

## المفاهيم السائدة بين العاملين في المراكز الصحية عن مشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية

حسين محمد برعي و عبدالسلام حسن عبدالهادي

أستاذ مساعد وأستاذ مشارك، قسم الإدارة العامة، برنامج الماجستير في إدارة الصحة والمستشفيات،

كلية العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية

(قدم للنشر في ١٤١٢/٦/٢٢هـ وقبل للنشر في ١٤١٢/١٢/٢هـ)

ملخص البحث . الغرض من هذه الدراسة هو التعرف على المفاهيم السائدة بين العاملين في المراكز الصحية عن مشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى تحديد تأثير بعض خصائص العاملين في مفهومهم لمشاركة المجتمع . وقد جمعت البيانات اللازمة لهذه الدراسة من خلال البحث الميداني الذي أجراه الباحثان بين العاملين في عينة مختارة عشوائياً من المراكز الصحية بمدينة الرياض وجدة . وتم تحليل البيانات باستخدام الإحصاءات الوصفية (التوزيعات التكرارية والنسب المئوية)، واختبار (كا) تربيع لفحص العلاقة بين بعض المتغيرات المختارة والمفاهيم السائدة بين العاملين بالمراكز الصحية عن مشاركة المجتمع .

وتظهر نتائج الدراسة أن متغيرات الجنسية والمستوى التعليمي، والدورات التدريبية التي حصل عليها العاملون في مجال الرعاية الصحية الأولية، والوظيفة، لها تأثير جوهري (دال إحصائياً) على المفاهيم السائدة بين العاملين في المراكز عن المشاركة في الرعاية الصحية الأولية .

### مقدمة

يركز هذا البحث على موضوع «مشاركة المجتمع» في الرعاية الصحية الأولية وذلك من منظور العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة في المملكة العربية

السعودية، والذي يعتبر أحد المبادئ الخمسة الرئيسة التي تقوم عليها استراتيجية الرعاية الصحية الأولية (عدالة التوزيع، ومشاركة المجتمع، واستخدام التكنولوجيا والمواد والأساليب المناسبة، والتركيز على الوقاية وتطوير الرعاية الصحية، واعتبار الصحة عنصراً من عناصر الرعاية الكلية التي تضم الغذاء والتعليم والمياه النقية والسكن الملائم) التي تبنتها منظمة الصحة العالمية (WHO) في مؤتمرها الدولي في مدينة آلماتا بالاتحاد السوفيتي في شهر سبتمبر من عام ١٩٧٨م [١؛ ص ص ١٦-٢٠]، ووافقت عليها جميع الدول الأعضاء، ومن بينها المملكة العربية السعودية، وذلك لتحقيق هدف الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠م.

وقد بدأت وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية تدريجياً في تطبيق استراتيجية الرعاية الصحية الأولية منذ بداية الخطة الخمسية الثالثة (١٤٠٠-١٤٠٥هـ/ ١٩٨٠-١٩٨٥م)، والتي ينطوي مفهومها على الخدمات الأساسية كافة والتي تمثل المستوى الأول للاتصال بين أفراد المجتمع والنظام الصحي والتي تضم العناصر الآتية:

- ١ - التثقيف والتوعية الصحية .
- ٢ - إصحاح البيئة وتوفير مياه نقية للشرب .
- ٣ - رعاية الأمومة والطفولة .
- ٤ - توفير الأغذية والاهتمام ببرامج التغذية السليمة .
- ٥ - التطعيم ضد الأمراض المعدية، خصوصاً الأطفال .
- ٦ - مكافحة الأمراض المتوطنة والمعدية والقضاء عليها .
- ٧ - تشخيص وعلاج الأمراض السارية والإصابات .
- ٨ - توفير الأدوية الضرورية [٢؛ ص ص ١٧-١٠] .

وكانت بداية التطبيق لهذه الاستراتيجية، إصدار القرار الوزاري رقم ٥٠/١٤٥٩/٢٥٧ في ١٧/٨/١٤٠٠هـ بتكامل الخدمات الصحية العلاجية (والتي كانت تقدم في المستشفيات والمستوصفات)، والوقائية (والتي كانت تقدم في المكاتب الصحية ومراكز رعاية الطفولة والأمومة) في المستوصفات وتغيير مساهماتها إلى المراكز الصحية [٣؛ ص ص ١٢-١٣] .

ومن الملاحظ أن النظام الصحي السعودي والذي يسير وفقاً لخطط التنمية الخمسية قد ركّز في الخطة الخمسية الأولى [٤؛ ص ص ١٤٥-١٥٤]، (١٣٩٥-١٣٩٥هـ/ ١٩٧٥-١٩٧٥م)، والثانية [٥؛ ص ص ٣٦٩-٣٧٥]، (١٣٩٥-١٤٠٠هـ/ ١٩٧٥/١٩٨٠م)، على الخدمات العلاجية وعلى الرعاية الثانوية من خلال المستشفيات، بينما ركزت الخطة الخمسية الثالثة [٦؛ ص ص ٣٤٤-٣٥٢]، (١٤٠٠-١٤٠٥هـ/ ١٩٨٠-١٩٨٥م)، على خدمات الطب الوقائي والرعاية الصحية الأولية حيث زاد عدد المراكز الصحية من ٨٨٩ مركزاً في عام ١٤٠٠هـ/ ١٩٨٠م إلى ١٣٠٦ مراكز صحية في عام ١٤٠٥هـ/ ١٩٨٥م.

كما أن الخطة الخمسية الرابعة [٧؛ ص ص ٣٢٠-٣٣٨]، (١٤٠٥-١٤١٠هـ/ ١٩٨٥/١٩٩٠م)، قد ركّزت أيضاً على الاستمرار والتوسع في تطبيق استراتيجية الرعاية الصحية الأولية حيث بلغ عدد المراكز الصحية (١٦٦٨) مركزاً بنهاية عام ١٤١٠هـ. ويوضح الجدول رقم ١ التطور الكمي لمراكز الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة بالملكة العربية السعودية. كما أن الخطة الخمسية الخامسة (١٤١٠-١٤١٥هـ/ ١٩٩٠/١٩٩٥م) [٨؛ ص ٣٠٩]، قد ركّزت على اعتبار التوزيع المتوازن لمراكز الرعاية الصحية الأولية من القضايا المهمة التي يجب معالجتها من أجل توفير التغطية الكاملة لخدمات الرعاية الصحية الأولية للمواطنين كافة في المدن والقرى والهجر مع التوسع في تطبيق نظام الإحالة، واعتبار المراكز الصحية أساساً لنظام الخدمات الصحية، حيث تمثل هذه المراكز المستوى الأول لاتصال أفراد المجتمع بالخدمات الصحية وربطها مع المستويين الثاني (المستشفيات العامة) والثالث (المستشفيات المتخصصة) بواسطة نظام الإحالة الذي بدأت وزارة الصحة في تطبيقه من منذ عام ١٤٠٨هـ [٩]. ويوضح الجدول رقم ٢ توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية والقوى الصحية العاملة فيها حسب المناطق الصحية بالملكة العربية السعودية لعام ١٤٠٩هـ وعام ١٤١٠هـ.

ولما كانت المراكز الصحية هي أساس النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، ولأهمية الدور الذي تقوم به القوى الصحية العاملة بهذه المراكز في تطبيق إستراتيجية الرعاية

جدول رقم ١ . تطور أعداد المراكز الصحيّة بوزارة الصحة في المملكة العربيّة السعوديّة (١٤٠٠-١٤١٠هـ) [١٠]

السنة	أعداد المراكز الصحيّة
١٤٠٠هـ	٨٨٩
١٤٠١هـ*	٩٣٥
١٤٠٢هـ	٩٧٣
١٤٠٣هـ	١٠٨٤
١٤٠٤هـ	١١١٩
١٤٠٥هـ	١٣٠٦
١٤٠٦هـ	١٤٣١
١٤٠٧هـ	١٤٣٨
١٤٠٨هـ	١٤٧٧
١٤٠٩هـ	١٦٣٩
١٤١٠هـ	١٦٦٨

\* في عام ١٤٠١هـ حولت النقاط والمستوصفات إلى مراكز رعاية صحيّة أوليّة.

