

تقدير المزارعين للخدمات الصحية المتاحة بالوحدات الصحية

ببعض قرى محافظة الجيزة

جيهان فتحي محمد أحمد رفاعي^{1*} ، محمد حسن عبد العال¹ ، مدحت عزت عبد الوهاب¹

و محمد عبد الجليل فرج²

1- قسم الإرشاد الزراعي - كلية الزراعة، جامعة القاهرة

2- معهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية، مركز البحوث الزراعية

*E-mail-gigifathy8@gmail.com

المستخلص:

استهدف هذا البحث التعرف على الخدمات الصحية التي تقدم للمزارعين في حالة المرض أو التعرض للإصابة من وجهة نظرهم.

وأجري البحث بمحافظة الجيزة، على عينة عشوائية بلغ حجمها 381 مزارع وزعت على القرى الثلاث المختارة حسب نسبة تمثيل كل منها، وهي قرية برنشت (مركز العياط) 113 مزارع، وقرية القاطعة (مركز منشأة القناطر) 155 مزارع، وقرية ميت رهينة (مركز البدرشين) 113 مزارع، اعتمدت الدراسة على المقابلة الشخصية للزراع المبحوثين وجمع المعلومات عن طريق استمارة مقابلة خلال شهري فبراير ومارس عام 2022م، وتم تحليل البيانات وعرض النتائج احصائيا باستخدام التكرارات، والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والمرجحة، وتلخصت اهم النتائج البحثية فيما يلي:

- أفاد 30.18% من المبحوثين بأنهم لم يترددوا على الوحدة الصحية على الاطلاق، وذكر 65.09% من المبحوثين عدم رضاهم عن الخدمات المتاحة في الوحدة الصحية، كما أفاد 14.66% بعدم توفر الأطباء أو الممرضين داخل الوحدة أو المستشفى، وذكر 56.96% عدم توفر الأدوية والمستلزمات الطبية، وذكر جميع المبحوثين 100% عدم توفر الأطباء المتخصصين، 59.84% بعدم توفر العلاج المناسب، 71.92% عدم وجود مستوى جيد من النظافة، كما ذكر 64.93% من المبحوثين بعدم وجود أماكن لايواء الحالات الحرجة.

- أفاد 64.04% من المبحوثين بأنهم يلجأون إلى العلاج بالإمكانات المنزلية أو الوصفات البلدية.

- وكانت أهم مقترحات المبحوثين للتغلب على المشكلات التي تواجههم في مجالات السلامة والصحة المهنية هي توفر الصرف الصحي ومصادر مياه نظيفة بنسبة 52.76%، تفعيل التوصيات الإرشادية الخاصة بالصحة والسلامة المهنية بنسبة 51.97%، الإهتمام بنظافة القرية بنسبة 51.71%، توفير تأمين صحي للمزارع بنسبة 48.03%.

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصحية - الوحدات الصحية

المقدمة والمشكلة البحثية:

أن الرعاية الصحية ضرورة أساسية ومطلب ملح بل إنها عنصر لا غنى عنه للتنمية، والنمو، والإنتاجية، والاستمتاع بالحياة وفى العصور الحديثة أصبح ينظر إلى الرعاية الصحية على أنها حق لكل إنسان وذلك لأنها تستمد شرعيتها من حقيقة أنها تشبع إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية (**عمران، 2002**)، ومما لا شك أن انتشار الأمراض وانخفاض مستوى الرعاية الصحية للفقراء يعكس أمرا سيئا على كل جهود التنمية ويعرقل التقدم الاقتصادى والاجتماعى فى المجتمع ومن المستحيل أن نخطط للرعاية الصحية متجاهلين التفاعل المستمر بين الصحة وبين البيئة الاجتماعية (**الصدىقى، 2007**)، وتعتبر الخدمات الصحية عنصرا مهما فى المجتمعات النامية إلا أن هناك بعض التحديات التى تواجه تقدم الخدمات الصحية منها سوء التخصيص كأنفاق أموال عامة على تدخلات صحية ذات مردود منخفض التكاليف ، وعدم المساواة، حيث يفتقر الفقراء إلى القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية ويتلقون رعاية منخفضة النوعية، هذا بالإضافة إلى عدم الكفاية حيث تقل نسبة الأموال بالنسبة للإنفاق وسوء العمالة الصحية (**البنك الدولي للإنشاء والتعمير، 1999**)، ولكون الخدمات الصحية من أهم الخدمات المقدمة للفرد، حيث أن الصحة مقياسا للتقدم ورفى الأمم والشعوب، فإن ذلك يستلزم تطوير النظام الصحى فى المجتمع المصرى عامة والريفى بصفة خاصة والذى يضم ما يقارب (57.4%) من السكان فى جمهورية مصر العربية، بحيث تصبح للرعاية الصحية الأولوية فى الاهتمام فى خطط التنمية حيث لا يمكن زيادة الإنتاج القومى دون رفع المستوى الصحى للأفراد، ورغم ما تشهده مصر خلال السنوات الأخيرة من محاولات لتطوير منظومة أداء هذه الخدمات الصحية، إلا أن الواقع يشير بأن محاولات التطوير تلك لا تتناسب مع حجم المشكلات التى يعانىها المصريين فى الوصول للخدمة الصحية الجيدة ، خاصة فى ظل ضعف منظومة التأمين الصحى الشامل، بالإضافة إلى نقى أسباب الأمراض المزمنة والمتوطنة نتيجة تدنى جودة الخدمات البيئية وغياب مفهوم الوقاية ، وقصور موارد الدولة (**منظمة حقوق الانسان، 2016**) ، هذا بالإضافة إلى المشكلات المتعلقة بضعف المهارات لدى القائمين بالخدمة الصحية نتيجة لضعف البرامج التدريبية، والمشكلات المتعلقة بالنظام الصحى والمتمثلة فى نقص الأدوية وسوء استعمالها وعدم فاعليتها، وعدم تفعيل القوانين المنظمة لاستخدام الأدوية ووصفها، وضعف الإشراف، والاستعانة بأجهزة طبية معقدة، وتداخل مستويات مقدمى الخدمة الصحية نظرا لعدم وجود توصيف وظيفى لكل فئة على المستويات المختلفة، ووقوع بعض إدارة الوحدة الصحية تحت تصرف أطباء حديثى التخرج الذين ليس باستطاعتهم حل أى مشكلة تقف أمامهم، وكل هذه المشكلات الموجودة فى القطاع الصحى قد تقضى على أى محاولات لتطويره ، وأوضح **عبد الوكيل (2014)** أن أهم المشكلات الاجتماعية فى القرية المصرية هى انخفاض الوعى الصحى نظرا لانتشار الجهل وخاصة ما يتصل بشئون الصحة والمرأة ومن أهم مظاهر الجهل هو مقاومة العلاج الطبى وانتشار العلاج الشعبى حيث توفر

الخبرة بالنسبة للمعالجين الشعبيين وان العلاج بالطب الشعب له آثار إيجابية على الأحوال الصحية ويتمثل ذلك في سرعة الحصول على نتائج باستخدام الممارسات. ويمكن القول بأن الطب الشعبي هو الوسيلة الوحيدة للتداوى فى الماضى فقد كان الناس يعالجون أنفسهم بأنماط من العلاج يعتمد على الأعشاب والوصفات البلدية بالإضافة إلى الطقوس والوصفات السحرية ومع مرور الزمن حدث تطور ملحوظ فى الرعاية الصحية وأولت الدولة اهتمامها بتوفير الخدمات الصحية (وزارة الصحة والسكان، 2003).

