

دراسة مقارنة لمعايير الجودة الشاملة بالوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة من وزارة الصحة في قري متباينة المستوي التموي بمحافظة الشرقية-مصر

أيمن أحمد عكرش – حازم محمد أبو يحيى محمد سليم
تخصص الإجتماع الريفي- قسم الإقتصاد الزراعي- كلية الزراعة- جامعة الزقازيق-

المخلص

إستهدفت الدراسة الراهنة: التعرف علي درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة للوحدات الصحية المعتمدة وغير المعتمدة في القري الأكثر تقدماً والأقل تقدماً، والتعرف علي ترتيب الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة وفقاً للدرجة الكلية لتطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة في العينة الكلية لبيان ما إذا كان هناك وحدات غير معتمدة تقع من حيث درجة تطبيقها لمعايير الجودة الشاملة في فئة الوحدات المعتمدة أو العكس، وإختبار معنوية الفروق بين القري الأكثر تقدماً والأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة، وكذلك فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية غير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة، كل علي حده، وتحديد الإسهام النسبي لمعايير الجودة الشاملة كمتغيرات مستقلة ذات الارتباط في تفسير التباين الكلي لإعتماد الوحدات الصحية الريفية، والتعرف علي المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة لأهدافها في محافظة الشرقية من وجهة نظر المبحوثين. ولقد تم إجراء حصر لعدد الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة وذلك من خلال مديرية الصحة بالمحافظة، وبلغ عدد الوحدات الصحية المعتمدة (170) وحدة صحية في حين بلغ عدد الوحدات الصحية غير المعتمدة (184) وحدة صحية، وبذلك بلغ إجمالي عدد الوحدات الصحية الريفية بالمحافظة 354 وحدة، وبأخذ 20% من إجمالي الوحدات الصحية بلغ عدد مفردات العينة (71) وحدة صحية منها (34) وحدة معتمدة و (37) وحدة غير معتمدة ولقد تم تقسيم قري محافظة الشرقية إلى فئتين قري أكثر تقدماً وقري أقل تقدماً، وبناءً عليه تم سحب (17) وحدة معتمدة من القري الأكثر تقدماً و(17) من القري الأقل تقدماً في الوحدات المعتمدة، بينما تم سحب (18) وحدة غير معتمدة من القري الأكثر تقدماً و(19) من القري الأقل تقدماً في الوحدات غير المعتمدة، وتم إختيارها بطريقة المعاينة العشوائية البسيطة بأسلوب الكيس المثالي. وجمعت بيانات الدراسة بواسطة إستمارة الإستبيان باستخدام المقابلة الشخصية لمديري هذه الوحدات الصحية الريفية، خلال الفترة من بداية شهر سبتمبر حتي نهاية

شهر نوفمبر عام 2015، وأستخدم في تحليل بيانات الدراسة التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، ومعامل الثبات ألفا كرونباخ، واختبار معنوية الفروق مان ويتي مان ويتي Mann-Whitney U ، واختبار الإنحدار اللوجستي الثنائي التدريجي الصاعد Binary logistic regression بطريقة Forward (Conditional)، وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: (1) تبين أن هناك ست وحدات صحية ريفية غير معتمدة وقع ترتيبها من حيث درجة تطبيقها لمعايير الجودة الشاملة أعلى من ست وحدات معتمدة، (2) بالنسبة للوحدات الصحية المعتمدة تبين أن هناك فروقا معنوية عند مستوى (0.01) بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً في درجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة لجميع معايير الجودة الشاملة بإستثناء معيارين هما: معيار جودة النظافة، ومعيار جودة المغسلة، كما تبين بالنسبة للوحدات الصحية غير المعتمدة أن هناك فروقا معنوية عند مستوى (0.01) بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً في درجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة لجميع معايير الجودة الشاملة بإستثناء معيارين هما: معيار جودة الصيدلية، ومعيار جودة السلامة الإكلينيكية التعقيم، وكانت جميع الفروق المعنوية السابقة لصالح الوحدات الصحية الموجودة في القرى الأكثر تقدماً، (3) تبين أن هناك أربعة معايير للجودة الشاملة مجتمعة تسهم في تفسير (75%) من التباين الكلي الحادث في اعتماد الوحدات الصحية الريفية، وهي معايير: جودة إدارة المنشأة (61.7%)، وجودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوى (4.5%)، وجودة برنامج تحسين الجودة (7.4%)، وجودة إدارة المعلومات (1.4%)، (4) تبين أن هناك ستة عشر مشكلة تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة لأهدافها في محافظة الشرقية جاء في مقدمتها مشكلة عدم وجود فني صيانة ذو خبرة كافية بنسبة تكرار 32.3% من المبحوثين مديريين الوحدات الصحية المعتمدة المبحوثة، أما بالنسبة للوحدات الصحية غير المعتمدة فكانت المشكلات التي تواجهها عددها إثني عشر مشكلة جاء في مقدمتها مشكلة عدم وجود فني صيانة ذو خبرة كافية بنسبة تكرار 32.3% .

الكلمات الإسترشادية: معايير الجودة الشاملة، الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة، مصر.

المقدمة:

تعتبر الجودة في أي مجتمع مسألة ثقافة تتجسد في سلوك الأفراد والمؤسسات التي تنتظم فيها (صالح، 2014/2013، ص17)، ولقد أصبح الإهتمام بإدارة الجودة الشاملة في العقود الأخيرة ظاهرة عالمية بين المتخصصين والباحثين نظراً لإرتباطها بجميع أوجه النشاطات الإنسانية، فلقد شهد هذا المجال تطوراً باهراً ونجاحاً وشيوعاً في التطبيق وشكل سلاحاً إستراتيجياً وأحد الأساليب القوية التي تسعى إلى تحقيقها المنظمات التنموية المعاصرة سواء كان ذلك في المستشفى أو المصنع أو الجامعة أو غيرها، وخاصة في دول: اليابان، وأمريكا، والدول الأوروبية، ودول جنوب شرق

آسيا، ولقد أثبتت التجارب وجوب انتهاج مدخل إدارة الجودة الشاملة، لأنه السبيل الوحيد الذي يضمن بقاء المنظمات وإستمرارها في ظل التحديات المعاصرة التي يشهدها عالم اليوم المتمثلة في: عولمة الإقتصاد، والمنافسة العالمية والتطورات التكنولوجية السريعة والمتلاحقة في البيئة المحيطة بالمنظمات القائمة على المنافسة الشديدة (حبشي، 2007/2006، ص ص أ-ب؛ نور الدين، 2007، ص 2؛ بن عشاوي، 2007/2008، ص3؛ أحلام، 2013/2014، ص أ).

ونظراً لأن الوضع الصحي في أي مجتمع يعطي صورة واضحة عن مدى التطور الإقتصادي، والإقتصادي، والثقافي لهذا المجتمع من حيث توزيع الخدمات الصحية بشكل عادل بين جميع الطبقات، فقد أولت المجتمعات الحديثة إهتماماً كبيراً بأهمية الإرتقاء بمستوى جودة المؤسسات الصحية لأنها تقدم أنواع عديدة من الخدمات الضرورية والمتعلقة بسلامة صحة الإنسان وحياته (حمدان، 2008، ص 2؛ أحلام، 2013/2014، ص، ص أ، 3، عبدالقادر، 2015، ص 899)، وتعد الوحدات الصحية الريفية من منظمات الخدمات الصحية التي يقع على عاتقها مسؤولية تحقيق الأهداف التنموية المتعلقة بسلامة صحة المواطن في الريف(الجزار، 2016، ص236)، ومع تزايد الضغوط غير المسبوقة على كل مؤسسات الخدمات الصحية في زمن إنتشرت فيه أمراض العصر المزمنة والوبائية، وإزدادت فيه أعداد المرضى ومطالبة المواطنين بالإستجابة السريعة لإشباع رغباتهم وتطلعاتهم في تحسين جودة الخدمات الصحية والطبية المقدمة لهم، حتم ذلك على المسؤولين عن إدارة المنظمات الصحية إيجاد الوسائل والسبل لمقابلة هذه الطلبات والإستجابة لها والأخذ بتطبيق المنهج العلمي والتطورات المذهلة في العلوم والتكنولوجيا لتحسين جودة الخدمات الصحية، وإستثمار موارد المنظمات الصحية بما يحقق ميزة تنافسية في مجال صناعة الخدمات الصحية ويضمن البقاء والإستمرار داخل السوق الصحي (دلال والحاج، 2017، ص 11؛ عائشة، 2011/2012، ص؛ الضمور و بوقجاني، 2012، ص72).

ولقد أكدت معظم الدراسات أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة له إنعكاسات إيجابية على أداء المنظمات التي تطبقها، وذلك من خلال زيادة الإنتاجية، وتحسين معدل الربحية، وإنخفاض التكاليف، وتحسين الأداء الحالي وتحسين علاقات الموظفين، وارتقاء مستويات الرضا الوظيفي لديهم(الصرايره و العساف، 2008، ص3). وحيث أن الخدمة من خصائصها أنها غير ملموسة فيصعب ادراك جودتها، إلا بعد الاستفادة منها وحسب توقعات المستفيد(ضانة، 2015، ص 190). ويشير الطويل وآخرون (2010، ص 14) الى أن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى يطابق معايير الجودة وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية. ويرى حبشي (2006/2007، ص ب) أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة، يتطلب جهداً ووقتاً، وموارد كبيرة، ويتطلب وجود قيادة

حكيمه وواعيه، بعمليات تطوير وتغيير ثقافة المنظمه، وإستبدالها بثقافه أخرى جديده، تتلاءم مع مبادئ إدارة الجودة الشامله ومتطلبات تطبيقها، ومن هنا جاءت هذه الدراسه كمحاوله لدراسه درجه تحقيق الوحدات الصحيه الريفيه المعتمده وغير المعتمده لمعايير إدارة الجودة الشامله.

المشكلة البحثية للدراسة :

أصبحت المنظمات الصحيه الحكوميه غير قادره بوضعها الحال على منافسه نظيراتها غير الحكوميه للعديد من الاسباب، ولعل أهم الاسباب التي تدفع القطاع الحكومى إلى تطبيق إدارة الجودة الشامله هو الطلب المتزايد نحو تحسين وتطوير الخدمات التي تقدمها لطالبي الخدمة في القطاع الحكومى، وذلك من أجل البحث عن مزيد من الكفاءه والإبداع، فإن إدارة الجودة الشامله تعتبر نموذجاً مغرياً للقطاع الحكومى إذا ما أحسن تطبيقه لضمان الإرتقاء بمستوى الخدمة التي يقدمها إلى المستوى الأفضل، وعلى ذلك تثير الدراسه التساؤلات التاليه: ما هى درجه تطبيق معايير الجودة الشامله الصادره من وزارة الصحة للوحدات الصحيه المعتمده وغير المعتمده في القرى الأكثر تقدماً والأقل تقدماً، ما هو ترتيب الوحدات الصحيه الريفيه المعتمده وغير المعتمده فيما وفقاً للدرجه الكليه لتطبيق معايير الجودة الشامله الصادره من وزارة الصحة في العينة الكليه لبيان ما إذا كان هناك وحدات غير معتمده تقع من حيث درجه تطبيقها لمعايير الجودة الشامله في فئة الوحدات المعتمده أو العكس، هل هناك فروق بين القرى الأكثر تقدماً والأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجه تطبيق الوحدات الصحيه المعتمده لمعايير الجودة الشامله الصادره من وزارة الصحة، وكذلك فيما يتعلق بدرجه تطبيق الوحدات الصحيه غير المعتمده لمعايير الجودة الشامله، كل على حده، هل هناك إسهام النسبى لمعايير الجودة الشامله كمتغيرات مستقله ذات الإرتباط فى تفسير التباين الكلى لإعتماد الوحدات الصحيه الريفيه، ما هى المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحيه الريفيه المعتمده وغير المعتمده لأهدافها في محافظه الشرقيه من وجهه نظر المبحوثين؟.