الصحيّة الأوليّة بمبادئها وعناصرها الأساسية خصوصاً وأن هناك اعتقاداً سائداً لدى معظم المفكرين والخبراء المهتمين بأن مشاركة المجتمع أمر لا بد منه إذا أريد لاستراتيجية الرعاية الصحيّة الأوليّة أن تحدث تأثيراً ملموساً في الحالة الصحيّة للسكان، ونظراً لأن تطبيق استراتيجية الرعاية الصحيّة الأوليّة يتطلب من جميع العاملين بالمراكز الصحيّة - بفئاتهم وتخصصاتهم المختلفة - العمل كفريق واحد وبمفاهيم موحدة، مما يؤدي في النهاية إلى التنفيذ السليم والفعال لهذه الاستراتيجية، وحيث إن مفهوم «مشاركة المجتمع» من المفاهيم المتعددة في معانيها وفي أبعادها الاقتصادية والإدارية والسياسية والاجتماعية والثقافية والصحيّة المتشابكة والمؤثرة على بعضها في البعض.

لذلك فإنه من المفيد والضروري دراسة موضوع مشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحيّة الأوليّة من أجل توضيح مفاهيمها ومجالاتها وكيفية احداثها وتطويرها، وذلك من

جدول رقم ٢ . أعداد مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة التابعة لوزارة الصحة والقوى الصحيّة العاملة فيها حسب المناطق لعام ١٤٠٩ هـ و ١٤١٠ هـ [١٠]

عام ١٤١٠ هـ		عام ١٤٠٩ هـ		المناطق الصحيّة
العاملون	عدد المراكز	العاملون	عدد المراكز	
٥٤٠٣	٢٦٥	٤٤٠١	٢٥٨	الرياض
٢٤٩١	١٠١	٢٢٠١	٩٤	جدة
٢١٠٧	٧٤	١٣٧٧	٧٢	مكة
١٨٦٨	٩١	١٢٥٢	٩١	الطائف
١٢٨٩	٧٦	١٢٤٨	٧٦	الباحة
٢١٦٠	١٢١	٢٠٥٣	١١٦	المدينة المنورة
٥٨٦	٤١	٤٥٢	٣٩	تبوك
٢٢٠٠	١٠٨	١٨٠٢	١٠٩	الشرقية
٨٥٢	٤٨	٧٧٥	٤٧	الأحساء
٤٤٠	٢٦	٣٤٤	٢٤	حفر الباطن
٢٣٩١	٢٣٨	٢٨١٩	٢٣٥	عسير
٩٧٦	٥٧	٧٦٢	٥٤	نجران
١٧٨٨	١٢٣	١٦٨٢	١٢٤	جازان
٢٢٣٢	١٣١	١٩١٩	١٣٠	القصيم
٦٠٤	٣٩	٥١٠	٣٩	الحدود الشمالية
٤٤١	٣١	٣٤٩	٣١	الجوف
٢١٥	١٥	١٦٥	١٦	القريات
١٠٥٧	٨٣	١١٢١	٨٤	حائل
٣٠٠٨٣	١٦٦٨	٢٥٢٣٢	١٦٣٩	المجموع الكلي

منظور العاملين في المراكز الصحيّة الأوليّة المسؤولين مباشرةً عن تطبيق استراتيجية الرعاية الصحيّة الأوليّة بجميع مبادئها وعناصرها المتفق عليها في مؤتمر ألما آتا عام ١٩٧٨ م .

## موضوع البحث وأهدافه

تمثل هذه الدراسة الجزء الأول من مشروع بحثي ميداني شامل لموضوع «مشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية ومدى الأخذ بها في إدارة الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية». ونظرًا لتعدد مراحل البحث وأهدافه، وضخامة حجم البيانات التي جمعت في مرحلتَيه المكتبية والميدانية، واختلاف أساليب التحليل المستخدمة في كل مرحلة، ورغبة في التيسير على القراء، فقد اتفق الباحثان على تقسيم هذا البحث إلى عدة مواضيع رئيسة يمثل كل منها دراسة قائمة بذاتها من حيث الأهداف والمنهجية والنتائج. وسوف يُركِّز هذا البحث على الموضوع الأول منها الذي يتعلق بالمفاهيم السائدة عن مشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الأولية بين العاملين في المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة بمدينتي الرياض وجدة بالمملكة العربية السعودية، وبالتحديد يمكن تلخيص أهداف هذا البحث فيما يلي:

- ١ - التعرف على المفاهيم السائدة بين العاملين في المراكز الصحية بمدينتي الرياض وجدة بالنسبة لمفهوم مشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية.
- ٢ - تحديد تأثير خصائص العاملين بالمراكز الصحية في مفهومهم لمشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية.
- ٣ - اقتراح التوصيات المناسبة لتشجيع وتطوير مشاركة المجتمع في نشاطات الرعاية الصحية الأولية.

## الإطار النظري

ما زال مفهوم مشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الأولية موضع جدل وخلاف شديد بين المهتمين بأمر الصحة والتنمية، بالرغم من الاتفاق على أهمية تلك المشاركة والمزايا العديدة التي توفرها. وما يهمنا في هذه المراجعة النظرية هو إلقاء الضوء على مفهوم المشاركة من خلال مراجعة بعض الأعمال المنشورة في هذا المجال. ونظرًا للدور الأساس الذي قامت وتقوم به منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization في الترويج لفلسفة الرعاية الصحية الأولية وتشجيع بلدان العالم على الأخذ بها، فإنه من المفيد أن نبدأ هذه

المراجعة النظرية بالمفهوم الذي تَبَنَّتْهُ هذه المنظمة لمشاركة المجتمع في الرعاية الصحيَّة الأولى.

مفهوم منظمة الصحة العالمية عن مشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الأولى ترى المنظمة أن نجاح الرعاية الصحيَّة الأولى يتطلب أن يعتمد الأفراد والمجتمعات على أنفسهم، كما يتطلب أقصى درجة من الاندماج (involvement) أو المشاركة (participation) - وهي تعني المشاركة في التخطيط والتشغيل والرقابة على الرعاية الصحيَّة الأولى - مستخدمين في ذلك مواردهم المحليَّة والوطنية وغيرها. وتفضل المنظمة استخدام كلمة اندماج لما تنطوي عليه من قدر كبير من الانتماء. وتنطوي المشاركة على أن يتحمل الأفراد والأسر المسؤولية عن صحتهم وصحة المجتمع الذي يعيشون فيه ورفاهيته، ويعملون على تطوير قدراته من أجل تنمية أنفسهم ومجتمعاتهم [١١؛ ص ص ١٠-١١].

وفكرة مشاركة المجتمع في الرعاية الصحيَّة الأولى ليست جديدة تمامًا، بل تعتبر محصلة للعديد من التجارب الناجحة والخبرات المكتسبة في عديد من بلدان العالم، مثل تجربة «الطبيب الخافي» في الصين (bare-foot doctor) التي أنشأت علاقات حميمة بين هؤلاء العاملين ومجتمعاتهم، مما ساعد في القضاء على الكثير من الحشرات والجذازان ومكافحة الأمراض المستوطنة كالبلهارسيا. وكذلك تجربة كوبا في الاعتماد على «لجان صحة الشعب» في مجالات التطعيم والتخلص من القمامة، مما ساعد في تخفيض معدّل وفيات الأطفال بشكل غير مسبوق.

كما أتاحت الحكومة التزانية للمواطنين فرصة في المشاركة في وضع الخطط على المستوى المحلي، وتشجيع الاعتماد على الموارد المحليَّة في بناء المستوصفات، والنقاط الصحيَّة وتوفير مياه الشرب النقية. وفي الهند نُفِّذَتْ عدة مشروعات صحيَّة محليةَّة بالاعتماد على فكرة مشاركة المجتمع ومبدأ الاعتماد على الذات [١٢؛ ص ص ٣٥-٦٢ و ٦٥-٦٦].