ونظرا لما تعانيه الخدمات الصحية فى الريف من مشكلات وقصور واضح كان يلزم إجراء هذا البحث للتعرف على تقدير المزارعين للخدمات الصحية المتاحة ودرجة رضاهم عنها ونوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم واقترحاتهم للتغلب على مشكلات السلامة والصحة المهنية التى تواجههم حتى يمكن الارتقاء بها مستقبلا سعيا للوصول لمستوى صحى أفضل للريفيين.

اهداف الدراسة:

- 1- التعرف على مدى رضا الزراع المبحوثين عن الخدمات الصحية المتاحة لهم فى منطقة الدراسة
- 2- التعرف على نوعية الخدمات الصحية المتاحة لهم بمنطقة الدراسة
- 3- التعرف على درجة انتشار الطب الشعبي كبديل للطب الكيمياءى
- 4- التعرف على المشكلات التى تواجه المزارعين فى مجال السلامة والصحة المهنية
- 5- التعرف على مقترحات المزارعين للتغلب على المشكلات التى تواجههم فى مجالات السلامة والصحة المهنية
- 6- تقديم مقترحات لتحسين جودة الخدمة الصحية فى منطقة الدراسة.

الإطار النظرى والدراسات السابقة:

تعد الخدمات التى تقدمها المنظمات الصحية هدفا من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية وخاصة بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمى لحقوق الإنسان عام 1948، والذى اعتبر الصحة حقا أساسيا لجميع الأفراد والشعوب، وبذلك أصبحت عملية توفير الخدمات الصحية لمحتاجيها مسؤولية أساسية لجميع الأفراد والشعوب، وبالتالي مسؤولية أساسية للحكومات لابد أن تسعى لتوفيرها لمواطنيها، وإذا كان هذا هو مكانة الصحة بالنسبة للعالم أجمع، فإنه يحتل فى المجتمعات النامية مكانة أكثر تميزا حيث ركزت سياسات هذه المجتمعات على المواطن باعتباره هدفا ووسيلة، لذا اهتمت بتحسين الخدمات الصحية المقدمة لأفرادها ولهذا فقد أصبحت المنظمات الصحية كالمستشفيات والوحدات الصحية من أهم المنظمات الخدمية لكونها تقدم خدمات هامة لأفراد المجتمع نظرا لتعلق هذه الخدمة بصحة الإنسان الذى هو غاية التنمية (منصور، 2006).

وعرف (Leagans 1961) أن مفهوم الحاجة يعبر عن فجوة أو ثغرة ما بين وضعين أحدهما الوضع الحالى والآخر الوضع المرغوب الوصول إليه، ويضيف أن الوضع الحالى يمكن تحديده فى ضوء دراسة الموقف فى المنطقة وهذا يمثل الخطوة الأولى فى عملية تخطيط البرنامج الإرشادى، أو الوضع المطلوب الوصول إليه فيمكن تحديده عن

طريق نتائج الأبحاث وكذا عن طريق تقدير الاخصائين، والمرشدين الزراعيين وعن طريق مقارنة الوضع الحالي ببيانات الوضع المرغوب الوصول إليه ويمكن ذلك من خلال الاستدلال على الفجوة أو المشكلة، كما أضاف إلى هذين المستويين مستوى ثالث وهو المستوى الذى يمكن تحقيقه، ويعرفها **معوض (2001)** بأنها حالة من الحرمان أو النقص أو الافتقار إلى شىء معين يصحبه اضطراب جسمى أو نفسى يثير نوعا من التوتر وذلك نتيجة نقص يمس الجوانب البيولوجية، وتعتبر الحاجة إلى توفير الخدمات الصحية من أهم الحاجات التى يسعى إليها الإنسان للمحافظة على بقاءه بحالة جيدة.

ويقصد بالخدمات فى معناها العام تلك التدابير التى تقوم بها الدولة لصالح أفراد المجتمع وتشمل الصحة والتعليم والاعانات الحكومية وسياسات الدعم لبعض السلع الاستهلاكية والتأمين الاجتماعى والخدمات الثقافية وخدمات الاسكان والبيئة (**الطفسى ، 1983**)، وعليه يمكن القول بأن الخدمة عبارة عن آليات ونشاطات تقدم من مقدم الخدمة إلى العميل من أجل تلبية رغباته، ويتم من خلالها تقديم منافع أو فوائد بحيث يكون هذا النشاط غير ملموس ولا يتم حيازته وامتلاكه.

وتعرف الخدمة الصحية على أنها الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التى يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبى إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع أو العناية التمريضية التى تقدمها الممرضة للمريض أو التحاليل المختبرية التشخيصية أو رعاية صحية وقائية (**الجدى ، 2018**)، ويتمثل عدم توفير خدمات الرعاية الصحية فى الدول النامية فى التفاوت الواضح فى توزيع الموارد البشرية كالأطباء، والفنيين، وهيئة التمريض، والأدريين، بالإضافة إلى عدم التوازن فى توزيع الموارد المادية كالأجهزة الطبية الحديثة والأدوية، لذا يجب على الدولة تمكين صناع السياسة فى مجال الرعاية الصحية سواء كانت مرتبطة بالجانب الإدارى أو التنظيمى أو الصحى، أو الإمكانيات المختلفة بالمستشفيات الحكومية، وتركز سياسة الخدمات الصحية فى مصر على الرعاية الاجتماعية والرعاية الأولية والمتخصصة والذين يمارسون العمل فى مواقع المستشفيات أو الممارسات الفردية والجماعية والرعاية المبدئية الأولية وهى عبارة عن اتصال بالرعاية الصحية للأسرة فى حين أن الرعاية الثانوية تحدث بالتحول إلى الاخصائين الفرعيين وعادة ما تكون الرعاية المبدئية للحالة الحادة، وفى كثير من المواقع فإن الممارس أو الممرض و الممرضة أو الطبيب المساعد يشتركان فى العلاج المبدئى للمرض وتحت إشراف الطبيب وهناك اتجاه نحو ممارسة جماعية يقدم فيها ثلاثة أو أكثر من الأطباء الرعاية الطبية فى حين يقتسمون السجلات من الناحية الإشرافية كهيكلا للإدارة (**الكردي ، 2018**).

وهناك ثلاث اسباب لقيام الدولة بدور كبير فى القطاع الصحى والخدمات الصحية وهى أن كثير من الخدمات المرتبطة بالصحة مثل الوعى الصحى، ومكافحة الأمراض المعدية، وهى سلع عامة يجب اتاحتها للمجتمع ومشاركة الدولة ضرورية فيها، كما أن توفير الخدمات الصحية هو منهج فعال ومقبول اجتماعيا للاقلال من حدة الفقر حيث الحصول على الرعاية الصحية الأساسية حق من حقوق الإنسان مما يدعو الأمر إلى إجراء من جانب الدولة لمواجهة بعض المشكلات الصحية مثل احتمال حدوث المرض

وكفاءة الرعاية الصحية، وقصور التأمين الصحى والتدخل الحكومى مما يحسن ويطور برامج الرعاية الصحية (Barnum, 1999).

