



الإدارة العامة

دورية علمية متخصصة ومحكمة
يصدرها كل ثلاثة أشهر معهد الإدارة العامة
الرياض - المملكة العربية السعودية

في هذا العدد:

- جريمة الاحتيال في السوق المالية وفقاً
للنظام السعودي.

د. محمد بن ناصر البجاد

- محددات جودة خدمات الرعاية الصحية
الأولية: دراسة نوعية.

د. حنان بنت عبدالرحيم الأحمدى

- إدارة الربح في الشركات السعودية.

د. محمد بن سلطان السهلي

- لقد حان الوقت لإدراك طريقة ذات مغزى
فوائد البحث السردي في بحوث الإدارة
العامة (الجزء الأول).

تأليف: سونيا م. أوسبينا وجنيفر دودج

ترجمة: سامح محمد رضا رياض

راجع الترجمة: محسن إبراهيم دسوقي

محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية دراسة نوعية

❖ د. حنان بنت عبدالرحيم الأحمدي

ملخص:

تسعى هذه الدراسة للتعرف على محددات جودة الرعاية الصحية الأولية من منظور القائمين على هذا القطاع من إدارات عليا ووسطى وتفيدية، ومقدمى الرعاية من الأطباء والفنيين فى مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. وتتبع الدراسة أحد أساليب البحث النوعى وهو النظرية المجذرة (Grounded Theory) أو المستمدة من الواقع، وذلك بإجراء مقابلات شخصية مع فئات متنوعة من العاملين والقائمين على هذا القطاع، كما تمت مراجعة الوثائق ذات العلاقة بمبادرات تطبيق الجودة فى هذا القطاع، إضافة إلى الملاحظة الدقيقة للبيئة المحيطة من خلال البحث الميدانى. واعتمدت المقابلات الشخصية على الأسئلة المفتوحة والتي تتركز حول أهم العوامل المؤثرة فى جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية وأهم مبادرات التطوير والتحسين فى هذا القطاع. وقد توصلت الدراسة إلى ستة محددات لتطبيق الجودة فى هذا القطاع وهى: القيادة، الثقافة التنظيمية، القياس والتحليل، نظم إدارة الجودة، تنمية القوى البشرية، التكامل والتسيق. وقد تضمنت كل من هذه المحددات عدداً من العناصر الفرعية التي تمثل عوامل مؤثرة بدورها فى جودة الرعاية الصحية الأولية. وبناء على نتائج الدراسة تم تحديد عدد من مقومات نجاح تطبيق الجودة فى هذا القطاع.

تُعدُّ مراكز الرعاية الصحية الأولية بوابة للخدمات الصحية فى المملكة العربية السعودية، ووسيلة هامة لتوفير الرعاية الصحية الأساسية لأكبر شريحة من أفراد المجتمع، وبأقل تكلفة ممكنة. وبالنظر إلى التوجهات القائمة فى المملكة نحو تخصيص القطاع الصحى وتطبيق أنظمة الضمان والتأمين الصحى والاهتمام المتزايد بترشيد استخدام المرافق الصحية؛ وفى ظل تزايد الطلب على الخدمات الصحية مع الزيادة المطردة للسكان، يتنامى دور الرعاية الصحية الأولية فى منظومة الخدمات الصحية بالمملكة. وفى ظل هذه المتغيرات يبرز الاهتمام بسبل تحسين أداء قطاعات الرعاية الصحية الأولية لتقوم بدورها ❖ أستاذ الإدارة الصحية المشارك - معهد الإدارة العامة بالرياض.

المنشود وتسهم فى تلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للمجتمع. من هذا المنطلق تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على محددات جودة الرعاية الصحية الأولية، وذلك باستخدام منهجية البحث النوعى.

مشكلة الدراسة:

تمثل الرعاية الصحية الأولية جزءاً أساسياً من النظام الصحى فى أى دولة، إذ إنها تهدف إلى مواجهة المشكلات الصحية الأساسية فى المجتمع من خلال تقديم الخدمات التوعوية والوقائية والعلاجية والتأهيلية اللازمة لذلك. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية تعرف الرعاية الصحية الأولية بأنها "الرعاية الأساسية التى تقدم بشكل واسع لأفراد المجتمع من خلال وسائل عملية موزوعة على أساس علمى ومقبولة لدى أفراد المجتمع وفى متناولهم ومن خلال مشاركتهم الفعالة وبتكلفة يستطيع المجتمع والدولة ككل تحملها فى كل مرحلة من مراحل التنمية، وبروح الاعتماد على النفس والمثابرة".

تبنت المملكة العربية السعودية مفهوم الرعاية الصحية الأولية منذ بداية الاهتمام العالمى بهذا المفهوم وذلك باعتبارها إحدى الدول المشاركة فى صياغة إعلان ألما آتا الصادر عن الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية فى اجتماعها المنعقد عام ١٩٧٨م فى مدينة ألما آتا الروسية، والذى دعى إلى اعتماد الرعاية الصحية الأولية كوسيلة لتحقيق هدف "الصحة للجميع بحلول العام ٢٠٠٠م".

منذ ذلك الحين حرصت المملكة على تطبيق ودعم رسالة الرعاية الصحية الأولية و تضمينها خطة التنمية الخمسية الرابعة (١٤٠٥-١٤١٠هـ) وجميع خططها التالية إلى أن أصبحت الرعاية الصحية الأولية اليوم إحدى الركائز الأساسية للنظام الصحى فى المملكة، إذ يبلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية فى العام ١٤٢٣هـ (١٨٠٤) مراكز يخدم كل منها نحو (١١٨٨٩) نسمة من السكان (وزارة الصحة، ١٤٢٣هـ).

ويحظى موضوع جودة الرعاية الصحية عامة والرعاية الصحية الأولية خاصة باهتمام القائمين على القطاع الصحي في المملكة، مما تبلور في العديد من الجهود والمحاولات للارتقاء بأدائها. عليه، تسعى هذه الدراسة من خلال تطبيق منهجية البحث النوعي إلى التعرف على محددات جودة الرعاية الصحية الأولية من منظور القائمين على هذا القطاع من إدارات عليا ووسطى وتنفيذية، ومقدمي الرعاية من الأطباء والفنيين. وتسعى الدراسة للإجابة عن التساؤل البحثي التالي:

ما محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر مقدمي الرعاية (الأطباء والمرضى والفنيين)، والقائمين على هذا القطاع (من قيادات عليا ووسطى وتنفيذية) في مدينة الرياض - المملكة العربية السعودية؟

مراجعة الأدبيات:

تعد مراجعة الأدبيات المتخصصة من ركائز البحث النوعي، إذ وبالرغم من عدم اعتماد هذا النوع من البحوث إطار نظري محدد سلفاً، إلا أنه غالباً يبدأ باستكشاف حدود المعرفة الراهنة في موضوع البحث للاستفادة منها في تحديد الإطار الأولي لجمع المعلومات، ومن ثم تفسير النتائج ومقارنتها. ولهذا الغرض تم تصنيف أدبيات الدراسة إلى فئتين: الأولى تتضمن الدراسات السابقة التي اتبعت منهج البحث النوعي في دراسة الرعاية الصحية الأولية، والثانية الدراسات المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية.

الدراسات التي اتبعت منهج البحث النوعي:

يعد منهج البحث النوعي أحد أبرز المداخل البحثية المستخدمة في دراسة جودة الرعاية الصحية الأولية، باعتباره ملائماً لأغراض الحصول على معلومات متعمقة حول ظاهرة معينة. وقد سعت هذه الدراسة إلى مراجعة أبرز الدراسات السابقة التي اتبعت أسلوب البحث النوعي في التعرف على محددات جودة

الرعاية الصحية الأولية من منظور العاملين والقائمين على هذه الخدمات، وذلك بهدف الاستفادة منها في تحديد الإطار المنهجي لهذه الدراسة.

في دراسة نوعية حول مؤشرات أداء خدمات الرعاية الصحية في بريطانيا أجراها (Proctor, and Campbell, 1999) تم إجراء سبع وعشرين مقابلة شخصية مع أحد عشر من مقدمي الرعاية بجميع فئاتهم لاستقصاء آرائهم حول ما يمكن أن تتضمنه مؤشرات الأداء. توصلت الدراسة إلى أهمية أن يشتمل إطار تقييم الرعاية الصحية الأولية على سبعة عناصر للتقييم وهي: تجربة المريض، الأنشطة الإكلينيكية، تحسين وتطوير الخدمات، سهولة الحصول على الخدمة، تعزيز المستوى الصحي للمجتمع، الكفاءة، تحسين مخرجات الرعاية. وقد تميزت الدراسة بالعمق في التحليل والطرح باستخدام نموذج النظرية المجذرة للبحث النوعي.

أجرى (Stevenson, Baker, Farooqi, Sorrie, and Khunti, 2001) دراسة نوعية أخرى لتحديد أهم الخصائص الواجب توافرها لنجاح عملية تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأطباء والممرضين العاملين في مجال الرعاية الأولية في مقاطعة (Leeds) بالمملكة المتحدة. وجدت الدراسة أن نجاح التقييم يعتمد على عدة خصائص أبرزها: شعور العاملين بأنهم شركاء في عملية التقييم، وأن روح الفريق تسود المنظمة، وقناعتهم بالحاجة إلى خطة منظمة لرفع مستوى الجودة وتجاوز أية عقبات تعترض ذلك، ووجود اتجاهات إيجابية تجاه المراقبة المستمرة للجودة.

وللتعرف على معوقات تطبيق منهجيات تحسين الجودة في قطاعات الرعاية الصحية الأولية أجرى (Marshall, 1999) دراسة نوعية باستخدام منهج دراسة الحالة على عينة من القيادات العليا والتنفيذية في مجال الرعاية الأولية في المملكة المتحدة. تم في هذه الدراسة تحديد سبعة معوقات هي: غياب الخطط الإستراتيجية للرعاية الأولية، تضارب أولويات القائمين على القطاع، حساسية

العاملين في المجال الطبي، عدم توافر المعلومات وتدنى جودة المعلومات الطبية، عدم توافر السلطة اللازمة لإجراء التغيير، عدم وضوح الأدوار والمسئوليات الخاصة بالمديرين، وعزلة قطاعات الرعاية الأولية عن بعضها بالرغم من أنها تواجه تحديات مشتركة. وأشار الباحث إلى أن اختياره للبحث النوعي أسهم في الحصول على معلومات متعمقة وتفصيلية عن قضايا حساسة ومن فئات يصعب الوصول إليها كالقيادات العليا والتنفيذية.

ولتقييم نظام الحكم الإكلينيكي والذي يمثل أحد أشكال أنظمة إدارة الجودة في المملكة المتحدة، أجرى (Campbell, Sheaf, Sibbled, Marshall, et al. 2002) دراسة باستخدام منهج البحث النوعي من خلال المقابلة الشخصية شبه المقننة مع عينة مكونة من (٥٠) من القيادات العليا والتنفيذية. وجدت الدراسة أن تطبيق منهج الحكم الإكلينيكي يتطلب تهيئة ثقافية وتغيير الثقافات السائدة وتغيير الجوانب التنظيمية في هذا القطاع إلى جانب توفير الدعم لمراكز الرعاية الأولية. كما وجدت الدراسة أن من مميزات نظام الحكم الإكلينيكي أنه يتضمن بالإضافة إلى العناصر التقليدية كالتقييم والرقابة عناصر إضافية تعتمد على التعلم التنظيمي والجماعي، إلا أن تطبيقه يواجه عدة عوائق وهي: العوائق الهيكلية، وعوائق متعلقة بالإمكانات، وعوائق ثقافية، لذلك توصى الدراسة باتباع مداخل تطويرية داعمة من خلال مشاركة العاملين.

ولتحديد مفهوم الفعالية (Effectiveness) من منظور الأطباء، قام (Tomlin, Humphrey, and Rogers, 1999) بإجراء دراسة نوعية من خلال المقابلة الشخصية المقننة لعينة من (٢٤) من الممارسين العاملين في ثمانية مراكز للرعاية الأولية في المملكة المتحدة. أظهرت الدراسة وجود ثلاثة مداخل لتعريف فعالية الرعاية الصحية من منظور الأطباء: مدخل متعلق بالجوانب الإكلينيكية، وآخر متعلق بالمرضى، والثالث يتعلق باستخدام الموارد. ثم سعت الدراسة بعد ذلك إلى التعرف على مسببات عدم التزام الأطباء بمفهومهم للفعالية، وتوصلت إلى أن الأسباب تعود في الدرجة الأولى لعوامل مرتبطة بالمريض يلي ذلك ضيق الوقت،

ونقص المهارة والمعرفة، ونقص الإمكانيات، و"القصور البشري". كما سعت الدراسة للتعرف على مصادر المعلومات التي يستند إليها الأطباء في حال عدم التأكد من الأسلوب الأمثل للعلاج، ووجدت أن الأطباء يرجعون في غالب الأمر لزملائهم في العيادة أو في المستشفى للنصح والمشورة في مثل هذه الأحوال. أما عن محركات التغيير في أساليب الممارسة بين الأطباء فقد تركزت على الملاحظة والاحتكاك مع الأطباء الآخرين وبخاصة في المستشفى، إضافة إلى الاطلاع على الأدبيات العلمية. وانتهت الدراسة إلى أن الافتراضات التي يقوم عليها الطب المستند إلى الدلائل العلمية لا تمثل قناعة مشتركة وواسعة الانتشار بين أطباء الرعاية الأولية مما يمثل عائقاً أمام تطبيقها (Tomlin et al.1999).

دراسات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية:

للتعرف على خصائص وسمات قطاع الرعاية الصحية الأولية في المملكة، وتحديد أهم مقومات ومعوقات تحقيق الجودة فيه، تم حصر الدراسات السابقة المتعلقة بجودة الرعاية الصحية واختيار أكثرها ارتباطاً بموضوع هذه الدراسة لإدراجه ضمن أديباتها. حظت الرعاية الصحية الأولية باهتمام العديد من الباحثين في المملكة العربية السعودية، إلا أن أيًا منهم لم ينظر للجودة باعتبارها مفهوماً شاملاً، وإنما جاء التركيز على بعض المتغيرات ذات العلاقة بالجودة، ومن ذلك، دور القيادات، بيئة العمل، الفعالية الإكلينيكية، الطب المستند إلى الدلائل العلمية، وتنمية الموارد البشرية. وسيتم فيما يلي استعراض أهم نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بهذه المتغيرات التي شملتها الدراسة الحالية.

تعد القيادات المحرك الأول للجودة في القطاع الصحي، إلا أن الدلائل تشير إلى وجود العديد من المعوقات التي تمنع المديرين في مستويات مختلفة من أداء الدور المنشود في دعم تطبيق الرعاية الصحية الأولية ومنها: فقدان استقلالية القرارات، نقص المعلومات، ارتفاع معدلات الدوران الوظيفي، عدم مشاركة المجتمع، ضغوط العمل، قصور التنسيق، عدم وضوح المسؤوليات والوصف

الوظيفي، والتفاوت الملحوظ في مهارات العاملين (Khoja and Kabbash, 1997) وبالرغم من اطلاع معظم مشرفي الرعاية الأولية على دليل الجودة المعتمد من وزارة الصحة، وإدراكهم لدورهم في تطوير مهارات العاملين وتوجيههم، إلا أن نسبة ضئيلة منهم لا تزال ترى أن مفهوم الإشراف يعنى البحث عن الأخطاء وحل المشكلات وانتقاد العاملين (Jarallah and Khoja, 1998). كما أن نسبة كبيرة منهم لم تتلق التدريب على المهارات الإدارية، ومعظمهم لا يحمل تأهيلاً عالياً، هذا إلى جانب أن دورهم محدود فيما يتعلق بوضع السياسات والتخطيط واستقطاب العاملين (Jarallah and Khoja, 1998).

تمثل بيئة وثقافة المنظمة أحد العوامل المؤثرة في نجاح مجهوات الجودة في القطاع الصحي. وتعد ضغوط العمل من أبرز سمات بيئة العمل في هذا القطاع نتيجة للعزلة المهنية التي يعيشها العاملون في هذا المجال وبخاصة الأطباء، وتأثير العمل على الحياة الأسرية، وكثرة شكاوى ومطالب المرضى وعدم تقديرهم، و تدنى مستوى الدخل (Al-Shammari, Khoja, Al-Subai, 1995).