وليس معنى ذلك أن جميع هذه التجارب قد انطلقت من مفهوم واحد لمشاركة المجتمع في الرعاية الصحيَّة الأولى، بل إنها تفاوتت في النظر إلى هذه المشاركة من حيث

أنواعها ومستوياتها. وستعرض فيما يلي للمفاهيم التي قامت عليها تجارب بعض الدول في تطبيقها لمشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الأولية.

### التجربة الهندية

عدّد آنيّل بهات وروشيكيش مارو أنواع المشاركة في الآتي [١٣؛ ص ص ٥١-٥٩]:

- ١ - تقرير نوع النشاطات الإنمائية التي يحتاج إليها المجتمع .
- ٢ - كيفية إدارة النشاطات الإنمائية .
- ٣ - المساهمة الماديّة لدعم مشروعات التنمية .
- ٤ - تقديم أفراد كمتطوعين لمساعدة المسؤولين الحكوميين في تنفيذ مشروعات التنمية .
- ٥ - اتفاق أفراد المجتمع على الالتزام بسلوك معين، مثل عدم إلقاء القمامة في الطرق العامة أو عدم التدخين في الأماكن المزدحمة أو المحافظة على الأشجار والبيئة الطبيعية وغير ذلك .

وعن مستويات المشاركة، يرى هذان الكاتبان أن من أعلى درجات المشاركة أن تجيء المبادرة لإحداث التغيير من المجتمع المحلي ذاته، ثم قيامه باتخاذ الإجراءات اللازمة من حيث تدبير الموارد والأفراد وتنفيذ العمل . ومثال ذلك عندما يشعر الأفراد بحاجتهم إلى ردم مستنقع للمياه الراكدة لخطورته على الصحة العامة، ثم يقومون بأنفسهم بتدبير الإمكانيات اللازمة وتنظيم أعمال الردم والتسوية وتنفيذها . أما التّقبّل السلبي للخدمات التي تقدمها الحكومة مع الرغبة في الحصول عليها، فيعتبر ضمن مستويات المشاركة غير النشيطة التي تنتشر في كثير من البلاد النامية . وعندما تنشط المشاركة فإن المجتمع هو الذي يقرر نوع الخِدْمَات التي يريدونها، وأين ومتى وكيف يحصل عليها ويتحمل بعض الأعباء المترتبة على أدائها بتقديم المساهمات النقدية أو العينية أو العمل التطوعي .

أما مستويات المشاركين، فقد لاحظ الكاتبان أن أغلبهم ممن ينتمون إلى الفئات الغنيّة كأصحاب الأراضي والأعيان ورؤوس العائلات الكبيرة، فهؤلاء هم الذين يشاركون عادةً في نشاطات التنمية وسيطرون على عملية اتخاذ القرارات . أما الفئات الأقل نفوذاً ومالاً، فإن مشاركتهم في الأمور العامة ليست على المستوى المنشود .



### التجربة الأوروبية

يقول المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في المنطقة الأوروبية، إن عدم المشاركة في الرعاية الصحية الأولية هي السمة السائدة في الدول الأوروبية [١٤؛ ص ٢-٣ و١٦]، ويفسر ذلك بأن الأطباء يتمتعون بمكانة عالية في جميع مجالات الرعاية الصحية، وأن المجتمع يحترم تلك المكانة، وبالتالي فإن العلاقة بين الطرفين لا تحكمها المشاركة، لذلك لا يمكن القول بأن الرعاية الأولية في أوروبا نابعة من المجتمع بالمفهوم الذي تتبناه الرعاية الصحية الأولية، ويرى أن العوامل التي تعوق المشاركة النشطة في الرعاية الأولية تتضمن وجود أساليب متعددة لتحمل أعباء الرعاية الصحية المالية، والاهتمام بسرية المعلومات الصحية للأفراد، ووجود العلاقة الحميمة بين المجتمع والطبيب. ويعتقد بأن غياب المشاركة لا يبدو أنه يسبب أي تهديد لصحة السكان في المنطقة الأوروبية. ولكن يختلف معه في هذا الاعتقاد كاتب آخر هو بيتر أونيل (Peter O'Neil) الذي يحذر من أن عام ٢٠٠٠ للميلاد، سيشهد كارثة صحية في القارة الأوروبية لأن السياسات الصحية المتبعة منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية ترتب عليها ازدياد بريق التكنولوجيا الطبية وركون الأفراد إلى طلب المزيد من المعجزات العلاجية على أيدي كبار الأطباء المتخصصين، وهجر مبدأ وأساليب الرعاية الذاتية والتكافل والتعاون بين أفراد الأسرة وأفراد المجتمع في مواجهة المرض. وينتهي أونيل إلى القول: إن تشجيع الرعاية الذاتية والمشاركة المجتمعية هو السبيل الأمثل لتفادي وقوع الكارثة الصحية التي يتنبأ بوقوعها، ويفسر ذلك بأن الأسرة تستطيع القيام بدور كبير في الرعاية الصحية لأطفالها وكبار السن والمعوقين من أفرادها. وعن مشاركة المجتمع يقول إن المطلوب هو أن يقوم الأفراد والجماعات بدور حقيقي في تقرير ما يتعلق بصحتهم، وليس نقل سلطة اتخاذ القرارات من جماعة إلى جماعة أخرى، وأن هذه المشاركة تعطي الأفراد دوراً سياسياً جديداً يتجاوز دورهم كمجرد ناخبين في نظام برلماني، كما يدعو إلى إعطاء المرأة الدور الذي يتناسب مع حجم مشاركتها في صحة الأسرة والمجتمع [١٥؛ ص ٥١-٦٠].

### التجربة العربية

في دراسة عن أنماط الرعاية الصحية في ثلاث دول عربية، هي البحرين ومصر واليمن (الشالي)، تبين أنه بالرغم من التزام هذه الدول بسياسات صحية تهدف إلى نشر

خدمات الرعاية الصحية الأولية لجميع المواطنين، إلا أن الاستراتيجيات المُتبعة تركز على التغطية المكانية وتهمل التغطية الوظيفية، وأن مشاركة المجتمع في إدارة وأداء الخدمات الصحية منعدمة بصفة عامة، إلا في بعض الحالات التجريبية القليلة، وأن إحجام النظام الصحي الرسمي عن الاعتراف بالدور المهم الذي يمكن أن يقوم به النظام الشعبي للتداوي من الأمراض يعتبر عقبة في سبيل التغطية الفعالة بخدمات الرعاية الصحية الأولية. وأوصت الدراسة بتنفيذ برنامج بحوث في مجالات متعددة من بينها دراسة لأساليب تطوير وتنمية القُدّرات الكامنة لدى المجتمعات من أجل الاعتماد على الذات في مسائل الصحة، ودراسة عن الوسائل اللازمة لزيادة مشاركة المجتمع في المجالات المختلفة لرعاية وتطوير الصحة [١٦].

وفي دراسة عن المملكة العربية السعودية [١٧؛ ص ص ٤-٥]، استخدم المؤلف تعريفاً للمشاركة يقول بأنها عملية يقوم من خلالها أفراد المجتمع بالمساهمة في البرامج والنشاطات التي يجري تنفيذها لصالح المجتمع. كما ذكر أن هذا التعريف ينطوي على ثلاثة مستويات للمشاركة وهي:

- ١ - استخدام الخدمات والمرافق.
- ٢ - التعاون مع المبادرات الحكومية من خلال المساهمة بالأموال والعمل أو بتقديم مساهمات عينية.
- ٣ - المشاركة في التخطيط والتنفيذ بما في ذلك تحديد المشكلات والمساعدة في حلها بالاشتراك مع مسؤولين حكوميين.

وبالرغم من أن هذه المستويات الثلاثة تمثل أهم مستويات المشاركة، إلا أن المشكلة في هذه الدراسة هي أنه عند سؤال أفراد العينة عن مجالات مشاركتهم في نشاطات الرعاية الأولية اقتصر السؤال على المستويين الأول والثاني المتعلقين باستخدام الخدمات الصحية التي يقدمها المركز الصحي، والمساهمة بالعمل وبالمال في بعض النشاطات، ولم يتعرض للمستوى الثالث الخاص بالمشاركة في التخطيط والتنفيذ، مما يجعل قياسه لمشاركة المجتمع غير معبراً تماماً عن المعنى المقصود من التعريف المستخدم في الدراسة.