أهداف الدراسة :

- انطلاقاً من أبعاد المشكله البحثيه السابقه، تستهدف هذه الدراسه ما يلي:
- 1- التعرف على درجه تطبيق معايير الجودة الشامله الصادره من وزارة الصحة للوحدات الصحيه المعتمده وغير المعتمده في القرى الأكثر تقدماً والأقل تقدماً.
 - 2- التعرف على ترتيب الوحدات الصحيه الريفيه المعتمده وغير المعتمده وفقاً للدرجه الكليه لتطبيق معايير الجودة الشامله الصادره من وزارة الصحة في العينة الكليه لبيان ما إذا كان هناك وحدات غير معتمده تقع من حيث درجه تطبيقها لمعايير الجودة الشامله في فئة الوحدات المعتمده أو العكس.

- 3- إختبار معنوية الفروق بين القري الأكثر تقدماً والأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة، وكذلك فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية غير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة ، كل علي حده.
- 4- تحديد الإسهام النسبي لمعايير الجودة الشاملة كمتغيرات مستقلة ذات الإرتباط في تفسير التباين الكلي لإعتماد الوحدات الصحية الريفية.
- 5- التعرف علي المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة لأهدافها في محافظة الشرقية من وجهة نظر الباحثين.

الإطار النظري والعرض المرجعي :

يتضمن هذا الجزء من الدراسة عرضاً للأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة الراهنة وهو إدارة الجودة الشاملة للوحدات الصحية الريفية، وذلك على النحو التالي:

أولاً- الفرق بين مفهومي الجودة وإدارة الجودة الشاملة: هناك العديد من التعريفات التي قدمت للجودة، لعل أشملها تعريف مصطفى (2006، ص ص 15-16) بأنها تعني توافر خصائص في المنتج تشبع إحتياجات وتوقعات العميل المعلنة وغير المعلنة، وهناك فرق بين الجودة وإدارة الجودة الشاملة، فالأول ينصرف إلى جودة المنتج، أما الثاني فيشير إلى فلسفة إدارية معاصرة تستهدف تحقيق جودة الأداء في كافة القطاعات والإدارات والأقسام وفرق العمل بالمنظمة بشكل شامل، وأن تكون الجودة مسئولية تضامنية بين كافة المستويات والتخصصات، ويكون التحسين المستمر هو أساس هذه الفلسفة الإدارية. وعلى ذلك فإن إدارة الجودة الشاملة تتناول ثلاثة أشياء أساسية هي: (1) الإدارة: وهي القدرة على التأثير في الآخرين لبلوغ الأهداف المرغوبة. (2) الجودة: وتعني الوفاء بمتطلبات المستهلك. (3) الشاملة: وتعني أن تشمل الجودة كل جانب من جوانب العمل (الراشد، 2011، ص3). وتتركز التعريفات التي قدمت في إدارة الجودة الشاملة على المسلمات الآتية (الصرايره و العساف، 2008، ص10): (1) التركيز على تحسين المخرجات النهائية، إعتمادها على إستراتيجية طويلة الأمد لذا فهي تحتاج إلى تكاتف جهود العاملين وتنسيقها، (2) الحاجة إلى توافر قيادات قادرة على الإبتكار والتطبيق الفعال، (3) حاجة العاملين إلى تدريب مستمر لحل المشكلات وبأساليب علمية، (4) الحاجة إلى توافر بنية هيكلية ملائمة لتطبيقها.

ثانياً- مراحل تطور فكر وممارسة إدارة الجودة الشاملة: تعد إدارة الجودة الشاملة نموذجاً تسييرياً يجمع بين أفضل خصائص الإدارة اليابانية والأمريكية، والذي يعمل على تحسين وتطوير جودة السلع والخدمات بإستمرار ويدعو إلى إتقان الأعمال بدقة سعياً وراء كسب رضا وولاء المستهلكين وبأقل تكلفة ممكنة (بن عيشاوي، 2007/2008، ص2). وتقسم مراحل تطور مفهوم الجودة كالتالي: المرحلة الأولى

(من القرن التاسع عشر إلى أوائل القرن العشرين في الغرب)، ركزت على التحديد الواضح لمواصفات الخدمة أو المنتج، وتحديد الخطوات اللازمة لصنع المنتج، والتفتيش للتمييز بين المنتجات الرديئة والجيدة، المرحلة الثانية (مرحلة ضبط الجودة من عشرينيات القرن العشرين حتى خمسينياته)، ركزت على حاجات المستفيدين وتحديدها من خلال أبعاد جودة التصميم وجودة المطابقة، والتركيز على عمليات الفحص والمراقبة التي بإمكانها تحسين الجودة والوصول بالمنتج إلى درجة المطابقة بين ما تم تصميمه وما يرغب به المستفيد، المرحلة الثالثة (مرحلة توكيد الجودة من الخمسينيات حتى الستينيات)، هنا أصبحت المسؤولية لا تقتصر على إدارة واحدة تتحكم بالجودة، بل هي مسؤولية المنظمة ككل، وباتت الجودة جزءاً لا يتجزأ من خطط المنظمة، المرحلة الرابعة (مرحلة ملائمة المنتج للمتطلبات الكامنة، وتسمى بالإدارة الإستراتيجية للجودة، وهي تمتد إلى الوقت الراهن)، وهنا تم تركيز على رغبات المستفيد والصفات التي في حالة وجودها فإن مستوى الرضا لديه يزيد، والنظر للجودة ليس فقط من وجهة نظر المؤسسة، بل أولاً وأخيراً من منظور المتلقي للخدمة (صالح، 2014/2013، ص ص 14-15).

ثالثاً- أبعاد قياس جودة الخدمة الصحية: هناك إجماع بين الباحثين على أن هناك خمسة أبعاد لجودة الخدمات التي تقدمها المنظمة الصحية، هي (الطويل وآخرون، 2010، ص ص 14-18؛ الضمور وبوقجاني، 2012، ص 76): (1) **بعد الملموسية Tangibles**: ويتضمن التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المرضى وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية ومنها الشكل الخارجي للمبنى ونظافته ومظهر الأثاث وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها ووسائل الراحة والترفيه، وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية والمظهر العام للموظفين ونظافة العاملين وهندامهم اللائق، (2) **بعد الإستجابة Responsiveness**: ويعنى الإستجابة السريعة والفورية في جميع الأوقات من العاملين في المنظمة الصحية بتقديم المساعدات للحالات المرضية، والإجابة السريعة على جميع إستفساراتهم وشكاواهم، (3) **بعد الاعتمادية Reliability**: ويعني القدرة على تقديم الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمرضى في الوقت المحدد وبمطابقة ودقة وثبات عالية وبدون أخطاء ويمكن الإعتماد عليها، (4) **بعد الضمان (التأكيد) Assurance**: ويقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وحسن اطلاع ومعرفة الموظفين والطاقم الطبي بأدوارهم الوظيفية، وحفاظهم على سرية معلومات المرضى وتوفير المستلزمات الطبية المادية الحديثة مما يؤدي الى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة، (5) **التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy**: ويتضمن الإهتمام والرعاية بالمرضى وتلبية إحتياجاتهم بروح من الود واللفظ والسرية والتفهم والثقة والاحترام المتبادل بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى.

رابعاً- بعض النظريات التي يمكن الإعتماد عليها في تفسير ظاهرة إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية الصحية في المجتمع الريفي: يحفل التراث النظري في علم الاجتماع بعدد كبير من النظريات التي قدمت لدراسة وتحليل ظاهرة إدارة الجودة الشاملة للمنظمات العاملة في المجتمع، ومن بين هذه النظريات ما يلي:

1- نظرية عجلة الجودة عند Edward Deming: وضع Deming فلسفة تقوم على وضع مفهوم الجودة في إطار إنساني، فالجودة عنده هي مسؤولية الإدارة العليا ويقع على عاتقها إكتشاف الجودة وحلها (أبو عبده، 2001، ص 35). ولقد قامت فلسفة "Deming" في إدارة الجودة الشاملة على ضرورة إلتزام المنظمة بتطبيق مبادئه الأربعة عشر التالية (الهسي، 2012، ص ص 36-37؛ الراشد، 2011، ص ص 8-9؛ بدر، 2009، ص 30، الدقي، 2006، ص ص 17-18؛ عبدالله، 2002، ص ص 41-42): (1) إيجاد وخلق هدف ثابت للمنظمة من أجل تحسين جودة منتجاتها وخدماتها، (2) تبني فلسفة التطوير والتحسين لمواجهة التحديات في تحقيق الأهداف، (3) التوقف عن الإعتماد الأساسي على أساليب التفتيش والفحص الشامل لتحقيق الجودة، بل أيضا استخدام الوسائل الإحصائية المعلوماتية لمراقبة العملية الإنتاجية والخدمية، (4) التوقف عن ممارسة فلسفة الشراء المعتمدة على الأسعار فقط ويفضل أن يتمتع الممول بخاصية الجودة، (5) التحسين المستمر لكل نظم الإنتاج والخدمات من أجل تحسين الجودة والإنتاجية، ومن ثم الإستمرار في تخفيض التكاليف، وإستخدام الوسائل الإحصائية لمعرفة المشكلات ومصادرها، (6) إستخدام الأدوات الحديثة للتدريب على العمل وإيجاد التكامل بين الأساليب الحديثة والتدريب، (7) إستخدام الطرق الحديثة في عملية وتحسين الإشراف وتنمية مهارات المشرفين الإنسانية، وابتكار أساليب جديدة في الإشراف على العمل، (8) طرد الخوف حتى يتمكن الجميع من العمل بفعالية بهدف نجاح المنظمة، (9) إزالة العوائق التنظيمية والخلافات الموجودة بين الأقسام والإدارات المكونة للمنظمة، (10) التخلي عن الأهداف الكمية، والشعارات والتحذيرات الموجهة للعاملين، لأنها قد تؤدي إلى نتائج عكسية وحث الأفراد على العمل بكفاءة نحو تحسين الجودة، (11) التخلص من الحصص والأهداف الرقمية التي تحول دون تحقيق الأهداف الرئيسية، (12) تحطيم الحواجز التي تعوق العاملين والمديرين من الإستمتاع والتفاخر بعملهم وإنجازاتهم، (13) تأسيس وإقامة برامج قوية للتعليم والتدريب والتطوير الذاتي لكل فرد في المنظمة للتكيف مع التقدم التكنولوجي، (14) تشجيع كل فرد في مكانه المناسب على أن يخصص جهده من أجل التحسين المستمر.

ويترتب على ذلك أن الإدارة تمثل الطرف الرئيسي الذي لديه القدرة على تعديل النظم المختلفة التي تسير عليها العمل، كما أنها المسئول عن (85%) من الأخطاء التي تحدث لعملية الإنتاج، بينما يرجع (15%) من الأخطاء إلي فرد معين أو آلة يمكن تحديدها وتصحيحها (عبدالله، 2002، ص 42).

2- نظرية Joseph Juran: يرى " Juran " أن الجودة لا تحدث بالصدفة، بل يجب أن يكون مخططاً لها (منصور، 2005، ص 124)، ووضع أفكاره فيما يعرف بثلاثية عمليات الإدارة والتي تتضمن (الهي، 2012، ص 37؛ الراشد، 2011، ص 9-10؛ بدر، 2009، ص 32) ما يلي: (أ) **عملية التخطيط للجودة Quality Planning:** وتتم بوضع برنامج يتم فيه: (1) تحديد المستهلكين أو المستهدفين؛ (2) تطوير خصائص المنتج الذي يشبع حاجات المستهلك أو المستفيد، (3) تطوير العمليات القادرة علي إنتاج تلك الخصائص، (4) تطوير خطط النتائج المطلوبة إلي قوة التشغيل، (ب) **عملية الضبط للجودة أو مراقبة الجودة Quality Control:** لمعرفة مدي مطابقة الخدمات التي تقدمها المنظمة مع المواصفات الموضوعية وتتم من خلال: (1) تقييم الأداء الحالي للتشغيل، (2) مقارنة الأداء الحالي بالأهداف، (3) تصرف وفقاً للاختلافات، (ج) **عملية تحسين الجودة Quality Improvement:** وتتم بتحليل المشاكل المتعلقة بالجودة والتعرف علي أسبابها والحلول اللازمة لعلاجها، وعملية التحسين مستمرة لا تنتهي في جميع نواحي الإنتاج، وتنفذ لمختلف فئات المستفيدين الداخليين والخارجيين للمنظمة. ولقد وضع "Juran" (عبدالله، 2002، ص 44) مجموعة من النقاط الضرورية التي يجب التأكيد عليها عند القيام بتحقيق الجودة: (1) تحقيق الجودة لا تكون عملية نهائية، (2) تحسين الجودة عملية متواصلة الخطوات وليست عملية محددة في خطوة واحدة، (3) تتطلب الجودة الاعتماد علي القيادة بشكل أساسي، (4) توفير فرص التدريب لكل فرد بالمنظمة.