ويعانى الأطباء من عدم توافر التجهيزات الطبية الأساسية، وكثرة المرضى وعدم القدرة على تطبيق الإجراءات الوقائية ومفاهيم الرعاية الصحية الأولية، وغالبيتهم لا يحملون مؤهلات عليا، ولم يتلقوا التدريب في مجال طب الأسرة والمجتمع، ويعانون من مشكلات التواصل مع المرضى، إذ إن حوالى ثلثهم لا يتكلم اللغة العربية (Kalantan , Al-Taweel, & Abdulghani, 1999). إضافة لهذا يرى الأطباء بأن الرعاية الصحية الأولية تحتل مكانة دونية بالمقارنة ببقية التخصصات الطبية وأنها لا تحظى بالتقدير الكافي من المجتمع (Kalantan et al. 1999).

ويواجه الأطباء الوافدون من مختلف الجنسيات - والذين يمثلون الأغلبية بين أطباء هذا القطاع - ضغوطاً أخرى مرتبطة باختلاف الثقافات والأمور المتعلقة بالتعاقدات السنوية والأمن الوظيفي (Al-Shammari et al. 1995). وتواجه فرق الرعاية الصحية في المناطق الريفية عدة صعوبات منها: نقص المرافق

والإمكانات الصحية، العوائق الثقافية وصعوبة التواصل والتفاهم مع أفراد المجتمع، وعورة الطرق، تدنى مستوى الوعى، العادات والتقاليد السلبية وعدم الالتزام بتعليمات الطبيب (Al-Khaldi, Al-Sharif, Al-Jammal, & Kisha, 2002).

يعد التوجه نحو تطبيق الطب المستند على البراهين أو الدلائل العلمية (Evidence Based Medicine) ووضع واستخدام البروتوكولات العلاجية من أسس برامج الجودة فى القطاع الصحى فى المملكة. وبالرغم من الاهتمام بهذا التوجه، إلا أن الدلائل تشير إلى أن الكثير من القرارات العلاجية لا تستند إلى الحقائق العلمية وقد تتنافى معها فى بعض الأحيان، ومن ذلك المبالغة فى وصف بعض الأدوية أو عدم وصف الأدوية الوقائية، وعدم مراعاة التفاعلات بين الأدوية واستخدام أدوية غير مناسبة للأطفال (Dashash And Mukhtar, 2003). وبالرغم من وجود اتجاهات إيجابية لدى الأطباء لتطبيق الطب المستند إلى الدلائل العلمية، إلا أن هناك معوقات تمنع تطبيقه ومنها: كثرة الأعباء، ضيق الوقت، عدم توافر المراجع العلمية، عدم توافر اتصال بشبكة الإنترنت، عدم الإلمام بالدوريات العلمية وقواعد المعلومات المختصة (Al-Ansary and Khoja, 2002).

حظى موضوع المبالغة فى صرف الأدوية وبخاصة المضادات الحيوية باهتمام الباحثين فى هذا المجال فى المملكة ومنهم (Ali et al. 1995) الذى بحث مبررات وصف الأدوية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية، ووجد أنه بالرغم من أن فى معظم الأحوال يوصف الدواء للمريض لدواعٍ طبية، إلا أن فى كثير من الأحيان يتم وصف الدواء بناء على رغبة المريض أو لمجرد إيجاد مبرر لزيارة الطبيب. وتشير الدراسات إلى أن معظم زيارات المراكز الصحية تنتهى بوصف الدواء، وأن معظم هذه الوصفات تتضمن مضاداً حيويًا (Al-Mahfouz, Shehata, Mandil, 1997; Faris & Al-Taweel, 1999). وقد وجد (Ali et al. (1995) أن نحو نصف الأطباء لا يحصلون على معلومات وافية حول الأدوية بشكل عام، وأن نسبة منهم تحصل على معلوماتها من مصادر محدودة منها الاجتماعات الدورية والمجلات ومن بعض مندوبى المبيعات.

ترتبط فعالية الرعاية الأولية بكفاءة الارتباط بين المراكز الصحية والمستشفيات العلاجية التي تمثل المستوى الثانى للرعاية. تشير الدلائل إلى تدنى معدلات إحالة المرضى للمستشفيات لمراجعة العيادات التخصصية أو التتويم أو إجراء الفحوصات التشخيصية أو غيرها، وبخاصة الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب إجراء فحوصات دورية منتظمة كمرض السكرى (Al-Khaldi and Khan, 2002). كما وجدت فروقات واضحة فى معدلات الإحالة سواء بين الأطباء فى تخصص واحد أو فى تخصصات مختلفة مما يؤكد وجود اختلافات فردية فى أسلوب الممارسة بين الأطباء (Khattab, Abolfotouh, Al-Khaldi, & Khan, 1999). هذا ويعد تدنى الاتصال والمراسلات والتوثيق بين المستشفى والمركز الصحى من أبرز مشكلات الإحالة مما يؤثر فى عملية متابعة العلاج (Al-Shehri, & Khoja, 1997; Khattab et al. 1999).

تعد إستراتيجيات تطوير الموارد البشرية أحد مقومات جهود التحسين المستمر. وتشير الدلائل إلى أن غالبية الأطباء فى المراكز الصحية لا يحملون مؤهلات عليا حتى فى مجال طب الأسرة والمجتمع (Kalantan et al. 1999, Al-Jarallah, Khoja, & Mirdad, 1998; Al-Shammari et al. 1994). وبالرغم من وجود اتجاهات إيجابية بين أطباء المراكز الصحية نحو المشاركة فى برامج التعليم المستمر، إلا أنهم يواجهون صعوبة فى الالتحاق بها نظراً لضيق الوقت وكثرة الأعباء (Kalantan et al. 1999, Jarallah et al. 1998, Al-Shammari, et al. 1994). كما وجد أن أكثر من نصف أطباء المراكز الصحية لم يحصل على إجازة لأغراض التدريب، ولا يتمكن من الاطلاع على المجالات الطبية المحلية (Al-Shammari, et al. 1994).

تمثل الاستشارة الطبية أو مقابلة المريض للطبيب أحد الجوانب التى تركز عليها مجهودات الجودة فى القطاع الصحى. وتشير الدلائل إلى أن متوسط الفترة التى تستغرقها مقابلة الطبيب للمريض فى المراكز الصحية يبلغ (58, 05) دقيقة، وهى مدة قصيرة بالمقارنة بالمعايير العالمية (Al-Faris et al. 1994). كما

وجد (Al-Shammari, 1989) أن مدة زيارة المريض للطبيب تزيد نتيجة لعدد من العوامل التي لا ترتبط بالحالة المرضية، ومنها كون المريض ذكر، وكونه غير سعودي، وارتفاع مستواه التعليمي، وصغر عمر الطبيب. كما وجد أن الأطباء في المراكز الصحية يقضون وقتاً أكبر في كتابة الوصفات الطبية مما يقضونه مع المريض، و أن غالبية الزيارات للطبيب تنتهي بوصفة طبية، في حين أن نسبة ضئيلة منها تتضمن التوعية والتثقيف الصحي للمرضى فيما يتعلق بسلوكياتهم الصحية ومرضهم (Al-Shammari, 1989).

وأخيراً، يمثل رضا المستفيدين عن خدمات الرعاية الصحية الأولية أحد محاور جهود التحسين المستمر للجودة. وتشير الدلائل إلى تدنى رضا المرضى عن عدة جوانب من الرعاية الصحية الأولية وهي: القدرة على متابعة العلاج مع نفس الطبيب، أسلوب تسجيل التاريخ المرضي، التثقيف الصحي، كفاءة العاملين، والتجهيزات المتوفرة (Mansour and Al-Osaimi, 1993). كما يتدنى رضا المرضى بسبب بعد المسافة، وعدم ملاءمة ساعات عمل المركز، و عدم وجود عيادات تخصصية، وجود عائق اللغة مع الأطباء، التأخير وطول الانتظار، عدم كفاية شرح الطبيب (Ali and Mahmmoud, 1993). وفي دراسة أخرى وجد (Qatari and Haran, 1999) درجة عالية من الرضا عن اتجاهات العاملين ونتائج الرعاية، بينما يقل الرضا عن طول الانتظار، تجهيزات غرفة انتظار المرضى، ومواصفات مبنى المركز، وعن شرح الطبيب.

الخلاصة:

بالنظر للاستعراض السابق لأدبيات الدراسة نجد أن منهج البحث النوعي يستخدم بشكل واسع في دراسة النظم الصحية في الدول الغربية، إلا أن أيًا من الدراسات التي أجريت في المملكة لم تستخدم المنهج النوعي. من جانب آخر، نجد أن الدراسات السابقة في المملكة تمحورت حول جوانب محددة من خدمات الرعاية الصحية ولم تكن الجودة محور تركيزها، إلا أنها وبالرغم من ذلك تقدم

معلومات قيمة وذات دلالة فيما يتعلق بموضوع هذه الدراسة، وتسهم مجتمعة فى تقديم تصور أولى حول مختلف جوانب الرعاية الصحية الأولية.

الإطار المنهجي:

يتبع هذا البحث منهجية البحث النوعى (Qualitative Research) والتي تناسب الموضوعات التي لا تتوفر عنها معلومات كافية تسمح بتطبيق منهجية البحث الكمي. ويساعد المنهج النوعى على دراسة ظاهرة معينة فى إطار واقعى يتحرر من الأفكار والافتراضات والأحكام المسبقة حول هذه الظاهرة، ويبتعد عن القيود التي تفرضها الأدوات التقليدية للبحث العلمى. وفى هذا البحث تم استخدام أحد أساليب البحث النوعى وهو النظرية المجذرة أو المستمدة من الواقع (Grounded Theory). وتعرف النظرية المجذرة بأنها النظرية التي تم اكتشافها وتطويرها والتحقق من صحتها من خلال الجمع والتحليل المنظم للبيانات الخاصة بالظواهر محل الدراسة (Strauss & Corbin, 1990). وبالتالي، فإن هذه الدراسة لا تقوم باختبار أى من المداخل النظرية القائمة حول موضوع جودة الخدمات الصحية، وإنما سعت لتقصى محددات الجودة من الواقع وبدون الاسترشاد بأى من الأطر النظرية المتعارف عليها فى هذا المجال، وذلك بهدف التوصل إلى تصور واقعى يفسر هذه المحددات فى قطاع الرعاية الصحية الأولية.

مجتمع الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة القائمين على قطاع الرعاية الصحية الأولية من مسئولين إداريين، والعاملين فيه من أطباء وفنيين فى مدينة الرياض عاصمة المملكة العربية السعودية.

عينة الدراسة:

تمشياً مع متطلبات البحث النوعى فقد تم اتباع أسلوب خاص فى اختيار عينة الدراسة وهو ما يعرف بالعينة النظرية (Theoretical Sampling).

ويقتضى ذلك عدم تحديد عينة الدراسة مسبقاً وإنما اختيار مفردات جديدة للعينة بالاسترشاد بالنتائج المرحلية للبحث أو أجزاء الإطار النظري التي يتم الكشف عنها في كل مرحلة من مراحل البحث. وبالتالي فكلما اقتضت الحاجة إلى تحديد نطاق فكرة معينة أو التأكد منها، يتم اختيار الأشخاص المناسبين لهذا الغرض. وبناء على المعلومات التي يتم جمعها تم تحديد المزيد من الأشخاص لإجراء المقابلة الشخصية معهم، وفي بعض الأحيان طلبت الباحثة من المبحوثين ترشيح آخرين لمقابلتهم نظراً لأن موقعهم أو خبرتهم الشخصية تضيف المزيد من العمق للمعلومات التي تم جمعها. واستمر جمع المعلومات إلى أن تم التوصل إلى ما يعرف في مصطلحات البحث النوعي بالتشبع النظري (Theoretic Saturation) أى استيفاء المفاهيم ومتطلبات بناء النظرية. وقد تم اختيار عينة ممثلة للفئات الأساسية لأغراض الدراسة بحيث تشمل على: مقدمى الرعاية (الأطباء والممرضين والفنيين) والقائمين على هذا القطاع (من قيادات عليا ووسطى وتنفيذية). وقد تم إجراء (٣٦) مقابلة شخصية مع فئات متنوعة من العاملين في سبعة مراكز صحية إضافة إلى المديرين الفنيين والمشرفين الوقائيين ومشرفى القطاعات والقيادات العليا في وزارة الصحة.

جمع البيانات:

ترتكز منهجية البحث النوعي على أسلوب العمل في الميدان بإجراء مقابلات شخصية مع جميع فئات العاملين في المراكز الصحية في مدينة الرياض، إضافة إلى مراجعة الوثائق ذات العلاقة والملاحظة الدقيقة للبيئة المحيطة. واعتمدت المقابلات الشخصية على الأسئلة المفتوحة والتي تتركز حول أهم العوامل المؤثرة في جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية وأهم مبادرات التطوير والتحسين في هذا القطاع.

وبناء على دراسة الأدبيات فقد تم إعداد قائمة من الأسئلة الفرعية للاسترشاد بها في إجراء المقابلات الشخصية (ملحق رقم ١)، إلا أن هذه

الأسئلة لم تكن ملزمة وتم التعامل معها بمرونة، وترك المجال للمبحوثين لمناقشة الأمور التي تهمهم أو التي تقع في مجال اطلاعهم وخبرتهم.

المدة الزمنية لكل مقابلة تراوحت بين نصف ساعة إلى ساعة، إلا أن معظم المقابلات استغرق نحو (٤٥) دقيقة. وقد تمت جدولة المقابلات بما يتلاءم وظروف وساعات العمل في المراكز الصحية. كما تم استخدام جهاز تسجيل صوتي في معظم هذه المقابلات، وفي حال تحفظ بعض أفراد العينة على التسجيل الصوتي تم تدوين الإجابات وملاحظات الباحثة أثناء المقابلة.

تحليل المعلومات:

المنهج المتبع في هذا البحث يقتضى إجراء عملية جمع المعلومات وتحليلها في آن واحد تقريباً. فأثناء جمع المعلومات تتضح معالم الإطار النظري تدريجياً ويتم جمع معلومات إضافية لبلورتها، ومن ثم يبدأ تحديد المفاهيم المتعلقة بالظاهرة محل الدراسة وإيجاد العلاقات التي تربطها. عليه فقد قامت الباحثة بعد كل مقابلة بتفريغ البيانات ومن ثم تحليلها بشكل أولى لتحديد أهم المفاهيم المستخلصة منها وترميزها. ويهدف التحليل الأولي إلى تحقيق عدة أهداف:

- التحقق من الصدق والثبات من خلال مقارنة المعلومات المستمدة من عدة مصادر مختلفة ضمن ما يعرف في مصطلحات البحث النوعي بـ (Triangulation).
- تحديد التعديلات اللازمة على أسئلة المقابلات الشخصية لضمان الحصول على معلومات أفضل.
- اختيار المزيد من المبحوثين وفقاً للمعلومات التي تم جمعها.

أما التحليل النهائي فيسعى لتحديد المفاهيم وتفسيرها وتطويرها وإيجاد العلاقات فيما بينها وتصنيفها في فئات وتسمية هذه الفئات وتحليل خواصها وأبعادها وإجراء المقارنات النوعية الهادفة إلى بلورة هذه المفاهيم وصياغتها بشكلها النهائي. وبالتالي يتم تحويل المعلومات الخام المستندة إلى أحداث واقعية

إلى مفاهيم وأفكار مجردة. وهذا يعتمد على خاصية أو مهارة هامة لدى الباحث تسمى الحساسية النظرية (Theoretical Sensitivity). وهذه الحساسية يعرفها المتخصصون بوضوح الرؤية أو البصيرة النافذة، وتعنى القدرة على إعطاء معنى للمعلومة، وفصل ما ليس له صلة بالموضوع عن الموضوع ذاته، وجميع ذلك يتم بناء على اعتبارات نظرية (Conceptual) وغير ملموسة (Concrete). وتستمد الحساسية النظرية من خبرة الباحث في موضوع الدراسة والتصاقه بواقعه الميداني وقدراته التحليلية واطلاعه العميق على الأدبيات ذات العلاقة. ويهدف التحليل في جميع مراحلها إلى بناء النظرية المستندة إلى الواقع والتحقق منها في كل مرحلة وتعديلها إن لزم الأمر. ولعرض نتائج الدراسة تتم الاستعانة بنصوص المقابلات الشخصية التي تم ترميزها واختيار البعض منها للاستشهاد به في التحليل.

