الـجمهـورية الـجزائـريـة الـديمـقـراطـية الـشـعـبـيـة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

نـوعية الخدمات الصّحية وانعكاسها على العلاقة بين مستخدمي الصّحة والمرضى

(دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزّهراوي ـ مسيلة ـ)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدّكتوراه، الطّور الثّالث، تخصص: علم اجتماع الصّحة والعمل

إعداد الطالبة: سفاري صباح

إشراف الدكتورة: خـليل نـزيهـة

لجنة المناقشة	الرتبة	الجامعة	الصفة
بـن ڤـفـة سـعـاد	أستـاذ	بـسـكـرة	رئـيـسـا
خـلـيـل نـزيـهـة	أستاذ محاضر أ	بـسـكـرة	مـشـرفـا ومـقـررا
خـيـنـش دلـيـلـة	أستـاذ	بـسـكـرة	مـنـاقـشـا
شايب ذراع ميدني	أستـاذ	بـسـكـرة	مـنـاقـشـا
كـتـاف الـرزقـي	أستـاذ	سطيف 2	مـنـاقـشـا
نـڤـروش حـمـيـد	أستاذ محاضر أ	بـجـايـة	مـنـاقـشـا

السنة الجامعية: 2026/2025

شكـر وعـرفـان

أشكر الله سبحانه وتعالى وأحمده على أن وفقني لإتمام هذا العمل

أتوجه بجزيل الشكر وخالص العرفان إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة الفاضلة "نزيهة خليل" على الجهد الذي بذلته في التصويب والتعديل ونصائحها وتوجيهاتها القيمة وتشجيعاتها

وأتقدم بالشكر الجزيل والعرفان الجميل إلى الدكتور القدير "نور الدين حاروش" على جهده معي ونصائحه ودعمه المستمر

كما أشكر السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذا العمل وتقييمه، وعلى الوقت والجهد المبذول في مراجعته

أوجه شكر خاص وتحية خالصة إلى السيد نائب مدير الجامعة الدكتور "سليم بيطام"، ومسؤولة لجنة التكوين الدكتورة القديرة "سعاد بن ڤـڤـة"، ورئيس القسم الدكتور "عبد الرحمان شالة"، ونائب رئيس القسم الدكتور "محمد زيان"، ونائب العميد الدكتور "كربوع مسعود"، وكذا الأخت الفاضلة "سعيدة بن عبد الله" بمصلحة مابعد التدرج على متابعتهم المستمرة ودعمهم المتواصل طوال فترة التكوين لمرحلة الدكتوراه، مما كان لهم بالغ الأثر في إنجاز هذا العمل

كما لا يفوتن أن أشكر كل أساتذة قسم العلوم الاجتماعية بجامعة محمد خيضر بسكرة، وصديقتي الدكتورة "غنية برادعي" بجامعة البويرة

وأتوجه بالشكر لكل من أزال العقبات في طريقي وتيسير الأمور، أخص بالذكر مدير مدرسة جودي الميلود "عزالدين شيخ"، وزوج أختي "ناصر عبد السلام"

إلى جميع المرضى الذين فتحوا لي قلوبهم وتقبلوني بصبر، كما لا أنس من ساعدني في انجاز هذا العمل بدعوة أو كتاب أو نصيحة أو ابتسامة، إلى كل هؤلاء أقول جزاكم الله عني كل خير.

الإهـــداء

إلى روح "والدتي" الحبيبة وروح أختي الغالية "حياة" رحمة الله عليهما وأسكنهما فسيح جنانه

إلى من لا تحلو الحياة إلا به "والدي" الغالي حفظه الله وأطال في عمره

إلى من قال فيه الرحمن ﴿ إِنِّيٓ أَنَاْ أَخُوكَ فَلَا تَبۡتَئِسۡ ﴾ أخي الغالي على قلبي "جعفر" اللهم اجعل حياته نوراً وأسعد قلبه

إلى من كانتا معي في كل الأيام أختي "وهيبة" وأختي "أمينة"

إلى أخواتي "خضراء" و"الربح" وجميع أولادهنّ وأخص بالذكر ابن أختي "أمين بحاش"

إلى براعم العائلة "سجود" و"سلمان أبي"

إلى من عرف "صباح" وأحبّها

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى توفر الخدمات الصحية (العلاجية، الوقائية، والفندقية) ونوعيتها في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة من وجهة نظر مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضون) والمرضى، ومعرفة طبيعة العلاقة بينهم، وإيجاد انعكاس نوعية الخدمات الصحية على تلك العلاقة من وجهة نظر كل طرف، ولتحقيق هذه الأهداف اعتمدنا على المنهج الوصفي المناسب لطبيعة الدراسة، كما تم الاعتماد على الملاحظة والاستمارة كأداة رئيسية لجمع المعلومات مكونة من (56) فقرة، وتم توزيعها على عينة الدراسة المقدرة بـ 205 مفردة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود نتائج متباينة في وجهات النظر فالممرضون يرون أن نوعية الخدمات عالية جدًا، بينما يراها الأطباء متوسطة، وأكد المرضى بأنها غير متوفرة بشكل كبير، أما عن العلاقة فيعتبرها الأطباء والممرضون جيدة جدًا، في حين يرى المرضى أنها عادية، كما أثبتت الدراسة أن نوعية الخدمات الصحية تنعكس إيجابًا على العلاقة بالنسبة للممرضين والمرضى، على عكس الأطباء الذين أكدوا أنها لا تنعكس إيجابا، هذه النتائج تشير إلى فجوة في الإدراك بين مقدمي الخدمات ومتلقيها فيما يتعلق بانعكاس نوعية الخدمات على العلاقة، مما يستدعي مزيدًا من البحث والتحسين لضمان تقديم المستشفى لخدمات صحية ذات نوعية تلبي توقعات المرضى وتعزز العلاقة الإيجابية بين جميع الأطراف.**الكلمات المفتاحية:** الصحة، نوعية الخدمة الصحية، الأطباء، الممرضون، المرضى، العلاقة، المستشفى.

Study Abstract

This study aimed to identify the level of availability and quality of health services (curative, preventive, and hospitality services) at the Zahraoui Public Hospital in M'Sila, from the perspective of healthcare staff (doctors and nurses) and patients. It also sought to examine the nature of the relationship between these parties and to determine how the quality of health services is reflected in that relationship from each side's viewpoint. To achieve these objectives, the study adopted a descriptive approach appropriate to its nature. Observation and a questionnaire were used as the main tools for data collection, the questionnaire consisted of (56) items and was distributed to the study sample, which consisted of 205 subjects. The findings revealed divergent views: nurses considered the quality of services to be very high, doctors viewed it as moderate, and patients confirmed that services are largely not available. Regarding the relationship, doctors and nurses described it as very good, whereas patients considered it ordinary. The study also showed that service quality positively influences the relationship from the perspective of nurses and patients, unlike doctors who stated that it does not have a positive influence. These results point to a perception gap between service providers and recipients concerning the impact of service quality on the relationship, which calls for further research and improvement to ensure that the hospital delivers high-quality health services that meet patients, expectations and strengthen positive relationships among all parties.
Keywords: health, quality of health services, doctors, nurses, patients, relationship, hospital.

