الصحة الإلكترونية بين الريف والحضر
"دراسة ميدانية بمحافظة بني سويف"

إعداد
الباحثة/ آمنة حسن خليل

إشراف

أ. د/ جلال مدبولي محمد
أستاذ علم الاجتماع المتفرغ
كلية الآداب - جامعة بني سويف

د/ محمد حمزة آمين
أستاذ علم الاجتماع المساعد
كلية الآداب - جامعة بني سويف

المستخلص:

تهدف الدراســـة إلى الوقوف على الحالة العامة وآفاق اعتماد الصـــحة الإلكترونية في المجال الصحي في الريف والحضر. وتُعد هذه الدراسة بمثابة دراسة وصفية تحليلية مقارنة, اعتمدت على أسلوب المسح الاجتماعي بالعينة، والمنهج المقارن، واعتمدت الدراسة على استمارة المقابلة كأداة رئيســية لجمع البيانات, وتوصـــلت الدراســة إلى توفر البنية التحتية للصـــحة الإلكترونية (التليفون المحمول، الانترنت المنزلي، اتصـــال الهاتف المحمول بالإنترنت) في الريف والحضـــر ، أثبتت الدراسة أن الهاتف المحمول هو أكثر الوسائل استخداماً للحصول على الصحة الإلكترونية, وكشفت عن أن الفيس بوك والواتساب أكثر وسائل التواصل الاجتماعي المستخدمة للحصول على الصحة الالكترونية.

وتوصلت إلى أن فترة استخدام الريف والحضر الصحة الإلكترونية تقل عن عامين. إضافة إلى ذلك أظهرت الدراسة أن قيمة تصورات الأخرين حول الصحة الإلكترونية جاءت متوسطة في الريف وضعيفة في الحضر، كذلك درجة سهولة الاستخدام متوسطة في الريف وضعيفة في الحضر وكشفت الدراسة أيضاً أن درجة الموقف من الاستخدام متوسطة في الريف وضعيفة في الحضر. وانتهت الدراسة إلى وجود علاقة طردية بين سهولة استخدام الصحة الإلكترونية ودرجة استخدامها، وأيضًا وجود علاقة طردية بين تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية واستخدامها،

الكلمات المفتاحية: الصـحة الإلكترونية، الطب عن بعد، الصـحة عن بعد، الصـحة المحمولة، الريف، والحضر

Abstract:

The study aims at studying the general situation and the prospects for adopting e-health in the field of health in rural and urban areas. In order to find an answer to the questions of the study, asocial survey mothed is used by the researcher, the data of the study are collected according to some method-ological Techniques represented in an Interviewing Schedule

The findings 0f study show that the degree of others' perceptions about e-health is medium in rural areas and weak in urban areas, it also revealed that the degree of ease of use is medium in rural areas and weak in urban areas., the study proved also that there is a Positive relationship between the ease of use of e- health and the degree of its use, and also the presence of a positive relationship between the perceptions of the surroundings about e- health and its use.

Keywords: E-Health, Telemedicine, Telehealth, Mobile Health, Rural Area and Urban

مقدمة: –

مما لا شك فيه أن الصحة والرعاية الصحية من الموضوعات ذات الأهمية بالنسبة للمصريين، وتواجه مصر تحديات صعبة في محاولة تلبية المطالب والتوقعات المتزايدة للسكان. ولقد حققت مصر خلال الحقبة الماضية تقدماً ملموساً في الخدمات الصحية للسكان وبرغم ذلك فلا يزال هناك تباينات عريضة في الحالة الصحية، كذلك بدأت تحديات صحية جديدة في الظهور، وسوف تزيد من الحاجة إلى التعامل معها. (جمعية التنمية الصحية والبيئة، 16:2005) يمكن للصحة الإلكترونية أن تعزز الخدمات الصحية لدعم المجالات الصحية المتعلقة بالصحة، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية، والمتابعة الصحية، والمؤلفات الصحية، والتثقيف الصحي والمعرفة والبحوث (Alanezi, 2020: 456)

إشكالية البحث:

قد أصبح استخدام تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات واسع المدى، وقد تم تطبيقها في مجالات عديدة مثل التجارة والتعليم والتسوق ....، وعلى الرغم من ذلك لم يتم تطبيقها بالشكل المأمول في المجال الصحي في مصر، لذلك تتحدد مشكلة الدراسة في الوقوف على الحالة العامة وآفاق اعتماد الصحة الإلكترونية في المجال الصحي في الريف والحضر.

أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة الحالية في جانبين أساسيين الجانب النظري والتطبيقي.

1– الأهمية النظرية:

إن موضوع الصحة الإلكترونية حديث الطرح ويعاني من بعض الغموض وعدم الوضوح، الإضافة العلمية التي قد تأتي من هذه الدراسة وإسهامها في إغناء المكتبة نظراً لمحدودية الدراسات التي تناولت موضوع الصحة الإلكترونية، واختبار صدق بعض قضايا نظريات علم الاجتماع ومدى ملائمتها للواقع المصري.

2- الأهمية التطبيقية: -

أ- تكمن أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية في الكشف عن الوضع الحالي للصحة الإلكترونية، والتعرف على تصورات أفراد المجتمع الريفي والحضري حول الصحة الإلكترونية. وكذلك الوقوف على اتجاهات أفراد المجتمع نحوها.

ب- مساعدة الدولة من-خلال توصيات ومقترحات الدراسة-في وضع خطة لتحفيز أفراد المجتمع لتبني الصحة الإلكترونية.

ج-مساعدة الجهات المسئولة في وضع خطة لتبني الصحة الإلكترونية في مستشفيات القطاع العام والخاص.

أهداف الدراسة:

تنطلق الدراسة من هدف رئيس مفاده الوقوف على الحالة العامة وآفاق اعتماد الصحة الإلكترونية في المجال الصحي في الريف والحضر. وتتفرع منه الأهداف الأتية:

1- التعرف على خصائص مستخدمي الصحة الإلكترونية.
2- الكشف عن مدى توفر البنية التحتية اللازمة لاستخدام الصحة الإلكترونية (توفر الهاتف المحمول، امتلاك الانترنت المنزلي، اتصال الهاتف المحمول بالإنترنت) في الريف والحضر.
3- التعرف على وسائل التواصل الاجتماعي المستخدمة في الحصول على الصحة الإلكترونية في الريف والحضر.
4- إظهار مدى استخدام الصحة الإلكترونية في الريف والحضر.
5- الوقوف على تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية في الريف والحضر، ومدى تأثيرها على استخدام الصحة الإلكترونية.
6- الكشف عن الموقف من استخدام الصحة الإلكترونية في الريف والحضر

تساؤلات الدراسة: انطلاقًا من أهداف الدراسة تسعى للإجابة على التساؤلات البحثية الأتية:

1- ما هي خصائص مستخدمي الصحة الإلكترونية في الريف والحضر؟

2- ما مدى توفر البنية التحتية اللازمة لاستخدام الصحة الإلكترونية في الريف والحضر؟

3- ما هي الفروق الريفية الحضرية وفقًا لوسائل اكتساب الصحة الإلكترونية؟

4- ما مدى استخدام الصحة الإلكترونية في الريف والحضر؟

5- ماهي تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية في الريف والحضر؟ ومدى تأثيرها على استخدام الصحة الإلكترونية؟

6- ما الموقف من استخدام الصحة الإلكترونية في الريف والحضر وأثره على استخدامها؟

الإطار النظري للبحث: يتم عرضه من خلال مناقشة الموضوعات الأتية:

مفاهيم البحث:

حددت الباحثة ثلاثة مفاهيم أساسية للدراسة الحالية هي؛ مفهوم الصحة الإلكترونية، الريف ومفهوم الحضر.