أما المفهوم الرسمي الذي تبناه وزارة الصحة السعودية لمشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الأولية، فقد جاء بالدليل الذي أصدرته تلك الوزارة ويتضمن الآتي:

١ - تحسين وتطوير العلاقة بين النظام الصحي والمستهلكين (أفراد المجتمع) من خلال التزام الفريق الصحي بالعمل الميداني في المجتمع ومع أفرادهم بدلاً من العمل من داخل المراكز الصحية، وذلك من أجل تحديد الاحتياجات الفعلية للمجتمع والعمل على تلبيتها، إذ أن ذلك سيؤدي إلى تطوير مشاركة المجتمع في الخدمات الصحية.

٢ - بذل الجهود الممكنة من أجل تغيير الاتجاهات السلبية لدى بعض الأفراد، وسوء الفهم السائد حول مراكز الرعاية الصحية وأنها ليست مخازن لصرف الأدوية، بل هي مؤسسات متكاملة تستطيع من خلال المشاركة النشطة مع المجتمع أن تطور الأحوال الصحية باعتبارها عنصراً مهماً في التنمية الاجتماعية الاقتصادية [٢]؛ ص ١٢ و ١٥ و ٩٨-١٠٣].

#### المفاهيم المستخدمة في هذه الدراسة

قام الباحثان في هذه الدراسة بتجميع وتحليل وترتيب المفاهيم المختلفة المستنبطة من تجارب الدول التي أشرنا إليها، بالإضافة إلى مفهوم منظمة الصحة العالمية، والمفهوم الذي تبنته وزارة الصحة السعودية، وأسفرت هذه العملية عن التوصل إلى سبعة مفاهيم، تمثل إلى حد كبير وجهات النظر المختلفة عن مشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الأولية، وهي:

١ - نشاط إيجابي للأفراد والمجتمع للتعرف على المشكلات الصحية ومناقشتها والتوصل إلى الحلول المناسبة لها وتنفيذها بالتعاون مع المركز والفريق الصحي ومتابعة وتقويم النشاطات (المفهوم الشامل - أو مفهوم WHO).

٢ - قيام الأفراد والمجتمع بمساعدة المركز والفريق الصحي بالمشاركة المادية أو بالمساهمة في بعض النشاطات وفي حل بعض المشكلات وتقديم المساعدة أثناء الزيارات المنزلية والميدانية، (المفهوم المساند).

- ٣ - قيام المواطنين بالابلاغ الفوري عن الأمراض المعدية والسارية، والالتزام بالأنظمة والقواعد الصحيّة وبمواعيد الزيارات وفتح الملفات العائلية واتباع سلوك صحي جيد (مفهوم السلوك الصحي الرشيد).
- ٤ - استخدام المواطنين للخدمات والمرافق الصحيّة استخداماً سليماً، بما في ذلك حضور الندوات والاجتماعات التي تعقد بالمركز الصحي (مفهوم الاستخدام).
- ٥ - تعاون الأجهزة الحكومية ذات العلاقة والمدرسين والمتعلمين مع المركز الصحي في دراسة المشكلات والعمل على حلها وتقديم الخدمات، والقضاء على الأمية (مفهوم التعاون).
- ٦ - قيام الفريق الصحي بالعمل الميداني للتعرف على المشكلات الصحيّة وإيجاد الحلول المناسبة لها وتنفيذها بالتعاون مع أفراد المجتمع (المفهوم الرسمي).
- ٧ - تكوين لجان أصدقاء وصديقات الصحة أو اللجان الأهلية للصحة (مفهوم اللجان).

### منهج البحث

لتحقيق أهداف البحث المشار إليها سابقاً، فقد تم الاعتماد على خليط من الاستراتيجيات البحثية المكتبية والميدانية، الوصفية، والتحليلية، بما يتناسب مع طبيعة وحجم البيانات اللازمة لهذا البحث، وبصفة عامة يمكن تقسيم المنهجية البحثية المتبعة هنا إلى جزئين رئيسيين هما:

#### أولاً: المسح المكتبي

وقد شمل المراجعة الأدبية لما كتب في موضوع «المشاركة المجتمعية» في مجال الرعاية الصحيّة الأوليّة بما في ذلك تجارب الدول المختلفة والمفاهيم المتعددة لمشاركة المجتمع. كما اشتمل هذا الجزء على مراجعة الوثائق والتقارير والبيانات والإحصاءات العامة الصادرة من

وزارة الصحة السعودية ومنظمة الصحة العالمية المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية والمفهوم الرسمي لمشاركة المجتمع فيها.

### ثانياً: المسح الميداني

وقد شمل الكيفية والوسائل المستخدمة لتحديد العينة وإعداد الاستبانة وتعديلها ثم توزيعها وجمعها ومعالجتها وتحليل البيانات، كما اشتمل على عقد مقابلات مع بعض العاملين بالمراكز الصحية للتعرف على آرائهم المتعلقة بموضوع الدراسة، وذلك للاستفادة منها في تحديد المتغيرات المراد دراستها وإعداد الاستبانة وكذلك عند تفسير النتائج ووضع التوصيات.

### اختيار عينة الدراسة

تتعلق هذه الدراسة بجميع العاملين والعاملات (من ذوي الجنسيات العربية) في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة. وبالنظر إلى ضخامة أعداد المراكز الصحية الموزعة في معظم الأحياء السكنية بالمدينتين الكبيرتين، ونتيجة للإمكانيات البشرية والمالية والوقتية المحدودة للباحثين، ولضمان تمثيل العينة المختارة لمجتمع الدراسة، فقد استخدم الباحثان أسلوب العينات العشوائية الطبقية (stratified random samples) لاختيار العينتين المراد دراستهما لضمان تمثيل القطاعات الجغرافية المختلفة بالمدينتين، على النحو التالي:

١ - تم اختيار (١٩) مركزاً صحياً من بين المراكز الصحية بمدينة الرياض (٥٦ مركزاً)، وهذا العدد يمثل ٣٣,٩٪ من مجموع المراكز، حيث تم تقسيم مدينة الرياض إلى خمسة قطاعات هي: جنوب شرق، وشمال شرق، وجنوب غرب، وشمال غرب، ووسط البلد.

٢ - تم اختيار (١٤) مركزاً صحياً من بين المراكز الصحية بمدينة جدة (٤٢ مركزاً)، وهذا العدد يمثل ٣٣,٣٪ من مجموع المراكز، وباستخدام أسلوب التقسيم الجغرافي

الذي اتبع في مدينة الرياض . وقد تم إستبعاد مركز أبحر الصحي لأنه يعمل يومي الخميس والجمعة فقط ، ومركز مدينة حجاج البحر لأنه يعمل خلال شهر رمضان وأيام الحج فقط .

### الاستبانة

تم إعداد الاستبانة لهذه الدراسة بناء على القائمة المبدئية للمتغيرات المراد دراستها، وقد مرت قائمة الاستبانة بعدة عمليات من التجهيز والاختبار قبل أن تصل إلى شكلها النهائي وذلك من خلال تجربتها على عدد محدود من المراكز الصحية بمنطقتي الأحساء وعسير، وذلك لاكتشاف الأسئلة التي يصعب فهمها أو التي تقود إلى التحيز. وقد تضمنت الاستبانة الأولية بعض الأسئلة المفتوحة حتى يترك الخيار للعاملين لتحديد المشكلات والصعوبات التي تواجههم مما ساعد في توفير بعض المعلومات الإضافية وفي مراجعة وتطوير الاستبانة . وقد شارك بعض الطلبة وأعضاء هيئة التدريس ببرنامج الماجستير في إدارة الصحة والمستشفيات بجامعة الملك سعود في مراجعة وتطوير واختبار الاستبانة .

وتحتوي الاستبانة في صورتها النهائية على (٥٥) خمسة وخمسين سؤالاً من النوع المغلق (الأسئلة المحددة الإجابة) موزعة كالآتي :

### القسم الأول

ويتعلق بالبيانات الشخصية للعاملين بالمراكز الصحية المختارة للدراسة ولقد اشتمل هذا القسم على تسعة أسئلة .