نتائج الدراسة - محددات جودة الرعاية الصحية الأولية:

من خلال تحليل بيانات المقابلات الشخصية تم تصنيف محددات جودة الرعاية الصحية الأولية في ست فئات رئيسة وهي: القيادة، الثقافة التنظيمية، أساليب القياس والتحليل، تنمية القوى البشرية، التكامل والتنسيق، نظم إدارة الجودة. ويندرج ضمن كل من هذه المحددات عدد من العناصر الفرعية التي تمثل عوامل مؤثرة بدورها في جودة الرعاية الصحية الأولية. ويتم في هذا الجزء عرض هذه المحددات وعناصرها الفرعية بالاستشهاد بمرئيات المشاركين في الدراسة وباستخدام بعض النصوص المقتبسة من المقابلات الشخصية معهم.

١- القيادة:

دور القيادات العليا:

تشير ملاحظات المشاركين في الدراسة إلى أن الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية شهدت انطلاقة قوية في منتصف الثمانينيات الميلادية،

نتيجة لجهد قيادي بارز تمكّن خلال سنوات قليلة من تحقيق رؤية إستراتيجية هادفة لترسيخ دور محوري للرعاية الأولية في منظومة الخدمات الصحية. من أهم مقومات نجاح هذه القيادات أنها امتلكت التأهيل العلمي في مجال الرعاية الأولية، وأنها بدأت من أسفل السلم، وعملت في الميدان، وبالتالي حظت على ثقة العاملين وولائهم و تركت فيهم أثراً كبيراً. وتتلخص أهم مقومات القيادات الناجحة في هذا التعليق لأحد المشرفين الذين واكبوا انطلاقة الرعاية الأولية:

"منذ تأسيس الرعاية الأولية كان هناك أشخاص لهم بصمات كبيرة في هذا القطاع، لأنهم آمنوا إيماناً كبيراً بالرعاية الأولية، بذروا البذرة ورعوها حق رعايتها ونجحت الرعاية الأولية واستمرت كذلك حوالي العشر سنوات، وكان من أسباب النجاح وجود هؤلاء الأشخاص على رأس الهرم" (مشرف وقائى)

تمكنت هذه القيادات الفاعلة - حسب المشاركين في هذه الدراسة - من تحقيق وحدة جماعة العمل وتماسكها وتعزيز دافعيتها وإيجاد رؤية مشتركة وهدف مشترك يمثل في نهاية المطاف مصدراً للرضاء والشعور بالإنجاز والرغبة في بذل المزيد من العطاء. وبالرغم من هذا النجاح، إلا أنه في مراحل متقدمة من مسيرة الرعاية الصحية الأولية في المملكة، تراجع الدور القيادي لأسباب مختلفة من أهمها تغيير القيادات، وعدم إدراكها وقناعتها بأهمية المراكز الصحية، لأنها لم تعمل فيها أبداً.

"بعد زهاب هذه القيادات كانت هناك فجوة كبيرة، لأن بعض القيادات المتعاقبة كان بينها من لا يملك الخلفية الكافية في الرعاية الأولية أو الإيمان الكامل بها، بل بالعكس كانت نظرتهم دونية للرعاية الأولية، وكأن المراكز الصحية لاشيء، وكأنها لا تؤدى خدمة، وخاصة لأنهم جاءوا من المستشفيات، ودائماً من يأتى من المستشفيات لا يؤمن إيماناً تاماً برسالة وأهمية الرعاية الأولية، ولأنهم لم يمارسوا العمل في المراكز، ولا يمكن أن يؤمن بالرعاية الصحية الأولية وقدرة المراكز الصحية إلا من عمل فيها" (مشرف وقائى)

بالرغم من وجود نماذج قيادية ناجحة إلا أن دورها ارتبط باستمراريتها، ومع تغيير القيادات، تتغير كذلك الرؤى، فيحمل كل قائد جديد تصورًا مختلفًا عما ينبغى أن تكون عليه الأمور. و في بعض الأحيان قد لا يكون الطرح الجديد مدرّوسًا أو مستمدًا من معطيات الواقع أو مبنياً على دروس الماضى، وبالتالي يصبح التغيير غاية بحد ذاته، مما يؤدي إلى تذبذب أولويات السياسة الصحية.

"بالرغم من أن التغيير يضيف أفكارًا جديدة إلا أن عدم الاستمرارية يمثل مشكلة كبيرة، فبمجرد إقرار فكرة جديدة يتغير المسئول وتموت الفكرة وتأتى أفكار جديدة. القيادات عندنا سريعة التغير وسريعة التقلب، خلال سنتين مضت مر علينا ثلاثة مشرفين، والرعاية الصحية بالنسبة لمعظمهم محطة للانتقال إلى مركز أفضل". (مشرف وقائى)

يراقب العاملون فى هذا القطاع تغيير القيادات وما يصاحبه من تغيير الرؤى و الإستراتيجيات والتوجهات والبرامج، ولا يرون لذلك أية علاقة بسياسة التطوير والتحسين المستمر أو جودة الخدمات أو حاجة العمل الفعلية. بل إن كثرة تغيير القيادات، وبخاصة إذا كان هذا التغيير مفاجئاً أو غير مدرّوس، توحى بعدم الاستقرار أو الاستمرارية وبعدم التزام القيادات بسياسات التحسين.

دور الإدارات الوسطى:

تلعب الإدارات الوسطى المتمثلة فى مشرفى القطاعات دورًا هامًا لضمان استمرارية الرؤى والبرامج، وخاصة إذا تمكنت القيادات من إيجاد رؤية مشتركة مع هذه الإدارات وحققت درجة من المرونة واللامركزية اللازمة لتحقيق الثبات والاستمرارية.

"مع تغيير القيادات قد تختلف طريقة الوصول إلى الهدف، وبالتالي تتغير التوجهات والأسلوب من قيادة لأخرى، وهذا يؤثر على الإنجاز. ولاحتواء هذا التغيير عندما يحدث نحن لا يهمنا من الذى يتولى القيادة، طالما أن هناك

برنامجًا فإننا نستمر في تطبيق البرنامج سواء أتى بهذا البرنامج زيد أو عثمان. وهناك الآن محاولات لتحقيق الاستقلالية للقطاعات مما يعنى إيجاد بعض المرونة اللازمة للعمل على مستوى القطاع، وخاصة أنه فى السابق كانت الأمور تتسم بمركزية شديدة تحد من قدرة القطاع على التجاوب مع المشكلات التى يواجهها أو محاولة التغيير أو التطوير. " (مشرف فنى)

وبالتالى تتمكن الإدارات الوسطى التى تتسم بالنضج الإدارى والخبرة العالية من إدارة دفة التغيير وضمان استمرارية النظام بالرغم من تغيير القيادات العليا، وخاصة إذا تمتعت هذه الإدارات بصلاحيات كافية ودرجة من الاستقلالية تمكنها من حمل مسؤولياتها خلال الفترة الانتقالية.

دور القيادات التنفيذية (داخل المركز الصحى):

يتسم النظام الإدارى فى المراكز الصحية - كغيرها من المنظمات الصحية - بوجود خطين للسلطة أحدهما إدارى والآخر فنى. ويتولى المدير الإدارى الإشراف على الجوانب الإدارية من نشاط المركز بينما يشرف المدير الفنى، على عمل الأطباء والممرضين وغيرهم من الفنيين. ولا يمثل هذا التنظيم الإدارى مشكلة بحد ذاته وإنما تكمن المشكلة فى تدنى تأهيل وكفاءة المديرين الإداريين، وبالتالى من دورهم فى نقل الرؤى القيادية ودعم التوجهات الإستراتيجية.

"الرعاية الأولية بدأت فكرة نبيلة، ولكن تعثرت لأسباب إدارية، معظم الإدارات الموجودة فى المراكز هى إدارات غير مؤهلة، معظمهم غير مؤهل لقيادة فريق عمل، لأن محور العمل فى الرعاية الصحية هو الفريق الصحى، وبسبب نقص المهارات القيادية يخسر المدير القدرة على التأثير وولاء العاملين وانتمائهم. بعض المدراء ناجحين ويستطيع أن يطور العمل، وبعضهم يدمر العمل، مشكلتنا تكمن فى عدم وجود معايير للاختيار أو برامج لتأهيل هؤلاء". (قيادى)

ويدرك القائمون على هذا القطاع أهمية الدور الذى يمكن أن يقوم به مدير المركز وتأثير نقص التأهيل على قدرته على تحقيق أهداف الرعاية الأولية وبخاصة تحقيق روح الفريق وتفعيل مشاركة المجتمع. كما يدركون أن القصور الإدارى ينعكس على أداء المركز ككل حتى لو توافرت به كوادر فنية مؤهلة.

وقد لمست الباحثة أن لخطى السلطة الإدارية سمة شخصية واضحة قد تلعب دوراً فى إيجاد هذا الخلل الإدارى وهى أن معظم مديري المراكز سعوديون، بينما معظم المديرين الفنيين غير سعوديين، وتحيط بمسألة تعدد الجنسيات درجة من الحساسية - كما سيتضح لاحقاً - . لكن عموماً نلاحظ أن قيادة الجوانب الإدارية فى المراكز الصحية تركت لسعوديين ينقص الكثير منهم التأهيل المناسب، بينما تركت قيادة الجوانب الفنية لأطباء غير سعوديين يترددون فى ممارسة سلطتهم الفنية ودورهم القيادى لأسباب متعلقة بنقص شعورهم بالأمن الوظيفى، وهذه تحد الحساسيات الواضحة من فاعلية الدور القيادى لكل من المديرين الفنى والإدارى.

الدور القيادى فى الأقسام النسائية؛

تخدم الأقسام النسائية فى المراكز الصحية نسبة كبيرة من المستفيدين من خدمات المركز من الأطفال والنساء وتلعب دوراً هاماً فى تحقيق أهداف الرعاية الأولية. يتولى القيادة والإشراف على القسم النسائى عدة أطراف هى مدير المركز والمدير الفنى ومشرفة القسم النسائى إلى جانب مشرفى القطاعات. وتتفاوت درجة الكفاءة الإدارية وفعالية القيادات باختلاف الأفراد القائمين على هذه المواقع من النساء أو الرجال. فقد نجد أحياناً مشرفة تتحلى بصفات قيادية وتمارس دوراً فاعلاً فى تسيير أمور القسم، وفى أحيان أخرى قد لا نجد هذه الصفات متوافرة فى المشرفة. وقد نجد أحياناً أن مدير المركز يمارس دوراً قيادياً داعماً وموجهاً لمشرفة القسم النسائى ومعزراً لروح الفريق، ومشاركاً فى صنع القرار، وفى أحيان أخرى نجد التواصل محدوداً جداً بين القسم النسائى وإدارة المركز، والمشرفين فى القطاع.

”من حيث المشاركة فى القرار، أحياناً يطلب المدير رأى، لكن الذى ينفذ شئ آخر، ليس لنا دور فى تسيير أمور المركز بالرغم من أن القسم النسائى يمثل المركز كله لأن عدد المراجعات أكبر من عدد المراجعين لقسم الرجال. وبشكل عام اتصالنا بقسم الرجال محدود. أما اتصالنا بإدارة القطاع فهو ممنوع ولا بد أن يتم من خلال مدير المركز فهو حلقة الوصل. وهذا طبعاً عائق، لأننا لانعرف ماذا يحدث خارج القسم النسائى ولا نستطيع توصيل مشكلاتنا ووجهات نظرنا.“ (مشرفة القسم النسائى)

وبذلك نجد أن الأقسام النسائية لا تملك الصلاحيات التى تتناسب وحجم الدور الذى تقوم به، ونسبة المستفيدين من خدماتها والذين يمثلون النسبة الأكبر من مراجعى المراكز الصحية. كما لا تشارك هذه الأقسام فى صناعة القرار، ولا تملك قنوات اتصال مباشرة مع القائمين على هذا القطاع، وهى مغيبة عن المعلومات ومستجدات الأمور. من جانب آخر فإن جميع المشرفات المشاركات فى هذه الدراسة لم يتلقين أى تدريب فى مجال الإشراف والإدارة و مهارات الاتصال وبناء فرق العمل وتقويم الأداء و إدارة الجودة، بل إن كثيراً منهن لم يتلق تدريباً على أسس ومبادئ الرعاية الصحية الأولية. ومن خلال المقابلات لاحظنا أن العزلة التى تعمل فيها مشرفات الأقسام النسائية تمنعهن من الاطلاع على أهم المستجدات والسياسات والبرامج والتوجهات الإستراتيجية فى هذا القطاع، بل إن البعض منهن لا يعرف عن أمور حيوية هامة ذات علاقة مباشرة بعملهن. كما أن من الملاحظ اختلاف تأهيل المشرفات، فمنهن الطبيبة والصيدلانية والممرضة والأخصائية الاجتماعية وغير ذلك، مما يدل على غياب المعايير المحددة لاختيار القيادات. وينعكس نقص التأهيل وغياب المعلومة والعزلة على قدرة المشرفة على التأثير فى فريق العمل وعلى القيام بدورها القيادية بفعالية، وممارستها لصلاحياتها، والقيام بالمتابعة والإشراف على مختلف أوجه النشاط. وتواجه المشرفات العديد من الصعوبات بالإضافة إلى ضعف الحوافز والدعم سواء من الرؤساء أو الزملاء والزميلات للمشرفات.

من ناحية أخرى، يواجه المسئولون صعوبة فى إدارة وتوجيه الأقسام النسائية بسبب عزلة هذه الأقسام وصعوبة الدخول إليها والتواصل مع الموظفات بسبب العوامل الثقافية والحساسيات المرتبطة بالتعامل بين الجنسين.

"النساء يعملن فى عزلة و الأعراف الاجتماعية تحد من إمكانية التواصل معهن، مثلاً أنا قد أقف ربع ساعة خارج القسم النسائى حتى يسمحن لى بالدخول والقيام بعملى كمشرف قطاع." (مشرف قطاع)

تؤكد هذه التعليقات أن العزلة الإدارية والمهنية التى تعمل فيها الأقسام النسائية، وعدم فعالية الارتباط التنظيمى بين القسم النسائى وإدارة المركز والإدارات العليا، له دور كبير فى إيجاد الخلل فى الدور القيادى فى المراكز الصحية.

تنمية القيادات:

يلمس المشاركون فى هذه الدراسة فى حركة تغيير قيادات الرعاية الصحية الأولية خلال السنوات الماضية شيئاً من الخلل فى إدارة هذا التغيير نتيجة لعدم وجود إستراتيجيات مناسبة لتنمية القيادات القادرة على تولى دورها بكفاءة. وتؤكد تعليقات العاملين فى هذا القطاع ضعف معايير الاختيار وعدم وجود إستراتيجية محددة لتأهيل الكوادر المناسبة للمواقع الإدارية، وخاصة فيما يتعلق بسعودة وتوطين هذه المواقع.

"التغيير لا يتم هنا بشكل مدروس، الموجودون فى الإدارات غالباً ليسوا موجودين بسبب كفاءتهم، فى يوم وليلة قاموا بتغيير المشرفين واستبدلهم بسعوديين، صحيح أنهم جميعاً يحملون تأهيلاً فى طب الأسرة والمجتمع، لكن ولا واحد منهم عمل ليوم واحد فى مركز صحى قبل تكليفه، فجأة تم التغيير واستبدلوا كل المشرفين الأجانب الذين أمضوا ٢٠ و ٣٠ سنة فى العمل فى الرعاية الصحية، والآن بعض هؤلاء أمضى سنة الآن وحتى الآن لم يزر جميع المراكز التابعة لقطاعه." (مشرف فنى)

يقودنا هذا التعليق إلى حقيقة مؤرقة وهي تدنى نسبة السعوديين بين القائمين على هذا القطاع، وتمركز المؤهلين منهم في مواقع إدارية بعيدة عن الواقع الميدانى. وفي نطاق هذا البحث الميدانى لم يكن هناك طبيب سعودى واحد فى المراكز الصحية، ولم يكن هناك سعودى يعمل مديراً فنياً أو طبيباً وقائياً أو حتى مشرفاً فنياً أو إدارياً، بل إن جميع الأطباء السعوديين الذين تمت مقابلتهم يتمركزون فى القطاعات الإشرافية أو فى وزارة الصحة.