3- النظرية البنائية الوظيفة عند تالكوت بارسونز Structural Functional Theory:

تنظر هذه النظرية إلى التنظيم على أنه نسق مفتوح يتفاعل مع البيئة باستمرار باعتبارها مصدراً لموارده البشرية والمادية والتكنولوجية ويستعين بها في أداء وظائفه، وأهتمت بدراسة مدى الإتساق بين أيديولوجية التنظيم وأيديولوجية المجتمع الذي يعيش فيه، وتقوم هذه النظرية على فكرة النسق الإجتماعي، وتنتقل من فكرة تكامل أجزاء النسق في كل واحد والإعتماد المتبادل بين عناصر المجتمع، ولقد إستطاع بارسونز أن يربط نظرية التنظيم بالنظرية السوسيولوجية العامة وأوضح أنه يجب على الباحث أن يكشف عن العلاقات المتساندة بين التنظيم بوصفه نسقاً اجتماعياً والأنساق الإجتماعية الأخرى كالمجتمع المحلي، ونادى بارسونز بأن التنظيم يعد نسقاً اجتماعياً يتكون من أنساق فرعية متباينة كالجاعات والأقسام والإدارات، وأن هذا التنظيم يعد بدوره نسقاً فرعياً يدخل في إطار نسق إجتماعي أكبر وأشمل هو المجتمع، وعالج بارسونز التنظيم كنسق إجتماعي من ناحيتين: الأولى – أن التنظيم نسقاً له خصائصه وسماته الواضحة أكثر من أي نسق إجتماعي آخر، أما الثانية – فهي تحليل العلاقات والعمليات المتداخلة مع الأنساق الفرعية والنسق الإجتماعي الأكبر حتى يتلاءم الموقف التنظيمي مع متطلبات البيئة وظروفها (الحسيني، 1985، ص

ص31-109؛ لطفى، 1993، ص ص 94-95؛ محمد، 1997، ص ص 228-231).

والدراسة الراهنة سوف تحاول الإستفادة من النظريات السابقة في تفسير النتائج التي سنتوصل إليها.

خامسا- الدراسات السابقة:

توصلت بعض الدراسات السابقة التي أمكن الإطلاع عليها، إلى العديد من النتائج المتعلقة بظاهرة إدارة الجودة الشاملة للوحدات الصحية، كان أهمها ما يلي:

(1) دراسة العميرة (2003) توصلت الى أن المعوقات التي تواجه تطبيق الجودة الشاملة في المراكز الطبية تمثلت في: عدم وجود دورات تدريبية على برامج الجودة الشاملة، وعدم وجود مختصين لبرنامج الجودة الشاملة، عدم توافر قواعد البيانات والاحصائيات اللازمة لتطبيق برنامج الجودة الشاملة، وعدم وجود تشجيع كامل من قبل الإدارة العليا. (2) دراسة النوافعة و الحلالمة (2009) توصلت إلى أن أهم الصعوبات التي تعوق المستشفيات الخاصة الأردنية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة كانت: عدم توفر إستراتيجية معينة لهذا التطبيق، ونقص الخبرات القادرة على هذا التطبيق، وقلة الموارد المالية المخصصة لهذا التطبيق، دراسة عبد القادر (2015) توصلت الى أنه لا تتوفر بالمستشفيات الحكومية السودانية المستلزمات المادية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية، ولا الكوادر المؤهلة، كما تبين أن هناك إحساس بعدم الإطمئنان من الحصول على الخدمات الصحية في الوقت المناسب، وعدم الإحساس بالأمان والخوف من عدم توفر البراعة الطبية اللازمة لدى الكوادر الطبية، ودراسة أبورحمة (2016) أظهرت الحاجة الى قياس الجودة من وجهة نظر المرضى المتلقين للخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة في الممكة العربية السعودية، ودراسة الجزار (2016) توصلت إلى أن أهم المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المطبقة لمعايير الجودة الشاملة لأهدافها هي لا توجد ميزانية كافية لتقديم الخدمات الصحية لأهل القرية بأكملها، يليها احتياجات المنطقة التي تخدمها الوحدة الصحية أكبر من إمكانياتها.

الفروض النظرية للدراسة :

1- توجد فروق معنوية بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة: معيار جودة إدارة المنشأة، ومعيار جودة حقوق المرضى، ومعيار جودة رعاية المريض، ومعيار جودة الطوارئ، ومعيار جودة الصيدلية، ومعيار جودة المعمل، ومعيار جودة النظافة، ومعيار جودة المغسلة، ومعيار جودة المخازن، ومعيار جودة السلامة الإكلينيكية التعقيم، ومعيار جودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوي، ومعيار جودة برنامج تحسين الجودة، ومعيار جودة إدارة المعلومات، ومعيار جودة السلامة والصحة المهنية، ومعيار جودة نموذج طب الأسرة، كل علي حده.

- 2- توجد فروق معنوية بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية الريفية غير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة السابق ذكرها في الفرض النظري الأول، كل علي حده.
- 3- تسهم مجموعة معايير الجودة الشاملة الخمس عشرة السابق ذكرها في الفرض النظري الأول كمتغيرات مستقلة مجتمعة، إسهاماً معنوياً في تفسير التباين الكلي في اعتماد الوحدات الصحية الريفية كمتغير تابع.

المنهجية البحثية:

- تم إختيار محافظة الشرقية مجالاً جغرافياً لهذه الدراسة لعدة أسباب هي: (1) تعتبر محافظة الشرقية من أكبر محافظات الجمهورية في عدد السكان حيث تحتل المركز الثالث من بين محافظات الجمهورية، والمركز الأول بين محافظات الوجه البحري. (2) كما أنها تحتل ترتيباً متوسطاً في قيمة دليل التنمية البشرية من بين محافظات الجمهورية (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ومعهد التخطيط القومي، 2010، ص ص 266-283). ويوجد بالمحافظة عدد (354) وحدة صحية ريفية، منها (170) وحدة معتمدة من وزارة الصحة، و (184) وحدة غير معتمدة (مديرية الصحة بالشرقية، 2015)، تم أخذ نسبة (20%) من جملة الوحدات الصحية الريفية المعتمده وغير المعتمدة، وبذلك بلغت جملة مفردات العينة الكلية (71) وحدة صحية منها (34) وحدة معتمدة و(37) وحدة غير معتمدة، حيث يرى البعض أن حجم العينة الأمثل يجب أن لا يقل عن (5%) ولايزيد عن (20%) في حالة الدراسات المسحية (بركات، 2000، ص 46، عليان وغنيم، 2000، ص 139)، وبتقسيم قرى محافظة الشرقية إلى فئتين قرى أكثر تقدماً وأخرى أقل تقدماً اعتماداً على دليل تم إعداده لقياس المستوى التنموي يحتوي على (34) مؤشر منها عدد السكان وتوفر المنظمات التنموية والبنية الأساسية، وبتوزيع عينة الوحدات الصحية المعتمدة والوحدات غير المعتمدة على هاتين الفئتين بالتساوي، تم سحب عينة بطريقة المعاينة العشوائية البسيطة بأسلوب الكيس المثالي مقدارها (17) وحدة معتمدة من القرى الأكثر تقدماً و(17) وحدة معتمدة من القرى الأقل تقدماً، وسحب (18) وحدة غير معتمدة من القرى الأكثر تقدماً و(19) وحدة غير معتمدة من القرى الأقل تقدماً. ولقد جمعت بيانات الدراسة بواسطة إستمارة الإستبيان بالمقابلة الشخصية لمديري هذه الوحدات الصحية الريفية، خلال الفترة من بداية شهر سبتمبر حتي نهاية شهر نوفمبر عام 2015، ولقد تم الاستعانة بفريق من طلاب الدراسات العليا بالقسم تخصص الإجتماع الريفى بكلية الزراعة جامعة الزقازيق تم تدريبهم للمساعدة في تجميع بيانات الدراسة الراهنة وهم بصفة رئيسية أحمد سمير معوض رفاعي الجزار (لقيامه حينئذ بتجميع بيانات رسالة الماجستير الخاصة به في نفس مجال الدراسة الراهنة)، ويعاونه أحمد رمضان، وسعيد عبد الرحمن صبيح.

تعريف وأساليب قياس متغيرات ومؤشرات الدراسة:

أولاً- قياس بعض الخصائص الديموجرافية لمديري الوحدات الصحية المبحوثة: (1) السن : ويقصد به عدد سنوات عمر مدير الوحدة الصحية المبحوث لأقرب سنة ميلادية، وتم قياسه كرقم مطلق بعدد السنوات. (2) النوع : ويقصد به تحديد جنس المبحوث ما إذا كان ذكراً أو أنثى (3) المؤهل الدراسي: ويقصد به مستوى التعليم الذي وصل إليه المبحوث، وهو متغير أسمى متعدد، وأعطيت الاستجابات أوزن هي : بكالوريوس = (1) ، ماجستير = (2) ، دكتوراه = (3). (4) مدة العمل في الوحدة كمدير: ويقصد به عدد السنوات التي قضاها المبحوث في العمل كمدير للوحدة الصحية، وتم قياسه كرقم مطلق بعدد السنوات. (5) الحالة الزوجية: وفيه تم سؤال المبحوث ما إذا كان أعزباً أو متزوجاً أو مطلقاً أو أرملًا. (6) النشأة : ويقصد بها نوع البيئة الثقافية التي تربي ونشأ فيها المبحوث سواء كانت ريفية أم حضرية. (7) محل الإقامة : ويقصد به مكان الإقامة الحالي للمبحوث سواء كانت ريفية أم حضرية. (8) الدخل الشهري للمبحوث من العمل بالوحدة: ويقصد به الدخل النقدي الذي يحصل عليه المبحوث نتيجة عمله بالوحدة الصحية بالجنية شهرياً، مقاساً كرقم مطلق بالجنيه.

ثانياً- قياس معايير إدارة الجودة الشاملة للوحدات الصحية الريفية:

أ- الدرجة الكلية لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة للوحدات الصحية الريفية: تم قياسها بمجموع الأوزان النسبية لدرجات تطبيق خمسة عشر معيار تمثل جملة معايير إدارة الجودة الشاملة التي إعتدتها وزارة الصحة المصرية للوحدات الصحية الريفية (مديرية الصحة بالشرقية، 2015)، ويحتوي كل معيار منها على عدد من المؤشرات التي تعبر عنه، ولقد تم حساب درجة تطبيق كل معيار عن طريق جمع مضروب درجة توافر كل مؤشر من المؤشرات المكونة للمعيار × درجة فاعلية هذا المؤشر، ولقد أعطيت الاستجابات علي درجة توافر هذه المؤشرات أوزان هي: لا = (صفر)، نادراً = (1)، أحياناً = (2) ، دائماً = (3)، كما أعطيت الاستجابة علي درجة فاعلية هذه المؤشرات أوزان هي: لا يوجد = (صفر) ، منخفضة = (1) ، متوسطة = (2) ، مرتفعة = (3). وفيما يلي عرض لهذه المعايير ومؤشراتها المختلفة :

1- معيار جودة إدارة المنشأة: ويقصد به نظام العمل المتبع داخل الوحدات الصحية الريفية، ويتضمن عشرة مؤشرات هي: (1) وجود رؤية للوحدة شارك في إعدادها الجميع، (2) وجود رئيس لكل قسم من الأقسام الإدارية والطبية، (3) وجود جدول لتدريب العاملين وقائمة بالدورات التدريبية، (4) وجود التزام بالزى الرسمي ومواعيد العمل الرسمية داخل الوحدة، (5) وجود برنامج توعية للموظفين الجدد، (6) وجود نظام لتقييم أداء العاملين، (7) وجود توصيف وظيفي لجميع العاملين معروف لهم، (8) وجود هيكل تنظيمي وتسلسل واضح للسلطة في مدخل الوحدة، (9) وضع الوحدة لخطة العمل داخلها وتحدد الأولويات مع الأطباء، (10) وجود مشاركة للعاملين في عملية تخطيط الوحدة.