الـمـوضـوع	الـصـفـحـة
شـكـر وعرفـان	
الإهـــــــداء	
ملخص الدراسـة	
قـائمة المحتويات	
قـائمة الجـداول	
قـائمة الأشـكال	
قـائمة الـملاحـق	
مـقـدمـــــة	أ – ث
الفصل الأول: الإطـار الـعـام للـدراسـة	**30-1**
أولا: تحديد إشكالية وفرضيات الـدراسـة	2
ثانيا: أسـبـاب اخـتـيـار الـمـوضـوع	3
ثالثا: أهـمـيـة الـدراســـة	4
رابعا: أهـــداف الـدراســـة	5
خامسا: تـحـديد مـفاهيـم الـدراسـة	5
سادسا: الـدراســات الـســابـقـة	12
سابعا: المقاربة الـنـظـريـة لـلـدراسـة	26
الفصل الثاني: ماهية المؤسسة الصحية والاستشفائية	**65-31**
تـمـهـيـد	32
أولا: الأسـس الـنـظـريـة للـمـؤسـسـة الـصـحـيـة	33
1. مـفـهـوم الـمـؤسـسة الـصـحـيـة	33
2. مميزات وخصائص المؤسسة الصحية	35
3. العناصر المكونة للمؤسسة الصحية	36
4. أهـداف الـمـؤسـسـة الـصـحـيـة	38
5. وظائف المؤسسة الصحية العمومية	38
ثانيا: البنية الإدارية للمؤسسة الاستشفائية العمومية في الجزائر	42
1. المـفـهـوم والتطور التاريخي للمستشفى	42
2. أنـــواع الـمـســتـشـفـيـات	45
3. المستشفى ككيان استـراتيـجي وأهدافه	47
4. المؤسسات الاستشفائية العمومية المقدمة للخدمات الصحيـة في الجزائـر	49
5. الهـيئـات المسـيرة للمـؤسـسة الاسـتشـفائية العمـومـية فـي الـجـزائـر	58
خلاصة الفصل	65
الفصل الثالث: مـاهـيـة الـخـدمـات الـصـحـيـة	**145-66**

تـمـهـيـد	67
أولا: الـــخـدمـــات الـصـــحـيـــة	68
1. مـفـاهـيم أساسية حـول الـخـدمات الصحيـة	68
2. الـتـطـور الـتـاريخي للـخـدمات الصحيـة	82
3. خـصـائص وأنـــواع الـخـدمات الصحية	92
4. أهـمية وأهـداف الـخـدمـات الـصـحـيـة	116
5. معايير وأسس تقديم الخدمات الـصـحـيـة	118
ثانيا: الـنـوعية في الـخـدمات الصحـيـة	123
1. مـفـهـوم الـنـوعية في الـخـدمات الصحيـة	123
2. أهمية وأهداف النوعية في الخدمات الصحية	129
3. أساليب قياس النوعية في الخدمات الصحية	131
4: أبـعـاد الـنـوعية في الـخـدمات الـصـحـيـة	135
5. المعوقات الداخلية والخارجية لتقديم الخدمات الصحية	141
خلاصة الفصل	145
الفصل الرابع: العلاقات الاجتماعية التفاعلية بين مستخدمي الصحة والمرضى داخل المؤسسة الاستشفائية	187-146
تـمـهـيـد	147
أولا: الأدبيـات النظرية لـمستـخدمي الصـحـة والمرضـى	148
1. مـاهية الفاعلين في الـمؤسسة الاسـتشـفائيـة	148
2. خـــصـــائـص مـسـتـخدمـي الـــصـــحـــة	154
3. المواصفات النموذجية لمقدمي الخدمات الصحية	155
4. الدور الاجتماعي للطبيب والمـمرض والـمريض	155
ثانيا: أنواع العلاقات التفاعلية الإجتماعية داخل المؤسسة الاستشفائية	166
1. مـفـهـوم وخـصـائـص الـتـفـاعـل الاجـتـمـاعـي	166
2. الخصائص المميزة للعلاقات الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية	169
3. أنواع العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة الاستشفائية	169
4. العلاقات بيـن الـفـاعـلين في المؤسسة الاسـتشـفائية	174
خلاصة الفصل	187
الفصل الخامس: الاجراءات المنـهجية للـدراسـة	208-188
تـمـهـيـد	189
أولا: مـــجـــالات الـــدراســـــة	190
ثانيا: مـجـتـمع وعـيـنـة الـبـحـث	198
ثالثا: المنهج المستخدم في الدراسة	202

رابعا: أدوات جـمـع الـــبـيـانـــات	203
خامسا: الأساليب الإحصائية لمعالجة بيانات الدراسة	206
الفصل السادس: عرض وتحليل بيانات ومناقشة نتائج الدراسة	358-209
تـمـهـيـد	210
أولا: عـــــرض وتـحـلـيـل الـــبـيـانـــات	211
1. عـرض وتحـلـيل الـبـيـانات الـشـخـصـية للـمـبحوثـيـن	211
2. عـرض وتحليل بيانات نوعية الـخـدمـات الـصـحـيـة العلاجية	222
3. عـرض وتحليل بيانات نوعية الـخـدمـات الـصـحـيـة الوقائـية	242
4. عـرض وتحليل بيانات نوعية الـخـدمـات الـصـحـيـة الفندقية	265
5. عـرض وتحليل بيانات العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى	290
6. وصـف مـتـغـيـرات الـدراسـة الـمـيـدانـيـة	312
ثانيا: مـــنـاقـشـة نـتـائـج الـدراســـة	320
1. مـنـاقـشة نـتـائـج الـفـرضية الفرعية الأولـــى	320
2. مـنـاقـشة نـتـائـج الفـرضـية الفرعية الثانـيـة	324
3. مـنـاقـشة نـتـائـج الفـرضيـة الفرعية الثالثـة	328
4. مـنـاقـشة نـتـائـج الـفـرضيـة الرئـيـسـيـة	333
5. الـــنـتـائـج الـــعـامـــة للـــدراســـة	338
الـخـاتـمـة	339
اقتراحات وتوصيات	340
قائمة الـمـراجـع	343
الـمـلاحـق	

الرقم	عـنــوان الــجــدول	الصفحة
01	وضعية المؤسسات الاستشفائية الخاصة قيد الخدمة على المستوى الوطني المضبوطة في: 30 نوفمبر 2024م	55
02	فروق الخدمة تبعا لدرجة الملموسية	74
03	الاستراتيجيات التسويقية المقترحة لعلاج المشاكل الناجمة عن خصائص الخدمات	77
04	الوظائف المكونة للخدمات الصحية	81
05	الاختلاف بين الخدمات الصحية والخدمات الأخرى	96
06	استراتيجيات الوقاية من الأمراض	107
07	أبعاد النوعية للخدمات الصحية	139
08	الأهمية النسبية لأبعاد النوعية في الخدمات الصحية	141
09	معوقات تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات	143
10	تحليل بارسونز لدور الطبيب والمريض وحقوقهما	165
11	النموذج الوظيفي للعلاقة بين الطبيب والمريض حسب سواز SZASZ وهولندر HOLENDER	179
12	توزيع البنى التحتية العامة في ولاية المسيلة	190
13	توزيع البنى التحتية العامة المحلية (EPSP) حسب الخدمة بولاية بالمسيلة	191
14	الطاقة الاستيعابية لأقسام المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	194
15	تعداد المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	198
16	يوضح توزيع مستخدمي الصحة (أطباء وممرضون) على مصالح المستشفى خلال فترة الدراسة	200
17	ملخص حجم العينة	200
18	توزيع عينة مستخدمي الصحة حسب الفئة ونسب الاستجابة	201
19	توزيع عينة المرضى حسب المصالح ومعدل التمثيل	201
20	أوزان مقياس ليكرت الخماسي	205
21	توزيع المجيبين حسب المصلحة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	211
22	توزيع المجيبين حسب جنسهم	212
23	توزيع المجيبين حسب سنهم	214
24	توزيع المجيبين حسب حالتهم العائلية	216
25	توزيع المجيبين حسب عدد سنوات العمل	218
26	توزيع المرضى حسب مستواهم التعليمي	219
27	توزيع المرضى حسب مدة إقامتهم	221
28	توفّر المستشفى على الأدوية التي يحتاجها المرضى حسب المجيب	222

