

حوكمة الوحدات الصحية الريفية بمحافظة الفيوم

صفاء رجائي عبد النبي السيد ، مروة احمد جلال عويس

قسم الاقتصاد الزراعي- كلية الزراعة- جامعة الفيوم

Received: Aug. ١٥ , 2018

Accepted: Aug. ٢٩ , 2018

الملخص

استهدفت هذه الدراسة بناء مقياس لحوكمة الوحدات الصحية الريفية تتوفر له دلالات الثبات والصدق، وتوصيف درجة تطبيق الحوكمة بمبادئها المختلفة في الوحدات الصحية المدروسة ، كذلك التعرف على معنوية الفرق بين متوسط درجة تطبيق مبادئ حوكمة الوحدات الصحية المدروسة (من وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها، استهدفت ايضا قياس حجم الفجوة بين درجة الحوكمة بمبادئها المختلفة الموجودة على أرض الواقع في الوحدات الصحية القروية وبين الدرجة المثلى التي ينبغي أن تكون عليها. وتحديد الأهمية النسبية لكل مبدأ من المبادئ المستخدمة في قياس حوكمة الوحدات الصحية، واخيرا التعرف على معوقات تطبيق مبادئ حوكمة الوحدات الصحية المدروسة وأساليب التغلب عليها.

وقد تم جمع البيانات من ٤٩ مدير وحدة صحية بمراكز الفيوم، وإطسا، ويوسف الصديق بمحافظة الفيوم. وكذلك تم جمع بيانات المستفيدين من ١٨٣ رب أسرة من المراكز السابقة. وقد استخدمت جداول التوزيع التكراري، والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري ، واستخدمت طريقة التجزئة النصفية Split- half، معادلة سبيرمان وبراون للتوقع ، ومعامل جتمان، ومعامل الثبات الفا (α) بطريقة كرونباخ، علاوة على استخدام اختبار (T/test) وتحليل الانحدار المتعدد التدريجي.

وقد تمثلت أهم النتائج في أن معاملات ثبت مقياس حوكمة الوحدات الصحية ومبادئها الفرعية كانت جميعها مرتفعة نسبياً، مما يوفر قدراً كبيراً من الثقة في استخدام هذا المقياس. وبالنسبة للدرجة الكلية لحوكمة الوحدات الصحية الريفية يرى (٦١,٧%) من المديرين أن درجة تطبيق الحوكمة الكلية داخل الوحدات الصحية متوسطة، في حين انخفضت هذه النسبة الى (٥١%) عند المستفيدين من الوحدات الصحية الريفية. وقد بلغ حجم الفجوة بين الدرجة الكلية لحوكمة الوحدات الصحية وبين الدرجة المثلى (٩٣ درجة) من وجهة نظر المديرين بينما ارتفع حجم الفجوة إلى (١٢٢ درجة) من وجهة نظر المستفيدين. وأشارت قيمة (F) والبالغة ٦٤,٣٣ لدى مديري الوحدات الصحية، و ٣٠٩,٥٧ لدى المستفيدين من الوحدات الصحية الى معنوية النموذجين الانحداريين لعلاقة المبادئ الفرعية بدرجة حوكمة الوحدات الصحية.

الكلمات المفتاحية:

الحوكمة- الوحدات الصحية الريفية- الشفافية- المساءلة

المقدمة والمشكلة البحثية

تتميز الدول الناجحة بما فيها من هيئات ومؤسسات حكومية وأهلية وخاصة بتبنيها للحوكمة الرشيدة ومبادئها المختلفة، لما لذلك من أثر إيجابي ليس فقط على المواطنين، وإنما أيضا على متخذي القرار في كافة القطاعات، حيث أنه بدون تطبيق مبادئ الحوكمة فلن تصل منافع الخدمات بصورة كاملة وفعالة لكافة شرائح المجتمع خاصة الفقراء وغير القادرين وستنتج فروقا في جودة واتاحة الخدمة بين الطبقات الاجتماعية، وسوف يتم إهدار الكثير من الموارد دون فائدة حقيقية على المواطنين. (خضري والخولي، ٢٠١٤: ٨)

وعلى الرغم من حقيقة أن مفهوم حوكمة المؤسسات يرتبط ارتباطا وثيقا بالشركات والأسواق المالية فإن تطبيق هذا المفهوم في قطاع الرعاية الصحية له قيمة كبيرة. إذ تقدم حوكمة المؤسسات حولا قابلة للتطبيق ويمكن أن تقلص العقبات التي تعترض المنظمات الصحية. ومن ثم فإن تطبيق حوكمة المؤسسات ومبادئ

الإفصاح سيساعد هذه المنظمات لتصبح مهيكلة على نحو أفضل، وأكثر شفافية، وبالتالي أكثر نجاحًا واستدامة. (حنتر واخرون، ٢٠١٤: ١٢)

ويؤدي غياب المساءلة وإنعدام الشفافية، وتفشي الفساد، وتدني الكفاءة والفاعلية وعدم الاستجابة للاحتياجات المختلفة للمواطنين، وعدم الالتزام بالقانون، وغير ذلك من المظاهر التي تعكس غياب مبادئ الحوكمة إلى حرمان المواطن من حقوقه، وإنتهاك حقه في الحصول على الخدمات العامة بجودة عالية وبتكلفة مناسبة وبشكل عادل، ويؤدي إلى انخفاض مؤشرات التنمية البشرية المرتبطة بالفقر، والامية والتدهور الصحي والبيئي، وهو ما يضعف في النهاية درجة الثقة

سلطات الإدارة الرشيدة». وقد تعددت التعريفات المقدمة لهذا المصطلح، وفيما يلي أهمها:

الحوكمة هي: نظام يتم بموجبه إخضاع نشاط المؤسسات إلى مجموعة من القوانين والنظم والقرارات التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء عن طريق اختيار الأساليب المناسبة والفعالة لتحقيق خطط وأهداف المؤسسة وضبط العلاقات بين الأطراف الأساسية التي تؤثر في الأداء، كما عرفته الأوساط العلمية على أنه الحكم الرشيد الذي يتم تطبيقه عبر حزمة من القوانين والقواعد التي تؤدي إلى الشفافية وتطبيق القانون. (حسين، ٢٠٠٦: ٤)

تعريف "منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية" OECD: الحوكمة هي مجموعة من الإجراءات والعمليات التي يتم بموجبها إدارة المؤسسة والتحكم فيها لتحقيق أهدافها، وتتضمن توزيع الحقوق والمسئوليات بين الأطراف المختلفة لهذه المؤسسة وتحديد القواعد والإجراءات الخاصة بصنع القرار فيها. (Freeland, 2007:74)

وقد عرفت "خضري والخولي" (٢٠١٤: ٧) الحوكمة الرشيدة بأنها الإدارة الجيدة لجميع المؤسسات في الدولة من خلال سياسات وآليات وممارسات تقوم على الشفافية والمشاركة والمساءلة وسيادة القانون ومكافحة الفساد، وتسعى لتحقيق العدالة وعدم التمييز بين المواطنين، والاستجابة لاحتياجاتهم، وتتحرى الكفاءة للوصول بالسياسات والخدمات لأعلى مستوى من الفعالية والجودة بما يرضي المواطنين.

أهداف الحوكمة: (محمود وناصر، ٢٠١٢: ٦) تسعى الحوكمة إلى تحقيق رفع كفاءة أداء المؤسسات ووضع الأنظمة الكفيلة بتخفيف أو تقليل الغش وتضارب المصالح والتصرفات غير المقبولة ووضع أنظمة للرقابة على أداء تلك المؤسسات ووضع هيكل يحدد توزيع كافة الحقوق والمسؤوليات وتحديد القواعد والإجراءات والمخططات المتعلقة بسير العمل داخل المؤسسة ويمكن إجمال الأهداف التي يمكن تحقيقها نتيجة تطبيق نظم الحوكمة بما يأتي:

- ١- تحقيق الشفافية والعدالة ومنح الحق في مساءلة إدارة المؤسسة للجهات المعنية.
- ٢- تحقيق الحماية اللازمة للملكية العامة مع مراعاة مصالح المتعاملين مع مؤسسات الدولة المختلفة والحد من استغلال السلطة في تفضيل المصلحة العامة.
- ٣- تحقيق فرصة مراجعة الأداء من خارج أعضاء الإدارة التنفيذية تكون لها مهام واختصاصات وصلاحيات لتحقيق رقابة فعالة ومستقلة.
- ٤- زيادة الثقة في إدارة الاقتصاد القومي بما يساهم في رفع معدلات الاستثمار وتحقيق معدلات نمو مرتفعة في الدخل القومي.

