

RECOMMENDATIONS

The followings are the recommendations of the present study as implied by its findings:

- **For enhancing physicians' job satisfaction :**

It is needed to widen the scope and nature of opportunities to develop and self realization of physicians. Financial complaints of physicians should be considered with best intentions to solve them. Wages can be linked with work output in both its quantitative and qualitative aspects. Job description of physicians should be redefined in a trial to optimize the usage of physicians' abilities and expertise.

- **For upgrading performance:**

It is advisable to increase the attendance of training programs for working physicians. These programs need to be tailored to actual performance tasks. Every effort should be paid for provision of service supplies and kits. Ample consideration for satisfaction state and obstacles will surely be reflected in a better level of physicians' performance.

- **For quality control of performance:**

Service guidelines are to be revised for a more detailed version leaving no place for inconsistent performance. It would be beneficial to have periodic unbiased observational checks for physicians' performance. Linking the results of these checks to upgrading work status of workers will provide a needed motive for upgrading performance.

SUMMARY

Antenatal care is a preventive obstetric health care program aimed at optimizing maternal fetal outcome through regular monitoring of pregnancy. Antenatal care will help ensure: best possible health status for mother and fetus, early detection and timely referral of high-risk pregnancy and health education of the mother and subsequently reduction of maternal and child mortality and morbidity rates.

To assess the level of performance, a representative sample of activities is selected and data related to their implementation collected. The information collected has to be comprehensive and cover the following scope: Client problem-solving aspects, with its components as history taking, examination, investigation, diagnosis and case management procedures or referral.

The specific objective of this study was to identify the degree of conformity of physician performance to national guidelines of ante-natal care (adequacy of performance), as well as to reveal some factors associated with adequacy including job satisfaction.

The study was implemented in family medicine centers or units in Alexandria governorate (2013). A cross sectional survey was used in conducting this study. All family physicians working in the selected family medicine centers or units in Alexandria constituted the target population of study. Three units or centers were selected randomly from each district. A total of one hundred and nineteen (119) family physicians working in different family medicine centers or units in various Alexandria districts were enrolled. Each physician was observed twice. An interview questionnaire was used to obtain demographic and job related factors from physician. A self administered questionnaire assessed the state of job satisfaction (satisfaction index: SI) as well as an observational check list to measure adequacy of physicians performance (Mean adequacy score: MAS

Majority of interviewed physicians were females 97(81.5%). Age of physicians had wide range between 25-59 years, while the mean was 33.66 years \pm 9.12.

The highest percentage of physicians had a short duration of experience where 63 physicians (52.9%) had a duration of experience less than 5years. 70 physicians (58.8%) held an MBBCH degree as their current scientific qualification. About three fifths of physicians had previously attended training programs (58.0%).

The highest percentages of physicians' responses to attitudinal statements indicated positive state of satisfaction (19 out of 29 statements).

Responses denoting dissatisfaction state were related to opportunity to develop where 82.4% experienced frustration in work, financial obstacles about 86.5% of physicians unsatisfied with their income, time pressure where 84.9% of physicians did many non-clinical tasks and 50.4% of physicians unsatisfied with managerial style.

The mean total satisfaction index was low (48.41% \pm 19.15). The lowest satisfaction indices were those of general satisfaction (47.24% \pm 28.21), opportunity to develop (31.65% \pm 21.80) and time pressure (28.57% \pm 22.46). The three areas that had higher satisfaction index were responsibility (63.59% \pm 31.59), relation with patient (63.69% \pm 31.14) and staff relation (59.42% \pm 31.56).

Summary

Higher scientific qualification and attendance of training programs were significantly associated with better satisfaction state ($f=4.158$, $p=0.018$ and $f=2.636$, $p=0.010$ respectively).

