سهولة الوصول إلى مركز الرعاية الذي أعمل به بمتوسط درجات 4.50 ووزن نسبي 90%، في حين كانت أدنى الدرجات في تقديم العيادة كل ما يحتاجه المراجعين لتنظيم الأسرة بمتوسط درجات 4.39 ووزن نسبي ووزن نسبي 87.8% يليها وجود تواصل جيد ونهج عمل الفريق بين العاملين في المركز بمتوسط درجات 4.17 ووزن نسبي 83.4%،

وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في معايير الخدمات المجتمعية 4.42 بوزن نسبي 88.4%، وتعني هذه النتيجة تطبيق معايير الخدمات المجتمعية بدرجة عالية جداً.

واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصلت إليها دراسة داخل (2018) التي بينت أن توفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية لم يكن في المستوى المطلوب وحسب الإمكانيات المتاحة لدى إدارة المستشفى، كما أن وضع المرضى ثقتهم في مهارات المهنة الطبية بثقة وأمان كان دون المستوى المطلوب، وكان تدوين المعلومات في السجلات والحاسوب عن المرضى وحالتهم الصحية دون المستوى المطلوب، أيضاً لم يكن هنالك التزام من إدارة المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية، وأظهرت نتائج حمدتو وآخرون (2020) عدم الرضا عن درجة المشاركة المجتمعية للمستشفيات وذلك لعدم وجود برامج تعمل على تحفيز العمل الخيري أو المشاركة التطوعية في مجالس المستشفيات.

وتعكس نتائج الدراسة الحالية الحرص على توفير الخدمات الصحية ذات البعد المجتمعي مثل توفر مراكز للتثقيف الصحي للمرضى، التعاون مع المؤسسات الصحية الأخرى، التواصل الجيد والعمل بروح الفريق، ومن خلال المقابلات الشخصية فقد أفاد أحد المرضى بوجود تنسيق وتعاون بين الطاقم الإداري والطواقم الفنية وهذا يساعد في سير العمل وتقديم الخدمة الصحية بشكل انسيابي وسهل بدون تعقيدات وبدون تأخير. وأفاد أحد الأطباء بأننا نقدم أحياناً خدمات الرعاية الصحية المنزلية حيث نقوم بإرسال فريق طبي ترميزي للبيت لمعاينة الأم والطفل، كما نقدم خدمات مجتمعية حول محاربة العنف المبني على النوع، وتقديم خدمات إرشادية لذوي الأمراض المزمنة لتلافي حدوث مضاعفات مثل مرضى السكري وارتفاع الضغط.

3.4 استدامة التنمية الصحية

للإجابة على السؤال الذي ينص على: ما مدى توفر معايير استدامة التنمية الصحية في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية؟ قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والوزن النسبي لاستجابات المشاركين في الدراسة على أبعاد الاستبانة، وذلك كما هو مبين في الجداول التالية.

جدول رقم (7.4): مدى تطبيق معايير استدامة التنمية الصحية

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البيعد	الرقم
5	87.6	0.367	4.38	الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة	1
4	90.2	0.349	4.51	الموارد البشرية	2
2	90.8	0.324	4.54	الاعتمادات والموارد المالية الذاتية	3
1	91.6	0.319	4.58	قواعد بيانات المركز وموقعه الالكتروني	4
3	90.6	0.317	4.53	تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية	5
6	79.6	0.558	3.98	الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز	6
	88.4	0.257	4.42	الدرجة الكلية	

يتبين من جدول رقم 7.4 أن أعلى الدرجات كانت في قواعد بيانات المركز وموقعه الالكتروني بمتوسط درجات 4.58 ووزن نسبي 91.6% يليه الاعتمادات والموارد المالية الذاتية بمتوسط درجات 4.54 ووزن نسبي 90.8%، في حين كانت أدنى الدرجات الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة بمتوسط درجات 4.38 ووزن نسبي 87.6% يليه الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز بمتوسط درجات 3.98 ووزن نسبي 79.6%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في تطبيق معايير التنمية الصحية المستدامة 4.42 بوزن نسبي 88.4%، وتدل هذه النتيجة على توفر معايير استدامة التنمية الصحية بدرجة عالية جداً.

وتتفق هذه النتائج مع توجهات وزارة الصحة الفلسطينية حيث اتخذت خطوات هامة نحو التنمية المستدامة، وبالرغم من الصعوبات التي يواجهها الفلسطينيون، حيث تعتبر منظمة الصحة العالمية الحالة الصحية العامة لفلسطين معقولة لدرجة جديرة بالثناء، وحسب تقارير التنمية الألفية وبيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني فإن العديد من الأمراض قد تم القضاء عليها مثل الملاريا وشلل الأطفال والسل والحصبة بسبب سلسلة من برامج التحصين الناجحة، وحسب برنامج التطعيم في فلسطين يتضح أن نسبة التطعيم لدى الأطفال 12 - 23 شهراً مرتفعة بشكل ملحوظ (الجهاز المركزي للإحصاء، 2014).

وذكر المدير الطبي بأننا نؤمن بأن استدامة التنمية الصحية مرتبطة بجودة الخدمة الصحية، كما أننا ننسق مع وزارة الصحة والشركاء الآخرين من منظمات العمل الصحي، ونسعى إلى استقطاب الكفاءات والوفود الزائرة التي نستفيد منها في تطوير وتدريب كوادرنا الطبية والتمريضية.

وتعكس هذه النتيجة حرص اتحاد لجان العمل الصحي على الاستمرار والتطور والتوسع في الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية، حيث أنشئت جمعية اتحاد لجان العمل الصحي في فلسطين في عام 1985 وهي جمعية أهلية غير ربحية مستقلة تساهم في تحقيق التمكين الصحي للمجتمع وتعزيز مفهوم الصحة الشامل من خلال برامج الرعاية الصحية وحماية المرأة والطفل.

ثم قام الباحث بتحليل فقرات كل بعد من أبعاد استبانة معايير استدامة التنمية الصحية وذلك كما هو مبين في الجداول التالية.

1.3.4 الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة

جدول رقم (8.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	يلاحظ بالمركز الاهتمام بعقد شراكات مع مراكز صحية عالمية مماثلة.	31.3	57.8	10.9	4.20	0.622	84.0
2	يلاحظ حرص المراكز الصحية على عقد شراكات مع المراكز الوطنية الأخرى للاستفادة من خبرات المركز الصحية.	32.8	57.8	9.4	4.23	0.611	84.6
3	توجد شراكات قائمة بين المركز والمراكز الصحية المماثلة والمؤسسات الأخرى.	57.8	39.1	3.1	4.55	0.561	91.0
4	تحقق الشراكات مع المراكز المماثلة اكتساب خبرات جيدة.	62.5	34.4	3.1	4.59	0.555	91.8
5	توفر الشراكات مع المؤسسات الأخرى عوائد مالية تدعم الاحتياجات المالية للمراكز الصحية.	48.4	39.1	12.5	4.36	0.698	87.2
6	تحرص المراكز على تكوين مجموعات صحية في مجالات طب الطوارئ أو مجالات صحية أخرى.	45.3	46.9	7.8	4.38	0.630	87.6
7	إن الوضع الحالي للمراكز الصحية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء العاملين فيها.	48.4	43.8	7.8	4.41	0.635	88.2
	الدرجة الكلية				4.38	0.367	87.6

يتبين من جدول رقم 8.4 أن أعلى الدرجات كانت في تحقيق الشراكات مع المراكز المماثلة اكتساب خبرات جيدة بمتوسط درجات 4.59 ووزن نسبي 91.85 يليها وجود شراكات قائمة بين المركز والمراكز الصحية المماثلة والمؤسسات الأخرى بمتوسط درجات 4.55 ووزن نسبي 91%، في حين كانت أدنى الدرجات في حرص المراكز الصحية على عقد شراكات مع المراكز الوطنية الأخرى للاستفادة من خبرات المركز الصحية بمتوسط درجات 4.23 ووزن نسبي 84.6% يليها اهتمام المركز بعقد شراكات مع مراكز صحية عالمية مماثلة بمتوسط درجات 4.20 ووزن نسبي 84%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة 4.38 بوزن نسبي 87.6%، وتعني هذه النتيجة توفر الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة بدرجة عالية جداً.

ومن خلال المقابلات الشخصية فقد أفاد مدير التمريض بأهمية التواصل والتشبيك مع المؤسسات الصحية المحلية والدولية للحصول على الدعم والتمويل اللازم لتقديم الخدمات الصحية المتطورة، وتبادل الخبرات مع المراكز الأخرى بهدف رفع كفاءة العاملين في المراكز الصحية. كما أوصت دراسة نصار (2017) بضرورة تطوير وتعزيز أنشطة وآليات التشبيك لدى المنظمات الغير حكومية وزيادة الوعي داخل المنظمات غير الحكومية وموظفيها للحاجة إلى بناء علاقات بناءة وعلاقات تشبيك فعالة مع المنظمات الأخرى، كما بينت نتائج دراسة الغوطي (2015) أن التنسيق الجيد مع المؤسسات الدولية يسهم بدرجة كبيرة في حسن استغلال التمويل لدعم القطاع الصحي، وأظهرت نتائج دراسة الأغا (2014) غياب التخصص في العمل وعدم بناء قدرات العاملين على عملية التشبيك، وأظهرت الحاجة إلى تعزيز عملية التشبيك بين المنظمات الغير حكومية كذلك دعم أدوات نجاح عملية التشبيك وزيادة التنسيق بين الجمعيات المدنية والحكومية من خلال عقد اجتماعات منتظمة وتبادل القدرات والخبرات بين المنظمات غير الحكومية.

ويرى الباحث أن الحرص على الشراكات مع المراكز الصحية يساعد على اكتساب خبرات جديدة لها تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء العاملين. ويرى الباحث ضرورة التنسيق والتشبيك بين المنظمات الغير حكومية التي تقدم خدمات صحية وذلك بهدف التكامل في تقديم الخدمات الصحية وعدم الازدواجية، والذي بدوره يعود بالفائدة على المرضى متلقي الخدمة الصحية.