بين أفراد المجتمع وخاصة بين المواطنين والحكومة. (خضري والخولي، ٢٠١٤: ٤)

ويعد تبني مفهوم حوكمة القطاع الصحي بصفة عامة والوحدات الصحية القروية بصفة خاصة، أمراً ضرورياً لمواجهة حالات الفساد الإداري الذي تعاني منه معظم هذه المنظمات الاجتماعية الهامة، ومن هنا تبلورت مشكلة هذه الدراسة في التعرف على درجة تطبيق مبادئ الحوكمة في الوحدات الصحية القروية بمحافظة الفيوم وما حجم الفجوة بين درجة الحوكمة الموجودة على أرض الواقع في الوحدات الصحية القروية وبين الدرجة المثلى أو المأمولة وكذلك التعرف على المعوقات التي تواجه تطبيق هذه المبادئ والحلول المقترحة لها حتى يتسنى النهوض بدور الوحدات الصحية في توفير الرعاية الصحية المناسبة لجميع المواطنين.

الأهداف البحثية:

- ١- بناء مقياس لحوكمة الوحدات الصحية الريفية تتوافر له دلالات الثبات والصدق.
- ٢- توصيف درجة تطبيق الحوكمة بمبادئها المختلفة (الكفاءة- الفعالية- العدالة- الشفافية- المساءلة- درجة الحوكمة الكلية) في الوحدات الصحية المدروسة من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها.
- ٣- التعرف على معنوية الفرق بين متوسط درجة تطبيق مبادئ حوكمة الوحدات الصحية المدروسة (الكفاءة- الفعالية- العدالة- الشفافية- المساءلة) ودرجة الحوكمة الكلية من وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها.
- ٤- قياس حجم الفجوة بين درجة الحوكمة بمبادئها المختلفة الموجودة على أرض الواقع في الوحدات الصحية القروية وبين الدرجة المثلى التي ينبغي أن تكون عليها.
- ٥- تحديد الأهمية النسبية لكل مبدأ من المبادئ المستخدمة في قياس حوكمة الوحدات الصحية.
- ٦- التعرف على معوقات تطبيق مبادئ حوكمة الوحدات الصحية المدروسة وأساليب التغلب عليها من وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها.

الاستعراض المرجعي

يعد مصطلح الحوكمة هو الترجمة المختصرة التي راجت للمصطلح Corporate Governane، أما الترجمة العلمية التي اتفق عليها، فهي: «أسلوب ممارسة

تم استعراض مجموعة من الدراسات التي تناولت موضوع الحوكمة والتي تتباين فيما بينها في أهدافها والمناهج التي استخدمتها كما يلي:

ففي دراسة محمد وبركات (٢٠١١: ٨٤٣) حول " حوكمة المنظمات غير الحكومية " أوضحت النتائج أن نحو (٦٨,٧ %) من المبحوثين قد أقروا بإسهام محاور الحوكمة المدروسة، كما أمكن ترتيب محاور حوكمة جمعية تنمية المجتمع المحلي المدروسة ترتيباً تنازلياً وذلك وفقاً للنسبة المئوية لرأي أفراد عينة البحث، كما أوضحت النتائج أن الدرجة الإجمالية لمحاور حوكمة جمعية تنمية المجتمع المحلي المدروسة كانت ذات علاقة طردية ومعنوية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) علي الأقل بستة متغيرات هي: عدد الدورات التدريبية في مجال عمل الجمعية، ودرجة كفاية الإمكانيات البشرية للجمعية، ودرجة كفاية الإمكانيات التجهيزية للجمعية، ودرجة كفاية الإمكانيات المكانية للجمعية، ودرجة كفاية الإمكانيات المالية للجمعية، وعدد سنوات العمل التطوعي بالجمعية، وأخيراً عدد سنوات التعليم. في حين أنها لم تكن ذات علاقة بمتغير السن، أيضاً أشارت النتائج إلي أن المتغيرات المستقلة المدروسة مجتمعة تساهم في تفسير تباين الدرجة الإجمالية لحوكمة جمعية تنمية المجتمع المحلي المدروسة بنحو (٥٥,٢ %)، وتعزي النسبة الباقية إلي متغيرات أخرى لم تتضمنها الدراسة.

وفي دراسة "خضري وآخرون" (٢٠١٤) والتي تبنت فكرة بناء مؤشرات لقياس الحوكمة الرشيدة واستخدامها في قياس وتقييم الحوكمة في ثلاث قطاعات أساسية تمس حياة المواطن وهي : التعليم الأساسي، والرعاية الصحية الأولية، والمياه والصرف الصحي. وقد تتضمن هذا المقياس تسع محاور أساسية هي: الشفافية والمشاركة والمساءلة وسيادة القانون ومكافحة الفساد، وتحقيق العدالة وعدم التمييز بين المواطنين، والاستجابة لاحتياجاتهم، والكفاءة للوصول بالسياسات والخدمات الأعلى مستوى من الفعالية والجودة بما يرضي

مبادئ الحوكمة: (حسين، ٢٠٠٦: ٥)

ان الحوكمة السليمة والإدارة الرشيدة لمؤسسات الدولة تؤدي إلى تحقيق أهدافها و الخطوة الأولى في عملية إنشاء نظام الحوكمة تتمثل في النظر إلى المبادئ التي أعمدها منظمة التعاون والتنمية والتي وافقت عليها حكومات الدول أعضاء المنظمة وتكييفها بما يخدم تحقق أهداف مؤسسات الدولة المختلفة وكما يأتي:-

١- المحافظة على أموال الدولة (حق الشعب) : تعد المحافظة على المال العام الهدف الأول لجميع الأطراف ومن أهم السبل الكفيلة بتحقيق ذلك إكمال المظلة القانونية والتشريعية وبما يتلائم مع التغيرات الحاصلة في البيئة الاقتصادية عموماً والبيئة الاقتصادية المحلية بوجه خاص.

٢- ضمان حقوق المتعاملين مع مؤسسات الدولة : تمثل البيئة المحيطة بالمنظمة من مستثمرين أو مجهزين أو موردين أو عاملين ... الخ، فئة أصحاب المصالح بالنسبة لكل منظمة، وتعد حوكمة مؤسسات الدولة من أهم الأساليب التي تحفز هؤلاء لغرض الدخول في مختلف التعاملات مع تلك المؤسسات حيث أن المقولة الشهيرة "إن رأس المال يبحث دائماً عن الاستقرار" بما يؤدي إلى جذب رؤوس الأموال إلى المنظمات التي تقف على أرض صلبة وتعمل ضمن معايير وقوانين ثابتة مما يشجع روح الاطمئنان بالنسبة لكافة المتعاملين معها.

٣- الإفصاح والشفافية :

تعد مبادئ الإفصاح والشفافية من أهم المبادئ اللازمة لتحقيق أو تطبيق نظام حوكمة مؤسسات الدولة من خلال ضرورة توفر جميع المعلومات بدقة ووضوح وعدم إخفاء أي معلومة وإظهارها للجمهور في الوقت المناسب والإفصاح عن كافة البيانات المالية والمعلومات الأخرى وتقارير الأداء والملكية وأسلوب استخدام الصلاحيات وأن يتم الإفصاح عن المعلومات الآتية:

- أ. مبادئ المؤسسة.
- ب. أهداف المؤسسة.
- ج. الرواتب والمزايا الممنوحة إلى المدراء العاميين.
- د. المخاطر التي من المتوقع أن تحيط بعمل المؤسسة.
- هـ. البيانات المالية.
- و. المسائل المادية المتصلة بالعاميين.
- ز. هياكل وسياسات الحوكمة المعتمدة.

