

## تقويم خدمات رعاية الأمومة والطفولة

### بالوحدات الصحية الريفية

د. محمد حسين صادق حسن

مدرس بالمعهد العالي للخدمة الإجتماعية بالشرقية

#### أولاً: مدخل ومشكلة الدراسة:

من أهم مجالات الرعاية الاجتماعية التي هي مسئولية المجتمع مجال الرعاية الصحية حيث تعتبر الصحة هدفاً من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي فهي حق أساسي لجميع الشعوب فضلاً عن إنها وسيلة مهمة إلى جانب الوسائل الأخرى لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات (١).

ويقول تالكوت بارسونز : إن الصحة هي حالة من الطاقة الكاملة للفرد ، يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تم تنشئته علي تأديتها بصورة مثالية ، والمرض يمثل عبئاً علي المجتمع ، ولذلك يجب أن يظل تحت السيطرة (٢).

وتشير الرعاية الصحية إلى كافة العوامل السياسية والإقتصادية والإجتماعية والبيئة التي تؤثر في صحة الفرد ، بجانب الرعاية الطبية ، وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود التي تبذلها النظم الإجتماعية المختلفة للحفاظ علي الصحة والوقاية من المرض (٣).

ولا شك أن حق المواطن في الحصول علي الرعاية الطبية في وطنه أصبح أحد دعائم المجتمع الرئيسية ، ومظهر لحضارته ، وأساس مهم لاستقراره ورضاه ، ولقد إمتد مفهوم الرعاية الصحية ليشمل بالإضافة إلى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية ، مفهوم الحفاظ علي الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع (٤).

وتعتبر برامج الرعاية الصحية للأمهات والأطفال من أهم البرامج التي تقوم بها المجتمعات النامية نظراً لأنها من الفئات الحساسة التي تتأثر بالظروف البيئية

المحيطة ، كما أن الأمهات في مرحلة الحمل والرضاعة تمر بمراحل تغيير وظيفية تتطلب الرعاية والعتاية وإلا تحولت إلى ظواهر مرضية ، كما أن الجنين يحتاج إلى رعاية خاصة قبل أن يصبح طفلا حتي لا تتأثر حالته الصحية ( الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية).

ولهذا تستهدف برامج الرعاية الصحية للأمومة والطفولة احتفاظ كل أم حامل أو مرضعة بصحة جيدة وإن نلد ولادة طبيعية خالية من المشاكل وان يكون الطفل سليما نسبيا وتتعلم كيف تقوم برعايته الرعاية اللازمة<sup>(٥)</sup>.

كما تستهدف أن يكون الطفل بصحة جيدة ويحصل علي الرعاية الغذائية والصحية الكافية<sup>(٦)</sup>، وفي عام ١٩٥٩م أعيد تنظيم وزارة الصحة علي أساس اللامركزية وأصبح قسم الأمومة والطفولة تابعا للإدارة العامة للصحة الوقائية بعد أن كان تابعا لمصلحة الصحة الاجتماعية ثم هو الآن الإدارة العامة لرعاية الأمومة والطفولة ويصل عدد مراكز رعاية الأمومة والطفولة (٢٢٤) مركزا صحيا حضريا ، (٢٣٢٨) وحدة ريفية وفقاً لإحصاء ٢٠١٠<sup>(٧)</sup> .

ومن الملاحظ أن في القرية المصرية لم تصل الرعاية للأمومة والطفولة بالرغم من أهميتها القصوى إلى المستوى المنشود وتكون النتيجة الطبيعية لذلك هي وفاة الأطفال الرضع بسبب عدم الاهتمام بتقديم الرعاية اللازمة لهم وهم في هذه السن الصغيرة ، ولذلك نجد أن نسبة وفيات الأطفال الرضع تكون (١٧١) طفل متوفي مقابل (١٠٠٠) طفل مولود وفقاً لإحصاء ٢٠١٠<sup>(٨)</sup> ويعود ذلك إلي أن القرية المصرية تعاني من المشكلات بأنواعها المختلفة نظرا لتركيز الاهتمام على الحضر وإهمال القرية مما أدى إلى تفاقم المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والصحية في حين أن عدد سكان الريف يمثلون نسبة (٥٧,٤ %) من إجمالي عدد السكان كما جاء في تقرير التنمية البشرية عام ٢٠٠٨م ، وهم يمثلون بذلك القوى المنتجة سواء علي مستوى الغذاء أو التصنيع وهؤلاء يعيشون في بيئة مليئة بالملوثات والمشكلات الصحية ، وأن ٩٨% من القرى تعاني من عدم وجود شبكات صرف صحي آمن مما جعلهم عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض الخطيرة ، فضلا عن تدهور المستوى المعيشي للفلاحين لأسباب عديدة منها تدهور المحاصيل الزراعية الرئيسية ، ارتفاع مستلزمات الزراعة وغيرها<sup>(٩)</sup> .

والرعاية الصحية اللازمة للأم والطفل جزء لا يتجزأ من برنامج الصحة العامة للمجتمع وفي الواقع ترتبط صحة الأمهات والأطفال ارتباطاً وثيقاً بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي كما أن برامج الصحة العامة الأخرى لها تأثير مباشر علي صحة الأم والطفل ، فصحة البيئة أو برنامج مكافحة الأمراض المعدية مثل مكافحة الدرن أو الصحة الغذائية كلها تعمل علي الارتفاع بالمستوى الصحي للأم والطفل مثل باقي أفراد المجتمع (١٠) .

ونظراً لأن نجاح تنفيذ برنامج رعاية الأمومة والطفولة خاصة في المجتمعات الريفية التي تعاني كثيراً من المشكلات الصحية والاجتماعية والثقافية والصحية يتوقف علي مدى كفاءة الوحدات الصحية وفعاليتها في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة. صاغ الباحث مشكلة الدراسة لتكون : "تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدات الصحية الريفية". وذلك بهدف تقييم الوضع القائم للوحدات الصحية الريفية وإلقاء الضوء علي مستوى الرعاية الصحية للأم والطفل حتي يكون تحسين الخدمة وتطويرها في ضوء الواقع ، ومعبرة عن احتياجات الأفراد الفعلية وتكون مساهمة من جانب الباحث في التطوير والذي يجب أن يكون التركيز فيه علي الكيف من حيث نوعية الخدمة ومستوى أدائها وسد العجز فيما هو قائم وليس الكم ووضع مسميات بعيدة عن الحقيقة تجنباً لهدر الأموال دون الاستفادة منها والتلاعب في صحة البشر وعدم الرعاية الكافية هو بمثابة تدمير لهذا المجتمع.

#### ثانياً : الدراسات السابقة :

وفي محاولة للتعرف للأدبيات السابقة علي موضوع البحث ، فإنها جاءت من روافد متنوعة فبعضها جاء من علم الإدارة ، حيث إدارة المؤسسات الصحية ، وبعضها الآخر ناقش الموضوع من زاوية المنظمات الاجتماعية ومدخل الخدمة الاجتماعية في ذلك ، كما أن البعض الآخر يتطرق لها من زاوية علم الإجتماعي الطبي ، حيث دراسة المنظمات أو التنظيمات الطبية وكفاءتها في تحقيق الخدمة الطبية المتميزة ، وهو ما يهم الدراسة الراهنة ، وسيعرض الباحث لبعض من هذه الدراسات علي هيئة دراسات عربية وأخرى علي مجتمعات أجنبية .

#### (أ) دراسات عربية :

## ١. دراسة هبة احمد نصار ١٩٨٣م: (١١)

إنطلقت هذه الدراسة من مشكلة انخفاض المستوى الصحي في الريف ، وفسرت ذلك بعدم الاستخدام الأمثل لخدمات وزارة الصحة وكذلك انخفاض الدخل الفردي لأهالي الريف مما لا يسمح لمعظم الأفراد بالحصول على الخدمات الصحية الخاصة .

## ٢. دراسة احمد عيد ١٩٨٧م: (١٢)

هدفت الدراسة إلي معرفة اثر الرعاية الصحية المقدمة للأمهات بعد الولادة في قرية أبيض والحالة الصحية للام الرضيع ، وتوصلت الدراسة إلى أن تقديم الرعاية المناسبة بعد الولادة يؤدي إلى وجود اثر ايجابي يظهر واضحا على الحالة الصحية للأمهات في كفاءة الرضاعة والحالة الصحية للرضيع ، وهو ما نفت إهتمام صانع السياسة الصحية لأهمية ذلك .

## ٣. عبد المحي محمود صالح ١٩٩٢م: (١٣)

إنطلقت الدراسة من إشكالية ظروف الريف المصري في قابليته للسياسات الصحية ، ذلك أن القرية المصرية تعاني من مشكلات عديدة اجتماعية واقتصادية وثقافية وصحية تحول دون استفادتها من الخدمات المتاحة لها بالإضافة إلى سيادة الكثير من القيم والمعايير السلوكية السلبية التي تدعم تخلف هذه المجتمعات واعتبر أن الوحدة الصحية الريفية من أهم المنظمات التنموية والخدمية التي يمكنها أن تساهم في التنمية الريفية.

## ٤. محمود فتحى محمد ١٩٩٣م: (١٤)

إنطلقت هذه الدراسة من المشكلات الاجتماعية الموجودة لدي الريف ، والتي تؤثر على استفادة الريفيين من خدمات الوحدة الصحية الريفية ، وتوصلت إلى أن هناك نقص في الوعي الصحي ، والقصور في البرنامج التثقيفي ، وفي الإمكانيات المتاحة لمكافحة الأمراض المتوطنة و المعدية.

## ٥. دراسة ناهد احمد محمد ١٩٩٤م: (١٥)

تناولت هذه الدراسة أهم المعوقات التي تحول دون استفادة المرأة الريفية من خدمات تنظيم الأسرة ، وقد أوضحت أن أهم هذه المعوقات هي المعتقدات الدينية ، العادات والتقاليد والحالة التعليمية للمرأة.

## ٦. دراسة صالح عامر العمري ٢٠٠٠م: (١٦)

انطلقت هذه الدراسة من هدف رئيسي يتمثل في محاولة التعرف على بعض المحددات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن وقد أوضحت هذه الدراسة أن هناك علاقة عكسية بين وفيات الأطفال الرضع وكل من عمر الأم عند الزواج الاول، والفترة الفاصلة بين المواليد ، وممارسة الرضاعة الطبيعية ، وزن الطفل عند الولادة كما أوضحت وجود تفاوت بين معدلات وفيات الرضع والأطفال وبين بعض المتغيرات كالنوع أو جنس المولود، واستخدام الأم لوسائل منع الحمل، و المستوى التعليمي للام.

#### ٧. دراسة احمد الشيايب و ورائد عباينه ٢٠٠١: (١٧)

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات المستفيدات من خدمات ومراكز الأمومة والطفولة في محافظة اربد نحو العدد الأمثل من الأطفال الذي تفضله الزوجة و العوامل المؤثرة في ذلك ومدى معرفة الزوجة بوسائل تنظيم الأسرة ومدى الموافقة على الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل ودور العامل الديني في الموافقة على تنظيم الأسرة.

وأوضحت الدراسة وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للزوجة والزوج وعدد الأطفال المرغوب فيهم كذلك وجود علاقة عكسية بين الفترة الزمنية بين الحمل والآخر وعدد الأطفال المرغوب فيه.

#### ٨. دراسة احمد فلاح الغموش ٢٠٠١: (١٨)

تهدف الدراسة إلى التعرف على اتجاهات المواطنين نحو تنظيم الأسرة في بلدة ذات رأس في جنوب الأردن ،

وقد أظهرت النتائج أن غالبية أفراد العينة موافقون على تنظيم النسل وأظهرت كذلك أن الأزواج صغار السن أكثر تقبلاً لهذه الفكرة .

#### ٩. دراسة رانيا خالد الفلاح ٢٠٠١: (١٩)

تهدف الدراسة إلى تحديد أثر التغير الذي حصل على مدة أجازة الأمومة في المواقف والرغبات والنوايا والممارسات الإيجابية للمعلمات المتزوجات في القطاع الحكومي .

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة بين توقيت الحمل والإنجاب وبين مدة أجازة الأمومة من جهة أخرى كما أظهرت النتائج وجود علاقة طردية بين مدة أجازة الأمومة من جهة وكل من عدد المواليد الأحياء والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

وتوقيت الحمل والإنجاب من جهة أخرى كما أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية بين مدة أجازة الأمومة ومتوسط مدة المباشرة بين المواليد.

١٠. دراسة أمل منصور ٢٠٠٢: (٢٠)

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين استخدام وسائل التعبير في خدمة الجماعة وتنمية المهارات الاجتماعية لدى الرائدات الريفيات في مجال رعاية الأمومة والطفولة .

١١. دراسة منير الكرادشة ٢٠٠٣: (٢١)

تهدف الدراسة إلى بحث وتحليل العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والثقافية وعلاقتها بحدوث وفاة الطفل الأول خلال السنوات الخمس الأولى في الأسرة الأردنية أثناء فترة زمنية (١٩٨٩ - ١٩٩٠).

وقد أظهرت النتائج وجود علاقة قوية بين احتمالية وفاة الطفل الأول في الأسرة ومستوى تعليم الزوج وعمر المرأة عند الزواج وحجم الأسرة المرغوب ، كما بينت ضعف وهامشية تأثير متغير مستوى تعليم الزوج ومتغير مكان الإقامة ودرجة القرابة بين الزوجين.

١٢. دراسة فاطمة محمود عبد العليم ٢٠٠٤: (٢٢)

تهدف هذه الدراسة إلى مواجهة العوامل الاجتماعية والثقافية والممارسات غير الصحيحة التي تؤثر على رعاية الأمومة والطفولة للمرأة الريفية . وقد أظهرت النتائج أن التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام برنامج إرشادي يؤدي إلى زيادة الوعي بالعوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة على رعاية الأمومة والطفولة .

١٣. دراسة مصطفى محمود ٢٠٠٦: (٢٣)

ركزت الدراسة على الخدمة الاجتماعية الطبية على أساس أنه جزء من إدارة المؤسسة الطبية فهو مكمل للعمل الرئيسي الذي يركز على علاج المرضى كما يعمل على مساعدة المؤسسة على تحقيق أهدافها . وقد توصلت الدراسة إلى وجود جودة في خدمات الرعاية الصحية داخل الوحدات الصحية بقنا.

## ١٤. دراسة الهام حلمي عبد المجيد ٢٠١٠: (٢٤)

ركزت الدراسة على تحديد مستوى كفاءة و فعالية خدمات الرعاية الصحية الوحدات الصحية الريفية . وقد توصلت الدراسة إلى عدم ضعف الوحدة الصحية الريفية وعدم ضعف الخدمات المقدمة من الوحدة الصحية الريفية.

(ب) دراسات أجنبية :

## ١. دراسة دتمير و وشارون دنيس ١٩٩٠م : (٢٥)

تناولت هذه الدراسة الطرق المعاصرة لتقديم خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية في ( بيرو ) ، واهتمامات الناس بالطب التقليدي ومدى استعدادهم لإحداث تكامل بين الطب التقليدي والطب الحديث. وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الرعاية الصحية الأولية تتأثر بعدد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية ، وأن تحسن الظروف المعيشية في هذه المناطق يسهم كثيراً في تحسين خدمات الرعاية الصحية.

## ٢. دراسة هارولد نانسي ١٩٩٣م : (٢٦)

طبقت هذه الدراسة على العيادات الخاصة بالمدارس في المناطق الريفية والحضرية والتي يعمل بها فريق من المهتمين بصحة المراهقين والتي تتضمن مجالات رعاية الأمومة والطفولة ، وقد أوضحت الدراسة أن نسبة ٩٢% من المترددين على هذه العيادات فتيات أعمارهن تتراوح بين ( ١٥ - ١٨ عام ) وأن بعضهن يعاني من الاكتئاب أو وجود أفكار انتحارية .

## ٣. دراسة لوسي جلسن ١٩٩٤ : (٢٧)

إنطلقت هذه الدراسة من محاولة الربط بين التدرج المجتمعي وخدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها ، حيث إعتبرت التدرج الإجتماعي عنصراً مهماً لنوعية الرعاية الصحية المقدمة ، فعادة ما تحدد حصول المريض علي العلاج ، وتؤثر علي مدى فاعلية الرعاية الصحية .

## ٤. دراسة مكادامس رودني ١٩٩٦م : (٢٨)

تناولت الأوضاع الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية في المجتمعات الريفية نظراً لتغير التركيبة السكانية هناك بسبب ترك الشباب لها وهم من العمال المنتجين ،

ويظل فيها كبار السن والفئات الأقل ثراء . وهم الأكثر حاجة إلى الرعاية الصحية والأقل قدرة على دفع تكاليف الرعاية الصحية.

وأوضحت الدراسة أن المستشفيات الريفية تتعرض لمأزق مالية بسبب قلة الإمكانيات والموارد ، لذا أوضحت الدراسة بضرورة إعادة تقييم نظام ونوعية الخدمة الصحية المقدمة للمجتمعات الريفية.

#### ٥. دراسة راليغادا مولادل ١٩٩٧م : (٢٩)

وهي تهتم بحقوق المرأة الريفية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وقد أوضحت الدراسة أنه توجد العديد من المعوقات التي تمنع حق المرأة في رعاية الأمومة والطفولة منها عدم حرية المرأة وأن السبب قد يرجع إلى انخفاض المستوى التعليمي للمرأة وثقافة المجتمع بالإضافة إلى الاتجاه السلبي نحو خدمات رعاية الأمومة والطفولة المقدمة .

#### ٦. دراسة بجلو وليزاكاي ١٩٩٨م : (٣٠)

اهتمت هذه الدراسة بالرعاية الصحية في الريف وقد أوضحت أن تكلفة الرعاية الصحية في ارتفاع مستمر وأن عدد سكان الريف دون رعاية صحية في تزايد فرص الاستفادة مما تقدمه المراكز الصحية الريفية من رعاية صحية . كما أظهرت الدراسة عدم وجود اختلاف كبير في نوعية الخدمة الصحية بين المراكز الصحية الريفية طبقاً للأقاليم الجغرافية .

#### ٧. دراسة كول رشيل آن ٢٠٠٠م : (٣١)

وقد أجريت هذه الدراسة نتيجة ملاحظة زيادة معدل وفيات المرأة وزيادة الحالات التي تعاني من مشكلات رعاية الأمومة والطفولة والمشكلات الجنسية وارتباطها ببعض متغيرات مثل الدين والجنس والأعراف والسير الذاتية للمرأة . وقد أوصت الدراسة بإنشاء مؤسسات للعلاج الاجتماعي والنفسي وتحقيق العدالة وتوفير الحقوق الإنسانية للمرأة وحقها في الاستقرار وتفعيل دورها في المجتمع .

#### ٨. دراسة هيل سيسيليا ٢٠٠٠م : (٣٢)

تناولت هذه الدراسة الرعاية الصحية للمرأة في المجتمع الريفي والعلاقة بين التأمين الصحي والدخل . وقد توصلت الدراسة إلى أنه كلما ارتفع الدخل يكون هناك احتمال



أقل للتامين الصحي ، كما أوضحت عدم توفر تأمين صحي بأسعار معقولة . مع عدم وجود خدمات متخصصة للمرأة في المجتمع الريفي .

٩. دراسة جرافتون دينيس ٢٠٠٥م : (٣٣)

تهدف الدراسة إلى التأكد من صحة الفرض القائل بأن هناك ارتباط قوي بين أنماط التنمية الريفية والرعاية الصحية . وقد أوضحت أن هناك العديد من المناطق الريفية تعاني نقصا في الخدمات الصحية والأطباء .

١٠. دراسة نثبات توماس وآخرون ٢٠٠٦م : (٣٤)

تناولت هذه الدراسة العوامل المرتبطة بالسفر خارج المجتمع الريفي لتلقي الرعاية الصحية ، ومدى ارتباطها بالجودة وقد أظهرت النتائج أن يسوء نوعية الرعاية الصحية يؤثر تأثيرا مباشرا على استدامة الخدمات الصحية في المناطق الريفية كما أوضحت أن الجودة في خدمات التطبيب تؤدي إلى انخفاض الرغبة في السفر خارج المجتمع الريفي لتلقي العلاج.

١١ . دراسة سيلبي لين ٢٠٠٧م : (٣٥)

تناولت الدراسة المقارنة بين الريف والحضر في كندا من حيث توزيع خدمات الرعاية الصحية وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك تباين في خدمات الرعاية الصحية ما بين الريف والحضر وإنما ليست موزعة توزيعا عادلا بين الريف والحضر وبخاصة الأطباء والمتخصصين.

١٢. دراسة كومار سيجوي وآخرون ٢٠٠٨م : (٣٦)

استهدفت هذه الدراسة التعرف على اتجاه المجتمع الريفي في بنجلاديش نحو الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الأولية وقد توصلت الدراسة الى وجود نقص في الأطباء والأدوية وعدم وجود مختبرات معملية ملائمة للعمليات الجراحية . كما توصلت الدراسة أن هناك عدم رضا عن مرافق الصحة العامة ، والرعاية الصحية الأولية.

١٣. دراسة ماريت ستانتون ٢٠٠٩م : (٣٧)

تناولت جودة الخدمات الصحية في المجتمع الريفي. ورأت أن تحسين نوعية الرعاية الصحية تأتي بالتعليم المستمر من خلال تشجيع التطوير الوظيفي للعاملين من خلال برنامج أكاديمي. وتبني مدخل متكامل قائم على ترتيب الأولويات ،

واستخدام تقنيات حديثة لدعم الرعاية الصحية ورفع مستوى الكفاءة ، بإضافة إلى تأهيل السكان للمشاركة في تحسين صحتهم مع دعم البنية الصحية في المناطق الريفية.

وعلي هذا الأساس أمكن القول أن هناك أدبيات متنوعة كثيرة في موضوع الدراسة ، منها ما ينطلق من ضعف جودة الخدمة الصحية التي تقدم للقرويين مما ينعكس علي أدائهم ومساهماتهم في التنمية ، ومنها ما ينطلق من ضعف مستوي إدارة هذه المؤسسات الصحية وهو ما ينعكس أيضاً علي عزوف القرويين عن قبول هذه الخدمة والنظر لهذه المؤسسات ككيانات غريبة عن المجتمع بغير قناعة منهم ، مما يدفعهم إلي اللجوء لأساليب علاجية من مؤسسات أهلية أو طب شعبي وخلافه . كما أن هناك بعض الدراسات التي إنطلقت من هذه المؤسسات كتنظيمات إجتماعية تتضمن عمليات و تهدف الإتصال بالمجتمع والتفاعل معه للوصول لقناعة من جانب القرويين بالدور الوظيفي لهذه التنظيمات .