2.3.4 الموارد البشرية

جدول رقم (9.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد الموارد البشرية

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	تحرص المراكز الصحية على التعامل الإيجابي مع المراجعين.	46.9	48.4	4.7	4.42	0.586	88.4
2	يتمتع العاملون بالمراكز بالكفاءة والمهارة في التعامل بمهنية مع بعضهم.	65.6	32.8	1.6	4.64	0.515	92.8
3	يوجد بالمركز الموارد البشرية المساعدة واللازمة لإنجاز المهمات المطلوبة.	60.9	35.9	3.1	4.58	0.558	91.6
4	تحرص المراكز على الاستعانة بالكفاءات المؤهلة للعمل في مجالها.	50.0	45.3	4.7	4.45	0.589	89.0
5	يلاحظ الاستعانة بأطباء أكفاء من خارج فلسطين وفقاً للحاجات المرضية لديها.	51.6	32.8	15.7	4.34	0.781	86.8
6	يوجد إقبال من أعضاء المركز المعنيين على التعاون مع المراكز الصحية وغيرها من أنشطة وفعاليات في مجالات العلوم الاجتماعية والإنسانية.	51.6	42.2	6.3	4.45	0.615	89.0
7	توجد أولوية بالمراكز الصحية نحو تنمية ودعم المهارات والقدرات للعاملين فيها.	45.3	50.0	4.7	4.41	0.583	88.2
8	تحرص المراكز على عقد دورات تدريبية لإكساب العاملين فيها في مجالات عمل المراكز المهارات المختلفة للمشاركة الفاعلة المتقدمة.	59.4	35.9	4.7	4.55	0.589	91.0
9	تعمل المراكز على عقد دورات تدريبية وورش عمل لإكساب العاملين من أعضاءها بالمهارات والأساليب والمعارف الحديثة وذلك في مجال عمل المراكز.	68.8	28.1	3.1	4.66	0.541	93.2
10	إن الوضع الحالي بالمراكز فيما يخص الموارد البشرية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء تلك المراكز الصحية.	64.1	32.8	3.1	4.61	0.553	92.2
90.2	الدرجة الكلية				4.51	0.349	

يتبين من جدول رقم 9.4 أن أعلى الدرجات كانت في قيام المراكز بعقد دورات تدريبية وورش عمل لإكساب العاملين المهارات والأساليب والمعارف الحديثة وذلك في مجال عمل المراكز بمتوسط درجات 4.66 ووزن نسبي 93.2% يليها تمتع العاملون بالمراكز بالكفاءة والمهارة في التعامل بمهنية مع بعضهم بمتوسط درجات 4.64 ووزن نسبي 92.8%، في حين كانت أدنى الدرجات في وجود أولوية بالمراكز الصحية نحو تنمية ودعم المهارات والقدرات للعاملين فيها بمتوسط درجات 4.41 ووزن نسبي 88.2% يليها استعانة المركز بأطباء أكفاء من خارج فلسطين وفقاً للحاجات المرضية لديها بمتوسط درجات 4.34 ووزن نسبي 86.8%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في الموارد البشرية 4.51 بوزن نسبي 90.2%، وتعني هذه النتيجة توفر الموارد البشرية بدرجة عالية جداً.

واختلفت هذه النتائج مع نتائج دراسة حمدتو وآخرون (2020) التي بينت أن أكثر من ثلثي المشاركين في الدراسة أظهروا عدم رضاهم عن درجة نشر الوعي بضرورة تدريب العاملين بالمستشفى على تحسين جودة الخدمة الصحية، كما أن ثلثي المشاركين في الدراسة أفادوا بعدم وجود خطة سنوية معتمدة لتحسين وتطوير جودة الخدمات الصحية، كما أن أكثر من ثلثي المشاركين في الدراسة أظهروا عدم رضاهم عن نظام التلقي والتعامل مع اقتراحات وشكاوى المرضى والعاملين، كما أن أقل من نصف المشاركين في الدراسة أفادوا بوجود نظام للتدقيق والمراجعة الطبية، وفي المقابل فقد أفاد أكثر من ثلثي المشاركين في الدراسة بعدم رضاهم عن النظام المطبق لقياس ومتابعة مؤشرات الأداء الطبي. ومن خلال المقابلات الشخصية فقد نكر المدير الطبي بضرورة سعي إدارة المراكز الصحية إلى توفير الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة وتدريب العاملين عليها، كما أفاد وجود خطة تطويرية تشمل العاملين من خلال ابتعاث أطباء وممرضين للتدريب في الخارج والحصول على خبرات ومهارات جديدة تواكب التطور في الخدمات الصحية لضمان استمرارية تقديم الرعاية الصحية بجودة عالية تنافسية.

ويرى الباحث أن الاهتمام بالموارد البشرية يظهر من خلال قيام المراكز الصحية بعقد دورات تدريبية وورش عمل لإكساب العاملين لمهارات والأساليب والمعارف الحديثة التي ترفع كفاءة ومهارة العاملين في المراكز الصحية وبالتالي ينعكس ذلك على جودة الخدمة الصحية التي تقدمها تلك المراكز، كما أن لجان العمل الصحي تحرص على الاستعانة بالكفاءات المؤهلة للعمل في مراكزها.

3.3.4 الاعتمادات والموارد المالية الذاتية

جدول رقم (10.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد الاعتمادات والموارد المالية الذاتية

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	تحرص الإدارة العليا على الدعم المالي الكافي للمراكز التي لديها.	45.3	50.0	4.7	4.41	0.583	88.2
2	تقدم المراكز الصحية دعماً مالياً مناسباً للعاملين لديها.	62.5	35.9	1.6	4.61	0.523	92.2
3	يتوافق حجم الاعتمادات المالية المحددة للمراكز مع الاحتياجات المالية لإجراء العلاجات اللازمة وتقديمها للمرضى.	45.3	53.1	1.6	4.44	0.531	88.8
4	توجد اعتمادات مالية كافية للمراكز للقيام بالأنشطة والفعاليات المكتملة للعلاجات.	60.9	35.9	3.1	4.58	0.558	91.6
5	يحرص المراكز على الحصول على موارد مالية إضافية من خلال عقد الشراكات مع المؤسسات الصحية المحلية أو الدولية أو من خلال التبرعات والهبات.	56.3	42.2	1.6	4.55	0.532	91.0
6	إن الوضع الحالي للاعتمادات والموارد المالية الذاتية للمراكز له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية الأداء بالمراكز الصحية.	68.8	31.3	0	4.69	0.467	93.8
الدرجة الكلية					4.54	0.324	90.8

يتبين من جدول رقم 10.4 أن أعلى الدرجات كانت في الوضع الحالي للاعتمادات والموارد المالية الذاتية للمراكز له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية الأداء بالمراكز الصحية بمتوسط درجات 4.69 ووزن نسبي 93.8% يليها قيام المراكز الصحية بتقديم دعماً مالياً للعاملين لديها بمتوسط درجات 4.61 ووزن نسبي 92.2%، وكانت أدنى الدرجات في توافق حجم الاعتمادات المالية للمراكز مع الاحتياجات المالية لإجراء العلاجات اللازمة بمتوسط درجات 4.44 ووزن نسبي 88.8% يليها حرص الإدارة العليا بالمراكز الصحية على الدعم المالي الكافي للمراكز التي لديها بمتوسط درجات 4.41 ووزن نسبي 88.2%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في الاعتمادات والموارد المالية الذاتية 4.54 ووزن نسبي 90.8%، وتعني هذه النتيجة توفر الاعتمادات والموارد المالية الذاتية بدرجة عالية جداً.

ويحتل التمويل والدعم المالي أهمية قصوى لتطوير واستدامة الخدمات الصحية، وقد أظهرت نتائج دراسة طبقت على وزارة الصحة الفلسطينية أن كل من إدارة التمويل الدولي في وزارة الصحة، إدارة التمويل الدولي من قبل الجهات المانحة، والأوضاع السياسية السائدة تؤثر على إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة، كما وأوضحت النتائج أن التمويل الدولي ضروري وحيوي لقطاع الصحة وقد قدم إسهامات بارزة في الأزمات والظروف الطارئة، وأسهم في تطوير الرعاية الصحية الأولية والثانوية بدرجة كبيرة. من ناحية أخرى أظهرت النتائج أن التمويل الدولي يعد مصدراً مالياً آمناً ومستداماً، كما أنه كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة، وكانت الظروف السياسية السائدة هي الصعوبة الرئيسية التي تواجهها وزارة الصحة في تأمين التمويل الدولي (البسيوني، 2014).

وأفاد المدير الطبي بأننا نعتبر اتحاد لجان العمل الصحي لاعب رئيسي في مجال الخدمة الصحية ضمن المنظمات التي تقدم الخدمة الصحية، ونتلقى الدعم من وكالة الغوث ومنظمة أطباء العالم *MSF*، *OCHA*. كما نسعى إلى استدامة التنمية الصحية من خلال تعزيز الموارد الذاتية بحيث تتمكن من الاستمرار في تقديم الخدمة الصحية لو حدث انقطاع أو نقص في الدعم الخارجي.

ومن الجدير ذكره أن الجهاز الصحي في فلسطين يواجه نقصاً مزمناً في الإمدادات من الأدوية والمستهلكات الطبية والتي تعرقل التوجهات نحو استدامة التنمية الصحية، وبحسب تقرير المستودع المركزي للأدوية التابع لوزارة الصحة في رام الله فإن نسبة متوسطة قدرها ٢٣٪ من الأدوية الأساسية و١٩٪ من الإمدادات الطبية الأساسية نفذت تماماً خلال عام 2017 وبلغ المستودع المركزي للأدوية في غزة عن النفاذ الكامل لنسبة متوسطة من الأدوية الأساسية بلغت ٣٢٪ ومن الأدوات الطبية التي تستخدم مرة واحدة بلغت 24% (منظمة الصحة العالمية، 2018).

ويرى الباحث أن توفر الاعتمادات والموارد المالية الذاتية للمراكز وتقديم الدعم المالي للعاملين في المراكز الصحية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية الأداء بالمراكز الصحية، كما أن المشاركة مع المنظمات المحلية والدولية والتبرعات والهبات تزيد من الموارد المالية للمراكز والتي بدورها تحافظ على استمرار الخدمات الصحية والتوسع فيها بما ينعكس بشكل إيجابي على استدامة الخدمات الصحية وتنميتها.

4.3.4 قواعد بيانات المركز وموقعه الإلكتروني

جدول رقم (11.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد قواعد بيانات المركز وموقعه الإلكتروني

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	توجد قواعد بيانات إلكترونية تضم كافة الإنتاج الصحي والعملية للمراكز.	53.1	43.8	3.1	4.50	0.563	90.0
2	يسهل الدخول والتفاعل مع محتويات قواعد البيانات.	54.7	43.8	1.6	4.53	0.534	90.6
3	يتم تحديث قواعد البيانات بصورة مستمرة.	67.2	29.7	3.1	4.64	0.545	92.8
4	يتم الحفاظ على سرية البيانات الخاصة بالعاملين وإنتاجهم العملي والعلمي	64.1	32.8	3.1	4.61	0.553	92.2
5	تحرص المراكز على توافر معايير الجودة الخاصة بالمواقع الإلكترونية.	67.2	31.3	1.6	4.66	0.511	93.2
6	إن الوضع الحالي للمواقع الإلكترونية وقواعد البيانات البحثية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء المراكز البحثية	62.5	34.4	3.1	4.59	0.555	91.8
91.6	الدرجة الكلية				4.58	0.319	

يتبين من جدول رقم 11.4 أن أعلى الدرجات كانت في حرص المراكز على توافر المعايير العالمية للجودة والتميز الخاصة بالمواقع الإلكترونية بمتوسط درجات 4.66 ووزن نسبي 93.2% يليها تحديث قواعد البيانات بصورة مستمرة بمتوسط درجات 4.64 ووزن نسبي 92.8%، وكانت ادنى الدرجات في سهولة الدخول والتفاعل مع محتويات قواعد البيانات بمتوسط درجات 4.53 ووزن نسبي 90.6% يليها وجود قواعد بيانات إلكترونية بالمراكز تضم الإنتاج الصحي والعملية لتلك المراكز بمتوسط درجات 4.50 ووزن نسبي 90%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات 4.58 بوزن نسبي 91.6%، وتعني هذه النتيجة توفر قواعد بيانات المركز وموقعه الإلكتروني بدرجة عالية جداً.