Total adequacy score of physicians' performance was $79.52\% \pm 12.31$. The following gradient is in descending order of mean of adequacy of different tasks of performance: Registration ($96.22\% \pm 13.78$), referral ($95.62\% \pm 12.44$), manner ($84.69\% \pm 20.47$), delivering educational messages ($75.94\% \pm 24.01$), history taking ($75.06\% \pm 15.19$), investigations ordered ($72.50\% \pm 23.06$) and lastly physical examination ($55.62\% \pm 12.56$).

All tasks of performance except referral, registration and manner had significantly higher mean percentage score of adequacy in first observation than that in second observation. History taking ($t=5.672$ & $p<0.001$), physical examination ($t=3.779$ & $p<0.001$), investigations ordered ($t=2.375$ & $p=0.020$), educational messages ($t=3.228$ & $p=0.002$) and total observation ($t=6.242$ & $p<0.001$).

Both older age and being married were associated with significantly better performance in delivering educational messages to clients where physicians aged $40 \geq 50$ had mean percentage adequacy score in educational messages task of $86.46\% \pm 12.97$ and married physicians had mean percentage adequacy score of the same task $79.31\% \pm 23.01$ and $f=5.369$, $p=0.007$ and $t=2.082$ $p=0.041$ respectively.

Total adequacy score was significantly higher for attendants of training programs compared to non attendants $79.95\% \pm 8.55$ and $74.49\% \pm 12.52$ respectively and $t=2.177$ & $p=0.034$.

There were several positive significant correlations between job satisfaction index in different areas with scores of performance adequacy in various tasks. Mean percentage score in the task of history taking was positively and significantly correlated with the following job satisfaction areas: opportunity to develop $r=0.327$, $p=0.003$, responsibility $r=0.272$, $p=0.015$, relation with patient $r=0.374$, $p=0.001$ and total score of satisfaction $r=0.234$, $p=0.037$. Physical examination was positively and significantly correlated with the following satisfaction areas: opportunity to develop $r=0.280$, $p=0.012$, relation with patient $r=0.253$, $p=0.023$ and total score of satisfaction $r=0.243$, $p=0.030$. The only positive and significant correlation of the score of the task of referral was that of responsibility area of satisfaction where $r=0.226$, $p=0.044$. Also educational messages was positively and significantly correlated with both opportunity to develop and responsibility satisfaction areas where $r=0.295$, $p=0.008$ and $r=0.310$, $p=0.005$ respectively. Mean percentage score of manner was positively and significantly correlated with area of satisfaction with relation with patient $r=0.267$, $p=0.017$ and finally the mean total percentage score of adequacy was positively and significantly correlated with the following areas: opportunity to develop $r=0.351$, $p=0.001$, responsibility $r=0.376$, $p=0.001$, relation with patient $r=0.309$, $p=0.005$ and finally total score of satisfaction $r=0.295$, $p=0.007$.

Registration was negatively and significantly correlated with opportunity to develop where $r=0.243$, $p=0.029$ and relation with patient $r=0.223$, $p=0.045$.

This study recommended enhancing physicians satisfaction state by giving more opportunity to develop, solving financial problems for both physicians him/herself and service itself. Redefining job description of physicians is needed. Increasing physicians'

Summary

chances to attend work tailored training programs would upgrade performance. Both monitoring performance and revising guidelines are expected to provide quality control conducive to a more stable performance.