٤- مهام وصلاحيات الإدارة :

يحدد نظام حوكمة مسؤوليات الإدارة وسبل المتابعة الفعالة للإدارات التنفيذية من خلال توفر المعلومات لكافة المستويات الإدارية وبذل العناية المهنية اللازمة وبما يتناسب مع المسؤوليات الملقاة على عاتقها وبالشكل الذي يضمن الأداء الأمثل وكذلك ضمان سلامة تقرير النشاط والتقارير المالية والمحاسبية.

الدراسات السابقة

فروض الدراسة:

الفرض النظري الاول:

يوجد فرق معنوي بين درجة تطبيق مبادئ حوكمة الوحدات الصحية المدروسة (الكفاءة- الفعالية- العدالة- الشفافية- المسائلة) ودرجة الحوكمة الكلية من وجهة نظر كل من مقدمي الخدمة والمستفيدين منها. وسوف يتم اختبار هذا الفرض في صورته الصفرية التالية:

" لا يوجد فرق معنوي بين درجة تطبيق مبادئ حوكمة الوحدات الصحية المدروسة (الكفاءة- الفعالية- العدالة- الشفافية- المسائلة) ودرجة الحوكمة الكلية من وجهة نظر كل من مقدمي الخدمة والمستفيدين منها".

الفرض النظري الثاني:

تتباين مبادئ الحوكمة الخمسة المدروسة (الكفاءة- الفعالية- العدالة- الشفافية- المسائلة) في درجة الاهمية النسبية داخل مقياس الحوكمة المستخدم، وسوف يعتبر هذا الفرض في صورته الصفرية كما يلي:

"تتساوي مبادئ الحوكمة الخمسة المدروسة (الكفاءة- الفعالية- العدالة- الشفافية- المسائلة) في درجة الاهمية النسبية داخل مقياس الحوكمة المستخدم"

الأسلوب البحثي

أولاً: منطقة الدراسة:

تم إجراء الدراسة الحالية بمحافظة الفيوم، والتي تقع في الجنوب الغربي من محافظة القاهرة وعلى مسافة ٩٠ كم منها، وتنطوي محافظة الفيوم على ستة مراكز إدارية هي: الفيوم، وسنورس، وإبشواي، وإطسا، وطامية، ويوسف الصديق.

ونظراً لصعوبة دراسة جميع الوحدات الصحية بمراكز المحافظة الستة فقد تم اختيار ثلاثة مراكز بطريقة عمدية لإجراء هذه الدراسة عليها وهي (الفيوم- اطسا- يوسف الصديق) وذلك للسببين التاليين:

- ١- أن هذه المراكز هي الأعلى من حيث عدد الوحدات الصحية الريفية وذلك كما هو موضح بالجدول (١).
- ٢- أن هذه المراكز تتباين بين ما هو متطور (مركز الفيوم)، وما هو تقليدي (مركز اطسا)، وما هو

المواطنين وقد أشارت النتائج إلى تقدم القطاع الخاص على القطاع الحكومي في مستوى تطبيق مبادئ الحوكمة حيث بلغ المؤشر العام للحوكمة في القطاع الخاص نحو (٦٠ درجة) في حين بلغ هذا المؤشر نحو (٤٧,٦ درجة) في القطاع الحكومي.

وفي دراسة "حنتر وآخرون" (٢٠١٤) عن مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات، حيث استهدفت الدراسة إعداد دليل لحوكمة المستشفيات يتضمن خمسة مبادئ أساسية هي: الحوكمة الاكلينيكية، ومجلس الادارة، والمراجعة والرقابة وادارة المخاطر، واستدامة ومسئولية المستشفى، الشفافية والافصاح وتمثلت أهم نتائج تطبيق هذا الدليل بالنسبة للأطباء هناك افتقاد واضح للثقة بينهم وإدارة المستشفى بسبب وجود تعارض مصالح واضح يشوب العلاقة بين الطرفين وبالنسبة لطاقم التمريض سلطت الأضواء على الحاجة إلى تدريب وتطوير مهني أكثر باعتبار ذلك من الأمور الحيوية التي يجب على المستشفى الاضطلاع بها أما بالنسبة للعاملين الإداريين تهمل المستشفيات في الغالب هذا القطاع من حيث التدريب والتوجيه المهني في حين أنه بالنسبة للمرضى كانت المطالبة بسياسات تمكنهم من المشاركة الفعالة في اتخاذ القرار بشأن خطة علاجهم وفي عمليات صناعة القرار داخل المستشفى.

وفي دراسة "تلي" (٢٠١٤) عن جودة الخدمة الصحية كمدخل لتحسين الحوكمة في المستشفيات، والتي استهدفت التعرف على دور جودة الخدمة الصحية بأبعادها المختلفة (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، الامكانيات المادية) في تحسين حوكمة المستشفيات بأبعادها المختلفة (الشفافية، مجلس الادارة، ادارة المعلومات، لجأن التدقيق، ادارة المكافآت). وقد توصلت الدراسة إلى أن تطبيق مبادئ الحوكمة ينعكس بالإيجاب على جودة الخدمة الصحية والعكس صحيح.

Governance of rural health units in Fayoum governorate

مستحدث (مركز يوسف الصديق) وبذلك سوف يعطي بمحافظة الفيوم.

صورة شاملة عن حوكمة الوحدات الصحية الريفية
جدول (١): عدد الوحدات الصحية الريفية بمراكز محافظة الفيوم

عدد الوحدات الصحية الريفية	المركز
٣٢	الفيوم
١٥	سنورس
١٤	ابشواي
٣٣	اطسا
٢١	طامية
٣٢	يوسف الصديق
١٤٧	الاجمالي

المصدر: مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمحافظة الفيوم، بيانات غير منشورة، ٢٠١٦.

ثانياً: الشاملة والعينة:

أ- عينة الوحدات الصحية الريفية:

الصيديق)، وقد بلغ اجمالي عدد الاسر المعيشية في القرى الثلاثة وفقاً لبيانات مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمحافظة لعام ٢٠١٧ نحو (٥٣٢٧ أسرة) بقرية ثلاث، و (٦٠٨٥ أسرة) بقرية مطول، و (٦٨٥٦ أسرة) بقرية قصر الجبالي.

بلغ حجم الشاملة للوحدات الصحية الريفية بالمراكز الثلاثة التي تم اختيارها لاجراء الدراسة عليها ٩٧ وحدة صحية ريفية ونظراً للصعوبة الاجرائية لجمع البيانات من هذا العدد من الوحدات نظراً لأنها موزعة على جميع قرى المراكز الثلاثة فقد تم اختيار عينة عشوائية منتظمة من هذه الوحدات بنسبة ٥٠% منها ليبلغ حجم العينة ٤٩ وحدة صحية وذلك كما هو موضح بجدول (٢).

وللتعرف على درجة حوكمة الوحدات الصحية القروية من وجهة نظر جمهور المستفيدين تم سحب عينة عشوائية منتظمة من واقع السجلات الخاصة بالاسر المعيشية في الوحدات الصحية الموجودة بالقرى الثلاثة بنسبة (١%) من هذه الاسر وبذلك بلغ حجم العينة من القرى الثلاثة نحو (٥٣، ٦١، ٦٩) أسرة لكل من ثلاث ومطول وقصر الجبالي على الترتيب. وبذلك بلغ اجمالي عدد الاسر المختارة من القرى الثلاثة (١٨٣ أسرة).

ب- عينة جمهور المستفيدين:

ولاختيار عينة جمهور المستفيدين تم اختيار وحدة محلية من كل مركز من مراكز الدراسة الثلاثة بطريقة عشوائية وهي الوحدة المحلية لقرية ثلاث (مركز الفيوم)، والوحدة المحلية لقرية مطول (مركز اطسا)، والوحدة المحلية لقرية قصر الجبالي (مركز يوسف الصديق) جدول (٢): حجم الشاملة وحجم العينة بمراكز الدراسة

عينة جمهور المستفيدين			عينة الوحدات الصحية الريفية		
العينة ١%	الشاملة (عدد الاسر)	القرى	العينة ٥٠%	الشاملة	المركز
٥٣	٥٣٢٧	ثلاث	١٦	٣٢	الفيوم
٦١	٦٠٨٥	مطول	١٧	٣٣	اطسا
٦٩	٦٨٥٦	قصر الجبالي	١٦	٣٢	يوسف الصديق
١٨٣	١٨٢٦٨	الاجمالي	٤٩	٩٧	الاجمالي

المصدر: مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمحافظة الفيوم، بيانات غير منشورة، ٢٠١٦.