وتختلف هذه النتائج عن نتائج دراسة حمدتو وآخرون (2020) أن أكثر من ثلثي المشاركين في الدراسة أظهروا عدم الرضا عن أداء قسم نظم المعلومات بالمستشفى، كما أن ثلثي المشاركين في الدراسة أظهروا عدم الرضا عن خبرة ومؤهلات المسؤول عن قسم إدارة المعلومات، عدم الرضا عن

سياسات وإجراءات الحفاظ على سرية المعلومات وحمايتها من الفقد والتلف، وعدم الرضا عن التعليمات والتوجيهات الخاصة بإنشاء وتداول السياسات والإجراءات على نظام المعلومات.

ويرى الباحث أن مواكبة التطور التكنولوجي والاستفادة من البرامج الالكترونية في توفير قاعدة بيانات خاصة بالمراكز الصحية وتحديثها باستمرار يسهل من عملية الحصول على البيانات الخاصة بالمرضى وبالأنشطة الأخرى للمراكز، كما تتميز البرامج بسهولة عملية إدخال البيانات وحفظها، وبالمقابل يسهل عملية استخراج البيانات والحصول عليها في وقت قصير وبسرعة تساعد في دعم جودة الخدمة الصحية واستدامتها.

5.3.4 تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية

جدول رقم (12.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	تتوافر بالمراكز الطبية والصحية تقنيات معلومات واتصال حديثة.	50.0	48.4	1.6	4.48	0.534	89.6
2	يتم التواصل مع العاملين عبر تقنيات الجوال ورسائل البريد الإلكتروني.	45.3	54.7	0	4.45	0.502	89.0
3	تحرص المراكز على تكوين شبكات علمية تضم أطباء وخبراء في مجالات عمل المراكز الصحية.	50.0	48.4	1.6	4.48	0.534	89.6
4	تحرص المراكز على الانضمام إلى الشبكات العلمية في المجال الصحي.	60.9	35.9	3.2	4.58	0.558	91.6
5	تحرص المراكز على الاستفادة من مختلف التقنيات الحديثة من أجل الارتقاء بأدائها وزيادة مرونة التعامل مع الأطراف المعنية.	64.1	32.8	3.1	4.61	0.553	92.2
6	الوضع الحالي لتقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية بالمراكز له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء تلك المراكز.	62.5	34.4	3.1	4.59	0.555	91.8
	الدرجة الكلية				4.53	0.317	90.6

يتبين من جدول رقم 12.4 أن أعلى الدرجات كانت في حرص المراكز على الاستفادة من مختلف التقنيات الحديثة من أجل الارتقاء بأدائها وزيادة مرونة التعامل مع الأطراف المعنية بمتوسط درجات 4.61 ووزن نسبي 92.2% يليها الوضع الحالي لتقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية بالمراكز له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء تلك المراكز بمتوسط درجات 4.59 ووزن نسبي 91.8%، في حين كانت أدنى الدرجات في حرص المراكز على تكوين شبكات علمية تضم أطباء وخبراء في مجالات عمل المراكز الصحية بمتوسط درجات 4.48 ووزن نسبي 89.6% يليها التواصل مع العاملين عبر تقنيات الجوال ورسائل البريد الإلكتروني وغيرها بمتوسط درجات 4.45 ووزن نسبي 89%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية 4.53 بوزن نسبي 90.6%، وتعني هذه الدرجة توفر تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية بدرجة عالية جداً. ومن خلال المقابلة الشخصية فقد نكر أحد الأطباء أن استخدام الكمبيوتر ووسائل التكنولوجيا يسهل عمل الطواقم الطبية ويقلل من الروتين الذي قد يعيق العمل. كما أن استخدام الكمبيوتر ووسائل التكنولوجيا يسهل عمل الطواقم الصحية ويقلل من الروتين الذي قد يعيق العمل، وفي هذا المجال فنحن نسعى إلى حوسبة جميع الخدمات الصحية التي نقدمها للمرضى ونهدف إلى الوصول الملف الإلكتروني، وربط الخدمات المقدمة في جميع المراكز ضمن شبكة إلكترونية موحدة.

ويرى الباحث أهمية حرص إدارة المراكز على الاستفادة من التقنيات الحديثة بهدف الارتقاء بالأداء ورفع كفاءة وفاعلية تلك المراكز، كما أن حرص المراكز على الانضمام إلى الشبكات العلمية العالمية التي تضم أطباء وخبراء في مجال العمل الصحي يساعد في تبادل الخبرات وتنمية المعلومات والمهارات بما يحقق أهداف المراكز الصحية في تقديم الخدمة النوعية واستدامتها.

6.3.4 الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز

جدول رقم (13.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	لا رأي لي	غير موافق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1	يوجد حرص بالمراكز الطبية على تنظيم ندوات/مؤتمرات في مجال عملها.	51.6	45.3	3.1	0	4.48	0.563	89.6
2	قامت المراكز بتنظيم ندوات أو مؤتمرات في مجال عملها خلال الخمس سنوات الأخيرة.	37.5	25.0	35.9	1.6	3.98	0.900	79.6
3	تحرص المراكز على إتاحة فرص الإبداع في مجالات عملها.	31.3	26.6	40.6	1.6	3.88	0.882	77.6
4	تعمل المراكز الصحية على إتاحة الفرص لترجمة كتب ومراجع في مجالات عملها بهدف تنمية الجانب البحثي والمعلوماتي لدى العاملين.	18.8	14.1	65.6	1.6	3.50	0.816	70.0
5	تدعم المراكز فرص العاملين فيها لحضور الندوات والمؤتمرات واللقاءات العلمية بداخل الدولة وخارجها.	21.9	14.1	60.9	3.1	3.55	0.872	71.0
6	يوجد إقبال من جانب الأعضاء العاملين على المشاركة في الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز الصحية.	32.8	46.9	18.8	1.6	4.11	0.758	82.2
7	تتظم المراكز فعاليات مختلفة لخدمة المجتمع في مجال خدماتها وأنشطتها.	42.2	48.4	7.8	1.6	4.31	0.687	86.2
8	إن الوضع الحالي للأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز الطبية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء المراكز الصحية.	42.2	40.6	3.1	14.1	4.09	1.050	81.8
79.6	الدرجة الكلية					3.98	0.558	

يتبين من جدول رقم 13.4 أن أعلى الدرجات كانت في حرص المراكز الطبية على تنظيم ندوات ومؤتمرات في مجال عملها بمتوسط درجات 4.48 ووزن نسبي 89.6% يليها تنظيم المراكز فعاليات مختلفة لخدمة المجتمع في مجال خدماتها وأنشطتها بمتوسط درجات 4.31 ووزن نسبي 86.2%، في حين كانت أدنى الدرجات في دعم العاملين في المراكز لحضور الندوات والمؤتمرات واللقاءات العلمية بداخل الدولة وخارجها بمتوسط درجات 3.55 ووزن نسبي 71% يليها عمل المراكز الصحية على إتاحة الفرص لترجمة كتب ومراجع في مجالات عملها بهدف تنمية الجانب البحثي والمعلوماتي لدى العاملين بمتوسط درجات 3.50 ووزن نسبي 70%، وقد بلغ المتوسط العام للدرجات في الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز 3.98 بوزن نسبي 79.6%، وتعني هذه النتيجة توفر الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز بدرجة عالية.

وفي دراسة لمعهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني تبين أن تطور القطاع الصحي في فلسطين قطع شوطاً مهماً منذ تولي السلطة الوطنية الفلسطينية مسؤولياتها عن القطاع الصحي في العام 1994 وشمل التطور جميع مجالات الرعاية الصحية ومستوياتها الأولية والثانوية والمتقدمة، لكن وعلى الرغم من تلك التطورات المهمة، ما زال القطاع الصحي يعاني من العديد من نقاط الضعف والتحديات أهمها النقص في أعداد الأطباء، وأطباء الأسنان، والصيدلة، واستمرار الاعتماد على الخارج لتوفير العديد من خدمات الرعاية الطبية الثانوية والمتقدمة الهامة، الذي يستنزف نحو ثلث نفقات وزارة الصحة الفلسطينية، ويعود ذلك بشكل رئيسي إلى هجرة الكوادر الطبية المتميزة بشكل عام وأصحاب التخصصات الطبية الدقيقة بوجه خاص، ما يتطلب من الحكومة وشركائها في القطاعين الأهلي والخاص القيام بتدخلات مدروسة للاستثمار في تطوير تلك المهارات بصورة منهجية، كونها تشكل العنصر الرئيسي لتحقيق توطيد الخدمات الطبية، جنباً إلى جنب مع معالجة بعض نقاط الضعف الأخرى، وتحقيق الأهداف الخاصة بالقطاع الصحي التي التزمت بها السلطة الوطنية الفلسطينية في إطار تحقيق أهداف خطة منظمة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة 2030 (عبد الله، 2018).

ويرى الباحث أن الأنشطة العلمية الصحية والمشاركة في الندوات والمؤتمرات والفعاليات في المجال الصحي وتشجيع الإدارة للعاملين على المشاركة في تلك الأنشطة والفعاليات بهدف رفع كفاءة وفاعلية أداء المراكز الصحية واستدامة الخدمات الصحية المقدمة بجودة عالية.

4.4 العلاقة بين الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية

للإجابة على السؤال الذي ينص على: ما العلاقة بين تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية في المحافظات الجنوبية؟ استخدم الباحث اختبار بيرسون Pearson Correlation Test لمعرفة العلاقة بين الدرجة الكلية لاستبانة معايير الرعاية الصحية الأولية والدرجة الكلية لاستبانة استدامة التنمية الصحية وذلك كما هو مبين في جدول رقم 14.4.

جدول رقم (14.4): العلاقة بين معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية

استدامة التنمية الصحية		
0.162	ر	معايير الرعاية الصحية الأولية
0.202	قيمة الدلالة	

يتبين من جدول 14.4 عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية ($r = 0.162$ ، قيمة الدلالة 0.202) وهي غير دالة إحصائياً.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن المراكز الصحية التابعة للجان العمل الصحي تتبع أنظمة وقوانين خاصة للعمل في المراكز الصحية التابعة لها، حيث تراعي اتباع معايير ذات جودة عالية في تقديم الرعاية الصحية للمرضى، كما تسعى لاستدامة تقديم الرعاية الصحية للمرضى من خلال تطوير المراكز الصحية واختيار الأطباء والممرضين الأكفاء للعمل في المراكز الصحية وبالتالي فهي تسعى للاستمرارية في تقديم الرعاية الصحية بجودة عالية وفي نفس الوقت السعي نحو استدامة التنمية الصحية بما يحقق حاجات الناس ويحقق أهداف لجان العمل الصحي، وهذا ما أظهرته نتائج التحليل التي بينت وجود مستوى فوق المتوسط في درجة تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية وفي درجة توفر معايير استدامة التنمية الصحية. وبينت نتائج دراسة مباركي وقرين (2019) عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الملموسية وجودة الخدمات الصحية، في حين بينت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أبعاد الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، والتعاطف وجودة الخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة محل الدراسة، كما تبين أن ارتباط أبعاد إدارة الجودة الشاملة بجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة محل الدراسة يعزز إمكانية تطبيق إدارة الجودة بالمؤسسات الصحية من أجل الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية.

5.4 الفروق في مدى تطبيق معايير الرعاية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية

التي تعزى لبعض المتغيرات

للإجابة على السؤال الذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات مقدمي الخدمة الصحية حول معايير الرعاية الصحية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى للجنس؟ قام الباحث بإجراء اختبار (ت) Independent sample t test، وذلك كما هو مبين في جدول رقم (4.15).