REFERENCES

1. Collins C, Green A, Hunter D. Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health Policy* 1999;47(1):69-83.
2. Maynard A, Bloor K. Health care reform: informing difficult choices. *Int J Health Plann Manage* 1995;10(4):247-64.
3. Goldstein H, Spiegelhalter DJ. League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. *J R Statist Soc A* 1996;59(3):385-443.
4. Banerjee A, Deaton A, Duflo E. Health, health care, and economic development: wealth, health, and health services in rural Rajasthan. *Am Econ Rev* 2004; 94(2):326-30.
5. Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Rogers FH. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *J Econ Perspect* 2006; 20(1): 91-116.
6. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents--the evolving Chinese health care system. *N Engl J Med* 2005; 353(11):1165-70.
7. Eichler R, Levine R. Performance incentives for global health: potential and pitfalls. Washington: Center for Global Development; 2009.
8. Payment, and Performance Improvement Programs Committee on Redesigning Health Insurance Performance Measures, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Performance measurement: accelerating improvement, board on health care services. 1st ed. Washington: National Academy Press; 2006.
9. Leatherman S, Sutherland K. Quality of care in the NHS of England. *Br Med J* 2004; 328:E288-90.
10. World Development Report. Making services work for the poor. Washington: World Bank; 2004.
11. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington: National Academy Press; 2001.
12. Yaukauer A. Quality of care assessment. *AJPH* 1981; 7(71):29:35.
13. Norbert H, Susan G, Barbara P, Patricia B. A focused approach to quality of care assessment. *AJPH* 1984; 74(8); 825-9.
14. Rosinski EF. Education and role of physician, a redefinition. *JAMA* 1972;4(222):473-5.
15. Barro AR. Survey and evaluation of approaches to physician performance measurement. *J Med Edu* 1973; 48(11):1051-93.

References

16. Brook RM. Critical issues in the assessment of quality of care and their relationship to HMOs. *J Med Edu* 1973; 48:114-34.
17. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335: 966-70.
18. Bate P, Mendel P, Robert G. *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008.
19. Terwee CB, Dekker FW, Wiersinga WM, Prummel MF, Bossuyt PM. On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: guidelines for instrument evaluation. *Qual Life Res* 2003; 12(4):349-62.
20. Davies, HTO, Nutley S, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 2000; 9: 111-9.
21. Brook RH. Health care reform is on the way: do we want to compete on quality?. *Ann Intern Med* 1994; 120: 84-6.
22. Krousel-Wood MA. Practical considerations in the measurement of outcomes in healthcare. *Ochsner J* 1999;1(4):187-94.
23. Mannion, R, Konteh, FH, Davies HTO. Assessing organisational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. *Quality and Safety in Health Care* 2009; 18: 153-6.
24. Cully KW, Lyman JA, Stukenborg GJ. Improving quality measurement using multiple data sources. *AMIA Annu Symp Proc* 2003; 2003: 1001.
25. Hefni H. Maternal mortality, national survey in Egypt 1992-1993. Cairo, Egypt: The International Conference on Pop and Reproductive Health in Muslim World; 1998.
26. Sanazaro PJ, Williamson JW. A classification of physician performance in internal medicine. *J Med Educ* 1978; 53:389.
27. DiMatteo MR, DiNicola DD. Sources of assessment of physician performance: a study of comparative reliability and patterns of intercorrelation. *Med Care* 1981; 19(8):829-42.
28. World Health Organization (WHO). Regional status report, quality assurance and improvement in primary health care, in report on the intercountry meeting on accreditation of district health facilities. Geneva: WHO; 2000.
29. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New Eng J Med* 2003; 348(26): 2635-45.
30. Tzeng HM. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *Int J Nurs Studies* 2002; 39:867-78.