### القسم الثاني

ويتعلق بالمفاهيم المختلفة لموضوع مشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية، ومزايا وسلبيات المشاركة، والمشكلات والصعوبات التي تواجه تطبيق مفهوم المشاركة، والخطوات والأساليب الضرورية لتنشيط مشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية. وقد اشتمل هذا القسم على ثلاثة عشر سؤالاً، وقد تم تقسيم بعض هذه الأسئلة إلى مجموعات من الأسئلة الفرعية المحددة الإجابة .

### القسم الثالث

ويتعلق باللجان الأهلية الصحيّة، وقد اشتمل على عشرة أسئلة .

### القسم الرابع

ويتعلق بالأساليب الإدارية المستخدمة في برامج الرعاية الصحيّة الأوليّة ومدى أخذ إدارة المركز بمفهوم مشاركة المجتمع، وقد اشتمل على ثلاثة وعشرين سؤالاً .

وتتعلق هذه الدراسة بالمفاهيم السائدة عن مشاركة المجتمع في الرعاية الصحيّة الأوليّة بين العاملين في المراكز الصحيّة وتحديد أثر خصائص العاملين في مفهومهم لتلك المشاركة .

### جمع البيانات

تم توزيع ٥٠٠ نسخة من الاستبانة على جميع العاملين بالمراكز الصحيّة المختارة بمدينتي الرياض، وعددهم ٢٩٢، وجدة، وعددهم ٢٠٨، من فئات الأطباء والمرضى، والقوى الصحيّة المساعدة من ذوي الجنسيات العربية [وقد استبعد من عينة الدراسة فئات عمال النظافة، والصيانة، والخدم، والسائقين (لعدم ارتباط أعمالهم بموضوع هذه الدراسة)] وذلك من خلال الزيارات التي قام بها بعض مساعدي البحث وطلاب الدراسات العليا إلى المراكز الصحيّة المختارة، ثم جمع الاستبانات بعد الإجابة عنها، مع متابعة المتأخرين واستكمال الإجابات الناقصة . وقد تمت هذه العملية خلال فترة الشهور الثلاثة الأولى من عام ١٤١١هـ (الموافق لشهور ٨ و ٩ و ١٠ من عام ١٩٩٠م)، وبعد قيام الباحثين بإجراء الاتصالات اللازمة ومقابلة بعض المسؤولين عن برامج الرعاية الصحيّة الأوليّة بمدينتي الرياض وجدة، لشرح طبيعة الدراسة وأهدافها وأهميتها .

هذا وقد بلغ عدد النسخ المعادة من الاستبانات الموزعة في المرحلة النهائية من جمع البيانات ٤٠٥ استبانة، أي أن نسبة الاستجابة كانت عالية (٨١٪) . وكان عدد الاستبانات الكاملة والصالحة للتحليل ٣٦٤ استبانة، كالتالي: ١٨٠ نسخة من عينة

الرياض، ١٨٤ من عينة جده. أي أن النسبة الكلية للمشاركين في الدراسة كانت ٧٣٪، وهذه نسبة عالية بالنسبة لهذا النوع من الدراسات. أما بقية الاستبانات فقد كانت ناقصة الإجابات ومن غير الممكن إكمالها، وقد تم استبعادها من التحليل.

### معالجة البيانات

تمت مراجعة الاستبانات المجموعة واختبارها للتأكد من صلاحيتها للتحليل، ثم أجريت عملية تكويد الاستبانات للفهرسة أو ما يعرف بالترميز (Coding)، لضمان سلامة ودقة تفرغ البيانات في الحاسب الآلي. وقد استخدمت مجموعة البرامج الجاهزة والمعروفة باسم «نظام التحليل الإحصائي» (statistical analysis system) حيث تم إجراء العمليات الإحصائية الوصفية (التوزيع التكراري والنسب المئوية) والتحليلية ( $\chi^2$ ) أو (كا) تربيع، لمعرفة تأثير بعض المتغيرات المستقلة مثل السن والنوع والمؤهلات الدراسية والخبرة، ونوع الوظيفة، ومجال الدورات التدريبية التي حصل عليها العاملون بالمراكز الصحية على مفهومهم لمشاركة المجتمع.

### تحليل البيانات ونتائج الدراسة

سنعرض في هذا القسم النتائج التي أظهرها البحث الشامل فيما يتعلق بمفاهيم العاملين بالمراكز الصحية بمدينة الرياض وجدة عن المشاركة في برامج الرعاية الصحية الأولية، وتأثير بعض خصائص العاملين بالمراكز الصحية في مفهومهم للمشاركة.

أولاً: مفاهيم العاملين عن مشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية  
اختر الباحثان مجموعة من المفاهيم الخاصة بمشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الأولية التي تعبر عن آراء العديد من الكتاب والمهتمين بالشؤون الصحية فضلاً عن التجارب التي مرت بها بعض الدول والمنظمات الدولية التي أشرنا إليها في القسم الخاص بالإطار النظري من هذه الدراسة.

وقد قام الباحثان بتصنيف هذه الآراء وتقسيمها إلى ثمانية مفاهيم، مع ترتيبها بطريقة تنازلية بحيث يعكس الأول منها أعلى مستوى من مستويات المشاركة، وهو ما يُعبر عنه



مفهوم منظمة الصحة العالمية عن المشاركة (المفهوم رقم ١) ، وتدرج مستويات المشاركة بعد ذلك تنازلياً إلى أن تصل إلى المفهوم رقم (٨) لمن لم يُكوّن بعد رأياً محدداً في موضوع المشاركة . ويبين الجدول رقم ٣ المفاهيم الثمانية المشار إليها والنسبة المئوية من المجيبين التي اختارت كل مفهوم في مدينتي الرياض وجدة .

جدول رقم ٣ . توزيع المفاهيم المختلفة للمشاركة بين العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة .

جدة		الرياض		مفاهيم المشاركة في الرعاية الصحية الأولية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
٤٦,٢	٨٥	٥٣,٣	٩٦	١ - المفهوم الشامل
٤,٩	٩	١٣,٣	٢٤	٢ - المفهوم المساند
٢١,٧	٤٠	٧,٨	١٤	٣ - مفهوم السلوك الصحي الرشيد
١,٦	٣	٢,٢	٤	٤ - مفهوم الاستخدام
١٤,٧	٢٧	٢,٢	٤	٥ - مفهوم التعاون
٧,٦	١٤	١٣,٣	٢٤	٦ - المفهوم الرسمي
—	—	١,١	٢	٧ - مفهوم اللجان
١,١	٢	٠,٦	١	٨ - لا يوجد مفهوم محدد
٢,٢	٤	٦,١	١١	٩ - غير موضح (لا إجابة)
٪١٠٠	١٨٤	٪١٠٠	١٨٠	المجموع

ويتضح من الجدول رقم ٣ أن الغالبية العظمى من المجيبين في مدينة الرياض (٥٣,٣٪) ، قد اختارت المفهوم الشامل لمشاركة المجتمع ، كما حصل هذا المفهوم في مدينة جدة على أعلى النسب (٤٦,٢٪) ، ويدل ذلك في مجمله على قدر عالٍ من الوعي بأسس ومتطلبات نجاح الرعاية الصحية الأولية بين العاملين في المراكز الصحية في المدينتين .

والملاحظ أن نسبة من اختاروا المفهوم الرسمي لمشاركة المجتمع (مفهوم وزارة الصحة)، هي ٣, ١٣٪ بمدينة الرياض، و ٦, ٧٪ في مدينة جدة، وهما نسبتان ضئيلتان، بالنظر إلى أن المجيبين هم من العاملين في المراكز الصحية القائمين على تنفيذ برامج الرعاية الصحية الأولية. وفي رأينا أن ذلك يعكس الحاجة الماسة إلى مزيد من التفاعل والاتصال بين الإدارة المركزية المسؤولة عن الرعاية الصحية الأولية والعاملين في المراكز الصحية وزيادة مشاركة هؤلاء العاملين في وضع السياسات والأهداف.