29	توفّر المستشفى على الأجهزة الطبية Ecographie, Scaner , IRM حسب المجيب	224
30	توفّر المستشفى على كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى حسب المجيب	226
31	إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة حسب المجيب	228
32	توفر الخدمات الصحية على مدار الساعة والأسبوع حسب المجيب	230
33	الحصول على الفحوصات التشخيصية بسهولة حسب المجيب	231
34	تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق حسب المجيب	233
35	قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية حسب المجيب	234
36	توفّر بالمستشفى متخصصين في مختلف الأمراض حسب المجيب	236
37	مساهمة العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى حسب المجيب	238
38	شمولية الخدمات المقدمة كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء حسب	239
39	عودة المرضى للعلاج مرة أخرى في المستشفى إن اقتضى الأمر حسب المجيب	241
40	خلو بيئة المستشفى من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج) حسب المجيب	242
41	توفر المستشفى على أدوات كافية للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات حسب المجيب	244
42	تقديم المستشفى لحملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة حسب المجيب	246
43	تقديم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة بالمستشفى حسب المجيب	248
44	توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات حسب المجيب	250
45	خضوع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة حسب المجيب	252
46	تقديم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها حسب المجيب	254
47	التزام المستشفى بمعايير التعقيم للأدوات الطبية حسب المجيب	256
48	عزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة حسب المجيب	257
49	ارتداء الأطباء والممرضون ملابس واقية حسب المجيب	259
50	حرص المختصون بالمستشفى على متابعة التزامي بإجراءات النظافة الشخصية حسب المجيب	261
51	تأكيد الأطباء والممرضون على ضرورة إجراء فحوصات دورية وشاملة سنويًا حسب المجيب	263
52	توفّر المستشفى على غرف كافية لجميع المرضى حسب المجيب	265
53	تزويد غرف المستشفى بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح حسب المجيب	266
54	توفر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف حسب المجيب	268

55	عدد المرضى في الغرفة الواحدة مناسب حسب المجيب	270
56	توفّر المستشفى على الأماكن الترفيهية المناسبة حسب المجيب	272
57	تقديم وجبات غذائية متنوعة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى حسب المجيب	274
58	تقديم الوجبات في الوقت المناسب حسب المجيب	276
59	كفاية كمية الطعام المقدمة حسب المجيب	278
60	تحسين الوجبات الغذائية المقدمة لصحة المرضى حسب المجيب	279
61	تغيير المناشف والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها حسب المجيب	281
62	تنظيف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري حسب المجيب	282
63	نظافة دورات المياه وأمانة أبوابها حسب المجيب	285
64	توفّر المستشفى على مستلزمات النظافة كالماء والصابون حسب المجيب	287
65	الشعور بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة بالمستشفى حسب المجيب	288
66	منح الأطباء الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم حسب المجيب	290
67	منح الأطباء فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم حسب المجيب	292
68	شرح الأطباء نتائج الفحوصات بالتفصيل للمرضى حسب المجيب	293
69	استعمال الأطباء مصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى حسب المجيب	295
70	محافظة الأطباء على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى حسب المجيب	297
71	الشعور بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء حسب المجيب	298
72	استقبال الممرضين للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه حسب المجيب	300
73	استجابة الممرضين لطلبات المرضى بشكل فوري حسب المجيب	302
74	حرص الممرضين على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى حسب المجيب	303
75	تعامل الممرضين باحترام مع المرضى حسب المجيب	305
76	تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي حسب المجيب	308
77	تقديم بعض الممرضين لخدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية حسب المجيب	310
78	رأي مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى في نوعية الخدمات الصحية العلاجية المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	312
79	رأي مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى في نوعية الخدمات الصحية الوقائية المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	313

80	رأي مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى في نوعية الخدمات الصحية الفندقية المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	314
81	رأي مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى في نوعية الخدمات الصحية المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	315
82	العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة	317
83	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء	320
84	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين	321
85	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى	323
86	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء	324
87	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين	325
88	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى	327
89	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء	328
90	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين	330
91	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى	331
92	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء	333
93	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين	334
94	نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى	336

الرقم	عــنـوان الـشـكـل	الصفحة
01	تأثير البيئة الخارجية على مدخلات ومخرجات المستشفى كنظام مفتوح	37
02	التنظيم الإداري للمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية	58
03	مسببات وعواقب قابلية الخدمة للتلف	75
04	خصائص الخدمات	77
05	المثلث الخماسي للخدمات	81
06	عملية الرعاية حسب نموذج دونا بديان	117
07	معايير تقديم الخدمات الصحية	119
08	تعريف النّوعية	124
09	مفهوم جودة الخدمة	126
10	نموذج تكاملي لنوعية الخدمات الصحية	131
11	نموذج الفجوة Servqual المعدل	134
12	الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي –مسيلة–	195

رقم الملحق	عـنـوان الـمـلـحـق
01	قـائمة الأساتذة المحكمين للاستـمـارة
02	استمارة الاستبيان الموجهة للأطباء والممرضين
03	استمارة الاستبيان الـمـوجـهة للـمـرضى
04	ثبات أداة جمع البيانات (ثبات محور نوعية الخدمات الصحية، ثبات محور العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)
05	صدق أداة جمع البيانات (صدق محور نوعية الخدمات الصحية، صدق محور العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)
06	طبيعة توزيع بيانات الدراسة الميدانية

مـــقـــدمـــة:

الصّحة نعمة عظيمة من نعم الله تعالى على عباده، فأول ما شغل الإنسان منذ نشأة الكون اهتمامه بصحته وصحة مجتمعه، لاعتبار أنّ الصحة مقياس حقيقي للسعادة والرفاهية وثروة يجب الحفاظ عليها، فلا يمكن ممارسة الحياة وتأدية أي نشاط دون التمتع بها لأنّها أساس استمرار الحياة، وقد أوصى الإسلام بالحفاظ على الصحة والوقاية من المرض وأرشد إلى طرق ووسائل لتحقيق ذلك من خلال الآيات القرآنية والأحاديث النبوية، قال الله تعالى ﴿ وَإِن تَعُدُّواْ نِعۡمَةَ ٱللَّهِ لَا تُحۡصُوهَآۗ إِنَّ ٱللَّهَ لَغَفُورٞ رَّحِيمٞ ١٨﴾ [النَّحل: ١٨]، فهذه الآية تذكرنا بأنّه إذا حاولنا ضبط وحَصْر نعم الله الكثيرة التي أنعم بها علينا، لا نستطيع ذلك لكثرتها وتنوعها، منها نعمة الصحة التي يجب أن نقدّرها ونستغلها في طاعته.

كما حرص الإسلام على حفظ النفس البشرية وذلك بمنع تعريضها للهلاك أو الخطر، يتجلى هذا الحرص في النهي عن كل الأفعال والسلوكيات التي قد تُلحق الضرر بالصحة أو تُهدد الحياة، قال الله تعالى ﴿وَلَا تُلۡقُواْ بِأَيۡدِيكُمۡ إِلَى ٱلتَّهۡلُكَةِ وَأَحۡسِنُوٓاْۛ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلۡمُحۡسِنِينَ ١٩٥﴾ [البَقَرَة: ١٩٥]، ومن التوجيهات النبوية بإرشاد الفرد إلى ما ينفعه وما يصلح روحه وجسده، الحث على التداوي وعلاج الأمراض الظاهرة والباطنة والسعي للشفاء، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم «**تداووا فإنَّ اللهَ لم يضَعْ داءً إلا وضَعَ له دواءً غيرَ الهِرَم**» صحيح ابن ماجه، فالصحة هبة من رب العالمين ورحمة منه لخلقه وأمانة في أعناق المسلمين، فلا يجوز إضاعتها أو إفسادها، ولكن يجب حمايتها باتباع التوجيه القرآني والهدي النبوي، انطلاقا من هذا الأساس الديني تم الاعتراف بالحق في الصحة على أنها من الحقوق اللصيقة بالإنسان في أي زمان ومكان.