References

31. Jex SM. Organizational psychology: a scientist-practitioner approach. 1sted. New York: John Wiley & Sons; 2002.
32. Arnold J, Cooper CL, Robertson IT. Work psychology: understanding human behaviour in the workplace. 3rded. Pearson Education: Prentice Hall; 1998.
33. Clay HW, Organ DW. Organizational behavior an applied psychological approach. Dallas, Texas, USA: Business publications, INC; 1978.
34. Mathauer I, Imhoff I. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resources management tools. Hum Res Health 2006; 4:24.
35. Diaz-Serrano L, Cabral Vieira JA. Low pay, higher pay and job satisfaction within the European Union: empirical evidence from fourteen countries. Institute for the Study of Labour (IZA) 2005; 1558:1-28.
36. Gazioglu S, Tansel A. Job satisfaction in Britain: individual and job- related factors. ERC Working Papers in Economics 03/03 [Jan, 2002]. Available from: <http://www.erc.metu.edu.tr/menu/series03/0303.pdf>. [Accessed On: 13 Feb, 2014].
37. Rose M. Good deal, bad deal? Job satisfaction in occupations. Work Employment and Society 2003; 17(3): 503-30.
38. Society of Hospital Medicine. A challenge for a new specialty: a white Paper on Hospitalist Career Satisfaction. Available from: http://www.hospitalmedicine.org/AM/Template.cfm?Section¼White_Papers&Template¼/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID¼14631. [Accessed May, 2009].
39. Krietner R, Kinick A, Buelens M. Organizational behaviour. 2nded. Berkshire: McGraw-Hill; 2002.
40. Ministry of Health and Population Egypt (MOHP). Directorate of mother and child health care. Basic essential obstetric care, protocols for physicians. Egypt, Cairo: MOHP; 2004.
41. Akkerman D, Cleland L, Croft G, Eskuchen K, Heim C, Levine A, et al. Routine prenatal care. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement; 2012.
42. World Health Organization (WHO). World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
43. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006; 367:1066-74.
44. Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. Bull World Health Organ 2005; 83(6):409-17.
45. World Health Organization (WHO). Perinatal and neonatal mortality for the year 2000: Country, regional and global estimates. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.

References

46. Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006; 367:1487-94.
47. Tinker A, Hoop-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. A continuum of care to save newborn lives. *Lancet* 2005; 365:822-5.
48. Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331(7525):1107.
49. Stanton C, Blanc AK, Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *J Biosoc Sci* 2006; 1-12.
50. UNFPA-Egypt, Campbell O, Gipson R. National maternal mortality study, Egypt 1992–93, report of findings and conclusions. Egypt, Cairo: MOHP; 1993.
51. El-Zanaty F, Way A. Egypt demographic and health survey 2005. Cairo, Egypt: Ministry of Health and Population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, ORC Macro; 2006.
52. Langsten R. The role of traditional birth attendants in pre- intra- and post-natal care in Egypt: implications for training and program implementation. Cairo, Egypt: Social Research Center, American University in Cairo; 1998.
53. Stanton B, Langsten R. Rates of and factors associated with morbidity and mortality among Egyptian neonates and infants: a longitudinal prenatal and postnatal study. Egypt, Cairo: Social Research Center, American University in Cairo; 1998.
54. Darmstadt G, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?. *Lancet* 2005; 365:977–88.
55. Hall M. Antenatal care. In: Chamberlain G (ed). *Turnbull's obstetrics*. 3rded. London: Harper and Bruce; 2001.314-6.
56. Ministry of Health and Population Egypt (MOHP). National maternal mortality study: Egypt 2000 -2001. Egypt, Cairo: MOHP; 2001.
57. Buciuniene I, Blazeviciene A, Bliudziute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Family Practice* 2005; 6:10.
58. Ministry of Health and Population Egypt (MOHP). Quality improvement directorate (clinical practice guidelines dissemination work shop: obstetrics and gynecology.1999-2000. Egypt, Cairo, MOHP; 2000.
59. Banta HD, Houd S, Suarez Ojeda E. Antenatal care: an introduction. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1995; 1:783–8.
60. World Health Organization (WHO). Health services coverage statistics: antenatal care coverage. Geneva: WHO; 2006.