ثالثاً: أدوات جمع البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على أكثر من طريقة لجمع البيانات، حيث تم استخدام أسلوب المجموعات البؤرية Focus Group لاعداد مقياس لحوكمة الوحدات الصحية الريفية تتوفر له دلالات الثبات والصدق، وكذلك تم الحصول على البيانات الثانوية من السجلات والمنشورات الرسمية الموجودة بمركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمحافظة الفيوم. وللحصول على البيانات الأولية فقد تم تصميم استمارتي إستبيان احدهما خاص بمديرى الوحدات الصحية الريفية والاخر خاص بجمهور المستفيدين من هذه الوحدات، حيث تم إجراء اختبار قبلي Pre- test لبنود الاستبيانان للتأكد من صدق الأسئلة ومدى فهم المبحوثين لها، وفي ضوء نتائج هذا الاختبار تم إجراء التعديلات اللازمة على أسئلة الاستبيان، ومن ثم صياغتها في صورتها النهائية. وقد تم إستيفاء البيانات عن طريق أسلوب المقابلة الشخصية مع كل من مديرى الوحدات الصحية فيما يتعلق باستبيان الوحدة الصحية الريفية، وأرباب الأسر فيما يتعلق باستبيان جمهور المستفيدين بالعينة البحثية، وقد تم جمع البيانات البحثية خلال شهري نوفمبر وديسمبر لعام ٢٠١٧. وبعد الإنتهاء من جمع البيانات البحثية ومراجعتها تم تصميم دليل لترميزها، وعلى أساسه تم تفرغ البيانات يدوياً ثم إدخالها إلى الحاسب الآلي لتحليلها بالاستعانة بالبرنامج الإحصائي SPSS.

رابعاً: أدوات التحليل الإحصائي:

تم تحليل البيانات بالاستعانة بعدد من أساليب التحليل الإحصائي التي تتفق وطبيعة الأهداف البحثية، فاستخدمت جداول التوزيع التكراري، والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري وذلك لعرض ووصف البيانات، واستخدمت معادلة سييرمان وبراون للتوقع، ومعامل جتمان، معامل الثبات الفا (α) بطريقة كرونباخ، لقياس درجة ثبات مقياس حوكمة الوحدات الصحية الريفية، علاوة على استخدام اختبار (T/test) للفرق بين متوسطين للمقارنة بين متوسطي درجة حوكمة الوحدات الصحية الريفية من وجهة نظر كل من مديرى الوحدات الصحية والمستفيدين منها، وتم استخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي للتعرف على ترتيب مبادئ الحوكمة الخمسة وفقاً لأهميتها النسبية داخل المقياس، وقد تم حساب حجم الفجوة بين درجة الحوكمة الموجودة في الواقع وبين الدرجة المأمولة عن طريق طرح متوسط درجة كل مبدأ من مبادئ الحوكمة الخمسة من الحد الأقصى للمقياس الخاص بكل مبدأ سواء كان للنتائج الخاصة بمديرى الوحدات الصحية أو المستفيدين منها وكذلك الحال بالنسبة للدرجة الكلية لحوكمة الوحدات الصحية الريفية.

خامساً: الخطوات الإجرائية لبناء مقياس لحوكمة الوحدات الصحية الريفية:

أ- بناءً على ماتقدم من الاطار النظري والدراسات السابقة فقد تم حصر جميع مبادئ الحوكمة التي وردت في الدراسات السابقة وإعداد قائمة بها.

ب- تم عرض هذه القائمة على المجموعة البؤرية التي شكلت من عشر قيادات من العاملين بمديرية الصحة بالفيوم إلى أن تم الوصول إلى خمس مبادئ رئيسية والتي تم الاتفاق عليها من قبل المجموعة البؤرية وهي (الكفاءة- الفعالية- العدالة- الشفافية- المساءلة).

ج- بناء على التعريفات الإجرائية لهذه المبادئ الخمسة تم اعداد قائمة من العبارات التي تقيس كل مبدأ من هذه المبادئ الخمسة المكونة لمقياس حوكمة الوحدات الصحية الريفية وعرضها على المجموعة البؤرية إلى أن تم الاتفاق على عشرة عبارات تقيس كل مبدأ منها على النحو التالي:

١- الكفاءة Efficiency: ويقصد بها تقديم الخدمات وتطبيق السياسات العامة بأقل تكلفة ممكنة وفي أقل وقت ووفقاً لمعايير الكفاءة والجدارة. وقد تم قياسها من خلال عشر عبارات هي: تتوفر داخل الوحدة الصحية كافة المستلزمات الطبية الضرورية، تتوفر المخصصات المالية الكافية للوحدة الصحية، عدد الأطباء الموجود كافي لتقديم الخدمة الصحية الجيدة للمواطنين، يتوافد عدد كبير من المواطنين على الوحدة الصحية يوميا، يتم توجيه موارد الوحدة الصحية وتوظيفها بأقصى كفاءة، تتوفر الأدوية في الوحدات الصحية بشكل دائم، توفر الوحدة الصحية خدماتها في الوقت المناسب وبتكلفة وجودة مناسبة، تتلقى الوحدة الصحية مساعدات مادية ومعنوية من منظمات المجتمع المدني، يوجد توصيف وظيفي واضح لكل موظف داخل الوحدة الصحية، توجد خطة سنوية محدثة لتطعيم الاطفال داخل الوحدة الصحية.

٢- الفعالية Effectiveness: ويقصد بها تحقيق الأهداف التي أنشئت الوحدة الصحية من أجلها. وقد تم قياسها من خلال عشر عبارات هي: تقدم الوحدة الصحية خدمة طبية شاملة ومستمرة، تقدم الوحدة الصحية برامج توعية للمستفيدين للوقاية من الأمراض المعدية وغير المعدية، تسعى الوحدة الصحية لإنشاء نوادي الأسرة لنشر الثقافة الصحية بصفة مستمرة، يوجد تفاعل مستمر بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها، يوجد متابعة مستمرة من قبل الوحدة الصحية لذوي الامراض المزمنة المسجلين في سجلات الوحدة الصحية، تقدم الوحدة خدمات صحة الطفل (التطعيمات، مراقبة نمو وتطور الطفل، تشخيص الأمراض الخاصة بالأطفال)، تقدم الوحدة الصحية خدمات صحة الأم (رعاية الأم أثناء الحمل، خدمات التوليد ورعاية الأم أثناء فترة النفاس، التثقيف الصحي وخدمات تنظيم الأسرة)، تقوم الوحدة الصحية بعمل الجراحات الصغيرة الطارئة، تستطيع الوحدة الصحية اكتشاف وعلاج

متعددة وفعالة للمراقبة والمساءلة. وقد تم قياسها من خلال عشر عبارات هي: توجد آليات لمساءلة الوحدات الصحية داخل وخارج القطاع الصحي، توجد آليات لمساءلة مديري الوحدات الصحية بشأن خدمات الرعاية الصحية، تتوافر الموارد والامكانيات اللازمة لتنفيذ مهام المساءلة، يقوم المسنولون بالوحدات الصحية بتقديم إقرارات الذمة المالية بشكل دوري، تتوافر قوانين ولوائح وقرارات منظمة للعمل في الوحدات الصحية، يتم فرض عقوبات قانونية على العاملين في حالة خرق القوانين المنظمة للوحدات الصحية، يوجد نظام لمحاسبة العاملين بالوحدات الصحية مع المراجعة والتدقيق بشكل دوري، تمر مراحل وضع الموازنة وتنفيذها للرقابة العامة والتشريعية، تسهم آليات التعيين والترقى والفصل للعاملين في الوحدات الصحية في الحد من الفساد، توجد آليات للحد من الرشوة والفساد في الوحدات الصحية.