ومن هنا حاولت الدراسة الراهنة الإنطلاق من تخصص علم الإجتماع الطبي حيث دراسة هذه المؤسسات كتنظيمات إجتماعية لها أدورا ووظائف وتواجهها بعض المعوقات الوظيفية ، تحاول أن تتغلب عليها لتحقيق أكبر مستوي من إشباع الإحتياجات الصحية للطفولة والأمومة بالريف المصري .

### ثالثاً: أهمية الدراسة:

وفي ضوء مشكلة الدراسة ، تتجلى أهمية الموضوع فيما يلي :

١- تتبع أهمية هذه الدراسة من أهمية موضوع دراستها حيث تهتم بقضية الرعاية الصحية التي هي حق لكل فرد في المجتمع وأن تصل إليه أينما كان وكيف حالته.

٢- وترجع أهميتها أيضاً من كونها تهتم برعاية الأمومة والطفولة فهي تركز على الاهتمام برعاية المرأة والتي تمثل قطاع عريض من المجتمع إذ تبلغ نسبتها (٤٨.٩%) من نسبة سكان مصر، وفقاً لتعداد ٢٠١٠م.

٣- كما أن الاهتمام بالأمومة والطفولة لا يمثل فقط أحد مظاهر التحضر الإنساني والأخلاقي بل هو إلى جانب ذلك أحد دعائم التنمية وضرورة من

ضرورتها الاجتماعية والسياسية وفقاً لدستور مصر ٢٠١٤م ، المادة رقم (١٨).

- ٤- العمل علي رفع مستوى إيفاق الدولة على الصحة فقد بلغ الأنفاق العام للدولة على الصحة منذ عام ١٩٩٧ حتى عام ٢٠١٠م حوالي (٥٥٦٠.٤) مليون جنيهاً أي نسبة (٣.٥%) من نسبة الأنفاق العام للدولة
- ٥- يأمل الباحث أن تمثل هذه الدراسة رؤية اجتماعية تجذب أنظار العاملين في حقل الرعاية الصحية إلى اهتمامهم بالبعد الاجتماعي والثقافي بالمجتمع مما يترتب عليه دعم هذه الوحدات بأخصائيين اجتماعيين يساهمون في عمليات التثقيف الصحي وربط هذه الوحدات الصحية بالمجتمع الريفي، وتقديم بعض المقترحات للمسؤولين عن صناعة السياسة الصحية حول واقع كفاءة مؤسسات خدمات رعاية الطفولة والأمومة وسبل تقويمها .

#### رابعاً: أهداف الدراسة:

وعلي أساس مشكلة الدراسة تحددت أهدافها علي النحو التالي :

- ١- تحديد مستوى فعالية خدمات رعاية الأمومة الطفولة بالوحدة الصحية الريفية
- ٢- تحديد مستوى كفاءة الوحدة الصحية الريفية في أدائها لخدمات رعاية الأمومة و الطفولة
- ٣- تحديد أهم المعوقات التي تواجه الوحدة الصحية الريفية في هذا المجال .
- ٤- التوصل إلى مقترحات تساهم في زيادة فعالية الخدمات ورفع مستوى كفاءة الوحدة الصحية الريفية في هذا المجال .

#### خامساً: فروض الدراسة:

- وفي ضوء مشكلة الدراسة أمكن الإنطلاق من الفروض التالية :
- الفرض الأول: من المتوقع أن يكون مستوى فعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة من وجهة نظر المستفيدين ضعيفاً.
- الفرض الثاني: من المتوقع أن يكون مستوى كفاءة الوحدة الصحية الريفية من وجهة نظر العاملين بها ضعيفاً.

**الفرض الثالث:** من المتوقع وجود صعوبات ومعوقات تواجه الوحدة الصحية الريفية من وجهة نظر العاملين بها.

### سادساً: المنطلقات النظرية للدراسة:

وفي ضوء ما سبق أمكن الإنطلاق من التوجه النظري كما يلي :

تتطلق الدراسة الراهنة من مقولات الاتجاه البنائي الوظيفي حيث تدور فكرته الأساسية حول المجتمع كنسق يتألف من عدد من النظم المتفاعلة والمتساندة والتي يؤثر بعضها في بعض ومن ثم يعد تناول مدي إسهام ونصيب كل نظام في المحافظة على تماسك ذلك المجتمع من أجل استمراره أحد محاورها الأساسية<sup>(٣٨)</sup>، ويستخدم مفهوم النسق كمرادف لكلمة البناء الاجتماعي حيث يعني كل مركب معقد ومنظم لأشياء متصلة ومنظمة ، ولذلك فإن النسق الاجتماعي يعني ترابطاً ثابتاً بين أنماط مختلفة داخل المجتمع وهذا النسق له هدف محدد وهو يحتوي علي ميكانيزمات داخله ولذا فهو ينظم ذاتياً ويحافظ علي نفسه بنفسه<sup>(٣٩)</sup> وأن كل نسق يتألف من مجموعة أنشطة يؤديها عدد من الأفراد وتتميز هذه الأنشطة بما يحدث بينها من تكامل وتساند متبادل لتحقيق هدف مشترك كما أنها تتميز بالاستقرار والاستمرار عبر الزمن<sup>(٤٠)</sup> .

ويتأتى ارتباط فكرة الأنساق بالدراسة الحالية من خلال النظر إلى الوحدة الصحية الريفية كنسق اجتماعي مفتوح يؤثر ويتأثر بالنسق العام للمجتمع وبالأنساق المجتمعية الفرعية الاخرى كذلك النظر إلى الرعاية الصحية كنسق اجتماعي قام أساساً لمقابلة الحاجات الصحية المباشرة وغير المباشرة والتي يقصد بها الأهداف المطلوب تحقيقها أو الظروف والمستويات المستهدف إنجازها سواء للفرد أو للشرائح والتجمعات السكانية أو المجتمع ككل وصولاً إلى ارقى مستويات الصحة للجميع<sup>(٤١)</sup>، ولكي تحقق الرعاية الصحية أهدافها فان مجموعة من المتخصصين تتمثل في ( الأطباء - الصيادلة - الأخصائيون الاجتماعيون - هيئة التمريض - فني الأنشطة - فني التحاليل الطبية - التمريجات - وغيرهم ) يؤدي كل منهم دوره بفاعلية لتحقيق الرعاية الصحية الكاملة

**الوحدة الصحية الريفية كنسق فرعي مفتوح :-**

ولقد قدم كل من ( رواس كيف , دونالد ماجييل ) نموذجاً لتحليل المنظمات يعتمد على فكرة النسق المفتوح ويتكون هذا النموذج من العناصر الآتية: (٤٢)

**١- المدخلات : (In Puts)**

وهي الطاقة التي يحصل عليها النسق من منظمات اجتماعية أخرى أو من البيئة المحيطة التي يوجد بها وتسعي المنظمة إلى تجديد المدخلات دائماً وتتضمن تلك المدخلات الموارد والقوى البشرية والمباني والأجهزة والمعدات والدعم المادي والدعم المعنوي والعملاء والمستفيدين من خدمات المؤسسة وعنصر الزمن والدعم السياسي والخبراء والفنيين وغيرها من الموارد التي يمكن الحصول عليها .

**٢- العمليات التحويلية : ( Transport Process )**

وتتمثل في الأنشطة والعمليات التي تمارسها المنظمة مع المستفيدين من خدماتها سواء كانت تهدف لتعزيز البرامج العلاجية أو المساعدات أو خدمة تقدم لعملاء مستفيدين .

**٣- المخرجات : ( Out Puts )**

وهي العائد النهائي أو الأهداف التي تحققت نتيجة العمليات التحويلية .

**٤- التغذية العكسية : ( Feed Back )**

وهي المعلومات التي تأخذها المنظمة من البيئة نتيجة المخرجات .

**وبالتطبيق على الوحدة الصحية الريفية نجد أن :**

**أ- المدخلات :** تتضمن الموارد البشرية من المستفيدين من الخدمة الطبية والأطباء والتمريض والفنيين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم ، أما الموارد المادية : فتشمل الأموال - المباني - المعدات - الأجهزة الطبية - وغيرها بالإضافة إلى اللوائح والقوانين المنظمة للعمل داخل الوحدة الصحية الريفية ورسم الحصول على الخدمة .

**ب - العمليات التحويلية :** وهي مجموعة الأنشطة والممارسات التي تتم داخل الوحدة الصحية الريفية مع المستفيدين من خدماتها خاصة العلاجية .

**ج- المخرجات :** وهي عبارة عن النتائج المتحققة من العمليات والأنشطة التي تحقّقها الوحدة الصحية الريفية وتخرج في صورة برامج وخدمات للمستفيدين .

**د- التغذية العكسية :** وهي عبارة عن رد فعل المستفيدين من المجتمع تجاه خدمات رعاية الامومة والطفولة التي تقدمها الوحدة الصحية الريفية والتغذية العكسية قد تكون سلبية بمعنى المطالبة بالتغيير أو التعديل لتحسين وتطوير الخدمة وقد تكون ايجابية بمعنى الموافقة والرضا عما يقدم من خدمات . وهنا تبرز أهمية التغذية المرتدة أو العكسية حيث يمكن اعتبارها بمثابة عملية تقييم لخدمات رعاية الامومة والطفولة بالوحدات الصحية الريفية.

### سابعاً: مفاهيم الدراسة

وثمة مجموعة من المفاهيم المرتبطة بموضوع الدراسة وهي :

#### ١- مفهوم التقويم :

يقصد بالتقويم الجهود التي تحدد كفاءة وفعالية مختلف البرامج والخدمات ويعرف التقويم بأنه الطريقة المنظمة لتحديد وقياس مدى نجاح برنامج معين في تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها<sup>(٤٣)</sup> .

ولذا يقصد به قياس أو تقدير إلي أي مدى حقق التدخل أو المشروع أو البرنامج أهدافه وأغراضه<sup>(٤٤)</sup> .

أي أنه قياس النتائج المرغوبة وغير المرغوبة لعمل (برنامج - مشروع) يحقق أهداف مبتغاة<sup>(٤٥)</sup> .

والتقويم منهج يمكن من خلاله التعرف علي حجم المنجزات التي تحققت والتغيرات التي حدثت خلال فترة تنفيذ البرنامج وفقاً لنوعيته والهدف الذي وضع من اجله<sup>(٤٦)</sup> والتقويم عملية تساعد في تحقيق ما يلي :<sup>(٤٧)</sup> .

- رؤية ما تحقق .
- تحسين طرق المتابعة.
- نقد الأعمال .
- مقارنة البرنامج بالبرامج المتشابهة الأخرى.
- القدرة علي تبادل الخبرات .
- جمع مزيد من المعلومات .
- جعل العمل أكثر فاعلية .

- وضع خطط أكبر للمستقبل.

ولذلك فالغرض من عملية التقييم الحكم علي مدى التقدم بالنسبة لأنشطة معينة مطلوب القيام بها ، أو صفات معينة مطلوب توافرها، والتعرف علي جوانب القوة فيتم تدعيمها ، أو جوانب الضعف فيتم تلافيها أي أن الغرض من التقييم رفع الكفاءة وتحسين الأداء.(٤٨)

ولذلك يعد التقييم وسيلة تسهم في التعرف علي قدرة المؤسسات أو الأنساق علي تحقيق أهدافها من خلال قياس مدى فعالية الخدمات التي تقدمها ومدى كفايتها والمعوقات التي تحول دون تحقيق أهدافها(٤٩)

وفي ضوء ذلك فإن هناك التقييم والتقييم ، وإذا كان التقييم ينصرف للتعرف إلي تقرير الشيء وتعيين قيمته ، بتحديد مميزاته وعيوبه ، فإن التقييم ينصرف إلي العمل علي تقوية العيوب وتحولها لمميزات ، مع تعظيم المميزات أكثر وأكثر .  
ومن هنا فالدراسة الراهنة تعمد إلي :

تحديد أهم الأهداف المحددة لمؤسسات خدمات الطفولة والأمومة بالريف المصري ، ثم التعرف علي واقع عملها بتشخيص كفاءتها وفعاليتها في تحقيق أهدافها ، والتعرف علي المعوقات التي تعوقها عن تحقيق وظائفها لتجاوز هذه المعوقات والنهوض بتحقيق أهدافها .

وعلي ذلك يشمل التقييم جانبين رئيسيين هما قياس الكفاءة والفعالية .

#### أ- مفهوم الكفاءة :

يقصد بالكفاءة مدى نجاح الإدارة في استثمار الموارد والإمكانات المستخدمة في تحقيق إنجاز الأهداف المخطط لها(٥٠) ، فالكفاءة هي الطاقة التي يتم استهلاكها لأداء الفعل(٥١) .

- وعرفها (هوسام و هوستون) بأنها القدرة علي عمل شيء أو إحداث تغيير متوقع أو ناتج متوقع(٥٢) .

كما يقصد بالكفاءة حسن الاستفادة من الموارد أو حسن استخدام العناصر التي تقرر استخدامها أي تكون مخرجات النسق أكثر من مدخلاته(٥٣) .

ولذا يقصد بالكفاءة نسبة المخرجات لأي منظمة بالمقارنة مع مدخلاتها(٥٤).

أو اقتصاد المنظمة في تحويل مدخلاتها إلي مخرجات مرغوبة(٥٥) .

كما تعرف الكفاءة بأنها العمل بأي صورة من الصور دون وجود فاقد في الموارد سواء كانت هذه الموارد (بشرية - مادية - مالية - معلوماتية) (٥٦).

والحاجة إلي تقييم الكفاءة له فوائد ايجابية للممارسين حيث تتيح تحسين البرامج الحالية واستجابة للتنظيم الدقيق للأداء كما تتيح وضع برامج علي أساس علمي موثق (٥٧).

كما تساعد دراسة الكفاءة الجهاز في استخلاص مؤشرات قياس مستويات الأداء التي تمكن من الكشف عن مواقع الخلل (٥٨).

### ب- مفهوم الفعالية :

- تعني الفعالية في اللغة التأثير ، النفوذ (٥٩) .

ويحدد معجم العلوم الاجتماعية الفعالية بأنها ( القدرة علي تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً ، وتزداد الفعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً (٦٠) .

كما تعرف الفعالية بأنها مدي تحقيق الأهداف المحددة للخدمات والبرامج في ضوء النتائج المحققة ودرجة ملائمتها ومدي معياريتها (٦١) .

وهناك من يرى ان الفعالية هي إنجاز الأهداف من خلال جهد تعاوني ودرجة الإنجاز تدل علي درجة من الفعالية (٦٢) .

وتشير الفعالية إلي الأحلام الإنسانية بشأن النتائج المرغوبة للأداء التنظيمي ودرجة التأثير المباشر وغير المباشر للمنظمة علي مختلف جماهير المستفيدين (٦٣) .

ولقد عرف علماء الإدارة الفعالية بأنها مقابلة أو تحقيق أهداف المنظمة حيث يرى برنارد بأن الفعالية هي القدرة علي تحقيق الأهداف التي حددتها المنظمة لنفسها (٦٤)

وقد ذهب عاطف غيث في تعريفه للفعالية علي أنها القدرة علي استخدام أكثر الوسائل قدرة علي تحقيق هدف محدد (٦٥) .

كما تعرف الفعالية بأنها درجة تحقيق النسق لأهدافه ، أي إنها ترتبط مباشرة بتحقيق الهدف (٦٦) .

### ج) كيفية قياس الكفاءة والفعالية:

يرى (Etzioni) إن الفعالية لأي منظمة تقاس بالقدر الذي تنجز به أهدافها ، أما الكفاءة فتقاس بكمية الموارد التي تستخدم في إنتاج وحدة إنتاجية واحدة (٦٧)



ويذهب احمد مصطفى خاطر وآخرون أن محكات القياس في البحوث التقييمية هي :

- ١- الموارد المخصصة للبرنامج (الجهد Effort)
- ٢- نتائج البرنامج والخدمات من خلال التغيرات الاجتماعية الحادثة (التأثير Impact)
- ٣- محاولة تقدير التغيرات المتعلقة بالفعل (الفعالية Effectiveness)
- ٤- تحديد اقتصاديات البرنامج بالمقارنة بما يحققه البرنامج من إنجازات (الكفاءة Efficiency) الكيفية (Quality) التي تشير إلي التعاريف التي تلقى قبولاً واسع النطاق ، والكيفية هي تعبير عن صلاحية برنامج معين<sup>(٦٨)</sup>.

أما نموذج (جاك روثمان وآخرون) فقد حدد عدة متغيرات وعوامل رئيسية لتقويم المنظمات الاجتماعية تركز علي العاملين بالمنظمة وهيكل تلك الأنظمة وهم العملاء المستفيدون ثم علاقة المنظمة بالبيئة المحيطة بها ، كما حدد لكل متغير من تلك المتغيرات عدداً من المؤشرات التي يجب قياسها للحكم علي تقييم المنظمة وهي :

- ١- العوامل المرتبطة بالأفراد العاملين بالمنظمة والعلاقة بين المهنيين والمستفيدين
  - ٢- عوامل تدعيم المنظمة داخلياً وخارجياً.
  - ٣- مشاركة العملاء المستفيدين من خدمات وبرامج المنظمة .
  - ٤- عوامل مرتبطة بالدعم المجتمعي للمنظمة .
- أما نموذج (أرت كينجتون ، نانسي هيديلمان ) فيهتم بتقييم الخدمات الإنسانية من خلال سبع متغيرات رئيسة تتضمن كل منها عشر مؤشرات يمكن الحكم من خلال قياسها علي تقييم المنظمة والمتغيرات هي:<sup>(٦٩)</sup> .
- ١- وضوح بناء وأهداف المنظمة ومعرفة خدماتها .
  - ٢- سياسة المنظمة وإجراءات عملها .
  - ٣- العاملون علي تقديم الخدمات بالمنظمة .
  - ٤- نظام الاتصال بالمنظمة .
  - ٥- أسلوب المنظمة في حل مشكلات عملائها.
  - ٦- المتابعة والتقويم بالمنظمة .
  - ٧- ميزانية وتمويل المنظمة .

قد ذهب رياض الحمزاوي في دراسة فعالية المنظمات إلى استخدام نموذجين :

١- النموذج الأول : وهو نموذج تحقيق الهدف وذلك من منطلق تعريف الفعالية علي أنها الدرجة التي يمكن أن يتحقق عندها الهدف الرئيسي للمنظمة ويعتمد هذا النموذج علي اقتراحات واضحة وصريحة لذلك ، فان أهداف أي منظمة ينبغي أن تحدد وتبني بشكل جيد . كما أن الإعداد الجيد للمصادر المادية والبشرية اللازمة للمساهمة في إنجاز الأهداف المعطاة .

ووفقا لهذا المدخل فان المنظمة ينبغي أن تتخذ طريقة واضحة تساعد في تقدير فعالية المنظمة ، ويعتمد هذا التقييم علي عدد من المحكات مثل (التحول - الإنتاجية - النوعية - المخرجات وغيرها ) ، وأن يوجه هذا التقييم نحو الأهداف التي تحاول المنظمة تحقيقها .

٢- أما النموذج الثاني : وهو نموذج موارد النسق ويستند هذا النموذج علي تعريف الفعالية بأنها الدرجة التي تستطيع عندها المنظمة اكتساب أو تنمية موارد لها قيمة مفضلة ، ويركز هذا النموذج علي التفاعل بين المنظمة والبيئة حيث يري أن المنظمة ينبغي إن يكون لها علاقة ايجابية قوية مع المحيطات الخارجية المرتبطة بها وخاصة تلك التي تسهل للمنظمة الاستفادة من الموارد المختلفة (التسهيلات - المادية - الأفكار - الإدارة ) وتحويلها إلى مخرجات تستفيد منها البيئة الخارجية (٧٠) .

أما عبد العزيز مختار فقد وضع أسس ومتغيرات لقياس كل من الكفاءة والفعالية وحدد هذه المتغيرات المشتركة وهي: (٧١) .

١- القدرة

٢- السرعة

٣- الاستمرارية

٤- الوقت

٥- النفقات

٦- العلاقات الإنسانية

وعلي ما سبق يحدد الباحث مفهوماً إجرائياً للتقويم علي أنه :

(تحديد مستوي كفاءة الوحدات الصحية الريفية من وجهة نظر العاملين بها ، ومدى فعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة من وجهة نظر المستفيدين منها) .

- ويعتمد الباحث في قياس كفاءة الوحدات الصحية الريفية علي نموذج ( أرت كينجتون -نانسي هيديلمان )

- أما قياس فعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدات الصحية الريفية فقد اعتمد علي المؤشرات التالية :

١- القدرة علي إشباع احتياجات المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

٢- السرعة في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة .

٣- الاستمرارية في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

٤- الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة لتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

٥- النفقات اللازمة للحصول علي خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

٦ - العلاقات الإنسانية بين المستفيدين والعاملين بالوحدات الصحية الريفية

### (٢) مفهوم رعاية الأمومة والطفولة:

لقد شكلت الأمومة والطفولة ثنائية دائمة ، حني كأنهما شيء واحد يصعب تفرد الواحد منهما وانعزاله عن الآخر ، وفي ذات الوقت تبدو تنمية المجتمع داعية إلي تقديم الرعاية لهما لان الأمومة الكنف الذي تتخرج منه طلائع المجتمع ، والطفولة أمل المجتمع ومستقبله الموعود (٧٢) .

ولقد بدأت خدمات رعاية الأمومة والطفولة الحديثة في مصر عام ١٩١٢م بواسطة الجمعيات الأهلية بالإضافة إلي رعاية الحوامل بمستشفى القصر العيني بالقاهرة . وفي عام ١٩٢٧م أنشئ ثلاثة مراكز لرعاية الأمومة والطفولة بالقاهرة . وفي عام ١٩٥٩م أعيد تنظيم وزارة الصحة علي أساس اللامركزية وأصبح قسم رعاية الأمومة والطفولة تابعاً للإدارة العامة للصحة الوقائية بعد إن كان تابعاً لمصلحة الصحة الاجتماعية (٧٣) .

وهو الآن الإدارة العامة لرعاية الأمومة والطفولة ويصل عدد مراكز رعاية الأمومة والطفولة (٢٤٤) مركزاً صحياً حضرياً ، (٢٣٢٨) وحدة ريفية (٧٤) وتهدف برامج الرعاية الصحية للأمومة والطفولة احتفاظ كل أم حامل أو مرضعة بصحة جيدة وأن تلد ولادة طبيعية خالية من المشاكل وأن يكون الطفل سليماً نسبياً وتتعلم كيف تقوم برعايته الرعاية اللازمة ، كما تستهدف إن يكون الطفل بصحة جيدة ويحصل علي الرعاية الغذائية والصحية الكافية.