References

61. Mensch B, Koblinsky M, Gay J. Quality of care: a neglected dimension in the health of women. Boulder, Colorado: Westview Press; 1993.
62. Pillay R. Work satisfaction of professional physicians in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. *Hum Resour Health* 2009; 7:15.
63. Jovic-Vranes A, Vesna B, Boris V, Natasa M. Job satisfaction in Serbian health care workers who work with disabled patients. *Cent. Eur J Med* 2007; 3(2): 221-4.
64. Kaplan RA, Boshoff AB, Kellerman AM. Job involvement and job satisfaction of South African doctors compared to other Professions. *Curatiosis* 1991; 14(1):3-7.
65. Hollyforde S, Whiddett S. The motivation handbook. London: CIPD; 2002.
66. Buciuniene I, Blazeviciene A, Bliudziute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania, *BMC Family Practice* 2003; 6:6-10 .
67. Jain M, Mathur A, Joshi S, Goklani P, Kothari B, Prabu D, et al. Job satisfaction assessment among physicians in India. *Internet Journal of Dental Science* 2008; 7:2.
68. Martini C, Reloski J, Barzansky B, Xu G, Fields S. Medical school and student characteristics that influence choosing a generalist career. *JAMA* 1994; 272: 661-8.
69. Al Juhani AM, Kishk NA. Job satisfaction among primary health care physicians and nurses in Al-madinah Al-munawwara. *J Egypt Public Health Assoc* 2006; 81(3-4):165-80.
70. Kirwan M, Armsrong D. Investigation of burn out in a sample of British general practioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 259-60.
71. McGlone SJ, Chenoweth IG. Job demands and control as predictors of job satisfaction in general practice. *Med J Aust* 2001; 175: 88-91.
72. Ramarao S, Caleb L, Khan ME, Townsend JW. Safer maternal health in rural Uttar Pradesh: Do primary health services contribute?. *Health Policy Plan* 2001; 16:256–63.
73. World Health Organization Consultation on Maternal and Prenatal Infections. 28 November-2 December Report. WHO/MCH/91.10. WHO: Geneva, Switzerland; 1988.
74. Rose M. Assessing quality and availability of maternal health services: Results from Kenya; 2001 [Accessed 24 November 2006]. Available from: file://C:Documents and Settings/User/Dsktop/Assessing the quality and availability of maternal health services.
75. Grein M, Mayhews S, Lubben M. Framework for new approach to antenatal care. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 80 92: 175-82.
76. Nikiéma B, Beninguisse G, Haggerty JL. Providing information on pregnancy complications during antenatal visits: unmet educational needs in sub-Saharan Africa. *Health Policy Plan* 2009; 24: 367–76.

References

77. Lung K, Kamfose V, Hussein J, Ashowed-Smith H. Are bicycle ambulances and community transport plans effective in strengthen obstetric referral systems in southern. *Malawi Med J* 2001; 13:16-8.

obeykandi.com

المخلص العربي

تُعد رعايه ما قبل الولادة جزءًا من برنامج وقائي مختص بالرعايه الصحية للولادة يهدف إلى تحسين مخرجات الحمل لكل من الجنين و الأمهات من خلال الرصد المنتظم للحمل لضمان أفضل حالة صحية ممكنة للأم والجنين، والاكتشاف المبكر والإحالة في الوقت المناسب لحالات الحمل شديدة الخطورة، بجانب التوعية الصحية للأم؛ وبالتالي خفض كل من معدلات الوفيات و الاعتلال المرضي بين الأمهات والأطفال.

ولتقييم مستوى الكفاءه لاداء العاملين في الرعايه الصحيه يجب اختيار عينة ممثله من الأنشطة و جمع البيانات المتعلقة بتنفيذها، حيث يجب أن تكون المعلومات التي يتم جمعها شاملة وتغطي النطاق التالي: جوانب حل المشكلات التي تواجه السيدات، بجانب تسجيل التاريخ الصحي للحالات و كذا الفحص والاختبارات والتشخيص وإجراءات إداره الحالات أو الإحالة.

هذا وقد كان الهدف المحدد لهذه الدراسة هو التعرف على درجة مطابقة أداء الطبيب للمبادئ التوجيهية القومية لرعاية ما قبل الولادة (كفاءه الأداء)، وكذلك الكشف عن بعض العوامل المرتبطة بمدى الكفاءه، بما في ذلك الرضا الوظيفي.