في ظل التأكيد على أهمية الصحة يبرز دور الخدمات كعامل أساسي في دعمها، حيث تتمتع بأهمية كبيرة في معظم الدول المتقدمة، وتُعدُّ قطاعًا رئيسيًا مساهمًا في إجمالي الإنتاج، وقد أثبتت الخدمات قدرتها على الصعيد العالمي في مجالات متعددة، بما في ذلك توفير فرص العمل وتحقيق عوائد اقتصادية كبيرة، كما تسهم بشكل فعال في دفع عجلة التنمية الاقتصادية لدرجة أنها تفوقت في بعض الدول على أهمية قطاع السلع، خاصةً مع دورها الرئيسي في المجال الصناعي الذي يشمل تنسيق العمليات الإنتاجية، ونتيجة ذلك شهدت التجارة العالمية في الخدمات نموًا وتحولا ملحوظًا، "حيث توجهت نحو اقتصاد قائم على القطاعات الخدمية أدى إلى ارتفاع مقدار مساهمة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الاجمالي العالمي من 55% سنة 1977 إلى 70% سنة 2007م، كما أن قطاعات الخدمات تشغل حوالي 70% من مجموع

اليد العاملة في العالم" (غواس و كعوان، 2021، صفحة 237)، ومع مرور الوقت ازدادت مساهمة قطاع الخدمات في الاقتصاد فعلى سبيل المثال بين عامي 1980 و2015م، ارتفعت حصة الخدمات في الناتج المحلي عبر جميع مجموعات مستويات الدخل لتصل إلى 76% في الاقتصادات المتقدمة (بعد أن كانت 61%) وبلغت 55% في الاقتصادات النامية (بعد أن كانت 42%) (United Nations, 2017, p. 2)، كما تأكد للاقتصاد المعاصر ضرورة تطوير هذا القطاع خصوصا أنه يحتضن نسبا عالية من العمالة، حيث شكل لوحده خلال سنة 2018م حوالي 51,1% من العمالة العالمية، وعلى المستوى العربي الجزائر لاتزال تعاني من نموه البطيء حيث أنه وعلى مدى 30 سنة لم يَنمُ قطاع الخدمات في الجزائر سوى بنحو 2% فقط، حيث ارتفعت مساهمته في الناتج المحلي من 38% إلى 40%.

تُعتبر الخدمات الصحية من أبرز الخدمات الأساسية للفرد لأن توفيرها وتحسين نوعيتها وكفاءتها ضرورة للارتقاء بالمستوى الصحي، ولا تقتصر أهميتها على دورها في الحفاظ على صحة الفرد وسلامته فحسب، ولكن تمتد لتُسهم بفاعلية في عمليات البناء والتنمية، وذلك ما أكده إعلان ألما-آتا (1978) بأن التنمية الاقتصادية والاجتماعية مهمة لتحقيق الصحة للجميع وتحسين نوعية الحياة والسلام العالمي، حيث يملك الناس حق المشاركة الفردية والجماعية في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصحية، وتقع على الحكومات مسؤولية رعاية صحة شعوبها من خلال إجراءات صحية واجتماعية كافية لتحقيق هذا الهدف (DECLARATION OF ALMA-ATA, 6-12 September 1978)، فالتنمية السليمة متعذرة بدون سكان أصحاء.

في الجزائر يواجه قطاع الخدمات الصحية تحديات بسبب التغيرات المتسارعة التي تطرأ بين الحين والآخر على البيئة بمختلف توجهاتها الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية، حيث تضاعفت ميزانية وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات بسبع مرات سنة 2006م أين قدرت بـ 60 مليار دينار جزائري إلى 459 مليار دينار جزائري في 2012م، لتنخفض في سنة 2014م إلى 365.95 مليار دينار، أما ميزانية القطاع الصحي لسنة 2020م فقد قدرت بأزيد من 560 مليار دينار جزائري بزيادة تفوق 12 مليار دينار جزائري مقارنة بعام 2019م أي بنسبة 2.28 %، في حين استفاد القطاع الصحي سنة 2023م من غلاف مالي يفوق 61 مليار دج أي بزيادة تقدر ب 14% مقارنة بسنة 2022م، خصص للتكفل بمشاريع جديدة وإعادة تقييم أخرى حيز التنفيذ، أما عام 2024م فقد استفاد القطاع من اعتمادات مالية قدرت بـ 848 مليار دينار جزائري ستوظف في إطار النظرة الاستراتيجية لسياسة الأهداف، حيث تم تخصيص 45 مليار دينار لترقية

الخدمات الصحية وتحسينها وتقريبها من المواطنين والتكفل بالمناطق النائية التي لا تملك تغطية صحية، وكذا إنجاز مرافق صحية، من جهة أخرى رغم الإجراءات الصحية التي اتخذتها الجزائر للنهوض بنظمها الصحية إلا أن خدماتها الاستشفائية لا تزال تواجه العديد من المشاكل والمعوقات التي تحول دون حصول المرضى عليها بما يتوافق مع احتياجاتهم ورغباتهم، هذا الواقع يدفع المؤسسات الصحية إلى جعل تحقيق النوعية والجودة هدفًا استراتيجيًا، لاسيما في ظل بيئة عالمية تتسم بالتغير المتسارع والمنافسة الشديدة في تقديم أفضل الخدمات، ولبلوغ هذا الهدف أوصت منظمة الصحة العالمية في دليلها الخاص بجودة الرعاية وحقوق الانسان لسنة 2016م بضرورة تقييم نشاط المؤسسات الصحية.

ولأن نوعية الخدمات الصحية تُمثل إحدى الركائز الأساسية التي تقوم عليها الأنظمة الصحية فإنها ترتبط ارتباطا وثيقا بطبيعة التفاعلات والعلاقات القائمة داخل منشآت الرعاية الصحية، خاصة تلك التي تنشأ بين الكوادر الطبية والتمريضية والمرضى، حيث يؤدي التواصل وتبادل المشاعر والأحاسيس والاحتكاك اليومي إلى تشكيل علاقة تقوم على مبادئ الاحترام والتقدير، إن مهمة الطبيب هي الاجتهاد في تشخيص وعلاج المرض والإبقاء على حياة الإنسان دون تمييز بين عرق أو لون أو جنس أو دين أو اعتقاد، وذلك بتسخير كل ما أوتي من المعرفة العلمية والعملية والخبرة المهنية اللازمة، أما الممرض فيقع على عاتقه مسؤولية تنفيذ الخطة العلاجية الموصوفة من قبل الطبيب لمساعدة المريض الذي هو تركيبة متداخلة العناصر يخضع للجانب العضوي البيولوجي النفسي العقلي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي، إذ لا يمكن فصل أحد هذه العناصر والأجزاء عن بعضها البعض.

تتنوع طبيعة العلاقة العلاجية تبعاً للمتطلبات الصحية واختلاف طبيعة الأمراض (مزمنة أو عابرة)، ورغم أن الأدبيات النظرية تشير إلى أهمية جودة العلاقات العلاجية ومقوماتها التفاعلية إلا أن الواقع الصحي يشهد جملة من التحديات المتعلقة ببيئة العلاج ونوعية الخدمات المقدمة، فضلاً عن الضغوط الوظيفية وتزايد أعداد المرضى، وفي هذا الصدد حث المشرع الجزائري من خلال جملة من المواثيق والالتزامات القانونية على تنظيم هذه البيئة والحرص على جودة العلاقة الاتصالية القائمة بين الأطراف؛ حيث أرست مدونة أخلاقيات الطب القواعد الأساسية لهذه العلاقة من خلال التركيز على ضمان العلاج والاستمرارية، والوقاية من المرض دون أي تمييز، وضمان الحق في الإعلام والشفافية في التعامل.