يعد اختيار وإعداد القيادات غاية فى الأهمية فى نظر العاملين فى هذا القطاع، فهم لا يرون بأن القاعدة هى بالضرورة وضع الشخص المناسب فى المكان المناسب. فالاختيار قد لا يتم وفقاً لمعايير علمية أو على أساس الكفاءة، بل قد يتم فى بعض الأحيان تنفيذاً لخطط مرتجلة. وقد لمست الباحثة خلال العمل الميدانى فى هذه الدراسة شيئاً من هذا القبيل، إذ يتم التغيير بشكل فجائى، وقد يشمل عدداً من الإدارات، وقد لا يأخذ فى الاعتبار الحاجة إلى مرحلة انتقالية أو تمهيدية لإحلال مدير محل آخر، وقد لا يعرف المعنيون بالتغيير بأمر نقلهم إلا قبل أيام من موعد المباشرة فى العمل الجديد.

ويبدو أنه حتى عندما يكون الهدف من التغيير أمر نبيل مثل تطبيق خطط توظيف الوظائف، فإن ذلك قد يعنى الإسراع بوضع أشخاص غير مؤهلين فى مواقع إستراتيجية، و أن الكفاءات الوافدة التى أسهمت ببناء هذا القطاع، تراج جانباً بكل بساطة. ويؤدى ذلك إلى توتر أجواء العمل وتعطيله نتيجة لوجود مدير جديد قليل الخبرة والتأهيل، و مدير قديم يشعر بالظلم والجحود، بل إن ذلك يرسل رسالة محبطة ومؤثرة للأغلبية المراقبة من العاملين فى هذا القطاع من الوافدين. ويؤدى هذا الإسراع بتعيين السعوديين بدون تمكينهم بالمهارات والمعارف والخبرات المناسبة إلى ترسيخ منظور سلبى للسعوديين ومقدار كفاءتهم وجدارتهم بهذه المواقع القيادية. ويختلف هذا الأسلوب فى تعيين القيادات وما يترتب عليه من مشاعر سلبية مع مبادئ وأخلاقيات الجودة التى سعى لغرسها مؤسسو هذا القطاع منذ زمن طويل حين عملوا على أساس روح الفريق وبدؤوا من الأسفل قبل تولى أى مناصب قيادية.

٢- الثقافة التنظيمية:

إيمان العاملين بالرعاية الأولية:

يعد الإيمان بمفهوم ورسالة الرعاية الأولية بين العاملين فى هذا القطاع من أهم العناصر لتحقيق أهدافها والارتقاء بها. ويتجسد هذا الإيمان بشكل واضح بين من يعتبرون من الرعيل الأول، الذين عاصروا انطلاقة الرعاية الأولية وتأسيسها، ونجد أنهم يتواصلون بشكل جيد مع أفراد المجتمع المحيط بالمركز مما يمثل لهم مصدرًا للرضاء وحافزًا لمزيد من العطاء.

"أجمل ما فى الرعاية الأولية هو التواصل الذى تحققه بين الطبيب وأفراد المجتمع، أشعر بسعادة بالغة عندما أتمكن من علاج مشكلة أى مريض. نحن نتواصل مع سكان الحى وملتقى فى المسجد والبقالة وفى الطريق." (طبيب)

تلعب القيادات دورًا بارزًا فى ترسيخ الإيمان برسالة الرعاية الأولية و تعزيز الولاء ودعم روح الفريق والمبادرة والمسئولية. ويبدو أن هذا الدور كان واضحًا فى فترات ماضية، مع انطلاقة الرعاية الأولية وتأسيس برامجها، فكانت القيادات تحمل ذات الإيمان والقناعة وتعمل إلى جانب العاملين فى الميدان.

"مع القيادات السابقة، كان هناك ولاء قوى، وحماس لدى العاملين، كانوا يقولون لنا هذا برنامج جديد، ويقوم بكم، وبدونكم لا ينجح، ونجد أنهم فعلاً يضحون، نحن كنا لا ننظر لساعات العمل، ونتفانى فى البذل، لأننا نشعر بالتقدير." (مشرف وقائى)

لا يأتى هذا الاهتمام والإيمان بالرعاية الأولية من فراغ وإنما هو نتاج جهد متواصل لقيادات مؤمنة بأهداف الرعاية الأولية وتحمل رؤيتها وتعززها. إلا أننا بالمقابل نلمس بعضاً من التحسر على ماضٍ مجيد للرعاية الأولية كانت فيه محل اهتمام كبير.

مكانة الرعاية الأولية:

من خلال التعامل مع العاملين فى هذا القطاع نلمس لديهم شعوراً بأن الرعاية الصحية الأولية تحتل مكانة متدنية الأهمية فى منظومة الرعاية الصحية ككل، وأن أطباء الرعاية الصحية الأولية أيضاً يحتلون مكانة أقل أهمية بين أقرانهم فى التخصصات الأخرى. ولا توفر بيئة العمل فى المراكز الصحية المناخ المهني المناسب كما لا تحقق الاستقلالية المهنية بمفهومها الفنى نظراً لأن دور الطبيب محصور جداً ومعزول عن الفعاليات المهنية والمستجدات العلمية.

ظروف العمل فى المركز الصحى لا تسمح بأن تشعر بمكانتك كإنسان وصلت إلى أن تكون استشارى أو أخصائى بينما أنت تعامل كطبيب عام، هذه معاملة غير مقبولة، ولهذا السبب كل الناس تركوا، كل زملائنا الذين درسوا واجتازوا الزمالة السعودية أو العربية لا يمارسون العمل فى المراكز، هم يفضلون العمل فى أى موقع إدارى، إلا الذين اتجهوا للمراكز التابعة للجهات الأخرى مثل الحرس الوطنى. هناك العيادات تتسم بمهنية عالية وبوجود الحوافز والتعليم المستمر وبيئة العمل وكلها أمور تحفز الفرد، العمل فى مراكزنا محبط إلى حد ما". (قيادى)

وتمثل هذه النظرة الدونية عائقاً لاستمرارية الرعاية وتسلسلها، وتعرقل تحقيق تواصل وثيق بين المركز والمستشفى، وتعد بذلك عائقاً لتحقيق أهداف الرعاية الأولية ككل.

"حينما أحيل مريضى إلى المستشفى ولا يهتم طبيب المستشفى بهذه الإحالة، ويعتبرنى أقل منه، ولا حتى يقرأ طلب التحويل، هذا يؤدى إلى فشل العمل كله ويسبب الإحباط. الطبيب الأخصائى فى المستشفى ومدير المستشفى وحتى العامل البسيط فى المستشفى لا يهتم بما نقوم به فى الرعاية الصحية الأولية." (طبيب)

مشاركة وتمكين العاملين:

من خلال المقابلات الشخصية وبملاحظة الأجواء السائدة فى المراكز الصحية نستنتج أن بيئة العمل فى هذه المراكز لا تحقق مشاركة وتمكين العاملين ولا تشجع المبادرة الفردية كأحد العناصر الأساسية للجودة.

"هنا إن أنت بادرت ، فأهلاً وسهلاً ، وإن لم تعمل شئ، عادى، يعنى المتميز لا يجد تقديرًا والمقصر لا يجد توجيهاً، نحن بشكل عام نتجنب الاحتكاك ونمشى بجانب الحيط. الموظفة الجديدة لدينا تأتى بحماس وحيوية وبعد فترة نلاحظ أنها تتأثر بالجو العام وتفقد الحماس تدريجياً وتشعر بالإحباط." (مشرفة قسم نسائى)

لا تعزز بيئة المراكز الصحية شعور العاملين بأهمية دورهم ومسئوليتهم عن التطوير، كما قد لا يتوافر لدى لعاملين الدافعية للمبادرة والتغيير ولا تشجع القيادات الإدارية ذلك. كما أن آليات مشاركة العاملين غير واضحة و محدودة ومرهونة بتوجيه الجهات العليا أو طلب المسئولين وبالتالي فإن المشاركة ليست متاحة ضمن إطار منهجى ونظام واضح. وقد لا يقتصر الأمر على عدم توافر مناخ يشجع المبادرة والإبداع، بل على العكس فقد يسهم المناخ القائم فى إحباط عزائم المتحمسين للعطاء.

نتلخص أسباب عدم تحقق مبدأ التمكين والمشاركة فى واقع المراكز الصحية فى هذا التعليق لأحد مشرفى القطاعات.

"ضغط العمل والمهام الإدارية والكتابية لا تسمح بالإبداع، وبشكل عام لا يوجد الشعور بالارتياح والأمان الذى يشجع على الإبداع، بل بالعكس قد يسعى الموظف إلى تلافى المشاكل مع المرضى وغيرهم حتى لو قدم بعض التنازلات. وهناك سلبية كبيرة تمنع الناس من تقديم أية مبادرات، ولا يحصل من يتقدم بمبادرات متميزة بالضرورة على التقدير دائماً، ويمكن العكس (يعاقب)، ممكن أن يحاربه من حوله ممن لا يرغبون فى التغيير أو زيادة العمل (لا تفتح علينا باباً). وهذا لا ينطبق فقط على المركز بل هو موجود حتى فى القطاع والمديرية." (مدير فنى)

من التعليق السابق يمكن استخلاص عدة أمور قد يكون أهمها وجود ثقافة تركز السلطة الإدارية وتعزز الوضع القائم، فنجد أن التغيير والمبادرة والإبداع ينظر لها بأنها "إثارة مشاكل". حتى العاملين لا يسمحون لزملائهم بالمبادرة حتى لا يرتبط التغيير بالمزيد من الأعباء. وفي المقابل تركز هذه الثقافة الاتجاهات السلبية بين العاملين فنجد أن القاعدة هي عدم التغيير أو "لا تفتح علينا باباً". ومن الواضح أن هذه الثقافة ليست حكرًا على المراكز الصحية، وإنما تمتد لتشمل القطاعات الإشرافية والإدارات المركزية.

التعامل مع المشكلات والأخطاء:

تمثل الطريقة التي يتم من خلالها التعامل مع المشكلات وحلها أحد الدلائل الهامة على مدى انسجام ثقافة المنظمة مع أسس ومبادئ الجودة. ويتضح من خلال المقابلات الشخصية أن العاملين في هذا القطاع غالبًا لا يدركون دورهم في احتواء المشكلات وحلها، وهذا انعكاس لنقص التمكين ونقص المشاركة التي تفضى في النهاية إلى إيجاد نوع من السلبية تجاه المشكلات التي تعترض العمل. ويوجد انطباع لدى العاملين بأن الإدارات العليا تتعامل مع المشاكل ومنها شكاوى المراجعين بتوجيه اللوم للموظف أو بأسلوب رد الفعل بعيداً عن المنهجية العلمية والمنطقية التي يقتضيها تطبيق الجودة. وبذلك ينعدم شعور الموظف بدعم الرؤساء أو بالأمان في حال وجود أى مشكلة.

"نحن نحاول احتواء المشاكل داخلياً لأن المشاكل إذا وصلت للجهات العليا ليست

من صالحنا، الإدارات العليا غضبها "مش حل"، نحن مبدأنا أن المشاكل لا

تصدر، وهم مبدأهم ضحى بالموظف وتخلص من العار." (مشرف فنى)

من هذا التعليق الطريف يظهر عدم شعور الموظف باستعداد المسؤولين لدعمه عند حدوث خطأ ما، بل على العكس هو يشعر بأنهم على استعداد لجعله كبش الفداء لاحتواء المشكلة أو وضع حد للضغوط وخاصة الإعلامية منها.

" السائد هو "لماذا أعمل أكثر من المطلوب؟ أنا لن يأتينى وسام على عملى"، و لو أخطأت خطأ واحد، كل حسناتى سوف تنسى ولا يذكر إلا هذا الخطأ، المفروض لو أخطأت فى بيئة عمل مثالية ألا يكون خطأك هو نهاية العالم، لكن العكس هنا، دائما التعامل مع الخطأ يكون بشكل رد فعل. " (مشرف وقائى) .

إن تأصل قناعات معينة بأن الهدف هو عدم إثارة المشاكل واحتوائها حتى لا تتصعد، وأن المهم هو خدمة أكبر عدد من المرضى وليس كيفية تقديم الخدمة يعزز من سلبية العاملين ويحد من تمكينهم، وبالتالي يصبح الموظف منفذاً للتعليمات ليس إلا .

القيم التنظيمية:

من خلال المقابلات الشخصية سعت الدراسة إلى تحديد مدى التمسك ببعض القيم المهنية التى تمثل أساس تطبيق الجودة ومنها روح الفريق والالتزام وتقبل السلطة وروح المبادرة وحسن المسئولية واحترام العميل والحرص على التحسين المستمر. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن القيم السائدة فى المراكز الصحية لا تدعم توجهات الجودة، إذ تكرر السلبية وتضعف إرادة التحسين وحسن المسئولية والالتزام.

"الموظفات أحيانا لا يتعاملن بمهنية مع المرضى، وقد تنتظر المريضة على الشباك فترة طويلة بينما هن يتضحكن ويتجاذبن الحديث، السعوديات غيابهن كثير واستئذانهن كثير، والتزامهن بالعمل ضعيف، لكن الجديديات أفضل إلى حد ما من القديمات. " (مشرفة قسم نسائى)

تعد مثل هذه السلوكيات مؤشراً على ضعف ثقافة المنظمة وعدم ترسيخ القيم والمبادئ اللازمة للعمل الصحى. كما تؤكد أن غياب الدور القيادى ينعكس على بيئة ومناخ العمل والقيم السائدة، و يؤدى إلى تدنى الالتزام والولاء والمسئولية والرقابة الذاتية.

ويؤدى ضعف القيم المهنية إلى سيادة ممارسات إدارية تعتمد على أسلوب التفتيش، وبالتالي فإن غياب الرقيب يعنى التهاون فى العمل. وفى التعليق التالى لأحد المشرفين نجد مثلاً على الإهمال والتقصير الذى يفرضه واقع يكرس ثقافة التفتيش وليس التمكين.

"فى الشهر الماضى زرت أحد المراكز وسألت عن إحدى الحالات الوبائية وهى الحالة الوحيدة التى وردت المركز لكن لم أجد لها سجلاً. الطبيب الوقائى فى المركز أخبرنى أن الحالة جاءت بالفعل وقام باللازم، ولكنه لم يسجلها، سألته عن عينة المياه التى يفترض أن نختبرها، كذلك لم تكن موجودة. بالمقابل كان عنده سجل بأنه أجرى تسع زيارات ميدانية فى يوم واحد. قلت له "إيش هالعبقرية اللى عندك، تسع محلات فى يوم واحد، تضحك على مين؟". (مشرف وقائى)

وأخيراً، ومع الحديث عن القيم لابد أن نتساءل عن موقع القيم الإسلامية فى دعم توجهات الجودة. وقد أبرزت إحدى المشرفات أهمية القيم الدينية فى ترسيخ ثقافة الجودة وتأسيس الاتجاهات والسلوكيات التى تدعم مجهودات التحسين.

"أهم حافز للموظفات هو الحافز الدينى، التوعية الدينية تشجع العاملات على الابتسام للمريضة، وعلى أن تراعى المريضة غيرها من المريضات وأن تراقب الموظفة الله فى عملها، هل تركت بيتها وأبناءها لكى تهمل فى عملها وتقرأ الصحف؟". (مشرفة قسم نسائى)

لاشك أن ترسيخ القيم الإسلامية المتعلقة بالعمل والأمانة والمسئولية والالتزام كفيل بدعم مجهودات تحسين الجودة وتحقيق التهيئة الثقافية المناسبة لنجاحها.