وكان مدير الوحدة الصحية و المستفيد منها يقوم بالاختيار بين خمسة استجابات هي (موافق بشدة، موافق، محايد، معارض، معارض بشدة) في كل مبدأ من مبادئ الحوكمة السابقة، وأعطيت هذه الاستجابات الدرجات (٥، ٤، ٣، ٢، ١) ، وبذلك تراوح المدى النظري لكل مبدأ منهم بين(١٠- ٥٠) درجة.

٦- الدرجة الكلية لحوكمة الوحدات الصحية الريفية: وتم حساب الدرجة الكلية لحوكمة الوحدات الصحية الريفية من خلال مجموع المبادئ الخمسة السابق الإشارة إليها وبذلك اشتمل مقياس حوكمة الوحدات الصحية على خمسين عبارة، وتراوح المدى النظري للمقياس ما بين ٥٠ درجة كحد ادنى، ٢٥٠ درجة كحد اقصى.

النتائج البحثية ومناقشتها
اولاً: النتائج الخاصة باعداد مقياس كمي لحوكمة الوحدات الصحية الريفية تتوفر له دلالات الثبات والصدق.

اختص الهدف الأول للدراسة ببناء مقياس كمي لحوكمة الوحدات الصحية الريفية تتوافر له دلالات الثبات والصدق، وقد تم تصميم مقياس كمي لهذا المتغير اشتمل

حالات قصور الدورة الدموية، تقدم الوحدة علاج للأمراض المتوطنة.

٣- العدالة **Equity** ويقصد بها تبني سياسات وقوانين وتضمن التعامل مع المواطنين على قدم المساواة ودون تمييز وفقاً للنوع أو الدين أو الطبقة الاجتماعية أو النطاق الجغرافي. وقد تم قياسها من خلال عشر عبارات هي: تقدم الوحدات الصحية الخدمة الصحية لجميع المواطنين دون تمييز، تقدم الوحدات الصحية برامج لتسهيل استفادة الفقراء والمهمشين من الخدمات الصحية، توجد خريطة للرعاية الصحية الأولية توضح فيها (الاحتياجات، نسبة التغطية)، توفير ميزانية لعلاج المعاقين من اجمالي الميزانية المخصصة للرعاية الصحية، يوجد ميزانية لرعاية الأم والطفل من اجمالي الميزانية المخصصة للرعاية الصحية، يوجد توازن بين عدد الوحدات الصحية وعدد السكان الذين تخدمهم الوحدات الصحية، يتم التعيين والترقية في الوحدات الصحية على أساس الكفاءة دون تمييز، يتم توزيع الموارد داخل الوحدات الصحية بصورة عادلة، تتناسب رواتب العاملين بالوحدات الصحية مع أقرانهم بالقطاع الخاص، تعطى امتيازات للعاملين بالوحدات الصحية في المناطق النائية.

٤- الشفافية **Transparency**: ويقصد بها سهولة الحصول على المعلومات والانفتاح في العلاقة بين الوحدة الصحية والمواطنين. وقد تم قياسها من خلال عشر عبارات هي: توجد آلية واضحة لعملية اتخاذ القرارات داخل الوحدات الصحية، يوجد استجابته لطلبات الحصول على المعلومات من العاملين بالوحدات الصحية، يوجد توصيف وظيفي واضح لكل العاملين بالوحدات الصحية، يتم الاعلان عن القرارات الجديدة للموظفين بشكل دوري ودقيق، يتم إتاحة تقارير دورية عن أنشطة الوحدات الصحية، يتم الاعلان عن الإيرادات والنفقات للوحدات الصحية لجميع العاملين، يوجد تنسيق بين الوحدات الصحية والجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية، تقوم الوحدات الصحية بتوعية المواطنين بالقضايا الصحية (تنظيم الاسرة- الادمان الخ...)، تقوم الوحدات الصحية بتوعية المواطنين بحقوقهم الصحية، تقوم الوحدات الصحية بتقديم تقارير دورية عن الأنشطة والخدمات التي تقوم بتقديمها.

٥- المساءلة **Accountability**: ويقصد بها تحمل الالتزامات، وتبعات المسؤوليات، وإيجاد جهات وسبل

بمديرى الوحدات الصحية وهي: معادلة سبيرمان- براون Spearman- Brown Formula، ومعادلة جتمان Guttman Formula، وطريقة كرونباخ Cronbach Method. ويوضح جدول (٣) نتائج هذه الاختبارات:

معامل الثبات			مبادئ حوكمة الوحدات الصحية
طريقة كرونباخ	معادلة جتمان	معادلة سبيرمان- براون	
٠,٧٩٤	٠,٧٣٠	٠,٧٣٣	١- الكفاءة
٠,٧٧٦	٠,٦٣٠	٠,٧٢٩	٢- الفعالية
٠,٩٠٩	٠,٨٦٤	٠,٨٤١	٣- العدالة
٠,٩١٢	٠,٨١٤	٠,٨٥٦	٤- الشفافية
٠,٩١٤	٠,٨٩٤	٠,٨٣٢	٥- المساءلة
٠,٩٤١	٠,٨٣٢	٠,٧٤١	المقياس الكلي لحوكمة الوحدات الصحية

(٦١,٢%) من المديرين ان درجة تطبيق مبدأ الكفاءة متوسطة تراجعت هذه النسبة إلى (٥٠,٨%) عند المستفيدين. وكانت النتيجة مماثلة في كل من مبدئي الفعالية والعدالة، ولكن كان الاختلاف جلياً بين وجهة نظر كل من المديرين والمستفيدين في مبدئي الشفافية والمساءلة حيث أظهرت النتائج أن (٥٧,١%) من المديرين يرون أن درجة الشفافية متوسطة في الوقت الذي يرى (٥٧,٤%) من المستفيدين أن درجة الشفافية في الوحدات الصحية الريفية منخفضة، وكذلك الحال في مبدأ المساءلة حيث يرى (٤٩%) من المديرين ان درجة تطبيق مبدأ المساءلة في الوحدات الصحية مرتفعة في الوقت الذي يرى فيه (٥٧,٩%) من المستفيدين ان درجة تطبيق مبدأ المساءلة في الوحدات الصحية منخفضة، وبالنسبة للدرجة الكلية لحوكمة الوحدات الصحية الريفية يرى (٦١,٧%) من المديرين ان درجة تطبيق الحوكمة داخل الوحدات الصحية متوسطة في حين انخفضت هذه النسبة إلى (٥١%) عند المستفيدين من الوحدات الصحية الريفية.

ثالثاً: النتائج الخاصة بالتعرف على معنوية الفرق بين درجة تطبيق مبادئ حوكمة الوحدات الصحية المدروسة من وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية "مقدمي الخدمة" والمستفيدين منها.

أظهرت النتائج الواردة بجدول (٤) أيضاً انخفاض متوسط درجة الكفاءة من (٣١,٢) درجة لدى مديري الوحدات الصحية إلى (٢٧,٠) درجة لدى المستفيدين، وقد بلغت قيمة (t) للفرق بين المتوسطين (٣,٣٣) وهي

على خمسة مبادئ رئيسية هي: الكفاءة، الفعالية، العدالة، الشفافية، المساءلة. وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة يمكن استعراض النتائج الخاصة بهذا الهدف على النحو التالي:

أ- النتائج الخاصة بثبات المقياس:
تم استخدام عدة طرق إحصائية لتقدير معامل ثبات مقياس حوكمة الوحدات الصحية، من البيانات الخاصة

بجدول (٣) نتائج اختبارات ثبات مقياس حوكمة الوحدات الصحية باستخدام أربعة طرق إحصائية مختلفة.

ويتضح من النتائج الواردة بالجدول أن معاملات ثبات مقياس حوكمة الوحدات الصحية ومبادئه الفرعية كانت جميعها مرتفعة نسبياً، مما يوفر قدراً كبيراً من الثقة في استخدام هذا المقياس

ب- النتائج الخاصة بصدق المقياس:

- الصدق الظاهري للمقياس (صدق المحكمين):

تم عرض مقياس حوكمة الوحدات الصحية على مجموعة من أساتذة الاجتماع الريفي والإرشاد الزراعي بجامعة الفيوم ومعهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية وذلك بهدف معرفة آرائهم وملاحظاتهم ومقترحاتهم حول المقياس ومدى وضوح وترابط العبارات وملاءمتها للمبادئ التي تندرج تحتها، ومدى تحقيقها لأهداف الدراسة، وفي ضوء الملاحظات والنصائح التي أبدتها المحكمون تم إجراء التعديلات اللازمة وبذلك خرج المقياس بصورته النهائية متضمناً خمسة مبادئ أساسية للحوكمة، ويشتمل كل مبدأ على عشر عبارات.