بشكل عام، تُعتبر العلاقة العلاجية بين مقدمي الخدمة والمرضى جزءاً لا يتجزأ من منظومة الرعاية الصحية لأنها تؤدي إلى تعافي أسرع ونتائج أفضل، وعلى الرغم من أن بعض الحالات العضوية قد تكون صعبة العلاج إلا أن جودة هذه العلاقة تظل قادرة على تحسين المشكلات العاطفية والنفسية المصاحبة

للمرض بشكل كبير، ولضمان استدامة هذه العلاقات الفعالة يقع على القادة واجب تشجيع مقدمي الرعاية الصحية على الالتزام وتبني الممارسات القائمة على القيم المهنية الأساسية مثل العدالة والنزاهة لأن التعامل مع المريض كفرد يحظى باحترام وكرامة يُعتبر الدافع الرئيسي لتعزيز هذه العلاقة.

من هذا المنطلق، تسعى هذه الدراسة إلى معالجة موضـوع نوعية الخـدمات الّصـحية وانعكاسها على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي –مسيلة–

أما بخصوص المنهجية المتبعة في هيكلة هذه الدراسة فقد تم تقسيمها إلى ستة فصول: أربعة فصول نظرية وفصلينِ ميدانيين، اشتمل الفصل الأول من الجانب النظري على الإطار العام للدراسة يفتتح بإشكالية البحث والفرضيات، أسباب اختيار الموضوع، الأهمية والأهداف، تحديد مفاهيم الدراسة، والدراسـات السـابقة ذات الصلة، وفـي أخـر الفصل تناولنا المقاربة النظرية للدراسة، أما الفصل الثاني فقد تم تخصيصه للمؤسسة الصحية والاستشفائية، بالتطرق إلى الأسس النظرية للمؤسسة الصحية والمؤسسة الاستشفائية تحديدا بعرض أهم المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر وتحديد الهيئات المشرفة عليها، في حين خصص الفصل الثالث لدراسة ماهية الخدمات الصحية ونوعيتها، بينما تطرقنا في الفصل الرابع إلى التحليل السوسيولوجي للتفاعلات داخل المؤسسة الاستشفائية بتوضيح أدوار كما من الأطباء والممرضين والمرضى وأنماط العلاقات بينهم، يليه الفصل الخامس الذي قدمنا فيه الإجراءات المنهجية للدراسة، من خلال تحديد مجالات الدراسة، مجتمع وعينة البحث، والمنهج المُستخدم وأدوات جمع البيانات، إلى جانب ذكر الأساليب الإحصائية المتبعة في معالجة البيانات، وختمنا الدراسة بالفصل السادس الذي عرضنا فيه تحليلاً تفصيلياً للبيانات الميدانية التي شملت الخصائص الشخصية للمبحوثين وتحليل البيانات المتعلقة بنوعية الخدمات الصحية (العلاجية، الوقائية، والفندقية) والعلاقة التفاعلية بين مستخدمي الصحة والمرضى ووصف متغيرات الدراسة الميدانية، وفي الجزء الأخير تم مناقشة نتائج الدراسة من خلال اختبار الفرضيات الفرعية والرئيسية، وصولاً إلى عرض النتائج العامة للدراسة.

الفصل الأول: الإطـــار العـام للـــدراســـة

أولا: تحديد إشكالية وفرضيات الدراسة

ثانيا: أسبـاب اختـيار المـوضوع

ثالثا: أهـــمـــيـة الـــدراســـة

رابعا: أهـــداف الـــدراســـة

خامسا: تحديد مفاهـيم الـدراسة

سادسا: الـدراسات السـابقـــة

سابعا: المقاربة النظرية للدراسة

أولا: تحديد إشكالية وفرضيات الدراسة

1. تحديد الإشكالية

تعتبر الخدمات الصحية بكافة أصنافها العلاجية والوقائية والفندقية الركيزة الأساسية للحفاظ على صحة الافراد وتحسين جودة حياتهم، بالنسبة الخدمات العلاجية فهي جوهر العملية الصحية وترتكز على دقة التشخيص ومهارة الكوادر الطبية وفعالية الخطط العلاجية المتبعة، وفي المقابل تشمل الخدمات الوقائية مختلف التطعيمات والفحوصات الدورية والتثقيف الصحي، وهي بمثابة الخط الدفاعي الأول والأقل تكلفة اقتصادياً مقارنة بالاستجابات العلاجية المتأخرة الناتجة عن السلوك التفاعلي للمرضى, ولتعزيز كفاءة هذين الجانبين تبرز أهمية الخدمات الفندقية مثل الرعاية الغذائية والنظافة وتوفير الأثاث الجيد والفرش وتوفير أماكن الترفيه والحدائق والأمن، كعامل مهم في توفير البيئة النفسية والجسدية الملائمة للمرضى، مما يجعل جودة الرعاية الصحية نتاجاً مباشراً للتكامل بين الخدمات الثلاث.

وفي ذات السياق، تتجاوز الخدمات الصحية أبعادها السريرية لتمتد إلى صياغة شبكة معقدة من العلاقات الإنسانية والاجتماعية داخل المؤسسة الاستشفائية باعتبارها نسق اجتماعي متكامل، هذه العلاقة المليئة بالتمثلات والتصورات والانفعالات والعواطف بين الفاعلين في المسار العلاجي تُعد الأساس في أي نظام صحي ناجح، تتأثر بشكل عميق ومباشر بمدى التزام المؤسسة الاستشفائية بتقديم خدمات صحية ذات نوعية، وذلك من خلال التجربة العلاجية التي يتلقاها المريض بدءًا من دقة التشخيص وفعالية التدخلات العلاجية، وجودة الإرشادات والمعلومات الوقائية المُقدمة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، وصولًا إلى مستوى الراحة والدعم النفسي في الجوانب الفندقية للخدمة، ومنه فالتفاعل بين مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى يتجاوز تبادل المعلومات الطبية أو تنفيذ الوصفات الطبية واتباع الإجراءات العلاجية، ويركّز على الجوانب الاجتماعية التي تسهم في تهيئة بيئة تعزز التفاهم بين الطرفين وتمكّن المريض من المشاركة الفاعلة في اتخاذ القرار المتعلق بصحته.

إنّ العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى ترتبط بشكل وثيق بطبيعة العمليات والخدمات المقدمة داخل المؤسسة الاستشفائية، حيث تتكامل الأبعاد العلاجية والوقائية والفندقية لتشكل في مجموعها تجربة المريض، وبما أن المنظومة الصحية لا تعمل بمعزل عن سياقها الاجتماعي والتنظيمي فإن التفاعل بين هذه الأبعاد يطرح إشكالية حول نوعية الخدمات المقدمة ودورها في بناء الثقة المتبادلة وضمان استمرارية العلاقة العلاجية، ومن هنا تبرز ضرورة فهم الآليات التي تربط بين جودة

الرعاية وطبيعة التفاعل بين مقدمي الخدمة ومتلقيها، باعتبار أن نوعية الخدمات تعد مدخلاً أساسياً لفهم ديناميكيات المنظومة الصحية ككل. من هذا المنطلق تتجلى إشكالية البحث فيما يلي:

✓ **التساؤل الرئيسي:**

- كيف تنعكس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الـصحة والمرضـى؟

وينبثق من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- كيف تنعكس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى؟
- كيف تنعكس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحــة والمرضى؟
- كيف تنعكس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحــة والمرضى؟

2. الفرضيات

إن الإجابة على الأسئلة السابقة اقتضت صياغة الفرضيات التالية:

✓ **الفرضية الرئيسية:**

- تنعكس الخدمات الصحية ذات نوعية بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

- تنعكس الخدمات الصحية العلاجية ذات نوعية بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.
- تنعكس الخدمات الصحية الوقائية ذات نوعية بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.
- تنعكس الخدمات الصحية الفندقية ذات نوعية بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

ثانيا: أسباب اختيار الموضوع

إنّ اختيار أي موضوع من مواضيع البحث العلمي يرجع لأسباب متعددة تختلف باختلاف موضوع الدراسة وباختلاف الميولات والرغبات الشخصية للباحث، وترجع أسباب اختيارنا لهذا الموضوع إلى أسباب ذاتية وأخرى موضوعية، تتمثل فيما يلي:

أ- الأسباب الذاتية

- الميل الشخصي نحو البحث في المجال الصحي وفهم جوانبه المختلفة، وقد بدأ هذا الاهتمام منذ أن اخترت تخصص علم اجتماع الصحة للمشاركة في مسابقة الدكتوراه.
- تذمرات المواطنين الكثيرة والمتكررة من نوعية الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية المنقولة خاصة عن وسائل التواصل الاجتماعي.
- أمام الضغوطات المتراكمة في المؤسسات الصحية أصبح من الأهمية دراسة وتحليل العلاقة العلاجية بين

الأطباء والممرضين والمرضى.