2- معيار جودة حقوق المرضى: ويقصد به حقوق المرضى في الحصول علي الخدمات الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية الريفية، ويحتوي علي عدد ثمانية مؤشرات: (1) وجود وثيقة موافقة المريض قبل إجراء الفحص، (2) وجود وثيقة لحقوق المرضى، (3) وجود لوحة معلقة بالوحدة عليها حقوق المرضى، (4) وجود صندوق للشكاوي والمقترحات، (5) وجود إستمارة إستبيان رضا المنتفعين، (6) وجود فريق متخصص للتعامل مع المرضى، (7) المشورة الخاصة بتنظيم الأسرة تقدم من خلال طبيب وممرضة مدربين، (8) وجود مقدمة خدمة سيدة أو إعلان عن أقرب مكان لها.

3- معيار جودة رعاية المريض: ويقصد به تقديم الرعاية الكاملة للمريض من حيث التشخيص والعلاج والمتابعة داخل الوحدات الصحية الريفية، ويتضمن تسعة مؤشرات: (1) أخذ التاريخ المرضي والعائلي و تاريخ أى حجز بالمستشفى، (2) فحص المريض و تسجيل العلامات الحيوية، (3) عمل فحص شامل للمريض حسب البيانات الموجودة باستمارة الفحص الشامل بالملف وحسب أدلة العمل الإكلينيكية، (4) يتم تسجيل النتائج باستمارة التردد بالملف، (5) نتائج الفحوصات يتم الحصول عليها في الوقت المناسب قبل أخذ العلاج، (6) عمل الفحوصات المطلوبة اللازمة لحالة المريض، (7) التشخيص سليم ومتناسب مع أدلة العمل الإكلينيكية، (8) العلاج متناسب مع التشخيص ويعطى في الوقت المناسب، (9) يتم إعلام المريض عن التشخيص والعلاج ومواعيد المتابعة بطريقة سهلة.

4- معيار جودة الطوارئ: ويقصد به إستقبال الحالات الطارئة وتقديم الخدمة لهم داخل الوحدات الصحية الريفية، ويحتوي علي عدد ثمانية مؤشرات: (1) توجد حقائب الطوارئ كاملة من أدوية وأدوات، (2) العاملون مُدربون على معدات وأجهزة الطوارئ، (3) العاملون مُدربون على الإفاقة القلبية التنفسية، (4) وريديات الطوارئ على مدار 24 ساعة بفريق مدرب، (5) يوجد قائمة بأدوية الطوارئ، (6) يوجد فريق من العاملين مدرب على الإسعافات الأولية، (7) وجود نظام للاتصال بسيارة الإسعاف للحالات الطارئة، (8) وجود أنبوبة أكسجين وجهاز نيبوليزر صالحين للإستخدام.

5- معيار جودة الصيدلانية: ويقصد به صرف العلاج اللازم للمرضي داخل الوحدات الصحية الريفية، ويتضمن عشرة مؤشرات: (1) تصرف الوحدة كميات مناسبة من الأدوية للمرضي بأمراض مزمنة، (2) الوحدة توفر وسائل تنظيم الأسرة لمدة تكفي ثلاثة أشهر، (3) يتلقى المرضى تعليمات شفوية بكيفية استعمال الدواء، (4) توجد قائمة بالأدوية الأساسية حديثة وموجودة في جميع غرف الكشف، (5) الأدوية بمخزن الصيدلانية تحمل تاريخ انتهاء الصلاحية ومكتوب بوضوح على كل رف، (6) مساحة الصيدلانية كافية، (7) يوجد بالصيدلانية ثلاجة بها جزء خاص للتجميد، (8) توجد

طفايات حريق ويسهل الوصول إليها، (9) يوجد طبيب لأصرف الدواء وتسجيل تعليمات تناوله، (10) يتم تخزين الطعوم بطريقة صحيحة.

6- معيار جودة المعمل: ويقصد به صرف العلاج اللازم للمرضي داخل الوحدات الصحية الريفية، ويحتوي علي تسعة مؤشرات: (1) وجود فني معمل حاصل على مؤهل مناسب، (2) يوجد مساعد معمل مؤهل، (3) مساحة المعمل كافية لعدد العاملين، (4) يوجد جزء مخصص به دورة مياه رجال ودورة مياه حريم خاص بالعاملين، (5) يوجد جزء خاص منفصل لتحليل الدم، (6) يوجد صيانة دورية للأجهزة، (7) توجد كميات كافية من الأدوات والمستلزمات الخاصة بالمعمل، (8) يُطبق المعمل طرق التعقيم بدقة، (9) تسجل النتائج بشكل متكامل وبدقة وترسل للطبيب في موعدها.

7- معيار جودة النظافة: ويقصد به مدي نظافة الوحدات الصحية الريفية من الغبار، ويتضمن سبعة مؤشرات: (1) يوجد جدول يومي للتنظيف، (2) يوجد ما يكفي من المواد والمنظفات مدة 3 شهور، (3) العمال مدربون على طرق التنظيف الصحيحة، (4) يوجد غبار أو قمامة أو عنكبوت داخل الوحدة، (5) يقوم العمال أثناء التنظيف بارتداء القفازات، (6) التزام العاملين بزي النظافة، (7) توجد عملية موحدة لتنفيذ وغسيل البياضات.

8- معيار جودة المغسلة: ويقصد به مدي نظافة الملاءات والبياضات التي توجد في الوحدات الصحية الريفية، ويشتمل علي ثمانية مؤشرات: (1) توجد غسالة فول اوتوماتيك صالحة، (2) يوجد ما يكفي من الملاءات و البياضات، (3) يوجد ما يكفي من ملابس العمليات، (4) يوجد أكياس مميزة للملابس والبياضات الملوثة، (5) يوجد كمية كافية من مواد الغسيل والمنظفات، (6) فصل الغسيل الملوث عن الغسيل غير الملوث، (7) إرتداء العمال القفازات أثناء عملية الغسيل، (8) إرتداء العمال ملابس خاصة بالغسيل.

9- معيار جودة المخازن: ويقصد به المكان المخصص لحفظ الأدوية والأجهزة التي توجد في الوحدات الصحية الريفية، ويتضمن سبعة مؤشرات: (1) يوجد مخزن خاصة بالوحدة الصحية، (2) يوجد بالمخزن طفايات حريق، (3) المخزن محمي من الرطوبة وأشعة الشمس المباشرة، (4) يوجد المخزن داخل الوحدة الصحية، (5) المخزن بحالة جيدة يسمح بتخزين الأدوية والأجهزة، (6) هل يوجد بالمخزن أجهزة سليمة أو غير مستخدمة، (7) هل يوجد بالمخزن أجهزة أو أثاث غير صالح أو يحتاج إلي تكهين.

10- معيار جودة السلامة الإكلينيكية التعقيم: ويقصد به مدي تعقيم الآلات والأجهزة حتى لا تنقل الأمراض من مريض إلي آخر، ويتضمن ثمانية مؤشرات: (1) يوجد أوتوكلاف وفرن كهربائي، (2) توافر مواد التعقيم لم ينتهي مدة صلاحيتها، (3) كمية القفازات تكفي 3 شهور، (4) كمية المطهرات تكفي 3 شهور، (5) الآلات المعقمة تُستخدم مرة واحدة لمريض واحد، (6) يرتدى العاملون القفازات عند إعطاء الحقن وجمع عينات التحليل، (7) يرتدى العاملون في وحدة تنظيم الأسرة القفازات ذات

الإستخدام مرة واحدة، (8) تنظيف غرفة العلاج والآلات والمواد بعد كل مريض باستخدام المطهرات.

11- معيار جودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوى: ويقصد به مكافحة الأمراض المعدية حتى لا تنقل هذه الأمراض من مريض إلي آخر، ويتضمن تسعة مؤشرات: (1) توجد وثيقة بسياسات وإجراءات مكافحة العدوى، (2) وجود خطة ومنهج تدريبي لتدريب العاملين على مكافحة العدوى، (3) توافر إستمارات الإبلاغ عن الأمراض المعدية، (4) يوجد تقارير مكافحة العدوى (كل شهرين)، (5) يوجد محاضر اجتماعات لجنة مكافحة العدوى، (6) يوجد برنامج متابعة صحة العاملين روتينياً وخصوصاً المعرضين للعدوى بالأمراض، (7) يوجد إجراء متخذ عند إصابة عامل بوخز إبرة ملوثة، (8) وجود تحصين للعاملين ضد مرض التيتانوس ووجود جدول لذلك، (9) وجود تطعيم للعاملين ضد مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي ب.

12- معيار جودة برنامج تحسين الجودة: ويقصد به مدي تطبيق معايير الجودة الشاملة داخل الوحدات الصحية الريفية، ويتضمن ثمانية مؤشرات: (1) توجد لجنة الجودة بالوحدة، (2) يوجد خطة بالأولويات لتحسين الوحدة الصحية، (3) يوجد إطار زمني لخطة تحسين الوحدة الصحية، (4) يوجد نظام تدريب العاملين على تحسين الوحدة، (5) يوجد برنامج لمراجعة استخدام الأدوية والمضادات الحيوية، (6) إتخاذ الإجراءات الصحيحة في الوقت المناسب لحل المشكلات، (7) يتم تشكيل فريق التحسين ممن لهم علاقة مباشرة بالمشكلة، (8) توجد محاضر وسجلات إجتماعات لجنة الجودة.

13- معيار جودة إدارة المعلومات: ويقصد به نظام لحفظ المعلومات والبيانات الخاصة بالمرضي داخل الوحدة الصحية الريفية، ويتضمن ثمانية مؤشرات: (1) يوجد نظام للتحقق من صحة البيانات دورياً، (2) توجد تقارير ومعلومات يمكن الحصول عليها في الوقت المناسب، (3) يتم تمييز أسماء الحالات المزمنا بألوان مميزة لكل حالة، (4) بيانات الفحص الطبي والتاريخ المرضي مدونة بالملف، (5) خطة العلاج مُدونة في الملف وأي تغييرات فيها توثق مع مبرراتها بالملف، (6) إستمارة موافقة المريض موجودة بالملف، (7) توجد لجنة للسجلات الطبية، (8) توجد سياسات وإجراءات سرية السجلات ويتم تنفيذها.

14- معيار جودة السلامة والصحة المهنية: ويقصد به سلامة الوحدة الصحية من المخاطر، ويتضمن عدد تسعة مؤشرات: (1) مخارج التيار الكهربائي سليمة ولا توجد أسلاك مكشوفة، (2) وجود وثيقة مكتوبة لسياسات منع التدخين وملصقة في كل غرف الفحص وصلالات الإنتظار ومنفذة، (3) طفايات الحريق متوافرة وفي أماكن واضحة والعاملين مدربين على استخدامها ويوجد نظام إنذار للحريق، (4) مخارج الوحدة مشار إليها بوضوح، (5) يوجد فرد أمن عند المخارج، (6) يوجد أقفال على جميع الأبواب، (7) مكان التخلص من النفايات مغطى جيداً، (8) يوجد سلك معدني على جميع النوافذ المطللة على الخارج، (9) يوجد مكان للخروج في حالة الطوارئ.