أما المفاهيم الستة الباقية، فقد توزعت عليها أصوات المجيبين بنسب متفاوتة تتراوح في مدينة الرياض بين ٦, ٠٪ لمن لم يُكوّنوا بعد مفهوماً محدداً عن المشاركة إلى أن تصل النسبة ٣, ١٣٪ لمن اختاروا مفهوم المساندة. أما في مدينة جدة، فتتراوح النسب من ١, ١٪ لمن لم يُكوّنوا بعد رأياً محدداً إلى أن تصل إلى ٧, ٢١٪ لمفهوم السلوك الصحي الرشيد.

#### ثانياً: تأثير خصائص العاملين في مفهومهم لمشاركة المجتمع

ولفهم تأثير بعض خصائص العاملين بالمراكز الصحية بمدينة الرياض وجدة في مفهومهم لمشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية، فقد تم إجراء اختبار (كا) تربيع لقياس مدى تأثير مفهوم المشاركة كمتغير تابع ببعض خصائص العاملين كمتغيرات مستقلة (الجنسية، والنوع، والعمر، والخبرة، والمؤهلات الدراسية، ونوع الوظيفة، والدورات التدريبية في التخصص الوظيفي، وفي الرعاية الصحية، وفي مشاركة المجتمع، وفي الإحصاء والمسوح الصحية، وفي المجالات الأخرى).

وحتى يمكن استخدام اختبار (كا) تربيع لقياس تأثير خصائص العاملين في مفهوم المشاركة، ولتفادي تشتت الإجابات بين عدد كبير من المتغيرات، فقد استقر رأي الباحثين على دمج مجموعات المتغيرات الآتية:

#### ١ - مفهوم المشاركة

حيث تم دمج المفاهيم التي سبقت الإشارة إليها في فئتين رئيسيتين، هما:

المفهوم الشامل . الذي يمثل مفهوم منظمة الصحة العالمية وقد حصل هذا المفهوم على أعلى نسبة في الاجابات في مدينة الرياض (٣, ٥٣٪) ومدينة جدة (٢, ٤٦٪).

المفهوم المساند . وقد اشتمل هذا المفهوم على المفاهيم السبعة الأخرى للمشاركة باعتبار أنها مفاهيم مترابطة ومساندة لبعضها البعض .

### ٢ - المؤهل الدراسي

وقد أدمجت فئات المؤهلات الدراسية السبعة المذكورة في الاستبانة في أربع فئات رئيسة، هي : المؤهلات العليا، المؤهل الجامعي، دبلوم صحي بعد الثانوية، والثانوية أو الدبلوم الصحي بعد الكفاءة .

### ٣ - الوظيفة

وقد تم دمج الوظائف التسعة المذكورة في الاستبانة في خمسة أقسام رئيسة هي : إدارية، طبية، فنية، مساندة وتمريضية .

وسوف نشرح فيما يلي باختصار نتائج اختبارات (كا) تربيع النهائية التي جاءت في إثنين وعشرين جدولاً إحصائياً أعدت لقياس تأثير مفهومي المشاركة الرئيسين (المفهوم الشامل والمفهوم المساند) ببعض خصائص العاملين في المراكز الصحية بمدينة الرياض وجدة .

#### نتائج اختبارات (كا) تربيع في مدينة الرياض

يتضح من ملخص النتائج الإحصائية لاختبارات (كا) تربيع الموضحة في الجداول أرقام ٤، ٥ و ٦ أن المتغيرين (الجنسية والمؤهل الدراسي) لهما تأثير جوهري في مفهوم العاملين بمدينة الرياض للمشاركة، حيث أظهرت النتائج ما يلي :

جدول رقم ٤ . ملخص نتائج اختبار (كا) تربيع بين خصائص العاملين بالمراكز الصحية ومفاهيم المشاركة المختارة في مدينة الرياض (ن=١٨٠).

المتغيرات المستقلة	قيمة كا تربيع	درجات الحرية	ن	%	قيمة P	الدلالة عند ٠,٠٥ (*)
الجنسية	٨,٩	١	١٧٩	٩٩	٠,٠٠٣	دالة
النوع	٠,٨٩٩	١	١٧٩	٩٩	٠,٣٤٣	غ. دالة
العمر	٢,١٥	٣	١٨٠	١٠٠	٠,٥٠٣	غ. دالة
الخبرة	٣,٥٣	٣	١٧٩	٩٩	٠,٣١٨	غ. دالة
المؤهلات الدراسية	٩,٩٤	٣	١٧٥	٩٧	٠,٠١٩	دالة
الوظيفة (العمل)	٤,٢٧	٤	١٦٨	٩٣	٠,٣٧١	غ. دالة
دورات في التخصص الوظيفي	١,٩٩	١	١٨٠	١٠٠	٠,١٥٩	غ. دالة
دورات في الرعاية الصحية الأولية	٠,٢٣	١	١٨٠	١٠٠	٠,٦٢٨	غ. دالة
دورات في المشاركة	٢,٧	١	١٨٠	١٠٠	٠,١٠٠	غ. دالة
دورات في الإحصاء	٠,٨٤	١	١٨٠	١٠٠	٠,٣٥٨	غ. دالة
دورات في مجالات أخرى	٠,١٠٩	١	١٨٠	١٠٠	٠,٧٤١	غ. دالة

(\*) الدلالة الإحصائية تعني أننا نرفض فرضية العدم (لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل خاصية من خصائص العاملين بالمراكز الصحية بمدينة الرياض، ومفهومهم لمشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية).

جدول رقم ٥ . أثر الجنسية في اختيار مفهوم المشاركة بمدينة الرياض.

الجنسية	المفهوم الشامل	المفاهيم الأخرى	المجموع
سعودي	٢٠	٣٥	٥٥
	١١,١٧	١٩,٥٥	٣٠,٧٣
	٣٦,٣٦	٦٤,٦٣	
	٢١,٠٥	٤١,٦٧	

الجنسية	المفهوم الشامل	المفاهيم الأخرى	المجموع
غير سعودي	٧٥	٤٩	١٢٤
	٤١,٩٠	٢٧,٣٧	٦٩,٢٧
	٦٠,٤٨	٣٩,٥٢	
	٧٨,٩٥	٥٨,٣٣	
المجموع	٩٥	٨٤	١٧٩
	٥٣,٠٧	٤٦,٩٣	١٠٠
مستوى الدلالة	قيمة P	كا تربع	درجات الحرية
٠,٠٥	٠,٠٠٣	٨,٩٠	١

جدول رقم ٦ . أثر المؤهل الدراسي في اختيار مفهوم المشاركة بمدينة الرياض .

المؤهل الدراسي	المفهوم الشامل	المفاهيم الأخرى	المجموع
مؤهلات عليا	١١	١	١٢
	٥,٢٩	٠,٥٧	٦,٨٥
	٩١,٦٧	٨,٣٣	
	١١,٨٣	١,٢٢	
مؤهل جامعي	٤٦	٣٧	٨٣
	٢٦,٢٩	٢١,١٤	٤٧,٤٣
	٥٥,٤٢	٤٤,٥٨	
	٤٩,٤٦	٤٥,١٢	
دبلوم صحي بعد الثانوية	٢٠	٢١	٤١
	١١,٤٣	١٢,٠٠	٢٣,٤١
	٤٨,٧٨	٥١,٢٢	
	٢١,٥١	٢٥,٦١	

المؤهل الدراسي	المفهوم الشامل	المفاهيم الأخرى	المجموع
ثانوية أودبلوم	١٦	٢٣	٣٩
صحي بعد الكفاءة	٩, ١٤	١٣, ١٤	٢٢, ٢٩
	٤١, ٠٣	٥٨, ٩٧	
	١٧, ٢٠	٢٨, ٠٥	
المجموع	٩٣	٨٢	١٧٥
	٥٣, ١٤	٤٦, ٨٦	١٠٠
مستوى الدلالة	قيمة P	كا تربيع	درجات الحرية
٠, ٠٥	٠, ٠١٩	٩, ٩٣٨	٣

### الجنسية

يبين الجدولان رقمي ٤ و ٥ أن قيمة (P) هي ٠, ٠٠٣ أي أقل من مستوى الدلالة الإحصائية (٠, ٠٥)، وهذا يعني أن متغير الجنسية (سعودي / غير سعودي) له تأثير جوهري في مفهوم العاملين للمشاركة، حيث إن غالبية العاملين بالمراكز الصحية من غير السعوديين من جنسيات مختلفة، مما يترتب عليه تفاوت النظر إلى موضوع المشاركة. كما أن الجداول التفصيلية تبين أن نسبة غير السعوديين الذين اختاروا المفهوم الشامل للمشاركة (حوالي ٤٢٪) تزيد كثيراً على نسبة السعوديين الذين اختاروا هذا المفهوم (١١٪)، مما يمكن تفسيره بأن غالبية غير السعوديين العاملين بالمراكز الصحية من الأطباء وأصحاب المؤهلات العليا الذين تتوافق توجهاتهم مع المفهوم الشامل للمشاركة بعكس العاملين السعوديين الذين يتركزون في حملة المؤهلات الأقل.