وتتمثل ميادين الخدمات الصحية فى مصر فى ميدان رعاية الأمومة والطفولة وهو ميدان يهتم بتوفير الرعاية الصحية لأمم والطفل بهدف رفع مستوى الصحة للامهات وخاصة التغذية الكافية وتوفير الظروف المناسبة لعملية الحمل والولادة وتجنب الأخطار الصحية بالارتقاء بالمستوى الصحى والكشف الدورى والرعاية الطبية لاكتشاف الحالات المرضية مبكرا والتعامل معها إلى جانب توفير الرعاية الصحية للأطفال فى سن ما قبل المدرسة لرفع المستوى الصحى الرضع حتى خمس سنوات لوقايتهم وعلاج المشاكل الصحية التى يتعرضون لها مثل الأمراض المعدية وأمراض سوء التغذية والوقاية من الإعاقة والاهتمام بالتطعيمات الإلزامية مثل التطعيم ضد الدرن ومن أهم المؤسسات التى تعمل فى هذا الميدان مراكز رعاية الأمومة والطفولة (بشير ، 2005)، أما عن ميدان الوحدات الصحية وهى مؤسسات تقدم خدمات طبية وبعضها يتبع الحكومة مثل الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة والوحدات التى تتبع بعض الوزارات كمستشفيات السكة الحديد التى تتبع هيئة السكة الحديد أو الوحدات الصحية الريفية التى توجد فى القرى الصغيرة وتقوم بتقديم جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية وغالبا لا يتوفر بها قسم داخلى، وأغلب هذه الوحدات تؤدى خدماتها الصحية للمواطنين بالمجان أو بأجور زهيدة وتتولى الدولة تحمل تكاليف الخدمات الصحية التى تؤدى من خلال تلك الوحدات (ابو المعاطى ، 2003)، وهناك كذلك ميدان التأمين الصحى الذى يهدف إلى تطوير الخدمات الصحية والارتقاء بها بحيث تكون خدمة مقبولة بما يتناسب مع الدخل المحدود للأفراد لتحقيق المشاركة والتكافل الاجتماعى والصحى بين الأفراد والمؤسسات ويقوم التأمين الصحى على فكرة أساسية موادها تقسيط الأعباء المادية لتكاليف معالجة الأمراض والحوادث على فترة زمنية عن طريق تعاون مجموعة من الأفراد فى تغطية المصاريف والتكاليف المالية لحالات المرض والحوادث بدلا من أن يترك من حلت به الكارثة يتحمل نتائجها دفعة واحدة، ويوجد فى مصر أنماط مختلفة للتأمين الصحى أهمها واكبرها تغطية وتنظيم التأمين الصحى الحكومى الذى تشرف عليه الهيئة العامة للتأمين الصحى بالإضافة إلى بعض نظم التأمين التى تتولاها النقابات والشركات وصناديق العلاج الخاص (بشير ، 2005)، وقد اتسمت برامج وأنظمة الرعاية الصحية فى مصر التى تقوم عليها وزارة الصحة والسكان بمراعاة تلك الخصائص والظروف الخاصة بطبيعة المجتمع (حلمى، 2007)، حيث تنوعت البرامج والأنظمة فى تقديم الخدمات الصحية لتنمى مع احتياجات الفقراء وتتواءم مع التغيرات المجتمعية، وهناك اختلال فى توزيع الخدمات الصحية للفقراء وتتمثل فى:

1- الخدمة الصحية الوقائية وهى الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو بما يمكن أن نطلق عليه الخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحى الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التى تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة (الصيرفى، 2016).

ج- مراكز رعاية الأمومة والطفولة: ويتمثل مهامها في توفير الخدمات الصحية الوقائية للامهات والأطفال من توعية غذائية وتطعيم بالإضافة إلى بعض الخدمات العلاجية.

د- الوحدات الصحية في المناطق الحضرية وتشمل المركز الطبي العام والعيادة الشاملة المتخصصة، المستشفيات.

وتشير نتائج الدراسة التي قام بها **عبد المنعم، وآخرون (2017)** في مركز الفشن إلى وجود مشكلات صحية واجتماعية مثل عدم صرف الطبيب للأدوية وبلغت النسبة 73% ويؤكد ذلك على ضعف الإمكانيات وقلة الأدوية باستمرار في الوحدات الصحية الريفية وتعتبر من المشكلات الأساسية التي تواجه الرعاية الصحية الأولية في القرية، وتشير اغلب نتائج الدراسة أن هناك فرق في الكشف والمعاملة بين الوحدة والعيادة الخاصة وبلغت النسبة 90.25% وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة **(عبد العظيم، 1995)** التي تؤكد على أن علاقة الطبيب في الوحدة الصحية تتسم بالسلبية حيث أن الطبيب يقابلهم دون اهتمام ولا يسأل عن المرضى ولا يقوم بالكشف علي المريض، وتشير نتائج الدراسة إلى توفر مواصلات لأقرب به وحدة صحية بلغت النسبة 63.25% في حين أن القرية التي ليس بها وحدة صحية لا توجد مواصلات بها وتباعد المسافة بينها وبين المركز ويؤكد ذلك معاناه الأهالي بسبب عدم تواجد وحدة صحية بالمركز .

كما تشير اغلب النتائج إلى عدم مشاركة الأهالي بالندوات الطبية من قبل الوحدة الصحية وبلغت النسبة 91.5% ، ويرجع ذلك إلى غياب دور النسق الطبي ، كما لم تقدم الوحدة الصحية اي برامج تثقيفية للسيدات عن علامات خطورة الحمل واهمية الرضاعة الطبيعية والتغذية أثناء الحمل حيث بلغت النسبة 83.5% ويدل ذلك أن الوحدة الصحية الريفية لا تهتم بخدمات التثقيف الصحي، كما تؤكد النتائج أن الطبيب لم يقوم بتوعية أهالي القرية حول الأمراض السائدة وبلغت النسبة 87% وهذا يتفق مع نتائج إحدى الدراسات السابقة التي توضح أن هناك قصور في برامج التثقيف الصحي بالوحدات الصحية **(Mahmoud, 1979)**.

كما أوضحت **عبد الوكيل (2014)** أن أهم المشكلات الاجتماعية في القرية المصرية هي انخفاض الوعي الصحي نظرا لانتشار الجهل وخاصة ما يتصل بشئون الصحة والمرأة ومن أهم مظاهر الجهل هو مقاومة العلاج الطبي وانتشار العلاج الشعبي حيث توفر الخبرة بالنسبة للمعالجين الشعبيين وان العلاج بالطب الشعب له آثار إيجابية على الأحوال الصحية ويتمثل ذلك في سرعة، الحصول على نتائج باستخدام الممارسات.