جدول رقم (15.4): الفروق في معايير الرعاية الصحية الأولية و معايير التنمية الصحية المستدامة التي تعزى

للجنس (ن = 64)

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة
معايير الرعاية الصحية الأولية	ذكر	34	4.377	0.212	0.618	0.539
	أنثى	30	4.341	0.246		
معايير التنمية الصحية المستدامة	ذكر	34	4.438	0.228	0.422	0.675
	أنثى	30	4.411	0.290		

يتبين من جدول رقم (15.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \geq$ بين العاملين الذكور والإناث في مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية ($P=0.539$)، كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \geq$ بين العاملين الذكور والإناث في معايير التنمية الصحية المستدامة ($P= 0.675$).

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الجوابرة (2016) التي بينت عدم وجود فروق في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في الخدمات الطبية العسكرية من وجهة نظر متلقي الخدمة الصحية تعزى لمتغير الجنس، بينما اختلفت مع نتائج دراسة بوخلوة وقمو (2016) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لإجابات العاملين حول جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير الجنس وكانت الفروق لصالح الذكور.

وتظهر هذه النتيجة أن مقدمي الرعاية الصحية في مراكز لجان العمل الصحي سواء الذكور أو الإناث يطبقون معايير الرعاية الأولية بدرجة متساوية، وتعتبر هذه النتيجة منطقية حيث أن العاملين في تلك المراكز يخضعون لنفس القوانين وأنظمة العمل ويتبعون نفس معايير الجودة في تقديم الرعاية الصحية للمرضى، وبالتالي من المنطقي عدم وجود فروق في مدى تطبيق تلك المعايير سواء كان مقدمي الرعاية الصحية ذكوراً أو إناثاً، كما أن تقديم الرعاية الصحية دون معايير الجودة المتبعة يعرض العاملين في تلك المراكز للمساءلة وقد يتعرضون للعقوبات الجزائية.

للإجابة على السؤال الذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات مقدمي الخدمة الصحية حول معايير الرعاية الصحية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى للعمر؟ قام الباحث بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي One-way ANOVA، وذلك كما هو مبين في جدول رقم (16.4).

جدول رقم (16.4): الفروق في معايير الرعاية الصحية الأولية و معايير التنمية الصحية المستدامة التي تعزى

للعمر (ن = 64)

المتغير	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	قيمة الدلالة
معايير الرعاية الصحية الأولية	21 - 29 سنة	23	4.392	0.266	0.945	0.394
	30 - 39 سنة	14	4.288	0.211		
	40 سنة فأكثر	27	4.370	0.199		
	المجموع	64	4.360	0.227		
معايير استدامة التنمية الصحية	21 - 29 سنة	23	4.472	0.208	0.617	0.543
	30 - 39 سنة	14	4.416	0.359		
	40 سنة فأكثر	27	4.391	0.236		
	المجموع	64	4.425	0.257		

يتبين من جدول رقم (16.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \geq$ في مدى تطبيق معايير الرعاية الأولية بأبعادها المختلفة وفي الدرجة الكلية للمقياس ($P= 0.394$)، كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \geq$ في معايير التنمية الصحية

المستدامة بأبعادها المختلفة وفي الدرجة الكلية للمقياس ($P= 0.543$) تعزى لعمر العاملين في المراكز الصحية.

وتتنفق هذه النتائج مع نتائج دراسة الجوابرة (2016) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في الخدمات الطبية العسكرية من وجهة نظر متلقي الخدمة الصحية يعزى لمتغير العمر، كما اتفقت مع نتائج دراسة بوخلوة وقمو (2016) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لإجابات العاملين حول جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير العمر، ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن العاملين في اتحاد لجان العمل الصحي من جميع الفئات العمرية تجمعهم ظروف متشابهة وبيئة عمل واحدة تجعل نظرتهم لجودة الخدمات الصحية لا تختلف عن بعضهم.

للإجابة على السؤال الذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات مقدمي الخدمة الصحية حول معايير الرعاية الصحية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى لسنوات الخبرة؟ قام الباحث بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي One-way ANOVA، وذلك كما هو مبين في جدول رقم (17.4).

جدول رقم (17.4): الفروق في معايير الرعاية الأولية ومعايير التنمية الصحية المستدامة التي تعزى لسنوات الخبرة

($n = 64$)

المتغير	سنوات الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	قيمة الدلالة
معايير الرعاية الصحية الأولية	أقل من 5 سنوات	14	4.347	0.244	0.994	0.376
	6 - 10 سنوات	25	4.319	0.257		
	أكثر من 10 سنوات	25	4.408	0.181		
	المجموع	64	4.360	0.227		
معايير استدامة التنمية الصحية	أقل من 5 سنوات	14	4.519	0.121	1.204	0.307
	6 - 10 سنوات	25	4.404	0.307		
	أكثر من 10 سنوات	25	4.395	0.255		
	المجموع	64	4.425	0.257		

يتبين من جدول رقم (17.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ≥ 0.05 في مدى تطبيق معايير الرعاية الأولية بأبعادها المختلفة وفي الدرجة الكلية للمقياس ($P= 0.376$)، كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ≥ 0.05 في معايير التنمية الصحية المستدامة بأبعادها المختلفة وفي الدرجة الكلية للمقياس ($P= 0.307$) تعزى لسنوات الخبرة لدى العاملين في المراكز الصحية. واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة البلاصي (2015) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقييم جودة الخدمات الصحية في المراكز التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر العاملين تعزى لمتغير سنوات الخبرة، كما اتفقت مع نتائج دراسة بوخلوة وقمو (2016) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصور العاملين حول جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير سنوات الخبرة، في حين أظهرت نتائج دراسة كل من كرادشة (2011)، نياب (2012) وكردية (2012) أن سنوات الخبرة تعتبر مؤشراً هاماً من مؤشرات تقييم الجودة.

ويرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية حيث أن اتحاد لجان العمل الصحي تستقطب الكفاءات الطبية والتمريضية للعمل في المراكز الصحي، كما أن الإعلان عن وظائف شاغرة غالباً يتضمن مواصفات خاصة مع وجود عدد معين من سنوات الخبرة للمتقدمين للوظائف الصحية خاصة الأطباء والتمريض، وبالتالي فإن غالبية العاملين من أطباء وتمريض يمتلكون خبرات مختلفة قبل التحاقهم بالعمل في اتحاد لجان العمل الصحي، كما أن بعض الأطباء والمرضى موظفين في مستشفيات وعيادات وزارة الصحة ويعملون بشكل جزئي في اتحاد لجان العمل الصحي، وبالتالي فهم يمتلكون خبرات سابقة في العمل الصحي، وهذا ما يفسر عدم وجود فروق في وجهة نظر العاملين في اتحاد لجان العمل الصحي نحو جودة المعايير الصحية ومعايير استدامة الخدمات الصحية.

للإجابة على السؤال الذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات مقدمي الخدمة الصحية حول معايير الرعاية الصحية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى للمؤهل العلمي؟ قام الباحث بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي One-way ANOVA، وذلك كما هو مبين في جدول رقم (18.4).

جدول رقم (18.4): الفروق في معايير الرعاية الأولية ومعايير التنمية الصحية المستدامة التي تعزى للمؤهل العلمي (ن = 64)

المتغير	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	الدلالة
معايير الرعاية الصحية الأولية	دبلوم	14	4.377	0.290	0.170	0.844
	بكالوريوس	31	4.343	0.212		
	دراسات عليا	19	4.376	0.211		
	المجموع	64	4.360	0.227		
معايير استدامة التنمية الصحية	دبلوم	14	4.465	0.250	0.536	0.588
	بكالوريوس	31	4.437	0.253		
	دراسات عليا	19	4.376	0.275		
	المجموع	64	4.425	0.257		

يتبين من جدول رقم (18.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ≥ 0.05 في مدى تطبيق معايير الرعاية الأولية بأبعادها المختلفة وفي الدرجة الكلية للمقياس ($P= 0.844$)، كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ≥ 0.05 في معايير التنمية الصحية المستدامة بأبعادها المختلفة وفي الدرجة الكلية للمقياس ($P= 0.588$) تعزى للمؤهل العلمي لدى العاملين في المراكز الصحية.

واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة البلاصي (2015) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقييم جودة الخدمات الصحية في المراكز التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر العاملين تعزى لمتغير المؤهل العلمي، في حين اختلفت مع نتائج دراسة الجوابرة (2016) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائية في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في الخدمات الطبية العسكرية من وجهة نظر متلقي الخدمة الصحية يعزى لمتغير المستوى التعليمي، كما اتفقت مع نتائج

دراسة بوخلوة وقمو (2016) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصور العاملين حول جودة الخدمات الصحية تعزي إلى متغير المؤهل العلمي.

للإجابة على السؤال الذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات مقدمي الخدمة الصحية حول معايير الرعاية الصحية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزي للمسمى الوظيفي؟ قام الباحث بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي One-way ANOVA، وذلك كما هو مبين في جدول رقم (19.4).

جدول رقم (19.4): الفروق في معايير الرعاية الأولية ومعايير التنمية الصحية المستدامة التي تعزي للمسمى الوظيفي (ن = 64)

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المسمى الوظيفي	معايير الرعاية الصحية الأولية
0.994	0.007	0.215	4.360	36	طبيب	معايير الرعاية الصحية
		0.247	4.360	28	ممرض	الأولية
0.189	-1.329	0.293	4.388	36	طبيب	معايير استدامة التنمية
		0.197	4.473	28	ممرض	الصحية

يتبين من جدول رقم (19.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \geq$ في مدى تطبيق معايير الرعاية الأولية بأبعادها المختلفة وفي الدرجة الكلية للمقياس ($P= 0.994$)، كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \geq$ في معايير التنمية الصحية المستدامة بأبعادها المختلفة وفي الدرجة الكلية للمقياس ($P= 0.189$) تعزي للمسمى الوظيفي العاملين في المراكز الصحية.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة بوخلوة وقمو (2016) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصور العاملين حول جودة الخدمات الصحية تعزي إلى متغير المسمى الوظيفي، كما اتفقت مع نتائج دراسة البلاصي (2015) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقييم جودة الخدمات الصحية في المراكز التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر العاملين تعزي لمتغير

المسمى الوظيفي. ويرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية، حيث أن العاملين في المراكز الصحية باختلاف مواقعهم ومسمياتهم الوظيفية يخضعون لنفس الأنظمة والقوانين التي تنظم العمل وتحدد الواجبات والمسئوليات لكل الموظفين، ويقدمون الخدمة الصحية ضمن معايير موحدة ومحددة، وبالتالي فمن المنطقي عدم وجود فروقات واضحة في تصوراتهم نحو جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المراكز الصحية التي يعملون بها.

5.4 نتائج المقابلات الشخصية

بهدف الحصول على المزيد من المعلومات والتفسيرات حول الرعاية الصحية المقدمة، قام الباحث بإجراء مقابلات شخصية فردية مع 15 مريض ومريضة من متلقي الخدمة الصحية في المراكز الصحية التابعة للجان العمل الصحي في قطاع غزة، كما تم إجراء مقابلات مع أربعة من العاملين في اتحاد لجان العمل الصحي (مدير طبي، مدير تمريض، طبيب، وممرض) وقد تضمنت المقابلات أسئلة حول معايير جودة الرعاية الصحية واستدامة التنمية الصحية (ملحق 2).