1- الصحة الإلكترونية E-health

عرف أيثن باش Eysenbach الصحة الإلكترونية بأنها مجال يجمع ما بين المعلوماتية الطبية والصحة العامة والأعمال التجارية، إشارة إلى الخدمات الصحية والمعلومات المقدمة أو المعززة من خلال الإنترنت والتقنيات ذات الصلة. بمعنى أوسع، لا يميز المصطلح التطور التقني فحسب، بل يميز أيضًا الحالة الذهنية وطريقة التفكير والموقف والالتزام بالتفكير الشبكي والعالمي لتحسين الرعاية الصحية محليًا وإقليميًا وعالميًا. باستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (Zaman, et al., 2018: 77)

التعريف الإجرائي:

الصحة الإلكترونية: هي استخدام التقنيات ونظم المعلومات ووسائل الاتصال الحديثة في مختلف مجالات القطاع الصحي.

2- مفهوم الريف:Rural Area

تعددت المحاولات للوصول إلى تعريف "الريف", فهناك من قام بتعريفه إحصائياً معتمداً على عدد السكان، فهو المنطقة التي يبلغ عدد سكانها أقل من 2500 نسمة، (محمد جامع، 2019: 77) ويشمل الزراعيين وغيرهم من أصحاب المهن الأخرى، ووفقاً لذلك فإن تعريف المجتمع الريفي لا علاقة له بالزراعة، بل هو مجرد اصطلاح له مدلول إحصائي تبعاً لعدد السكان. (هاشمي الطيب، 2021: 42)، ومن العلماء من اعتمد على التقسيم الاقتصادي للمهن، حيثُ خصه البعض بالزراعة وعرف المجتمع الريفي بأنه المجتمع الذي يعمل غالبية سكانه بالزراعة. (عالية حبيب، 2008: 222)

وتعتمد "مصر" التقسيم الإداري كمعيار لتمييز المجتمع الريفي، حيثُ يُعرف الريف في مصر بأنه "أي بلدة معينة ريفاً إذا لم يكن حضرياً، والمجتمع الحضري هو عواصم المراكز والمحافظات والمدن. والمدن ليست عواصم مراكز لكن اعتبرها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء حضراً بناءً على رأي الخبراء الاجتماعيين نظراً لتطورها واتسامها بخصائص المجتمعات الحضرية" (محمد جامع، 2019: 78).

التعريف الإجرائي لمفهوم "الريف"

بلدة ليست حضرية، وتم تمييزها "ريفً" وفقاً للتقسيم الإداري للدولة.

3- مفهوم الحضر urban

لا يوجد معيار عام متفق عليه لتعريف "الحضر. وبالإشارة إلى مكتب إحصاء الولايات المتحدة، تم تعريف المنطقة الحضرية على أنها "مكان واحد أو أكثر " (مكان مركزي) "والمناطق المجاورة (الهامش الحضري) الذي يضم ما لا يقل عن "50000" شخص (Weng, 2012: 1)

وعلى الرغم من ذلك يمكن اعتباره "مناطق يتجمع فيها عدد كبير من الناس ويقيمون

فيها، مما يؤدي إلى كثافة سكانية عالية جدًا" أو "مراكز اقتصادية وسياسية وثقافية، ونقطة محورية لطرق المرور الرئيسية". وهو على النقيض من مصطلح "منطقة إقليمية" للإشارة إلى المناطق الريفية (بما في ذلك مناطق صيد الأسماك والقرى الجبلية) (Institute for International Cooperation, 2006 :5)

التعريف الإجرائي لمفهوم الحضر

المناطق التي تم تصنيفها "حضر" وفقًا للتقسيم الإداري للدولة.

المداخل النظرية في دراسة الصحة الإلكترونية:

تستند الدراسة إلى عدة نظريات تخدم موضوع الدراسة كما يلي:

1- نظرية وساطة الطبيب Physician Mediation Theory

تستمد نظرية وساطة الطبيب فكرتها الأساسية من نظرية الوساطة الأبوية، وهي بناء نظري تم صياغته في سياق الآباء الذين يتوسطون في استخدام أطفالهم لوسائل الإعلام. (Robinson E, 2008: 25) وتعرف بأنها الاستراتيجيات التي يقدمها الآباء لتعظيم الفوائد وتقليل المخاطر (الآثار السلبية المحتملة) للتأثير الإعلامي. (Kirwil, 2009: 395)

والهدف الأساسي لوساطة الوالدين هو المساعدة في تزويد الطفل بمهارات محو الأمية الإعلامية وينتج عن ذلك تعزيز فهم الرسائل الإعلامية التي قد تساعد في حماية الطفل من تأثيرات الوسائط الضارة،(Nimrod et al., 2019: 342) وعلى غرار ذلك قد يهتم الأطباء أيضًا بمساعدة المرضى على تحقيق صحة أفضل من خلال مناقشة مواد الصحة الإلكترونية معهم. حيثُ حددت نظرية الوساطة الأبوية ثلاثة أنماط مختلفة للوساطة والتي تبدو مفيدة لتحليل أنواع المناقشة التي ينطوي عليها سياق وساطة الطبيب. (Fujioka & Stewart, 2013:318)

بالنظر إلى نظرية وساطة الطبيب، تطبق أنواع الوساطة الثلاثة هذه على الصحة الإلكترونية، قد يؤيد الأطباء الصحة الإلكترونية عن طريق معالجة فائدة المواد الصحية

الإلكترونية (الوساطة الإيجابية)، أو التعبير عن مخاوفهم بشأن الصحة الإلكترونية (الوساطة السلبية) – أو اختيار مواقع معينة للصحة (الوساطة المقيدة)، قد يختار الأطباء واحدًا أو أكثر من استراتيجيات الوساطة هذه اعتمادًا على معتقداتهم الشخصية حول الصحة الإلكترونية واستخدام المرضى للمواد الصحية الإلكترونية. (Fujioka & Stewart, 2013:318)

2- **نموذج تقبل التكنولوجيا:Technology Acceptance Model**

يرتكز هذا النموذج على نظريات علم النفس الاجتماعي بشكل عام ونظرية الفعل المنطقي Reasoned Action Theory (TRA) بشكل خاص. قدم ديفيز Davis (1986، 1989) عدة تركيبات في النموذج الأصلي TAM, وهي الفائدة المتصورة (Perceived Usefulness PU)، وسهولة الاستخدام المدركة (Perceived Ease Of Use PEU)، والموقف من الاستخدام، والنية السلوكية للاستخدام. من بين هذه التركيبات، يشكل الفائدة المتصورة PU وسهولة الاستخدام المدركة PEU معتقدات المستخدم النهائي بشأن التكنولوجيا، وبالتالي يتنبأ بموقفه تجاه التكنولوجيا، والتي بدورها تتنبأ بقبولها.(Ma & Liu, 2006:60)