تعدد الثقافات:

يمثل القطاع الصحى فى المملكة بيئة تنظيمية تتعدد فيها الثقافات نظراً لتعدد الجنسيات والخلفيات الثقافية للعاملين واختلاط الجنسيين مما قد يوجد

بعض الحساسيات الشخصية المؤثرة في مناخ العمل. من هذه الحساسيات الظاهرة في المراكز الصحية ما يتعلق بالتعامل بين الجنسين والذي يحكم التعاملات بين الرؤساء والمرؤوسين أو بين زملاء في إطار العمل أو بين مقدمي الرعاية والمستفيدين. وتلاحظ الحساسية في التعامل بين النساء والرجال حتى في إطار الضرورة التي تحتمها الحاجة الطبية مما يؤثر على فرصة حصول المريضات على الخدمة أو على استفادتهن منها وعلى التزام بعض مقدمي الرعاية بالمعايير المهنية للأداء.

" كثير من المريضات ترفض إجراء الأشعة لأن جهاز الأشعة في قسم الرجال، بالرغم من أننا نرسل معها عاملة لتراقبها. وإذا وافقت على إجراء الأشعة قد لا يتم الفحص بالشكل الصحيح لأنها غالباً تقوم بإجراء الأشعة بدون خلع عباؤها وملابسها، مما يؤثر على وضوح صورة الأشعة، كما أن فنى الأشعة يتحرج من أن يوجهها لاتخاذ الوضعية المناسبة، وبعضهم يرفض الكشف على النساء. " (مشرفة قسم نسائي)

وتبرز هذه الحساسية تجاه التعامل بين الجنسين في المراكز الصحية خلافاً لغيرها من القطاعات الصحية كالمستشفيات مثلاً، إذ يتم العمل في بيئة منفصلة تماماً في غياب التنظيم والآليات والإمكانات التي تضمن عدم تأثير ذلك على مستوى الرعاية المقدمة وعلى سير العمل في المركز.

وتحد حساسية التعامل بين الرجال والنساء من فعالية دور القيادات من مشرفين ومديرين وغيرهم، إذ يتردد بعضهم في ممارسة صلاحياتهم ودورهم القيادي في تطبيق الأنظمة أو الإجراءات عند التعامل مع الموظفات وبخاصة السعوديات.

" المفترض عندما يطبق النظام أن يتم الالتزام به فوراً، لكن انظري مثلاً لمسألة الدوام الواحد الآن، منذ شهرين ونحن نترجى البنات حتى نقنعهم بتغيير الدوام وفقاً للنظام الجديد " (مشرفة وقائي)

وبالنظر إلى تكرار التعليقات حول كفاءة والتزام الموظفين السعوديات في هذا القطاع لا نملك إلا أن نتساءل هل يقع اللوم فقط على الموظفات؟ وهل يتحمل المشرفون جزءاً من المسؤولية عن إيجاد هذا المناخ غير المهني، وهل هذه العوائق التي يواجهها المديرون حقيقية أم أنها نتيجة وجود افتراضات معينة لديهم عن النساء، ولترددهم في ممارسة دور قيادي فعال؟ وبطرح هذا التساؤل على إحدى المشرفات كان لها هذا التعليق:

"النساء يعملن في قطاعات كثيرة مختلطة كالمستشفيات والبنوك، و يلتزمن هناك، لأن فيها نظام، والإدارة نفسها ملتزمة، المشكلة في الإدارة وليست في الموظفة، الإدارة هي التي تفرض الالتزام في العمل وليس العكس، بشكل عام كثير من الموظفات المخلصات لا يجدن من يقدم لهن كلمة شكر. السعودية الجيدة بعشر أجنبيات، وجميع السعوديات لدينا ممتازات، حتى المتسبية منهن بكلمة تشجيع أو توجيه تتحرك، الأجنبية ليست نشيطة من فراغ وإنما لأنها تقيم باستمرار لتجديد عقدها. " (مشرفة قسم نسائي)

ويقودنا هذا التعليق إلى الشكل الثاني من أشكال الحساسيات المرتبطة بتعدد الثقافات وهو ما يتعلق بالتعامل بين السعوديين وغير السعوديين. ونلمس من خلال المقابلات الشخصية أن الانطباعات والصور السائدة عن السعوديين وغير السعوديين تنعكس على التعاملات بينهم، حتى في إطار العلاقة بين الرئيس والمرؤوس تظل الحساسية قائمة.

" الأجنبي عادة يخاف، وطالما هو يحصل على مقابل مادي فهو يعمل بدون تقصير، لكن السعودي لا يخاف، بالذات لما يكون مديره أجنبيًا، ماذا سيعمل الأجنبي للسعودي؟ لا يملك شيء، لا يوجد رادع، الترقية والعلاوات لا تؤثر، لأن الواسطات والمجاملات موجودة، نحن نضطر أن نضع لهم تقييم أداء مرتفع، لأنهم يرحلوننا بالضغط، وأحياناً نخصم عليهم ولا يتأثر شيء. " (مشرف وقائي - غير سعودي)

من هذا التعليق نلمس أن القيم السائدة فى قطاعات الرعاية الأولية لا تدعم دور القيادات غير السعودية، "الأجنبى لا يستطيع أن يعمل شئ للسعودى"، وخاصة فى ظل مناخ إدارى تسيطر فيه المحسوبيات والعلاقات الشخصية.

من جانب آخر نجد أن الممارسات السائدة تعزز الشعور بدونية الطبيب غير السعودى ويتمثل ذلك فى عدم إعطائه فرصة عادلة للتدريب وتنمية القدرات خلال وجوده بالمملكة والذى قد يطول لسنوات عديدة.

"ليس عيباً أن يكون الطبيب غير سعودى، وأن تتاح له فرصة التدريب. جميع بلدان العالم تستقطب الكفاءات من البلدان الأخرى. هل تستنكف أمريكا من أن الدكتور أحمد زويل مصرى أو غير أمريكى؟ بالعكس، أعطت له الجنسية وقدرته." (مدير فنى)

بالرغم من أن الوافدين يمثلون الغالبية العظمى من العاملين فى هذا القطاع إلا أنهم لا يحصلون على القدر المناسب من المشاركة والتمكين، بسبب الحساسيات المرتبطة بالجنسية إضافة إلى عدم الشعور بالاستقرار الوظيفى أو بالتقدير المعنوى.

"لا يوجد أمن وظيفى لدى غير السعودى، أعتقد أن جميع الأشخاص الذين قام على أكتافهم نظام الرعاية الصحية الأولية من غير السعوديين قيل لهم منذ بضع سنوات هناك قرار جديد بإحلال كل من أمضى أكثر من عشر سنوات متعاقداً بسعودى أو بمتعاقداً جديد، ونحن الآن ننتظر من سنة لأخرى استبدالنا بآخرين، وبدون أن يتم الدفاع عنا وعن عطائنا فى تأسيس هذا القطاع، ومعظمنا أمضى سنين طويلة هنا، ولدنيا ولاء عال جداً، وهذا البلد هو جزء منا، وباعتقادي أن الأجيال الجديدة من المتعاقدين تختلف عنا من هذه الناحية، ولها أهداف وتوجهات أخرى، ولا تعرف المجتمع كما نعرفه، ولم تعاصر تكوين الرعاية الأولية وتتشرب مفاهيمها مثلنا، ولم تحصل على التدريب الذى حصلنا عليه." (مشرف وقائى)

وهذا يهدد الاستقرار الوظيفى للعاملين ويتنافى مع شعورهم بالعدالة والتقدير لعطائهم.

٣- أساليب القياس والتحليل: المعلومات والتخطيط:

تمثل عملية جمع المعلومات جزءاً من العمل اليومي لكل موظف بالمركز الصحى، إذ تجمع المعلومات لأغراض التخطيط و المتابعة وتقييم الأداء. وتعتبر الخطة السنوية عنصراً هاماً فى عملية القياس والتحليل، إذ يقوم العاملون تحت إشراف المدير الفنى بإعداد هذه الخطة من واقع عملهم، ويضعون التقديرات المتوقعة للإنجاز ويحددون العوقات المحتملة والمتطلبات اللازمة لتنفيذ الخطة. ترفع الخطة بشكل دورى للإدارة الإشرافية لتكون أساساً لتقويم أداء المركز وتوفير مستلزمات التنفيذ والتغلب على معوقاتها. وبالرغم من أن القيادات تولى اهتماماً كبيراً للخطة السنوية، إلا إن المتأمل فى ملاحظات العاملين فى هذا القطاع حول الخطة السنوية يجد أن صياغة هذه الخطة أصبح هدفاً بحد ذاته، ولا ينظر للخطط كعنصر فى منظومة متكاملة ومترابطة للتخطيط لتحسين الأداء.

"الخطط التى توضع فى المراكز قد تكون غير دقيقة، ومبنية فى معظم الأمر على تقدير أو تخمين أو غالباً ما تكون ارتجالية، والعاملون ينظرون لها بأنها عبء إضافى غير مدركين الهدف منها، ولا يربطون بينها وبين التطوير ويعتبرونها عملاً إجرائياً روتينياً، لأن عملية التقييم ليست ذاتية أى لا تتم على مستوى المركز، وإنما من قبل مشرف القطاع." (مشرف قطاع)

ولا يعود الأمر فقط إلى عدم إدراك العاملين للرؤية والهدف من وراء الخطة السنوية، وإنما يعود أيضاً إلى إدراكهم بأن الإحصائيات التى تتضمنها غير دقيقة. وبالرغم من الأهمية التى يوليها القائمون على هذا القطاع للخطة السنوية، إلا أن الكثيرين يرون أنها لا تمثل واقع العمل، ولا تتمتع بدرجة عالية من المصداقية والدقة، بل قد لا تعدو فى نظرهم أن تكون إجراءً إدارياً روتينياً

يتم لتلبية متطلبات الإدارات العليا. ويؤكد ذلك أحد المشرفين بشيء من السخرية:

"نحن نضحك على بعض، عندما أستلم خطة من مركز صحى، هو يضحك على وأنا عارف. وعندما أضع أنا خطة القطاع، أنا والمديرية نضحك على بعض، المسألة شكلية. عندما يسوء الشئ يسوء بجميع جوانبه، حتى الخطة أصبحت تدبلج!". (مشرف وقائى)

مؤشرات الأداء:

يتم رصد العديد من المؤشرات لأداء المراكز الصحية بما يشمل الجوانب الفنية والإكلينيكية من نشاطها. إلا أن من الواضح أن تركيز هذه المؤشرات ليس بالضرورة على الفعالية أو الكفاءة وترشيد الاستخدام، وإنما على تقليص الاستخدام. فعلى سبيل المثال لاحظنا أن المؤشرات المتعلقة بالأدوية تركز على عدم استغلال المريض لمجانبة الدواء للحصول على كميات أكبر وليس على دقة أنماط وصف الأدوية وصحتها. و يرى بعض المشاركين فى هذه الدراسة أن معظم مؤشرات الأداء المستخدمة حالياً لا تمثل نشاط المراكز الصحية وما يقوم به العاملون فيها معظم الوقت.

"طول النهار تطلب منى إحصائيات تأخذ منى وقتاً طويلاً وليست منطقية ولا أعرف كيف أحسبها، هناك أمور أهم من ذلك، المسئول لم ينزل للميدان ليعرف ما هى المؤشرات التى تقيس الأداء فعلاً، عليه أن ينزل للواقع ويعرف ما هى الأمور التى تنقصنا ومن ثم يطالبنا بإعداد هذه الإحصائيات. كثير من الإحصائيات التى نقوم بجمعها لا تعنى شئ ولا تمثل الواقع." (مشرف فنى)

إن شعور العاملين بأن متخذ القرار بعيد عن واقعهم، وأن جهد التخطيط لقياس وتحسين الأداء يتم بمعزل عن هذا الواقع، ينعكس على فعالية عملية القياس ومصداقيتها وقناعة العاملين بها ودعمهم لها. ولو نظرنا بالمقابل إلى

الزيارات التي يقوم بها المشرفون بشكل شهري نجد أنها لا تعدو كونها إجراء تفتيشياً، يخالف التوجهات الحديثة للجودة والتي تعزز الوقاية من الخطأ بدلاً من تقويم الخطأ.

أنظمة المعلومات:

نلمس من خلال القيادات القائمة على هذا القطاع أن هناك جهداً كبيراً للتخطيط لعملية قياس أداء الرعاية الأولية، وجهداً أكبر في جمع المعلومات المطلوبة من خلال نماذج عديدة تستكمل من قبل مقدمي الرعاية وترفع وفق منظومة من الإجراءات الإدارية للمسؤولين في القطاعات الإشرافية، وتدرج حتى تصل لإدارة الإحصاء في وزارة الصحة. بالرغم من هذا الاهتمام إلا أن نظام المعلومات القائم في المراكز الصحية لا يعدو كونه نظاماً ورقياً يتكون من مجموعة كبيرة من النماذج الروتينية المكررة والتي لا يتناسب البعض منها مع الغرض الذي وضع من أجله. وقد تحولت عملية القياس والتحليل - لأسباب مختلفة - من جهد هادف للتخطيط لتحسين الأداء إلى إجراء روتيني مجرد. وبالرغم من أن هناك عملية مستمرة لجمع المعلومات إلا أن هناك شعوراً قوياً لدى العاملين والمسؤولين بأن هذه المعلومات لا تستغل بالشكل الأفضل، بل إن هناك من يرى بوجود درجة من المبالغة في جمع المعلومات قد تمثل عبئاً غير مبرر على العاملين.

" نحن نستخدم ٢٢ استمارة في المراكز الصحية ولكن هل تتضمن المعلومات المطلوبة لقياس وتحسين الجودة؟ هل هناك معلومات راجعة للمراكز؟ لا. جمع المعلومات هو مجرد إجراء. لو قابلت مدير إدارة الإحصاء ستجدين لديه معلومات هائلة، لكن لا يستفاد منها ولا تستخدم في التخطيط ولا تستخدم بالشكل الصحيح. " (قيادي)

من ناحية أخرى فإن عدم قناعة العاملين وبعض المشرفين بالطريقة المتبعة للقياس وجمع المعلومات، والاعتقاد بأن عملية القياس المستمر مبالغ فيها ناتج

عن اعتقادهم بأنها تأتي على حساب رعاية المرضى، وأن تركيز عملية القياس على كم العمل وليس على نوعية الأداء.

" ٢٠٪ من المعلومات التي نجمعها لأغراض تقييم الأداء والباقي فقط إجراء روتيني وتنفيذ للتعليمات لأنها تُطلب منا، ونجمعها تحسباً لو زارنا مشرف أو مسئول. " (مشرفة القسم النسائي)

وتعد المبالغة في جمع المعلومات وإجراء الإحصائيات مشكلة بحد ذاتها لكنها تصبح مشكلة أكبر إن كانت المعلومات التي تجمع لا تستخدم فعلاً لتحسين الأداء ولا توجد تغذية مرتدة للمراكز الصحية ومقدمي الرعاية. ويتضح من خلال التعليقات السابقة أن مختلف المبادرات الساعية إلى تدعيم مبدأ القياس والتحليل سواء من خلال الخطة السنوية أو برنامج الإشراف الداعم لم تتجح في تحقيق أهدافها وترسيخ القناعة بها بين العاملين في الميدان، بل تقلصت هذه العملية لتصبح مجرد إجراء روتيني يكرس ثقافة التفتيش. وتتبلور ثقافة التفتيش في تركيز عبء التقييم على مشرفي القطاعات وتقليص دور المركز في عملية التقييم الذاتي والتحسين المستمر.

٤- تنمية القوى البشرية:

العزلة المهنية:

تشير نتائج الدراسة إلى أن طبيعة العمل في الرعاية الصحية الأولية قد توجد نوعاً من العزلة المهنية تحد من قدرة العاملين على مواكبة المستجدات في مجال تخصصاتهم وتنمية مهاراتهم وقدراتهم ومعارفهم. ويبدو من خلال تأكيد العاملين والمسؤولين على السواء أن هذه العزلة المهنية لا تؤخذ في الاعتبار عند وضع إستراتيجيات التدريب وتنمية الموارد البشرية، وبخاصة الطبية والفنية. ويلاحظ المسؤولون أن من الوارد أن يقع الأطباء في أسر هذه العزلة وأن يتخلفوا عن متابعة التطورات العلمية والتقنية بسبب قصور التدريب وعدم توافر بدائل للتدريب كالدوريات والكتب.