15- معيار جودة نموذج طب الأسرة: ويقصد به نظام متابعة الأطفال والحوامل والمرضى بأمراض مزمنة، ويتضمن عشرة مؤشرات: (1) تقييم الأطفال اقل من عامين عن التغذية ووجود أية مشاكل بها، (2) يوجد برنامج للتثقيف الصحي عن الرضاعة الطبيعية، (3) يوجد نظام لمتابعة نسبة الحوامل خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل و نسبة تردها وحتى الوضع، (4) توجد سياسات مكتوبة للإحالة إلي المستشفى ومعروفة للجميع، (5) يوجد جدول لتغطية الخدمة على مدار الساعة داخل الوحدة، (6) يوجد نظام متابعة الأطفال دون الثانية من العمر الذين لم يكملوا التطعيمات الإجبارية، (7) يوجد نظام لمتابعة المرضى الأكثر تعرضاً للخطر، (8) يوجد نظام لمتابعة مرضى السكر، (9) يوجد بالوحدة برنامج توعية جيد للمتريدين عليها، (10) الفريق الصحي مُدرب على مهارات الاتصال بالمتريدين.

ب- اعتماد الوحدة الصحية الريفية: ويقصد بها درجة اعتماد الوحدة الصحية الريفية من وزارة الصحة المصرية من عدمه. وهو متغير اسمي ذو فئتين: الوحدات الصحية المعتمدة=2، والوحدات الصحية غير المعتمدة=1.

الأساليب والإختبارات الإحصائية المستخدمة:

أستخدم في تحليل بيانات الدراسة الراهنة كل من: التكرارات، النسب المئوية، والمتوسط الحسابي، واختبار معنوية الفروق لمان ويتني مان ويتني Mann-Whitney U لمعنوية الفروق بين القرى الأكثر تقدماً والأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة وغير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة، حيث أن هذا الإختبار يستخدم في حالة مقارنة عينتين مستقلتين عندما تكون القياسات من المستوى الرتبي أو الفترى أو النسبي ولكنها لا تخضع للتوزيع الطبيعي وهي حالة البيانات الواردة في هذه الدراسة (علام، 1993، ص ص 225-226)، كما أستخدم إختبار الإنحدار اللوجستي الثنائي التدريجي الصاعد Binary logistic regression بطريقة Forward (Conditional)، لتحديد درجة إسهام معايير الجودة الشاملة كمتغيرات مستقلة ذات الإرتباط في تفسير التباين الكلي لإعتماد الوحدات الصحية الريفية، وهذا الإختبار لا يشترط أن تكون المتغيرات الشارحة لا تخضع للتوزيع الطبيعي.

خصائص العينة Characteristics of sample:

يوضح الجدول رقم (1) التالي بعض الخصائص الديموجرافية لمديري الوحدات الصحية الريفية المبحوثة، ويتضح منه أن أكثرية مديري الوحدات الصحية الريفية المعتمدة في القرى الأكثر تقدماً وفي القرى الأقل تقدماً، وكذلك الوحدات غير المعتمدة في القرى الأكثر تقدماً وفي القرى الأقل تقدماً: (1) يقعون في الفئة العمرية الأولى (25-36) سنة وكانت نسبتهم (76.5%)، و(94.1%)، و(66.7%)، و(78.9%) على التوالي. (2) كان النوع لديهم ذكورا ونسبتهم (52.9%)، و(58.8%)، و(61.1%)، و(63.2%) على التوالي. (3) كان المؤهل الدراسي

جدول رقم (1): التوزيع العددي والنسبي للخصائص الديموجرافية لمديري الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة في القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً المبحوثة .

الوحدات الصحية غير المعتمدة		الوحدات الصحية المعتمدة				الوحدات الصحية الريفية المبحوثة		خصائص المديرين
القرى الأقل تقدماً (ن=19)	القرى الأكثر تقدماً (ن=18)	القرى الأقل تقدماً (ن=17)		القرى الأكثر تقدماً (ن=17)				
78.9	15	66.7	12	94.1	16	76.5	13	1- السن
15.8	3	11.1	2	صفر	صفر	17.6	3	(25-36) سنة
5.3	1	22.2	4	5.9	1	5.9	1	(36-47) سنة
63.2	12	61.1	11	58.8	10	52.9	9	(47-57) سنة
36.8	7	38.9	7	41.2	7	47.1	8	ذكر
94.7	18	83.3	15	100	17	82.4	14	أنثى
5.3	1	16.7	3	صفر	صفر	17.6	3	بكالوريوس
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	ماجستير
94.7	18	83.3	15	94.1	16	94.1	16	دكتوراة
5.3	1	صفر	صفر	5.9	1	5.9	1	4- مدة العمل كمدير للوحدة
صفر	صفر	16.7	3	صفر	صفر	صفر	صفر	(0.5-12) سنة
42.1	8	33.3	6	47.1	8	29.4	5	(12-23) سنة
57.9	11	66.7	12	52.9	9	70.6	12	أعزب
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	متزوج
57.9	11	66.7	12	70.6	12	52.9	9	مطلق
42.1	8	33.3	6	29.4	5	47.1	8	أرمل
57.9	11	66.7	12	70.6	12	52.9	9	ريف
42.1	8	33.3	6	29.4	5	47.1	8	حضر
57.9	11	55.6	10	70.6	12	52.9	9	ريف
42.1	8	44.4	8	29.4	5	47.1	8	حضر
78.9	15	72.2	13	94.1	16	58.8	10	8- الدخل الشهري للمبحوث من العمل بالوحدة
15.8	3	5.6	1	5.9	1	35.3	6	(1350-2633) جنية
5.3	1	22.2	4	صفر	صفر	5.9	1	(2633-3633) جنية
								(3633-3917) جنية
								(3917-5200) جنية

لديهم هو البكالوريوس ونسبتهم (82.4%)، و(100%)، و(83.3%)، و(94.7%)، على التوالي. (4) كان مدة عملهم كمديرين للوحدة تقع في الفئة الاولى (0.5-12) سنة، ونسبتهم (94.1%)، و(94.1%)، و(83.3%)، و(94.7%) على الترتيب. (5) كانوا متزوجين، ونسبتهم (70.6%)، و(52.9%)، و(66.7%)، و(57.9%)

على التوالي. (6) كانت نشأتهم ريفية، ونسبتهم (52.9%)، و (70.6%)، و (66.7%)، و (57.9%) على التوالي. (7) كان محل اقامتهم ريفية، ونسبتهم (52.9%)، و (70.6%)، و (55.6%)، و (57.9%) على الترتيب. (8) كان دخولهم الشهرية من العمل بالوحدة، تقع في الفئة الدنيا (1350 - 2633) جنية، ونسبتهم (58.8%)، و (94.1%)، و (72.2%)، و (78.9%) على التوالي.

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

أولاً- درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة للوحدات الصحية المعتمدة وغير المعتمدة في القرى الأكثر تقدماً والأقل تقدماً:

لتحقيق الهدف الأول من الدراسة تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمستوى تطبيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة المختلفة الخمسة عشر الصادرة من وزارة الصحة، ويتضح من الجدول (2) ما يلي:

(1) بالنسبة للوحدات الصحية المعتمدة : تبين أن أكثريتها كانت: (أ) درجة تطبيقها مرتفع في القرى الأكثر تقدماً فيما يتعلق بمعايير: جودة رعاية المريض (64,7%)، وجودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوى (52.9%)، جودة إدارة المعلومات (58.8%)، بينما كانت درجة تطبيقها متوسط في القرى الأقل تقدماً (55.6%)، و (44.4%)، و (38.9%) على الترتيب، (ب) درجة تطبيقها مرتفع في القرى الأكثر تقدماً فيما يتعلق بمعايير: جودة إدارة المنشأة (52.9%)، وجودة الطوارئ (52.9%)، وجودة الصيدلانية (94.1%)، وجودة المعمل (52.9%)، وجودة المخازن (35.3%)، وجودة السلامة الإكلينيكية التعقيم (58.8%)، وجودة برنامج تحسين الجودة (58.8%)، وجودة السلامة والصحة المهنية (52,9%)، جودة نموذج طب الأسرة (52.9%)، بينما كانت درجة تطبيقها منخفض في القرى الأقل تقدماً (50%)، و (61.1%)، و (94.4%)، و (66.7%)، و (66.7%)، و (77.8%)، و (50%)، و (50%)، و (50%) على التوالي، (ج) درجة تطبيقها لمعيار جودة النظافة، كانت منخفض في القرى الأكثر تقدماً (35.3%)، بينما كانت درجة تطبيقها متوسط في القرى الأقل تقدماً (50%) لنفس المعيار، (د) فيما يتعلق بمعيار جودة حقوق المريض، وجودة المغسلة، كانت درجة تطبيقها منخفض في القرى الأكثر تقدماً (94.1%)، (47.1%)، كانت درجة تطبيقها منخفض في القرى الأقل تقدماً (100%)، و (72.2%)، على التوالي.

(2) بالنسبة للوحدات الصحية غير المعتمدة: تبين أن أكثريتها كانت، (أ) فيما يتعلق بمعايير: جودة رعاية المريض، وجودة الصيدلانية، وجودة السلامة الإكلينيكية التعقيم، كانت درجة تطبيقها مرتفع في القرى الأكثر تقدماً (70.6%)، و (76.5%)، و (70.6%)، وكذلك درجة تطبيقها مرتفع في القرى الأقل تقدماً (36.8%)، و (86.4%)، و (52.6%) على التوالي، (ب) فيما يتعلق بمعايير: جودة إدارة

جدول رقم (2): التوزيع العددي والنسبي لدرجة تطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة للوحدات الصحية المعتمدة وغير المعتمدة في القرى الأكثر تقدماً والأقل تقدماً المبحوثة

الوحدات الصحية غير المعتمدة (ن=37)		الوحدات الصحية المعتمدة (ن=34)		الوحدات الصحية المعتمدة (ن=34)		الوحدات الصحية المعتمدة (ن=34)		الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة	
القرى الأقل تقدماً (ن=19)		القرى الأكثر تقدماً (ن=18)		القرى الأقل تقدماً (ن=17)		القرى الأكثر تقدماً (ن=17)		مستوي تطبيق معايير الجودة الشاملة	
%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	لا يوجد	1- معيار جودة إدارة المنشأة
36.8	7	23.5	4	50	9	11.8	2	منخفض (1-30) درجة	
57.9	11	23.5	4	38.9	7	35.3	6	متوسط (31-60) درجة	
5.3	1	52.9	9	11.1	2	52.9	9	مرتفع (61-90) درجة	
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	لا يوجد	2- معيار جودة حقن المرضى
100	19	100	17	100	18	94.1	16	منخفض (1-24) درجة	
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	5.9	1	متوسط (25-48) درجة	
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	مرتفع (49-72) درجة	
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	لا يوجد	3- معيار جودة رعاية المريض
26.3	5	صفر	صفر	38.9	7	صفر	صفر	منخفض (1-27) درجة	
36.8	7	29.4	5	55.6	10	35.3	6	متوسط (28-54) درجة	
36.8	7	70.6	12	5.6	1	64.7	11	مرتفع (55-81) درجة	
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	لا يوجد	4- معيار جودة الطوارئ
10.5	2	صفر	صفر	61.1	11	11.8	2	منخفض (1-24) درجة	
63.2	12	29.4	5	33.3	6	35.3	6	متوسط (25-48) درجة	
26.3	5	70.6	12	5.6	1	52.9	9	مرتفع (49-72) درجة	
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	لا يوجد	5- معيار جودة الصيدلية
صفر	صفر	5.9	1	94.4	17	صفر	صفر	منخفض (1-30) درجة	
31.6	6	17.6	3	5.6	1	5.9	1	متوسط (31-60) درجة	
68.4	13	76.5	13	صفر	صفر	94.1	16	مرتفع (61-90) درجة	
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	لا يوجد	6- معيار جودة المعمل
15.8	3	5.9	1	66.7	12	5.9	1	منخفض (1-27) درجة	
52.6	10	41.2	7	33.3	6	41.2	7	متوسط (28-54) درجة	
31.6	6	52.9	9	صفر	صفر	52.9	9	مرتفع (55-81) درجة	
15.8	3	صفر	صفر	16.7	3	17.6	3	لا يوجد	7- معيار جودة النظافة
42.1	8	29.4	5	27.8	5	35.3	6	منخفض (1-21) درجة	
31.6	6	35.3	6	50	9	29.5	5	متوسط (22-42) درجة	
10.5	2	35.3	6	5.6	1	17.6	3	مرتفع (43-63) درجة	
26.3	5	صفر	صفر	5.6	1	17.6	3	لا يوجد	8- معيار جودة المغسلة
57.9	11	35.3	6	72.2	13	47.1	8	منخفض (1-24) درجة	
10.5	2	35.3	6	16.7	3	23.5	4	متوسط (25-48) درجة	
5.3	1	29.4	5	5.6	1	11.8	2	مرتفع (49-72) درجة	
52.6	10	صفر	صفر	27.8	5	17.6	3	لا يوجد	9- معيار جودة المخازن
10.5	2	5.9	1	66.7	12	11.8	2	منخفض (1-21) درجة	
31.6	6	41.2	7	5.6	1	35.3	6	متوسط (22-42) درجة	
5.3	1	52.9	9	صفر	صفر	35.3	6	مرتفع (43-63) درجة	