وبعد تطور النموذج الأصلي لقبول التكنولوجيا تم صياغة نظرية موحدة لقبول واستخدام التكنولوجيا (UTAUT) على أساس TAM2، حيثُ جمعت ثمانية نماذج في نموذج جديد وهي نظرية موحدة لقبول واستخدام التكنولوجيا (UTAUT) , مستمدة من الدمج بين الفعل المنطقي، السلوك المخطط والنموذج التحفيزي ونموذج استخدام الكمبيوتر (MPCU)، ونظرية انتشار الابتكارات (DOI) والنظرية المعرفية الاجتماعية (SCT). واختصر فينكاتيش "Venkatesh" متغيرات هذه النماذج إلى أربع متغيرات هي: "متوسط الجهد المتوقع"، "الأداء المتوقع"، "التأثير الاجتماعي" و "تسهيل الظروف"، واثنين من المتغيرات الداخلية، و "النية السلوكية لاستخدام التكنولوجيا" و "الاستخدام "أو السلوك "وأربعة متغيرات ديموغرافية هي " الجنس، العمر، الخبرة والطوعية " (David et al., 2003:103)

3- نظرية انتشار المبتكرات: Diffusion of Innovations Theory

تسعى النظرية إلى شرح لماذا وكيف ومعدل تبني الأفكار والتقنيات الجديدة بين الأفراد والمنظمات، وتتكون عملية الانتشار من أربعة عناصر رئيسية: الابتكار، والنظام الاجتماعي الذي يؤثر عليه الابتكار، وقنوات الاتصال لهذا النظام الاجتماعي والوقت. (Chang, 2010: 1-4)

تفترض نظرية انتشار المبتكرات أن الرسائل الإعلامية تصل إلى الجمهور عن طريق افردا يتميزون عن سواهم بأنهم أكثر اتصالا ونشاطا في تعاملهم مع وسائل الاتصال الجماهيري ويطلق عليهم قادة الرأي (عابد خليصة، 2015: 27)، ووصف روجرز وشوميكر عملية تدفق المعلومات الخاصة بانتشار المبتكرات بالاقتباس من نموذج ديفيد بيرلو كالاتي: المصدر، الرسالة، الوسيلة، المستقبل، الأثر (تغيير في الأفكار والاتجاهات). (عابد خليصة , 2015: 27) ويرى الباحثون أنه في عملية الانتشار يمكن تقسيم السكان إلى خمس فئات مختلفة، بناءً على ميلهم إلى تبني ابتكار معين؛ متمثلة في المبتكرون، المتبنيون الأوائل، الأغلبية المبكرة، الأغلبية المتأخرة والمتخلفون. (Robinson L., 2009: 4)

نماذج من الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث أمكن تصنيفها إلى ثلاثة محاور كالاتي:

المحور الأول: الصحة الإلكترونية وإدارة المنظمات الصحية

1- دراسة (مصباح حسن, 2010) هدفت إلى تقييم دور نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية في مستشفى غزة الأوربي، وأظهرت الدراسة أن نظام المعلومات الصحي المحوسب المستخدم حاليا في مستشفى غزة الأوروبي يؤثر بصورة جيدة على مجالات الأعمال والقرارات الطبية والإدارية.

2. دراسة (محمد الوعلة,2018) تناولت دور الإدارة الإلكترونية في تعزيز الأمن الصحي في مستشفى الملك فيصل، وكشفت عن ضعف الاستخدام الأمثل لتطبيقات الإدارة الإلكترونية وسبب ذلك قدم البرمجيات وتواضع الشبكات الإلكترونية.

3. دراسة (وسام بن صالح,2018) جاءت عن معوقات تطبيق الإدارة الإلكترونية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية عبد الرزاق بوحارة بسكيكدة، وتوصلت الدراسة إلى وجود معوقات إدارية، تقنية، ومعوقات بشرية تعوق تطبيق الإدارة الإلكترونية.

المحور الثاني: تشخيص واقع الصحة الإلكترونية

1. دراسة (معاذ الذنيبات، 2014) كشفت عن واقع تبني المستشفيات العاملة لمنطقة مكة المكرمة لتقنيات الأعمال الإلكترونية. توصلت الدراسة إلى انخفاض مستوى تبني التقنيات ونظم الأعمال الإلكترونية في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة، بينما كان مستوى تبني هذه النظم والتقنيات في المستشفيات الحكومية غير التابعة لوزارة الصحة مرتفعاً.
2. دراسة (محمد السديري,2014) استهدفت الكشف عن مدى استخدام الأعمال الإلكترونية في المستشفيات السعودية، توصلت الدراسة إلى أن البنية التحتية لتقنية المعلومات في المستشفيات عالية المستوى والاستخدام.
3. دراسة (داليا جودة, 2015) رصدت الدوافع التي يحققها الجمهور المصري من استخدامه للمواقع الصحية على شبكة الإنترنت، وتوصلت الدراسة إلى أن استخدام المواقع الصحية الإلكترونية على الإنترنت بكثافة متوسطة، وأن الدافع الرئيس للجمهور وراء استخدام المواقع الصحية الإلكترونية الحصول على معلومات طبية خاصة.
4. دراسة (عمر محمد وآخرون,2017) جاءت للتعرف على وعي الإدارة ومدى إدراك العاملين لأهمية نظام الصحة الإلكترونية، وكشفت عن انخفاض مستوى تطبيق

العاملين لنظام الصحة الإلكترونية، ولا توجد علاقة بين متغير (الجنس، العمر) وإدراك الموظفين للصحة الإلكترونية، بينما يختلف باختلاف متغير الخبرة.

5. دراسة (أسيا خديم, 2019) بينت مدى تأثير الطب عن بعد في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسات الصحية. وأظهرت الدراسة وجود علاقة بين الاستشارة الطبية عن بعد والميزة التنافسية، أن المتغيرات الشخصية (السن، نوع المؤسسة، الخبرة) لا تؤثر على الميزة التنافسية، في حين أن المتغيرات الشخصية (الجنس، الدرجة العلمية) تؤثر على الميزة التنافسية.
6. دراسة (Alam, et al., 2019) كشفت عن الواقع الحالي، وما تؤل إليه الصحة الإلكترونية في المستقبل بأستراليا الإقليمية. توصلت الدراسة إلى أن تطبيق الصحة الإلكترونية في الأسر ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المنخفض أقل من تلك ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المرتفع، كما أن العمر، حجم الأسرة، الوصول إلى الإنترنت، ومحو الأمية الرقمية، اثرت على قبول الصحة الإلكترونية والعوامل التي أثرت سلباً على الصحة الإلكترونية هي المستويات التعليمية المنخفضة والحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة والمواقع النائية.
7. دراسة (Mansour, 2021) نظرت في معرفة الأطباء المصريين واستخدام تطبيقات الصحة المحمولة في علاج فيروس كورونا Corona، توصلت الدراسة إلى أن الأطباء على دراية باستخدام تطبيقات الصحة المحمولة المتعلقة بفيروس كورونا، من فوائد الصحة المحمولة إدارة الوقت والمعلومات، والوصول إلى السجلات الصحية، والاتصالات والاستشارات، ومتابعة المرضى. واتخاذ القرارات السريرية والتعليم والتدريب الطبي. وجود مواقف إيجابية تجاه استخدام الصحة المحمولة.
8. دراسة (Liu, et al., 2021) تسعى إلى التحقيق في استخدام التطبيب عن بعد أثناء الجائحة في الصين. توصلت الدراسة إلى أن أغلبية مستشفيات الدراسة تبنت نظام

التطبيب عن بعد، أن أغلبية الأطباء راضين عن نظام التطبيب عن بعد، أن المستجيبين مستعدين لاعتماد التطبيب عن بعد خلال جائحة COVID-19, وكانت مواقف الأطباء تجاه التطبيب عن بعد إيجابية.