ولذا تهدف رعاية الأمومة والطفولة إلى تقليل أخطار الحمل والرضاعة وإلي خفض نسبة وفيات أمراض الطفولة وإيجاد نسل قوي وسليم . ولتحقيق ذلك يقوم المركز بالخدمات الآتية (٧٥) .

- ١- رعاية الحامل من بدء الحمل إلى وقت الولادة.
- ٢- علاج الحامل وتحويل الحالات الشديدة إلى المستشفيات وعلاج الأمراض الوراثية أثناء الحمل.
- ٣- القيام بتوليد الحوامل سواء بالمنازل أو بالأقسام الداخلية بمراكز رعاية الأمومة والطفولة.
- ٤- توليد بعض الحالات العسرة المنصوص عليها في قرارات رعاية الأمومة والطفولة بالأقسام الداخلية بالمركز .
- ٥- تحويل باقي الحالات العسرة إلى المستشفيات العامة.
- ٦- رعاية الوالدات صحياً واجتماعياً أثناء النفاس.
- ٧- رعاية وعلاج الأطفال من سن الولادة حتى سن السنتين.
- ٨- وقاية وعلاج الأطفال والأمهات من الأمراض الوراثية.
- ٩- رعاية عيون الأطفال وتحويل المرضى إلى مستشفيات الرمد.
- ١٠- حقن وتحصين الأطفال ضد الأمراض المختلفة مثل الجدري والدفتريا والدرن وشلل الأطفال وغيرها.
- ١١- وقاية وعلاج الأسنان للأمهات والأطفال.
- ١٢- التوعية الصحية للأمهات المترددات علي الوحدة الصحية الريفية.
- ١٣- التوعية الغذائية للام وتحديد الغذاء الشعبي المتكامل اللازم لها وللطفل.
- ١٤- القيام بخدمات تنظيم الأسرة بعد أوقات العمل الرسمية لأعمال رعاية الأمومة والطفولة.
- ١٥- وعلي ما سبق يحدد الباحث إجرائياً مفهوم خدمات رعاية الأمومة والطفولة التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية في الآتي :

#### ■ بالنسبة للام :

- رعايتها طبيياً من بدء ، وأثناء الولادة وبعدها ، وتحويل الحالات المتعسرة إلى المستشفيات العامة.

- التوعية الصحية للأمهات المترددات علي الوحدة الصحية الريفية.
- التوعية الغذائية للأم.
- خدمات تنظيم الأسرة.

#### ■ بالنسبة للطفل :

- رعاية الجنين خلال أشهر الحمل.
- وقاية وعلاج الأطفال من الأمراض الوراثية.
- رعاية وعلاج الأطفال المبتسرين أو المعوقين أو اللقطاء.
- تحصين الأطفال ضد الأمراض المعدية المختلفة مثل الجدري والدفتريا والدرن وشلل الأطفال وغيرها
- رعاية وعلاج الأسنان للأطفال.

#### ■ الوحدة الصحية الريفية الريفية:

تشكل الخدمات الصحية حلقة مهمة في النظام العام للخدمات باعتبارها حق كفله الدستور من خلال الخدمات الصحية المجانية أو الخدمات المدعمة في العلاج الاقتصادي وذلك تدعيماً للدور القيادي لوزارة الصحة والسكان في مجال التخطيط الصحي ورسم السياسات واقتراح البرامج وخاصة في مجال الصحة البيئية وتطوير نظم المعلومات ورفع كفاءة العاملين وتحقيق اللامركزية في تنفيذ السياسة الصحية. وتقوم الرعاية الصحية في مصر علي ثلاثة أبعاد متكاملة تتضمن حياة الإنسان المصري ، انتشار ظواهر الصحة بين أفراد المجتمع ، توافر الخدمات الصحية بهدف كفالة حق كل مواطن مصري في الخدمة الصحية مع الاهتمام بالصحة الوقائية وتطوير وتنسيق نظم العلاج لتحقيق أكبر عائد منها للمواطنين في صورة خدمات فعلية (٧٦) .

وللتخطيط لتوفير الخدمة الصحية للقطاع الريفي تقوم الوحدة الصحية الريفية ويبلغ جملة هذه الوحدات (٢٩٤٨) وحدة وتخدم كل وحدة في المتوسط (١٠٠٠٠) نسمة. ويعمل بها أطباء بمعدل طبيب لكل ٦٠٠٠ نسمة وممرضة لكل ٣٠٠٠ نسمة بالإضافة إلي الفئات المساعدة الأخرى (٧٧) .

ولذا تتكون الوحدة الصحية الريفية من الأفراد الآتيين: (٧٨) .

- ١- طبيب (ممارس عام) .

٢- اثنان من القابلات (الدايات الحاصلات علي شهادات رسمية) .

٣- فني معمل .

٤ - الممرضات .

٥ - التمريضات .

وتقدم كل وحدة صحية جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية والتي تشمل البرامج الآتية:

١- التوعية الصحية .

٢- مكافحة الأمراض المعدية .

٣ - إصحاح البيئة .

٤- تنظيم الأسرة .

٥- رعاية الأمومة والطفولة .

٦- الخدمات الصحية لتلاميذ المدارس .

٧ - مكافحة و علاج الأمراض المتوطنة الطفيلية .

٨ - الرعاية العلاجية والاسعافية .

ويتضح انه من الخدمات الصحية المهمة التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية هي خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتشمل ما يلي: (٧٩) .

١- رعاية الحوامل في المنزل أو الوحدة أو العيادة ، وتوفير وسائل الإسعاف بالمستشفى ، وإجراء الفحوص المعملية البسيطة مثل تحليل البول وتقدير هيموجلوبين الدم .

٢- الولادة سواءً في البيت أو الوحدة الصحية الريفية أو المستشفى في الحالات المتعسرة .

٣- رعاية الأم بعد الولادة في المنزل أو الوحدة .

٤- رعاية الرضيع سواء في المنزل أو الوحدة .

٥- رعاية الطفل في سن ما قبل المدرسة.

ويحدد الباحث مفهومًا إجرائيًا للوحدات الصحية الريفية بأنها (وحدات توجد في القرى وتمثل المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر في المجتمع الريفي بالنظام الصحي القومي والذي يجعل الرعاية الصحية للأمومة والطفولة متاحة بشكل مستمر حيث يعمل بها فريق صحي متكامل).

### ثامناً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

١- **نوع الدراسة:** تتمنى هذه الدراسة إلى الدراسات التقييمية التي تحدد وتصف طبيعة العمل (سلباً وإيجاباً) الذي تم بالفعل<sup>(٨٠)</sup>، وبالتالي تساعد على معرفة مواطن القوة والضعف في دور الوحدة الصحية الريفية في مدى تحقيقها لأهداف رعاية الأمومة والطفولة حتى يتبني للباحث الوصول إلى بعض التوصيات التي يمكنها المساهمة في تطوير وتحسين ما يقدم من خدمات صحية بالمركز وغيره من الوحدات الصحية المشابه.

٢- **منهج الدراسة:** اعتمدت الدراسة الراهنة على منهج المسح الاجتماعي وذلك للأسباب التالية

- أ- لأنه دراسة علمية يتحقق من نتائجها تحسين وتطوير الخدمات<sup>(٨١)</sup> .  
 ب- يتيح مرونة التحليل الإحصائي<sup>(٨٢)</sup> .  
 ج- نتائجه تساعد الجهاز الوظيفي على تحسين مهارته وتعديل أسلوب أداءه<sup>(٨٣)</sup> .  
 د- يمكن من خلاله قياس عدة متغيرات دون زيادة في التكاليف أو الوقت<sup>(٨٤)</sup> .  
 ولقد قام الباحث بالمسح الاجتماعي الشامل للعاملين بالوحدة الصحية بقرية خزام التابعة لمركز قوص بمحافظة قنا وقد بلغ عددهم ( ٢٠ ) مبحوثاً .  
 كما اعتمد علي المسح الاجتماعي بالعينة، حيث إختار عينة عشوائية من المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة بلغ حجمها ( ١٠٠ مفردة ) .

٢- **أدوات الدراسة:** ومن أهم هذه الأدوات ما يلي :

أ- **المقابلة :** حيث استخدم الباحث المقابلة في شرح وتوضيح موضوع الدراسة وأهدافها للمبحوثين كما اعتمد عليها في التعرف على طبيعة عمل الوحدة الصحية الريفية

ب- **مقياس الكفاءة:** وذلك للتعرف على مستوى أداء الوحدة الصحية الريفية وطبق على العاملين بالوحدة الصحية الريفية بقرية خزام وقد استعان الباحث بمقياس الكفاءة للمؤسسات الاجتماعية المصمم بمعرفة كل من (أرت كينجتون , نانسي هيديلمان ) وذلك بعد إجراء الصدق والثبات حيث قام الباحث بعرض المقياس على مجموعة من الخبراء والمتخصصين وقد بلغت نسبة اتفاهم (٨٥ %) كما تم إجراء الصدق الذاتي بعد إجراء الثبات وذلك من خلال :

المعادلة التالية : الصدق الذاتي = الجذر التربيعي لمعامل الثبات . وعليه أصبح الصدق الذاتي للمقياس = ٠.٩٢

- أما ثبات المقياس فقد استخدم الباحث طريقة إعادة الاختبار Test Retest على عينة قوامها ( ١٥ ) مبحوث وذلك بفواصل زمني ١٥ يوم بين التطبيقين الأول والثاني وقد تم حساب معامل الثبات استخدام اختبار (سبيرمان) وقد بلغ معامل الثبات للمقياس = ٠.٨٥ وهذا يعنى أن المقياس على درجة عالية من الثبات. هذا وقد اشتمل المقياس على عدد ٧٠ عبارة موزعة على عدد سبع متغيرات حيث يشتمل كل متغير على ١٠ عبارات.

ج- مقياس الفعالية : وتضمن المراحل التالية :

١- مراحل الإعداد .

أ- تم الرجوع إلى الكتابات النظرية المتعلقة بالمقياس وكذلك البحوث والدراسات قريبة الصلة بموضوع الدراسة

ب- عمل زيارة استطلاعية للوحدة الصحية الريفية للإطلاع على نوعية الخدمات .

ج- الاستعانة ببعض المقاييس والاستمارات قريبة الصلة بموضوع الدراسة الراهنة للاستفادة منها في صياغة العبارات وهي :

- مقياس فعالية خدمات الرعاية الاجتماعية بطب الأسرة .

- مقياس الفعالية الخاص بالرعاية لأطفال بلا مأوى .

د- في ضوء ما أسفرت عنه الخطوات السابقة تم تحديد متغيرات مقياس الفعالية

والعبارات المرتبطة به في صورتها الأولى على النحو التالي :

- عدد العبارات (٧٠) عبارة موزعة كالتالي :

- المتغير الاول : القدرة على إشباع احتياجات المستفيدين (١٢) عبارة .

- المتغير الثاني : السرعة في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة (١٢) عبارة

- المتغير الثالث : استمرار تقديم الخدمة للمستفيدين (١٢) عبارة .

- المتغير الرابع : الإمكانيات المادية البشرية (١٢) عبارة .

- المتغير الخامس : النفقات للحصول على الخدمة (١٢) عبارة .

- المتغير السادس : العلامات الإنسانية بين المستفيدين والعاملين (١٠) عبارة .



## ٢- مرحلة التحكيم ( الصدق ) :

الصدق الظاهري وصدق المحتوي : يتم من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة والكتابات النظرية بالإضافة إلى الزيارة الاستطلاعية لمجتمع البحث والتأكد من أن العبارات غطت موضوع البحث .

صدق المحكمين :يهدف الصياغة الدقيقة للعبارات ووضوح المعنى والتأكد من ارتباطها بالمغیرات . ولذا تم عرض المقياس في صورته الأولى على عدد (١٠) من المحكمين من الأساتذة أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في الخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع وكذلك من السادة الأطباء العاملين بالوحدات الصحية الريفية ورعاية الأمومة والطفولة وقد تم تعديل بعض العبارات وإعادة صياغتها وقد بلغ الصدق الذاتي في ضوء ثبات المقياس من خلال المعادلة التالية :

$$\text{الصدق الذاتي} = \sqrt{\text{معامل الثبات}} = \sqrt{٨٤} = ٠.٩١$$

## ٣-ثبات المقياس :

استخدم الباحث طريقة إعادة الاختبار على عينة قوامه (٢٠) مفردة وذلك بفواصل زمني ( ١٥ يوم ) بين التطبيقين الأول والثاني وقد تم حساب معامل الثبات وذلك باستخدام معامل ارتباط (سبيرمان ) وقد بلغ معامل الثبات (٠.٨٤) وهذا يبين أن المقياس على درجة عالية من الثبات .

هذا وقد تم حذف عدد (٧) عبارات ليصبح المقياس في صورته النهائية (٦٣) عبارة موزعه على النحو التالي :

- ١- بعد ( القدرة ) عدد ١٢ عبارة .
- ٢- بعد ( السرعة ) عدد ٩ عبارات .
- ٣- بعد ( الاستمرارية ) عدد ١٠ عبارات .
- ٤- بعد ( الإمكانات المادية البشرية ) عدد ١٢ عبارة .
- ٥- بعد ( النفقات ) عدد ١٠ عبارات .
- ٦- بعد ( العلاقات الإنسانية ) عدد ١٠ عبارات .

## ٤- تصحيح المقاييس :

يتم الحكم على مدى الفعالية والكفاءة باستخدام المتوسط الحسابي وذلك على النحو التالي :

أ- تكوين بداية ونهاية المقياس الثلاثي ( نعم - إلى حد ما - لا ) :

- نعم (٣) درجة - إلى حد ما (٢) درجتان - لا (١) درجة واحدة للعبارات الايجابية

- نعم (١) درجة - إلى حد ما (٢) درجتان - لا (٣) درجة للعبارات السلبية

ب- تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي . ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي ( الحدود الدنيا والعليا) تم حساب المدى (٣ - ١ = ٢) ثم تم تقسيمه

على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح ( ٣ / ٢ = ١.٦٧ ) وقد تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وهكذا يمكن الحكم على مدى الفعالية أو الكفاءة من خلال المتوسط الحسابي على النحو التالي :-

١- إذا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي للعبارة أو المتغير بين ( ١ : ١.٦٧ ) تكون الفعالية أو الكفاءة ذات مستوى منخفض .

٢- إذا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي للعبارة أو المتغير بين ( ١.٦٧ - ٢.٣٤ ) تكون الفعالية أو الكفاءة ذات مستوى متوسط.

٣- إذا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي للعبارة أو المتغير بين ( ٢.٣٤ - ٣ ) تكون الفعالية أو الكفاءة ذات مستوى مرتفع.

د- الأساليب الإحصائية :-

١- التكرارات والنسب المئوية.

٢- المتوسط الحسابي.

٣- الانحراف المعياري.

٤- معامل سبيرمان.

٤- مجالات الدراسة :-

وعلي ضوء ما سبق تحددت مجالات الدراسة علي النحو التالي :

أ- المجال المكاني : الوحدة الصحية الريفية بقرية خزام التابعة لمركز قوص بمحافظة قنا . وكان وراء اختيار هذا المكان عدة أسباب منها :-

١- معرفة العاملين بالوحدة الصحية الريفية حيث إنها موجودة بالقرية التي ينتمي إليها الباحث.

٢- سهولة الوصول إلى معلومات ميدانية واقعية.

٣- سهولة الوصول إلى الوحدة الصحية الريفية والتزدد عليها.

٤- معرفة الباحث بالوحدة الصحية الريفية وتطورها وأهم المشكلات التي تواجهها وذلك من خلال دور الباحث الاجتماعي والسياسي بالقرية حيث ممارسة العمل السياسي كعضو بالمجالس الشعبية المحلية لثلاث دورات متعاقبة.

وتقع الوحدة الصحية الريفية بقرية خزام التابعة لمركز قوص بمحافظة قنا ويحدها شمالاً قرية العقب التابعة لمركز قوص وجنوباً مدينة طيبة الجديدة التابعة لمحافظة الأقصر وقرية العشي أيضاً وغرباً حيث تمتد القرية على ضفاف نهر النيل ما يقرب من خمسة كيلومترات وشرقاً تلال الجبال التابعة للقرية وظهيرها الصحراوي.

ويبلغ عدد سكانها (٣٠٢٠٠) نسمة وفقاً لتعداد عام ٢٠١٣ م .

أهم الخدمات بالقرية :

مكتب تموين - مكتب بريد - سنترال - جمعية زراعية - مكتب شئون اجتماعية - معاهد أهربية ( ابتدائي- إعدادي- ثانوي ) مدارس عامة (ابتدائي -إعدادي - ثانوي ) - مراكز شباب - محطة سكة حديد - شبكة كهرباء - مياه ارتوازية - شبكة صرف صحي ولم تكتمل - سجل مدني لم يكتمل بعد - جمعيات تنمية مجتمع - تحفيظ قران كريم - مقر الوحدة الصحية - مقر الوحدة المحلية:لمجلس قروي خزام.

ب - المجال البشري:١-قام الباحث بحصر شامل للعاملين بالوحدة الصحية الريفية بقرية خزام وقد بلغ عددهم (٢٠) مفردة وموزعة كالتالي:

جدول رقم (١) يوضح توزيع العاملين طبقاً للوظيفة

م	الوظيفة	عدد	%
١	طبيب	١	٥
٢	ممرضة	٢	١٠

٥	١	مراقب صحي	٣
٤٥	٩	أدارى ومالي	٤
١٠	٢	رائدة ريفية	٥
٥	١	مساعد معمل	٦
٥	١	أخصائي اجتماعي	٧
١٥	٣	عمالة	٨
١٠٠	٢٠	المجموع	

١- عينة عشوائية من المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدة الصحية وقد بلغ حجم العينة ( ١٠٠ مفردة ) .

ج- المجال الزمني: وهو يحدد بالفترة الزمنية التي استغرقتها الدراسة الميدانية وهي فترة ستة أشهر من أول أبريل حتى آخر سبتمبر ٢٠١٤ م

#### تاسعاً : تقسيم الدراسة :

##### المحور الأول : الإتجاهات النظرية الحديثة والمعاصرة في علم الإجتماع الطبي :

إهتمت دراسات علم الإجتماع الطبي بالتنظيمات الطبية وإعتبرتها إحدى موضوعاتها البحثية المهمة ، وأهمها دراسة ( دافيد تاكيت ) ١٩٧٦ م ، David Tukett في كتابة مقدمة لعلم الإجتماع الطبي ، ودراسة ( جون أ.دنتون ) ١٩٧٨ م John A.Denton ، في كتابة الإجتماع الطبي ، ودراسة آي جار تلي جاكو ١٩٧٩ م E Garthy Jaco في كتابه ( المرضى والأطباء ، المرض ) فهي من الدراسات الإجتماعية الطبية الأساسية حول التنظيمات الطبية والتي أخذت عنها الأتجاهات الحديثة بعض موضوعاتها أو مناهجها أو أدواتها البحثية .

أما الإتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية فهي<sup>(٨٥)</sup> :

##### ١- الإتجاه الوظيفي في دراسة التنظيمات الطبية :

ينظر أصحاب هذا الإتجاه للتنظيم كنسق إجتماعي يتكون من مجموعة أنساق فرعية وهو نفسه يتعبّر نسقاً فرعياً لنسق أكبر وهو المجتمع ، ويرون أن إستمرار هذا التنظيم يلزمه مجموعة متطلبات وظيفية منها المواءمة وتحقيق الهدف والتدعيم والتكامل والكمون ، وينظرون حديثاً للتنظيمات الطبية كنسق صحي يتميز بنظام

لتقسيم العمل يختلف عن غيره من التنظيمات الأخرى ، وهذا التقسيم هو ما يجعل الإنجاز والفاعلية التنظيمية أيضاً يتسمان بنفس سمات التميز .

#### ٢- إتجاه النسق الفني في دراسة التنظيمات الطبية :

ينظر أصحاب هذا الإتجاه إلى التنظيم بوصفه نسقاً إجتماعياً ترتبط فيه تكنولوجيا بعواطف الأفراد ، وكلاهما يرتبط بالبيئة المحيطة بهذا التنظيم ، لهذا فالتكنولوجيا والبناء الرسمي يحددان درجة إشباع الأفراد داخل وخارج هذا التنظيم ، ويحددان شكل العلاقة بين التنظيم والبيئة ، وإضافة لذلك يعتبر أصحاب هذا الإتجاه أن الجوانب الإقتصادية للتنظيم من العوامل المهمة في تشكيل درجة إشباع الأفراد من الخدمات الطبية التي يقدمها .

#### ٣- الاتجاه النفسي الإجتماعي في دراسة التنظيمات الطبية :

ينظر أصحاب هذا الإتجاه للتنظيم الإجتماعي عبر حاجات ودوافع أعضاء التنظيم الشخصية ، فكلاهما يؤثر علي سلوكيات الأفراد وقد يشكل مناطق للصراع بين الفرد والتنظيم ، ويؤثر علي إنجاز التنظيم لمهامه الأساسية ، وقد يخلق تنظيمات غير رسمية فيه ، وهذا ما بحثه علماء الإجتماع الطبي بحوثهم الحديثة عبر إستجابات المرضى للرعاية الطبية ، وعلاقة المرضي بأفراد هيئة الممرض والعلاقة بين تكلفة الخدمة الطبية من المكانة الإجتماعية والإقتصادية للمرضي .

#### ٤- الاتجاه الثقافي في دراسة التنظيمات الإجتماعية :

يهتم أصحاب هذا الإتجاه في دراساتهم الحديثة بالعلاقة بين الثقافة والصحة والمرض خاصة فيما يتعلق بالتداوي الشعبي والمعالجين التقليديين ، والطب الشعبي ، والقائمين عليه ، والبناء الثقافي الصحي الذي يقومون عليه ، والصراع بين الطب الرسمي والشعبي ، وتأثير ذلك علي أنماط العلاقة بين الأطباء والمرضي ولذا فقد ركز أصحاب هذا الإتجاه دراساتهم الحديثة في ثلاثة محاور بحثية أساسية وهي : العلاقة بين ممارس الطب الرسمي والتقليدي ، وعلاقة التنظيمات الطبية الرسمية بالثقافة الصحية لجماعات إجتماعية معينة ، والأبعاد الثقافية للمشاركة الشعبية الصحية في المجتمعات المحلية .

## ٥- الإتجاه الإداري في دراسة التنظيمات الطبية :

لعلوم الإدارة فضل كبير في دراسة التنظيمات المختلفة ومنها التنظيمات الطبية ، وهناك مساهمات بحثية عديدة حول إدارة التنظيمات الصحية ، والبنية التنظيمية الطبية ، والهيكل الإدارية للتنظيمات الطبية ، وغيرها من المحاور التي إسناد بها علم إجتماع الإدارة وعلم الإجتماع الطبي في دراسة التنظيمات الطبية .