"نحن نلاحظ أن الأطباء فى المراكز لا يتعلمون أشياء جديدة لسنوات عديدة بسبب عزلتهم فى المراكز، هذا عدا أن الدورات المقدمة فى مركز التدريب فى معظمها لا تنفعهم كثيرًا من الناحية الإكلينيكية، فهى بطبيعتها سطحية وتركز على مفاهيم ومبادئ الرعاية الأولية." (مشرف وقائى)

وتؤثر هذه العزلة المهنية على مواكبة الطبيب للمستجدات العلمية وقدرته على توفير أفضل رعاية ممكنة للمريض.

"لمدة ١٤ سنة كنت أعطى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم دواءً معيناً، وبعد التحاقى بدورة متخصصة، اكتشفت وجود أدوية جديدة وغيرت الطريقة التى اتبعها وأصبحت أتمكن من السيطرة على المرض لدى مرضاى، وهذا أدى إلى شعورى بالذنب والتقصير تجاههم طيلة السنوات الماضية." (طبيبة ومشرفة قسم نسائى)

وتزداد أهمية التدريب مع زيادة معدلات الدوران الوظيفى و تنوع جنسيات العاملين فى المراكز الصحية وبالتالي تباين خبراتهم وخلفياتهم العلمية والمهنية مما ينعكس على أساليب الممارسة. من جانب آخر فإن العمل فى مجال الرعاية الصحية الأولية يختلف عن القطاعات الأخرى كالمستشفيات وغيرها من المرافق الصحية، لذلك فإن تأهيل الكوادر البشرية وتدريبها على مبادئ صحة الأسرة والمجتمع يعد من أساسيات النجاح.

"فى السابق كان هناك حرص على أن يتشرب العاملون أسس ومبادئ الرعاية الأولية، قبل أن يمارسوا العمل الفعلى، لأن الموظف الجديد غالبًا لا يكون مطلعًا على هذه الأسس والمبادئ، لكن الآن الموظف يتعين وبعد خمسة أو ستة أشهر يلتحق بدورة فى مجال الرعاية الأولية." (مشرف فنى)

معظم برامج التدريب المتاحة للعاملين فى هذا القطاع هى برامج تدريبية داخلية تعدها وتنظمها وزارة الصحة. أما البرامج التى تنظمها الجهات الخارجية كالجمعيات العلمية والمهنية والمنظمات الدولية أو المؤسسات الصحية فى القطاعات

الأخرى، فلا تدرج ضمن الخطط التدريبية، ولا توجد آلية محددة لتنظيم التحاق العاملين بها، بل إن الغالب فى الأمر أن يكون ذلك بمبادرة شخصية من الموظف.

عوائق التدريب:

إن أعباء العمل تمثل أهم عائق للالتحاق ببرامج التدريب أمام معظم العاملين وبخاصة الأطباء. وتقع مسئولية التنسيق لالتحاق العاملين بالدورات بما لا يخل بالعمل على المدير الإدارى و مشرف القطاع، وفى غياب الحرص على التدريب لدى أى منهما لا تكون هناك محاولة جادة لتجاوز عوائق التدريب، وتيسير أمر التحاق العاملين بالبرامج التدريبية، ويبقى الترشيح محصوراً على الذين لا يعملون فعلاً، أما الذين يخدمون عدد كبير من المرضى فستكون فرصتهم أقل للحصول على التدريب. ويجسد هذه الإشكالية المثال التالى:

فى أحد المراكز التابعة لنا أراد طبيب وطبيبة الأسنان الالتحاق بدورة معينة عن الأسنان ، طلبنا من مدير المركز أن يرشحهم، رفض، وقال عندنا عدد المرضى كبير ولا نستطيع ترشيحهما، غيابهما يسبب مشاكل وأنتم غير موجودين عندى وقت المشاكل، كلها تقع على رأسى، فتركناه لرأيه، ولم يلتحق أى منهما بالدورة".
(مشرف وقائى)

بالإضافة إلى عبء العمل فإن غياب الحافز وعدم تنوع الفرص التدريبية، وتدنى نوعية البرامج المتاحة تحد من الإقبال على التدريب.

٥- التكامل والتنسيق:

أظهرت نتائج الدراسة أن التكامل والتنسيق بين قطاعات الرعاية الصحية الأولية والقطاعات الأخرى كالمستشفيات والأجهزة الحكومية المختلفة كمؤسسات المجتمع وقياداته من محددات الجودة. وتمثل إحالة المرضى من المركز الصحى إلى المستشفى للحصول على استشارات طبية متخصصة أو إجراء فحوصات تشخيصية هى عنصر هام لنجاح الرعاية الصحية الأولية.

ويؤكد الأطباء المشاركون في الدراسة قصور تطبيق نظام الإحالة ويعززون ذلك لعدة أسباب منها وجود منظور قاصر لدى مقدمى الرعاية فى المستشفى لمفهوم الإحالة ولدور المركز الصحى ولأطباء الرعاية الصحية الأولية، إضافة إلى عدم الاهتمام من قبل المسؤولين بتفعيل النظام وضمان الالتزام بمقتضياته ومراقبة عملية التنسيق بين المركز والمستشفى.

"نموذج الإحالة هو مجرد ورقة يستخدمها المريض للدخول للمستشفى أو مراجعة أخصائى، بمجرد أن يراها الطبيب هناك يأخذها وقد يرميها فى الزبالة، والسبب أنه غير مقتنع بدور المركز وما تقوم به هنا، طبيب المستشفى يعتقد أن طبيب المركز يحيل المرضى لأنه لا يعرف كيف يعالجهم." (مدير فنى)

هناك من يشير إلى أن المشكلة تكمن فى إجراءات الإحالة وأن المسئولية مشتركة بين المركز الصحى والمستشفى. فالمركز لا يتابع مرضاه المحولين ولا يقوم بالتنسيق لمواعيدهم، وكذلك بعض المستشفيات لا تقوم بدورها فى متابعة المرضى المحولين وضمان إرسال تقاريرهم للمركز. والمفترض - حسب نظام الإحالة - أن تكون فى المستشفى مكاتب تنسيق لهذا الغرض، وأن يكون بالمركز ضابط اتصال، ولكن هذا لم يعد مطبقاً فى مدينة كبيرة مثل مدينة الرياض.

من خلال ملاحظات المشاركين فى الدراسة نلمس كذلك أن تعثر عملية الإحالة قد يرتبط بمركزية خدمات المستوى الثانى، أى تركيزها فى المستشفيات الكبيرة والتي قد تنشئت فيها جهود التنسيق للمرضى المحولين وتصعب متابعتهم. هذا عدا ما يمثله ذلك من مشقة على المرضى يصفها التعليق التالى:

"أنا طبيب ولى أصدقاء فى وزارة الصحة وفى الشميسى (مجمع الرياض الطبى)، بالرغم من ذلك لو أذهب للشميسى أضيع. لا أدري من أى بوابة أدخل، أو أية عيادة أراجع. وإن وصلت يمكن يقفل أمامى ١٠ أبواب قبل أن يفتح باب واحد. هذا وأنا ابن وزارة الصحة. فما بالك لو أتى إنسان من خارج هذا القطاع، ويكون عمره سبعين سنة و عنده ضغط و سكر و نظره

ضعيف، ويمكن يكون صايم استعدادًا لإجراء تحليل سكر، وبعدها بساعتين يفطر، ثم يجرى فحص آخر، هذا غير عملى وشاق جدًا على المريض. " (مشرف قطاع)

لذلك يقترح هذا الطبيب إيجاد مجتمعات طبية فى كل قطاع صحى تضم مجموعة من التخصصات الطبية الأساسية التى تغنى عن المستشفى وتضمن تقديم الرعاية الخارجية التى لا تتطلب التنويم للمرضى المحولين من المراكز الصحية. ويمكن تشغيل هذه المراكز التخصصية بأطباء من المستشفيات يكلفون دورياً بالعمل فيها، وهذا يسهم فى تعزيز إدراك هؤلاء لمفاهيم صحة المجتمع وتقديرهم لدور المراكز الصحية. من جانب آخر يمكن تفعيل مفاهيم خدمة المجتمع المطبقة فى دول أخرى بحيث يتبرع بعض الأخصائيين بوقتهم أحياناً للخدمة فى هذه المراكز.

"لا يوجد مبرر للتحويل للمستشفى إذ بالإمكان أن يوجد فى كل قطاع مركز شامل يضم التخصصات الأساسية والمختبرات اللازمة، ومن خلال الشركات الطبية يمكن أن نوفر أجهزة الفحص والأشعة الصوتية، وبإمكاننا إقناع زملائنا الأخصائيين بعمل عيادات تخصصية دورية فى هذا المركز. تأتى بطبيب واحد شاب أفضل من أن ترسل ١٠ مرضى مسنين لمكان ما يضيعون فيه. كما يمكن أن نعتمد على مبدأ خدمة المجتمع، أى أن يحضر بعض الأطباء الأخصائيين بشكل دورى لهذا المركز أو مجمع العيادات من قبيل خدمة المجتمع، وهذا يساعد على أن يفهم هؤلاء الأطباء أهمية الرعاية الأولية و أن يتواصلوا مع زملائهم العاملين فيها. " (مشرف قطاع)

إصحاح البيئة والبرامج الوقائية:

يمثل إصحاح البيئة عنصراً هاماً من عناصر الرعاية الصحية الأولية بالمملكة، إذ تناط بالمراكز الصحية مهمة مراقبة البيئة وذلك بالتنسيق مع

البلديات المحلية، نظراً لانتشار هذه المراكز فى جميع مدن وقرى المملكة. وتمثل مكافحة الأمراض الوبائية من أولويات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة، وقد تم تحقيق نتائج واضحة منذ تأسيس هذا القطاع فى مكافحة الأوبئة ومصادرها وتوفير بيئة صحية فى مختلف مناطق البلاد.

"يعد برنامج الطب الوقائى من أنجح البرامج، فقد سيطرنا على الكثير من الأمراض ومصادر العدوى وتأمين البيئة النظيفة والخالية من الأمراض" (مشرف وقائى)

وتشمل أنشطة إصحاح البيئة: التخلص من النفايات والصرف الصحى ومراقبة مياه الشرب والأغذية ومراقبة التجمعات السكانية. ويشير جميع المشاركين فى هذه الدراسة إلى تعثر هذا النشاط بشكل كبير لأسباب متعلقة بضعف التكامل والتنسيق بين المراكز الصحية والبلديات.

"جميع أنشطة إصحاح البيئة تتم بشكل أقل مما ينبغى فعلاً (٣٠٪)، والسبب أن هذا العمل يعتمد بشكل أساسى على تبليغ ومخاطبة البلدية فى كل صغيرة وكبيرة، دورنا ينحصر فى الاكتشاف والتبليغ، وهذا هو العائق الوحيد، نحن نعمل بدون نتيجة، البلدية لا تتجاوب، ولا يوجد للمراقب الصحى أو المركز أى قيمة أو تأثير بالنسبة للمخالفين." (مشرف وقائى)

ويبدو أن فقدان القناعة بجدوى نشاطات إصحاح البيئة، وعدم وجود صلاحيات لدى المراكز الصحية مقابل مسئوليتها عن مراقبة صحة البيئة، دفع بعض العاملين والمسؤولين فى هذا المجال إلى التهاون فى عملهم والتخلى عن مسئوليتهم.

"المراقب الصحى مكلف بالتفتيش على المطاعم والمحلات، ولكن معظمهم لا يقوم بهذه المهمة، أغلب ما يقومون به هو كتابة اسم بعض المحلات والادعاء بأنهم زاروها وأنها سليمة. هم معذورون، يقولون نحن لا نملك صلاحية لعمل أى شىء." (مشرف وقائى)

وتدريجياً أصبح المسئولون عن إصحاح البيئة من مراقبين صحيين وأطباء وقائيين على قناعة بأن هذا العمل ليس من مسئوليتهم أو من مهام المراكز الصحية وأن من الأجدر أن يتولى القيام به من يملك صلاحية التوجيه و إيقاع العقوبة بالجهات المخالفة.

وتقوم المراكز الصحية بإجراء الاستقصاء الوبائي لحالات معينة وهذا يشمل تحديد مصدر العدوى وزيارة للموقع وتحديد المخالطين وتوجيههم للفحص والتنسيق مع المستشفى ومتابعة نتائج التحاليل، وتطعيم المخالطين إن لزم الأمر. ويتولى المركز الصحى مهمة الاستقصاء الوبائي للحالات التي تكتشف فى المستشفى، إلا أن هذا يتعثر بسبب ضعف التنسيق والتواصل بين المستشفى والمركز.

"البلاغات الواردة من المستشفيات عن الحالات الوبائية والتي يفترض بنا فى المراكز متابعتها وإجراء الاستقصاء الوبائي لها سيئة للغاية، لأنها تفتقر إلى دقة واكتمال المعلومة، . " (مشرف وقائى)

مشاركة المجتمع:

يتم تفعيل مشاركة المجتمع من خلال لجان أصدقاء وصديقات الصحة والتي تشكل فى كل مركز صحى من قيادات المجتمع وأصحاب الرأى والنفوذ فيه. ويفترض أن تعمل هذه اللجان وفق ضوابط محددة للجودة النوعية وأن يتم تقييم أدائها باستخدام مؤشرات خاصة بهذا الغرض. ويتضح من خلال المقابلات الشخصية أن معظم المراكز الصحية لم تقم بتشكيل لجان أصدقاء وصديقات الصحة أو لم تفعلها لأسباب مختلفة.

"لجنة أصدقاء الصحة غير مفعلة، وهى تمثل عبئاً على العاملين بالمركز لأنهم قد لا يتمكنون من استقطاب رجال الأعمال للتبرع للمركز أو تحقيق ما يتطلع له هؤلاء من خلال تبرعهم. المفترض أن تكون اللجنة من المراجعين والمستفيدين من المركز. " (مشرف فنى)

ونلمس من هذا التعليق أن المفهوم السائد عن دور هذه اللجان ينحصر في تنمية الموارد المالية وجمع التبرعات لتمويل نشاطات المركز، في حين أن من المفترض أن تقدم هذه اللجان الدعم المعنوي والتنظيمي والتسهيلات التي تضمن تفعيل نشاط المركز إضافة إلى دورها في تقديم المشورة والمشاركة في تخطيط وتقويم نشاط المركز. وهذا التصور يقلص دور هذه اللجان في مجال دعم وتعزيز برامج التوعية والتطوير الصحى وغيرها من المبادرات كالمسوحات الصحية والتي تتطلب تهيئة وتقبل المجتمع لكى تحقق أهدافها.

٦- نظم إدارة الجودة:

تنظيم جهود إدارة الجودة:

تعد إدارة الجودة جزءاً مهماً من الرعاية الصحية الأولية، ومنذ تأسيس هذا القطاع كان هناك اهتمام كبير بالجودة. ومع كثرة المبادرات التي شهدتها هذا القطاع لتطبيق أسس الجودة وأساليبها، إلا أن من الملفت للنظر عدم وجود إدارة أو برنامج أو وحدة إدارية لتسيق جهود تحسين الجودة فى الرعاية الأولية. وبالرغم من وجود إدارة للجودة فى وزارة الصحة إلا أن تركيز نشاطها على المستشفيات حد من استفادة المراكز الصحية منها. كما لا توجد لجان للجودة فى المراكز الصحية أو حتى فى القطاعات الإشرافية، وإن وجدت مثل هذه اللجان، فإنها لا تعدو كونها مبادرات فردية غير مرتبطة بمنظومة متكاملة للجودة.

ونتيجة لعدم وجود هيكل إدارى يدعم مبادرات التحسين، تتسم جهود الجودة بعدم التنظيم وعدم الاستمرارية، ولا تعدو كونها جهود متقطعة أو مبادرات وقتية تنتهى بغياب المسؤولين عنها. ومن خلال الملاحظة الميدانية نجد أن عدم وجود بنية تنظيمية أدى إلى تشتت جهود التحسين وغياب الآليات التى تكفل لها الاستمرارية.