وقد نُفذت الدراسة لدى مراكز و وحدات طب الأسرة في محافظة الإسكندرية (عام ٢٠١٣). و تم استخدام مسح مقطعي في إجرائها. وقد شكّل جميع أطباء الأسرة العاملون في مراكز أو وحدات طب الأسرة المختارة في الإسكندرية الفئة المستهدفة بالدراسة. و تم اختيار ثلاث وحدات أو مراكز عشوائياً من كل منطقة. و تم إدراج مائة وتسعة عشر (١١٩) طبيباً من أطباء الأسرة العاملين في مختلف مراكز أو وحدات طب الأسرة في مختلف أحياء الإسكندرية. و تم رصد الأداء لكل طبيب مرتين. واستخدم استبيان مقابلات شخصية للحصول على العوامل الديموغرافية وتلك المتعلقة بالعمل من الطبيب. وتم الاعتماد على الاستبيان المجاب ذاتياً في تقييم حالة الرضا الوظيفي في ستة مجالات (مؤشر الرضا)، فضلاً عن إستعمال قائمة مرجعية للرصد لقياس كفاءه أداء الأطباء في سبع مهام(متوسط درجة الكفاءه).

وكانت الغالبية العظمى من الأطباء الذين خضعوا للمقابلات الشخصية من الإناث وعددهم ٩٧ (٨١,٥%). وكان عمر الأطباء يتراوح ما بين ٢٥-٥٩ عاماً، في حين كان متوسط الأعمار يبلغ $33,66 \pm 9,12$ عاماً.

كانت أعلى نسبة من الأطباء لديها خبرة قصيره حيث كان هناك ٦٣ طبيباً (٥٢,٩%) لديهم خبرة أقل من ٥ سنوات. وكان ٧٠ طبيباً (٥٨,٨%) يحملون درجة بكالوريوس في الطب و الجراحة باعتباره المؤهل العلمي الحالي لهم. وقد سبق لحوالي ثلاثة أخماس الأطباء حضور برامج تدريبية (٥٨,٠%).

وأشارت أعلى النسب المئوية لاستجابات الأطباء للعبارات الداله على الاتجاهات إلى وجود حالة إيجابية من الرضا (١٩ من أصل ٢٩ بياناً).

وكانت الردود والاستجابات التي تدل على حالة عدم الرضا مرتبطة بوجود فرصة لتطوير الذات حيث شعر نحو ٨٢,٤% بالإحباط في مزاولة العمل، ووجود عقبات مالية حيث شعر حوالي ٨٦,٥% من الأطباء بعدم الرضا بحال مستوى الدخل لديهم، وضغط الوقت حيث إعتبر ٨٤,٩% من الأطباء انهم يقومون بعدد من المهام غير السريرية وشعر ٥٠,٤% من الأطباء بعدم الرضا من النمط الإداري.

وكان مؤشر متوسط الرضا الكلي منخفضاً ($48,41 \pm 19,15$). وكانت أدنى مؤشرات الرضا تلك التي تتعلق بالرضا العام ($47,24 \pm 28,21$)، و بوجود فرصة لتطوير الذات ($31,65 \pm 21,80$)، وبضغط الوقت ($28,57 \pm 22,46$). وكانت المجالات الثلاثة التي أعطت مؤشر رضا أعلى هي المسؤولية ($63,59 \pm 31,59$)، والعلاقة مع المريض ($63,69 \pm 31,14$) وعلاقة العاملين ببعضهم ($59,42 \pm 31,56$).

وكانت المؤهلات العلميه الأعلى وحضور برامج التدريب مرتبطة إرتباطاً معنوياً بحالة رضا أفضل ($f=4.158, p=0.018, t=2.636, p=0.010$ علي التوالي)

وكان إجمالي درجات كفاءه أداء الأطباء في كل المهام مجتمعه $79,52 \pm 12,31$.