والآن ما زال الإتجاه الإداري ينظر للتنظيمات الطبية في نفس الموضوعات وإن أضاف أدوات منهجية جديدة لها ، إلى جانب تغير أنماط هذه التنظيمات فبدلاً من إختيارهم للمستشفيات ، إختاروا المراكز والأقسام الصحية المحلية ، وبدلاً من أن تكون مؤشراتهم كلها تنظيمية وإدارية ، يضيفون معها مؤشرات إجتماعية وصحية كالأحتياجات الصحية للمجتمع .

## ٦- إتجاه دراسة التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة :

لم تعد دراسات التنظيمات الطبية تري في تميز تنظيمات المستشفى عن غيرها من التنظيمات الأخرى ما يكفي لتحليل الرعاية التي تقدمها ففي داخلها ما يميز كل قسم منها رغم السمات المشتركة فيها مع بقية الأقسام الأخرى ، هذا التميز قد لا يسمح لها بالإنضمام تحت نفس السلطة والصراع والهيراركية الوظيفية مما جعلها تستقل عن المستشفى .

هذا ما جعل الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية تنظر في هذه التنظيمات الطبية الصغرى أو المتخصصة ومن أهمها : مستشفيات النساء والتوليد ، ووحدات الصحة العامة ، والمدارس الطبية ، والمستشفى التأميني ، والعيادات الطبية المتخصصة ، والمراكز الصحية

وعلى ضوء هذه الإتجاهات النظرية المتعددة فإن الدراسة الراهنة إنطلقت من مقولات الإتجاه البنائي الوظيفي ، حيث ينظر أصحاب هذا الإتجاه إلى التنظيمات الطبية كنسق صحي يتميز بنظام تقسيم العمل ، وهذا التقسيم هو ما يجعل الإنجاز والفعالية التنظيمية يتسمان أيضاً بنفس سمات التميز .

**المحور الثاني : تقييم السياسات الإجتماعية : الأهداف ، المعوقات ، الإجراءات**

يعد تقييم المشاريع والبرامج العامة نشاط علمي يسعى لتحقيق جملة من الأهداف أهمها :

- ١- معرفة كيفية التصرف بالأموال العامة المخصصة، لهذا البرنامج أو ذلك المشروع .
- ٢- التأكد من أن الأجهزة التنفيذية تؤدي دورها في عملية تنفيذ البرامج كل حسب الدور المرسوم لها .
- ٣- إكتشاف الإنحرافات أو الإبتعادات التي يمكن أن تحصل بين التنفيذ والتخطيط لأتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة .
- ٤- معرفة النتائج غير المستهدفة أو العرضية التي يمكن أن تنتج عن تنفيذ البرنامج قيد التنفيذ .
- ٥- التحقق من مستوي أو درجة النجاح التي وصل إليها المشروع أو البرنامج العام في حل المشكلة أو تحقيق المنفعة المقصودة .
- ٦- معرفة مستوي الكفاءة والفاعلية التي حققتها الأجهزة المنفذة المسؤولة عن تنفيذ البرنامج أو المشروع موضوع التقييم .

كما أن عملية التقييم هي عملية علمية هادفة تجز من قبل جهة أو عدة جهات داخل السلطة التنفيذية أو خارجها ، وتمر بالعديد من الخطوات أو المراحل التي تعبر كل خطوة واحدة منها أو أكثر عن إجابة لواحد من التساؤلات التالية :

- ١- تعيين أو تحديد البرنامج أو المشاريع العامة المراد تقييمها من قبل الفريق أو الجهة المكلفة بالتقييم ، وعليه فإنه لا بد من أن يعرف المكلفون أو المسؤولون عن التقييم ما هو المشروع أو البرنامج محل التقييم ، ولا بد أن يحدد توقيت البدء بالتقييم والإنتهاء منه لتقليل التكاليف وضمان سرعة إنجاز عملية التقييم قبل فوات الأوان وإختصار الجهد ، ويرتبط بذلك فيما يلي :

- ١- وضع المعايير اللازمة لغرض التقييم .
- ٢- جمع البيانات والمعلومات وتحليلها وتفسيرها .
- ٣- عقد المقارنات بين المنفذ والمخطط ( المعايير ) .

وصولاً إلى إتخاذ القرارات أو الإجراءات التصحيحية اللازمة ، إذ أن الغاية من التقييم لا تنتهي عن معرفة الانحرافات بين التنفيذ والتخطيط ، بل الأعم من ذلك كله هو تصحيح المسار بإتخاذ الإجراءات التي تقتضيها كل حالة أو يستحقها كل موقف ، لتصويب الأداء بإتجاه تحقيق الأهداف وإنجاز الأنشطة وفق ما هو مخطط لها ، خصوصاً إذا ما تم التقييم قبل وأثناء التنفيذ ، أما التقييم بعد الإنتهاء من التنفيذ فإنه يمكن الإستفادة منه في تنفيذ البرامج والمشاريع اللاحقة من جهة ، وتحديد الأشخاص أو الجهات المسؤولة عن الإنحراف إن وجد ، وأسبابها لغرض معالجتها من جهة ومن ثم مساعلة المقصرين لمنع تكرار ذلك في المرات المقبلة من جهة أخرى.

وتسابقاً مع ما سبق تنتهج الجهات المكلفة بتقييم المشاريع والبرامج العامة طرقاً وأساليب متعددة للتقييم : منها ما يعتمد علي الإنطباع أو الحكم الشخصي ، أي أن التقييم لا يستند إلي أسس علمية موضوعية في الحكم علي المشروع أو البرنامج العام ، بل يعتمد علي الآراء الشخصية التي غالباً ما تحركها أهواء ومصالح المقومين جماعات أو أفراد لتكوين الإنطباع حول نجاح أو فشل ذلك البرنامج أو المشروع ، إذ أن أهم ما يتصف به هذا الإسلوب هو عدم إعتداد البراهين والحجج العامة الموضوعية ، وغالباً ما يصدر مثل هذا التقييم عن المواطنين وبعض الجهات أو الجماعات المتضررة أو غير المستفيدة من برنامج أو مشاريع معينة ، ومنها ما يعتمد علي الأسس والطرائق العلمية الموضوعية المستندة إلي الأدلة والبراهين المركزة علي كمية كبيرة من البيانات والمعلومات وتحليلها وتفسيرها للخروج بأحكام صحيحة ومقنعة مع قليل من الأخطاء النسبية المسموح بها في التقييم .

وغني عن البيان القول بأن الأساليب والطرائق غير العلمية في التقييم يلجأ إليها من قبل الأجهزة الحكومية في حالات إستثنائية ، أما الحالات العامة أو الشائعة في تقييم البرامج والمشاريع العامة فهي الطرائق والأساليب العلمية التي يمكن أن نحصر أهمها بالآتي :

- ١- محاسبة النظم الإجتماعية .
- ٢- التجريب الإجتماعي .
- ٣- موازنة الخطط والبرامج .



## ٤- نماذج تقييم كفاءة البرامج .

## ٥- الطرائق والأساليب الإحصائية (٨٦).

وعلي هذا الأساس وفي إطار ذلك فإن تقييم البرامج العامة يهتم بالآثار الفعلية التي تتجسد عن فعل البرامج العامة في الظروف الواقعية لحياة المواطنين ، أي معرفة ما الذي تريد أن تحققه الحكومة من تنفيذ البرامج العامة ، وكيف تعمل للوصول إليه ، وما مقدار ما تم تحقيقه فعلاً، ولقياس ذلك فإن علي المقيم أن يحدد التغيير الذي حدث حقاً في بيئة البرامج والمشاريع العامة موضوع التقييم ، كما ينبغي الإلتفات عند تقييم البرامج العامة إلي الأبعاد المتنوعة لها والتي يمكن تلخيصها بالآتي :

١- الآثار المباشرة للمشاريع والبرامج العامة علي الشريحة أو الشرائح الإجتماعية التي وجهت لحل مشاكلها وتلبية مطالبها العامة ، إن البرامج العامة لا ينتج عنها آثار مباشرة مقصودة فقط ، بل قد ينتج عنها نتائج أو آثار عرضية غير مقصودة ، يجب الإلتباه إليها وأخذها بعين الإعتبار عند التقييم.

٢- مثلما يجب علي مقيمي البرامج العامة معرفة الشرائح الإجتماعية المستهدفة بشكل مباشر ، فإن عليهم أن يعرفوا الفئات الإجتماعية التي ستأثر بالمشاريع والبرامج العامة بصورة غير مباشرة .

٣- إن آثار المشاريع والبرامج العامة لا تنحصر فقط في الآثار الآتية أو الحالية وقت التنفيذ ، بل قد تكون لها نتائج وآثار مستقبلية بعيدة المدى يجب أخذها بنظر الإعتبار عند التقييم .

٤- كما إن للتكاليف المباشرة وغير المباشرة للمشاريع والبرامج العامة بعداً آخر لا بد من أخذه بنظر الإعتبار عند التقييم ، إذ أن قسماً من هذه التكاليف يصعب إحسابها وتحديدتها علي وجه الدقة ، خصوصاً تلك التكاليف غير المباشرة أو التكاليف الإجتماعية والنفسية التي لا يمكن تقديرها بمبالغ .

وفي ضوء ذلك فإنه تواجه عمليات تقييم المشاريع والبرامج العامة العديد من الصعوبات والمشاكل ومنها ما يلي:

١- غموض الأهداف وتشعبها : فأهداف البرامج العامة في الغالب تصاغ صياغة عريضة واسعة لكي ترضي معظم أصحاب المصالح المتعارضة ، زد علي ذلك صعوبة تحديد الأولويات أو الأسبقيات في تنفيذ الأهداف المتعددة للبرامج العامة الواحدة .

٢- تباين الآراء والمصالح للجهات القائمة بالتقييم : إن تقييم البرامج العامة قد يجري من قبل جهات متخصصة ولها معرفة ودراية بعملية التقييم ، وقد تستعمل وسائل وأساليب علمية في جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها ومقارنتها وبالتالي إصدار الحكم النهائي علي البرامج العامة . ورغم ذلك فإن هناك مقداراً من الإجهاد والحكم الشخصي سيتضمنه هذا الحكم يحمل بين طياته توجهات وآراء القائمين به ، فإذا كانت متباينة فإنها ستعني إصدار تقييمات متباينة أيضاً ، زد علي ذلك التقييم الذي يصدر من جهات غير متخصصة وليس لها دراية ومعرفة بالتقييم وأساليبه العلمية ولا تعتمد تقييماتها علي حقائق ومعلومات ، بل هي مجرد توقعات أو تخمينات ، والتي قد تكون بعيدة كل البعد عن الواقع الحقيقي والآثار الإيجابية أو السلبية التي نتجت عن البرامج العامة.

٣- المقاومة ( مقاومة التغيير ) : إن لنتائج التقييم آثاراً قد تكون سلبية تشكل خطراً علي سمعة الجهة المسؤولة عن تنفيذ البرامج العامة ، ونفوذها ، وربما مستقبل إدارتها ، فالشعور الذي ينتاب الإدارات المنفذة للبرامج العامة من نتائج التقييم خصوصاً إذا كانت غير متأكده من إيجابيتها سيدفعها إلي عدم التعاون مع الجهات المقيمة ، وتمتنع عن تزويدها بالمعلومات والبيانات التي تساعد علي التقييم وقد تعتمد إلي إفشال عملية التقييم أو عدم إكمالها ، فالمنظمات تميل لمقاومة التغيير .

٤- صعوبة الربط بين السبب والنتيجة : إن تقييم المشاريع أو البرامج العامة يعتمد علي إظهار النتائج ومعرفة أسبابها ، أي لابد من ربط النتائج بأسبابها سلباً وإيجاباً ، فإذا أردنا أن نقيم برنامج مكافحة الجريمة ، فلا بد من معرفة أسباب الجريمة ، وما هي الوسائل التي إتبعتم لمعالجة أو لأزالة تلك الأسباب (٨٧).

وعلي هذه الأسباب فإنه لا يمكن لأي مشروع أو برنامج أن يكتب له النجاح في تحقيق أهدافه المطلوبه بمجرد التخطيط له ، ومن ثم القيام بالتنفيذ ، ما لم تقارن

إجراءات التنفيذ وأساليبه بالمعايير التي تتضمنها الخطة الموضوعية له في ضوء بيئته الداخلية والخارجية ، التي تتسم بالتغيير المستمر وعدم الإستقرار خلال مدة التنفيذ ، مما يتطلب إعادة النظر بالخطة ، وإجراءات تنفيذها بشكل مستمر للوقوف على أسباب التغييرات ومعرفة آثارها الحالية والمستقبلية على المشاريع والبرامج قيد التنفيذ ، لأخذ التدابير اللازمة عند إبتعاد المنفذ عن المخطط لأي سبب كان ، ومحاولة إرجاع الإجراءات التنفيذية إلى مسارها الصحيح ، أو تعديل الخطة إن لزم الأمر في بعض الأحيان .

ذلك أن معرفة الآثار المترتبة على تنفيذ البرامج والمشاريع العامة يستلزم القيام بتقييم هذه المشاريع قبل وأثناء وبعد التنفيذ ، من أجل تهيئة المستلزمات المادية والبشرية والمالية والتقنية والمعلوماتية اللازمة قبل البدء بعملية التنفيذ من جهة ، ومتابعة توفير هذه المستلزمات وإتاحتها للقائمين بالتنفيذ بالكم والنوع والتوقيت المرسوم ، ومعالجة الإنحرافات التي قد تظهر أثناء التنفيذ بسبب تغيير العوامل والظروف البيئية والتكنولوجية بشكل يغير التوقعات في مرحلة التخطيط السابقة من جهة أخرى ، ثم يلي ذلك القيام بعملية التقييم النهائي لنتائج المشروع وآثاره المباشرة وغير المباشرة ، والمطالب التي قام بتلبيتها .

كما أن تقييم المشاريع ما هو إلا الحلقة الأخيرة في سلسلة حلقات أو مراحل إنجاز المشاريع بدء بالتفكير أو الفكرة المستوحاة من المطالب العامة أو المشاكل التي يعاني منها المجتمع بشكل عام أو شريحة أو فئة منه بشكل خاص ، ثم القيام بوضع الخطط والإعداد والتهيأة للمشروع بالتنفيذ . وأخيراً التقييم الذي يربط هذه الحلقات أو المراحل بعضها مع البعض الآخر ، ويبين مكامن أو أماكن القصور أو الخلل إن وجد ، ليقدم الحلول الممكنة آنياً من جهة ، وينبه المسؤولين لأخذ التدابير اللازمة لمنع حصولها في البرامج والمشاريع اللاحقة<sup>(٨٨)</sup>.

### المحور الثالث : خصائص عينة الدراسة .

(١) خصائص العينة من المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة و الطفولة.

(١) من حيث النوع:

جدول رقم (٢) يوضح خصائص العينة من حيث النوع

م	المتغيرات	الاستجابات	
		ك	%
أ	ذكر	١٦	١٦%
ب	أنثى	٨٤	٨٤%
	المجموع	١٠٠	١٠٠%

يتضح من تحليل بيانات هذا الجدول ارتفاع نسبة الإناث حيث تمثل ٨٤% وقد يرجع ذلك إلى ارتباط الإناث بخدمات رعاية الأمومة والطفولة أكثر من الذكور وهذا ما يفسر تراجع نسبة الذكور حيث تمثل فقط ١٦%.

(٢) من حيث السن:

جدول رقم (٣) يوضح خصائص العينة من حيث السن

م	الفئات	الاستجابات	
		ك	%
أ	١٨ - ٢٨	٢٧	٢٧%
ب	٢٨ - ٣٨	٤٨	٤٨%
ج	٣٨ - ٤٨	٢٢	٢٢%
د	٤٨ - ٥٨	٣	٣%
	المجموع	١٠٠	١٠٠%

باستقراء بيانات الجدول السابق تبين أن الفئة العمرية (٢٨-٣٨ سنة) تمثل وحدها نسبة (٤٨%) في حين جاءت في الترتيب الأخير الفئة العمرية (٤٨-٥٨) وهو ما يرجع إلى أن المستفيدات من خدمات الأمومة والطفولة معظمهم من الشباب ، حيث حاجتهم الماسة لمثل هذه الخدمات في حين تراجع نسبة الفئة العمرية (٤٨ - ٥٨) حيث أن السيدات قد بلغن سن اليأس الذي تتعدم فيه حالات الإنجاب والاحتياج إلى خدمات الأمومة والطفولة وتتفق هذه النتيجة مع دراسة هارولد نانسي .

## (٣) من حيث الحالة الاجتماعية

## جدول (٤) يوضح خصائص العينة من حيث الحالة الاجتماعية

م	المتغير	الاستجابات	
		ك	%
أ	متزوج	٨٣	٨٣
ب	أرمل	١٢	١٢
ج	أعزب	٤	٤
د	مطلق	١	١
	المجموع	١٠٠	%١٠٠

استقراء بيانات الجدول السابق يتضح أن الغالبية العظمى من المبحوثين من المتزوجين حيث يمثل ٨٣% في حين تراجمت الأرمل حيث تمثل (١٢%) وفئة أعزب بنسبة (٤%) ثم جاءت في الترتيب الأخير فئة مطلق بنسبة (١%) فقط. وقد يرجع ذلك إلى أن المتزوجين هم الفئة الأكثر احتياجاً لخدمات رعاية الأمومة والطفولة حيث إنها هي الفئة التي لا تزال مستمرة في عملية الإنجاب.

(٤) من حيث الحالة التعليمية:

## جدول رقم (٥) يوضح خصائص العينة من الحالة التعليمية

م	المتغير	الاستجابات	
		ك	%
أ	أمي	٤٨	٤٨
ب	يقراً ويكتب	٢٧	٢٧
ج	دون المتوسط	١١	١١
د	مؤهل متوسط	٨	٨
هـ	مؤهل عال	٦	٦
	المجموع	١٠٠	%١٠٠

ومن تحليل بيانات الجدول السابق يتضح أن نسبة (٤٨%) من المستفيدين من الأميين في حين تراجعت نسبة الحاصلين على مؤهل عالي حيث تمثل فقط (٦%) وهو ما يتفق مع طبيعة المجتمع الريفي حيث تدني مستوى التعليم وانتشار الأمية وهو ما يتطلب من القائمين على شؤون الوحدات الصحية من بذل مزيد من الجهد والالتزام بنشر الوعي الصحي للمستفيدين من الخدمة حتى تأتي هذه الخدمات ثمارها المرجوة.

### (٥) من حيث المهنة

جدول (٦) يوضح خصائص العينة من حيث المهنة

م	المتغير	الاستجابات	
		ك	%
أ	عمل حكومي	٧	٧
ب	أعمال حرة	٥	٥
ج	ربة منزل	٦٤	٦٤
د	لا يعمل	١٣	١٣
هـ	عمل زراعي	١١	١١
	المجموع	١٠٠	%١٠٠

من تحليل بيانات الجدول السابق يتبين أن معظم المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة من ربات المنزل حيث تمثل نسبتهن (٦٤%) في حين تراجعت نسبة أصحاب الأعمال الحرة حيث تمثل فقط نسبة (٥%) وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع دخلهم.

### (٦) من حيث دخل الأسرة:

جدول (٧) يوضح خصائص العينة من حيث دخل الأسرة

م	الفئات	الاستجابات	
		ك	%
أ	أقل من ٣٠٠ ج	١٣	١٣
ب	من ٣٠٠ - ٥٠٠ ج	٥٢	٥٢

ج	من ٥٠٠ - ٧٠٠ ج	١٥	١٥
د	من ٧٠٠ - ٩٠٠ ج	١١	١١
هـ	أكثر من ٩٠٠ ج	٩	٩
	المجموع	١٠٠	%١٠٠

ومن استقراء بيانات الجدول السابق يتضح أن أكثر من نصف العينة يتراوح دخلهم من ٣٠٠ - ٥٠٠ جنية وهو ما يؤكد تدني دخل المواطن في الريف وهو ما يترتب عليه الحاجة الملح للاستفادة من خدمات الوحدات الصحية الريفية بالرغم من تراجع إمكانياتها.

(٧) من حيث عدد الأبناء بالأسرة:

جدول (٨) يوضح خصائص العينة من حيث عدد الأبناء بالأسرة

م	الفئات	الاستجابات	
		ك	%
أ	أقل من ٣ طفل	١٥	١٥
ب	من ٣ - ٦	٥٤	٥٤
ج	من ٦ - ٩	٣٠	٣٠
د	أكثر من ٩	١	١
	المجموع	١٠٠	%١٠٠

من تحليل بيانات هذا الجدول يتضح أن نسبة (٥٤%) من أفراد العينة يقع عدد أبنائهم في الفئة (٣-٦) وتليها نسبة (٣٠%) عدد أبنائهم في الفئة من (٦-٩) وهو ما يرجع إلى ثقافة المجتمع الريفي وما يسوده من قيم وعادات وتقاليد والنظر إلى الأبناء على إنهم عزوة.

(٢) خصائص مجتمع البحث من العاملين بالوحدة الصحية الريفية :

جدول رقم (١٦) يوضح خصائص مجتمع البحث من العاملين ن = ٢٠

م	المتغيرات		الاستجابات		الترتيب
	النوع	ذكر	أى	%	
١	النوع	ذكر	١٣	٦٥	١
		أنثى	٧	٣٥	٢
٢	السن	٢٠ - ٣٠	٢	١٠	٤
		٣٠ - ٤٠	٦	٣٠	٢
		٤٠ - ٥٠	٨	٤٠	١
		٥٠ - ٦٠	٤	٢٠	٣
٣	الحالة الاجتماعية	أعزب	٥	٢٥	٢
		متزوج	١٥	٧٥	١
		أرمل	-	-	-
		مطلق	-	-	-
٤	الدخل الشهري	٥٠٠ - ١٠٠٠ جنية	٣	١٥	٣
		١٠٠٠ - ١٥٠٠ جنية	١٠	٥٠	١
		١٥٠٠ - ٢٠٠٠ جنية	٥	٢٥	٢
		أكثر من ٢٠٠٠ جنية	٢	١٠	٤
٥	الحالة التعليمية	دون المتوسط	٣	١٥	٢
		مؤهل متوسط	١٥	٧٥	١
		مؤهل عالي	٢	١٠	٣
٦	التخصص الوظيفي	أطباء	١	٥	م٤
		إداريون	٩	٤٥	١
		فني معمل	١	٥	٤
		تمريض	٢	١٠	٣
		رائدة ريفية	٢	١٠	م٣
		عمال	٣	١٥	٢
		مراقب صحي	١	٥	م٤
		أخصائي اجتماعي	١	٥	م٤
٧	مدة العمل الوظيفي	أقل من ٥ سنوات	١	٥	٤
		٥ - ١٠ سنة	٤	٢٠	٢
		١٠ - ١٥ سنة	١٠	٥٠	١
		١٥ - ٢٠ سنة	٣	١٥	٣



م٤	٥	١	٢٠ - ٢٥ سنة		
م٤	٥	١	أكثر من ٢٥ سنة		

يتضح من تحليل بيانات الجدول السابق أن خصائص مجتمع البحث من العاملين بالوحدة الصحية الريفية هي :

١- من حيث النوع : أن معظم العاملين من الذكور بنسبة (٦٥%) في حين أن نسبة الإناث (٣٥%) وقد يرجع ذلك إلى طبيعة المجتمع الريفي وثقافته في تفضيل تعليم الذكور على الإناث.