ثانياً: النتائج الخاصة بتصنيف درجة تطبيق الحوكمة بمبادئها المختلفة من وجهة نظر كل من مديرى الوحدات الصحية والمستفيدين منها:

يتضح من البيانات الواردة بجدول (٤) أن هناك تباين كبير بين وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها في تقييمهم لدرجة حوكمة الوحدات الصحية ومبادئها المختلفة، ففي الوقت الذي يرى فيه

Governance of rural health units in Fayoum governorate

مقدمي الخدمة والمستفيدين منها، وقبوله فيما يتعلق بمبدأ الشفافية، حيث تبين عدم وجود فروق معنوية في درجة تطبيقه من وجهة نظر مقدمي الخدمة والمستفيدين منها.

ويتضح من النتائج السابقة أن مديري الوحدات الصحية يرون أنهم يطبقون الحوكمة بمبادئها المختلفة في الوحدات الصحية وفقاً للامكانيات المتاحة لهؤلاء المديرين، في حين أن الوضع مختلف عند المستفيدين من الوحدات الصحية فهم يرون أن الوحدات الصحية ينبغي أن تقدم خدمة صحية أفضل من ذلك وأنه لا توجد شفافية ولا مساءلة للعاملين بهذه الوحدات وذلك نتيجة ضعف الرقابة وعدم توفر الامكانيات اللازمة لتقديم خدمة طبية متميزة.

رابعاً: النتائج الخاصة بقياس حجم الفجوة بين درجة الحوكمة بمبادئها المختلفة الموجودة على أرض الواقع في الوحدات الصحية القروية وبين الدرجة المثلى التي ينبغي أن تكون عليها:

أوضحت النتائج الواردة بجدول (٤) أن حجم الفجوة بالنسبة لمبدأ الكفاءة قد بلغ (١٨,٢ درجة) من وجهة نظر المديرين بينما حجم الفجوة قد إزداد إلى (٢٣ درجة) من وجهة نظر المستفيدين، وكان الوضع مماثل في كل من العدالة والشفافية ووصل الأمر إلى ذروته في مبدأ المساءلة حيث زاد حجم الفجوة من (١٤,٥ درجة) عند المديرين إلى (٢٦,٦ درجة) عند المستفيدين. أما في درجة الحوكمة الكلية فقد بلغ حجم الفجوة (٩٣ درجة) من وجهة نظر المديرين بينما ارتفع حجم الفجوة إلى (١٢٢ درجة) من وجهة نظر المستفيدين.

جدول (٤): درجة تطبيق الحوكمة بمبادئها المختلفة من وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها

قيمة t	المستفيدين من الوحدات الصحية				مديري الوحدات الصحية				الحوكمة ومبادئها المختلفة
	حجم الفجوة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%	حجم الفجوة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%	
**٣,٣٣	٢٣,٠	٧,٧	٢٧,٠	٣٦,٦	١٨,٢	٦,٧	٣١,٢	٢٠,٤	١- الكفاءة: - منخفضة (أقل من ٢٤ درجة)
				٥٠,٨				٦١,٢	- متوسطة (٢٤ - أقل من ٣٨ درجة)
				١٢,٦				١٨,٤	- مرتفعة (٣٨ درجة فأكثر)
**٣,٩٥	٢٤,٠	٧,٠	٢٦,٠	٣٨,٣	١٩,٠	٧,٠	٣١,٠	١٦,٣	٢- العدالة: - منخفضة (أقل من ٢٤ درجة)
				٥٤,١				٦٣,٣	- متوسطة (٢٤ - أقل من ٣٨ درجة)
				٧,٧				٢٠,٤	- مرتفعة (٣٨ درجة فأكثر)
**٢,٦٦	٢٢,١	٧,٩	٢٧,٩	٣٢,٨	١٧,٦	٧,٦	٣٢,٤	١٤,٣	٣- الشفافية: - منخفضة (أقل من ٢٤ درجة)
				٥٥,٧				٤٤,٩	- متوسطة (٢٤ - أقل من ٣٨ درجة)
				١١,٥				٤٠,٨	- مرتفعة (٣٨ درجة فأكثر)

معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠١، مما يعني وجود فرق معنوي في درجة مبدأ كفاءة الوحدات الصحية من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها. ذلك في حين أن متوسط درجة مبدأ العدالة (٣١,٠ درجة) عند المديرين إنخفض إلى (٢٦,٠ درجة) عند المستفيدين وبلغت قيمة (t) للفرق بين المتوسطين (٣,٩٥) وهي معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠١، ذلك في الوقت الذي بلغ متوسط درجة مبدأ العدالة (٣٢,٤ درجة) لدى المديرين وإنخفض إلى (٢٧,٩ درجة) لدى المستفيدين وبلغت قيمة (t) للفرق بين المتوسطين (٢,٦٦) وهي معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠٥، في حين أن متوسط درجة مبدأ الشفافية قد بلغ (٢٧,٠ درجة) عند مديري الوحدات الصحية وقد إنخفض إلى (٢٣,٧ درجة) عند المستفيدين وقد وبلغت قيمة (t) للفرق بين المتوسطين (١,٩٥) وهي غير معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠٥، وكان متوسط درجة مبدأ المساءلة هو (٣٥,٥ درجة) عند المديرين وإنخفض إلى (٢٣,٤ درجة) عند المستفيدين وبلغت قيمة (t) للفرق بين المتوسطين (٨,٨٦) وهي معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠١ وبناء على ذلك فقد كان متوسط الدرجة الاجمالية لحوكمة الوحدات الصحية الرفيعة (١٥٧,٠ درجة) لدى المديرين وإنخفض إلى (١٢٨,٠ درجة) لدى المستفيدين وبلغت قيمة (t) للفرق بين المتوسطين (٩,٤٦) وهي معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠١.

وبناءً على تلك النتائج يمكن رفض الفرض الصفري المتعلق بالفرض النظري الأول بالنسبة لمبادئ حوكمة الوحدات الصحية (الكفاءة، والعدالة، والشفافية، والمساءلة) وكذلك درجة الحوكمة الكلية والتي ثبت معنوية الفروق في درجة تطبيقها من وجهة نظر كل من

١,٩٥	٢٦,٣	٦,٤	٢٣,٧	٥٧,٤	٢٣,٠	٧,٠	٢٧,٠	٣٦,٧	٤- الشفافية: - منخفضة (اقل من ٢٤ درجة)
				٣٩,٣				٥٧,١	- متوسطة (٢٤- اقل من ٣٨ درجة)
				٣,٣				٦,١	- مرتفعة (٣٨ درجة فأكثر)
**٨,٨٦	٢٦,٦	٦,٠٨	٢٣,٤	٥٧,٩	١٤,٥	٨,٥	٣٥,٥	١٢,٢	٥- المساءلة: - منخفضة (اقل من ٢٤ درجة)
				٣٩,٩				٣٨,٨	- متوسطة (٢٤- اقل من ٣٨ درجة)
				٢,٢				٤٩,٠	- مرتفعة (٣٨ درجة فأكثر)
**٩,٤٦	١٢٢	١٧,٠	١٢٨,٠	٤٠,٢	٩٣,٠	١٧,٧	١٥٧	١٢,٢	- الدرجة الكلية لحوكمة الوحدات الصحية: - منخفضة (اقل من ١١٧ درجة)
				٥١,٠				٦١,٧	- متوسطة (١١٧-اقل من ١٨٤ درجة)
				٨,٨				٢٦,١	- مرتفعة (١٨٤ درجة فأكثر)

** معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠١

* معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠٥

مديرين الوحدات الصحية عن ترتيبها لدى المستفيدين منها ليصبح ترتيبها عند المديرين كما يلي: الكفاءة، الفعالية، العدالة، الشفافية، المساءلة. في حين أن ترتيبها لدى المستفيدين من الوحدات الصحية هو: العدالة، المساءلة، الفعالية، الكفاءة الشفافية.