ويستخلص مما سبق انه يوجد قصور واضح في الخدمات الطبية من ادوية وأطباء وفنيين بالإضافة الى انتشار الطب الشعبي وهذا ما اكدته الدراسات السابقة، وهو ما تسعى اليه الدراسة الحالية للتأكد منه كمفترض اساسي للدراسة.

الطريقة البحثية

• منطقة البحث:

أجري هذا البحث بمحافظة الجيزة، لكونها محل إقامة الباحثة وعملها، مما قد يسهم ذلك في توفير الوقت والجهد والنفقات اللازمة لإنجاز الدراسة الميدانية، بالإضافة إلى

تأصيل مبدأ خدمة الجامعة للبيئة والمجتمع المحلي الذي تقع الجامعة في نطاقه بالإضافة إلى أنها تعد ثاني محافظات مصر من حيث الكثافة السكانية وهي من المحافظات الزراعية، تم اختيار أكبر ثلاث مراكز من حيث المساحة وعدد السكان، وكانت المراكز هي العياط، منشأة القناطر، البدرشين، وبنفس المعيار تم اختيار أكبر قرية من كل مركز، فكانت القرى المختارة هي قرية برنشت، مركز العياط، وبها 1540 مزارع، قرية القاطعة، مركز منشأة القناطر، وبلغ عدد المزارعين بها 2120 مزارع، وقرية مية رهينة، وبها 1545 مزارع.

• **شاملة البحث وعينته:**

بلغت شاملة الدراسة بالقرى الثلاث المختارة 5205 مزارع، وتم اعتماداً على معادلة العالمان **Krejcie and Morgan (1970)** لتحديد حجم العينة حيث بلغت وفقاً للمعادلة 381 مزارع تمثل 7.3% من الشاملة وزعت على القرى الثلاث حسب نسبة تمثيل كل منها في شاملة الدراسة، وكان حجم العينة بقرية برنشت مركز العياط 113 مزارع، وقرية القاطعة مركز منشأة القناطر 155 مزارع، وقرية ميت رهينة مركز البدرشين 113 مزارع.

• **أداة جمع البيانات:**

اعتمدت الدراسة على المقابلة الفردية للمبحوثين وجمع المعلومات عن طريق إستمارة مقابلة **Interview Schedule**، وتم تصميم هذه الإستمارة في ضوء ما أوضحته مشكلة وأهداف الدراسة، واستغرقت بمساعدة فريق الباحثين قرابة الشهر في الفترة من 15 / 2 / 2022 إلى 15 / 3 / 2022، وبعد الإنتهاء من عملية جمع البيانات تم مراجعتها وترميزها وتبويبها وإدخالها إلى الحاسب الآلي.

• **أساليب التحليل الإحصائي:**

لوصف وتلخيص وعرض البيانات والتعرف على خصائص العينة، واستخدم في ذلك المتوسطات الحسابية، والانحراف المعياري، والمدى، والجداول التكرارية، والنسب المئوية لوصف بياناتها، كما استخدم أيضاً المتوسط المرجح.

• **نتائج الدراسة:**

1- التعرف على مدى رضا الزراع المبحوثين عن الخدمات الصحية المتاحة

لهم في منطقة الدراسة:

تم التعبير عن الرضا عن الخدمات من خلال ثلاث مكونات، عي توفر وحدة صحية بالقرية والتردد عليها ومدى رضا المبحوثين عنها.

أ. توفر وحدة صحية بالقرية: أوضحت النتائج في (جدول 1) أن المبحوثين

أجابوا جميعهم (100%) بوجود وحدة صحية بقريتهم ولم يذكر أي منهم عدم وجودها علي الإطلاق.

ب. عدد مرات التردد على الوحدة الصحية أو المستشفى: أوضحت النتائج عن عدد مرات ذهابهم للوحدة الصحية أو المستشفى خلال العام الماضي، أن (39.90%) تردوا على الوحدة الصحية من (1 : 2-) مرة في السنة، وذكر نحو (19.95%) من المبحوثين بأنهم يترددون على الوحدة الصحية مرة واحدة كل شهر، كما ذكر (9.97%) من المبحوثين بأنهم يذهبوا إلى الوحدة الصحية أكثر من مرة في الشهر، وأفاد (30.18%) من المبحوثين بأنهم لم يترددوا على الوحدة الصحية على الإطلاق.

ج. مدى رضا المبحوثين عن الخدمات والعلاج الذي يقدم في الوحدة الصحية أو المستشفى: أفاد نحو (14.96%) من المبحوثين أنهم راضين عن هذه الخدمات، كما ذكر (19.95%) منهم بأنهم راضين إلى حد ما، وأفاد نحو (65.09%) من المبحوثين بعدم رضاهم عن تلك الخدمات.

جدول 1. عدد مرات ذهاب المبحوثين للوحدة الصحية أو المستشفى ومدى رضاهم عنها، (ن = 381)

البيان	الإستجابات	العدد	%
أ- توفر الوحدة الصحية بالقرية	- نعم	381	100
	- لا	0	0
ب- عدد مرات الذهاب للوحدة الصحية أو المستشفى خلال هذا العام	- من مرة الي مرتين في السنة	152	39.90
	- مرة واحدة كل شهر	76	19.95
	- أكثر من مرة في الشهر	38	9.97
	- لا- لم أذهب	115	30.18
ج- مدى الرضي راضي عن الخدمات والعلاج الذي يقدم في الوحدة الصحية أو المستشفى	- راضي	57	14.96
	- راضي إلى حد ما	76	19.95
	- غير راضي	248	65.09

ويستخلص مما سبق ان الوحدات الصحية بالقرى الثلاثة متوفرة، ولكن درجة التردد عليها خلال السنة من مرة الى اثنتين وهو معدل ضعيف للتردد عليها، وما يدل على ذلك هو ان نحو 30.18% لم يذهبوا اليها على الاطلاق، هذا يعني ان 70% من المبحوثين يكادوا يترددوا على الوحدة الصحية من مرة الى مرتين او لعدم وجود اطباء متخصصين بها الى غير ذلك، وهذا ما سوف ينعكس على درجة رضاهم عنها، وهو ما اظهرته نتائج جدول (1) ان نحو ثلثي حجم العينة (65%) غير راضيين عن الخدمات المتاحة في الوحدة الصحية، اما الباقي (35%) ما بين راضي او راضي لحد ما، وهذا يعني ضعف الخدمات المتاحة بالوحدة الصحية.

2- التعرف على مدى توفر الخدمات داخل بالوحدة الصحية أو المستشفى المتاحة لهم:

أظهرت النتائج (جدول 2) أن (66.14%) من المبحوثين أفادوا بعدم توفر الأطباء أو الممرضين داخل الوحدة الصحية أو المستشفى، وأفاد (56.96%) من المبحوثين بعدم توفر الأدوية والمستلزمات الطبية، وان جميع المبحوثين (100%) بعدم توفر الأطباء المتخصصين، وأفاد نحو (59.84%) من المبحوثين بعدم توفر العلاج

المناسب، وأقر نحو (71.92%) من المبحوثين بعدم وجود مستوى جيد من النظافة، وذكر نحو (64.93%) من المبحوثين بعدم وجود أماكن لإيواء الحالات (لحجز المرضى)، وأخيراً ذكر جميع المبحوثين (100%) بتوفر الأدوية بأسعار مناسبة.