ابتدأت المقابلات بالترحيب والتعريف بالهدف من إجراء المقابلة وأخذ الموافقة على إجراء المقابلة، وقد استغرقت كل مقابلة حوالي 10 دقائق، كما تم تسجيل المقابلات بهدف الاستماع إليها واستخراج المعلومات اللازمة لاستكمال نتائج الدراسة وإثرائها.

وقد توزعت إجابات الأفراد الذين تمت مقابلاتهم على عدة محاور رئيسية ومفاهيم فرعية على النحو التالي:

المحور الأول: جودة الرعاية الصحية:

وقد أظهرت نتائج المقابلات مجموعة من المفاهيم تضمنت سرعة الاستجابة في الحالات الطارئة، التعاون والتنسيق بين التخصصات المختلفة، تنوع الخدمات الصحية، كفاءة مقدمي الرعاية الصحية.

في هذا المحور فقد أفاد غالبية المرضى الذين تمت مقابلاتهم بأن مقدمي الخدمة الصحية من أطباء وتمريض وفنيين يتميزون بالكفاءة العالية، وسرعة الاستجابة للحالات الطارئة. كما أفاد بعض المرضى بتوفر غالبية الخدمات التشخيصية والعلاجية والتي تشمل خدمات الأشعة والمختبر، وتوفر الأدوية في صيدلية المركز. وذكر غالبية المرضى أن الممرضين يتحدثون مع المرضى بشكل مهذب

ولطيف، ويقوموا بمساعدة المرضى من كبار السن عند التنقل والتحرك داخل المركز الصحي. كما أفاد غالبية المرضى برضاهم عن المعاملة الحسنة التي يتلقونها من العاملين في المركز الصحي منذ لحظة دخولهم إلى المركز وخلال مراحل تقديم الرعاية الصحية المطلوبة. وأفاد أحد المرضى بأن الطبيب يتواصل معه في البيت لمتابعة حالته والاطمئنان على وضعه الصحي وتقديم الاستشارة اللازمة.

وقد ذكر مدير التمريض أننا في اتحاد لجان العمل الصحي نسعى إلى تقديم الخدمة الصحية الأفضل والالتزام بالمعايير الصحية ضمن الامكانيات المتاحة، كما نسعى إلى الحفاظ على بيئة آمنة للمرضى لمنع حدوث العدوى أو حدوث الإصابات الجسدية للمرضى أثناء تواجدهم في المراكز الصحية. كما يقدم المركز الصحي المجتمعي التابع لمستشفى العودة خدمات التنقيف الصحي لذوي الأمراض المزمنة من كبار السن.

وأفاد أحد المرضى بأننا نسعى لتقديم أفضل رعاية ممكنة للمرضى من خلال تقديرنا لوضع المريض، واستخدام الأدوات اللازمة بطريقة صحيحة، كما توجد حلقة تواصل متكاملة من العمل، فبعد تسجيل المريض في الكاونتر يتم إرسال المريض للطبيب أو الممرض لتلقي الخدمة المطلوبة، بحيث لا يشعر المريض بالتوهان في المركز الصحي. كما أن الشراكة مع بعض المنظمات الصحية مثل أطباء بلا حدود وأطباء العالم أفادتنا كثيراً في اكتساب الخبرات وتنمية قدرتنا ومهارتنا في تقديم الرعاية التمريضية.

وأفاد أحد الأطباء بأننا نسعى لتقديم خدمات طبية بجودة عالية تتال رضا المرضى، ونعمل على تقليل فترة انتظار المرضى في المركز، كما أننا نتميز في الرعاية الطبية المختصة في أمراض النساء والولادة، رعاية الحوامل والأطفال بعد الولادة خاصة في محافظة شمال غزة، ونركز على التنقيف الصحي والإرشادات الخاصة للأمهات خلال فترة الحمل، كما نقدم أحياناً خدمات الرعاية الصحية المنزلية حيث نقوم بإرسال فريق طبي تمريضي للبيت لمعاينة الأم والطفل، ونسق مع وزارة الصحة في بعض الحالات المعقدة التي تحتاج رعاية خاصة.

المحور الثاني: النظام الإداري

من خلال المقابلات انبثقت مجموعة من المفاهيم تضمنت الرقابة الإدارية، التنسيق بين الفئات المختلفة، بيئة وبنية المركز الصحي.

أظهر العديد من المرضى رضاهم عن آلية تقديم الخدمة الصحية، حيث يأتي المريض إلى المركز الصحي ويتوجه إلى كاونتر التسجيل ويتم استخراج ملف للمريض، ثم يتم توجيه المريض للطبيب المختص، وبعد المعاينة والفحص من قبل الطبيب يتم توجيه المريض إلى المختبر والأشعة لإجراء الفحوصات اللازمة، وتظهر نتائج الفحوصات إلكترونياً لدى الطبيب المختص، ثم يتم وصف العلاج المناسب، ويتوجه المريض إلى الصيدلية لأخذ العلاج الموصوف، ويتم حجز موعد للمراجعة، وقد أفاد بعض المرضى أن فترة الانتظار في المركز الصحي تكون حوالي نصف ساعة.

وأفاد بعض المرضى بعدم وجود ازدحام في المركز الصحي واتباع الإجراءات الاحترازية لمنع انتقال العدوى في ظل جائحة كورونا والمتمثلة في تباعد مقاعد المرضى، توفير الكحول لتعقيم الأيدي، ولبس كامامة الوجه لجميع العاملين والمرضى على حد سواء، في حين أفاد بعض المرضى بوجود أعداد كبيرة من المرضى في قاعة الانتظار مع عدم التزام بعض المرضى بالتباعد الجسدي مما يزيد من خطر الإصابة بفيروس كورونا. أفاد غالبية المرضى أن مستوى النظافة كان بدرجة عالية خاصة في ظل انتشار مرض الكورونا كما يقوم عمال النظافة بمسح المقاعد والممرات بالكحول والمحاليل المطهرة.

وأفاد المدير الطبي بوجود تنسيق وتعاون بين الطاقم الإداري والطواقم الفنية وهذا يساعد في سير العمل وتقديم الخدمة الصحية بشكل انسيابي وسهل بدون تعقيدات وبدون تأخير، كما أن استخدام الكمبيوتر ووسائل التكنولوجيا يسهل عمل الطواقم الصحية ويقلل من الروتين الذي قد يعيق العمل، وفي هذا المجال فنحن نسعى إلى حوسبة جميع الخدمات الصحية التي نقدمها للمرضى ونهدف إلى الوصول الملف الإلكتروني، وربط الخدمات المقدمة في جميع المراكز ضمن شبكة إلكترونية موحدة.

كما توجد رقابة ومتابعة من الإدارة على التزام الموظفين بأماكن عملهم وتبسيط عملية تقديم الرعاية الصحية اللازمة، ووجود رقابة ومتابعة لنظافة المركز والتهوية.

أيضاً منح المرونة المناسبة وتفويض الصلاحيات للمشرفين ورؤساء الأقسام موضوع أساسي في الإدارة لدينا، كما أن اتباع المعايير هو الناظم والمسير للخدمات الصحية المقدمة من أجل توحيد آلية العمل حيث يوجد لدينا دليل إجرائي ينظم المهام والية العمل مع المرضى.

المحور الثالث: استدامة الخدمة الصحية

وقد أظهرت نتائج المقابلات مجموعة من المفاهيم تضمنت السعي نحو تطوير الخدمات الصحية، تطوير العاملين في المراكز الصحية، والتوسع والتنوع في الخدمات الصحية بحيث تشمل الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية.

أفاد المدير الطبي أن الإدارة تعمل على التوسع في تقديم الخدمات الصحية المتخصصة في الطب، النساء والولادة، والجراحة وخاصة جراحة العظام، واستقبال الوفود الطبية المتخصصة التي تأتي إلى قطاع غزة والاستفادة من خبراتهم في مجالات الجراحة المختلفة. ونسعى إلى استقطاب أصحاب الخبرات والقدرات المهنية العالية بحيث يكون لديهم القدرة على التعامل مع كل الحالات وتقديم الخدمة الصحية بأفضل طريقة ممكنة.

كما أفاد المدير الطبي بسعي الإدارة إلى توفير الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة وتدريب العاملين عليها، كما أفاد بوجود خطة تطويرية تشمل العاملين من خلال ابتعاث أطباء وممرضين للتدريب في الخارج والحصول على خبرات ومهارات جديدة تواكب التطور في الخدمات الصحية لضمان استمرارية تقديم الرعاية الصحية بجودة عالية تنافسية.

ونعمل بشكل تكاملي مع وزارة الصحة والشركاء الآخرين الذين يقدمون خدمات صحية بعيداً عن الازدواجية، فمثلاً خدمات التطعيم للأطفال تقدم في وزارة الصحة ووكالة الغوث، فنحن لا نقدم هذه الخدمة. بالمقابل نحن نتميز في خدمات أمراض النساء والولادة، حيث توجد لدينا خدمات أمراض النساء ومتابعة الحمل في جميع مراكزنا الصحية من خلال طواقم طبية متخصصة، كما توجد لدينا خدمات طب الأسنان في غالبية المراكز الصحية.

ونحن نؤمن بأن استدامة التنمية الصحية مرتبطة بجودة الخدمة الصحية، ونحن نعتبر اتحاد لجان العمل الصحي لاعب رئيسي في مجال الخدمة الصحية ضمن المنظمات التي تقدم الخدمة الصحية، ونتلقى الدعم من وكالة الغوث ومنظمة أطباء العالم MSF، OCHA. كما نسعى إلى استدامة التنمية

الصحية من خلال تعزيز الموارد الذاتية بحيث نتمكن من الاستمرار في تقديم الخدمة الصحية لو حدث انقطاع او نقص في الدعم الخارجي.

وأفاد مدير التمريض بأهمية التواصل والتشبيك مع المؤسسات الصحية المحلية والدولية للحصول على الدعم والتمويل اللازم لتقديم الخدمات الصحية المتطورة، وتبادل الخبرات مع المراكز الأخرى بهدف رفع كفاءة العاملين في المراكز الصحية.

الفصل الخامس

الاستنتاج والتوصيات

1.5 الاستنتاج

يلقى موضوع استدامة التنمية الصحية اهتماماً عالمياً، حيث وضعته منظمة الصحة العالمية ضمن أهداف التنمية المستدامة. وتأتي هذه الدراسة في هذا السياق بهدف معرفة درجة تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية وعلاقتها باستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية الغير حكومية في المحافظات الجنوبية، وقد أجريت هذه الدراسة في المراكز الصحية التابعة للجان العمل الصحي.

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية. في الإجمال، أظهرت النتائج أن معايير الرعاية الصحية الأولية تطبيق بدرجة عالية، كما أن المعايير الفرعية كانت تطبق بدرجة عالية أيضاً، والتي تضمنت معايير رعاية المريض، معايير الأمان وسلامة المريض، معايير الإدارة، ومعايير الخدمات المجتمعية.

كما أظهرت النتائج أن معايير استدامة التنمية الصحية كانت متوفرة بدرجة عالية، كما أن المعايير الفرعية كانت متوفرة بدرجة عالية أيضاً، والتي تضمنت الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة، الموارد البشرية، الاعتمادات والموارد المالية الذاتية، قواعد بيانات المركز وموقعه الالكتروني، تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية، والأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز.