صفر 15.8 31.6 52.6	صفر 3 6 10	صفر 5.9 23.5 70.6	صفر 1 4 12	صفر 77.8 22.2 صفر	صفر 14 4 صفر	صفر صفر 41.2 58.8	صفر صفر 7 10	لا يوجد منخفض(1-24) درجة متوسط(25-48) درجة مرتفع(49-72) درجة	10 معيار جودة السلامة الإكلينيكية التعقيم
صفر 47.4 31.6 21.1	صفر 9 6 4	5.9 11.8 29.4 52.9	1 2 5 9	5.6 38.9 44.4 11.1	1 7 8 2	صفر 5.9 41.2 52.9	صفر 1 7 9	لا يوجد منخفض(1-27) درجة متوسط(28-54) درجة مرتفع(55-81) درجة	11- معيار جودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوي
52.6 36.8 10.5 صفر	10 7 2 صفر	5.9 5.9 29.4 58.8	1 1 5 10	44.4 50 5.6 صفر	9 8 1 صفر	صفر 11.8 29.4 58.8	صفر 2 5 10	لا يوجد منخفض(1-24) درجة متوسط(25-48) درجة مرتفع(49-72) درجة	12- معيار جودة برنامج تحسين الجودة
31.6 47.4 10.5 10.5	6 9 2 2	5.9 5.9 17.6 70.6	1 1 3 12	33.3 22.2 38.9 5.6	6 4 7 1	صفر 5.9 35.3 58.8	صفر 1 6 10	لا يوجد منخفض(1-24) درجة متوسط(25-48) درجة مرتفع(49-72) درجة	13- معيار جودة إدار المعلومات
5.4 42.1 42 10.5	1 8 8 2	صفر 5.9 35.3 58.8	صفر 1 6 10	صفر 50 44.4 5.6	صفر 9 8 1	5.9 41.2 صفر 52.9	1 7 صفر 9	لا يوجد منخفض(1-27) درجة متوسط(28-54) درجة مرتفع(55-81) درجة	14- معيار جودة السلامة والصحة المهنية
صفر 15.8 52.6 31.6	صفر 3 10 6	صفر 5.9 29.4 64.7	صفر 1 5 11	صفر 50 38.9 11.1	صفر 9 7 2	صفر صفر 47.1 52.9	صفر صفر 8 9	لا يوجد منخفض (1-30) درجة متوسط(31-60) درجة مرتفع(61-90) درجة	15- معيار جودة نموذج ط الأسرة

المنشأة، وجودة الطوارئ، وجودة المعمل، جودة نموذج طب الأسرة، كانت درجة تطبيقها مرتفع في القرى الأكثر تقدماً (52.9%)، و (70.6%)، و (52.9%)، و (64.7%) ودرجة تطبيقها متوسط في القرى الأقل تقدماً (57.9%)، و (63.2%)، و (52.6%)، و (52.6%)، على الترتيب، (ج) فما يتعلق بمعايير: جودة النظافة، جودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوي، جودة إدارة المعلومات، جودة السلامة والصحة المهنية، كانت درجة تطبيقها مرتفع في القرى الأكثر تقدماً (35.3%)، و (52.9%)، و (70.6%)، و (85.8%) كانت درجة تطبيقها منخفض في القرى الأقل تقدماً (42.1%)، و (47.4%)، و (74.1%)، و (42.1%) على التوالي، (د) فيما يتعلق بمعيار جودة المغسلة، كان مستوي تطبيقها متوسط في القرى الأكثر تقدماً (35.3%)، كانت درجة تطبيقها منخفضة في القرى الأقل تقدماً (57.9%)، (هـ) فيما يتعلق بمعيار جودة حقوق المريض، كانت درجة تطبيقها منخفض سواء في القرى الأكثر أو القرى الأقل تقدماً (100%)، (و) فيما يتعلق بمعيار: جودة المخازن،

وجودة تحسين الجودة، كان مستوي تطبيقها مرتفع في القرى الأكثر تقدماً (52.9%)، و(59.8%)، وفي القرى الأقل تقدماً لا يوجد بها تطبيق (52.6%)، و(52.6) على الترتيب، وتتفق هذه النتائج مع دراسة النوافذة والحلالمة " 2009" والتي ترى أن قلة الخبرات القادرة على تطبيق ادارة الجودة فى المستشفى.

ثانياً: ترتيب الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة وفقاً للدرجة الكلية لتطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة في العينة الكلية لبيان ما إذا كان هناك وحدات غير معتمدة تقع من حيث درجة تطبيقها لمعايير الجودة الشاملة في فئة الوحدات المعتمدة أو العكس:

لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة، تم حساب الدرجة الكلية لتطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة لكل من الوحدات الصحية المعتمدة والوحدات غير المعتمدة على مستوى العينة الكلية، ثم ترتيبها تنازلياً، ويتبين من الجدول رقم (3): أن هناك ست وحدات صحية ريفية غير معتمدة وقع ترتيبها من حيث درجة تطبيقها لمعايير الجودة الشاملة أعلى من ست وحدات معتمدة، وهذه الوحدات غير المعتمدة (نايف عماد، كفر جنيدى، محمد علي، ابو صميده، الميمونة، البنا) تعد مؤهلة للأعتماد، وتختلف هذه النتائج مع نظرية "Joseph Juran" من حيث أن تحسين الجودة هي عملية متواصلة وليست عملية واحدة تتم في خطوة واحدة ومن ثم فكان ينبغي على الوحدات الستة المعتمدة تستمر في عمليات تحسين الجودة بها وتطبيق معايير الجودة الشاملة.

ثالثاً- الفروق بين القرى الأكثر تقدماً والأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة وكذلك الوحدات غير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة، كل علي حده:

لتحقيق الهدف الثالث من الدراسة، في الجزئية المتعلقة باختبار معنوية الفروق بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة والوحدات غير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة تم فرض الفرضين النظريين الأول والثاني، ولإختبار صدق هذين الفرضين تم وضع الفرضين الصفرين التاليين: "لا توجد فروق معنوية بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة السابق ذكرها في الفرض النظري الأول، كل علي حده". "لا توجد فروق معنوية بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً فيما يتعلق بمستوى تطبيق الوحدات الصحية الريفية غير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة السابق ذكرها في الفرض النظري الأول، كل علي حده". وللتحقق من صحة هذين الفرضين الصفريين، تم استخدام إختبار مان ويتني،

جدول رقم (3): ترتيب الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة وفقا للدرجة الكلية لتطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة في العينة الكلية

الدرجة الكلية لمستوي تطبيق الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة	ترتيب الوحدة على مستوي العينة الكلية	اسماء الوحدات غير المعتمدة	الدرجة الكلية لمستوي تطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة	ترتيب الوحدات غير المعتمدة	اسماء الوحدات المعتمدة
531.3359	1	1- نايف عماد	344.5554	20	1-نزلة خيال
525.9589	2	2- كفر جنيدي	329.2123	21	2-تل محمد
525.7498	3	3- محمد علي	328.58	22	3-بهنباي
515.9357	4	4- ابو صميده	307.1806	26	4-الخشبة
512.506	5	5- الميمونة	279.2083	30	5-البلاشون
492.4196	6	6- البنا	261.1859	34	6-كفر اكياد
491.1062	7	7- سماكين الغربي	242.67	37	7-اكياد القبالية
464.1339	8	8- عليوة	233.4903	38	8-هربيط
460.3577	9	9- جزيرة سعود	225.09	40	9-كفر حافظ
454.4742	10	10- السدس	222.5625	41	10-ميت حبيب
449.6101	11	11- كفر محسن	217.653	43	11-كفر هربيط
434.4835	12	12- الفولي	208.8617	44	12-النحاس
433.7347	13	13- البرادعي	204.9292	46	13-منشأة عوادة
432.245	14	14- ابو عمران	194.0927	47	14-كفر دبوس
422.4786	15	15- صافور	192.63	48	15-عمریط
398.5615	16	16- حمادة	192.4067	49	16-طوخ
379.4623	17	17- الجويني	184.4984	50	17-بني عياض
347.4591	18	18- قسايد الازهار	177.14	51	18-العصايد
345.4494	19	19- ابن عاص	169.8526	52	19-الرياض
327.7597	23	20-ابوعوينات	162.6472	54	20-الديدامون
318.9857	24	21- الصوالح	162.20	55	21-الرحمانية
314.9788	25	22- قنتير	158.72	56	22-بني قريش
300.5155	27	23- هرية رزنة	150.79	57	23-التلين
289.7792	28	24- الصوفية	139.72	58	24-أولاد موسي
286.8514	29	25- بني صريد	138.68	59	25-شوبك اكراش
272.9563	31	26- العصلوجي	129.89	60	26-البيروم
268.3736	32	27- ناحوم	118.8563	61	27-العزازي
263.5835	33	28- تل مسمار	112.844	62	28-كفر حمودة
256.6597	35	29- شوبك بسطة	110.51	63	29-المناصرة
242.8875	36	30- اكياد البحرية	106.06	64	30-القراموص
226.7889	39	31- السماعنة	102.53	65	31-الشوافين
220.4669	42	32- الزنكلون	97.91	66	32-المشاعلة
205.9367	45	33- سودة	93.81	67	33-منشأة رضوان
168.6036	53	34- كفر الجلايلة	91.04425	68	34- كفر عوض
		35- الصوة	85.44	69	
		36- شبرا النخلة	83.47	70	
		37- شبيبة النكارية	38.07	71	

والجدول رقم (4) التالى يتضح منه ما يلي :

١ - **بالنسبة للوحدات الصحية المعتمدة:** تبين أن هناك فروقا معنوية عند مستوى 0.01 بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً فى درجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة لجميع معايير الجودة الشاملة بإستثناء معيارين هما: معيار جودة النظافة، ومعيار جودة المغسلة، وكانت جميع الفروق المعنوية السابقة لصالح القرى الأكثر تقدماً . وبناءً علي ذلك فإنه يمكن رفض الفرض الصفري السابق بالنسبة للمعايير التي ثبت معنوية الفروق بين القرى الأكثر والقرى الأقل تقدمها في درجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة لهم، بينما يمكن قبوله جزئياً بالنسبة للمعايير الذين لم يثبت معنوية الفروق فيهما.

2- **بالنسبة للوحدات الصحية غير المعتمدة:** تبين أن هناك فروقا معنوية عند مستوى 0.01 بين القرى الأكثر تقدماً والقرى الأقل تقدماً فى مستوى تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة لجميع معايير الجودة الشاملة بإستثناء معيارين هما: معيار جودة الصيدلية، ومعيار جودة السلامة الاكلينيكية التعقيم، وكانت جميع الفروق المعنوية السابقة لصالح القرى الأكثر تقدماً . وبناءً علي ذلك فإنه يمكن رفض الفرض الصفري السابق بالنسبة للمعايير التي ثبت معنوية الفروق بين القرى الأكثر والقرى الأقل تقدماً في درجة تطبيق الوحدات الصحية غير المعتمدة لهم، بينما يمكن قبوله جزئياً بالنسبة للمعايير الذين لم يثبت معنوية الفروق فيهما.