وبناءً على تلك النتائج يمكن رفض الفرض الصفري الثاني المتعلق بالفرض النظري الثاني، حيث تبينت الأهمية النسبية لمبادئ الحوكمة الخمسة المدروسة (الكفاءة، والفعالية، والعدالة، والشفافية، والمساءلة) داخل المقياس المستخدم لقياس حوكمة الوحدات الصحية الريفية، سواء من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية أو المستفيدين منها.

يتضح من النتائج السابقة أهمية كل مبدأ من مبادئ الحوكمة بالنسبة للمقياس الكلي بالإضافة الى دقة مقياس حوكمة الوحدات الصحية الذي توفرت له خطوات الإعداد العلمية لذلك هو معنوي من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها.

ومن النتائج ذات الأهمية أيضا هو اختلاف ترتيب أهمية مبادئ الحوكمة عند مديري الوحدات الصحية عن المستفيدين منها، ففي الوقت الذي يرى المديرين ان الكفاءة هي المبدأ الأهم في الحوكمة، يرى المستفيدين أن العدالة هي المبدأ الأهم في تطبيق الحوكمة للوحدات الصحية، وربما يرجع ذلك الى أن مديري الوحدات الصحية يسعون الى تقديم خدمة أفضل في ضوء الموارد المتاحة لديهم في حين يعاني المستفيدين من التمييز في تقديم الخدمة الصحية وانتشار الوساطة والمحسوبية داخل الوحدات الصحية، ويتضح ذلك جليا في أهمية مبدأ المساءلة الذي يأتي في الترتيب الثاني للأهمية من وجهة نظر المستفيدين وذلك لمحابسة المقصرين من العاملين في الوحدات الصحية فهم يرون أنه إن لم يحاسب المقصر

ويتضح من النتائج الخاصة بحجم الفجوة وجود فجوة كبيرة بين درجة كل مبدأ من مبادئ الحوكمة الفعلية والدرجة المثلى التي ينبغي ان تكون عليه سواء كان من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية او من وجهة نظر المستفيدين منها وهذا مؤشر يستدعي ان يضع المسؤولين في القطاع الصحي استراتيجية لنشر وتفعيل مبادئ حوكمة الوحدات الصحية لما لذلك من مردود جيد على مستوى الرعاية الصحية المقدم للمواطنين.

خامساً: النتائج الخاصة بتحديد الأهمية النسبية لكل مبدأ من المبادئ المستخدمة في قياس حوكمة الوحدات الصحية:

تم استخدام أسلوب تحليل الأتحاد المرحلي Step-Wise Multiple Regression Analysis لتحديد الأهمية النسبية للمبادئ الخمسة المستخدمة في قياس درجة حوكمة الوحدات الصحية، وذلك من وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية وكذلك المستفيدين منها، حيث أوضحت نتائج هذا التحليل والمعروضة بجدول (٥) ما يلي:

١- أن جميع المبادئ الفرعية المستخدمة في بناء المقياس، كان لها تأثير معنوي موجب عند المستوى الاحتمالي ٠,٠١ وذلك على درجة حوكمة الوحدات الصحية. سواء من وجهة نظر المديرين او المستفيدين منها.

٢- يتضح من قيمة (F) والبالغة ٦٤,٣٣ لدى مديرين الوحدات الصحية، و ٣٠٩,٥٧ لدى المستفيدين من الوحدات الصحية معنوية النموذجين الأتحاديين لعلاقة المبادئ الفرعية بدرجة حوكمة الوحدات الصحية.

٣- بالرجوع إلى قيم معامل الأتحاد الجزئي المعياري أظهرت النتائج اختلاف الأهمية النسبية للمبادئ المكونة لمقياس حوكمة الوحدات الصحية لدى

Governance of rural health units in Fayoum governorate

فلن يحدث أي تحسن في مستوى الرعاية الصحية المقدم للمواطنين.

جدول (٥): نتائج تحليل الأتحاد المرحلي لعلاقة المبادئ الفرعية لمقياس حوكمة الوحدات الصحية بالدرجة الكلية للمقياس.

من وجهة نظر المستفيدين				من وجهة نظر المديرين			
قيمة (t)	قيمة معامل الأتحاد الجزئي المعياري	قيمة معامل الأتحاد الجزئي	المبادئ الفرعية الفرعية	قيمة (t)	قيمة معامل الأتحاد الجزئي المعياري	قيمة معامل الأتحاد الجزئي	المبادئ الفرعية الفرعية
**١٠,٥	٠,٦١٥	١,٣٣	١- العدالة	**٤,٨٤	٠,٥٨	١,٥١	١- الكفاءة
**٩,٢٠	٠,٤٤٩	٠,٩٩	٢- المساءلة	**٤,١٢	٠,٤٣	٠,٨٩	٢- الفعالية
**٩,٧٤	٠,٣٨٤	٠,٩٣	٣- الفعالية	**٦,٣٣	٠,٥١	١,١٨	٣- العدالة
**١٤,٦	٠,٣٩٢	١,٠٤	٤- الكفاءة	**٥,٨٠	٠,٣٣	٠,٨٥	٤- الشفافية
**١٢,٣	٠,٣٥٨	١,٠	٥- الشفافية	**٤,٧٣	٠,٤٠	١,٠	٥- المساءلة

قيمة (F) = ٣٠٩,٥٧**

قيمة (F) = ٦٤,٣٣**

** معنوية عند المستوى الاحتمالي ٠,٠١

الصحي، انخفاض تكلفة تقديم الخدمة الصحية مقارنة بالقطاع الخاص، انتشار الامية والجهل لدى نسبة كبيرة من المواطنين.

وكانت أهم المعوقات من وجهة نظر المستفيدين هي: عدم وجود رقابة كافية على العاملين بالوحدات الصحية، نقص الخبرة والتدريب لدى الأطباء العاملين بالوحدات الصحية، عدم توفر الامكانيات اللازمة من أجهزة ومعدات وأدوية ومستلزمات طبية، عدم توفر الأعداد الكافية من الأطباء خاصة في الامكان النائية، عدم معرفة المواطنين بحقوقهم في تلقي خدمة صحية بمستوى مناسب، عدم معرفة المواطنين بالخدمات التي تقدمها الوحدات الصحية، تفضيل الأطباء العمل بالقطاع الخاص عن الوحدات الصحية.

سادساً: التعرف على أهم معوقات تطبيق الحوكمة ومقترحات التغلب عليها من وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها.

أ- أهم معوقات تطبيق الحوكمة من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها: أظهرت النتائج الواردة بجدول (٦) أهم المعوقات التي تواجه تطبيق الحوكمة في الوحدات الصحية الريفية المدروسة من وجهة نظر كل من مديري هذه الوحدات والمستفيدين منها، حيث اتضح أن أهم هذه المعوقات من وجهة نظر المديرين تمثلت في: انخفاض رواتب العاملين بالقطاع الصحي، عدم توفر الامكانيات اللازمة من أجهزة ومعدات وأدوية ومستلزمات طبية، عدم توفر الأعداد الكافية من الأطباء خاصة في الامكان النائية، عدم تدريب الأطباء على الأساليب الإدارية الحديثة، عدم توفر الوعي الكافي بمبادئ الحوكمة لدى غالبية العاملين بالقطاع

جدول (٦): أهم معوقات تطبيق الحوكمة من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها

من وجهة نظر المستفيدين			من وجهة نظر المديرين		
%	التكرار	معوقات تطبيق الحوكمة	%	التكرار	معوقات تطبيق الحوكمة
٩٤,٠	١٧٢	- عدم وجود رقابة كافية على العاملين بالوحدات الصحية.	٨٧,٧	٤٣	- انخفاض رواتب العاملين بالقطاع الصحي.
٩١,٢	١٦٧	- نقص الخبرة والتدريب لدى الأطباء والعاملين بالوحدات الصحية.	٨١,٦	٤٠	- عدم توفر الامكانيات اللازمة من أجهزة ومعدات وأدوية ومستلزمات طبية.
٨٤,١	١٥٤	- عدم توفر الامكانيات اللازمة من أجهزة ومعدات وأدوية ومستلزمات طبية	٧٩,٥	٣٩	- عدم توفر الأعداد الكافية من الأطباء خاصة في الامكان النائية.