وأظهرت نتائج المقابلات الشخصية مع المرضى متلقي الخدمة الصحية أن غالبية المرضى يرون أن الخدمة الصحية التي يتلقونها كانت ذات جودة عالية، وتلقي معاملة حسنة من قبل مقدمي الرعاية الصحية، في حين أن ثلثي المرضى أفادوا بأن مقدمي الخدمة الصحية يتواصلون معهم في البيت للاطمئنان عليهم ومتابعة حالتهم الصحية.

2.5 التوصيات

بالرغم من أن نتائج الدراسة تفيد بأن معايير الرعاية الصحية الأولية تطبق بدرجة عالية وأن معايير استدامة التنمية الصحية متوفرة بدرجة عالية، فإن الباحث يوصي بالتالي وذلك بهدف تعزيز جودة الخدمة الصحية واستدامتها:

توصيات خاصة بمتخذي القرار في اتحاد لجان العمل الصحي:

- استقطاب الكفاءات الطبية والتمريضية المتميزة لتعزيز وتطوير الخدمات الصحية لمواكبة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.
- إعداد وتنفيذ برامج تدريبية بشكل دوري بهدف الحفاظ على درجة عالية من المعرفة والمهارات لمقدمي الرعاية الصحية.
- تعزيز التشبيك والتنسيق مع المنظمات الغير حكومية الأخرى لتفادي الإزدواجية في البرامج والخدمات الصحية التي تقدمها تلك المنظمات.
- العمل على حوسبة الخدمات الصحية وإنشاء شبكة الكترونية تربط كل المراكز الصحية ضمن منظومة عمل وبرامج موحدة.

توصيات خاصة بمقدمي الرعاية الصحية

- التأكيد على اتباع إجراءات الوقاية والسلامة لمنع انتقال العدوى للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية على حد سواء.
- الاستفادة من الوفود الزائرة وتبادل الخبرات والتجارب بما يؤدي إلى رفع مستوى المهارات الاكلينيكية والتمريضية.
- تعزيز العمل بروح الفريق الواحد بهدف تكامل الخدمة الصحية المقدمة من التخصصات الصحية المختلفة.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية

- اتحاد لجان العمل الصحي (2018). **اللائحة الداخلية للجان العمل الصحي**.
- الأغا، بدر (2014). **المعوقات التي تواجه التشبيك بين الجمعيات الأهلية وطرق مواجهتها، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلوان، مصر**.
- الإمام، خالد محمد أحمد (2010). **الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات، دراسة حالة مستشفى ود مدني التعليمي، رسالة ماجستير، جامعة السودان**.
- البيسوني، عائشة (2014). **إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين**.
- البلاصي، عبير (2015). **تقييم جودة الخدمات الصحية في المراكز التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر المرضى ومقدمي الخدمة في محافظتي الخليل وبيت لحم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين**.
- بن عيشاوي، أحمد (2006). **إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، الجزائر، ص 319**.
- بوخلوة، باديس وقمو، سهيلة (2016). **أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بتقريت، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد الخامس**.
- بودية، بشير (2017). **أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمعة -بشار، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد الثالث، العدد الثاني، ص ص 165-180**.

الترتوري، محمد عوض و جويحات، أغادير عرفات (2006). إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن.

الجبوري، علي (2019). التنمية الصحية المستدامة: التحديات والاتجاهات المستقبلية مدخل بيئي اقتصادي اجتماعي، مجلة تنمية الموارد البشرية للدراسات والأبحاث، المركز الديمقراطي العربي، برلين، ألمانيا، العدد السادس، ص ص 28 - 47.

الجمال، هشام مصطفى (2006). دور الموارد البشرية في تمويل التنمية بين النظام المالي الإسلامي و النظام المالي الوضعي، دراسة مقارنة، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.

حمادو، عبد الله وبن عيشاوي (2018). أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة)، مجلة مراجعة الإصلاحات الاقتصادية والتكامل في الاقتصاد العالمي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، العدد 26.

حمایزیه، لامیه وزرقين، عبود (2015). التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المقرد البشري، دراسة مقارنة الجزائر، تونس، والمغرب. مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر، العدد التاسع، ص ص 253 - 273.

حمدتو، السعودی والبشير، أبو سفيان والنوري، أحمد (2020). استطلاع آراء الإدارات العليا حول تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة في ولاية الجزيرة، السودان: دراسة تحليلية (2018). المجلة العربية للنشر العلمي، العدد السادس عشر، ص ص 395 - 426.

خسروف، أيمن محمد كمال (2008). تسويق الخدمات الصحية، بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات، المركز الدولي الاستشاري للتنمية الإدارية، بريطانيا.

داخل، زهراء رضا (2018). قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة القادسية، العراق.

ذياب، صلاح (2012). قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، ص 69-104.

السالم، محمد (2019). تعريف المنظمات غير الحكومية. بتاريخ 1-10-2021 (<https://sotor.com>)

السامرائي، مهدي صالح (2007). إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، الطبعة الأولى، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

سلطاني، وفاء (2016). تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها: دراسة ميدانية بولاية باتنة، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، الجزائر.

شولي، بهيه (2011). تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة للأطفال دون سن الخامسة في شمال الضفة الغربية/ فلسطين، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

العايب، عبد الرحمن وبقه، الشؤيف (2011). التحكم في الأداء الشامل للمؤسسة الاقتصادية في الجزائر: رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة فرحات عباس.

عبد الله، سمير (2018). نقص وفجوة المهارات في القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس).

العتيبي، عامر عياد (2016). إدارة المستشفيات والمرافق الصحية: المبادئ الأساسية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.

العسالي، محمد أديب (2006). واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير الثقافي، دمشق، سوريا.

العلي، عبد الستار (2008). **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن.

العنزي، سعد علي (2009). **الإدارة الصحية**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 238.

الغوطي، تغريد (2015). **التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي** بقطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

فلاح، بلال ومشعل، جهاد وبيطاوي، وفاء (2020). **تقييم قطاع الصحة الفلسطيني: دراسة تحليلية على المستوى الكلي**، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، القدس، فلسطين.

فلاق، حمد وخرشي، اسحاق وحدو سميرة (2017). **تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية: نموذج مقترح**، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، جامعة الشلف، الجزائر، ص 624.

القحطاني، فاطمة بنت مشيب على آل عصام وكشكوشة، نجوى متولي مشرف ومحمود، إلهام الشافعي محمد مناقش والدخيل، إبراهيم بن علي مناقش (2014). **تطبيق معايير الجودة الشاملة وعلاقتها برضى المستفيدين في مدينة الملك عبد العزيز الطبية للحرس الوطني**. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.

القرشي، حسين بن ردة (1999). **أسرار النجاح في تحقيق الجودة الإدارية الشاملة**، دار حافظ للنشر والتوزيع، جدة، السعودية.

القيسي، وفاء غازي (2018). **دور البيئة والتنوع البيولوجي في التنمية المستدامة**، مجلة الهندسة والتكنولوجيا، المجلد 36، العدد 3، 274 - 285.

كاظم، رحاب حسين (2013). أهداف إدارة الجودة الشاملة وفوائدها، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة بابل، العراق.

كرادشة، وفاء (2012). تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الأردن (دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة)، رسالة ماجستير، قسم إدارة الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الأردن

كردية، أيمن زكي سعيد (2011). مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فعالية الخدمة الصحية من وجهة نظر جمهور المراجعين: دراسة تطبيقية على مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية، محافظات قطاع غزة. رسالة ماجستير، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية - غزة.

مباركي، صالح وقرید، عمر (2019). دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات أحمد بن رمضان قبائلي)، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيصر - بسكرة، الجزائر.

المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية (2019). منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، برلين، ألمانيا.

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني (2019). الرعاية الصحية الأولية في فلسطين.

مجلس الوزراء الفلسطيني (2018). أهداف التنمية المستدامة، الاستعراض الوطني الطوعي الأول حول متابعة وتنفيذ خطة التنمية المستدامة 2030.
(<http://www.palestinecabinet.gov.ps>).

معوض، شيماء (2015). تطبيق معايير جودة الرعاية الصحية للمرضى بالمستشفيات الجامعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مصر.

منظمة الصحة العالمية (2015). مؤتمر قمة الأمم المتحدة للتنمية 2015.
(<https://www.who.int/mediacentre>)

منظمة الصحة العالمية (2018). الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل، تقرير من المدير العام.

منظمة الصحة العالمية (2019). تقديم خدمات صحية عالية الجودة: ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة، منظمة الصحة العالمية، منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبنك الدولي للإنشاء والتعمير/البنك الدولي.

نصار، محمد (2017). العوامل الداخلية المؤثرة على التشبيك في شبكة المنظمات الأهلية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

نصيرات، فريد توفيق (2014). إدارة المستشفيات، دار الميسرة، عمان.

وزارة الصحة الفلسطينية (2015). تقييم مراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية من وجهة نظر المراجعين والكادر الطبي. دائرة تخطيط الجودة في وزارة الصحة الفلسطينية، رام الله، فلسطين.

وزارة الصحة الفلسطينية (2017). التقرير السنوي للإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية لعام 2017، رام الله، فلسطين.

وزارة الصحة الفلسطينية (2018). التقرير الصحي السنوي، رام الله، فلسطين.

وزارة الصحة الفلسطينية (2020). التقرير الصحي السنوي 2019، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

المراجع الأجنبية

Alameddine, M., Saleh, S., and Natafqi, N. (2015). **Assessing health-care providers' readiness for reporting quality and patient safety indicators at primary health-care centers in Lebanon: a national cross-sectional survey**, Beirut, Lebanon. Human Resources for Health, 13:37.

Al-Khaldi, M. (2012). The contributions of the international funds to developing the Palestinian health care system: Focus on NGOs-Gaza. **Master Thesis**, Al Quds University, Palestine.

- Belwitt, J. (2008). **Understanding sustainable development**, Earthscan in the UK and USA, p16.
- Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means. **Inquiry**, 25(1), 173-192.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. **The Milbank Quarterly**, 83(4), 691-729.
- Elg, M., Stenberg, J., Kammerlind, P., Tullberg, S., Olsson, J. (2011). Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 24(2). (<https://dspace.alquds.edu>).
- Giacaman et al. (2009). "**Health status and health services in the occupied Palestinian Territory**", *Lancet* 373:837-49; Human Development Report 2009/10 Investing in Human Security for a Future State, UNDP. Retrieved from: www.thelancet.com.
- Lesoin, G. (2021). **What is Deming Cycle - Definitions & Examples – Edraw**. (<https://www.edrawsoft.com/business-diagram/deming-cycle.html>). Accessed 14.4.2021.
- Lohr KN. (1990). **Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program**. **Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines**, National Academies Press (US), Washington (DC), PMID: 25144032.
- Mataria, A., Khatib, R., Donaldson, C., Bossert, T., Hunter, D., Alsayed, F., Moatti, J. (2009). The health-care system: an assessment and reform agenda, **The Lancet**, 373(9670): 1207-1217.
- Organization for Economic Cooperation and Development (2001). **Policy Brief , sustainable development: Critical issues**, p2.
- United Nations (2021). **Universal Declaration of Human Rights 1948**. (<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>). Accessed on 14.4.2021.
- World Health Organization (2008). **10 facts on health workforce crisis**. (https://www.who.int/features/factfiles/health_workforce/en)
- WHO, (2018). **Bulletin of the World Health Organization**, 96:591-591A. Geneva, Switzerland.