٢- من حيث السن: جاءت في المرتبة الأولى الفئة العمرية (٤٠ - ٥٠) سنة بنسبة (٤٠%) وهو ما يؤكد خبرة العاملين بالوحدة الصحية الريفية وكبر سنهم ويؤكد ذلك تراجع نسبة الفئة العمرية من (٢٠ - ٣٠) سنة بنسبة (٣٠%) فقط

٣- من حيث الحالة الاجتماعية: جاءت فئة المتزوجين في المرتبة الأولى بنسبة (٧٥%) وهو ما يتماشى مع طبيعة المرحلة العمرية التي ينتمون إليها من ناحية وثقافة المجتمع الريفي في الحث على الزواج المبكر من ناحية ثانية واستقرارهم الوظيفي من ناحية ثالثة

٤- من حيث الدخل الشهري: جاءت الفئة (١٠٠٠ - ١٥٠٠ جنية) في المرتبة الأولى بنسبة (٥٠%) وهو ما يتماشى مع مدة الوظيفة وخبرة التعيين والعمل وقد تراجعت الفئة (٥٠٠ - ١٠٠٠) حيث جاءت فقط بنسبة (١٥%) فقط

٥- الحالة التعليمية: تبين أن معظم العاملين بالوحدة الصحية الريفية الريفية من الحاصلين على مؤهل متوسط حيث جاءت نسبتهم (٧٥%) وهو ما يفسر اعتماد الوحدة في طبيعة عملها على الإداريين والفنيين والممرضات ومعظمهم من الحاصلين على مؤهل متوسط وهذا ما يفسر تراجع نسبة المؤهل العالي حيث جاءت نسبته (١٠%) فقط وهم (طبيب الوحدة - الأخصائي الاجتماعي)

٦- التخصص الوظيفي: وجاءت الأعمال الإدارية في المرتبة الأولى بنسبة (٤٥%) وتراجعت نسب الأطباء . والمراقب الصحي . والأخصائي الاجتماعي حيث جاءت بنسبة (٥%) فقط

٧- من حيث مدة العمل الوظيفي : تبين أن نسبة (٥٠%) من العاملين يتراوح مدة عملهم بالوحدة بين (١٠ - ١٥) سنة وهو ما يؤكد خبرة العاملين بالوحدة الصحية الريفية ومدى تفهمهم لأدوارهم في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

المحور الرابع : نتائج الدراسة علي ضوء أهدافها :

١- فعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة:

(١) البعد الاول: القدرة على إشباع احتياجات المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة:

جدول (٩) يوضح القدرة على إشباع احتياجات المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة (ن = ١٠٠)

ترتيب	انحراف معياري	متوسط حسابي	الاستجابات						العبارات	
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
١٠	٠.٧٤٢	١.٨	٥٠	٥٠	٢٠	٢٠	٣٠	٣٠	١	يتوفر بالوحدة الصحية الريفية
٤	٠.٩٠٢١	٢.٣١	٣٠	٣٠	٩	٩	٦١	٦١	٢	أماكن مخصصة للولادة المتيسرة
١	٠.٥٤٢٠١	٢.٨١	٧	٧	٥	٥	٨٨	٨٨	٣	تقدم الوحدة الخدمات الصحية اللازمة
٢	٠.٨٨٣٠	٢.٣٨	٢٧	٢٧	٨	٨	٦٥	٦٥	٤	لتحقيق حمل آمن
٣	٠.٩٠٤١	٢.٣٧	٢٩	٢٩	٥	٥	٦٦	٦٦	٥	يتوفر بالوحدة كافة اتصالات تطعيمات الأطفال ضد الأمراض المعدية
٩	٠.٩٢٧٨	٢.٠٦	٤٠	٤٠	١٤	١٤	٤٦	٤٦	٦	يتوفر بالوحدة سجل متابعة للام
٦	٠.٨٩٥٢	٢.٢٧	٣٠	٣٠	١٣	١٣	٥٧	٥٧	٧	يتوفر بالوحدة سجل متابعة
٧	٠.٩٤٣٤	٢.١٢	٣٩	٣٩	١٠	١٠	٥١	٥١		

٨	٠.٩٤٥٧	٢.١٠	٤٠	٤٠	١٠	١٠	٥٠	٥٠	للطفل	
									يحرص الطبيب	٨
١١	٠.٩١٢٠	١.٦٥	٦٥	٦٥	٥	٥	٣٠	٣٠	الكشف للأطفال	
									حديثي الولادة	
٥	٠.٩٠٢٤	٢.٣٠	٣٠	٣٠	١٠	١٠	٦٠	٦٠	للتأكد من خلوهم	٩
									من الأمراض	
									المعدية وسلامة	١
١٢	٠.٧٢٦٥	١.٣٤	٨١	٨١	٤	٤	١٥	١٥	أسنانهم وعيونهم	٥
									يحرص العاملون	
									بالوحدة الصحية	١
									الريفية على	١
									تثقيف الأم	١
									صحيا	
									يؤكد الطبيب	
									بالوحدة على	١
									أهمية الغذاء	٢
									الجيد للطفل	
									يقوم طبيب	
									الوحدة بعملية	
									الختان للأطفال	
									بالوحدة	
									يتوفر بالوحدة	
									كافة الفحوص	
									والتحاليل الطبية	
									للام والطفل	
									يتوفر بالوحدة	
									كافة خدمات	
									تنظيم الأسرة	
									يتوفر بالوحدة	
									الأدوية اللازمة	
									للام والطفل	

	المتوسط العام	٢.١٢ (متوسط)
	للبعد	

يتضح من الجدول السابق أن مستوى فعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدة الصحية الريفية الريفية بالنسبة لمتغير القدرة على إشباع احتياجات المستفيدين من هذه الخدمات هو مستوى فعالية متوسط حيث أن المتوسط الحسابي لهذا البعد هو (٢.١٢) وهو يقع في الفئة ( ١.٦٧ - ٢.٣٤ )

ويتضح ذلك من خلال استجابات المبحوثين حيث جاءت بمستوى فعالية مرتفع العبارات الآتية:

١- يتوفر بالوحدة كافة أمصال التطعيمات للأطفال ضد مختلف الأمراض المعدية وقد جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (٢,٨١) درجة وهو ما يفسر اهتمام وزارة الصحة بالجانب الوقائي وحرصها على توفير إيصال التطعيمات لتشمل كافة الأطفال بمختلف مناطق المجتمع خاصة المناطق الريفية.

٢- يتوفر بالوحدة الصحية الريفية سجل متابعة للأم. وقد جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٢.٣٨) درجة وهو ما يؤكد أهمية خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالنسبة للأم، الأمر الذي يتطلب الدقة في المتابعة وتخصيص بطاقة أو سجل لمتابعة الأم.

٣- يتوفر بالوحدة الصحية الريفية سجل لمتابعة الطفل. وجاءت في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (٢.٣٧) درجة.

أما العبارات ذات مستوى فعالية متوسط فهي:

١- تقدم الوحدة الخدمات الصحية اللازمة لتحقيق حمل آمن للأم وجاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٣١) درجة.

٢- يتوفر بالوحدة كافة خدمات تنظيم الأسرة وجاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٣٠) درجة

٣- يحرص العاملون بالوحدة الصحية الريفية على تثقيف الأم صحياً. وجاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٢٧) درجة.

٤- يؤكد الطبيب بالوحدة على أهمية الغذاء الجيد للطفل. وجاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.١٢) درجة.

- ١- يقوم طبيب الوحدة بعمليات الختان للأطفال بمقر الوحدة الصحية الريفية. وجاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.١٠) درجة.
- ٢- يحرص طبيب الوحدة على الكشف على الأطفال حديثي الولادة للتأكد من سلامة أسنانهم وعيونهم وخلوهم من الأمراض المعدية. وجاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (٢.٠٦) درجة.
- ٣- يتوفر بالوحدة الصحية الريفية أماكن متخصصة للقيام بعملية الولادة المتيسرة. وجاءت في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (١.٨٠) درجة.

### أما العبارات ذات المستوى المنخفض فهي:

- ١- يتوفر بالوحدة كافة الفحوص الطبية للأم والطفل. وجاءت في الترتيب الحادي عشر بمتوسط حسابي (١.٦٥) درجة
- ٢- يتوفر بالوحدة الصحية الريفية الأدوية اللازمة للأم والطفل. وجاءت في الترتيب الثاني عشر والأخير وذلك بمتوسط حسابي (١.٣٤) درجة وهو ما يؤكد بالرغم من اهتمام الوحدة الصحية الريفية بتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة لتحقيق أهداف السياسة الصحية إلا أن عجز الإمكانيات المادية بوزارة الصحة والمجتمع بشكل عام حالت دون توفير الأدوية اللازمة للأم والطفل.
- (٢) البعد الثاني: السرعة في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة كما يحددها المستفيدون:

جدول (١٠) يوضح السرعة في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة كما يحددها المستفيدون (ن = ١٠٠)

ترتيب	متوسط	متوسط	الاستجابات						العبارات	
			لا		إلى حد ما		نعم			
			ك	%	ك	%	ك	%		
٨	٠.٩٤٩٩	٢.١١	٤٠	٤٠	٩	٩	٥١	٥١	١	عملية الكشف منظمة لذا لا انتظر كثير حتى يأتي دوري في الكشف يقوم العاملون بالوحدة بإجراء كافة الفحوص
٩	٠.٨٦٠٢	١.٦٠	٦٥	٦٥	١٠	١٠	٢٥	٢٥	٢	

٣	٠.٩٠٢٤	٢.٢٥	٣٥	٣٥	٥	٥	٦٠	٦٠	والتحاليل الطبية اللازمة في وقت قصير	٣
١	٠.٨٧٢٥	٢.٤٥	٢٠	٢٠	١٥	١٥	٦٥	٦٥	استغرق وقت طويل في الحصول على الخدمة خاصة في اليوم المخصص لتطعيم الأطفال	٣
٧	٠.٧٨١٢	٢.١٦	٣٤	٣٤	١٦	١٦	٥٠	٥٠	تقدم الوحدة كافة خدمات تنظيم الأسرة بسهولة ويسر	٤
٢	٠.٧٦٣٨	٢.٤٢	١٩	١٩	٢٠	٢٠	٦١	٦١	يتوفر بالوحدة عربة إسعاف مما ييسر نقل الحالات منها واليها	٥
٥	٠.٩٠٤٥	٢.١٩	٣٣	٣٣	١٥	١٥	٥٢	٥٢	يستجيب العاملون بالوحدة لمطالبنا وشكوانا	٦
٤	٠.٩٢٩٧	٢.٢٠	٣٥	٣٥	١٠	١٠	٥٥	٥٥	تغطي الوحدة الصحية الريفية كافة خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالقرية وتصل إلى المنازل	٧
٦	٠.٧٥٦٣	٢.١٨	٣٥	٣٥	١٢	١٢	٥٣	٥٣	توجد لكل مستفيدة بطاقة متابعة مما ييسر تقديم الخدمة لها يشرف الطبيب بنفسه أثناء تقديم الخدمة مما يسرع بإنجازها	٨
									المتوسط العام للبعد (متوسط)	٩
									٢.٢٠	

- يتضح من الجدول السابق أن مستوى فعالية خدمات رعاية الأمومة و الطفولة بالوحدة الصحية الريفية بالنسبة لمتغير السرعة في تقديم خدمات رعاية الأمومة الطفولة هو مستوى فعالية (متوسط) حيث أن المتوسط الحسابي لهذا البعد

هو (٢.٢٠) درجة وهو يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) هذا وقد جاءت العبارات التالية بمستوى فعالية مرتفع وهي:

١- تقدم الوحدة كافة خدمات تنظيم الأسرة بسهولة ويسر. وجاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٤٥) درجة وهو ما يؤكد تركيز الوحدات الصحية الريفية على سرعة تنفيذ السياسات الصحية والسكانية وفقا لتوجيهات الدولة.

٢- يستجيب العاملون بالوحدة الصحية الريفية لمطالبنا وشكوانا. جاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٤٢) درجة

- أما العبارات التي جاءت بمستوى فعالية (متوسط) بمتوسط حسابي يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة هي:

٣- استغرق وقت طويل في الحصول على الخدمة خاصة في اليوم المخصص لتطعيمات الأطفال. وجاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة

٤- توجد لكل مستفيدة بطاقة متابعة مما ييسر تقديم الخدمة لها. وجاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٢٠) درجة.

٥- تغطي الوحدة الصحية الريفية كافة خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالقرية. وجاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.١٩) درجة.

٦- يشرف الطبيب بنفسه أثناء تقديم الخدمة مما يسرع بإنجازها. وجاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.١٨) درجة.

٧- يتوفر بالوحدة الصحية الريفية عربة إسعاف مما ييسر نقل الحالات منها وإليها. وجاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.١٦) درجة.

٨- عملية الكشف منظمة لذا لا انتظر كثيرا حتى يأتي دوري في الكشف. وجاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.١١) درجة.

أما العبارات ذات مستوى فعالية (منخفض) بمتوسط حسابي يقع في الفئة (١) - (١.٦٧) فهي العبارة التالية:

١- يقوم العاملون بالوحدة الصحية الريفية بإجراء كافة الفحوص والتحاليل الطبية

اللازمة في وقت قصير وجاءت في الترتيب التاسع والأخير بمتوسط حسابي

(١.٦٠) درجة وهو ما يفسر عدم توفير كافة الفحوص والتحاليل الطبية

بالوحدة الصحية الريفية.

## (٣) البعد الثالث: استمرارية تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة:

جدول (١١) يوضح استمرارية تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة (ن) = (١٠٠)

الترتيب	معدلي التحصيل	متوسط المعدلي	الاستجابات						العيارات	
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
٦	٠.٨٤٩٥	٢.٢٨	٢٦	٢٦	٢٠	٢٠	٥٤	٥٤	١	الطبيب مقيم بالوحدة الصحية الريفية
١	٠.٧١٩٧	٢.٦١	١٤	١٤	١١	١١	٧٥	٧٥	٢	فيتواجد بشكل مستمر يتوفر بالوحدة كافة الأمصال اللازمة لمختلف التطعيمات للأطفال
٥	٠.٧٧٧٤	٢.٣٠	٢٨	٢٨	١٤	١٤	٥٨	٥٨	٣	عربة الإسعاف موجودة بشكل دائم مما ييسر نقل الحالات المتعسرة دائما ما تجود الوحدة الصحية الريفية من خدمات رعاية الأمومة
٨	٠.٨٨٥٢	٢.١٥	٣٦	٣٦	١٣	١٣	٥١	٥١	٤	والطفولة باستمرار يتوفر بالوحدة أماكن معدة لحالات الولادة السريعة
٧	٠.٨٥٩٢	٢.٢٥	٢٩	٢٩	١٧	١٧	٥٤	٥٤	٥	يتوفر بالوحدة كافة الأجهزة اللازمة لعمل الفحوص الطبية بشكل منتظم
١	٠.٨٦٤٦	١.٥٥	٧٠	٧٠	٥	٥	٢٥	٢٥	٦	
٠									٧	
٤	٠.٨٠٨٨	٢.٤٢	١٨	١٨	٢٢	٢٢	٦٠	٦٠	٨	
٩	٠.٧٣٣٦	٢.١١	٤٠	٤٠	٩	٩	٥١	٥١		
٢	٠.٩١٦٠	٢.٥٢	١٩	١٩	١٠	١٠	٧١	٧١		



٣	٠.٩١٣٧	٢.٤٦	٢٠	٢٠	١٤	١٤	٦٦	٦٦	٩	تنظيم إجراءات تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة بشكل مستمراريتهما يتوفر بالوحدة وسائل اتصال مما ييسر حصول المستفيدين على الخدمة يتوفر بالوحدة بطاقة متابعة الأم والطفل مما يسهل استمرارية الاستفادة من الخدمات العاملون بالوحدة يتعاونون لتوفير خدمات رعاية الأمومة باستمرار
متوسط (٢.٣١)									المتوسط العام للبعد	

يتضح من الجدول السابق إن مستوى فعالية متغير استمرارية تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة هو مستوى فعالية (متوسط) بمتوسط حسابي (٢.٣١) درجة وهو يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة

ويتضح ذلك من خلال استجابات المبحوثين حيث جاءت العبارات التالية بمستوى فعالية مرتفع وهي:

١- يتوفر بالوحدة كافة الأمصال اللازمة لتطعيمات الأطفال حيث جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (٢.٦١) درجة وهو ما يؤكد الاهتمام الواضح للدولة متمثلة في وزارة الصحة والسكان وتركيز ما على عمليات التطعيم للأطفال حيث أن عملية التطعيم تعد من أهم الإجراءات الوقائية من الأمراض.

- ٢- يتوفر بالوحدة بطاقة متابعة للام والطفل مما يسهل استمرارية الاستفادة من الخدمات . وجاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة.
- ٣- يتعاون العاملون بالوحدة لتوفير خدمات رعاية الأمومة والطفولة باستمرار . وجاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٤٦) درجة.
- ٤- تنظيم إجراءات تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة بشكل يضمن استمراريتها . وجاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٤٢) درجة.

أما العبارات التي جاءت بمستوى فعالية متوسط يتراوح بين (١.٦٧ - ٢.٣٤) فهي كالتالي:

- ١- عربة الإسعاف موجودة بالوحدة بشكل دائم مما ييسر نقل الحالات المتعسرة . وهي جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٣٠) درجة.
- ٢- الطبيب مقيم بالوحدة الصحية الريفية فيتواجد بشكل مستمر . وهي جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٢٨) درجة.
- ٣- يتوفر بالوحدة الصحية الريفية أماكن معدة لحالات الولادة السريعة . وجاءت في الترتيب السابع بمتوسط (٢.٢٥) درجة.
- ٤- دائما توجد الوحدة الصحية الريفية من خدمات رعاية الأمومة والطفولة باستمرار . وجاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.١٥) درجة.
- ٥- يتوفر بالوحدة وسائل اتصال مما ييسر حصول المستفيدين على الخدمة . وجاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (٢.١١) درجة.
- أما العبارات ذات مستوى الفعالية المنخفضة فهي :
- ١- يتوفر بالوحدة كافة الأجهزة اللازمة لعمل الفحوص والتحليل الطبية بشكل منظم . وجاءت في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (١.٥٥) درجة.
- (٤) البعد الرابع: الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة لتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة:

جدول رقم (١٢) يوضح الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة لتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة(ن = ١٠٠)

م	العبارة	الاستجابات					
		نعم		إلى حد ما		لا	
		ك	%	ك	%	ك	%
١	يوجد بالوحدة طبيب ممارس عام	٧٠	٧٠	١٢	١٢	١٨	١٨
٢	على الأقل يتوفر بالوحدة عدد كافي من الإداريين لتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة	٥٥	٥٥	٢٠	٢٠	٢٥	٢٥
٣	يوجد بالوحدة فني معامل الإجراءات التحاليل الطبية اللازمة للام والطفل	٤٠	٤٠	١٣	١٣	٤٧	٤٧
٤	يوجد عدد كاف من الممرضات بالوحدة	٣٥	٣٥	١٧	١٧	٤٧	٤٧
٥	يتوفر عدد كاف من العمالة المسئولة عن النظافة	٥٧	٥٧	٢١	٢١	٢٢	٢٢
٦	يتوفر بالوحدة عربية للإسعاف والطوارئ	٥٠	٥٠	١٠	١٠	٤٠	٤٠
٧	يتوفر بالوحدة عربة للإسعاف والطوارئ	٢٥	٢٥	١١	١١	٦٤	٦٤
٨	يتوفر بالوحدة وسائل اتصال حديثة بالمستفيدين وكذا بالمستشفيات	٥١	٥١	٦٥	٦٥	٤٣	٤٣
٩	يوجد بالوحدة معمل تحاليل وفحوص مكتمل	٦٠	٦٠	١١	١١	٢٩	٢٩

٤									من الأجهزة الحديثة	
١	٠.٧٨٦٨	٢.١٦	٣٧	٣٧	١٠	١٠	٥٣	٥٣	يتوفر بالوحدة	١٠
									أماكن معدة لاستقبال المرضى وحالات الولادة السريعة وحضانات للأطفال حديثي الولادة	١١
٦									يتوفر بالوحدة كافة خدمات تنظيم الأسرة	١٢
									يتوفر بالوحدة كافة الأمصال اللازمة للأم الحامل وتطعيم الأطفال	
									يتوفر بالوحدة زائرة صحية لمتابعة السيدات بالمنازل	
								متوسط (٢.١٣)	المتوسط العام للبعد	

يتضح من الجدول السابق أن مستوى فعالية متغير الإمكانات المادية والبشرية المتوفرة لتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة هو مستوى فعالية (متوسط) بمتوسط حسابي (٢.١٣) وهو يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة ويتضح ذلك من خلال استجابات المبحوثين حيث جاءت العبارات التالية بمستوى فعالية (مرتفع) وهي:

١- يتوفر بالوحدة كافة الأمصال اللازمة للأم الحامل وتطعيم الأطفال . وجاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٥٣) درجة . وهو ما يفسر الاهتمام والتركيز بشكل واضح على مدي توفير الأمصال والتطعيمات في مواعيدها المحددة من قبل الوحدات الصحية الريفية وهو ما يتفق مع السياسة الصحية بوزارة الصحة.