"هناك محاولات يائسة ومهلهلة لتطبيق الجودة فى الرعاية الأولية" (مشرف قطاع)

من ناحية أخرى نجد أن هناك مقاومة لتطبيق نظم الجودة، ناتجة عن إقصاء العاملين عن مجهودات الجودة مما ينعكس على قناعاتهم بهذه المجهودات وبجدية الاهتمام بالجودة. ويعزز من هذه المقاومة وجود تناقض بين مفهوم الجودة والواقع الفعلى مما يؤدي إلى التشكيك فى توجهات الجودة ومبادرات التحسين.

" أنا آخذ موقف من الجودة لأنى ما بأفهمش منها حاجة، التركيز عندنا على الكم وليس على الكيف وعلى عدم إثارة المشاكل. جميع مبادرات التحسين تأتينا من فوق" (مشرف وقائى)

وبالرغم من أن هناك العديد من مبادرات التحسين المستمر التى قامت على أسس ومنهجيات علمية ووفقاً لأسس علمية وبالتعاون مع مؤسسات وهيئات علمية دولية كمنظمة الصحة العالمية، إلا أن كثيراً من العاملين فى المراكز الصحية لا يعرفون شيئاً عن هذه المبادرات ولا يشاركون فيها. وبالتالي تبقى الفجوة قائمة بين جهد التخطيط والتنفيذ، وبين القيادات القائمة على التحسين وبين العاملين المسئولين عن تنفيذ هذه المبادرات ودعمها. ونظراً لغياب المشاركة فإن جهود التحسين غالباً تفقد الكثير من فرصتها للنجاح وتبقى منعزلة عن الواقع الميدانى، وخاصة وأن تطبيق الجودة لم يتخذ الطابع المؤسساتى ولم يندمج فى البناء التنظيمى والعمليات التنظيمية.

الأدلة الإرشادية وإجراءات تقديم الرعاية وفقاً للدلائل العلمية؛

تستمد البروتوكولات العلاجية والأدلة الإجرائية أهميتها من الحاجة للقضاء على اختلافات الممارسة نظراً لتنوع جنسيات العاملين فى هذا القطاع والتى تنعكس على جودة وتكلفة الرعاية المقدمة. لذلك تم إعداد العديد من الأدلة العلمية والمناهج الوطنية التى تهدف إلى إيضاح خطوات تقديم مختلف خدمات الرعاية الصحية الأولية. كما توفر المعلومة الأساسية للبعض ممن لا يملك القدرة على متابعة المستجدات العلمية وخاصة من يعملون فى مناطق نائية. ويؤكد القائمون على هذا القطاع وجود درجة من نقص الخبرة لدى بعض أطباء

الرعاية الأولية و عدم الالتزام بالأسس العلمية ومثال ذلك المبالغة فى وصف المضادات الحيوية فى غير مكانها الصحيح.

"هناك نسبة من الأطباء فى الرعاية الأولية لا يمارسون الطب بطريقة علمية صحيحة، مثلا حالات الأنفلونزا وهى أكثر الأمراض انتشارا فى المراكز نجد أن ٧٠٪ من الأطباء يصفون مضادات حيوية ومضادات الهستامين، بالرغم من أن هذا خطأ." (مشرف وقائى)

وتتزايد أهمية البروتوكولات والأدلة الإرشادية مع توجه المراكز الصحية نحو برامج مكافحة الأمراض المزمنة والتي تمثل تحدياً كبيراً فى مجتمع ينخفض لديه الوعى الصحى مما يضع عبء الاكتشاف المبكر ومسئولية الوقاية من المرض أو من مضاعفاته على مقدم الرعاية. هذا الأمر لا يمكن أن يتم فى غياب بروتوكولات واضحة تتضمن إجراءات تشخيصية ووقائية قبل الإجراءات العلاجية.

"المشكلة أننا نتعامل مع حالات كثيرة غير مشخصة من السكرى والضغط ونحن نرغب فى التركيز عليها، ولكن لا بد من اكتشافها مبكراً، والاكتشاف المبكر يتطلب بروتوكولاً، لا يصلح أن نعتد على اكتشاف هذه الحالات فى العيادات." (مدير فنى)

كما نلمس من خلال ملاحظات العاملين فى هذا القطاع أن محاولات تقنين الممارسة من خلال إجراءات وأدلة العمل هى محاولات متقطعة وغير مستمرة، فكثير من العاملين لا يعرف عن هذه الأدلة شىء. ويتم نشر البروتوكولات بطريقة بيروقراطية تقليدية من خلال التعاميم الداخلية والتي يوقع الطبيب على استلامها وليس من خلال التعليم أو الفعاليات المهنية.

ومن خلال المقابلات مع العديد من العاملين فى هذا القطاع تبين أن واقع المراكز الصحية لا يساعد على اتباع التطورات العلمية، وأن الأجهزة والإمكانات اللازمة لتطبيق بعض البروتوكولات قد لا تكون متوفرة.

"بعض البروتوكولات تتطلب إمكانات معينة غير متوفرة باستمرار مثل المواد اللازمة لإجراء بعض الفحوصات الدورية و الضرورية لمرضى السكرى، وبالتالي فى كثير من الأحيان نحن لا نجري هذه التحاليل." (مشرفة قسم نسائى)

مناقشة النتائج:

سعت هذه الدراسة إلى التعرف على محددات جودة الرعاية الصحية الأولية وذلك من خلال تطبيق منهجية البحث النوعى باستخدام المقابلات الشخصية مع فئات متنوعة من العاملين والقائمين على هذا القطاع. وقد أظهرت نتائج الدراسة تمحور محددات الجودة فى هذا القطاع فى ستة عناصر وهى: دور القيادات، الثقافة التنظيمية، أساليب القياس والتحليل، نظم إدارة الجودة، تنمية القوى البشرية، التكامل والتنسيق. وقد تضمنت كل من هذه المحددات عدداً من العناصر الفرعية التى تمثل عوامل مؤثرة بدورها فى جودة الرعاية الصحية الأولية. تبين من خلال الدراسة أن الدور القيادى يعد من أهم مقومات تحسين الجودة فى قطاع الرعاية الصحية الأولية. وقد لعبت القيادات دوراً بارزاً فى تحقيق انطلاقة قوية للرعاية الصحية الأولية فى المملكة وتحقيق أهدافها وإيجاد رؤية مشتركة مع الأطراف المعنية بها وترسيخ رسالتها ومبادئها. وتتميز القيادات الفاعلة فى هذا القطاع بامتلاك التخصص والتأهيل الجيد، والقناعة والإيمان بالرعاية الصحية الأولية وقدرتها على تحقيق الأهداف الصحية للمجتمع. وتتجح هذه القيادات لارتباطها بالواقع الميدانى، وتدرجها فى العمل بدءاً من المراكز الصحية فى المدن والقرى والهجر، وتواصلها المستمر مع العاملين وقدرتها على كسب ثقتهم وولائهم ولعب دور القدوة الساعية إلى ترسيخ قيم العطاء والمسئولية والدافعية للعمل وروح الفريق والعمل الجماعى.

بالرغم من قوة الدور القيادى الذى واكب انطلاقة الرعاية الصحية الأولية إلا أن المراحل التالية شهدت قصوراً فى دور القيادات نتيجة لكثرة تغيير المسئولين فى المراكز القيادية، مما أدى إلى تذبذب أولويات السياسة الصحية وتغيير الرؤى

والإستراتيجيات والبرامج و تراجع الأهمية التي تحتلها الرعاية الصحية الأولية فى منظومة الخدمات الصحية. ويتمثل قصور الدور القيادى فى سيادة أنماط سلبية من الممارسات القيادية المنعزلة عن العمل الميدانى والتي تكرس السلطة وتغفل المشاركة والتواصل مع العاملين ولا تظهر التزام قوى بمبادرات التحسين. كما يرتبط هذا القصور بضعف إستراتيجيات تنمية القيادات وغياب معايير اختيار القيادات المناسبة وضعف توجهات السعودية وندرة القيادات السعودية المؤهلة فى هذا القطاع وبعد معظمها عن واقع العمل الميدانى وتمركزها فى الإدارات المركزية. وتؤكد هذه النتائج ما أشار له (Jarallah And Khoja, 1998) من أن نسبة كبيرة من مشرفى الرعاية الصحية الأولية لم تتلق التدريب على المهارات الإدارية.

ونتيجة لمركزية الإدارة يضعف دور الإدارات الوسطى والتنفيذية فى ضمان الاستمرارية والاستقرار للرؤى والبرامج والسياسات، كما يضعف الدور القيادى على مستوى المركز الصحى وخاصة مع نقص تأهيل مديرى المراكز ومشرفات الأقسام النسائية. وتقع الأقسام النسائية فى المراكز الصحية فى عزلة إدارية ومهنية، وتعانى خلالاً فى آلية العمل والإدارة والتنظيم، وهذا الخلل يمثل انعكاساً لقصور النظام الإدارى فى هذا القطاع والذى تمتد جذوره إلى الثقافة السائدة فى المجتمع وإلى غياب الرؤية ونقص الكفاءة لدى القيادات الإدارية بما فيها مشرفات القسم النسائى، ومديرو المراكز، ومشرفو القطاعات. ونتيجة لنقص القدرات القيادية وغياب الرؤية وضعف السلطة ونقص التوجيه، توجد ثقافة سلبية لا تشجع المبادرة وتحث من الإبداع، ولا تحقق مشاركة وتمكين العاملين فى جهود التحسين. وفى هذا المناخ التنظيمى تبرز المشاعر الشخصية والتعامل غير المهنى الذى تتداخل فيه الحساسيات الشخصية، وتضعف الرقابة الذاتية وحس المسؤولية والالتزام المهنى وإرادة التحسين.

وإذ يمثل الأطباء الوافدون من مختلف الجنسيات الأغلبية بين أطباء هذا القطاع فإن هذه الدراسة وجدت أن اختلاف الثقافات والأمور المتعلقة بالتعاقدات

السنية والاستقرار الوظيفي تمثل عوامل مؤثرة في البيئة التنظيمية، وهذا يتفق مع ما وجدته إحدى الدراسات السابقة (Al-Shammari et al. 1995). ولا شك أن من غير الممكن أن تتحقق الجودة في ظل عدم استقرار القوى العاملة وفي غياب السياسات التي تحد من الدوران الوظيفي وتمكين العاملين. كما أن هذا يخل بمبدأ التمكين والذي لا يفرق بين مواطن ووافد طالما أن الحاجة إلى الوافد لا تزال قائمة وطالما أنه يمثل عنصراً أساسياً لنجاح المنظمة وتحقيق أهدافها.

منذ بداية تطبيق نظام الرعاية الصحية في المملكة كان هناك تركيز واضح على الجودة وعلى اتباع الأسس العلمية وتقديم نموذج مميز للرعاية الصحية الأولية ينسجم مع معطيات الواقع ومتطلباته ويواكب التطورات العالمية في هذا المجال. لذلك يظهر الحرص الكبير على إيجاد العديد من الأدلة الإرشادية للعاملين في هذا القطاع ومنها دليل الجودة النوعية للرعاية الصحية الأولية في بداية التسعينيات الميلادية وغيره من الأدلة والبروتوكولات. كما شهد هذا القطاع العديد من المبادرات والبرامج الطموحة الهادفة لتطوير الأداء وتقديم الخدمات التي تواكب احتياجات المجتمع ومنها برامج رعاية الحوامل والتحصين الشامل والتي حققت نتائج متميزة، إضافة إلى البرامج التي أدخلت لاحقاً كنظام الإحالة وبرامج العيادات المصغرة وبرنامج الإشراف الداعم. وبالرغم من تعدد مبادرات التحسين إلا أن معظمها لا يعدو كونه جهوداً متقطعة ومشتتة أو مبادرات وقتية أو فردية تفتقر إلى مقومات الاستمرار نتيجة لعدم استمرارية القيادات وتذبذب التوجهات الإدارية. هذا وتنتشر مجهودات الجودة في هذا القطاع، بسبب أنها لم تأخذ الطابع المؤسسي ولم تدمج في البناء التنظيمي والعمليات التنظيمية، ولم تخصص إدارة أو لجنة لتتولى مهام تنسيق مجهودات التحسين المستمر. لذلك تفقد مبادرات الجودة فاعليتها واستمراريتها وتعجز عن أن تقدم منهجاً يعتمد على الشراكة وتلتزم به الأغلبية العاملة في الميدان، مما يجعلها تفقد الكثير من فرصتها للنجاح وتبقى منعزلة عن الواقع الميداني. ومن الملاحظ أن الكثير من أساليب إدارة الجودة وأدواتها تجرد من مضمونه وأصبح يطبق بطريقة روتينية غير فعالة وبمركزية شديدة.

وهذا ينطبق على عملية القياس والتحليل، والتي تحتل أهمية بالغة في هذا القطاع ولكنها تتعثر عند التطبيق. إذ تشير نتائج الدراسة إلى عدم وجود رؤية مشتركة وقناعة بعملية الرصد والقياس، مما يجعلها إجراء روتينياً مجرداً يكرس ثقافة التفتيش ويضع عبء التقويم على القيادات ويغطي على الرقابة الذاتية والمسئولية المهنية وإرادة التحسين. ويؤدي انتشار ثقافة التفتيش إلى الخوف من التقييم والمحاسبة ونقص تمكين العاملين وضعف مشاركتهم في مجهودات التحسين وبالتالي تدنى فرص نجاح هذه المجهودات وتحقيقها لأهدافها. ولاشك أن ترسيخ ثقافة تعتمد على القياس والتحليل والمعلومات غاية في الأهمية والصعوبة في آن واحد، وذلك لما يتطلبه ذلك من تغيير في الممارسات والمفاهيم الراسخة بين العاملين، إضافة إلى المتطلبات التقنية والفنية والتنظيمية لإيجاد أنظمة معلومات على قدر من الكفاءة والفعالية. وتشير (Proctor, and Camp bell, 1999) إلى أن عملية القياس بحد ذاتها لا تمثل تحسناً للجودة، وقد تؤدي إلى نتائج عكسية في بعض الأحيان لأنها تؤثر في الروح المعنوية للعاملين وتشتت الانتباه عن نشاطات أخرى هامة متعلقة بالجودة إلا أنها غير قابلة للقياس، وتؤكد أن القياس يصبح أكثر قيمة فيما لو ارتبط بالتعليم المستمر والتطوير. وتتعثر عملية القياس والتحليل بشكل كبير بسبب قصور أنظمة المعلومات وعدم توافر الإمكانيات المادية والبشرية والتقنية اللازمة للقيام بها بكفاءة ودقة. كما تتدنى فعالية عملية القياس والتحليل نظراً لأن مؤشرات الأداء تركز على الجوانب الكمية دوناً عن نوعية الخدمات المقدمة، والبعض منها لا يمثل واقع العمل، مما يحد من إمكانية الاستفادة منها لأغراض التحسين.

وتؤكد نتائج الدراسة أن انطلاقة الرعاية الصحية الأولية شهدت اهتماماً كبيراً بنشر ثقافتها والمبادئ التي تركز إليها وعناصرها الأساسية من خلال برامج التدريب والتعليم المستمر الموجهة للعاملين في هذا القطاع وخاصة المستجدين منهم. بالرغم من الاهتمام بالتدريب إلا أن فرص التدريب لا تتلاءم والاحتياجات التدريبية للعاملين في هذا القطاع من الناحية الكمية والنوعية،

Kalantan et al. 1999, Jarallah) من الدراسات السابقة (et al.1998, Al-Shammari, et al. 1994).