الملاحق

ملحق (1): الاستبانة النهائية لأداة الدراسة.

السادة الافاضل حفظكم الله وراحمكم،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

يتشرف الباحث بتقديم استبانة بين أيديكم لإجراء بحث بعنوان:

مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية وعلاقته باستدامة التنمية الصحية في المنظمات الصحية غير الحكومية: دراسة حالة: اتحاد لجان العمل الصحي في المحافظات الجنوبية.

The extent of application of primary health care standards and its relation to sustainable health development in non-governmental health organizations: Case study: Union of Health Work Committees in the Southern Governorates.

وذلك استكمالاً للحصول على درجة الماجستير في التنمية المستدامة ضمن برنامج التنمية المستدامة- بناء المؤسسات وتنمية الموارد البشرية بجامعة القدس أبو ديس، لذا أمل من سيداتكم التكرم بقراءة كل عبارة من عبارات الاستبانة، ثم وضع علامة (✓) في الخانة التي تمثل وجهة نظركم نحو ما هو قائم بالفعل في الجزء الأول من الاستبيان وفق تدرج خماسي (موافق بشدة، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)، وفي الجزء الثاني من الاستبيان وفق تدرج خماسي (موافق، محايد، غير موافق، موافق بشدة، غير موافق بشدة)، علماً أن المعلومات التي سيتم الحصول عليها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط ولك حرية الموافقة أو الانسحاب من البحث متى شئتم، نشكر لكم تعاونكم، ونؤكد لكم أن لإجاباتكم تأثيراً مهماً في دقة النتائج وتحقيق أهداف البحث.

وتقبلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،

الباحث/ أحمد سمير ضاهر

أولاً: البيانات الشخصية:

الجنس:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
العمر: سنة
سنوات الخبرة:	<input type="checkbox"/> أقل من 5 سنوات <input type="checkbox"/> 5-10 سنوات <input type="checkbox"/> 11 سنة فأكثر
المؤهل العلمي:	<input type="checkbox"/> دبلوم <input type="checkbox"/> بكالوريوس <input type="checkbox"/> ماجستير أو دكتوراه
المسمى الوظيفي:	<input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض

ثانياً: معايير الرعاية الصحية

نأمل تفضلكم بوضع علامة (✓) أمام كل عبارة وذلك في المكان المناسب للدلالة حول مدى تطبيق معايير الرعاية الأولية في ضوء عملكم في المراكز الصحية.

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارة
معايير رعاية المريض:					
					1- يتم منح العاملين التفويض المناسب لتقديم الرعاية للمريض ضمن المعايير المتبعة في المركز .
					2- يتم تفويض الصلاحيات بما يتناسب مع قدرات العاملين.
					3- يتم العمل على تحديد دقيق للصلاحيات والاختصاصات للعاملين عند تفويضهم للقيام ببعض الأعمال.
					4- لدينا العديد من الخدمات الجيدة والايجابية في المركز الصحي.
					5- ساعات العمل في مركز الرعاية الصحية الأولية مناسبة.
					6- يتعاون المرضى وذويهم مع التعليمات التي تقدم لهم.

					7- المركز يتعاون مع المريض إذا شعر بألم ويعطى علاج مسكن.
					8- الطبيب يقدم خدمات طبية متكاملة.
					9- هناك تعقيم جيد لمنع انتشار الامراض المعدية.
					10- عدد الأسرة في الطوارئ مناسب لعدد المرضى.
					11- هناك رعاية كاملة لحديثي الولادة.
					12- يوجد خدمات اسنان وعلاجات مناسبة للمراجعين لدينا.
معايير أمان وسلامة المريض:					
					13- المكان نظيف ومعقم بشكل جيد لمنع انتشار العدوى.
					14- أقدم خدماتي للمرضى دون ان اتعرض للخطر.
					15- اعمل في بيئة آمنة.
					16- بيئة المركز سليمة.
					17- هناك نقص في الخدمات التشخيصية للمرضى.
					18- تصميم المركز مناسب بشكل تام لجميع المرضى.
					19- سهولة نقل مرضى الطوارئ الى المستشفى.
					20- يلتزم الزوار بأوقات الزيارة.
					21- الغذاء المقدم للمرضى صحي وكافي.
					22- مراقبة الأمراض المنقولة والمعدية والوقاية منها وخاصة عن طريق التلقيح.
					23- توجد خدمات تراعي ذوي الاحتياجات الخاصة.
					24- هناك فحص دوري لتحديد الأمراض المعدية والوقاية منها.
معايير الإدارة:					
					25- هناك تعاون بين الإدارة العليا والموظفين.
					26- تقدم الإدارة كافة المعلومات المطلوبة للعاملين معهم.
					27- يستطيع المرضى اخذ ملفاتهم الطبية متى ارادوا ذلك.

					28- هناك إنكاء للوعي والتدريب بشأن تحسين جودة الادارة في مكان العمل للمرفق الصحي.
					29- المؤسسة ملتزمة بمكان عمل يتسم بالإنصاف والاحترام.
					30- هناك تدابير قائمة لتحديد مخاطر الصحة البيئية.
					31- هناك ممارسات لترشيد استخدام الطاقة الكهربائية وتحسين جودة الماء.
					32- هناك تقييم منتظم لتحديد المخاطر والوقاية منها.
					33- تتاح للموظفين مرافق الغسل وتغيير الملابس والراحة.
					34- الموظفون يتدربون بشأن الاستخدام الآمن للمعدات وصيانتها، لا سيما المنتجات والنماذج.
معايير الخدمات المجتمعية:					
					35- هناك تواصل جيد، ونهج عمل الفريق بين العاملين في المركز.
					36- تسود في المراكز ثقافة الثقة والاحترام والتعاون بين الموظفين في كافة المستويات.
					37- يساعد وضع السياسات والإجراءات الصارمة في مكان العمل على الحد من الإصابات والأمراض.
					38- هناك تعاون بين المؤسسات الصحية المختلفة.
					39- يتم منح العاملين المرونة المناسبة في أداء أنشطتهم في المراكز الصحية المجتمعية.
					40- تقدم للأم كل ما يلزمها هي وطفلها بعد الولادة.
					41- سهولة الوصول إلى مركز الرعاية الذي اعمل به.
					42- توفر العيادة مركز تثقيف صحي للمرضى.
					43- تقدم العيادة كل ما يحتاجه المراجعين لتنظيم الاسرة.
					44- تؤخذ بالحسبان المسؤوليات العائلية والمنزلية والاجتماعية للموظفين.

الجزء الثالث: معايير استدامة التنمية الصحية

نأمل تفضلكم بوضع علامة (✓) أمام كل عبارة وذلك في المكان المناسب للدلالة على اتجاهاتكم حول علاقة تطبيق معايير الرعاية الأولية مع استدامة التنمية الصحية وذلك في ضوء عملكم في المراكز الصحية للمؤسسة.

درجة الموافقة					العبارة	الرقم
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة.						
					يلاحظ بالمركز الاهتمام بعقد شراكات مع مراكز صحية عالمية مماثلة.	1
					يلاحظ حرص المراكز الصحية على عقد شراكات مع المراكز الوطنية الأخرى للاستفادة من خبرات المركز الصحية.	2
					توجد شراكات قائمة بين المركز والمراكز الصحية المماثلة والمؤسسات الأخرى.	3
					تحقق الشراكات مع المراكز المماثلة اكتساب خبرات جيدة.	4
					توفر الشراكات مع المؤسسات الأخرى عوائد مالية تدعم الاحتياجات المالية للمراكز الصحية.	5
					تحرص المراكز على تكوين مجموعات صحية في مجالات طب الطوارئ أو مجالات صحية أخرى.	6
					إن الوضع الحالي للمراكز الصحية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء العاملين فيها.	7
الموارد البشرية:						
					تحرص المراكز الصحية على التعامل الإيجابي مع المراجعين فيها.	8
					يتمتع العاملون بالمراكز بالكفاءة والمهارة في التعامل بمهنية مع بعضهم.	9
					يوجد بالمركز الموارد البشرية المساعدة واللازمة لإنجاز المهمات المطلوبة.	10
					تحرص المراكز على الاستعانة بالكفاءات المؤهلة للعمل في مجالها.	11
					يلاحظ الاستعانة بأطباء أكفاء من خارج فلسطين وفقاً	12

					للحاجات المرضية لديها.
					13 يوجد إقبال من أعضاء المركز المعنيين على التعاون مع المراكز الصحية وغيرها من أنشطة وفعاليات في مجالات العلوم الاجتماعية والإنسانية.
					14 توجد أولوية بالمراكز الصحية نحو تنمية ودعم المهارات والقدرات للعاملين فيها.
					15 تحرص المراكز على عقد دورات تدريبية لإكساب العاملين فيها في مجالات عمل المراكز المهارات المختلفة للمشاركة الفاعلة المتقدمة.
					16 تعمل المراكز على عقد دورات تدريبية وورش عمل لإكساب العاملين من أعضاءها بالمهارات والأساليب والمعارف الحديثة وذلك في مجال عمل المراكز.
					17 إن الوضع الحالي بالمراكز فيما يخص الموارد البشرية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء تلك المراكز الصحية.
الاعتمادات والموارد المالية الذاتية:					
					18 يلاحظ حرص الإدارة العليا بالمراكز الصحية على الدعم المالي الكافي للمراكز التي لديها.
					19 تقدم المراكز الصحية دعماً مالياً مناسباً للعاملين للقيام بدعم العاملين لديها.
					20 يتوافق حجم الاعتمادات المالية المحددة للمراكز مع الاحتياجات المالية لإجراء العلاجات اللازمة وتقديمها للمرضى.
					21 توجد اعتمادات مالية كافية للمراكز للقيام بالأنشطة والفعاليات المكملة للعلاجات.
					22 يلاحظ حرص المراكز على الحصول على موارد مالية إضافية من خلال عقد الشراكات مع المؤسسات الصحية المحلية أو الدولية أو من خلال الجهود الذاتية مثل التبرعات والهبات وغيرها.
					23 إن الوضع الحالي للاعتمادات والموارد المالية الذاتية للمراكز له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية الأداء بالمراكز الصحية .
قواعد بيانات المركز وموقعه الإلكتروني:					
					24 توجد قواعد بيانات إلكترونية بالمراكز تضم كافة الإنتاج الصحي والعملي لتلك المراكز .
					25 يسهل الدخول والتفاعل مع محتويات قواعد البيانات.
					26 يتم تحديث قواعد البيانات بصورة مستمرة.
					27 يتم الحفاظ على سرية البيانات الخاصة بالعاملين وإنتاجهم العملي والعلمي كلما كان ذلك ضرورياً.