يتبع التدرج التالي ترتيبًا تنازليًا من حيث متوسط كفاءه الأداء للأطباء كما تبين من النتائج: التسجيل (٩٦,٢٢% ± ١٣,٧٨)، والإحالة (٩٥,٦٢% ± ١٢,٤٤)، السلوك (٨٤,٦٩% ± ٢٠,٤٧)، وتقديم رسائل توعية (٧٥,٩٤% ± ٢٤,٠١)، والاستعلام عن التاريخ الصحي (٧٥,٠٦% ± ١٥,١٩) وطلب الفحوص (٧٢,٥٠% ± ٢٣,٠٦)، وأخيرًا الفحص الإكلينيكي (٥٥,٦٢% ± ١٢,٥٦).

وقد أحرزت جميع مهام الأداء عدا الإحالة والتسجيل والسلوك معدلًا متوسطًا لدرجة الكفاءة أعلى بفارق معنوي في الرصد الأول مقارنة بالرصد الثاني: الاستعلام عن التاريخ الصحي ($P = <0.001$ & $t=5.672$)، والفحص الإكلينيكي ($P = <0.001$ & $t=3.779$) وطلب الفحوص ($P = 0.020$ & $t=2.375$)، وتقديم رسائل التوعية ($P = 0.002$ & $t=3.228$) و كذلك درجة الكفاءة الإجمالية للرصد ($P = <0.001$ & $t=6.242$).

كما ارتبط العمر الأعلى والزواج بوجود أداء أفضل بفارق معنوي في إيصال رسائل التوعية للسيدات حيث سجل الأطباء الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٤٠-٥٠ عامًا معدلًا متوسطًا لدرجة الكفاءة في مهمة رسائل التوعية بنسبة ٨٦,٤٦% ± ١٢,٩٧ كما أن الأطباء المتزوجين قد سجلوا معدلًا متوسطًا لدرجة الكفاءة للمهمة نفسها بنسبة ٧٩,٣١% ± ٢٣,٠٦ و $f=5.369$ و $p=0.007$ و $t=2.082$ و $p=0.041$ على التوالي.

وكان المعدل الإجمالي لدرجة الكفاءة أعلى بفارق معنوي للأطباء الذين حضروا برامج تدريبية بالمقارنة مع أولئك الذين لم يحضروا $٧٩,٩٥\% \pm ٨,٥٥$ و $٧٤,٤٩\% \pm ١٢,٥٢$ على التوالي و $P = 0.034$ & $t = 2.177$

وكانت هناك عدة ارتباطات معنوية إيجابية بين مؤشر الرضا الوظيفي في المجالات المختلفة مع درجات كفاءه الأداء في مختلف المهام مثل ما يلي: إرتبط المعدل المتوسط لمهمة تدوين السجلات بمجالات الرضا الوظيفي التالية: فرصة تطوير الذات $r=0.015$ ، $P = 0.003$ ، والمسؤولية $r=0.272$ ، $P = 0.015$ ، العلاقة مع المريض $r=0.374$ ، $P = 0.001$ والمعدل الإجمالي للرضا $r=0.234$ ، $P = 0.037$. و درجة الفحص الإكلينيكي إرتبط بمجالات الرضا التالية: فرصة تطوير الذات $r=0.280$ ، $p=0.012$ ، والعلاقة مع المريض $r=0.253$ ، $P = 0.023$ و المعدل الإجمالي للرضا $r=0.243$ ، $p=0.030$. وكان الارتباط الإيجابي الوحيد لمعدل مهمة الإحالة بمجال الرضا عن المسؤولية $r=0.226$ ، $p=0.044$. وكانت درجة الأداء في مهمة رسائل التوعية مرتبطة إيجابيًا ومعنويًا بكل من مجال تطوير الذات والرضا عن المسؤولية حيث $r = 0.295$ ، $P = 0.008$ و $r = 0.310$ و $p=0.005$ على التوالي. وكانت متوسط درجة الاداء لمهمه السلوك المستخدم في تقديم الرعاية للسيدات مرتبطة إيجابيًا ومعنويًا بمجال الرضا عن العلاقة مع المريض $r=0.267$ ، $p=0.017$ ، وأخيرًا كان إجمالي المعدل المتوسط لدرجة الكفاءة مرتبط إيجابيًا ومعنويًا بالمجالات التالية: فرصة تطوير الذات $r=0.351$ ، $p=0.001$ ، المسؤولية $r=0.376$ ، $p=0.001$ ، والعلاقة مع المريض $r=0.309$ ، $P = 0.005$ وأخيرًا المعدل الكلي للرضا $r=0.295$ ، $P = 0.007$. وارتبط التسجيل سلبيًا ومعنويًا بفرصه تطوير الذات $r=0.243$ ، $r=0.29$ و العلاقة مع المريض $r=0.223$ ، $P = 0.045$.