المحور الثالث: معوقات الصحة الإلكترونية

1. دراسة (Brieux et al., 2015) جاءت للوقوف على التحديات والعقبات التي تحول دون تحسين الصحة الإلكترونية في البلدان النامية. وتوصلت، إلى أن تطوير الصحة الإلكترونية سيتطلب معايير واستراتيجيات أكثر عالمية لإمكانية التشغيل البيني للصحة الإلكترونية للتغلب على حواجز البنية التحتية التقنية ومعالجة متطلبات الخصوصية والأمن والمتطلبات القانونية الأخرى.
2. دراسة (Sarker,2016) ناقشت التحديات والحالة العامة وآفاق اعتماد الخدمات الصحية القائمة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في المناطق الريفية في بنجلاديش. وتوصلت الدراسة إلى أن الأغلبية كانوا يستخدموا الهاتف المحمول ومعدل الاستخدام يرتبط بالسن، غالبية الأطباء اعتادوا تقديم الخدمات الصحية من خلال الهاتف المحمول إلى مرضاهم.
3. دراسة (Hossain et al., 2019) نظرت في العوامل التي تؤثر على قبول متلقي الخدمة الصحية في المناطق الريفية للصحة الإلكترونية ببنجلاديش، توصلت الدراسة إلى أن فوائد الصحة الإلكترونية تمثلت في أنها ذات تكلفة ووقت أقل، وسهولة الحصول على الخدمة. بينما تمثلت تكلفتها في عدم استعداد متلقي الخدمة للتحول من الرعاية الصحية التقليدية إلى الصحة الإلكترونية، ونقص المعرفة حول الصحة الإلكترونية والوجود غير المنتظم للصحة الإلكترونية.
4. دراسة (Zhou et al., 2019) كشفت عن العلاقة بين خصائص المستخدمين ومخاوفهم المتعلقة بالأمان والخصوصية والكشف عن المعوقات التي تحول دون تطبيق الصحة المحمولة، وتوصلت الدراسة إلى أن مستخدمي تطبيقات الأجهزة

المحمولة لديهم مخاوف تتعلق بالأمان والخصوصية؛ وارتبط مستوى هذه المخاوف بالخصائص الديموغرافية مثل الجنس والعمر والتعليم والدخل. أن صعوبة تطبيقات الصحة المحمولة وارتفاع رسوم الدخول على هذه التطبيقات. من عوائق تطبيقها.

5. دراسة (Kruse et al., 2019) أبرزت العوائق التي تعرقل التطبيق الناجح للصحة المحمولة التي تهدف إلى تحسين الوضع الصحي للسكان في مختلف البلدان النامية حول العالم وتوصلت الدراسة إلى تحسن النتائج الصحية مع الصحة المحمولة، حاجز البنية التحتية كان في مقدمة معوقات تطبيق الصحة المحمولة؛ ويليها نقص المعدات، وفجوة التكنولوجيا على التوالي.
6. دراسة (نسرين فؤاد ,2020) أظهرت دور تطبيق (فيزيتا) كأحد تطبيقات الصحة الرقمية في تحسين جودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى تنوع الخدمات التي يقدمها التطبيق، كما تنوعت دوافع استخدام تطبيق فيزيتا ما بين توفير الوقت والجهد، توفير كافة أنواع الرعاية الصحية في مكان واحد، تقديمه لعروض بأسعار مختلفة وأكدت الدراسة على عدم وجود سلبيات في تطبيق فيزيتا كأحد تطبيقات الصحة الرقمية.
7. دراسة (Alanezi, 2021) ألقت الضوء على العوامل المؤثرة في اعتماد نظام الصحة الإلكترونية. وتوصلت إلى أن مشاكل البنية التحتية ومعرفة اللغة الإنجليزية، والقضايا المالية، وقضايا الخصوصية، أثرت في تبني الصحة الإلكترونية، كما أن العمر والجنس والإقامة والدخل والتعليم والوضع المهني مثلت عقبات في سبيل تطبيق الصحة الإلكترونية.
8. دراسة (Manzoor et al., 2021) جاءت لدراسة المحددات الأساسية التي تعمل على تبني أو إعاقة التكنولوجيا المتقدمة في باكستان. توصلت إلى انتشار استخدام التطبيب عن بعد المتقدم في التعامل مع COVID-19، بينت تميز التطبيب عن

بعد بوضع جيد في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل "low and Countries middle-income" وكشفت الدراسة أن محدودية مواقع الصحة الإلكترونية، وملكية الهاتف، وتنظيم التغطية، وضمان سرية وأمن البيانات، والسجلات الصحية القائمة على الورق تعوق تطبيق الصحة الإلكترونية في باكستان.

9. دراسة (Lange,2021) سعت إلى الكشف عن عوامل فشل الصحة الإلكترونية في تحقيق الفوائد المتوقعة في المناطق ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، وتوصلت إلى انخفاض تبني الصحة الإلكترونية، تمثلت فوائد الصحة الإلكترونية في تحسين الاتصال والكفاءة، أما العوائق تمثلت في: الافتقار إلى إمكانية التشغيل البيني، وضعف اتصالات الإنترنت، تفضيل متلقي الخدمة الصحية الاتصال المباشر مع مقدمي الخدمة، ونقص الإلمام بالصحة الإلكترونية، ونقص معرفة القراءة والكتابة، وبعض العوامل الديموغرافية مثل: العمر، الدخل، والمستوى التعليمي والعيش في المناطق الريفية.

10. دراسة (Muehlensiepen et al., 2021) هدفت الوقوف على فرص ومعوقات تطبيق التطبيب عن بعد في أمراض الروماتيزم، توصلت الدراسة إلى أن فقدان الاتصال الشخصي بالطبيب كان السبب الرئيس لرفض التطبيب عن بعد، وارتبط العمر والجنس والتعليم والحالة الاجتماعية والدخل ومدة المرض بقبول الصحة الإلكترونية. أكثر خدمات الصحة الإلكترونية قبولًا هي حجز المواعيد، تفضيل مرضى السكري للتعامل المباشر وجهًا لوجه مع الطبيب، وقد لا تكون ذات مصداقية، إدراك الأشخاص لفوائد الصحة الإلكترونية لا تؤثر على قبولها، حيث أنها سهلة وتوفر الوقت والتكلفة.

الإطار المنهجي:

1. نوع الدراسة والمناهج المستخدمة:

تدخل الدراسة في إطار الدراسات الوصفية، ومن ثم فقد اعتمدت على منهج المسح الاجتماعي إضافة إلى المنهج المقارن.

2- مجتمع الدراسة والعينة:

يشمل مجتمع الدراسة جميع المترددين على مركز صحة الأسرة بسدس خلال العام الأخير قبل إجراء الدراسة وهو عام " 2022"، وبلغ عددهم "9756"، كما شمل جميع المترددين على مستشفى سمسطا المركزي في الشهر الأخير من العام الأخير قبل الدراسة الميدانية وهو شهر ديسمبر 2022 والبالغ عددهم "2822"، وقد اعتمدت الباحثة على جدول كريسجي ومورجان في تحديد حجم العينة المناسبة والممثلة. (Krejcie & Morgan, 1970: 607-610) وحجم العينة"618" من متلقي الخدمة الصحية.