كما تشير نتائج الدراسة إلى أن بيئة المراكز الصحية تتسم بعزلة مهنية تفرضها طبيعة العمل، وعدم توافر المناخ المهني الذي يعزز تواصل العاملين في هذا القطاع مع بعضهم ومع غيرهم وتبادل الخبرات والاطلاع على المستجدات العلمية والتقنية والعمل المهني المشترك مما ييبث شيئاً من الحيوية والتجديد الهادف للتطوير، وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي تؤكد عزلة العاملين في هذا القطاع وضعف مواكبتهم للمستجدات العلمية والتقنية (Ali et al. 1995, Al-Ansary and Khoja 2002). ويشير (Baker,1998) إلى أن من أهم التحديات التي تواجه قطاعات الرعاية الصحية الأولية عدم تماسك بنيتها التنظيمية، إذ إن هذه الخدمات تقدم من خلال مراكز صحية أو عيادات صغيرة غير مترابطة ومثقلة بالأعباء مما يجعلها في عزلة مهنية وإدارية شبه تامة، وأن هذه العزلة تسهم بدورها في عرقلة تطبيق الرعاية الصحية المناسبة وتوجد فروقات كبيرة في الأداء وقد تؤدي في بعض الأحيان إلى وجود أنماط غير مقبولة من الممارسة.

وتعد الشراكة مع أفراد المجتمع وقياداته ومؤسساته من أهم المبادئ التي تقوم عليها الرعاية الصحية الأولية في المملكة. وبالرغم من أهمية التكامل والتنسيق، إلا أن نتائج الدراسة تشير إلى أن الكثير من نشاطات الرعاية الأولية يتعثر نتيجة لغياب الشراكة وضعف التنسيق وخاصة مع المستشفيات من خلال نظام الإحالة، ومع البلديات المحلية لأغراض إسحاح البيئة ومكافحة الأمراض الوبائية. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أكدت قصور التكامل والتنسيق وضعف مشاركة المجتمع (Khattab et al., 1999; Al-Khalidi et al 2002).

وبناء على نتائج هذه الدراسة فقد تم تحديد بعض مقومات تطبيق الجودة في هذا القطاع بما يسهم في الارتقاء بالأداء وتفعيل تطبيق منهجيات الجودة.

مقومات نجاح تطبيق الجودة في الرعاية الصحية الأولية:

أولاً - دور القيادات:

- 1- تفعيل التزام القيادات ودورها في تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية وإيجاد رؤية ثابتة ومشتركة مع جميع الأطراف المعنية بها.
- 2- تنمية القيادات المتخصصة لتقوم بإدارة دفة هذا القطاع وتنمية قدراتها وولائها وإيمانها لتتمكن بدورها من غرس رسالة وقيم ومبادئ الرعاية الصحية بين العاملين.
- 3- تفعيل برنامج الإشراف الداعم ودعمه بالقيادات المؤهلة وبرامج التدريب المستمر.

ثانياً - البيئة والثقافة التنظيمية:

- 1- توفير المناخ المهني وتعزيز النشاطات العلمية والفكرية وتشجيع انخراط جميع العاملين فيها وتيسير اطلاعهم على المستجدات العلمية والتوجهات المهنية.
- 2- بناء ثقافة تنظيمية تدعم مبادئ الجودة وترسخ هذه المبادئ في القنوات والقيم والمسلّمات والأخلاقيات السائدة في هذا القطاع.
- 3- تمكين العاملين وتشجيع المبادرة والمشاركة في مجهودات التحسين.
- 4- تنمية مهارات التعامل في ظل التعدد الثقافي السائد في القطاع الصحي، ووضع الإستراتيجيات المناسبة لتمكين جميع العاملين من التعامل مع بيئات وثقافات متنوعة واحترام هذه التعددية وتجنب الحساسيات الشخصية المبنية على العرق أو النوع، والقضاء على التمييز على أساسها.

ثالثاً - إدارة الجودة:

- 1- إيجاد بنية مؤسسية تدعم جهود تحسين الجودة وتنظيمها وتكفل استمراريتها وتجعلها جزءاً أساسياً من جميع جوانب النشاط.

- ٢- تفعيل دور الجمعيات العلمية والمهنية فى إعداد البروتوكولات والدلائل الإرشادية وفقاً للحقائق العلمية وتقييمها بشكل مستمر وتحديثها ونشرها بين العاملين فى هذا القطاع.
- ٣- اعتماد أسلوب المراجعة الطبية (Medical Audit) الدورية لتقييم الأداء الإكلينيكي والاستفادة من نتائج المراجعة فى تطوير الممارسة وفى برامج التعليم المستمر.
- ٤- تفعيل مشاركة العاملين فى تقييم وتطوير الأداء والتحسين المستمر من خلال الأساليب الجماعية لحل المشكلات والدراسة الجماعية للحالات.
- ٥- القضاء على ثقافة التفتيش وتنمية ثقافة التقييم الذاتى سواء على مستوى المركز الصحى أو الفريق الصحى أو الأفراد.

رابعاً - القياس والتحليل والتخطيط:

- ١- بناء نظم وشبكات معلومات متكاملة تربط المراكز الصحية والإدارات الإشرافية وتدعم جهود التخطيط والمتابعة وقرارات التحسين المستمر.
- ٢- إيجاد آليات لتوفير التغذية المرتدة للمراكز الصحية حول الخطة السنوية وتقرير الأداء والاستجابة للمتطلبات اللازمة لتحقيق الخطة والصعوبات التى قد تعترض تنفيذها.
- ٣- تدريب العاملين على المفاهيم المرتبطة بالتخطيط الصحى وأهميته فى تحقيق التحسين المستمر للأداء حتى لا يصبح إعداد الخطة هدفاً فى ذاته وإنما وسيلة لتحسين الأداء.
- ٤- إيجاد آليات لقياس رضا المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية الأولية وتوظيف النتائج لتطوير الأداء.

خامساً - تنمية القوى العاملة:

- ١- وضع إستراتيجيات التوظيف من خلال برامج الشراكة مع المؤسسات التعليمية فى القطاعين الحكومى والخاص، ودعمها بالسياسات المناسبة والحوافز المادية والوظيفية التى تشجع المزيد من المواطنين على الانخراط فى مجال الرعاية الأولية.
- ٢- إيجاد منظور مختلف للسعودة فى القطاع الصحى يعزز مساهمة الوافدين فى بناء هذا القطاع ويحفزهم على الاستمرار فى العطاء وينمى شعورهم بالاستقرار الوظيفى.
- ٣- التحول من العقود السنوية إلى عقود أطول نسبياً تعزز الشعور بالأمن الوظيفى وتحد من تسرب القوى العاملة وتقلل مشاركة الوافدين فى جهود التحسين.
- ٤- تدريب العاملين على مفاهيم وأسس الجودة بما فى ذلك أساليب القياس والتحليل.
- ٥- وضع إستراتيجيات متكاملة لتنمية القوى العاملة تتضمن برامج تدريبية متنوعة تشمل المهارات السلوكية والفنية وتتساوى فرص جميع العاملين فى الالتحاق ببرامج التدريب والتعليم المستمر.
- ٦- الاهتمام بتطوير المهارات الإكلينيكية للأطباء وربط التدريب ببرامج الرعاية الأولية ومبادرات التحسين المستمر.
- ٧- وضع البدائل المناسبة للتغلب على عوائق التدريب وأهمها عبء العمل والتى يمكن تجاوزها بإيجاد جداول للتغطية بعاملين من المستشفيات أو المراكز الصحية الأخرى.
- ٨- إيجاد الحوافز المادية والوظيفية التى تشجع العاملين على الالتحاق بالتدريب.

سادساً - تنظيم نشاطات الرعاية الصحية الأولية:

- ١- إيجاد مجتمعات طبية فى كل قطاع تضم مجموعة من التخصصات الطبية الأساسية التى تغنى عن المستشفيات وتضمن تقديم الرعاية الخارجية الثانوية والخدمات التخصصية والتشخيصية للمرضى المحولين من المراكز الصحية.
- ٢- دعم وتعزيز برامج رعاية الأمراض المزمنة وتوفير الكوادر المؤهلة والإمكانات والتجهيزات اللازمة لإجراء الفحوصات الدورية.
- ٣- إيجاد بدائل عملية لتحقيق مشاركة المجتمع تتلاءم مع الواقع الفعلى وقدرات المراكز الصحية، ويمكن الاكتفاء بتشكيل مجالس أو لجان صحية على مستوى القطاعات عوضاً عن الأحياء لتقوم بدور فاعل فى دعم أنشطة الرعاية الأولية.
- ٤- تنمية قدرات الفئات الفنية المساندة لتقوم بدور أكبر فى خدمة المرضى ومساندة الأطباء وتخفيف العبء عنهم ليتمكنوا من إجراء الاستشارة الطبية بشكل متكامل ودقيق.

المراجع

- 1- Al-Ansary, L. and Khoja, T. (2002). "The Place of Evidence-Based Medicine Among Primary Health Care Physicians in Riyadh Region, Saudi Arabia". **Family Practice**, 19(5): 537-542.
- 2- Al-Faris, EA., Al-Taweel, A. (1999). "Audit of prescribing patterns in Saudi primary health care". **Annals of Saudi Medicine**.19(4): 317-321.
- 3- Al-Faris EA, Al-Dayel, MA, Ashton C. (1994). "The Effect of Patients' Attendance Rate on Consultation in a Health Centre in Saudi Arabia". **Family Practice**, 11 (4)446-52.
- 4- Ali, M., Mahmoud, M. (1993). «A study of Patient Satisfaction with Primary Health Care Services in Saudi Arabia», **Journal of Community Medicine**, 18 (1):49-54.
- 5- Al-Khaldi, Y., Al-Sharif, A., Al-Jammal, M., Kisha, A. (2002). "Difficulties faced when conducting primary health care programs in rural areas", **Saudi Medical Journal**, 23(4):384-387.
- 6- Al-Khaldi, Y., Khan, M. (2000) "Audit of a Diabetic Health Education Program at a Large Primary Health Care Centre in Asir Region". **Saudi Medical Journal**, 21(9): 838-842.
- 7- Al-Shammari, S. Khoja, T., and Al-Subaie, A. (1995). "Job Satisfaction and Occupational Stress Among Primary Care Centre Doctors". **International Journal of Mental Health**, 4(4): 85-95.
- 8- Al-Shammari, S. (1989). "What sort of consultation? A study of the quality of patient-doctor encounter in a primary care clinic", Abstracts of the symposium on primary health care "**Training and Quality in Primary Health Care**", December 10-11,, Riyadh, MOH.
- 9- Al-Shammari, S. and Khoja, T. (1994). "An Assessment of the Current Status of Continuing Medical Education (CME) Among Primary Health Care Doctors 'A Case for the Creation of A National CME Body'". **Saudi Medical Journal**, 15 (6): 443-449.
- 10- Campbell S M, Sheaff R, Sibbald B, Marshall M N, Pickard S, Gask L, Halliwell S, Rogers A, Roland M O. (2002). "Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance". **Quality and Safety in Health Care**, 11:9-14
- 11- Dashash, N. And Mukhtar, S. (2003). "Prescribing for Asthmatic Children in Primary Care: Are we Following the Guidelines?" **Saudi Medical Journal**, 24 (5): 507-511.

- 12- Jarallah, J. Khoja, T. And Mirdad, S. (1998). "Continuing Medical Education and Primary Care Physicians in Saudi Arabia: Perception of Needs and Problems Faced". **Saudi Medical Journal**, 19(6): 720-727.
- 13- Jarallah, J. and Khoja, T. (1998). "Perception of Supervisors of their role in Primary Care Programmes in Saudi Arabia". **Eastern Mediterranean Health Journal**, 4(3): 530-538.
- 14- Kalantan, K., Al-Taweel, A., Abdul Ghani, H. (1999). "Factors Influencing Job Satisfaction Among PHC Physicians in Riyadh, Saudi Arabia", **Annals of Saudi Medicine**, 19(5).
- 15- Khattab, M; Abolfotouh, M; Al-Khaldi, Y; Khan, M. (1999). "Studying the Referral System in One Family Practice Centre In Saudi Arabia", **Annals of Saudi Medicine**, 19(2).
- 16- Khoja, T. Al-Shehri, A, Khawaja, A. (1997). "Patterns of referral from health centres to hospitals in Riyadh region". **Eastern Mediterranean Health Journal**, 3(2): 236-243.
- 17- Khoja, T., and Kabbash, I. (1997). "Perception of Mid-Level Health Managers about Primary Health Care Implementation Obstacles". **Tanta Medical Journal**, 25(1): 841-861.
- 18- Mahfouz A, Shehata A, Mandil A, et al. (1997). "Prescribing Patterns at Primary Health Care Level in the Asir Region, Saudi Arabia: An Epidemiologic Study." **Pharmacoepidemiology Drug Safety**, 6(1):197-201.
- 19- Mansour, A., Al-Osaimi, M. (1993). "A study of Satisfaction among primary health care patients in Saudi Arabia", **Journal of Community Health**, 18 (3):163-73.
- 20- Marshall, MN. (1999). "Improving quality in general practice: qualitative case study of barriers faced by health authorities". **BMJ**, 319:164-7.
- 21- Ministry of Health. "Annual Health Report, 1424H", Ministry of Health, Saudi Arabia.
- 22- Proctor, S.; Campbell, J. (1999). "A developmental performance framework for primary care", **International Journal of Health care Quality Assurance**, 12 (7): 279-286.
- 23- Qatari, G. and Haran, D. (1999). "Determinants of Users' Satisfaction with Primary Health Care Settings and Services in Saudi Arabia". **International Journal of Quality in Health Care**, 11(6): 523-531.
- 24- Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. (2001). "Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study". **Family Practice**, 18(1):21-6.

- 25- Strauss, A.L., Corbin, J. (1990). "Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Practice", Sage, Newbury Park, CA.
- 26- Tomlin, Z., Humphrey, C., Rogers, S. (1999). "General practitioners' perceptions of effective health care". BMJ V(318).

الملحق

قائمة الأسئلة الاسترشادية للمقابلات الشخصية

دور القيادات:

- هل أظهرت القيادات العليا الالتزام بالتوجه نحو الجودة الشاملة والتحسين المستمر؟
- هل أظهرت القيادات العليا القدرة على إدارة التغيير (التنظيمى، التقنى) اللازم لتحسين الجودة؟
- هل تتجاوب القيادات العليا مع مقترحات تحسين الجودة؟

القياس والتحليل:

- هل يعتمد المركز على المعلومات المتنوعة حول جودة الخدمات لإجراء التحسينات المقترحة؟
- هل يسعى المركز باستمرار إلى تحسين الطريقة التى يستخدم بها المعلومات حول جودة خدماته؟
- هل يسعى المركز باستمرار إلى تحسين دقة وملاءمة معلوماته حول جودة الخدمات؟

مشاركة العاملين فى تخطيط الجودة:

- هل يشارك العاملون فى عملية التخطيط لتحسين الجودة؟
- هل يلعب العاملون فى المجالات غير الإدارية دوراً هاماً فى تحديد أولويات التحسين؟
- هل يملك العاملون سلطة علاج المشكلات فى الأقسام التى يعملون بها فى حال عدم الالتزام بمعايير الجودة؟

تنمية الموارد البشرية:

- هل يتم تدريب العاملين على استخدام الأدوات الإحصائية اللازمة لتعزيز مجهودات الجودة؟
- هل يتم توفير التدريب اللازم للعاملين لتحسين مهاراتهم الوظيفية وأدائهم لعملهم؟
- هل يتم إعطاء العاملين الحوافز والمكافآت المادية والمعنوية لقاء مساهمتهم في تحسين الجودة؟

إداره الجودة:

- من الذى يبادر بتطوير طرق العمل فى المركز؟
- هل يعمل المركز عن قرب مع الموردين لتحسين جودة منتجاتهم وخدماتهم؟
- هل توجد أدلة إرشادية للعاملين وبروتوكولات علاجية للأمراض الشائعة؟

نتائج الجودة:

- هل أظهر المركز خلال السنوات القليلة الماضية تحسناً ملموساً فى جودة الخدمات المقدمة للمرضى؟
- هل حقق المركز رضا المستفيدين؟
- هل تحسنت خلال السنوات القليلة الماضية جودة خدمات الأقسام الإكلينيكية المساندة؟
- خلال السنوات القليلة الماضية هل أظهر المركز انخفاضاً واضحاً فى تكلفة الأداء مع تحسن مستمر للجودة؟

التركيز على العملاء:

- هل يسعى المركز إلى تقدير احتياجات المرضى وتوقعاتهم؟
- كيف يتم التعامل مع شكاوى المرضى؟