### المؤهل الدراسي

يبين الجدولان ٤، ٦ أن قيمة (P) هي ٠, ٠١٩، أي أقل من المستوى ٠, ٠٥، وهذا يعني أن المؤهلات الدراسية لها تأثير جوهري في مفهوم العاملين للمشاركة. إذ أن ٩٢٪ من حاملي المؤهلات العليا، و ٥٥٪ من الجامعيين يتبنون المفهوم الشامل، بينما يتبنى ٤٩٪ من

الحاصلين على الدبلوم الصحي (بعد الكفاءة) هذا المفهوم، في الوقت الذي تزيد فيه نسبتهم التي اختارت المفهوم المساند إلى ٥١٪ من حملة الدبلوم الصحي بعد الثانوية، حوالي ٥٩٪ من حملة الثانوية أو الدبلوم الصحي بعد الكفاءة. وتوضح هذه النتائج أن اتجاه العلاقة بين هذا المتغير واختيار مفهوم للمشاركة يميل إلى المفهوم الشامل بين حملة المؤهلات العالية، بعكس حملة المؤهلات الأقل الذين يميلون لتبني المفهوم المساند.

### نتائج اختبارات (كا) تربيع في مدينة جدة

أظهرت نتائج اختبارات (كا) تربيع الموضحة بالجدول أرقام (٧)، (٨) و (٩) أن المتغيرين التاليين لهما تأثير جوهري (ذو دلالة إحصائية) في مفهوم العاملين بالمراكز الصحية لمشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية، وهما:

جدول رقم ٧. ملخص نتائج اختبار (كا) تربيع بين خصائص العاملين بالمراكز الصحية ومفهومهم لمشاركة المجتمع في برنامج الرعاية الصحية الأولية لمدينة جدة (ن=١٨٤).

المتغيرات المستقلة	قيمة كا تربيع	درجات الحرية	ن	%	قيمة P	الدلالة عند ٠,٠٥ (*)
الجنسية	٠,٧٢	١	١٨٣	٩٩	٠,٣٩٦	غ. دالة
النوع	٢,٩٣	١	١٨٣	٩٩	٠,٠٨٧	غ. دالة
العمر*	١,٤٦	٣	١٨٤	١٠٠	٠,٦٩٢	غ. دالة
الخبرة	١,٦٥	٣	١٨٣	٩٩	٠,٦٤٩	غ. دالة
المؤهلات	٣,٠٥	٤	١٨٠	٩٨	٠,٥٤٩	غ. دالة
نوع الوظيفة	٨,٠٤	٣	١٧٦	٩٦	٠,٠٤٥	دالة
دورات في التخصص الوظيفي	٠,٤٧٦	١	١٨٤	١٠٠	٠,٤٩٠	غ. دالة
دورات في الرعاية الصحية الأولية	٤,٧٢٦	١	١٨٤	١٠٠	٠,٠٣٠	دالة
دورات في المشاركة	٠,٠٨٨	١	١٨٤	١٠٠	٠,٧٦٦	غ. دالة
دورات في الاحصاء	١,٨٧٤	١	١٨٤	١٠٠	٠,١٧١	غ. دالة
دورات في مجالات أخرى	٠,٠٠٤	١	١٨٤	١٠٠	٠,٩٤٩	غ. دالة

(\*) الدلالة الإحصائية تعني أننا نرفض فرضية العدم (لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل خاصية من خصائص العاملين بالمراكز الصحية بمدينة جدة ومفهومهم لمشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية).

جدول رقم ٨ . أثر التدريب في مجال الرعاية الأولية في اختيار مفهوم المشاركة بمدينة جدة .

المجموع	المفاهيم الأخرى	المفهوم الشامل	الدورات في مجال الرعاية الصحية الأولية
١١٩	٥٧	٦٢	نعم
٥٤,٦٧	٣٠,٩٨	٣٣,٧٠	
	٤٧,٩٠	٥٢,١٠	
	٥٧,٥٨	٧٢,٩٤	
٦٥	٤٢	٢٣	لا
٣٥,٣٣	٢٢,٨٣	١٢,٥٠	
	٦٤,٦٢	٣٥,٣٨	
	٤٢,٤٢	٢٧,٠٦	
١٨٤	٩٩	٨٥	المجموع
١٠٠	٥٣,٨٠	٤٥,٢٠	
درجات الحرية	كارتريبع	قيمة P	مستوى الدلالة
١	٤,٧٢٥	٠,٠٣٠	٠,٠٥

جدول رقم ٩ . أثر الوظيفة في اختيار مفهوم المشاركة بمدينة جدة .

المجموع	المفاهيم الأخرى	المفهوم الشامل	نوع الوظيفة
٣٠	١٤	١٧	وظائف إدارية
١٧,٦١	٧,٩٥	٩,٦٦	
	٤٥,١٦	٥٤,٨٤	
	١٥,٠٥	٢٠,٤٨	
٤٢	٢٦	١٦	وظائف طبية
٢٣,٨٦	١٤,٧٧	٩,٠٩	



نوع الوظيفة	المفهوم الشامل	المفاهيم الأخرى	المجموع
	٣٨,١٠	٦١,٩٠	
	١٩,٢٨	٢٢,٥٨	
وظائف فنية	٩	٢١	٣٠
	٥,١١	١١,٩٣	١٧,٠٥
	٣٠,٠٠	٧٠,٠٠	
	١٠,٨٤	٢٢,٥٨	
وظائف تمريضية	٤١	٣٢	٧٣
	٢٣,٣٠	١٨,١٣	٤١,٤٨
	٥٦,١٦	٤٣,٨٤	
	٤٩,٤٠	٣٤,٤١	
المجموع	٨٣	٩٣	١٧٥
	٤٧,١٦	٥٢,٨٤	١٠٠
مستوى الدلالة	قيمة P	كارتبيع	درجات الحرية
٠,٠٥	٠,٠٤٥	٨,٠٣٩	٣

### الدورات التدريبية في مجال الرعاية الصحية الأولية

حيث إن قيمة  $P = ٠,٠٣٠ > ٠,٠٥$  بما يعني أن حصول العامل على تدريب في مجال الرعاية الصحية الأولية له تأثير جوهري في اختياره لمفهوم المشاركة. وتبين الجداول التفصيلية أن حوالي ٧٣٪ ممن اختاروا المفهوم الشامل حصلوا على هذا النوع من التدريب، بينما نجد أن ٢٧٪ منهم لم يحصلوا على هذا التدريب.

### الوظيفة (العمل)

حيث إن قيمة  $P = ٠,٠٤٥ > ٠,٠٥$ ، بما يعني أن طبيعة العمل الذي يؤديه العامل لها أثر جوهري في اختياره لمفهوم المشاركة. وقد اتضح أن أكثر الفئات اعتناقاً للمفهوم

الشامل هم شاغلو الوظائف التمريضية (٤٩٪)، يليهم شاغلو الوظائف الإدارية (٢١٪)، ثم الوظائف الطبية (١٩٪)، ثم الوظائف الفنية (١١٪). وبداخل كل فئة وظيفية نجد أن غالبية الإداريين قد اختاروا المفهوم الشامل (٥٥٪)، وكذلك الحال بالنسبة للتمريض (٥٦٪)، بينما اختار أغلب الأطباء (٦٢٪) والفنيين (٧٠٪) المفهوم المساند.