- ٢- يوجد بالوحدة طبيب واحد ممارس عام على الأقل . بمتوسط حسابي (٢.٥٢) وجاءت في الترتيب الثاني.
- ٣- يتوفر بالوحدة الصحية الريفية عربة للإسعاف والطوارئ . وجاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٣٥) درجة.
- أما العبارات ذات مستوى فعالية ( متوسط) فهي:
- ١- يتوفر بالوحدة كافة خدمات تنظيم الأسرة . وجاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٣١) درجة.
- ٢- يتوفر بالوحدة عدد كافي من الإداريين لتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة وجاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٣٠) درجة.
- ٣- يتوفر بالوحدة زائرة صحية لمتابعة السيدات بالمنازل . وجاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.١٦) درجة.
- ٤- يتوفر بالوحدة الصحية الريفية وسائل اتصال حديثة بالمستفيدين والمستشفيات العامة . وجاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.٣٠) درجة.
- ١- يتوفر بالوحدة أماكن معدة لاستقبال المرضى وحالات الولادة السريعة . وجاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.٠٨) درجة.
- ٢- يوجد عدد كافي من الممرضات بالوحدة الصحية الريفية وجاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (١.٩٣) درجة.
- ٣- يتوفر عدد كافي من العمالة المسؤولة عن النظافة وجاءت في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (١.٨٦) درجة.
- ٤- يوجد بالوحدة فني معامل لإجراء التحاليل والفحوص الطبية وجاءت في الترتيب الحادي عشر بمتوسط حسابي (١.٧٥) درجة.
- أما العبارات ذات المستوى المنخفض فهي:
- ١- يوجد بالوحدة معمل تحاليل وفحوص مكتمل من الأجهزة الحديثة . وجاءت في الترتيب الثاني عشر والأخير بمتوسط حسابي (١.٦١) درجة.
- ٥- البعد الخامس: نفقات الحصول على خدمات رعاية الأمومة والطفولة:
- جدول رقم (١٣) يوضح نفقات الحصول على خدمات رعاية الأمومة والطفولة  
(ن = ١٠٠)

م	العبارات	الاستجابات						م
		لا		إلى حد ما		نعم		
		ك	%	ك	%	ك	%	
١	احصل على كافة الخدمات من الوحدة الصحية الريفية مجاناً	٤٥	٤٥	٢٠	٢٠	٣٥	٣٥	١
٢	احصل على الخدمة مقابل أجر رمزي	٣٦	٣٦	١٤	١٤	٥٠	٥٠	٢
٣	أصرف بعض العلاج بأجر رمزي	٦٥	٦٥	٥	٥	٣٠	٣٠	٣
٤	الطبيب يكتب الروشتة فقط و	٤١	٤١	٩٥	٩٥	٥٠	٥٠	٤
٥	أشترى العلاج من صيدليات خاصة	١٩	١٩	٢٠	٢٠	٦١	٦١	٥
٦	تذاكر الكشف تتناسب مع دخلنا	٤٨	٤٨	١٢	١٢	٤٠	٤٠	٦
٧	يتم عمل كافة الفحوص والتحليل بالمعمل مجاناً	٣٦	٣٦	١٣	١٣	٥١	٥١	٧
٨	يتم نقل الحالات المتعسرة في الولادة بعربة الإسعاف مجاناً	٤٧	٤٧	١٢	١٢	٤١	٤١	٨
٩	احصل على كافة الأمصال لتطعيم الطفل مجاناً	٥٥	٥٥	١٠	١٠	٣٥	٣٥	٩
١٠	يتم ختان الأطفال بالوحدة الصحية الريفية بأجر رمزي	٥٥	٥٥	١٠	١٠	٣٥	٣٥	١٠

										تتم حالات الولادة المتيسرة بالمجان أو بأجر رمزي
									متوسط (٢٠٠٦)	المتوسط العام للبعد

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الفعالية لمتغير نفقات الحصول على خدمات رعاية الأمومة والطفولة هو مستوى فعالية (متوسط) وذلك بمتوسط حسابي (٢٠٠٦) درجة حيث يقع في الفئة (١.٦٧-٢.٣٤) درجة

وقد جاءت العبارات التالية بمستوى فعالية مرتفع يقع بين (٢٣٤ - ٣) وهي:

١-احصل على كافة التطعيمات للطفل مجانا . وجاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٦٠) درجة هو ما يؤكد تركيز اهتمام الوحدات الصحية الريفية على الصحة الوقائية فالوقاية خير من العلاج ومن ثم توفير كافة التطعيمات للتحصين ضد الأمراض سواء للطفل أو الأم.

٢-تذاكر الكشف تتناسب مع دخلنا . وجاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٤٢.٢) درجة .

أما العيادات ذات مستوى فاعلية (متوسط) (١٦٧ - ٢٣٤) فهي :

١- يتم نقل الحالات المتعسرة في الولادة بعربة الإسعاف مجانا وجاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.١٥) درجة .

١-احصل على الخدمة مقابل أجر رمزي . وجاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.١٤) درجة .

٢-الطبيب يكتب الروشنة فقط واشترى العلاج من صيدليات خاصة ن وجاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٠٩) درجة .

٣-يتم ختان الأطفال بالوحدة الصحية الريفية بأجر رمزي . وجاءت هذه العبارة في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (١.٩٤) درجة .

٤-يتم عمل كافة الفحوص و التحاليل بالمعمل مجاناً . وجاءت هذه العبارة في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (١.٩٢) درجة .

- ١-حصل على كافة الخدمات من الوحدة الصحية الريفية مجاناً . وجاءت هذه العبارة في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي ( ١.٩٠ ) درجة .
- ٢-تتم حالات الولادة المتيسرة بمقر الوحدة بالمجان أو بأجر رمزي . وجاءت هذه العبارة في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي ( ١.٨٠ ) درجة .
- أما العبارة ذات مستوى فاعلية منخفض تقع بين ( ١ - ١.٦٧ ) درجة فهي :
- ٣-أصرف من الوحدة بعض العلاج بأجر رمزي . جاءت هذه العبارة في الترتيب العاشر والأخير بمتوسط حسابي ( ١.٦٥ ) درجة ويرجع ذلك إلى عدم توفر الأدوية بالوحدات الصحية لقلة وضعف إمكانياتها بشكل عام والتوجه إلى عملية خصخصة خدماتها بشكل خاص .

البعد السادس : العلاقات الإنسانية بين المستفيدين والعاملين بالوحدة الصحية الريفية :

جدول رقم (١٤) يوضح العلاقات الإنسانية بين المستفيدين والعاملين بالوحدة الصحية الريفية ( ن = ١٠٠ )

م	العبارات	الاستجابات						متوسط حسابي	انحراف معياري	رتبة
		نعم		إلى حد ما		لا				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	العاملون بالوحدة الصحية الريفية يتعاملون معنا بمحبة وود	٦٢	٦٢	١٠	١٠	٢٨	٢٨	٢.٣٤	٠.٨٨٥٧	٢
٢	الطبيب بالوحدة يسمع لشكوانا ويستجيب لها	٤٠	٤٠	٨	٨	٥٢	٥٢	١.٨٨	٠.٨٨٦٣	٦
٣	تتدخل الواسطة والمعرفة بالوحدة في توفير الأدوية والعلاج	٣٠	٣٠	٥	٥	٦٥	٦٥	١.٦٥	٠.٧٣٩٢	٨
٤	يتعاون العاملون بالوحدة معنا لتقديم	٦٥	٦٥	١٠	١٠	٢٥	٢٥	٢.٤٠	٠.٨٥٠٥	١
٥		٤٥	٤٥	٩	٩	٤٦	٤٦	١.٩٩	٠.٧٣٦٨	٥



٣	٠.٧٤٩٦	٢.٢٦	٣٠	٣٠	١٤	١٤	٥٦	٥٦	الخدمة وسهولة	
٤	٠.٧٠١٧	٢.١٣	٣٧	٣٧	١٣	١٣	٥٠	٥٠	يحرص بالوحدة الصحية الريفية على تشجيعنا للاستمرار في التردد على الوحدة بشكل دائم	٦
٩	٠.٥٨٢٧	١.٦٣	٦٧	٦٧	٣	٣	٣٠	٣٠	يحرص العاملون بالوحدة على	٧
٧	٠.٥٦٨٥	١.٧٣	٥٩	٥٩	٩	٩	٣٢	٣٢	تزوينا بالمعلومات الصحية الغذائية الهامة	٨
١٠	٠.٤٩٥١	١.٥٥	٦٥	٦٥	١٥	١٥	٢٠	٢٠	يحرص طبيب الوحدة على العناية بالكشف للتأكد من سلامة الأم والطفل يتوفر بالوحدة وسائل اتصال للاطمئنان على المستفيدين وأطفالهن	٩
									تحرص الزائرات الريفيات الصحيات على زيارتنا بالمنازل للاطمئنان على سلامتنا يحرص طبيب الوحدة على تقديم العلاج مجانا في حدود المتوفر منه بالوحدة	١٠

	المتوسط الحسابي للبعد	متوسط (١.٩٦)
--	--------------------------	--------------

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الفاعلية بالنسبة لمتغير العلاقات الإنسانية بين المستفيد والعاملين بالوحدة الصحية الريفية هو مستوى فعالية ( متوسط ) بمتوسط حسابي (١.٩٦) درجة يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة وقد جاءت بعض العبارات ذات مستوى فعالية مرتفعة تقع في الفئة ( ٢.٣٤ - ٣ ) درجة هي :

١- يتعاون العاملون معا لتقديم الخدمة ببسر وسهولة وجاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي ( ٢.٤٠ ) درجة وهو يفسر تحسن العلاقات الإنسانية بين العاملين بالوحدة والمستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة الأمر الذي يرتبط بالاهتمام الواضح بالنهوض بالمجتمع الريفي وتنميته صحياً وذلك نظرا لما يعاينه المجتمع من انتشار الخرافات والأفكار غير الصحيحة المرتبطة بثقافة وقيم هذا المجتمع .

٢- العاملون بالوحدة الصحية الريفية يتعاملون معنا بمحبة وود . وجاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٣٤) درجة .

- أما العبارات ذات مستوى فعالية متوسط تقع في الفئة ( ١٦٧ - ٢٣٤ ) درجة فهي :

٣- يحرص العاملون بالوحدة على تزويدنا بالمعلومات الصحية والغذائية الهامة . وهي جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٢٦) درجة .

٤- يحرص طبيب الوحدة على الكشف للتأكد من سلامة الأم والطفل . وهي جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.١٣) درجة

٥- يحرص العاملون بالوحدة الصحية الريفية على تشجيعنا على التردد للوحدة الصحية بشكل دائم. وهي جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (١.٩٩) درجة.

٦- الطبيب بالوحدة الصحية الريفية يسمع لشكوانا يستجيب لها. وجاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (١.٨٨) درجة .

٧- تحرص الزائرات الصحيات على زيارتنا بالمنازل للاطمئنان على سلامتنا . وهي جاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي ( ١.٧٣ ) درجة .

- أما العبارات ذات مستوى فعالية منخفض وهي تقع في الفئة (١ - ١٦٧) فهي :
- ١- تتدخل المعرفة والوساطة بالوحدة لتوفير الأدوية والعلاج . وهي جاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (١.٦٥) درجة .
- ١- يتوفر بالوحدة وسائل اتصال للاطمئنان على المستفيدين وأطفالهم . وهي جاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (١.٦٣) درجة
- ٢- يحرص طبيب الوحدة على تقديم العلاج مجاناً في حدود المتاح منه بالوحدة . وهي جاءت في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (١.٥٥) درجة .
- مستوى الفعالية ككل بالوحدة الصحية الريفية :
- جدول رقم (١٥) يوضح مستوى فعالية الوحدة الصحية بقرية خزام

م	العبارات	متوسط حسابي	ترتيب
١	القدرة على إشباع احتياجات المستفيدين من الخدمات	٢.١٢	٤
٢	السرعة في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة	٢.٢٠	٢
٣	استمرارية تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة	٢.٣١	١
٤	الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة لتقديم الخدمات	٢.١٣	٣
٥	نفقات الحصول على خدمات رعاية الأمومة والطفولة	٢.٠٦	٥
٦	العلاقات الإنسانية بين المستفيدين والعاملين	١.٩٦	٦
المستوى العام للبعد (متوسط)		٢.١٣	

(٢) ما يتعلق بكفاءة الوحدة الصحية الريفية في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة :

(ب) كفاءة الوحدة الصحية الريفية في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة :

(١) من حيث وضوح بناء وأهداف الوحدة الصحية الريفية :

جدول رقم (١٦) يحدد وضوح بناء وأهداف الوحدة الصحية الريفية (ن = ٢٠)

م	المتغيرات	التكرارات	الاستجابات			متوسط حسابي	انحراف معياري	ت.ج.
			نعم	إلى حد ما	لا			

			%	ك	%	ك	%	ك		
٧	٠.٨٦٠٢	٢.٤٥	٢٥	٥	١٠	٢	٦٥	١٣	١	يفهم العاملون بالوحدة الصحية لخدمات رعاية الأمومة والطفولة والبرامج التي يجب تصميمها من جانب الوحدات لمواجهةها .
٩	٠.٨٨٧٤	٢.٢٥	٣٠	٦	١٥	٣	٥٥	١١	٢	الوحدات الصحية وضع معروف في المجتمع .
١	٠.٥٥٦٨	٢.٧٠	٥	١	٢٠	٦	٧٥	١٥	٣	وضع الوحدات الصحية في المجتمع يساعدها في تحقيق أهداف رعاية الامومة والطفولة بطريقة أفضل
١٠	٠.٨٧١٨	٢.٢٠	٣٠		٢٠	٤	٥٠	١٠	٤	أهداف وأغراض الوحدات الصحية وبرامجها تم تحديدها بوضوح ودقة
٢	٠.٥٧٢٢	٢.٦٥	٥	١	٢٥	٥	٧٠	١٤	٥	الأهداف التي تم تحديدها للوحدات الصحية تتناسب مع وضعها بالمجتمع
٣	٠.٨٥٢٩	٢.٦٠	٢٥	٥	١٥	٣	٦٠	١٢	٦	يفهم العاملون بالوحدات الصحية تلك الأهداف والأغراض في إطار وضعها داخل المجتمع
٦	٠.٧٣٩٩	٢.٤٥	١٥	٣	٢٥	٥	٦٠	١٢	٧	يفهم العملاء أهداف وأغراض الوحدات الصحية ووضعها في المجتمع
٤	٠.٧٣٩٩	٢.٥٥	١٥	٣	١٥	٣	٧٠	١٤	٨	وأغراض الوحدات الصحية ووضعها في المجتمع
٥	٠.٧٤١٦	٢.٥٠	١٥	٣	٢٠	٤	٦٥	١٣	٩	تتولى الوحدات الصحية توضيح أهدافها للعملاء المستفيدين منها
٨	٠.٧٩٢١	٢.٣٥	٢٠	٤	٢٥	٥	٥٥	١١	١٠	يتوفر للوحدات الصحية

										الهيكل التنظيمي الملائم لتحقيق أهدافها يعكس الهيكل التنظيمي بالوحدات الصحية بنائها وطبيعة العلاقات داخلها
										المتوسط الحسابي للبعد متوسط (٢.٤٦) مستوى كفاءة (مرتفع)

ومن بيانات الجدول السابق يتضح أن مستوى كفاءة الوحدة الصحية الريفية من حيث وضوح بناء وأهداف الوحدة الصحية الريفية هو مستوى كفاءة (مرتفع) يقع في الفئة (٢.٣٤ - ٣) حيث جاء بمتوسط حسابي (٢.٤٦) درجة.

هذا وقد جاءت بعض العبارات بمستوى كفاءة مرتفع وهي :

١- رقم (٣) حيث جاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٧٠) درجة وقد يرجع ذلك إلى أهمية دور الوحدة الصحية الريفية في المجتمع الريفي الوقائي والعلاجي .

- ٢- رقم (٥) حيث جاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٦٥) درجة .
- ٣- رقم (٦) حيث جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٦٠) درجة .
- ٤- رقم (٨) حيث جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٥٥) درجة .
- ٥- رقم (٩) حيث جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٥٠) درجة .
- ٦- رقم (٧) حيث جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٤٥) درجة .
- ٧- رقم (١) حيث جاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.٤٠) درجة .
- ٨- رقم (١٠) حيث جاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.٣٥) درجة .
- ٩- رقم (٢) حيث جاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة .
- ١٠- رقم (٤) حيث جاءت في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (٢.٢٠) درجة .

(٢) من حيث سياسة الوحدة الصحية الريفية وإجراءات عملها :

جدول رقم (١٧) يوضح سياسة الوحدة الصحية الريفية وإجراءات عملها

( ن = ٢٠ )

م	التكرارات المتغيرات	الاستجابات						نعم ك	إلى حد ما ك	لا ك	متوسط حسابي	انحراف معياري	ترتيب
		نعم		إلى حد ما		لا							
		%	ك	%	ك	%	ك						
١	للوحدات الصحية بوجه عام سياسة	١٢	٦٠	٤	٢٠	٤	٢٠	٢٠	٤	٢.٤٠	٠.٨٠٠٠	٤	
٢	وإجراءات مكتوبة يتم مراجعة سياسة الوحدات الصحية	٧	٣٥	٢	١٠	١١	٥٥	٥٥	١١	١.٨٠	٠.٩٢٧٣	١٠	
٣	وتلك الإجراءات داخل الوحدات الصحية	١٥	٧٥	٢	١٥	٣	١٥	١٥	٣	٢.٦٠	٠.٧٣٤٨	٢	
٤	يتم الالتزام بتلك السياسات	١٣	٦٥	٣	١٥	٤	٢٠	٢٠	٤	٢.٤٥	٠.٨٠٤٧	٣	
٥	والإجراءات داخل الوحدات الصحية يوجد سياسات	١٣	٥٥	٧	٣٥	٣	١٥	١٥	٣	٢.٣٥	٠.٧٢٦٣	٥	
٦	وإجراءات بكل برنامج ونشاط بالوحدات الصحية	١١	٥٥	١	٥	٨	٤٠	٤٠	٨	٢.١٥	٠.٩٦٣١	٨	
٧	تحدد الوحدات الصحية أساليب محددة ومنظمة لتنفيذ السياسات	٨	٤٠	٨	٤٠	٤	٢٠	٢٠	٤	٢.٢٠	٠.٧٤٨٣	٧	
٨	وإجراءات تحدد الوحدات الصحية وسائل	١٠	٥٠	٥	٢٥	٥	٢٥	٢٥	٥	٢.٢٥	٠.٨٢٩١	٦	
٩	عملية لتقييم تلك السياسات وإجراءات ترتبط السياسات	٨	٤٠	٣	١٥	٩	٤٥	٤٥	٩	١.٩٥	٠.٩٢٠٦	٩	
١٠	وإجراءات بأهداف	١٦	٨٠	٢	١٠	٢	١٠	١٠	٢	٢.٧٠	٠.٦٤٠٣	١	

									وأعراض ووضع الوحدات الصحية تسمح للوحدات الصحية للعاملين بها بالمشاركة في تنفيذ السياسات والإجراءات وتطويرها لدى العاملين بالوحدات الصحية معلومات وافية عن السياسات والإجراءات التي تؤثر على المنظمة ووظائفها يفهم العاملون بالوحدات الصحية السياسات والإجراءات الخاصة بها فهماً واضحاً
									المتوسط الحسابي اللبعد
									مستوى متوسط (٢.٢٩)

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الكفاءة بالنسبة لمتغير (سياسة الوحدة الصحية الريفية وإجراءات عملها ) جاء ذات مستوى كفاءة ( متوسط) بمتوسط حسابي (٢.٢٩) يقع في الفئة المتوسط (١.٧٦ - ٢.٣٤) درجة وهذا وقد جاءت العبارات التالية بمستوى كفاءة مرتفع وهي تقع في الفئة ( ٢.٣٤ - ٣ ) درجة وهي :

١- العبارة رقم (١٠) حيث جاءت في الترتيب الاول بمتوسط حسابي (٢.٧٠) درجة وهو ما يؤكد مدى فهم العاملون بالوحدة الصحية الريفية لسياستها وإجراءات عملها كما انه يفسر الاهتمام الواضح من قبل وزارة الصحة بوضوح السياسات المرتبطة بخدمات رعاية الأمومة والطفولة خاصة المرتبطة بالريف وذلك لمواجهة المشكلات القومية المرتبطة بالزيادة السكانية .

٢- العبارة رقم (٣) جاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٦٠) درجة .

٣- العبارة رقم (٤) جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٤٥) درجة .

٤- العبارة رقم (١) جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٤٠) درجة .

٥- العبارة رقم (٥) جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٣٥) درجة .

- أما العبارات التالية جاءت بمستوى كفاءة ( متوسط ) حيث يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة هي :

١- العبارة (٨) جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة .

٢- العبارة (٧) جاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.٢٠) درجة .

٣- العبارة (٦) جاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.١٥) درجة .

٤- العبارة (٩) جاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (١.٩٥) درجة .

٥- العبارة (٢) جاءت في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (١.٨٠) درجة وقد يرجع ذلك الى مركزية التخطيط بوزارة الصحة بشكل خاص والدولة بشكل عام :

(٣) من حيث كفاءة العاملين بالوحدة الصحية الريفية على تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة :

جدول رقم (١٨) يوضح كفاءة العاملين على تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدة الصحية الريفية ( ن = ٢٠ )

م	التكرارات المتغيرات	الاستجابات						متوسط حسابي	انحراف معياري	ترتيب
		نعم		إلى حد لا		لا				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	يوجد لدي الوحدات الصحية توصيف	١٦	٨٠	٢	١٠	٢	١٠	٢.٧٠	٠.٦٤٠٣	١



٢	٠.٨٣٤٤	٢.٥٥	١٥	٣	١٥	٣	٧٠	١٤	لوظائف وتحديد مهام كل العاملين بها لذي الوحدات الصحية	٢
٥	٠.٨١٢٤	٢.٢٠	٢٥	٥	٣٠	٦	٤٥	٩	مكتوبة لتنظيم العمل خطة	٣
٣	٠.٨٤٢٦	٢.٣٠	٢٥	٥	٢٠	٤	٥٥	١١	تحدد مهام وأنشطة كل فرد للعاملين بها لذي الوحدات الصحية	٤
٩	٠.٩٢٠٦	١.٩٥	٤٥	٩	١٥	٣	٤٠	٨	مستويات محددة للأداء وتقييم مفرداتها	٥
٤	٠.٨٢٩١	٢.٢٥	٢٥	٥	٢٥	٥	٥٠	١٠	لذي الوحدات الصحية ميزانية منظمة لتقييم العاملين الجدد وفقا لكل وظيفة يتم شغلها	٦
٧	٠.٨٨٨٨	٢.١٠	٣٥	٧	٢٠	٤	٤٥	٩	لذي الوحدات الصحية حقوق العاملين بها	٧
م٤	٠.٨٨٧٤	٢.٢٥	٣٠	٦	١٥	٣	٥٥	١١	مبذل المشرفون بالوحدات الصحية جهدا لفهم دوافع العاملين نحو العمل والإنجاز تقوم الوحدات الصحية بتقديم توجيه وتدريب للموظفين الجدد بها تقوم الوحدات الصحية بتقديم توجيه	٨
٦	٠.٨٥٢٩	٢.١٥	٣٠	٦	٢٥	٥	٤٥	٩		٩
٨	٠.٧٣٥٢	٢.٠٠	٤٠	٨	٢٠	٤	٤٠	٨		١٠

										وتدريب الموظفين الجدد بها
										تمنح الوحدات الصحية أفرادها العاملين بها فرصا للتطور والنمو في أداء عملهم
										تتيح الوحدات الصحية للعاملين فيها فرصا للتدريب وتنمية قدراتهم الوظيفية
									متوسط (٢٠٢٤)	المتوسط الحسابي للبعد

يتضح من الجدول السابق أن مستوى كفاءة العاملين بالوحدة الصحية الريفية على تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة جاءت كفاءة بمستوى ( متوسط ) حيث جاءت بمتوسط حسابي (٢٠٢٤) يقع في فئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة .

وقد جاءت العبارات التالية بمستوى كفاءة مرتفع حيث جاءت بمتوسط حسابي يقع في الفئة (٢.٣٤ - ٣.٠٠) وهي :

١- العبارة رقم (١) حيث جاءت في الترتيب الاول بمتوسط حسابي (٢.٧٠) درجة . وقد يرجع ذلك إلى أهمية دور الوحدات الصحية والعناية لتحديد مهام العاملين بها حيث إنها تتعلق بأهم حق من حقوق الإنسان وهي حقه في الرعاية الصحية .

٢- العبارة رقم (٢) حيث جاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٥٥) درجة . أما العبارات التالية فقد جاءت بمستوى كفاءة ( متوسط ) حيث تقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) وهي :

- ١- العبارة رقم (٤) جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٣٠) درجة .
- ٢- العبارة رقم (٦) جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة .
- ٣- العبارة رقم (٨) جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة .

- ٤- العبارة رقم (٣) جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٢٠) درجة .  
 ٥- العبارة رقم (٩) جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.١٥) درجة .  
 ٦- العبارة رقم (٧) جاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.١٠) درجة .  
 ٧- العبارة رقم (١٠) جاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.٠٠) درجة .  
 ٨- العبارة رقم (٥) جاءت في الترتيب التاسع و الأخير بمتوسط حسابي (١.٩٥) درجة .

وقد يرجع ذلك إلى أن حماية الحقوق ليست فقط من اختصاص الوحدات الصحية الريفية بل يتوزع على مجموعة من المؤسسات خارجة عن نطاق الوحدات الصحية الريفية .

(٤) من حيث كفاءة نظام الاتصال بالوحدات الصحية الريفية :

جدول رقم (١٩) يوضح كفاءة نظام الاتصال بالوحدات الصحية الريفية  
 (ن = ٢٠)

م	المتغيرات	التكرارات	الاستجابات							
			نعم		إلى حد ما		لا			
			ك	%	ك	%	ك	%		
١	لدي الوحدات الصحية نظام رسمي للاتصال	١٢	٦٠	٢	١٠	٦	٣٠	٢.٣٠	٠.٩٠٠٠	٣
٢	هذا النظام الرسمي للاتصال يتكون من وسائل مكتوبة	١٧	٨٥	١	٥	٢	١٠	٢.٧٥	٠.٦٢٢٥	١
٣	يتوفر بالوحدات الصحية وسائل أخرى للاتصال غير مكتوبة	١٣	٦٥	١	٥	٦	٣٠	٢.٣٥	٠.٩٠٩٧	٢
٤	يتضمن نظام الاتصال بالوحدات الصحية وسائل لفظية	١٠	٥٠	٢	١٠	٨	٤٠	٢.١٠	٠.٩٤٣٤	٦
٥	يتضمن نظام الاتصال بالوحدات الصحية وسائل لفظية	٧	٣٥	٣	١٥	١٠	٥٠	١.٨٥	٠.٩٠٩٧	١٠

٨	٠.٩٧٣٤	١.٩٥	٥٠	١٠	٥	١	٤٥	٩	٦	مسموعة تهتم الوحدات الصحية بعقد لقاءات بين الأفراد والجماعات العاملين بها
٤	٠.٨٨٧٤	٢.٢٥	٣٠	٦	١٥	٣	٥٥	١١	٧	يسمح نظام الاتصال الرسمي بتحديد عملية التغذية العكسية بالنسبة للعاملين بالوحدات الصحية
٧	٠.٨٦٤٦	٢.٠٥	٣٥	٧	٢٥	٥	٤٠	٨	٨	يسمح نظام الاتصال بإتاحة الفرصة للأفراد للتعبير عن آرائهم في مختلف القضايا العامة بحرية
٥	٠.٩٣٢٢	٢.١٥	٣٥	٧	١٥	٣	٥٠	١٠	٩	يوفّر نظام الاتصال القائم بالوحدات الصحية على أداء العاملين لمهامهم بشكل جيد
٩	٠.٧٦٩٥	١.٩٠	٥٥	١١	٣	٦	٢٥	٥	١٠	نظام الاتصال الغير الرسمي تأثيره أكثر فاعلية من نظام الاتصال الرسمي بالوحدات الصحية لدي الوحدات الصحية وسائل اتصال غير رسمية
متوسط (٢.١٧)									المتوسط الحسابي للبعد	

ومن تحليل بيانات الجدول السابق يتضح أن مستوى كفاءة نظام الاتصال بالوحدة الصحية الريفية هو مستوى كفاءة متوسط حيث جاء بمتوسط حسابي (٢.١٧) وهو يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة .

وقد جاءت بعض العبارات بمستوى كفاءة مرتفع يقع في الفئة (٢.٣٤ - ٣) درجة وهي:  
١- العبارة رقم (٢) حيث جاءت بمتوسط حسابي (٢.٧٥) في الترتيب الأول ويرجع ذلك إلى سيطرة النظام البيروقراطي على طبيعة أداء العاملين بالوحدة الصحية الريفية الريفية كجهاز حكومي رسمي .

٢- العبارة رقم (٣) جاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٣٥) درجة .  
أما العبارات ذات المستوى المتوسط فجاءت بمتوسط حسابي يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) وهي :

- ١- العبارة رقم (١) جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي ( ٢.٣٠) درجة .
- ٢- العبارة رقم (٧) جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة .
- ٣- العبارة رقم (٩) جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.١٥) درجة .
- ٤- العبارة رقم (٤) جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.١٠) درجة .
- ٥- العبارة رقم (٨) جاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.٠٥) درجة .
- ٦- العبارة رقم (٦) جاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (١.٩٥) درجة .
- ٧- العبارة رقم (١٠) جاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (١.٩٠) درجة .
- ٨- العبارة رقم (٥) جاءت في الترتيب العاشر والأخير بمتوسط حسابي (١.٨٥) درجة .

وقد يرجع ذلك إلى أن الاتصال غير الرسمي يواجه بكثير من الصعوبات في ظل القوانين والروتين الذي يحكم التنظيم الرسمي .

(٥) من حيث أسلوب الوحدة الصحية الريفية في حل مشكلات عملائها :

جدول رقم (٢٠) يوضح أسلوب الوحدة الصحية الريفية في حل مشكلات عملائها  
(ن = ٢٠)

م	التكرارات المتغيرات	الاستجابات			متوسط حسابي	انحراف معياري	ترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا			

			%	ك	%	ك	%	ك		
١	٠.٦٤٠٣	٢.٧٠	١٠	٢	١٠	٢	٨٠	١٦	لدي الوحدات الصحية رسمية لتنظيم ومواجهة الإشكالية	١
٧	٠.٨٨٧٤	٢.٢٥	٣٠	٦	١٥	٣	٥٥	١١	تستعمل الوحدات الصحية تلك العمليات الرسمية في كل المواقع الإشكالية	٣
٤	٠.٧٣٩٩	٢.٢٥	١٥	٣	٢٥	٥	٦٠	١٢	تهتم الوحدات الصحية أكثر بتحديد المشكلة أكثر من اهتمامها بتحديد أغراضها أو آثارها	٤
٩	٠.٩٢٠٦	٢.٠٥	٤٠	٨	١٥	٣	٤٥	٩	تحدد الوحدات الصحية الجوانب السلبية والإيجابية في الحلول التي تستخدمها لمواجهة المشكلات	٥
٦	٠.٨٦٠٢	٢.٤٠	٢٥	٥	١٠	٢	٦٥	١٣	تأخذ الوحدات الصحية في اعتبارها الجهود السابقة عند مواجهة المشكلات الحالية والمشكلات المستقبلية	٦
٣	٠.٦٦٣٣	٢.٦٠	١٠	٢	٢٠	٤	٧٠	١٤	تعتمد الوحدات الصحية على أفراد	٧
٢	٠.٦٥٣٨	٢.٦٥	١٠	٢	١٥	٣	٧٥	١٥		٨
٨	٠.٨٣٠٧	٢.١٠	٣٠	٦	٣٠	٦	٤٠	٨		٩

متخصصين	٥	٢٥	١	٥	١٤	٥٥	١.٥٥	٠.٨٦٤٦	١٠
١٠ مؤهلين لمواجهة المشكلات لدى الوحدات الصحية منظمة لتقييم النتائج المترتبة على تنفيذ إجراءات حل المشكلة تستخدم الوحدات الصحية خطأً بديلة أو تعدل وتطور الخطط في حالة فشل الخطط المستخدمة يتوفر بالوحدات الصحية عملية غير رسمية لتنظيم ومواجهة المواقف الإشكالية تستطيع الوحدات الصحية السيطرة على المشكلات التي تحدث خارج نطاق رقابتها									
المتوسط الحسابي للبعد	متوسط (٢.٣٢)								

من تحليل بيانات الجدول السابق يتضح أن مستوى كفاءة أسلوب الوحدة الصحية الريفية في حل مشكلات عملائها جاءت بمستوى ( متوسط ) بمتوسط حسابي (٢.٣٢) درجة .

وقد جاءت بعض العبارات بمستوى كفاءة مرتفع يقع في الفئة (٢.٣٤ - ٣) درجة وهي :

- ١- العبارة (١) جاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٧٠) درجة . وقد يرجع ذلك إلى طبيعة النظام البيروقراطي الرسمي في مواجهة المشكلات بطريقة قانونية .
- ٢- العبارة (٨) وجاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٦٠) درجة .
- ٣- العبارة (٧) وجاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٦٠) درجة .
- ٤- العبارة (٣) وجاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٤٥) درجة .
- ٥- العبارة (٦) وجاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٤٠) درجة .

أما العبارات ذات مستوى كفاءة متوسط فهي تقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة وهي كالتالي :

- ١- العبارة (٤) جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٣٠) درجة .
- ٢- العبارة (٢) جاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة .
- ٣- العبارة (٩) جاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.١٠) درجة .
- ٤- العبارة (٥) جاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (٢.٥٠) درجة .

أما العبارات ذات المستوى المنخفض فهي :

- ١- العبارة رقم (١٠) وجاءت في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (١.٥٥) درجة وقد يرجع ذلك إلى التزام الجهاز الوظيفي بالوحدات الصحية لقوانين وزارة الصحة وحل مشكلات عملائها في ضوء ذلك .

(٦) من حيث كفاءة المتابعة والتقييم لخدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدات الصحية الريفية

جدول رقم (٢١) يوضح كفاءة المتابعة والتقييم لخدمات رعاية الأمومة والطفولة (ن = ٢٠)

م	التكرارات	الاستجابات						المتغيرات		
		نعم		إلى حد لا		متوسط حسابي	انحراف معياري		ترتيب	
		ك	%	ك	%					
١	تقوم الوحدات الصحية بالمتابعة	١٣	٦٥	٢	١٠	٥	٢٥	٢.٤٠	٠.٨٦٠٢	٢



٢	والتقويم منتظم	٨	٤٠	٤	٢٠	٨	٤٠	٨	بشكل
٣	تتابع الوحدات الصحية مدى ما تحقق من برامج رعاية الأمومة والطفولة وفقا لأهداف وأغراض البرنامج	١٧	٨٥	١	٥	٢	١٠	٩	لدى الوحدات الصحية وحدة أو إدارة مسؤوليتها القيام بالمتابعة والتقويم
٤	لدى الوحدات الصحية وحدة أو إدارة مسؤوليتها القيام بالمتابعة والتقويم	١١	٥٥	٢	١٠	٧	٣٥	٩	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم
٥	لدى الوحدات الصحية وحدة أو إدارة مسؤوليتها القيام بالمتابعة والتقويم	٩	٤٥	٢	١٠	٩	٤٥	٩	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم
٦	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم	١٣	٦٥	١	٥	٦	٣٠	٦	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم
٧	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم	١٢	٦٠	١	٥	٧	٣٥	٧	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم
٨	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم	٤	٢٠	١	٥	١٥	٧٥	١٥	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم
٩	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم	١٠	٥٠	٣	١٥	٧	٣٥	٧	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم
١٠	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم	٩	٤٥	٣	١٥	٨	٤٠	٨	لدى الوحدات الصحية أفراد متخصصون مسئولون عن القيام بعملية المتابعة والتقويم

									اللازمة لتحقيق برامج رعاية الأمومة والطفولة وتوفير الخدمات بصفة دورية تقوم الوحدات الصحية بصفة دورية بتقدير الاحتياجات الإنسانية وتعديل في برامجها بما يحقق أهدافها
									تقوم الوحدات الصحية بإجراء مسح اجتماعية ودراسات لتحديد احتياجات العملاء في البيئة المحيطة بها
									تقوم الوحدات الصحية في وضع تخطيط طويل المدى لمقابلة احتياجات العملاء المستفيدين
								متوسط (٢.١٣)	المتوسط الحسابي للبعد

يتضح من الجدول السابق أن مستوى كفاءة المتابعة والتقييم لخدمات رعاية الأمومة والطفولة جاءت بمستوى كفاءة متوسط حيث أن المتوسط الحسابي (٢.١٣) درجة وهي تقع في الفئة ( ١.٦٧ - ٢.٣٤ ) .

وقد جاءت العبارات التالية بمستوى كفاءة (مرتفع) وهي :

- ١- العبارة رقم (٣) وهي جاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٧٥) درجة .
  - ٢- العبارة رقم (١) وهي جاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٤٠) درجة .
  - ٣- العبارة رقم (٦) وهي جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٣٥) درجة .
- أما العبارات ذات مستوى كفاءة متوسط تنحصر في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) فهي :
- ١- العبارة (٧) جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة .
  - ٢- العبارة (٤) جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٢٠) درجة .
  - ٣- العبارة (٩) جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.١٥) درجة .
  - ٤- العبارة (١٠) جاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.٠٥) درجة .
  - ٥- العبارة (٢) جاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.٠) درجة .
  - ٦- العبارة (٥) جاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (١.٧٥) درجة .
- أما العبارة التي جاءت بمستوى كفاءة منخفضة وهي في الفئة (١ - ١.٦٧) درجة فهي :

- ١- العبارة (٨) جاءت في الترتيب العاشر والأخير بمتوسط حسابي (١.٤٥) درجة .
- وقد يرجع ذلك إلى مركزية التخطيط في النظام المصري .

(٧) من حيث ميزانية وتمويل الوحدة الصحية الريفية الريفية

جدول رقم (٢٢) يوضح كفاءة ميزانية وتمويل الوحدة الصحية الريفية الريفية

( ن = ٢٠ )

م	التكرارات المتغيرات	الاستجابات						متوسط حسابي	انحراف معياري	ترتيب
		نعم			لا					
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	يتوفر بالوحدات الصحية ميزانية	٦	٣٠	٢	١٠	١٢	٦٠	١.٧٠	٠.٩٠٠٠	٩
٢	كافية لتحقيق أهدافها وأغراضها	٨	٤٠	٢	١٠	١٠	٥٠	١.٩٠	٠.٩٤٣٤	٧
٣	يتوفر بالوحدات الصحية ميزانية	١٠	٥٠	٣	١٥	٧	٣٥	٢.١٥	٠.٩٠٩٧	٥

٢	٠.٨٠٠٠	٢.٤٠	٢٠	٤	٢٠	٤	٦٠	١٢	كافية لمقابلة الحاجات للمعلماء وتنفيذ برامجها وضعت الوحدات الصحية تصوراً واضحاً لما ينبغي عمله في حالة نقص الميزانية	٤
٥	٠.٨٥٢٩	٢.١٥	٣٠	٦	٢٥	٥	٤٥	٩	حددت الوحدات الصحية الإجراءات الواجب إتباعها لإنجاز برامجها في ضوء الميزانية المتاحة	٥
١	٠.٦٢٢٥	٢.٧٥	١٠	٢	٥	١	٨٥	١٧	تقوم الوحدات الصحية بمراجعة دورية لعمليات تمويلها	٦
٣	٠.٩٠٠٠	٢.٣٠	٣٠	٦	١٠	٢	٦٠	١٢	تقوم الوحدات الصحية بمراجعة دورية لعمليات تمويلها	٧
٤	٠.٩٢٧٤	٢.٢٠	٣٥	٧	١٠	٢	٥٥	١١	تقوم الوحدات الصحية بمراجعة دورية لعمليات تمويلها	٨
٨	٠.٩٠٩٧	١.٨٥	٥٠	١٠	١٥	٣	٣٥	٧	تقوم الوحدات الصحية بمراجعة دورية لعمليات تمويلها	٩
٦	٠.٩٧٣٤	٢.٠٥	٤٥	٩	٥	١	٥٠	١٠	تقوم الوحدات الصحية بمراجعة دورية لعمليات تمويلها	١٠

										إدارة مسئولة عن الميزانية لدى الوحدات الصحية أفراد من العاملين مسئولين عن الميزانية والتمويل تهتم الوحدات الصحية بوضع خطة طويلة المدى لتمويلها حتى يمكن مواجهة احتياجات العملاء
									متوسط (٢٠١٤)	المتوسط الحسابي للبعد

يتضح من تحليل الجدول السابق أن مستوى الكفاءة بالنسبة لميزانية وتمويل الوحدة

الصحية الريفية انه مستوى كفاءة ( متوسط ) حيث يساوى (٢٠١٤) درجة

وقد جاءت بعض العبارات ذات مستوى كفاءة مرتفع وهى :

١- العبارة رقم (٦) وجاءت في الترتيب الاول بمتوسط حسابي (٢٠٧٥) درجة وقد يرجع ذلك إلى عمليات المراقبة الحسابية التي تقوم بها العديد من أجهزة الدولة المتخصصة وكذلك وجود نظام في جميع الجهات الحكومية لتنظيم ذلك والوحدات الصحية الريفية شأنها شأن أي جهة أخرى حكومية تهتم بإعداد ميزانية تتضمن إيراداتها مصروفاتها

٢- العبارة رقم (٤) وجاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢٠٤٠) درجة

أما العبارات ذات مستوى كفاءة ( متوسط ) فهي :

١- العبارة رقم (٧) وجاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢٠٣٠) درجة .

٢- العبارة رقم (٨) جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢٠٢٠) درجة .

٣- العبارة رقم (٣) جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢٠١٥) درجة .

٤- العبارة رقم (٥) جاءت في الترتيب الخامس مكرر بمتوسط حسابي (٢.١٥) درجة .

٥- العبارة رقم (١٠) جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٠٥) درجة .

٦- العبارة رقم (٢) جاءت في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (١.٩٥) درجة .

٧- العبارة رقم (٩) جاءت في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (١.٨٥) درجة .

٨- العبارة رقم (١) جاءت في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (١.٧٠) درجة .

وقد يرجع ذلك إلى أن الإدارة الحسابية غالباً ما تكون على مستوى الإدارة الصحية وليس الوحدات الصحية الريفية .

(٨) مستوى الكفاءة العام بالوحدة الصحية الريفية

جدول رقم (٢٣) يوضح مستوى الكفاءة العام بالوحدة الصحية الريفية

م	المتغيرات	المتوسط الحسابي	مستوى الكفاءة	الترتيب
١	سياسية الوحدة الصحية الريفية وإجراءات عملها	٢.٢٩	متوسط	٣
٢	وضوح بناء وأهداف الوحدة الصحية الريفية ومعرفة خدماتها	٢.٤٦	مرتفع	١
٣	العاملون على تقديم الخدمات بالوحدة الصحية الريفية	٢.٢٤	متوسط	٤
٤	نظام الاتصال بالوحدة الصحية الريفية	٢.١٧	متوسط	٥
٥	أسلوب الوحدة الصحية الريفية في حل مشكلات عملائها	٢.٣٢	متوسط	٢
٦	ميزانية الوحدة الصحية الريفية وتمويلها	٢.١٣	متوسط	٧
٧	المتابعة والتقييم بالوحدة الصحية الريفية	٢.١٤	متوسط	٦
مستوى الكفاءة بالوحدة الصحية الريفية (٢.٢٥) (متوسط)				

ومن تحليل بيانات هذا الجدول السابق يتضح أن مستوى الكفاءة للوحدة الصحية الريفية هو مستوى ( متوسط ) حيث جاء بمتوسط حسابي (٢.٢٥) درجة وهو يقع بين (١.٦٧ - ٢.٣٤) وهى الفئة المتوسطة وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراستي إلهام حلمي عبد المجيد ، دراسة ماريت ستانتون .

وقد جاءت مستويات الكفاءة مترتبة تنازلياً على النحو التالي :

- ١- وضوح بناء وأهداف الوحدة الصحية الريفية خدماتها وجاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٤٦) درجة.
- ٢- أسلوب الوحدة في حل مشكلات عملائها وجاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٢٩) درجة .
- ٣- سياسة الوحدة الصحية الريفية وإجراءات عملها وجاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٢٤) درجة .
- ٤- العاملون على تقديم الخدمات بالوحدة الصحية الريفية وجاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.١٧) درجة .
- ٥- نظام الاتصال بالوحدة الصحية الريفية وجاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.١٧) درجة .
- ٦- المتابعة والتقويم بالوحدة الصحية الريفية وجاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.١٤) درجة .
- ٧- ميزانية الوحدة الصحية الريفية وتمويلها وجاءت في الترتيب السابع والأخير بمتوسط حسابي (٢.١٣) درجة .