3- أدوات جمع البيانات

اعتمدت الباحثة بشكل أساسي على استمارة المقابلة للحصول على البيانات الكمية التي تتطلبها الدراسة،

نتائج الدراسة:

1- النتائج المتعلقة بتوفر البنية التحتية للصحة الإلكترونية:

كشفت الدراسة عن توفر البنية التحتية اللازمة لاستخدام الصحة الإلكترونية في كل من الريف والحضر، حيثُ بينت الدراسة أن "92%" من إجمالي عينة الريف يمتلكون الهاتف المحمول،"95.6%" من إجمالي عينة الحضر يمتلكون الهاتف المحمول، ونسبة "78.1%" من إجمالي عينة الريف يمتلكون الإنترنت المنزلي, "65.7%"يمتلكون إنترنت منزلي في الحضر, وفيما يتعلق باتصال الهاتف المحمول بالإنترنت فقد أظهرت الدراسة أن "63.9%" من إجمالي عينة الريف يتصل هاتفهم المحمول بالإنترنت, "46.8%" في الحضر يتصل هاتفهم المحمول بالإنترنت, وهذا ما يوضحه الجدول رقم (1) الجدول التالي:

جدول رقم (1)توفر البنية التحتية للصحة الإلكترونية

المتغير	الريف				الحضر			
	نعم		لا		نعم		لا	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
امتلاك الهاتف المحمول	252	92	22	8	329	95.6	15	4.4
امتلاك الإنترنت المنزلي	214	78.1	60	21.9	226	65.7	118	34.3
توصيل المحمول بالإنترنت	175	63.9	99	36.1	161	46.8	183	53.2

وانطلاقًا مما سبق يمكن القول إن النتيجة التي كشفت عنها الدراسة اتفقت مع ما انطوى عليه النموذج الموحد لقبول التكنولوجيا (UTAUT) وهي صورة متطورة من نموذج قبول التكنولوجيا على أساس TAM2، الذي ضم عدة متغيرات تؤثر على قبول التكنولوجيا منها "تسهيل الظروف"(David et al., 2003:103)، وعلى هذا الأساس ووفقًا للنموذج الموحد لقبول التكنولوجيا فإن متغير: تسهيل الظروف" الذي تمثل في توفر الهاتف المحمول، والإنترنت المنزلي، واتصال الهاتف المحمول بالإنترنت يعتبر من المتغيرات التي تدعم قبول الصحة الإلكترونية.

2- <u>النتائج المتعلقة بوسائل التواصل الاجتماعي المستخدمة في الحصول على الصحة الإلكترونية:</u>

بينت الدراسة أن أكثر وسائل التواصل الاجتماعي المستخدمة في الحصول على الخدمة الصحية في الريف هي الفيس بوك بنسبة"52.6%"، بينما الواتساب يمثل أكثر وسائل التواصل الاجتماعي المستخدمة في الحصول على الخدمة الصحية في الحضر، بنسبة " 49.1%"، وهذا ما كشف عنه الجدول رقم (2)

جدول رقم (2)

وسائل التواصل الاجتماعي المستخدمة في الحصول على الصحة الإلكترونية في الريف والحضر "جدول تجميعي"

وسائل التواصل الاجتماعي	الريف		الحضر	
	ك	%	ك	%
الفيس بوك	144	.52.6	116	33.7
تويتر	6	2.2	1	0.3
انستجرام	14	5.1	5	1.5
واتساب	109	39.8	169	49.1
يوتيوب	25	9.1	15	4.5
جوجل	51	21.2	29	8.4
تليجرام	80	29.2	4	1.2
عدم الاستخدام	4	1.5	108	31.4
الإجمالي	430	%100%	448	%100

كما أكد هذه النتيجة أفراد جماعة النقاش البؤرية حيث ذكر أفراد جماعة النقاش أنهم عرفوا الكثير من المراكز الصحية المتخصصة عن طريق الإعلان عنها عبر موقع التواصل الاجتماعي فيس بوك. كما ذكروا أنهم كثيرًا ما يتواصلون مع الطبيب المعالج عبر صفحات الفيس بوك الخاصة بهم.

ومن الجدير بالملاحظة اتفاق تلك النتيجة مع ما اشتملت عليه نظرية وساطة الطبيب من مبادئ، حيثُ أكدت على أن الأطباء يهتمون بمساعدة المرضى على

تحقيق صحة أفضل من خلال مناقشة مواد الصحة الإلكترونية معهم. وحددت ثلاثة أنماط مختلفة للوساطة (Fujioka & Stewart, 2013:318)، وهي التوسط الفعال أو النشط، الوساطة التقييدية: الاستخدام المشترك: (Clark, 2011: 325,326)

وفقًا لذلك يكون قد استخدم الأطباء الوساطة التقييدية حيثُ دعم الأطباء بعض التطبيقات دون غيرها، للحصول على الصحة الإلكترونية فمن الملاحظ من قراءة الجدول رقم (2) أن أغلبية المرضى يستخدمون الفيس بوك والواتساب التي تعرفوا على استخدامها من الأطباء أنفسهم أثناء حصول المرضى على الخدمة الصحية التقليدية. كما أكد على ذلك المرضى من خلال جماعات المناقشة (البؤرية)

3- النتائج المتعلقة بمدى استخدام الصحة الإلكترونية:

يبين الجدول رقم (3) فترة استخدام الصحة الإلكترونية كالآتي:

جدول رقم (3)

فترة استخدام الإنترنت لاكتساب الخدمة الصحية في الريف والحضر

فترة استخدام الإنترنت لاكتساب الخدمات الصحية	الريف		الحضر	
	ك	%	ك	%
أقل من سنتين	115	42	116	33.4
من 2-4	39	14.2	87	25.3
من4-6 سنوات	73	26.6	18	5.2
أكثر من 6 سنوات	44	16.1	14	4.1
لم استخدم الصحة الإلكترونية	4	1.1	109	31.7
الإجمالي	274	%100	344	%100

يوضح الجدول رقم (3) أن فترة أقل من سنتين تمثل أعلى نسبة حيثُ بلغت "42%" من إجمالي أفراد العينة في الريف، ونسبة "33.4%" في الحضر، ويرجع ذلك إلى

حداثة موضوع الصحة الإلكترونية وعدم انتشاره في القطاع الصحي العام بالقدر الذي يتيح للجمهور استخدامه.

4- <u>النتائج المتعلقة بتصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية:</u>

يوضح الجدول التالي درجة تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية كالآتي:

جدول رقم (4) درجة تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية

البعد	الريف			الحضر		
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
تصورات المحيطين للصحة الإلكترونية	2.2019	.60369	متوسطة	1.5165	.60157	ضعيف
إجمالي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد التصورات				1.8204	.69180	متوسطة

أظهرت الدراسة أن قيمة متوسط إجابات الريف على عبارات بعد تصورات الأخرين حول الصحة الإلكترونية "2.2019" وبانحراف معياري " 60369. " وهي قيمة متوسطة، بينما كان متوسط إجابات الحضر على البعد ذاته "1.5165" وانحراف معياري "60157." وهي قيمة ضعيفة. كما كشفت نتائج الدراسة عن أن إجمالي تصورات أفراد العينة في كل من الريف والحضر حول الصحة الإلكترونية جاءت متوسطة.