ب-الأسباب الموضوعية

- السبب الموضوعي الذي دفع بنا إلى اختيار هذا الموضوع هو التقيد بفحوى مشروع الدكتوراه الذي تلقينا التكوين فيه، والذي أنشأ لإجراء بحوث حول كل ما له علاقة بالخدمات الصحية.
- قلة الدراسات السوسيولوجية التي تناولت موضوع نوعية الخدمات الصحية، إذ تقتصر معظمها على علوم التسيير والاقتصاد وعلوم الإدارة، بالرغم من أن الموضوع يقع في قلب النقاشات اليومية في المجتمع، وبالتالي هي موضوع للسوسيولوجيا.
- التعرف على واقع الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بولاية مسيلة.
- محاولة لفت انتباه المسؤولين في القطاع الصحي لحل المشكلات القائمة وتحسين مستوى نوعية الخدمات وتعزيز ثقافة التواصل والتعاون بين الكادر الطبي والتمريضي والمرضى.
- إثراء المحتوى البحثي والمكتبي بموضوعات تتطرق للخدمة الصحية وفهم آليات تحسينها من خلال دراسة الجوانب الاجتماعية للصحة.

ثالثا: أهـمـيـة الدراسة

1. الأهمية العلمية

- تستمد الدراسة أهميتها العلمية من إسهامها في سد الفجوة البحثية في مجال سوسيولوجيا الصحة، وذلك من خلال دمج متغير العلاقة التفاعلية بين مقدمي الرعاية والمرضى كمتغير محوري ثانٍ إلى جانب نوعية الخدمة، مما يساهم في إثراء الأطر المفاهيمية وتعميق المقاربات السوسيولوجية المفسرة لطبيعة الرعاية الصحية.
- تعد هذه الدراسة من البحوث القليلة جدا بل النادرة (في حدود اطلاع الباحث) التي تناولت انعكاس جودة الخدمات الاستشفائية العمومية على تعزيز التواصل والاحترام المتبادل بين مستخدمي الصحة والمرضى.

2. الأهمية العملية

- تكتسب الدراسة أهميتها العملية في قدرتها على تشخيص أسباب الصراع والتوتر بين المرضى ومقدمي الرعاية، مما يمكّن من اتخاذ التدابير الوقائية للحد منها وتحسين بيئة العمل والتفاعل الاجتماعي داخل المستشفى.
- يسهم البحث في تحسين كفاءة المؤسسات الاستشفائية العمومية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد وتقليل الأخطاء الطبية ورفع فعالية الرعاية المقدمة.

- تزويد مسيري القطاع الصحي بمؤشرات سوسيولوجية وميدانية لرصد الاختلالات التنظيمية وتطوير أبعاد الرعاية الصحية، بما يتيح بناء آليات تعزز التزام المرضى بالبروتوكولات العلاجية وزيادة فرص شفائهم وتعزيز انتمائهم للمرفق الصحي العام.
- تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات المبنية على البناء الوظيفي للمستشفيات، والتي يمكن استثمارها في معالجة الاختلالات القائمة والارتقاء بجودة الخدمات الصحية بما يلبي تطلعات المجتمع.

رابعا: أهـداف الـدراسـة

ينبغي على المنظمات الصحية المعاصرة ولاسيما المستشفيات إعطاء المزيد من الاهتمام بنوعية الخدمة الصحية المقدمة، ودراسة أهمية خلق نوع من الانسجام بين مقدمي الخدمة الصحية (الطاقم الطبي والتمريضي) والمرضى والتحقق من التأثير المشترك بينهم، لما لهذه الأبعاد من أهمية كبيرة في طبيعة عمل المنظمة في تقديم الخدمة، وبناء على ذلك تسعى الدراسة إلى تحقيق العديد من الأهداف والتي يمكن إجمالها فيمايلي:

- تقييم مستوى توفر الخدمات الصحية (العلاجية، الوقائية، والفندقية) ونوعيتها بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة من وجهة نظر كل من مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) ومتلقيها (المرضى).
- معرفة طبيعة العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى من خلال وجهات نظر كل طرف.
- معرفة انعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى من خلال وجهات نظر كل طرف.
- معرفة انعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى من خلال وجهات نظر كل طرف.
- معرفة انعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى من خلال وجهات نظر كل طرف.

خامسا: تحديد مفاهيم الدراسة

يعتبر المفهوم في الدراسات الاجتماعية من الأساسيات التي لا غنى عنها، فهو بمثابة دليل ومفتاح لفهم الدراسة، لذا لا يكتفي الباحث بالتعريفات اللغوية والاصطلاحية ولكن يتجاوزها إلى تحديد التعريف الإجرائي للمفاهيم، والذي يُعتبر من المتطلبات الرئيسية لأي دراسة علمية، يقوم الباحث بصياغته بما

يتناسب مع سياق دراسته ليكون بمثابة إطار مرجعي يوجهه في معالجة مختلف جوانب الموضوع قيد البحث (حامد، 2012، صفحة 107).

1. نوعية الخدمات الصحية

قبل التطرق إلى مفهوم نوعية الخدمة الصحية سنمر أولا على تعريف الصحة والخدمة كإطار يدخل في تحديد مفهوم الخدمة الصحية باختلاف الكتاب.

2.1. الصحة

الصحة ضد السقم (الرازي، 1920، صفحة 356)، والصحة بكسر وفتح صح السلامة في الأجسام، والخلو من المرض والسقم (قلعجي، 1988، صفحة 271).

عُرّفت في قاموس TRAVAUX سنة 1732م عن جريدة العلماء (Journal des savons) بأنها حالة من التناسق والانسجام والتكامل في توازن الأجزاء الصلبة والسائلة في الجسم، ويُعتبر هذا التوازن الأساس لتحقيق الاستقرار العيادي (الإكلينيكي) وأحسن ظروف العمل الوظيفي (BERNARD, 1990, p. 75).

والصحة لا تفهم دوما من طرف العامة بنفس الطريقة وبنفس المدلول، فنجد في قاموس لاروس Larousse أن كلمة الصحة Santé مأخوذة من الكلمة اللاتينية Sanitas وتعني حالة البدن الذي يعمل بطريقة عادية ودون مرض (سفاري و خليل، 2024، صفحة 123).

الصحة هي حالة من الرفاهية التي تتجاوز الجانب الجسدي لتشمل كافة جوانب حياة الفرد، بما في ذلك الجانب الاجتماعي.

3.1. الخدمة

عرفت الخدمات بأنها أي مساعدة من شأنها أن تسهل على المستهلك تحقيق أهدافه، سواء كانت تلك المساعدة كأنشطة أو نتائج لها (ياسر البكري، د.س، صفحة 20).