(٣) من حيث أهم المعوقات والصعوبات التي تواجه الوحدة الصحية الريفية :

جدول رقم (٢٤) يوضح أهم المعوقات التي تواجه الوحدة الصحية الريفية (ن=

٢٠)

م	العبارات	الاستجابات						متوسط حسابي	انحراف معياري	ترتيب
		نعم		إلى حد ما		لا				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	معوقات مرتبطة بإدارة الوحدة الصحية الريفية	١١	٥٥	٤	٢٠	٥	٢٥	٢.٣٠	٠.٧٤٢٦	٣
٢	معوقات مرتبطة بفريق العمل بالوحدة الصحية الريفية	١٠	٥٠	٣	١٥	٧	٣٥	٢.١٥	٠.٩٠٩٧	٤
٣	معوقات مرتبطة بالوحدة الصحية الريفية	١٦	٨٠	٢	١٠	٢	١٠	٢.٧٠	٠.٦٤٠٣	١

٢	٠.٧٣٩٩	٢.٥٥	١٥	٣	١٥	٣	٧٠	١٤	من بالمستفيدين خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدة معوقات مرتبطة بالإمكانيات المادية والبشرية بالوحدة الصحية الريفية	٤
متوسط (٢.٤٢)									المتوسط الحسابي للبعد	

يتضح من الجدول السابق أهم المعوقات والصعوبات التي تواجه الوحدة الصحية الريفية وتحول دون وصولها إلى مستوى مرتفع من الكفاءة في تحقيق أهداف وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وقد جاءت هذه المعوقات بمتوسط حسابي (٢.٤٢) درجة وهو يقع في الفئة ( ٣-٢.٣٤ ) درجة أي أن هذه المعوقات لها تأثير واضح على مستوى كفاءة الوحدة الصحية الريفية وفعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عديد من الدراسات السابقة مثل دراسة هبة نصار ، عبد المحي محمود صالح ، محمود فتحي محمد ، ناهد أحمد محمد ، ديتيمير وشارون دنيس ، ماكادامس رودني ، رالفادا مولادل ، بجلو وليزا كاي ، جرافتون دينيس .

وقد جاءت هذه المعوقات مرتبة تنازلياً على النحو التالي :

١- معوقات مرتبطة بالمستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة التي تقدمها الوحدة الصحية الريفية وجاءت بمتوسط حسابي (٢.٧٠) درجة وقد يرجع ذلك إلى تدنى مستوى التعليم في المجتمع الريفي خاصة بين الإناث وارتفاع نسبة الأمية.

٢- معوقات مرتبطة بالإمكانيات المادية والبشرية بالوحدة الصحية الريفية وجاءت بمتوسط حسابي (٢.٥٥) درجة وقد يرجع ذلك إلى الحالة الاقتصادية التي تعكس على كل المؤسسات الحكومية حيث ضعف الميزانية المخصصة لوزارة الصحة بشكل عام .

٣- معوقات مرتبطة بإدارة الوحدة الصحية الريفية وجاءت بمتوسط حسابي (٢.٣٠) وقد يرجع ذلك إلى عدم الاهتمام بإعداد الأطباء وتدريبهم على ممارسة العملية الإدارية خاصة إنهم قليلوا الخبرة وحديثي التخرج.



١- معوقات مرتبطة بطريقة العمل : وقد يرجع ذلك إلى العجز والقصور في توفير كافة احتياجات الوحدة من المتخصصين والإداريين

### المحور الخامس : نتائج الدراسة على ضوء فروضها

#### أولاً : فعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة :

الفرص المرتبط بفعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة هو : " من المتوقع أن يكون مستوى فعالية تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة بالوحدة الصحية الريفية من وجهة نظر المستفيدين ضعيفاً "

وقد أوضحت النتائج بوجه عام أن مستوى فعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة كما حددها المستفيدون هو مستوى ( متوسط ) حيث جاء المتوسط الحسابي العام (٢.١٣) درجة وهو يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة وجاءت على النحو التالي :

١- القدرة على إشباع احتياجات المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة بمستوى متوسط .

٢- السرعة في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة بمستوى متوسط .

٣- استمرارية تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة بمستوى متوسط

٤- الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة لتقديم الخدمات بمستوى متوسط .

٥- نفقات الحصول على خدمات رعاية الأمومة والطفولة بمستوى متوسط .

٦- العلاقات الإنسانية بين المستفيدين والعاملين بمستوى متوسط .

وفي ضوء ذلك تبين عدم صحة هذا الفرض .

#### ثانياً : فروض الدراسة المرتبطة بكفاءة الوحدة الصحية الريفية :

وهو ( من المتوقع أن يكون مستوى كفاءة الوحدة الصحية الريفية في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة من وجهة نظر العاملين بها ضعيفاً ) .

وقد أوضحت النتائج بوجه عام أن مستوى الكفاءة بالوحدة الصحية الريفية في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة مستوى ( متوسط ) حيث جاء المتوسط الحسابي العام (٢.٢٥) درجة وهو يقع في الفئة (١.٦٧ - ٢.٣٤) درجة . وهي جاءت على

النحو التالي :

١- سياسة الوحدة الصحية الريفية وإجراءات عملها جاءت بمستوى ( متوسط ) .

٢- وضوح بناء وأهداف الوحدة الصحية الريفية ومعرفة خدماتها جاءت بمستوى (متوسط) .

٣- العاملون على تقديم الخدمات بالوحدة الصحية الريفية جاءت بمستوى (متوسط) .

٤- نظام الاتصال بالوحدة الصحية الريفية جاء بمستوى (متوسط) .

٥- أسلوب الوحدة الصحية الريفية في حل مشكلات عملائها جاء بمستوى (متوسط) .

٦- ميزانية الوحدة الصحية الريفية وتمويلها جاء بمستوى (متوسط) .

٧- المتابعة والتقييم بالوحدة الصحية الريفية جاء بمستوى (متوسط) .

وفي ضوء ذلك تبين عدم صحة هذا الفرض .

### ثالثاً : المعوقات التي تواجه الوحدة الصحية الريفية .

جاءت هذه المعوقات مرتبة تنازلياً على النحو التالي :

١- معوقات مرتبطة بالمستفيدات من خدمات رعاية الأمومة والطفولة .

٢- معوقات مرتبطة بالإمكانات المادية البشرية بالوحدة الصحية الريفية .

٣- معوقات مرتبطة بإدارة الوحدة الصحية الريفية .

٤- معوقات مرتبطة بفريق العمل بالوحدة الصحية الريفية .

وقد ساهمت هذه المعوقات بشكل مباشر في التأثير السلبي على مستوى فعالية خدمات رعاية الأمومة والطفولة فجاءت من مستوى (متوسط) كما لها تأثير سلبي على مستوى كفاءة الوحدة الصحية الريفية بوجه عام فجاءت ذات مستوى (متوسط) أيضاً .

وعلى ضوء ذلك تبين صحة الفرض الثالث المرتبط بوجود صعوبات ومعوقات تواجه الوحدة الصحية الريفية وتحول دون أدائها دورها كاملاً وبشكل متميزاً .

### المحور السادس : المقترحات البحثية

١- بالنظر إلى الهيكل الوظيفي بالوحدة الصحية الريفية تبين أن هناك عجز واضح في بعض التخصصات حيث (طبيب واحد وأخصائي اجتماعي واحد ومراقب صحي واحد) لذا توصي الدراسة باهتمام وزارة الصحة والمديرية الصحية والإدارة الصحية بتوفير هذه التخصصات ويفضل أن يكون هؤلاء من أبناء المجتمع المحلي الأصلي

حفاظاً على استقرارهم في هذه الوحدات الصحية وحفاظاً على استمرار العمل واستقراره

٢- المتابعة المستمرة من المستويات الأعلى سواء الوزارة أو المديرية أو الإدارة الصحية مع تشجيع وحفز العاملين بالوحدة الصحية الريفية

٣- الاهتمام من قبل الوحدة المحلية للقرية بالبنية التحتية حتى لا تهدر الأموال ووضع أنظمة رعاية صحية بعيدة عن الواقع

٤- اهتمام الدولة بتوفير كافة الأمصال اللازمة لرعاية الأمومة والطفولة حيث تبين وجود عجز في بعض الأمصال مثل (التحقيين ضد التيتانوس) للأم الحامل.

٥- تفعيل دور الوحدة الصحية الريفية بالقيام بعمليات التثقيف الصحي لسكان المجتمع المحلى الأصلي وتوضيح أهمية خدمات رعاية الأمومة والطفولة خاصة وان المجتمع الريفي ترتفع فيه نسبة الأمية

٦- التعليم والتدريب المستمر للعاملين بالوحدات الصحية الريفية للنهوض بمستوي خدمات رعاية الأمومة والطفولة حتى تصل إلى تحقيق أهدافها.

٧- تأهيل الاخصائين الاجتماعيين للتعامل مع التحديات النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تواجه المستفيدين من خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتعليمهم المهارات الأساسية للقيام بذلك .

٨- تفعيل دور الإعلام الصحي في نشر التوعية والتثقيف الصحي لأبناء المجتمع الريفي خاصة السيدات المتزوجات المستفيدات من خدمات رعاية الأمومة والطفولة واللاتي بطبيعة المجتمع الريفي يعانون من مشكلات الأمية والفقير .

## الهوامش

١. إقبال إبراهيم : العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١م ، ص ٢١ .
٢. طارق السيد : أساسيات في علم الاجتماع الطبي ، ط ١ ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة ، ٢٠٠٦م ، ص ٤٧ .
٣. علي محمد المكاوي : الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية ، دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٨م ، ص ٦٥ .
٤. مجموعة من المؤلفين ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، الأردن ، دار المسيرة للطباعة والنشر ، ٢٠١٤م ، ص ٢٠١ .
٥. محمد علي سلامة : العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها علي الوعي الطبي ، الإسكندرية ، دار الوفاء لنديا للطباعة والنشر ، ٢٠٠٧م ، ص ٧ .
٦. سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة الرعاية الصحية، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٥م ، ص ٢٢٥ .
٧. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، تعداد عام ٢٠١٠م ، القاهرة ، ٢٠١٠ ، ص ٣١٦ .
٨. تقرير التنمية البشرية ، وزارة الإدارة المحلية ، ٢٠١٠ ، ص ٩٦ .
9. <http://www.E-joussour.net/or/nodel1287>.
١٠. أحمد الأمين حسن موسى : منكرات في الصحة العامة والاجتماعية ، أسوان ، المعهد الفني الصحي ، ٢٠٠٥ ، ص ص ٥٣ - ٥٤ .
١١. هبه احمد نصار : دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسة الصحية في مصر ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٣ .
١٢. احمد فؤاد عيد : رعاية الأمومة وصحة الطفل ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، المعهد العالي للصحة العامة ، جامعة الإسكندرية ، ١٩٨٦ .
١٣. عبد المحي محمود صالح : دور الممارس المهني للخدمة الاجتماعية في تنمية القرية المصرية " الواقع والمستقبل " المؤتمر العلمي الخامس ، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة ، ١٩٩٢ .
١٤. محمود فتحي محمد محمود : المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمات الصحية في قرية مصرية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة ، ١٩٩٣ .

١٥. ناهد احمد محمد : معوقات إقبال المرأة الريفية على الاستفادة من خدمات مراكز تنظيم الأسرة والدور المقترح لأخصائي خدمة الفرد في مواجهتها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٤ .
١٦. صالح عامر العمري : محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن ، رسالة ماجستير ، الجامعة الأردنية ، ٢٠٠٠ .
١٧. أحمد الشيبان ، رائد عباينة : برامج تنظيم الأسرة والعوامل المؤثرة فيها ، مجلة أبحاث اليرموك ، سلسلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، ٢٠٠١ ، ص ص ١٨٥ - ٢١٠ .
١٨. أحمد فلاح الغموشى : اتجاهات المواطنين نحو تنظيم النسل في بلدة ذات رأس بجنوب الأردن ، مجلة مؤتمته للبحوث والدراسات ، المجلد ١٦ ، العدد ٣ ، ٢٠٠١ ، ص ص ١٦٥ - ١٩٤ .
١٩. رانيا خالد احمد الفلاح : اثر أجازة الأمومة على السلوك الايجابي للمعلمات في القطاع الحكومي رسالة ماجستير ، الجامعة الأردن ، ٢٠٠١ .
٢٠. أمل منصور : استخدام وسائل التعبير في خدمة الجماعة وتنمية المهارات الاجتماعية للرائدات الريفيات ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، ٢٠٠٢ .
٢١. منير الكرادشة: محددات وفيات الطفل الاول في الأردن ، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد ٣٠ ، العدد ١ ، ٢٠٠٣ ، ص ص ١٣٨ - ١٥٥ .
٢٢. فاطمة محمود عبد العليم : التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام برنامج إرشادي لنوعية المرأة الريفية بالعوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة على صحتها ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، ٢٠٠٤ .
٢٣. مصطفى محمود مصطفى : نحو تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في ضوء تحقيق معايير جودة الرعاية الصحية بالريف ، المؤتمر العلمي التاسع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٦ .
٢٤. الهام حلمي عبد المجيد : كفاءة وفعالية خدمات الرعاية الصحية بالمراكز الطبية ، مجلة دراسات في الخدمات الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، ٢٠١٠ .
25. Dettmer , Sharon Denise: Delivering Primary Health care to Rural Communities in Central peru, ph.D ,N,Y,. Syracuse University ,1990.
26. Harold ,Rena and Harohd , Nancy : School Based Clinics, A response to the physical and mental Health need of Adolescents, Health and social work, Vol. 18 ,Feb 1999.
27. Lucy Gilson & Others , Community satisfaction with primary health care survices , and evaluation under taken In the Morogro

- Region of tansania , social sciences & medicine , Journal , Vol. 39 , No. 6, 1994 , P.767.
28. Mc Adams ,Rodney D.: Explaining health care innovation in Rural communities, ph. D.,U.S, University of Kansas,1996.
  29. Raliphada– Muladli : the reproductive Health rights women in Rural communities (south Africa) University of South Africa , 1997.
  30. Bigelow, Lisqkay : What is the difference Between utilization of the advanced and Geographic location of rural community health centers? Am. S.N.,U.S, Michigan state university , 1998.
  31. Coel Rachel Anne , A study of sexually transmitted infections among Chicago women ph.D. University of Illinois , United States , 2000.
  32. Hill, Cecelia J.: Identifying the unmet health care reeds of women forma rural community perspective, M.S.,U.S., California State University , 2000.
  33. Grafton, Denise u.: Rural Health care and community Sustainability in South Western Ontario, ph.D., Canada ,the University of Western Ontario ,2005.
  34. Nesbit, Thomas S. and others : Perceptions of local health care quality in Rural Communities, Kansas city , Missouri , National Rural health association, 2006.
  35. Sibley , Lyn m.: access to health care services along the rural–urban continuum in Canada, ph.D., U.S.A., Mary land, the Johns Hopkins University, 2007 .
  36. Sanjoy Kumara Sharman far Jana : Attitude of Rural Community towards heath care utilization at primary Bangladesh journal of medicine, Vol. 9, No2, 2008.
  37. Marietta Stanton : Quality challenges in rural communities , Oline journal of rural nursing and health care , Vol. 9, No.1 , 2009.

٣٨. أحمد أبو زيد . البناء الاجتماعي - المفهومات ، الجزء الأول ، القاهرة ، الدار القومية للطباعة والنشر ، ١٩٦٥ ، ص ٢٥٣ .
39. Michael Mann : The Macmillan Student encyclopedia of sociology , London , Macmillan press , 1987 , PP 368 – 369 .
٤٠. محمد علي محمد : الأسس الاجتماعية للتنظيم والإدارة ، دراسة نظرية وتطبيقية ، الإسكندرية ، دار الجامعات المصرية ، ١٩٧٨ ، ص ٢٤٢ .
41. Martin Bloon : Introduction to The Dnama of social work , Illinois , F.E.Peacock Publishers ,1990 , 166.
42. Richard W. Scott , Organization , N. J. prentice Hall , 1992 , p.2.
43. Grinnel , R., social work research and evaluation , peacock publisher, inc. illinois, 1985.
- ٤٤ احمد شفيق السكري : قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعة ، ٢٠٠٠ ، ص ١٨٦ .
44. Suchman . E.A: Evaluation research , N.Y. , resell sage foundation , 1974 , p.28.
٤٥. ماري تريز فير ستيين : ترجمة سلامة محمود النابلي : تقييم البرامج التنموية والمجتمعية ، صندوق التنمية ، القاهرة ، السفارة الكندية ، بدون تاريخ ، ص ٩ .
46. John Boulmetis : Abcs of evaluation timeless techniques for program and project managers , California , without , 2000 , b.4.
47. Suchman , E,A, op. cit , p. 30.
٤٨. على محمد عبد الوهاب : العنصر الإنساني في إدارة الإنتاج ، القاهرة ، مكتبة عين شمس ، ١٩٩٤ ، ص ٢٨٣ .
٤٩. نفس المرجع السابق ، ص ٢٩٤ .
50. Werrem. W.C.Y: Dictionary of psychology , U.S.A., Houghton, Mifflin company, 1984 ,p.14 .
٥١. مدحت محمد محمود أبو النصر : إدارة الجمعيات الأهلية في مجال رعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مجموعة النيل العربية ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٠٩ .

٥٢. رياض الحمزاوي : مفهوم الكفاءة الفعالية في دراسة المنظمات ، المؤتمر الخامس للخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩١ .
53. Holland , Thomas , P., Organizations, Control social service delivery in editorial board, Encyclopida of social work , 19th , Vol2 ,N.Y. , N.A.sw. , 1995, p 201.
٥٤. محمد بهجت كشك : المنظمات الاجتماعية وأسس إدارتها . الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ١٩٩٧ ، ص ٥١ .
55. Margarat Alston & Wendy Bowles, Research for social workers , 2<sup>nd</sup> ed. , N.Y., routledge, 2003, p.141.
٥٦. عبد الكريم الأحول : حول برنامج وأسس تقويم البرامج والمشروعات الاجتماعية ، القاهرة ، المعهد المصري لتقويم البرامج ، ١٩٨٥ ، ص ص ٥٠٤ .
٥٧. روجي البعلبكي ، منير البعلبكي : قاموس المورد ، ط ٤ ، بيروت ، دار العلم ، ص ٨٣ .
٥٨. أحمد ذكي بدوي : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت ، مكتبة لبنان ، ١٩٨٦ ، ص ١٢٨ .
59. Myranne Ewener , Human serices Mara analysis and Application ,N.Y., the Dresey, 1982 , p. 277.
60. John M.Ivancevich & Michael T.Matteson Organization behavior and management , 6th ed , N.Y., mcgraw – Hill Higher Education , 2002, p.23.
61. Roberts, H.Karlene , " New challenges to understanding organization , N.Y., Macmillan publishing company , 1993, p.59.
٦٢. محمد بهجت كشك ، مرجع سابق، ص ٥١ .
٦٣. محمد عاطف غيث : قاموس علم الاجتماع ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ ، ص ٦٥ .
٦٤. محمد عويس : البحث العلمي وممارسة الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، دار النهضة العربية ، ١٩٩٨ ، ص ١٨٩ .
65. Amitai E. Modern organization , N.Y., Mc Graw Hill, Book company, 1988, p . 656.



٦٦. أحمد مصطفى خاطر وآخرون : دليل إرشادي ، الجمعية المصرية العامة لحماية الأطفال بالإسكندرية ، ٢٠٠٣ ، ص ص ١٧٠ ، ١٧٦ .
٦٧. ماهر أبو المعاطي : البرامج والمنظمات الاجتماعية من منظور وتقنيات البحث في الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق ، ٢٠٠٤ ، ص ص ٣٤٧ - ٣٤٨ .
68. Art Kington and Nancy Heidlman: Administration of the human services , the university of Michigan press, 1986, pp 120-123.
٦٩. رياض الحمزاوي : مرجع سابق.
٧٠. عبد العزيز عبد الله مختار : طريقة البحث للخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعة ، ١٩٩٥ .
٧١. فيصل محمود غرايبة : الخدمة الاجتماعية الطبية ، العمل الاجتماعي من اجل صحة الإنسان ، ط١ ، الأردن ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٨ ، ص ٢٣٩ .
٧٢. حسين عبد الحميد احمد رشوان : دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، ط٤ ، الإسكندرية ، المكتب الجامعة الحديث ، ٢٠١٠ ، ص ص ١٥٨ - ١٥٩ .
٧٣. عصام نور سرية : سيكولوجية الأمومة والطفولة ، القاهرة ، مؤسسة شباب الجامعة ، ٢٠٠٢ ، ص .
٧٤. سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعة ، ٢٠٠٥ ، ص ص ٢٢٥ - ٢٢٧ .
٧٥. ماهر أبو المعاطي على : مقدمة في الرعاية الاجتماعية - أسس نظرية ونماذج عربية ومصرية ، ط١ ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق ، ٢٠٠١ ، ص ٢٧٠ .
٧٦. محمد سيد فهمي ، فائزة محمد رجب : الصحة الاجتماعية ، ط ، الإسكندرية ، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ، ٢٠١٢ ، ص ٣٥٠ .
٧٧. حسين عبد الحميد احمد رشوان : مرجع سابق ، ص ص ١٥٨ - ١٥٩ .
٧٨. حسين عبد الحميد احمد رشوان : مرجع سابق ، ص ١٥٩ .
79. Wener Myron : Human services management analysis application , home wood union is the Dorsey press , 1982 , p . 273 .
٨٠. عبد العزيز مختار : البحث في الخدمة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق ، القاهرة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ص ١٨٣ .

٨١. طلعت مصطفى السروجي وآخرون : مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٨ ، ص ١٤٠ .
٨٢. المرجع السابق : ص ص ١٢٦ - ١٢٧ .
83. Richard M. Grinnell ,Yvonne A. Unaau : Social work research and evolution , U.S.A, Oxford University press , Inc , 2008 , p . 538 .
٨٤. تم الرجوع إلي عدة مراجع من أهمها :
- عاطف محمد شحاته في : محمد محمود الجوهري وآخرون ، علم الإجتماع الطبي ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٩ م .
  - محمد علي محمد وآخرون : دراسات في علم الإجتماع الطبي ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٥ م ، ص ص ٣٢٠ - ٣٢٢ .
  - فوزية رمضان أيوب : علم الإجتماع الطبي ، القاهرة ، مكتبة نهضة الشرق ، ص ص ١٣٢ - ١٣٤ .
  - Caragh Brosman : handbook of the sociology of medical education , fyshwick , Act , Austuralia , 2012.
  - Gabe Jonothan : Key concepts in medical sociology , stock image , fyshwick , Act , Austuralia , 2013.
٨٦. عباس حسين جواد ، أرزوقي عباس عيد : السياسة العامة ، المفهوم ، الصياغة ، التنفيذ ، التقييم ، مرجع سابق ص ص ٢٠٢ - ٢١٢ .
٨٧. عبد الكريم الأحول ، مرجع سابق ص ص ٤٩٨ - ٥١٠ .
٨٨. ماريت تريز فير ، مرجع سابق ، ص ١٥ .