وتتفق النتائج السابقة مع النظرية البنائية الوظيفية عند تالكوت بارسونز فالوحدات الصحية الريفية تعد نسقا من الأنساق الإجتماعية الفرعية المكونة للمجتمع الريفي، ومن ثم فإنه عندما يكون النسق الإجتماعي للمجتمع الريفي أكثر تقدماً تكون بالتبعية الأنساق الفرعية المكونة له هي الأخرى متقدمة، وبالعكس عندما يكون النسق الإجتماعي للمجتمع الريفي أقل تقدماً تكون الأنساق الفرعية (الوحدات الصحية الريفية) المكونة له أقل تقدماً.

جدول رقم (4): نتائج اختبار مان ويتني Mann-Whitney لمعنوية الفروق بين القرى الأكثر تقدماً والأقل تقدماً فيما يتعلق بدرجة تطبيق الوحدات الصحية المعتمدة والوحدات غير المعتمدة لمعايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة، كل علي حده

الوحدات الصحية الريفية غير المعتمدة						الوحدات الصحية الريفية المعتمدة						الوحدات الصحية المعتمدة وغير المعتمدة مستوى تطبيق معايير الجودة الشاملة
قيمة "Z"	قيمة "U"	القرى الأقل تقدماً (ن=19)		القرى الأكثر تقدماً (ن=18)		قيمة "Z"	قيمة "U"	القرى الأقل تقدماً (ن=17)		القرى الأكثر تقدماً (ن=17)		
		مجموع رتب الدرجات	متوسط الرتبة	مجموع رتب الدرجات	متوسط الرتبة			مجموع رتب الدرجات	متوسط الرتبة	مجموع رتب الدرجات	متوسط الرتبة	
**2.10	95.5	285.50	15.03	380.50	22.38	**3.31	53	224.00	12.44	406.00	23.88	1- معيار جودة إدارة المنشأة
**3.45	53	243.00	12.79	423.00	24.88	**3.59	44.5	215.50	11.97	414.50	24.38	2- معيار جودة حقوى المرضى
**2.94	69.5	259.50	13.66	406.50	23.91	**4.05	30.5	201.50	11.19	428.50	25.21	3- معيار جودة رعاية المريض
**2.87	71	261.00	13.74	405.00	23.82	**3.68	41.5	212.50	11.81	417.50	24.56	4- معيار جودة الطور
0.76	138	328.00	17.26	338.00	19.88	**5.07	21	172.00	9.56	458.00	26.94	5- معيار جودة الصب
**2.54	81.5	271.50	14.29	394.50	23.21	**3.78	38.5	209.50	11.64	420.50	24.74	6- معيار جودة المعد
**2.41	85.5	275.50	14.50	390.50	22.97	0.07	151	326.00	18.11	304.00	17.88	7- معيار جودة النظف
**3.24	59.5	249.50	13.13	416.50	24.50	0.58	135.5	306.50	17.03	323.50	19.03	8- معيار جودة المغف
**4.09	34	224.00	11.79	442.00	26.00	**3.29	54	225.00	12.50	405.00	23.82	9- معيار جودة المخ
1.17-	125.5	315.50	16.61	350.50	20.62	**4.70	11.5	182.50	10.14	447.50	26.32	10- معيار جودة السلامة الإكلينيكية التعقيم
**2.48	83.5	273.50	14.39	392.50	23.09	**2.99	62.5	233.50	12.97	396.50	23.32	11- معيار جودة السلامة الإكلينيكية العدوى
**4.45	24	214.00	11.26	452.00	26.59	**4.99	24	175.00	9.72	455.00	26.76	12- معيار جودة برنامج تحسين الجودة
**4.15	32	222.00	11.68	444.00	26.12	**4.26	25	196.00	10.89	434.00	25.53	13- معيار جودة إدار المعلومات
**3.49	51.5	241.50	12.71	424.50	24.97	**3.48	47.5	218.50	12.14	411.50	24.21	14- معيار جودة السلامة والصحة المهنية
**2.70	77	267.00	14.05	399.00	23.47	**4.39	20.5	191.50	10.64	438.50	25.79	15- معيار جودة نمو طب الأسرة

** معنوي عند مستوى معنوية 0.01

رابعاً- الإسهام النسبي لمعايير الجودة الشاملة كمتغيرات مستقلة ذات الارتباط في تفسير التباين الكلي لإعتماد الوحدات الصحية الريفية، وترتيب هذه المتغيرات وفقاً لأهميتها النسبية:

لتحقيق الهدف الرابع من الدراسة، تم فرض الفرض النظري الثالث، وللتحقق من صحته تم وضع الفرض الصفري التالي: "لا تسهم مجموعة معايير الجودة الشاملة الخمس عشرة السابق ذكرها في الفرض النظري الأول كمتغيرات مستقلة مجتمعة، إسهاماً معنوياً في تفسير التباين الكلي في إعتماد الوحدات الصحية الريفية كمتغير تابع" (الجدول رقم 5).

جدول رقم (5): قيمة مربع كاي من خلال تحليل الانحدار اللوجستي Omnibus Tests of Model Coefficients لبيان مدى معنوية العلاقة الإقترانية بين مجموعتي الدراسة : مجموعة الوحدات الصحية المعتمدة، ومجموعة الوحدات الصحية غير المعتمدة (العينة الكلية ن= 71)

المعاملات	مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
Step Step 4	5.433	1	0.20
Block	98.300	4	0.000
Model	98.300	4	0.000

ولإختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار الإنحدار اللوجيستي الثنائي التدريجي المساعد Binary logistic regression بطريقة (forward (conditional)، ولقد تم استخدام هذا النوع من الإختبارات نظراً لأن المتغير التابع من النوع الفئوي الثنائي، وفي الدراسة الراهنة استخدم عدد خمسة عشر معيار كمتغيرات مستقلة، والجدول أرقام (5،6،7) التالية توضح أهم ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الشأن. يتضح من الجدول رقم (5) أن قيمة مربع كاي المثلي للنموذج ككل Model Chi-square بلغت 98.300 وهي قيمة عالية المعنوية جداً، وذلك عند ادخال جميع المعايير السابق ذكرها معاً في النموذج.

ويتضح من الجدول رقم (6) أن المتغيرات الداخلة في معادلة النموذج المفسر لإعتماد الوحدات الصحية الريفية هي أربعة متغيرات مستقلة مجتمعة فقط بينما تم إستبعاد المتغيرات الأخرى، ولقد تم حساب نسبة التباين المفسر في المتغير التابع على أربعة خطوات، ولقد بلغت قيمة 0.75 Cox & Snell R2 النموذج الراهن بمعنى أن هذه المتغيرات الأربعة مجتمعة تفسر نحو (75%) من التباين الكلي الحادث في إعتماد الوحدات الصحية الريفية، وأن النسبة المتبقية إنما ترجع إلى متغيرات أخرى لم ترد في

جدول رقم (6): ملخص النموذج Model Summary

خطوة Step	-2 Log	Cox & Snell	Nagelkerke R ²
1	30.182	0.617	0.823
2	21.379	0.662	0.883
3	5.433	0.730	0.973
4	0.000	0.750	1.000

النموذج، ولقد كانت نسب مساهمة كل متغير على حده كما يلي : **المتغير الأول:** معيار جودة إدارة المنشأة (61.7%)، **والمتغير الثاني:** معيار جودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوي (4.5%) ، **والمتغير الثالث:** معيار جودة برنامج تحسين الجودة (7.4%) ، **والمتغير الرابع:** معيار جودة إدارة المعلومات (1.4%).

ويتضح من الجدول رقم (7) أن قيم Wald وهى قيم تشبه قيم T في الإنحدار المتعدد، كانت جميعها معنوية، ولقد كانت قيم معامل الانحدار الجزئي (B) للمتغيرات الشارحة في النموذج في الخطوة الأخيرة بعد إستبعاد المتغيرات الأخرى على النحو التالي: معيار جودة إدارة المنشأة 0.082، ومعيار جودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوي 0.671، ومعيار جودة برنامج تحسين الجودة - 1.178، ومعيار جودة إدارة المعلومات - 0.478. بمعنى أن تأثير كل من معيار جودة إدارة المنشأة، ومعيار جودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوي، ومعيار جودة برنامج تحسين الجودة، ومعيار جودة إدارة المعلومات، ايجابي على متغير اعتماد الوحدات الصحية الريفية. وبناءً على ذلك فإنه يمكن رفض الفرض الصفري السابق فيما يتعلق بالمعايير التي لم يتضح معنوية علاقاتها، وقبوله بالنسبة للمعايير الأخرى الداخلة في النموذج وثبت معنويتها، وتتفق هذه النتائج تتفق مع نظرية عجلة الجودة عند Edward Deming من حيث أن الجودة تقع على مسؤولية الإدارة، كما أنها تقوم علي إستعمال فنيات إحصائية معلوماتية تحقق التحسن المستمر في الناتج، كما تتفق مع نظرية Joseph Juran من حيث أهمية عملية تحسين الجودة، وأن الجودة تعتمد بشكل أساسي على القيادة.

خامساً- المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة لأهدافها في محافظة الشرقية من وجهة نظر المبحوثين:

لتحقيق الهدف الخامس من الدراسة تم حساب التكرارات والنسبة المئوية للمشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة لأهدافها في محافظة الشرقية من وجهة نظر المبحوثين، والجدول رقم (8) التالي يوضح أهم النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الشأن، ويتبين منه ما يلي :

جدول رقم (7): قيم معاملات الانحدار الجزئي وقيم Wald

معامل الانحدار الجزئي المتوقع Exp(B)	مستوى المعنوية Sig.	درجات الحرية df	قيمة Wald	الخطأ القياسي S.E.	معامل الانحدار الجزئي B	المتغيرات
1.093	0.000	1	14.37	38.132	0.082	1-معيار جودة إدارة المنشأة
1.879	0.029	1	4.77	46.838	0.671	2-معيار جودة السلامة الإكلينيكية مكافحة العدوى
0.34	0.001	1	11.34	64.197	1.178	3-معيار جودة برنامج تحسين الجودة
0.645	0.03	1	4.30	25.538	0.478	4-معيار جودة إدارة المعلومات

بالنسبة للمشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة لأهدافها: إن عدد هذه المشكلات هو ستة عشر مشكلة، جاء في مقدمتها مشكلة عدم وجود فني صيانة ذو خبرة كافية بنسبة تكرر 32.3% من المبحوثين مديرين الوحدات الصحية المعتمدة المبحوثة، وجاء في مؤخرتها مشكلة نقص الأدوية والمستلزمات 2.9%. (2) بالنسبة للمشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية غير المعتمدة لأهدافها: إن عدد هذه المشكلات هو إثني عشر مشكلة، جاء في مقدمتها مشكلة نقص الأدوية والمستلزمات بنسبة تكرر 37.8% من المبحوثين مديرين الوحدات الصحية غير المعتمدة المبحوثة، وجاء في مؤخرتها مشكلة عدم وجود كرسي أسنان بنسبة تكرر 2.7%. وتتفق هذه المشكلات مع المشكلات التي جاءت بدراسة كل من العميرة (2003)، والنوافعة والحلامنة (2009)، وعبد القادر (2015).

توصيات الدراسة:

- بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة الراهنة، فإنها توصي بما يلي:
1- اعتماد وزارة الصحة المصرية لستة وحدات صحية المذكورين في الدراسة الراهنة أنهما جاء مستوى تطبيقها لمعايير الجودة الشاملة مرتفع وجاءت أعلى من ستة وحدات معتمدة.
- ضرورة استمرار الوحدات الصحية المعتمدة في الأخذ بتطبيق معايير الجودة الشاملة الصادرة من وزارة الصحة وتحسين عملياتها بعد اعتمادها وكذلك تفعيل عملية المتابعة والمراجعة والدعم الفني والمادى من قبل مديريات الصحة لها للتأكيد على استمرار نجاحها وفعاليتها في تطبيق هذه المعايير.