- <u>العلاقة بين تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية واستخدامها:</u>

يوضح الجدول التالي رقم (5) العلاقة بين تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية واستخدامها كالآتي:

جدول رقم (5) العلاقة بين تصورات الحيطين حول الصحة الإلكترونية واستخدامها

تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية	درجة استخدام الصحة الإلكترونية						المجموع		قيمة(كا2) ومستوى الدلالة
	ضعيفة		متوسطة		مرتفعة				
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	قيمة (كا2) 233.940a درجة الحرية = 4 دالة عند مستوى دلالة 0.01
ضعيفة	205	85.8	25	10.5	9	3.8	239	100	
متوسطة	73	60.8	40	33.3	7	5.8	120	100	
مرتفعة	87	33.6	32	12.4	140	54.1	259	100	
المجموع	365	59.1	97	15.7	156	25.2	618	100	

أبرزت الدراسة وجود علاقة طردية بين تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية ودرجة استخدامها، حيثُ يتبين من قراءة الجدول السابق رقم (5) أن "3.8%" من الذين كانت تصوراتهم على مقياس بعد التصورات منخفضة يستخدمون الصحة الإلكترونية بدرجة مرتفعة، في حين أن"54.1%" من الحاصلين على درجة مرتفعة حول التصورات يستخدمون الصحة الإلكترونية بدرجة مرتفعة.

تتفق تلك النتيجة مع ما انطوى عليه نموذج قبول التكنولوجيا من مبادئ، إذ يشير نموذج قبول التكنولوجيا إلى أهمية التأثيرات الاجتماعية ووجهات نظر الأخرين على اتجاهات الاستخدام. (نصر حسن ومجدي عبد الحكيم، 2017: 39)

علاوة على ذلك تتفق تلك النتيجة مع ما أكدته نظرية انتشار الابتكارات، حيثُ أكدت على تحفيز مناقشة الأقران للفكرة الجديدة، حيث يطلب أصدقاء وجيران أحد المتبني معلومات حول الأفكار الجديدة قبل اتخاذ قرار باستخدامها. (Rogers, 2012:15)

من هذا المنطلق تؤكد نظرية انتشار الابتكارات على الدور البارز الذي يقوم به الأقران في تعزيز استخدام الابتكارات الجديدة أو دحضها من خلال حديث الأقران مع متلقي

الخدمة الراغب في استخدام الصحة الإلكترونية حول تجاربهم السابقة مع الصحة الإلكترونية.

5- النتائج المتعلقة بسهولة استخدام الصحة الإلكترونية:

الجدول رقم (6) درجة سهولة استخدام الصحة الإلكترونية

البعد	الريف			الحضر		
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
سهولة استخدام	1.6624	.41306	متوسطة	1.4627	.32219	ضعيفة
إجمالي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد سهولة الاستخدام				1.5512	.37823	ضعيفة

أوضحت بيانات الجدول السابق رقم (6) أن متوسط إجابات الريف على عبارات سهولة الاستخدام "1.6624 "وبانحراف معياري " 41306." وهي قيمة متوسطة، واعلى قليلاً من المستوى الضعيف بينما قيمة متوسط إجابات الحضر على عبارات نفس البعد " 1.4627" وبانحراف معياري " 32219. " وهي قيمة ضعيفة،

بذلك يشير الجدول السابق إلى أن الريف قد حصلوا على درجات أعلى مقارنًة بالحضر في سهولة استخدام الصحة الإلكترونية، ويرجع ذلك إلى معاناة أهل الريف من انخفاض مستوى الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي الريفي مقارنةً بالحضر دفعتهم للبحث عن وسائل جديدة لتخفيف هذه المعاناة، مما دفعهم للبحث عن مواقع وتطبيقات الصحة الإلكترونية والبحث عن طريقة استخدامها. مما جعل من السهل عليهم استخدام الصحة الإلكترونية. كما يؤكد الجدول انخفاض الدرجة الكلية لسهولة استخدام الصحة الإلكترونية بمتوسط حسابي "1.5512" وانحراف معياري " 37823."

- العلاقة بين سهولة استخدام الصحة الإلكترونية ودرجة استخدامها:

يكشف الجدول التالي عن العلاقة بين سهولة استخدام الصحة الإلكترونية ودرجة استخدامها كالآتي:

الجدول رقم (7) العلاقة بين سهولة استخدام الصحة الإلكترونية ودرجة استخدامها

سهولة الاستخدام	درجة استخدام الصحة الإلكترونية								قيمة(كا2) ومستوى الدلالة
	ضعيفة		متوسطة		مرتفعة				قيمة (كا2) 61.741a درجة الحرية= 4 دالة عند مستوى دلالة 0,01
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
ضعيفة	256	71.9	35	9.8	65	18.3	356	100	
متوسطة	102	43.6	54	23.1	78	33.3	234	100	
مرتفعة	7	25	8	28.6	13	46.4	28	100	
المجموع	365	59.1	97	15.7	156	25.2	618	100	

تبرز الدراسة وجود علاقة طردية بين سهولة الاستخدام ودرجة استخدام الصحة الإلكترونية عند مستوى دلالة "0.01"، حيثُ بينت الدراسة أن أغلبية "71.9%" من أفراد العينة الذين لا يجدون سهولة في استخدام الصحة الإلكترونية يستخدمون الصحة الإلكترونية بدرجة ضعيفة، بينما " 18.3%" فقط من الذين لا يجدون سهولة استخدام الصحة الإلكترونية يستخدمون الصحة الإلكترونية بدرجة مرتفعة، وهذا ما كشفت عنه بيانات الجدول رقم (7)

وفقًا لذلك تتفق تلك النتيجة مع ما جاء في نموذج انتشار المبتكرات من مبادئ، حيثُ قدم نموذج انتشار المبتكرات تفسير لانتشار بعض الابتكارات بسرعة أكبر من غيرها، ولماذا يفشل الآخرون؟ ويشير علماء الانتشار إلى خمس صفات تحدد نجاح

أي ابتكار (Robinson L. 2009: 2) من بين هذه الصفات سهولة الاستخدام. وهذا ما انتهت إليه الدراسة الحالية.

علاوة على ذلك تؤكد تلك النتيجة صدق ما أنطوى عليه نموذج قبول التكنولوجيا من فروض حيثُ يفترض نموذج TAM بأن تقبل أي تكنولوجيا معينة قائم على عاملين رئيسيين هما الفائدة المتوقعة Perceived (Usefulness PU)، وسهولة الاستخدام المتوقعة (Perceived Ease Of Use PEU) "وهذان العاملان يؤثران على عامل تابع وهو الميل السلوكي أو النية السلوكية للاستخدام Behavioral Intention to Use، (ياسر العلوي وآخرون , 2014: 5)، وهذا ما أكدته الدراسة الحالية.