وقد أوصت هذه الدراسة بتعزيز حالة رضا الأطباء من خلال إعطاء مزيد من فرص التطوير وحل المشكلات المالية لكل من الأطباء والخدمة نفسها. ويجب إعادة تعريف التوصيف الوظيفي، مع زيادة فرص الأطباء لحضور برامج التدريب الملائمة لاحتياجات العمل، وهو الأمر الذي من شأنه رفع مستوى الأداء. كذلك يجب مراقبة الأداء ومراجعه التوجيهات القومية بجعلها أكثر تفصيلية لتوفير آلية تحكم في الجودة تُفضي إلى أداء أكثر استقرارًا.



جامعة الإسكندرية
كلية الطب
قسم طب المجتمع

كفاءه أداء الاطباء في وحدات صحة الأسرة أثناء الزيارة الأولية
لرعاية ما قبل الولادة بالاسكندريه

رسالة مقدمة

لقسم طب المجتمع - كلية الطب - جامعة الإسكندرية
ضمن متطلبات درجة

الماجستير

فى

طب الأسرة

من

هيام متولى عبد القادر

بكالوريوس الطب والجراحة ، ٢٠٠٤
كلية الطب، جامعة الإسكندرية

[٢٠١٥]



جامعة الإسكندرية
كلية الطب
قسم طب المجتمع
كفاءة أداء الاطباء في وحدات صحة الأسرة أثناء الزيارة الأولية
لرعاية ما قبل الولادة بالإسكندرية

رسالة مقدمة من

هيام متولى عبد القادر

للحصول على درجة

الماجستير

فى

طب الأسرة

التوقيع

.....

.....

.....

.....

لجنة المناقشة والحكم على الرسالة

أ.د/ سامية عبد العزيز أبو خطوة
أستاذ طب المجتمع والصحة العامة
قسم طب المجتمع والصحة العامة
كلية الطب
جامعة الإسكندرية

أ.د/ نيهاد إبراهيم ديبوس
أستاذ صحة الأم والطفل
قسم صحة الأسرة
المعهد العالى للصحة العامة
جامعة الإسكندرية

أ.د/ نادية فؤاد بيومى فرغلى
أستاذ طب المجتمع والصحة العامة
قسم طب المجتمع والصحة العامة
كلية الطب
جامعة الإسكندرية

أ.م.د/ مها محمد حلمى مؤمن
أستاذ مساعد طب المجتمع والصحة العامة
قسم طب المجتمع والصحة العامة
كلية الطب
جامعة الإسكندرية

التاريخ / /

لجنة الإشراف

موافقون

.....

أ.د/ سامية عبد العزيز أبو خطوة

أستاذ طب المجتمع والصحة العامة
قسم طب المجتمع والصحة العامة
كلية الطب
جامعة الإسكندرية

.....

أ.د/ نادية فؤاد فرغلى

أستاذ طب المجتمع والصحة العامة
قسم طب المجتمع والصحة العامة
كلية الطب
جامعة الإسكندرية

oborikahna.com