جدول رقم (8): المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة لأهدافها من وجهة نظر المبحوثين

درجة التواجد بالنسبة للوحدات الصحية غير المعتمدة (ن=37)			درجة التواجد بالنسبة للوحدات الصحية غير المعتمدة (ن=34)			المشكلات التي تحول دون تحقيق الوحدات الصحية الريفية المعتمدة وغير المعتمدة لأهدافها
الترتيب	%	التكرار	الترتيب	%	التكرار	
6	10.8	4	1	32.3	11	1- عدم وجود فني صيانة ذو خبرة كافية
9	5.4	2	2	20.5	7	2- الأطباء غير متدربين علي أجهزة السونار
3	18.9	7	3	14.7	5	3- انقطاع مياه الشرب لفترات طويلة
2	35.1	13	3	14.7	5	4- عدم وجود صيانة للأجهزة والمعدات
9	5.4	2	5	11.7	4	5- مياه الشرب غير صالحة
9	5.4	2	5	11.7	4	6- العمل في الوحدة عبارة عن عمل روتيني
5	13.5	5	5	11.7	4	7- عدم تدريب التمريض باستمرار
6	10.8	4	8	8.8	3	8- ضعف الكهرباء داخل الوحدة مما يؤدي إلي عدم عمل الأجهزة
8	8.1	3	8	8.8	3	9- انقطاع الكهرباء لفترات طويلة
12	2.7	1	9	5.8	2	10- عدم وجود كرسي أسنان
4	16.2	6	9	5.8	2	11- السباكة غير صالحة
-	-	-	9	5.8	2	12- عدم وجود فرن كهربائي
-	-	-	9	5.8	2	13- نقص الوعي لدي المريض
9	5.4	2	14	2.9	1	14- أجهزة التعقيم لا تعمل
-	-	-	14	2.9	1	15- الصور الخلفي للوحدة مكسور
1	37.8	14	14	2.9	1	16- نقص الأدوية والمستلزمات

٣ ضرورة إهتمام الوحدات الصحية المعتمدة وغير المعتمدة في القرى الأقل تقدماً بتطبيق معايير الجودة الشاملة: معيار جودة حقوق المرضى، ومعيار جودة رعاية المريض، ومعيار جودة الطوارئ، ومعيار جودة الصيدلانية، ومعيار جودة المعمل، ومعيار جودة النظافة، ومعيار جودة المغسلة، ومعيار جودة المخازن، ومعيار جودة السلامة الإكلينيكية التعقيم، ومعيار جودة السلامة والصحة المهنية، ومعيار جودة نموذج طب الأسرة، نظراً لما أوضحتها نتائج الدراسة الراهنة من تدنى درجة تطبيقها في القرى الأقل تقدماً عن القرى الأكثر تقدماً، وفي هذا الصدد ينبغي على مديريات الصحة تقديم الدعم المادى والفنى فى هذا الصدد.

٤ ضرورة الإهتمام بفعالية الإدارة حيث أنها تسهم إسهاماً كبيراً فى تطبيق معايير الجودة الشاملة ومن ثم نجاح الوحدات الصحية فى أداء رسالتها وتحقيق أهدافها، وذلك من حيث وجود رؤية واضحة للوحدات الصحية يشارك فى إعدادها الجميع، ووجود رئيس لكل قسم من الأقسام الإدارية والطبية، ووجود برامج تدريبية للعاملين وجدولة هذه الدورات، ووجود إلزام بالزى الرسمى ومواعيد العمل

الرسمية داخل الوحدة، ووجود برنامج لتوعية الموظفين الجدد، ووجود نظام لتقييم أداء العاملين.

٥ بالإضافة إلى ما سبق فإنه يوصي بالنسبة للوحدات الصحية المعتمدة يوصي بتوفير الفنيين المتخصصين في الصيانة لصيانة الأجهزة والمعدات الطبية، وتوفير دورات تدريبية للأطباء على استخدام أجهزة السونار، وتوفير مياه الشرب النقية، وبالنسبة للوحدات الصحية غير المعتمدة يوصي بتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية، ووجود صيانة للأجهزة والمعدات، وكذلك توفير مياه الشرب النقية واصلاح شبكة السباكة بها، وتوفير برامج لتدريب هيئة التمريض.

المراجــــــــع

- أبو رحمة، خمود محمد عيسى (2016)، تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين(دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية)، مجلة الدراسات العليا، جامعة النيلين، مجلد 5 ، العدد (18).
- أبو عبده ، فاطمة عيسى (2011)، درجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في مدارس محافظة نابلس من وجهة نظر المديرين فيها، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.
- أحلام، دريدي (2013 / 2014)، دور استخدام نماذج صفوف الإنتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس)، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة محمد خيضر – بسكرة، الجزائر.
- الإدارة المركزية للبحوث والدراسات والتخطيط الإقليمي (2014)، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، المجلد الثاني، الخدمات الصحية، الهيئة العامة للتخطيط العمراني، وزارة الإسكان والمرافق والمجتمعات العمرانية.
- البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ومعهد التخطيط القومي (2010)، تقرير التنمية البشرية 2010.
- الجزار، أحمد سمير معوض رفاعي (2016)، أثر تطبيق معايير الجودة الشاملة على أداء الوحدات الصحية الريفية في محافظة الشرقية، رسالة ماجستير، كلية الزراعة، جامعة الزقازيق.
- الحسيني، السيد (1985)، النظرية الإجتماعية ودراسة التنظيم، ط 5، دار المعارف، القاهرة.

- الدقي، أيمن عبد الفتاح محمود (2006)**، واقع إدارة الجودة الشاملة في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة ماجستير ، كلية التجارة ، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الراشد، محمد بن عبد العزيز (2011)**، إدارة الجودة الشاملة: دراسة نظرية ونموذج مقترح لها في مكتبة الملك فهد الوطنية، مجلة مكتبة الملك فهد الوطنية، مجلد 17، العدد (2).
- الصرايره، خالد أحمد وليلي العساف (2008)**، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم بين النظرية والتطبيق، المجلة العربية لضمان جودة التعليم العالي، المجلد الاول، العدد (1)، جامعة مؤتة، الأردن.
- الضمور، هاني حامد وجناة بوقجاني (2012)**، أثر جودة الخدمات الصحية في درجة : ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية- دراسة حالة، مؤتة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد السابع والعشرون، العدد الثالث.
- الطويل، أكرم أحمد، وألاء حسيب الجليلي، ورياض جميل وهاب (2010)**، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة تكريت، العراق ، المجلد 6، العدد (1).
- العميره، محمد بن عبد العزيز (2003)**، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي: من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة الأمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- الكحلوت، سعدي محمد (2004)**، العوامل المؤثرة على إستمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- المهيدب، علي بن عبدالله (2005)**، إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في الأجهزة الأمنية، دراسة تطبيقية علي ضباط شرطة منطقة الرياض، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.
- النوافعة، سلامة سويلم و محمد عزات الحلالمة (2009)**، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة، مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة، العدد الثالث عشر، يناير.
- الهسي، جمال حمدان اسماعيل (2012)**، واقع إعداد المعلم في كليات التربية بجامعة قطاع غزة في ضوء معايير الجودة الشاملة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة

- بدر، رشاد محمود (2009)، اثر تطبيق مبادئ الجودة الشاملة على أداء المؤسسات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة، رسالة ماجستير ، كلية التجارة ، الجامعة الإسلامية ، غزة.
- بركات، محمد محمود (2000)، الإحصاء الإجتماعى وطرق القياس، الهادى للطباعة والكمبيوتر، القاهرة.
- بن عيشاوي، أحمد (2007 \ 2008)، إدارة الجودة الشاملة (T.Q.M): في المؤسسات الفندقية في الجزائر، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر، الجزائر.
- بوخلوة، باديس و سهيلة قمو (2016)، أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بتقوت، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد (5).
- حبشي، فتيحة (2006 \ 2007)، إدارة الجودة الشاملة: مع دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
- حسن، رضا عبدالمنعم محمد (2010)، العلاقة بين الرسمية والمركزية وتأثيرهما في جودة الخدمة الصحية: دراسة استطلاعية لأراء عينة من العاملين والمرضى في بعض مستشفيات بغداد/ الرصافة، مجلد كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة ، العدد الرابع والعشرون.
- حمدان، أفنان محمد أحمد (2008)، واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.
- دلال، السويسي وعرابة الحاج (2017)، قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات - (DEA) : دراسة تطبيقية لعينة من المستشفيات الخاصة لسنة 2015، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد (11)، الجزائر.
- زقروق، خالد بن جميل مصطفى (2008)، تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة لتحسين أداء كلية خدمة المجتمع والتعليم المستمر بجامعة أم القرى، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- صالح، بو عبد الله (2013 \ 2014)، نماذج وطرق قياس جودة الخدمة: دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف، الجزائر.
- ضانة، جمال محمد (2015)، جودة الخدمة وأثرها على رضا الزبائن، مجلة دراسات الإقتصاد والأعمال، العدد الأول، يونيو، جامعة مصراته، ليبيا.

- طل، ابراهيم (2012 \ 2013)**، تأثير محددات جودة الخدمات في تحقيق رضا الزبون: دراسة حالة موبيليس_ وكالة ورقلة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح- ورقلة، الجزائر.
- عائشة، عتيق (2011 \ 2012)**، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان، الجزائر.
- عبدالقادر، محمد نور الطاهر أحمد (2015)**، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الاردنية في ادارة الاعمال، الاردن، المجلد 11، العدد (4).
- عبدالله، محمد عبدالله محمد (2002)**، تطوير كليات التربية في ضوء مدخل إدارة الجودة الشاملة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- علام، صلاح الدين محمود (1993)**، الأساليب الإحصائية الإستدلالية البارامترية واللابارامترية في تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- علوان قاسم نايف (2005)**، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001-2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- عليان، ربحي مصطفى، وعثمان محمد غنيم (2000)**، مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- قشي، حبيبة (2006 \ 2007)**، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية: دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكره، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- كرادشة، وفاء نايل عطالله (2012)**، تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الأردن: دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة، رسالة ماجستير، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الاردن.
- لطفى، طلعت ابراهيم (1993)**، علم إجتماع التنظيم، مكتبة غريب، القاهرة.
- محمد، محمد على (1997)**، علم إجتماع التنظيم: مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- مديرية الصحة بالشرقية (2015)**، معايير الجودة الشاملة للوحدات الصحية الريفية.
- مصطفى، أحمد السيد (2006)**، ادارة الجودة الشاملة والايزو 9000: منهج عملي للتنافس بالجودة مع ترجمة لنصوص مفاهيم وارشادات منظمة الايزو، المعادى الجديدة، القاهرة، ص.ب(14).

منصور، نعيمة عبدالرؤوف عبدالهادي (2005)، تصور مقترح لتوظيف مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المدارس الثانوية بمحافظة عزة ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية ، عزة.
 نور الدين، بوعنان (2006\2007)، جودة الخدمات وأثرها على رضا العملاء: دراسة ميدانية في المؤسسة المينائية لسكيدة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.

A COMPARATIVE STUDY OF THE COMPREHENSIVE QUALITY STANDARDS OF ACCREDITED AND NONACCREDITED RURAL HEALTH UNITS FROM HEALTH MINISTRY IN A VARIANT DEVELOPMENT LEVEL VILLAGES IN SHARKIA GOVERNORATE, EGYPT

Ayman A. Ecresh and H.M.A.M. Seliem

Branch of Rural Sociology and Agric. Exten., Agric. Econ. Dept., Fac. Agric., Zagazig Univ., Egypt

ABSTRACT

The core objective of this Research is to explore the main variables influencing on the accreditation of Rural Health Units in Sharkia governorate. The field study was conducted in the most advanced and the less advanced villages in Sharkia Governorate on the rural health units, data were collected by a questionnaire by face to face structured interviews with a simple random sample of (71) of managers of rural health units (20% from 354 units), 34 accredited rural health units (17 units from the most advanced villages and 17 units from the less advanced villages), and 37 nonaccredited rural health units (18 units from the most advanced villages and 19 units from the less advanced villages).

These data were collected during the period from the beginning of September to the end of November 2015. Binary logistic regression forward (conditional) results showed that only four standards from fifteen standards had positive significant influences on the variable accreditation the rural health units, these standards together explained 75% of total variance (quality of firm management 61.7%, quality of Infection control clinical safety 4.5%, quality of quality improvement programme 7.4%, and quality of information management 1.4%).

Key words: Comprehensive Quality Standards, Accredited and Nonaccredited Rural Health Units, Egypt.