6- <u>النتائج المتعلقة بالموقف من الإستخدام:</u>

- <u>درجة الموقف من استخدام الصحة الإلكترونية:</u>

يظهر الجدول رقم (8) أن قيمة متوسط إجابات الريف على عبارات بعد الموقف من الاستخدام " 1.9569 "وانحراف معياري " 56728. " وهي قيمة متوسطة، وقيمة متوسط إجابات الحضر على عبارات البعد ذاته " 1.3099 " بانحراف معياري " 40133. "، وهي قيمة ضعيفة، وتلك النتيجة تشير إلى وجود رغبة من جانب المرضى في الريف في استخدام الصحة الإلكترونية، وذلك يرجع إلى رغبة المرضى في تحسين الوضع الصحي لهم ويعولون ذلك على الصحة الإلكترونية. وذلك يفسح المجال للمسئولين عن القطاع الصحي في مصر إلى تطبيق الصحة الإلكترونية بشكل واسع دون القلق من إحجام المرضى عن قبولها في الريف.

جدول رقم (8)درجة الموقف من استخدام الصحة الإلكترونية

البعد	الريف			الحضر		
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
الموقف من استخدام	1.9569	.56728	متوسطة	1.3099	.40133	ضعيفة
إجمالي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الموقف من الاستخدام				1.5968	.57915	ضعيفة

وتجدر الإشارة إلى أن النتيجة التي أظهرها الجدول رقم (6) الخاص بسهولة استخدام الصحة الإلكترونية والذي كشف عن أن درجة سهولة استخدام الصحة الإلكترونية ضعيفة، إضافة إلى النتيجة التي كشف عنها الجدول رقم (8), الخاص بالموقف من استخدام الصحة الإلكترونية والذي بين أن الموقف تجاه استخدام الصحة الإلكترونية ضعيف أيضًا, تؤكد هذه النتائج الفكرة الأساسية التي يقوم عليها نموذج قبول التكنولوجيا , حيثُ يؤكد النموذج أنه كلما كانت نظرة المستخدم للتكنولوجيا على أنها سهلة الاستخدام كان هناك اتجاه إيجابي نحوها ،ومن ثم توافر الرغبة أو الدافعية في استخدامها,(حيدرعبد الله، 2018: 132).

النتائج العامة للدراسة وتوصياتها:

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج يمكن إيجازها في الاتي:

1. أوضحت الدراسة توفر البنية التحتية (التليفون المحمول، الانترنت المنزلي، اتصال الهاتف المحمول بالإنترنت) في الريف والحضر
2. الهاتف المحمول هو أكثر الوسائل استخداماً للحصول على الصحة الإلكترونية.

3. الفيس بوك والواتساب أكثر وسائل التواصل الاجتماعي المستخدمة للحصول على الصحة الالكترونية.
4. فترة استخدام الريف والحضر الصحة الإلكترونية تقل عن عامين.
5. تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية، ودرجة سهولة الاستخدام، والموقف من استخدام الصحة الإلكترونية كانت متوسطة في الريف وضعيفة في الحضر.
6. كشفت الدراسة عن وجود علاقة طردية بين تصورات المحيطين حول الصحة الإلكترونية، ودرجة استخدامها، وأيضاً وجود علاقة طردية بين سهولة استخدام الصحة الإلكترونية واستخدامها.

توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة تم وضع مجموعة من التوصيات التي من شأنها تعزيز الصحة الإلكترونية في الريف والحضر:

- أن يكون لكل وحدة صحية ريفية ومستشفى مركزي موقع على الانترنت يمكن من خلاله التواصل مع المرضى والتعرف على الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية ومواعيد تقديمها، على أن يعمل الموقع على مدار "24" ساعة للرد على استفسارات المرضى.
- تطبيق الصحة الإلكترونية بصورة واسعة وأكثر عمقًا في مستشفى مركزي، ووحدة صحية واحدة بكل محافظة في البداية كنموذج للصحة الإلكترونية في الريف والحضر، حتى يتسنى للمرضى تجربتها والوقوف على فوائدها وطريقة استخدامها. وكذلك حتى يتعرف المسئولين على الأبعاد التي تعيق تبني الصحة الإلكترونية وتعمل على علاجها ووضع هذه العوامل في الاعتبار عندما يتم تطبيق الصحة الإلكترونية بصورة أكثر عمقًا وشمولاً.
- تعزيز شبكات الإنترنت بإنشاء العديد من شبكات الإنترنت لتجنب مشاكل بطء عمل التطبيقات الصحية.

- تخفيض سعر اشتراكات الانترنت المنزلي وأيضًا باقات الإنترنت المختلفة حتى تكون في متناول الجميع، ولا تمثل عائق في استخدام الصحة الإلكترونية.
- بعد نشر الوعي الصحي حول الصحة الإلكترونية في وسائل الإعلام المختلفة يقاس مدى معرفة واستخدام الصحة الإلكترونية في كل من الريف والحضر.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

أسيا خديم. (2019). *الطب عن بعد كأداة لتحقيق الميزة التنافسية "دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بولاية ورقلة*. الجزائر: جامعة قاصدي مرباح, ورقلة , الجزائر.

جمعية التنمية الصحية والبيئة. (2005). *الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر – دراسة تحليلية –للوضع الراهن ورؤى مستقبلية*. مصر: دار الكتب.

حيدر أحمد عبد الله. (2018). استخدام نموذج قبول التكنولوجيا لتقصي محددات تبني الحوسبة السحابية في شركة سيريتل للاتصالات. *مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية– المجلد34–العددالأول–* ، الصفحات 131–163.

عايدة خليصة. (2015). *استخدام تكنولوجيا الاتصال الحديثة في التعليم العالي– أساتذة العلوم الإنسانية والاجتماعية نموذجا – مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علوم العالم و الاتصال تخصص: سمعي*. الجزائر: جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي,كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.

داليا عبد الهادي جودة. (ديسمبر, 2015). الصحة الالكترونية. *حوليات آداب عين شمس مج (43)*، الصفحات 13–38.

صيفي حسنية. (2020). *الإدارة الإلكترونية للخدمات الصحية وتحديات التحول الرقمي في الدول العربية–دراسة حالة*. البحرين: جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

عالية حبيب. (2008). علم الاجتماع الريفي نحو رؤية جديدة وأجندة بحثية مقترحة. *فكر وإبداع , ج44(4)*، الصفحات 219 – 260.

عمر محمد درة، ناصر سيف، و ناصر خضور. (يناير, 2017). تشخيص واقع نظام الصحة الإلكترونية في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي دراسة حالة *المجلة العربية للإدارة، مج 37، ع2*، الصفحات 3-23.

محمد بن علي الوعلة. (2018). *دور الإدارة الإلكترونية في تعزيز الأمن الصحي: مستشفى الملك فيصل: دراسة حالة* (أطروحة دكتوراه). المملكة العربية السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

محمد نبيل جامع. (2019). *علم الاجتماع الريفي وتطبيقاته التنموية*. الإسكندرية: جامعة الإسكندرية.

محمد أحمد بن محمد بن ترك السديري. (2014). مدى استخدام الأعمال الإلكترونية في المستشفيات السعودية: دراسة تحليلية لمستشفيات مدينتي جدة والرياض في المملكة العربية السعودية. *مجلة جامعة الملك عبدالعزيز: الاقتصاد والإدارة، م28ع1*، الصفحات 177-260.

مصباح عبد الهادي حسن. (1431هـ-2010م). *نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية"دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوربي"*. غزة: الجامعة الإسلامية-غزة عمادة الدراسات العليا ,كلية التجارة.

معاذ يوسف الذنيبات. (2014). مدى تبني المستشفيات السعودية لتقنيات الأعمال الإلكترونية الفاعلة: دراسة تطبيقية على المستشفيات العاملة في منطقة مكة المكرمة. *المجلة الأردنية في إدارة الأعمال ,المجلد 10 العدد4*، الصفحات 533-568.