وهناك من ينظر إلى الخدمة على أنها مزيجاً متكاملاً من العناصر الملموسة وغير الملموسة التي تشبع رغبات المستفيدين، من خلال الاستفادة من الموارد المتاحة وجذب موارد إضافية لتلبية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمات متميزة (سناني، 2023، صفحة 60).

وفي دراستنا نقصد بالخدمة مجموعة الأنشطة والأعمال والمنافع غير الملموسة التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة للمرضى في إطار بيئة آمنة تضمن لهم الراحة النفسية والجسدية.

4.1. الخدمات الصحية

عُرّفت على أنها مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين وباستخدام سلع مساعدة، ولكن لا تحول ملكية السلع المساعدة إلى المستفيد من الخدمة (الصيرفي ، 2016، صفحة 200).

وحسب منظمة الصحة العالمية* تشمل الخدمات الصحية جميع الخدمات الهادفة لتعزيز الصحة والحفاظ عليها واستعادتها، وهي تتضمن كافة الخدمات الصحية الشخصية والموجهة للسكان بشكل عام (منظمة الصحة العالمية، 2015، صفحة 1).

إجرائيا: الخدمات الصحية هي مجموعة الإجراءات والأنشطة التي تُقدم للمرضى بهدف تعزيز صحتهم، لا تقتصر هذه الخدمات على الجانب العلاجي والوقائي فقط، بل تشمل أيضًا الرعاية الفندقية التي تُعنى بتهيئة بيئة مريحة وآمنة للمريض خلال فترة إقامتهم في المؤسسة الاستشفائية، ويعتمد نجاح هذه الخدمات بشكل أساسي على التكامل الفعال بين الأجهزة والمعدات الحديثة (الموارد المادية) وكفاءة الكوادر الطبية والتمريضية، وتتمثل الخدمات الصحية عموما في:

أ-الخدمات الصحية العلاجية

هي مجمل الإجراءات السريرية التي تُقدم للمريض أثناء إقامته، تهدف إلى معالجة الأمراض وتخفيف جميع الآلام والأعراض، وهي تعتمد على بنية تحتية طبية متطورة تشمل أجهزة تشخيصية حديثة وأدوية ضرورية ومختبرات متكاملة للتحاليل السريعة والدقيقة، كما تتطلب وجود فريق طبي متخصص ومؤهل، تتميز هذه الخدمات بكونها مُنظمة بشكل يضمن إتاحتها على مدار الساعة وتحديد المواعيد بدقة وتقليل أوقات الانتظار، مما يضمن رعاية متكاملة تبدأ من التشخيص الدقيق وتستمر عبر جميع مراحل العلاج حتى التعافي.

ب-الخدمات الصحية الوقائية

هي مجموعة من الإجراءات والأنشطة المُنظمة التي تُطبق داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية وتهدف إلى حماية صحة المرضى، تركز هذه الخدمات على توفير بيئة صحية وآمنة خالية من الأخطار البيئية مع تطبيق بروتوكولات لمكافحة العدوى مثل تعقيم الأدوات وتوفير وسائل الوقاية الشخصية، كما تشمل برامج توعوية موجهة للمرضى والمجتمع حول أهمية الوقاية من الأمراض وتقديم إرشادات حول

* منظمة الصحة العالمية (بالإنجليزية World Health Organization): هي واحدة من عدة الوكالات التابعة للأمم المتحدة متخصصة في مجال الصحة، وقد أُنشئت في 7 أبريل 1948م ومقرها الحالي في جنيف، سويسرا.

التغذية السليمة والنشاط البدني، بالإضافة إلى التأكيد على ضرورة إجراء الفحوصات الدورية وتقديم الدعم النفسي للمرضى.

ت- الخدمات الصحية الفندقية

هي تلك الجوانب غير العلاجية من الرعاية الصحية التي تُعنى بتوفير بيئة مريحة للمريض المقيم بهدف تحسين حالته النفسية والجسدية، تتضمن هذه الخدمات تجهيز الغرف بأثاث مريح وبعدد مناسب للمرضى، مع توفير التكييف والتدفئة اللازمة، كما تشمل تقديم تغذية متكاملة ومتنوعة بما يضمن تلبية الاحتياجات الصحية للمريض، إضافة إلى الالتزام بنظام تقديم وجبات في أوقات محددة وبكميات كافية، علاوة على ذلك تُعتبر النظافة عنصراً أساسياً في هذا النوع من الخدمات، حيث يتم الحرص على نظافة الغرف ودورات المياه وتغيير البياضات بانتظام، مما يعزز شعور المرضى بالاطمئنان والرضا.

5.1. نوعية

نوعية مصدر صناعي من نَوْع، نُوع: صفات النّوع وخاصيَّته الَّتي تُعَيِّن طبيعة جودته ومقدارها (Almaany، 2010-2024).

ترتبط كلمة نوعية غالبًا بما هو جيد وذو قيمة عالية، وغالبًا ما تُفهم من خلال مفاهيم التميز (excellence) والاتساق(consistency)* والامتثال لمعايير ومستويات محددة مسبقًا، كما تتعلق أيضًا برضا الزبائن وملاءمة المنتج أو الخدمة للغرض الذي تم تصميمها من أجله، وقد عبّر **سيكيموتو** (1998) عن جودة النوعية بقوله: "المنتجات والخدمات الجيدة هي تلك التي تلبي احتياجات الزبائن وتحترمها" (رابح بوزيان، 2015، الصفحات 28-29).

والمفهوم الإجرائي لكلمة نوعية المعتمد عليه في هذه الدراسة يتمثل في: مستوى التوفر أو التّميز أو الكفاءة التي تميز الخدمة ومدى مطابقتها للمعايير المحددة والمتوقعة وقدرتها على تلبية احتياجات المستفيدين.

أما عن **نوعية الخدمات الصحية** فنقصد بها في بحثنا درجة التميز والكفاءة التي تتسم بها الخدمات (العلاجية، الوقائية، والفندقية) المُقدمة داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة، والتي لا

* التركيز على العملية وتحديد المواصفات التي يهدف إلى تلبيتها بشكل مثالي، ويتلخص هذا في مبدأين مترابطين: صفر عيوب وإنجاز الأمور بشكل صحيح من المرة الأولى (للمزيد انظر:
Harvey, L., & Green, D. (2009, February) Defining Quality. Volume 34(Number 1). p. 15).

تُقاس بمجرد توفرها المادي، ولكن بمدى مطابقتها للمواصفات والمعايير المطلوبة التي تلبي احتياجات المرضى وتوقعاتهم المرغوبة وتضمن راحتهم.

2. مستخدمو الصحة

هم الأفراد الذين يقدمون الخدمات الصحية في المستشفيات أو المراكز الطبية المتخصصة، بما في ذلك الأطباء المتخصصين والممرضين، ينعكس مستوى تأهيلهم والخبرة التي يمتلكونها على جودة أداء الخدمة الصحية، حيث يمكن أن تزيد أو تخفض من مستوى تلك الخدمات، كما أن طريقة تعاملهم داخل المستشفيات تلعب دورًا مهما في التأثير على نوعية الخدمات التي يتلقاها المرضى (جيلالي ، 2009، الصفحات 68-69)، إضافة إلى أنهم يقومون بتوصيل قيم المؤسسة للمرضى وتقديم التغذية الراجعة المباشرة لتجربة المريض إلى المؤسسة الصحية (Spiros & Achilleas , 2013, p. 322).

وفي بحثنا نقصد بمستخدمي الصحة: الأطباء والممرضين الذين لديهم اتصال مباشر بالمرضى المقيمين في مصلحة الجراحة العامة والطب الداخلي والأمراض المعدية، حيث يقدمون خدمات صحية علاجية ووقائية للمرضى بهدف مساعدتهم في الحصول على العلاج المناسب والشفاء.