					28	تحرص المراكز على توافر المعايير العالمية للجودة والتميز الخاصة بالمواقع الإلكترونية.
					29	إن الوضع الحالي للمواقع الإلكترونية وقواعد البيانات البحثية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء المراكز البحثية
تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية:						
					30	تتوافر بالمراكز الطبية والصحية تقنيات معلومات واتصال حديثة.
					31	يتم التواصل مع العاملين عبر تقنيات الجوال ورسائل البريد الإلكتروني وغيرها.
					32	يلاحظ حرص المراكز على تكوين شبكات علمية تضم أطباء وخبراء في مجالات عمل المراكز الصحية.
					33	يلاحظ حرص المراكز على الانضمام إلى الشبكات العلمية العالمية في مجال عمل المراكز.
					34	يلاحظ حرص المراكز على الاستفادة من مختلف التقنيات الحديثة من أجل الارتقاء بأدائها وزيادة مرونة التعامل مع الأطراف المعنية.
					35	إن الوضع الحالي لتقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية بالمراكز له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء تلك المراكز.
الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز:						
					36	يوجد حرص بالمراكز الطبية على تنظيم ندوات/مؤتمرات في مجال عملها.
					37	قامت المراكز بتنظيم ندوات أو مؤتمرات في مجال عملها خلال الخمس سنوات الأخيرة.
					38	تحرص المراكز على إتاحة فرص الإبداع في مجالات عملها.
					39	تعمل المراكز الصحية على إتاحة الفرص لترجمة كتب ومراجع في مجالات عملها بهدف تنمية الجانب البحثي والمعلوماتي لدى العاملين.
					40	تدعم المراكز فرص العاملين فيها لحضور الندوات والمؤتمرات واللقاءات العلمية بداخل الدولة وخارجها.
					41	يوجد إقبال من جانب الأعضاء العاملين على المشاركة في الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز الصحية.
					42	تنظم المراكز فعاليات مختلفة لخدمة المجتمع في مجال خدماتها وأنشطتها.
					43	إن الوضع الحالي للأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز الطبية له تأثير إيجابي على كفاءة وفاعلية أداء المراكز الصحية.

ملحق رقم (2): المقابلة الشخصية

تضمنت المقابلة الشخصية أسئلة موجهة لعينة من متلقي الخدمة الصحية، وتدور الأسئلة حول الرضا عن الخدمات الصحية التي يتلقونها، وتتيح الأسئلة الفرصة للتعبير عن رأيهم بشكل حر حول جودة ومعايير الرعاية الصحية المقدمة في المراكز الصحية.

(خاص بالمرضى)

- ما مدى رضاك عن جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي؟
- ما رأيك في مستوى النظافة ومعايير الأمان المتبعة في المركز الصحي الذي تتلقى فيه الخدمة الصحية؟
- في حال وجود شكوى أو مقترحات لتحسين الخدمة الصحية، ما مدى رضاك عن تقبل القائمين على المركز الصحي لمقترحاتك؟
- كيف تقيم الإجراءات الإدارية ومعاملة العاملين أثناء تقديم الخدمة الصحية لك؟

(خاص بالموظفين)

- من وجهة نظرك، كيف تقيمون جودة الخدمات الصحية التي تقدمونها للمرضى، ومدى مطابقتها للمعايير الصحية؟
- ما رأيك في الجهود المبذولة للتدريب والتطوير والتشبيك مع المنظمات الصحية الأخرى؟
- بالنسبة للنظام الإداري، كيف ترى مستوى المرونة والصلاحيات الممنوحة للموظفين في تطبيق المهام الإدارية والفنية؟
- من وجهة نظرك، ما هي التحديات التي تواجهكم للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية خاصة في ظل الحصار الإسرائيلي وصعوبة الحصول على الأجهزة الطبية الحديثة؟

ملحق (3): أسماء محكمي استبانة الدراسة.

الرقم	اسم المحكم	مكان العمل
1	د. حسن السعدوني	جامعة فلسطين، جامعة القدس
2	د. تهاني جفال	جامعة القدس
3	د. محمود رضوان	الجامعة الاسلامية
4	د. نبيل أبو شمالة	جامعة الإسراء
5	د. عبدالكريم رضوان	الجامعة الاسلامية
6	د. أحمد الشاعر	الجامعة الاسلامية
7	د. بدر شاهين	جامعة القدس
8	د. أشرف الجدي	الجامعة الاسلامية

فهرس المحتويات

إهداء.....	أ
إقرار.....	أ
الشكر والتقدير.....	ب
مصطلحات الدراسة:.....	ج
ملخص الدراسة.....	هـ
Abstract.....	و
الفصل الأول خلفية الدراسة.....	1
1.1 مقدمة الدراسة.....	1
2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.....	3
3.1 أهداف الدراسة.....	3
4.1 أهمية الدراسة.....	4
5.1 حدود الدراسة.....	5
6.1 هيكلية الدراسة.....	5
الفصل الثاني الإطار المفاهيمي والإطار النظري.....	6
1.2 الإطار المفاهيمي.....	6
2.2 المبحث الأول: معايير جودة الرعاية الصحية الأولية.....	9
1.2.2 مفهوم الرعاية الصحية الأولية.....	9
1.1.2.2 الرعاية الصحية الأولية في فلسطين.....	10
2.1.2.2 أهداف الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة الفلسطينية.....	11
3.1.2.2 مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة.....	12

12	2.2.2 مفهوم جودة الخدمات الصحية
15	1.2.2.2 مدخل دونابيديان لقياس جودة الخدمات الصحية
16	3.2.2 إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية
18	4.2.2 أهداف إدارة الجودة الشاملة
19	1.4.2.2 أبعاد جودة الخدمة الصحية
19	5.2.2 الواقع الصحي في فلسطين
20	6.2.2 الاحتلال الإسرائيلي وممارساته العدائية
23	3.2 المبحث الثاني: التنمية الصحية المستدامة
23	1.3.2 المقدمة
23	2.3.2 أسس تحقيق التنمية الصحية المستدامة
24	2.3.2 التحديات التي تواجه التنمية الصحية المستدامة
27	4.2 تعقيب على الإطار النظري
27	5.2 الدراسات السابقة
27	1.5.2 الدراسات العربية
34	2.5.2 الدراسات الأجنبية
36	6.2 تعقيب على الدراسات السابقة
39	الفصل الثالث الطريقة والاجراءات
39	1.3 منهج الدراسة
40	2.3 مجتمع الدراسة
40	3.3 عينة الدراسة
40	4.3 مكان الدراسة
40	5.3 أدوات الدراسة

42	6.3 المحك المعتمد في الدراسة.....
43	7.3 صدق وثبات أداة الدراسة.....
43	1.7.3 صدق المحكمين.....
43	2.7.3 الدراسة الاستطلاعية.....
43	1.2.7.3 صدق الاتساق الداخلي.....
44	2.2.7.3 الثبات.....
45	8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: وتتمثل في الاختبارات الإحصائية الآتية: ...
45	9.3 الاعتبارات الأخلاقية وإجراءات الدراسة.....
46	10.3 معوقات إجراء الدراسة.....
47	الفصل الرابع نتائج الدراسة ومناقشتها.....
47	1.4 خصائص عينة الدراسة.....
48	2.4 مدى تطبيق معايير الرعاية الصحية الأولية.....
50	1.2.4 معايير رعاية المريض.....
52	2.2.4 معايير أمان وسلامة المريض.....
54	3.2.4 معايير الإدارة.....
56	4.2.4 معايير الخدمات المجتمعية.....
57	3.4 استدامة التنمية الصحية.....
59	1.3.4 الشراكات مع المراكز الطبية والمؤسسات المختلفة.....
61	2.3.4 الموارد البشرية.....
63	3.3.4 الاعتمادات والموارد المالية الذاتية.....
65	4.3.4 قواعد بيانات المركز وموقعه الإلكتروني.....
66	5.3.4 تقنيات المعلومات والاتصال والشبكات العلمية.....

68	6.3.4 الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز
70	4.4 العلاقة بين الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية
71	5.4 الفروق في مدى تطبيق معايير الرعاية الأولية ومعايير استدامة التنمية الصحية التي تعزى
77	5.4 نتائج المقابلات الشخصية.....
82	الفصل الخامس الاستنتاج والتوصيات
82	1.5 الاستنتاج.....
83	2.5 التوصيات
84	المراجع:
91	الملاحق
100	فهرس المحتويات.....
104	فهرس الجداول
106	فهرس الأشكال
107	فهرس الملاحق.....

فهرس الجداول

- جدول رقم (1.2): توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين 2019 10
- جدول رقم (2.2): عدد التحويلات وحجم الإنفاق على التحويلات الطبية (2015 – 2018) 22
- جدول رقم (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص..... 40
- جدول رقم (2.3): المحك المعتمد في الدراسة..... 42
- جدول رقم (3.3): معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمعايير الرعاية الأولية 43
- جدول رقم (4.3): معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لاستدامة التنمية الصحية 44
- جدول رقم (5.3): معاملات الثبات لمقاييس الدراسة بطريقة ألفا كرونباخ 44
- جدول رقم (1.4): توزيع عينة الدراسة حسب الخصائص الديموغرافية..... 48
- جدول رقم (2.4): المتوسط الحسابي العام لمعايير الرعاية الصحية الأولية..... 49
- جدول رقم (3.4): استجابات المشاركين في الدراسة على معايير رعاية المريض 50
- جدول رقم (4.4): استجابات المشاركين في الدراسة على معايير أمان وسلامة المريض 52
- جدول رقم (5.4): استجابات المشاركين في الدراسة على معايير الإدارة..... 54
- جدول رقم (6.4): استجابات المشاركين في الدراسة على معايير الخدمات المجتمعية..... 56
- جدول رقم (7.4): مدى تطبيق معايير استدامة التنمية الصحية..... 58
- جدول رقم (8.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد الشراكات مع المراكز الطبية..... 59
- جدول رقم (9.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد الموارد البشرية..... 61
- جدول رقم (10.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد الاعتمادات والموارد المالية الذاتية. 63
- جدول رقم (11.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد قواعد بيانات المركز وموقعه 65
- جدول رقم (12.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد تقنيات المعلومات والاتصال 66
- جدول رقم (13.4): استجابات المشاركين في الدراسة على بعد الأنشطة والفعاليات الخاصة بالمراكز
68
- جدول رقم (14.4): العلاقة بين معايير الرعاية الصحية الأولية واستدامة التنمية الصحية..... 70
- جدول رقم (15.4): الفروق في معايير الرعاية الصحية الأولية و معايير التنمية الصحية المستدامة
التي..... 71
- معايير التنمية الصحية المستدامة 71

- جدول رقم (16.4): الفروق في معايير الرعاية الصحية الأولية و معايير التنمية الصحية المستدامة
التي تعزى.....72
- جدول رقم (17.4): الفروق في معايير الرعاية الأولية ومعايير التنمية الصحية المستدامة التي ... 73
- جدول رقم (18.4): الفروق في معايير الرعاية الأولية ومعايير التنمية الصحية المستدامة التي ... 75
- جدول رقم (19.4): الفروق في معايير الرعاية الأولية ومعايير التنمية الصحية المستدامة التي تعزى
للمسمى الوظيفي (ن = 64).....76

فهرس الأشكال

- شكل (1.2): نموذج الدراسة (إعداد الباحث).....6
- شكل (2.2): نموذج تقييم جودة الخدمات الصحية.....15
- شكل (3.2): نموذج ديمنج لإدارة الجودة الشاملة.....18
- شكل (1.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.....47

فهرس الملاحق

- ملحق (1): الاستبانة النهائية لأداة الدراسة.....91
- ملحق (2): المقابلة الشخصية.....98
- ملحق (3): أسماء محكمي استبانة الدراسة.....99