نسرين سمير أحمد فؤاد. (2020). تطبيقات الصحة الرقمية ودورها في تحسين نوعية الحياة (فيزيتا نموذجًا). *مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية, 32.3(23)*، الصفحات 169-213.

هاشمي الطيب. (2021). *مدخل إلى التنمية الريفية والمجتمع الريفي,مفاهيم, نظريات , سياسات*. الجزائر: دار اليازوري العلمية.

نعيمي أم الخير، و شليغم غنية. (1 يونية, 2020). تعزيز الصحة في العصر الرقمي(نظرة نقدية). *دفاترالسياسة والقانون مجلد12 العدد(2)*، الصفحات 46-58.

نصر طه حسن، و مجدي مليجي عبد الحكيم. (2017). استخدام نموذج قبول التكنولوجيا لتحليل اتجاهات ونوايا طلبة الجامعات السعودية نحو الاستعانة بالتعليم الإلكتروني لمقرراتهم الدراسية. *المجلة العربية لضمان جودة التعليم.مج 10ع30*، الصفحات 33-62.

وسام بن صالح. (10-11 أبريل, 2018).مدى تطبيق الإدارة الإلكترونية بقطاع الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية. *الملتقى الوطني الأول حول: التسيير الصحي: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجا"*، الصفحات 1-20.

ياسر بن حمود العلوي، محمد بن ناصر الصقري، و نبهان بن حارث الحراصي. (2014). قياس مدى تقبل أعضاء هيئة التدريس بكليات العلوم التطبيقية لمصادر المعلومات الإلكترونية. *المؤتمر السنوي العشرون (المجلد. 2014 ، العدد 1 ، ص 10)SLA-AGC.* الدوحة,قطر: مطبعة جامعة حمد بن خليفة.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

Alam, K., Mahumud, R. A., Alam, F., Keram, S. A., -Kwasie, M. E., & Sark, A. R. (2019, Apri 3). Determinants of access to eHealth services in regional Australia. ***International journal of medical informatics 131: 103960.*****, pp. 1-9.**

Alanezi, F. (2020, November). Factors affecting the adoption of e-health system in the Kingdom of Saudi Arabia. ***International Health 13(1)*****, pp. 1-15.**

AshaRani, Roystonn, K., Kumar, F. D., Peizhi, W., Shafie, S., & Lau, J. (2021). Readiness and Acceptance of eHealth Services for Diabetes Care. ***JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH ;23(9):e26881)*****.**

Bashshur, R., Reardon, T., & Shannon, G. (2000, February). Telemedicine: A New Health Care Delivery System. ***Annual Review of Public Health 21(1):613-37,*** **pp. 613-37.**

Clark, L. S. (2011). Parental Mediation Theory for the Digital Age. ***Communication theory, 21(4)*****, pp. 323-343.**

David, O. N., Iahad, N., & Ab.Rahim, N. Z. (2003, June). The Impact of UTAUT Model and ICT Theoretical Framework on University Academic Staff: Focus on Adamawa State University, Nigeria.

INTERNATIONAL JOURNAL OF COMPUTERS & TECHNOLOGY 2(2b), pp. 103-111.

Fujioka, Y., & Stewart, E. (2013). How Do Physicians Discuss e-Health with Patients? The Relationship of Physicians' e-Health Beliefs to Physician Mediation Styles. Health Communication, 28, pp. 317–328.

Hossain, N., Yokota, F., Sultana, N., & Ahmed, A. (2019, Mar 18). Factors Influencing Rural End-Users' Acceptance of e-Health in Developing Countries: A Study on Portable Health Clinic in Bangladesh. *Telemedicine and e-Health, 25(3),* pp. 221-229.

Kirwil, L. (2009, nov 7). Parental Mediation Of Children's Internet Use In Different European Countries. Journal of Children and Media, 3:4, pp. 394-409.

Kruse, C., Betancourt,, o., Ortiz, , t., Valdes, M. S., Bamrah, I. K., & Segovia, N. (2019). Barriers to the Use of Mobile Health in Improving Health Outcomes. *(J Med Internet Res ;21(10):e13263),* pp. 1-13.

Krejcie, R.V., , & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for ResearchActivities.Educational and Psychological Measurement. *Educational and Psychological Measurement, 30,*, pp. 607-610.

Lange, L. d. (2021). *Factors determining the success and failure of eHealth in low.* University of Groningen.

Liu, J., Liu, S., Zheng, T., & Bi, Y. (2021). Physicians' Perspectives of Telemedicine During the COVID-19. *JMIR Med Inform 2021 | vol. 9 | iss. 6 | e26463*, pp. 1-12.

Ma, Q., & Liu, L. (2006, July). The Technology Acceptance Model:A Meta-Analysis of Empirical Findings. Journal of Organizational and End User Computing 16(1), pp. 59-72.

Mandirola, H. F., Portia, & Meher , K. (2015). Challenges and Hurdles of eHealth Implementation in Developing Countries. *Conference: MEDINFO 2015,15th World Congress on Health and Biomedical InformaticsAt: Brazil* (pp. 434-437). Brazil: Project: Proyecto Itálica - Hospital Italiano de Buenos Aires.

Mansour, E. (2021, June 23). A survey of Egyptian physicians'. *Information Development, 02666669211049494.*, pp. 1-16.

Manzoor, M., Nosheen, S., & Jabeen, S. (2021). Areas in PakistanTelemedicine: Current Obstacles in Telemedicine system Implementation in Rural. ***Global Social Sciences Review (GSSR)VI(I),*****, pp. 8-15.**

Muehlensiepen, F., Knitza, J., Marquardt, W., May , S., Krusche, M., Hueber, A., . . . Welcker , M. (2021). Opportunities and Barriers of Telemedicine in Rheumatology:. ***International Journal of Environmental Research and Public Health 18.24 : 13127.*****, pp. 1-18.**

Robinson, L. (2009, Jan). A summary of Diffusion of Innovations. Changeology, pp. 1-7.

Rogers, E. (2012). ***DIFFUSION OF INNOVATIONS.*** **THE AMERICAN CENTER L I B R A R Y.**

Sarker, A. K. (2016). ***Adoption of ICT-based Health Services in Northern Regions.*** **Bangladesh: Rural Development Academy (RDA), Bogr.**

Stadelman, J. (2012). ***ASSESSING READINESS FOR E-HEALTH IN EGYPT: A CASE.*** **EGYPT: The American University in Cairo.**

Venkatesh, V., & Bala, H. (2008, May). Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions. Decision sciences, 39(2),, pp. 273-315.

Weng, F. (2012). Mapping and Assessing Urban Impervious Areas Using Multiple Endmember. Florida: University of South Florida,College of Arts and Sciences.

Zaman, T., Abdul Raheem, M., Alharbi, G. M., & Shodri, M. F. (2018, May). E-health and its Transformation of Healthcare Delivery System in Makkah, Saudi Arabia. 8International Journal of Medical Research & Health Sciences 7(5), pp. 76-82.

Zhou, L., Bao , J., Watzlaf, V., & Parmanto , B. (2019, April). Barriers to and Facilitators of the Use of Mobile Health Apps From a Security Perspective: Mixed-Methods Study. ***JMIR mHealth and uHealth 7.4: e11223..***