جدول 2. أنواع الخدمات المتوفرة داخل الوحدة الصحية أو المستشفى (ن = 381)

الخدمات	متوفرة		متوفرة لحد ما		غير متوفرة	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
- عدد الأطباء أو الممرضين	53	13.91	76	19.95	252	66.14
- الأدوية والمستلزمات الطبية	80	20.99	84	22.05	217	56.96
- الأطباء المتخصصون	0	0	0	0	381	100
- توفير العلاج المناسب	80	21.00	73	19.16	228	59.84
- مستوى جيد من النظافة	67	17.59	40	10.49	274	71.92
- وجود أماكن لإيواء الحالات (لحجز المرضى)	75	19.68	59	15.49	247	64.83
- الأدوية بأسعار مناسبة	381	100	0	0	0	0

3- التعرف على مدى استمرار دور الطب الشعبي كحل بديل للعلاج:

أ. مدى لجوء المبحوثين للعلاج بإمكانيات منزلية أو استخدام الوصفات البلدية: أظهرت النتائج (جدول 3) أن نحو (35.96%) من المبحوثين لا يلجأون إلى استخدام الوصفات البلدية في العلاج، وأن نحو (64.04%) من المبحوثين يلجأوا إلى العلاج بإمكانيات منزلية أو استخدام الوصفات البلدية.

جدول 3. توزيع المبحوثين طبقاً لـلجوءهم للعلاج بإمكانيات منزلية أو باستخدام الوصفات البلدية، (ن = 381)

البيان	الإستجابات	العدد	%
العلاج بإمكانيات منزلية أو باستخدام الوصفات البلدية	- دائماً	90	23.62
	- أحياناً	110	28.87
	- نادراً	44	11.55
	- لا ألجأ إليها أبداً	137	35.96
المجموع		381	100

ب. أسباب لجوء المبحوثين للعلاج بإمكانيات منزلية أو استخدام الوصفات البلدية: أظهرت النتائج (جدول 4) أن جميع المبحوثين (100%) الذين يلجأون للعلاج بإمكانيات منزلية أو باستخدام الوصفات البلدية، أفادوا أن من أسباب إعتمادهم عليها أن متطلباتها موجودة بالمنزل، كما ذكر جميعهم (100%) بأنها لا تحتاج لمصاريف كثيرة، وذكر جميعهم أن من أسباب إعتمادهم عليها أنه قد تم تجربتها منذ زمن، وأفاد (50%) من المبحوثين الذين يلجأون للعلاج بإمكانيات منزلية أو باستخدام الوصفات البلدية أنهم لا يتحملون تكاليف العلاج بالأدوية، ويلاحظ هنا استمرار ثقافة العلاج بالطب الشعبي والوصفات البلدية حيث يلجأ إليها المبحوثين في العلاج، حيث هي أول تصرف يتخذونه تجاه الشعور بالمرض ويرجع ذلك إلى رخص ثمنها عن الذهاب إلى الطبيب، كما أنها لا تسبب أضرار صحية بالإضافة إلى الخبرة الإنسانية التي تنتقل من الأجداد إلى الأبناء، فعلى سبيل المثال ذكر المبحوثين أنهم يلجأون في حالة

الإصابة بالسعال (الكحة) إلى الإعتماد على شرب مغلى ورق الجوافة، وفى حالة الشعور بوجود أملاح يلجأون إلى شرب مغلى الشعير أو عصير القصب، وفى حالة شعور الأطفال بالمغص يتم إعطائهم مغلى مشروب من سبع أعشاب يتم خلطها معاً، وقد يرجع إعتماد المبحوثين على الإمكانيات المنزلية والوصفات البلدية إلى انخفاض المستوى المادى والإقتصادى وعدم توفر الخدمات الطبية بتكاليف مناسبة مما يجعلهم يبحثون عن العلاج بأرخص الأسعار وعلى قدر الإمكانيات المتاحة.

جدول 4. توزيع المبحوثين طبقاً لأسباب لجوءهم للعلاج بإمكانيات منزلية إستخدام الوصفات البلدية، (ن = 244)

الإستجابات		
العدد	%	
244	100	- متطلباتها موجودة بالمنزل
244	100	- لا تحتاج لمصاريف كثيرة
244	100	- الوصفات البلدية متجربة من زمان
122	50	- لا تحمّل تكاليف العلاج

ج. أنواع الإمكانيات المنزلية والوصفات البلدية التي يستخدمها المبحوثين: من النتائج المعروضة بجدول (5) يتضح أن غالبية المبحوثين يستخدمون الأعشاب في التداوي بشكل دائم حيث إحتلت المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (1.689 درجة) ، حيث ذكر هذا المصدر بصفة دائمة (75.41%) من المبحوثين،

جدول 5. الأهمية النسبية للعلاج بإمكانيات منزلية أو إستخدام الوصفات البلدية التي

يستخدمها المبحوثين، (ن = 244)

المتوسط المرجح	الإستجابة								الامكانيات المنزلية أو الوصفات البلدية
	لا		نادرأ		أحياناً		دائماً		
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
1.69	4.10	10	8.20	20	12.30	30	75.41	184	1- إستخدام الأعشاب في التداوي
1.71	2.90	7	10.25	25	20.08	49	66.80	163	2- التدفئة والكمر (بالملايس والأغطية)
1.62	4.92	12	2.05	5	28.28	69	64.75	158	3- إستعمال الكمادات الساخنة والباردة
0.64	61.89	151	2.45	6	9.43	23	26.23	64	4- العلاج بالهسل
0.41	55.33	135	3.28	8	6.56	16	15.98	39	5- العلاج بالحجامة
0.37	73.77	180	3.28	8	14.34	35	8.61	21	6- إستعمال كاسات الهواء في علاج البرد
0.22	86.48	211	1.64	4	3.69	9	8.20	20	7- التبخير والتحويط من الحسد
0.17	88.93	217	1.23	3	3.69	9	6.15	15	8- إستخدام الكحل لعلاج إصابات العيون
0.15	90.57	221	0.82	2	2.87	7	5.74	14	9- إستخدام التراب أو البن لعلاج الجروح
0.16	91.80	224	0.82	2	2.46	6	4.92	12	10- الإعتقاد في قنرات الخرز

وجاءت التدفئة والكمر (تغطية الجسم بالملايس والأغطية) في المرتبة الثانية في حالة الإصابة بالبرد بمتوسط حسابي (1.71 درجة) ، حيث وافق علي هذا المصدر بصفة دائمة (66.80%) من المبحوثين، وفي المرتبة الثالثة جاءت الكمادات الساخنة والباردة بمتوسط حسابي (1.62) درجة، حيث ذكر اللجوء لهذا المصدر بصفة دائمة