وبمقارنة نتائج اختبارات (كا) تربيع لكل من المدينتين، يتضح أن المتغيرين: الجنسية والمؤهل الدراسي لهما تأثير جوهري في مفهوم المشاركة لدى العاملين بمدينة الرياض، بينما ظهر في مدينة جدة أن الوظيفة التي يشغلها العاملون بالمراكز الصحية، والدورات التدريبية التي يلتحقون بها في مجال الرعاية الصحية الأولية كان لهما تأثير جوهري في مفهوم العاملين بالمراكز الصحية لمشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية.

#### الخلاصة وتوصيات الدراسة

بيّنت الدراسة أن نسبة العاملين بالمراكز الصحية الذين اختاروا المفهوم الشامل للمشاركة هي نسبة عالية. ويعكس ذلك قدرًا كبيرًا من الوعي بمتطلبات نجاح برامج الرعاية الصحية الأولية، ومن المعرفة بوجهة نظر منظمة الصحة العالمية. ومن المفيد البناء على هذا الأساس المعرفي واستخدامه كنقطة انطلاق نحو تصميم وتنفيذ الاستراتيجيات اللازمة لتطوير وتشجيع المشاركة.

وقد اختارت نسبة قليلة من هؤلاء العاملين المفهوم الذي تبناه وزارة الصحة عن المشاركة، ربما عن عدم اقتناعها بأنه هو المفهوم الذي يؤدي إلى تشجيع وتطوير تلك المشاركة. لذلك يوصي الباحثان بضرورة الاهتمام بتطوير المفهوم الذي تبناه الوزارة عن مشاركة المجتمع ليكون أكثر اتساقًا مع مريثات العاملين بالمراكز، ومع مفهوم منظمة الصحة العالمية. كما يتطلب الأمر الإعلان عن المفهوم الجديد بصورة رسمية حتى يطمئن العاملون بالمراكز إلى مساندة الدولة لهم، كما أنه سيشجع الكثير من المواطنين على التقدم لخدمة مجتمعهم.

كما بيّنت الدراسة أن متغيّرات الجنسية، والمؤهلات الدراسية، ونوع الوظيفة، والدورات التدريبية التي تعطي للعاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية كان لها تأثير جوهري في مفهوم العاملين لمشاركة المجتمع في برامج الرعاية الصحية الأولية. لذلك يرى الباحثان ضرورة تدعيم المراكز الصحية السعودية بالأفراد الذين يؤمنون بالمباديء والأفكار والاتجاهات التي تنطوي عليها الرعاية الصحية الأولية، ولا بد أن يكون هؤلاء الأفراد ممن يقبلون عن اقتناع فكرة مشاركة المجتمع. ومن الأفضل دائماً أن يكون الاعتماد على العمالة الصحية السعودية والعربية المؤهلة، وذلك لأهمية التفاعل والحوار مع أفراد المجتمع وقياداته في مراحل العمل كافة.

وإن التدريب والتعليم المستمر لأفراد الرعاية الصحية الأولية يعتبر من العناصر الأساسية لتطوير معارف هؤلاء الأفراد، كما أن بعض البرامج التدريبية يمكن أن تساعد على إحداث تغيير في اتجاهات الأفراد نحو قضايا ومفاهيم معينة، والمهم في هذا المجال هو ارتباط المحتوى التدريبي وأسلوب التدريب المستخدم بأهداف الرعاية الأولية وباحتياجات المجتمع، حيث إن الدورات التدريبية المقدمة في مختلف المجالات الصحية لا تزال محدودة أو غير متوافرة. كما أنه من المهم جدّاً التركيز على التدريب والتعليم المستمر لجميع العاملين في المراكز الصحية خصوصاً للعنصر النسائي في المراكز (سواء الطبييات أو الممرضات أو الأخصائيات الاجتماعيات أو الزائرات الصحيّات)، باعتبار أن غالبية المراجعين للمراكز الصحية من النساء والأطفال.

## المراجع

- [ ١ ] World Health Organization, ALMA-ATA. "Primary Health Care." *The International Conference on Primary Health Care*, Jointly Sponsored by WHO and UNICEF, Geneva; World Health Organization, 1978.
- [ ٢ ] Walt, Gill and Patrick, Vaughan. *An Introduction to the Primary Health Care Approach in Developing Countries*. London: Ross Institute Publication, No. 13, 1981.

- [ ٣ ] Ministry of Health. *Assistant Under Secretariat for Curative Medicine, General Directorate of Health Centers, Primary Health Care manual for Health Centers Personnel*. Riyadh: Ministry of Health, 1986.
- [ ٤ ] The Kingdom of Saudi Arabia, Central Planning Organization, *First Development Plan, 1390-1395 A.H.* Riyadh: Central Planning Organization, 1970.
- [ ٥ ] The Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Planning. *Second Development Plan, 1395-1400 A.H. (1975-1980 A.D.)*. Riyadh: Ministry of Planning, 1975.
- [ ٦ ] The Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Planning. *Third Development Plan, 1400-1405 A.H. (1980-1985 A.D.)*. Riyadh: Ministry of Planning, 1980.
- [ ٧ ] The Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Planning. *Fourth Development Plan, 1405-1410 A.H. (1985-1990 A.D.)*. Riyadh: Ministry of Planning, 1985.
- [ ٨ ] The Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Planning. *Fifth Development Plan, 1410-1415 A.H. (1990-1995 A.D.)*. Riyadh: Ministry of Planning, 1990.
- [ ٩ ] البكر، محمد سالم. «أثر المتغيرات الإجرائية والتنظيمية في ترشيد الإنفاق في القطاع الصحي .» ورقة مقدمة إلى ندوة تفاعل الأجهزة والمؤسسات الحكومية مع متطلبات المرحلة الحالية للتنمية بالمملكة العربية السعودية، كلية العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، ٧-١٠ جمادي الأولى، ١٤١١هـ.
- [ ١٠ ] المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة. *التقارير الصحية السنوية*. من عام ١٤٠٠ إلى عام ١٤١٠هـ.
- [ ١١ ] World Health Organization. *Glossary of Terms Used in the Health for All Series No. 1-8*. Geneva: WHO, 1984.
- [ ١٢ ] Djukanovic, V., and Mack, E.P. (Eds.), *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries: A Joint UNICEF/WHO Study*. Geneva: WHO, 1975.
- [ ١٣ ] Bhatt, Anil and Maru Rushikesh, "Managing Community Involvement in Primary Health Care: A Review," in *Community Involvement in Primary Health Care*, Anil Bhat (Ed.) India, Ahmed Abad: Indian Institute of Management, March 1984.
- [ ١٤ ] Kapiro, Leo A. *Primary Health Care in Europe*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 1979.
- [ ١٥ ] O'Neil, Peter. *Health Crisis 2000*. London: William Heine mann Medical Books Ltd., 1983.

Hassouna, W. A. "Reaching the People: A Three-Country Study of Health Systems." *World* [١٦]

*Health Forum*, vol.4 (1985), 51-62.

Al-Mazrou, Yagob. *Awareness, Acceptance and Participation of Saudi Community in PHC Prog-* [١٧]

*ramme*. Riyadh: Ministry of Health, K.S.A., 1989.

## **The Prevailing Perceptions of Community Involvement Among Health Centers Personnel in Primary Health Care**

**Hussein M. Borie and Abdel-Salam H. Abdel-Hadi**

*Assistant Professor and Associate Professor,*

*Master's Program in Health and Hospital Administration,*

*College of Administrative Sciences, King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia*

(Received 22/6/1412 A.H.; Accepted for Publication 2/12/1412 A.H.)

**Abstract.** The purpose of this research is to identify the prevailing perceptions among health centers personnel in Riyadh and Jeddah cities about community participation in primary health care, and to determine the factors influencing those perceptions. Data for the research were obtained from a survey undertaken by researchers among all health manpower of a randomly selected sample of health centers in Riyadh and Jeddah. Data were analyzed using descriptive statistics (Frequency distributions and percentages) and Chi-square to test the relationship between selected variables and the prevailing perceptions among health centers personnel about community participation. Results show that nationality, educational level, training courses in primary health care, and type of job were statistically significant in influencing the prevailing perceptions of health centers personnel in Riyadh and Jeddah cities.