٧٧,٦	١٤٢	- عدم توفر الأعداد الكافية من الأطباء في التخصصات المختلفة.	٧٣,٥	٣٦	- عدم تدريب الأطباء على الأساليب الإدارية الحديثة.
٦٧,٢	١٢٣	- عدم معرفة المواطنين بحقوقهم في تلقي خدمة صحية بمستوى مناسب.	٧٣,٥	٣٦	- عدم توفر الوعي الكافي بمبادئ الحوكمة لدى غالبية العاملين بالقطاع الصحي.
٥٧,٤	١٠٥	- عدم معرفة المواطنين بالخدمات التي تقدمها الوحدات الصحية.	٦١,٢	٣٠	- انخفاض تكلفة تقديم الخدمة الصحية مقارنة بالقطاع الخاص.
٥٤,٦	١٠٠	- سوء معاملة العاملين بالوحدات الصحية للمواطنين وعدم الاهتمام بهم.	٥٥,١	٢٧	- انتشار الأمية والجهل لدى نسبة كبيرة من المواطنين.

على نشر الوعي لدى المواطنين بدورهم في تطبيق مبادئ الحوكمة في الوحدات الصحية.

في حين أن مقترحات المستفيدين للتغلب على هذه المعوقات كانت: إحكام الرقابة على العاملين بالوحدات الصحية لضمان استمرار الوحدة الصحية في تقديم خدماتها على مدار الساعة، توفير التدريب المستمر للأطباء والعاملين بالوحدة الصحية على كل ما هو جديد في مجال الرعاية الصحية، توفير الامكانيات اللازمة من أجهزة ومعدات وأدوية ومستلزمات طبية، عدم توفر الأعداد الكافية من الأطباء في تخصصات مختلفة، نشر الوعي الكافي لدى المواطنين لمعرفة حقوقهم في مجال الرعاية الصحية وواجباتهم التي عليهم القيام بها، التوسع في إنشاء مراكز طب الأسرة لما تقدمه من خدمة طبية جيدة وصيانة المراكز الموجودة، وضع القوانين التي تمنع الجمع بين العمل في القطاع الصحي الحكومي والقطاع الخاص.

ب- مقترحات التغلب على معوقات تطبيق الحوكمة من وجهة نظر كل من مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٧) أن أهم مقترحات مديري الوحدات الصحية للتغلب على معوقات تطبيق الحوكمة تمثلت فيما يلي: تحسين منظومة الأجور والمرتبات للعاملين في القطاع الصحي وتطبيق الكادر الخاص للأطباء، العمل على توفير ما تحتاج اليه الوحدات الصحية من أجهزة ومعدات وأدوية ومستلزمات طبية، زيادة عدد الأطباء العاملين في الوحدات الصحية خاصة في الأماكن النائية، العمل على نشر ثقافة الحوكمة عند كل العاملين في قطاع الرعاية الصحية، تحقيق الشراكة في تقديم الرعاية الصحية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص ومؤسسات المجتمع المدني لضمان مستوى أفضل للخدمة الصحية، تقديم الخدمة الطبية في الوحدات الصحية بتكلفة تتناسب مع جودة هذه الخدمة، العمل

جدول (٧): مقترحات التغلب على معوقات تطبيق الحوكمة من وجهة نظر مديري الوحدات الصحية والمستفيدين منها

من وجهة نظر المستفيدين			من وجهة نظر المديرين		
%	التكرار	أهم المقترحات	%	التكرار	أهم المقترحات
٩٢,٨	١٧٠	- إحكام الرقابة على العاملين بالوحدات الصحية لضمان استمرار الوحدة الصحية في تقديم خدماتها على مدار الساعة.	٨٣,٧	٤١	- تحسين منظومة الأجور والمرتبات للعاملين في القطاع الصحي وتطبيق الكادر الخاص للأطباء.
٩١,٢	١٦٧	- توفير التدريب المستمر للأطباء والعاملين بالوحدة الصحية على كل ما هو جديد في مجال الرعاية الصحية.	٨١,٦	٤٠	- العمل على توفير ما تحتاج اليه الوحدات الصحية من أجهزة ومعدات وأدوية ومستلزمات طبية.
٨٢,٠	١٥٠	- توفير الامكانيات اللازمة من أجهزة ومعدات وأدوية ومستلزمات طبية.	٧١,٤	٣٥	- زيادة عدد الأطباء العاملين في الوحدات الصحية خاصة في الأماكن النائية.
٧٤,٣	١٣٦	- توفر الأعداد الكافية من الأطباء في تخصصات مختلفة.	٦٥,٣	٣٢	- العمل على نشر ثقافة الحوكمة عند كل العاملين في قطاع الرعاية الصحية.
٦٥,٦	١٢٠	- نشر الوعي الكافي لدى المواطنين لمعرفة حقوقهم في مجال الرعاية الصحية وواجباتهم التي عليهم القيام بها.	٦٥,٣	٣٢	- تحقيق الشراكة في تقديم الرعاية الصحية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص ومؤسسات المجتمع المدني لضمان مستوى أفضل للخدمة الصحية.
٦١,٢	١١٢	- التوسع في إنشاء مراكز طب الأسرة لما تقدمه من خدمة طبية جيدة وصيانة المراكز الموجودة.	٦١,٢	٣٠	- تقديم الخدمة الطبية في الوحدات الصحية بتكلفة تتناسب مع جودة هذه الخدمة.
٥٦,٨	١٠٤	- وضع القوانين التي تمنع الجمع بين العمل في القطاع الصحي الحكومي والقطاع الخاص.	٥٥,١	٢٧	- العمل على نشر الوعي لدى المواطنين بدورهم في تطبيق مبادئ الحوكمة في الوحدات الصحية.

GOVERNANCE OF RURAL HEALTH UNITS IN FAYOUM GOVERNORATE

Safaa R. A. N. El Saied and Marwa A. G. Ewes
Agricultural Economics Dept., Fac. Of Agric., El- Fayoum Univ.

ABSTRACT: *This study aimed basically to achieving the following objectives: developing a quantitative, valid and reliable scale of the governance of rural health units, describing the degree governance by its different principles in the studied health units, identify the significance of the difference between the average degree the principles of governance of health units studied (from the point of view of both health unit managers and beneficiaries), measure the size of the gap between the real degree of governance in rural health units and the degree to which they should be, and finally to identify the barriers of the application of the governance and methods to overcome it in the studied health units.*

Data were collected from 49 health units managers in Fayoum, Etsa and Youssef El Siddiq districts in Fayoum governorate. Beneficiary data were collected from 183 heads of households from the previous three districts. The data were analyzed using a number of statistical analysis methods. Spearman Brown, The split-half method, Guttman and Cronback methods to estimate the reliability coefficient of the governance of rural health units scale., as well as the use of the t / test and Step- Wise Multiple Regression Analysis.

The most important results were that the stability coefficients of the governance of health units' standard and its sub-principles were all relatively high, providing a great deal of confidence in using this measure. In the view of (61.7%) of the managers, the degree of implementation of the overall governance within the health units is medium and for the overall degree of governance of the rural health units, while this percentage dropped to (51%) among the beneficiaries of the rural health units. The gap between the degree of governance of health units has reached the optimum level (93 degrees) from the point of view of managers while the gap has increased to (122) from the point of view of beneficiaries. The value of (F) of 64.33 in health unit managers and 309.57 in beneficiaries of health units is significant in the two models of the relationship of sub-principles to the degree of governance of health units.

Key words: *Governance- rural health units- Transparency- Accountability*

أسماء السادة المحكمين

أ.د/ فرحات عبدالسيد محمد كلية الزراعة - جامعة المنوفية
أ.د/ أسامة متولى محمد كلية الزراعة - جامعة الاسكندرية