(64.75%) من المبحوثين، وفي المرتبة الرابعة جاء العلاج بالاعسل بمتوسط حسابي (0.64 درجة)، حيث وافق علي هذا المصدر بصفة دائمة (26.23%) من المبحوثين، في حين ذكر (61.89%) من المبحوثين بأنهم لا يستخدموه، وفي المرتبة الخامسة جاء العلاج بالحجامة بمتوسط حسابي (0.41 درجة)، حيث وافق علي هذا المصدر بصفة دائمة (15.98%) من المبحوثين، بينما ذكر نحو (55.33%) من المبحوثين بأنهم لا يستخدموه، وفي المرتبة السادسة جاء استعمال كاسات الهواء في علاج البرد بمتوسط حسابي (0.37 درجة)، حيث وافق علي هذا المصدر بصفة دائمة (8.61%) من المبحوثين، بينما ذكر نحو (73.77%) من المبحوثين بأنهم لا يستخدموها، وفي المرتبة السابعة جاء التبخير والتحويط من الحسد بمتوسط حسابي (0.22 درجة)، حيث وافق علي هذا المصدر بصفة دائمة (8.20%) من المبحوثين، بينما ذكر نحو (73.77%) من المبحوثين بأنهم لا يستخدموها، وفي المرتبة الثامنة جاء استخدام الكحل في علاج إصابات العيون بمتوسط حسابي (0.17 درجة)، حيث وافق علي هذا المصدر بصفة دائمة (6.15%) من المبحوثين، بينما ذكر نحو (88.93%) من المبحوثين بأنهم لا يستخدموه، وفي المرتبة التاسعة جاء استخدام التراب أو البن لعلاج الجروح بمتوسط حسابي (0.15 درجة)، حيث وافق علي هذا المصدر بصفة دائمة (5.74%) من المبحوثين، بينما ذكر نحو (90.57%) من المبحوثين بأنهم لا يستخدموه، وأخيراً جاء الإعتقاد في قدرات الخرز في الوقاية من الحسد بمتوسط حسابي (0.16 درجة)، حيث وافق علي هذا المصدر بصفة دائمة (4.92%) من المبحوثين، بينما نفي نحو (91.80%) منهم ذلك.

4- المشكلات التي تواجه المزارعين في موضوعات السلامة والصحة المهنية بمنطقة الدراسة:

لتطوير منظومة السلامة والصحة المهنية بالنسبة للزراع، كان لابد من التعرف على المشكلات التي تواجههم في موضوعات السلامة والصحة المهنية بمنطقة الدراسة، فقد بينت النتائج الواردة بجدول (6) أن أهم هذه المشكلات ومرتبطة على حسب المتوسط المرجح، كالتالي: جاء في المرتبة الأولى قلة الندوات والمؤتمرات الإرشادية عن السلامة والصحة المهنية بمتوسط مرجح 2.93 درجة، وجاء في المرتبة الثانية قلة وجود دورات تدريبية لتوعية المزارعين بمخاطر السلامة والصحة المهنية بمتوسط مرجح 2.93 درجة، وجاء في المرتبة الثالثة قلة أعداد المرشدين الزراعيين بالقرى والمراكز بمتوسط مرجح 2.90 درجة، وجاء في المرتبة الرابعة قلة النشرات الإرشادية المختصة بالسلامة والصحة المهنية بمتوسط مرجح 2.86 درجة، ثم جاء في المرتبة الخامسة نقص التوعية الصحية للمزارعين بمتوسط مرجح 2.80 درجة، وجاء في المرتبة السادسة عدم قيام وسائل الاعلام كالإذاعة والتلفزيون بدور فعال في توجيه المزارعين نحو استخدام متطلبات السلامة والصحة المهنية بمتوسط مرجح 2.76 درجة، وجاء في المرتبة السابعة ضعف المعلومات المتوفرة للمرشد الزراعي عن مخاطر السلامة والصحة المهنية بمتوسط مرجح 2.75 درجة، ثم جاء في المرتبة الثامنة وجود البرك والمستنقعات كمصدر لانتشار الأمراض بمتوسط مرجح 2.59 درجة، وجاء في المرتبة التاسعة وجود أكوام السباخ والفضلات

الحيوانية فى الطرقات والحظائر والمنازل بمتوسط مرجح 2.55 درجة، ثم جاء فى المرتبة العاشرة عدم توفر الصرف الصحي ومصادر مياة نظيفة بمتوسط مرجح 2.49 درجة، وجاء فى المرتبة الحادية عشر عدم توفر الخدمات الصحية والعيادات الطبية بالقرى وقلّة اعداد الأطباء بمتوسط مرجح 2.48 درجة، وجاء فى المرتبة الثانية عشر الفقر والبطالة وقلّة الدخل بمتوسط مرجح 2.46 درجة، وجاء فى المرتبة الثالثة عشر إنتشار الامية بين المزارعين تعيقهم عن قراءة تعليمات ومحاذير السلامة والصحة المهنية الموجودة على الآلات الزراعية بمتوسط مرجح 0.94 درجة.

جدول 6. المشكلات التى تواجه المزارعين فى موضوعات السلامة والصحة المهنية بمنطقة الدراسة ، (ن = 381)

م	المشكلات	دائما		أحيانا		نادرا		لا		المتوسط المرجح
		عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	
1	قلّة الندوات والمؤتمرات الإرشادية عن السلامة والصحة المهنية	357	93.70	24	6.30	0	0	0	0	2.93
2	قلّة وجود دورات تدريبية لتوعية المزارعين بمحاذير السلامة والصحة المهنية	359	94.22	18	4.72	4	1.05	0	0	2.93
3	قلّة أعداد المرشدين الزراعيين بالقرى والمراكز	341	89.50	40	10.50	0	0	0	0	2.90
4	قلّة النشرات الإرشادية التى تتعرض لموضوع السلامة والصحة المهنية	333	87.40	44	11.55	4	1.05	0	0	2.86
5	نقص التوعية الصحية للمزارعين	307	80.58	70	18.37	4	1.05	0	0	2.80
6	عدم قيام وسائل الاعلام كالإذاعة والتلفزيون بدور فعال فى توجيه المزارعين نحو استخدام متطلبات السلامة والصحة المهنية	306	80.31	65	17.06	10	2.62	0	0	2.76
7	ضعف المعلومات المتوفرة للمرشد الزراعي عن محاذير السلامة والصحة المهنية	298	78.22	71	18.64	12	3.15	0	0	2.75
8	وجود البرك والمستنقعات كمصدر لإنتشار الأمراض	232	60.89	140	36.75	9	2.36	0	0	2.59
9	وجود أكوام السباح والفضلات الحيوانية فى الطرقات والحظائر والمنازل	220	57.74	151	39.63	10	2.62	0	0	2.55
10	عدم توفر الصرف الصحي ومصادر مياة نظيفة	197	51.71	173	45.41	11	2.89	0	0	2.49
11	عدم توفر الخدمات الصحية والعيادات الطبية بالقرى وقلّة اعداد الأطباء	201	52.76	162	42.52	18	4.72	0	0	2.48
12	الفقر والبطالة وقلّة الدخل	196	51.44	164	43.04	21	5.51	0	0	2.46
13	انتشار الامية بين المزارعين تعيقهم عن قراءة تعليمات ومحاذير السلامة والصحة المهنية الموجودة على الآلات الزراعية	80	21.00	4	1.05	112	49.40	185	49	0.94

جمعت وحسبت من إستمارات الإستبيان

ونستنتج مما سبق أن الوحدات الصحية تعاني نقصاً فى الخدمات الصحية، فبعضها غير مجهز والآخر بدون طبيب، وأحيانا تكون مغلقة ولا يوجد بها اطباء

متخصصين، ولا يعمل بها سوى قسم الطوارئ والتطعيمات وتنظيم الأسرة، يوجد طبيب واحد ممارس وغير متخصص بالإضافة إلى عدم وجود الأدوية بصورة كافية، كما أنها في الغالب غير مجهزة لإستقبال الحالات الحرجة الأمر الذي يمكن أن يهدد حياة هذه الحالات، كما لا يتوفر أمصال ضد لدغات العقارب والثعابين وعقر الكلاب وإقتصار توافرها على المستشفيات المركزية مما يهدد حياة المصابين بلدغة عقرب أو ثعبان، و كذلك بُعد المسافات بين المستشفيات العامة والقرى قد يؤدي إلى عدم إسعاف الحالات الحرجة في الوقت المناسب، أما المستشفيات المركزية التي يلجأ إليها المبحوثين للعلاج فهي توفر خدمات برسوم دخول بسيطة وتقديم ما يتم صرفه من الأدوية دون مقابل مادي وهذا في حال توافر الأدوية، ولكن غالباً ما تكون الأجهزة داخل هذه المستشفيات معطلة مثل جهاز رسم القلب والأشعة وغيرها، وتتمثل مشكلة الخدمات الصحية بصفة عامة للمبحوثين في الفجوة الكبيرة بين عدد السكان وإحتياجهم الصحية وبين الإمكانيات المتاحة لديهم في القرية، ومما يزيد من حجم المشكلة تطلع المبحوث إلى مستوى برضيه من الخدمات والرعاية الصحية المناسبة وخاصة للأفراد ذوي الدخل المنخفض، ويرى المبحوثين أن منظومة التأمين الصحي الشامل خطوة نحو الطريق الصحيح ولكن في حالة توفير الدعم اللازم لهذه المنظومة، لذلك يجب على المسؤولين توفير المعدات اللازمة من وحدات غسيل الكلى لمرضى الفشل الكلوي، وكذلك رعاية مرضى الكبد والأورام تيسيراً عليهم.

5 - التعرف على مقترحات المزارعين للتغلب على المشكلات التي تواجههم في مجالات السلامة والصحة المهنية

أظهرت النتائج بجدول (7) والخاصة بمقترحات الزراع للحد من المشكلات التي تواجههم في موضوعات الصحة والسلامة المهنية.

جدول 7. مقترحات الزراع للحد من المشكلات التي تواجههم في موضوعات السلامة والصحة المهنية بمنطقة الدراسة

م	المقترحات	عدد، ن = 381	%
1	توفر الصرف الصحي ومصادر مياه نظيفة	201	52.76
2	تفعيل التوصيات الإرشادية الخاصة بالصحة والسلامة المهنية	198	51.97
3	الإهتمام بنظافة القرية	197	51.71
4	تأمين صحي للمزارع	183	48.03
5	توفير الأدوية بأسعار مناسبة	169	44.37
6	توفير المطبوعات الإرشادية الخاصة بالصحة والسلامة المهنية	152	39.90
7	قيام جهاز الإعلام بدور فعال في مجال الصحة والسلامة المهنية	150	39.37
8	زيادة أعداد الأطباء المتخصصين بالوحدات الصحية	149	39.11
9	توفير مرشد زراعي متخصص في مجال السلامة والصحة المهنية	117	30.71
10	تطهير الترع والمصارف	88	23.10
11	الإهتمام بالرعاية الصحية لكبار السن	31	8.14
12	توفير اللقاحات والتحصينات	14	3.67

وكانت أهم هذه المقترحات توفر الصرف الصحي ومصادر مياه نظيفة، تفعيل التوصيات الإرشادية الخاصة بالصحة والسلامة المهنية، الإهتمام بنظافة القرية، تأمين صحي للمزارع، توفير الأدوية بأسعار مناسبة، توفير المطبوعات الإرشادية الخاصة بالصحة والسلامة المهنية، قيام جهاز الإعلام بدور فعال في مجال الصحة والسلامة المهنية، زيادة أعداد الأطباء المتخصصين بالوحدات الصحية، توفير مرشد زراعي متخصص في مجال السلامة والصحة المهنية، تطهير الترع والمصارف، الإهتمام بالرعاية الصحية لكبار السن، توفير اللقاحات والتحصينات.

6- تقديم مقترحات لتحسين جودة الخدمة الصحية في منطقة الدراسة:

يجب الإهتمام بالخدمات الوقائية كافة وخاصة إجراءات السلامة والصحة المهنية وتدريب الأطباء والتمريض للإرتقاء بجودة الخدمة على أن يشمل التدريب على البرامج الإدارية والتواصل مع المرضى وأسره ويشمل كذلك على بروتوكولات العلاج المحدثة لضمان توحيد الخدمة على مستوى كافة المراكز، وأن يتم تدريب الفريق الطبي على برامج الإحالة للمستشفيات المركزية، وأن يكون من أهم البرامج التي على قمة أولويات برامج الوقاية من الأمراض والإصابات هي البرامج التوعوية والتي يجب أن يتم تطويرها بصورة جوهرية وعاجلة وتوحيد مضمونها مع تطويعه للمتلقين في الريف، بالإضافة إلى ضرورة أن يتم ربط قواعد بيانات الأدوية والمستلزمات الطبية في الإدارات الصحية ووزارة الصحة والسكان لضمان توفر الأدوية والمستلزمات بصورة دورية تضمن تيسير تقديم الخدمة ومن ضمن البرامج الأساسية الهامة التي يجب الحرص على تقديمها هي برامج وإجراءات السلامة والصحة المهنية.

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج ومن خلال تحليل الوضع الراهن امكن وضع التصور التالي:

- الاستفادة من آراء المواطنين عند التخطيط للبرامج الصحية لكي تتناسب مع حالتهم الصحية ومشاكلهم الملحة
- وضع نظام فعال لتلقى شكاوى المزارعين الذين يترددون على الوحدات الصحية ومتابعته من قبل المسؤولين لمعالجة المشكلات واحتواء الشكاوى
- تدريب الأطباء بالوحدات لرفع كفاءتهم ومعرفة ما هو جديد في مجال الطب
- السعي لإنشاء هيئة مستقلة لمراقبة الأداء بالقطاع الصحي
- قيام الدولة بتخصيص نسبة أكبر من الإنفاق الحكومي لا تقل عن 3% من الناتج المحلي للجانب الصحي
- العمل على اعتماد مصادر تمويلية جديدة تؤدي إلى رفع الإنفاق على الخدمات الصحية وتحسينها
- تفعيل تطبيق قانون العقوبات على العاملين المقصرين في الوحدات الصحية
- إقامة دورات تدريبية وندوات ومؤتمرات لزيادة كفاءة إدارة الوحدات الصحية والمستشفيات
- تزويد الوحدات الصحية والمستشفيات بالأجهزة والمعدات الحديثة والمستلزمات الطبية المطلوبة وتوفير الأدوية الفعالة
- توفير مختبرات لإجراء التحاليل الطبية اللازمة داخل الوحدات الصحية

- العمل على زيادة وعى الريفيين بدور الوحدات الصحية العلاجى الوقائى
- الاشراف والرقابة على الوحدات الصحية والمستشفيات
- تشجيع رجال الأعمال على الاستثمار فى مجال الصحة
- توعية الريفيين بأهمية الخدمات الصحية التى تقدمها الوحدة عن طريق وسائل الإعلام والندوات والاجتماعات الإرشادية
- زيادة أجور الأطباء بالوحدات الصحية حتى تتناسب مع الأعباء الوظيفية لهم
- زيادة عدد التخصصات داخل الوحدة لسد العجز
- رفع الميزانية المخصصة للوحدة
- التنسيق بين الوحدات وغيرها من المنظمات بالقريبة
- الاستفادة من تكنولوجيا المعلومات والاتصالات فى أنشطة الوحدة
- تبنى برامج جديدة لتطوير عمل الوحدة

المراجع:

- ابو المعاطى، ماهر على (2003): الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلي، ص 133
- البنك الدولي للإنشاء والتعمير(1999): تقرير عن التنمية فى العالم ، الاستثمار فى الصحة ، مؤشرات التنمية الدولية، القاهرة، ترجمة مركز الأهرام للترجمة والنشر، يونيو ، ص 16
- الجدى، بلال جمال محمد (2018) ، اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى فى المستشفيات الأهلية فى محافظات غزة ، رسالة ماجستير ،الجامعة الإسلامية بغزة ، كلية التجارة
- الصدىقى، سلوى عثمان، (2007) : مدخل فى الصحة العامة والرعاية الصحية البحرية ، مطبعة البحيرة.
- الصيرفى، محمد (2016) : التسويق الصحى ، القاهرة، دار الفكر للنشر والتوزيع
- الكردى، محمود محمد (2018): التخطيط للبيئة الصحية، الاسكندرية، دار الوفاء للطباعة والنشر
- بشير، اقبال محمد (2005) : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلي ، الإسكندرية ،المكتب الجامعى الحديث ص 133
- حلمى، هناء جمال (2007): تقييم فاعلية خدمات الرعاية الاجتماعية بوحدهات طب الأسرة، رسالة ماجستير ،كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان
- عبد العظيم، حسنى ابراهيم (1995): دور الطبيب فى المجتمع الريفي دراسة ميدانية لعينة من قرى محافظة بنى سويف، ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة
- عبد المنعم، حاتم احمد، شومان، احمد عصمت السيد ، حسين، تغريد سيد حسن (2017): المشكلات الاجتماعية والصحية المرتبطة بندرة الأطباء فى الريف المصرى (دراسة مركز الفشن - معهد الدراسات والبحوث البيئية ، جامعة

عين شمس ، كلية الطب جامعة عين شمس - مجلة العلوم البيئية - المجلد الثامن والثلاثين ، الجزء الثاني

عبد الوكيل، فاطمة زهير (2014): انتشار ثقافة العلاج بالطب الشعبي وتأثيره على الأحوال الصحية بالمجتمع البدوي دراسة تطبيقية فى مدينة الضبعة بمحافظة مطروح ، ماجستير ، جامعة الإسكندرية بمعهد العلوم الاجتماعية، شعبة التنمية الاجتماعية

عمران، نصر خليل محمد ، (2002): تحديد ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهتها ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد السادس، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ص5 غرابية، فيصل محمود (2008): الخدمة الاجتماعية الطبيعية، الاردن، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع

لطفى، على (1983): التخطيط الاقتصادي، القاهرة ، دار المعارف ص 395 معوض، خليل ميخائيل (2001): علم النفس العام، مركز الإسكندرية للكتاب. منصور، حسين (2006): الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين فى المستشفيات الحكومية بمدينة إربد - الاردن ، جامعة اليرموك المنارة ، المجلد (13)، العدد 1

منظمة حقوق الانسان،(2016): وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان وزارة الصحة والسكان (2003): دليل العمل بالرعاية الصحية الأساسية. يوسف، اسماعيل (2005): الحالة الصحية والخدمات الصحية فى مصر ، القاهرة ، جمعية التنمية الصحية والبيئية

Barnum, H. (1999): Evaluating health days gained from health projects, J.Soc. and Med., p37

Krejcie, R.V. and D.W. Morgan (1970): Determining sample size for research activities. Edu. and Psychol. Measur., 30: 607-610

Leagans, J.P. (1961). Program Planning to Meet People's Needs Extension Education in Community Development, Government of India, New Delhi.

Mahmoud, Nermine (1979): Appraisal of the services a rural health unit provides in Alexandria. PhD Thesis, Univ. of Alexandria

Mohp (2006): Egypt service provision Assessment (EspA) Survey: An overview of the health in Egypt

**FARMERS' ASSESSMENT OF HEALTH SERVICES
AVAILABLE IN HEALTH UNITS IN SOME VILLAGES
OF GIZA GOVERNORATE**

**Gehan F.M.A. Refaie^{1*} ; M.H. Abdel- Aal¹ ; M.E. Abdel- Wahab¹
and M.A. Farag²**

1. Extension Department, Fac. Agric., Cairo Univ.
2. Agric. Extension, Agric. Extension and Rural Development Research Institute

***E-mail-gigifathy8@gmail.com**

ABSTRACT

This research was aimed to identify the health services that are provided to farmers in case of illness or injury from their point of view. The research was conducted in Giza Governorate, on a random sample of 381 farmers distributed to the three selected villages according to the percentage of representation of each of them, which were the village of Barnasht (Al-Ayyat District 113 farmers, the village of Al-Qata'a (Manshaat Al-Qanater District) 155 farmers, and the village of Mit Rahinah (Al-Badrashin District). 113 farmers. The study relied on the personal interview of the respondent farmers and the collection of information through an interview form during the months of February and March 2022 AD. The data was analyzed and the results were presented statistically using frequencies, percentages, and arithmetic and weighted averages. The most important research results are summarized as follows: - 30.18% of the respondents stated that they did not visit the health unit at all, and 65.09% of the respondents stated that they were not satisfied with the services available in the health unit, and 14.66% reported that doctors or nurses were not available inside the unit or hospital and mentioned 56.96% mentioned the lack of medicines and medical supplies, and all 100% of the respondents mentioned the lack of specialized doctors, 59.84% mentioned the lack of appropriate treatment, 71.92% mentioned the lack of a good level of hygiene, and 64.93% of the respondents mentioned the lack of Places to shelter critical cases. - 64.04% of the respondents reported that they resort to home remedies or municipal prescriptions. - The most important recommendations of the respondents to overcome the problems they face in the fields of occupational safety and health were the availability of sanitation and clean water sources by 52.76, activating the guiding recommendations for occupational health and safety by 51.97, paying attention to the cleanliness of the village by 51.71, and providing health insurance for farms by 48.03%.

Key Words: health services - health units.