1.2. الطبيب

بفتح الطاء، جمع أطبة وأطباء، الحاذق بالأمور والعارف بها، العالم بقوانين علم الطب، معالج المرضى من الأسقام، وبه سمي معالج المرضى (قلعجي م.، 1996، صفحة 391)، والطبيب هو الملم بتركيب البدن وطبيعة الأعضاء والأمراض الحادثة فيها وأسبابها وأعراضها وعلاماتها، يمتلك القدرة على تحديد الأدوية النافعة فيها، والاعتياض عما لم يوجد منها، والوجه في استخراجها وطرق مداواتها ليساوي بين الأمراض والأدوية من حيث كمياتها، مع مراعاة الفروقات النوعية بينها (بن أحمد القرشي، 1976، الصفحات 254-255).

هو الشخص الذي يلجأ المريض إليه ليتلقى العلاج، ويسعى من خلال تقديم الخدمات الصحية لرفع المستوى الصحي لأفراد المجتمع وتحسين اللياقة السلوكية للمرضى، ولا يمكن تصور أي تخطيط استراتيجي لتطوير الخدمات الصحية بمعزل عن الطبيب، لذلك لابد من توفير بيئة عمل مناسبة تضمن لهم أداء مهامهم على أكمل وجه (حميدي و لخذاري، 2023، صفحة 298).

الطبيب هو الشخص المؤهل لعلاج المرضى أثناء إقامتهم في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة، لا يقتصر دوره على الجانب المهني فقط، بل يمتد ليشمل بناء علاقة من الثقة المتبادلة والاحترام،

هذا التفاعل الاجتماعي يضمن مشاركة المريض في عملية اتخاذ القرار العلاجي، مما يعزز التزامه بالخطة العلاجية ويساهم في تحقيق نتائج صحية مثلى

الطبيب هو الركيزة الأساسية للرعاية الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة، وهو شخص مؤهل يسند له مهمة علاج المرضى المقيمين والإشراف على حالتهم في مختلف المصالح والأقسام من خلال تشخيص الأمراض ووصف خطة العلاج، ويمتد دوره ليؤسس علاقة ثقة واحترام متبادلين مع المريض مما يعزز التزامه بالخطة العلاجية ويساهم في تحقيق نتائج صحية مثلى.

2.2. الممرض

الشخص الذي يقوم بشؤون المرضى ويقضي حاجاتهم العلاجية تبعاً لإرشادات الطبيب (المعجم الوسيط، 2008، صفحة 864).

وهو الذي يقوم بتقديم الخدمات التمريضية سواء كانوا قد أكملوا دراسة التمريض في مدرسة أو كلية متوسطة أو معهد متوسط أو جامعة، وبناء عليه فإن الممرض هو شخص مهني لديه الحصيلة المعرفية والمهارة والثقة بالنفس التي تمكنه من العمل في مختلف الوحدات الصحية (Saqib, 2024, p. 34).

يمكن تعريف الممرض في هذه الدراسة بأنه: المسؤول المباشر عن تقديم مختلف الخدمات الصحية للمرضى المقيمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة سواء كانت حالاتهم الصحية مزمنة أو حادة، تتمثل أهم أنشطته في تقديم العناية التمريضية وتنفيذ خطة العناية، مع العمل على تأمين الحاجات الجسدية والنفسية والاجتماعية للمرضى، وتطبيق الأوامر الطبية لضمان سلامتهم، كما يلتزم الممرض بالتواصل الفعّال مع المرضى وعائلاتهم والفريق الصحي وتوثيق المعلومات بدقة واستخدام التقنيات الحديثة بفعالية والسهر على الاستعمال العقلاني للمواد والمستلزمات الطبية.

3. المريض

السّقيمُ، يُقال: مَرِضَ، يَمرَضُ، مَرضاً، فهو مَرِيضٌ: إذا أصابَه السَّقَمُ، وضِدُّهُ: الصَّحِيحُ. ومِن أَسْمَاءِ المَرَضِ: الداء والعِلةُ، ويأتي بمعنى النُّقْصانِ والضَّعْف، فيُقال: بَدَنُ مَرِيضٌ، أي: ضَعِيفُ ناقِصُ القُوَّةِ (مؤسسة رواد الترجمة، 1441، صفحة 439).

وعرف على أنه من به مَرَضٌ أو نقص أو انحراف، ويقال: قلب مريض: ناقص الدين (المعجم الوسيط، 2008، صفحة 863).

قال ابن فارس رحمه الله: "الميم، والراء، والضاد أصل صحيح يدل على ما يخرج به الإنسان عن حد الصحة في أي شيء كان" (بن زكرياء القزويني الرازي ، أبو الحسين ، 1979، صفحة 311).

إضافة إلى ما ذكر، فإن المريض في حالة ضعف مزدوج، إذ يفتقر إلى المعرفة المتخصصة بتقنيات وأساليب مهنة الطب، ويعاني من الجهل بطبيعة أمراضه وآلامه، لهذا يلجأ إلى الطبيب لاكتشاف علته سواء كانت جسدية ونفسية أو عقلية وعلاجها (لروي، 2014، صفحة 12).

يقصد بالمريض في الدراسة: ذلك الفرد الذي يعاني من أحد الأمراض الداخلية أو الباطنية أو المعدية ويحتاج إلى مراجعة الأطباء والممرضين العاملين في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة للتشخيص والعلاج والوقاية، كما يحتاج إلى المكوث في المستشفى لفترة زمنية قصيرة أو طويلة.

4. العلاقة

العلاقة بفتح العين كعلاقة الخصومة والمحبة، وهي تربط بين موضوعين أو أكثر، حيث نقول هذا الشيء له علاقة مع هذا الشيء، أما من حيث الدلالة الاصطلاحية فإن العلاقة رابطة تربط بين ظاهرتين أو شيئين، بحيث يستلزم تغير أحدهما تغير الآخر، وقد تأخذ أشكالاً مختلفة كالاتفاق أو الشبه أو التبعية (لبصير ف.، 2008، صفحة 24).

وتُعرف العلاقات بأنها نتاج عملية التواصل القائمة على التفاعل بين طرفين أو أكثر، وتنشأ العلاقة الاجتماعية بين الأفراد من خلال التبادل المستمر للأفعال وردود الأفعال، مما يؤدي إلى تفاعل إيجابي يُسهم في بناء علاقات تعاونية تُعزّز الترابط الاجتماعي (غباشي، 2000، صفحة 19).

مصطلح العلاقة لا يشير إلى بنية أو وظيفة، بل إلى تجريد يشمل أنشطة بين نظامين أو شخصين متفاعلين، إن الجودة الواضحة والجوهرية للعلاقة بين الطبيب والمريض تسمح لشخصين لم يكن كل منهما يعرف الآخر من قبل أن يشعرا بالراحة مع مستويات مختلفة من الألفة، وقد تتطور هذه العلاقة مع مرور الوقت لتسمح للمريض بنقل الأمور الشخصية والخاصة في بيئة آمنة وبناءة (Kaba R & Sooriakumaran P, 2007).

العلاقات بين الأشخاص تتدرج من صلة عابرة إلى علاقة دائمة، وتتشكل في سياقات اجتماعية ثقافية متنوعة وتُبنى على أسس مختلفة مثل التضامن الاجتماعي أو التفاعلات الوظيفية، ويمكن أن تخضع هذه العلاقات إلى التنظيم القانوني أو الاتفاقات الثنائية مما يجعلها ركيزة أساسية للمجتمع.

وفي سياق الدراسة، تُعرف العلاقة بأنها التفاعل المباشر بين مقدم الخدمة الصحية (سواء كان طبيبًا أو ممرضًا) والمريض، يهدف إلى تقييم حالة المريض ووضع وتنفيذ خطة العلاج مع الالتزام بالمبادئ الأخلاقية لضمان احترام كرامة المريض وحقه في الحصول على المعلومات، وتشمل:

1.4. العلاقة بين الطبيب والمريض

تفاعل مهني وإنساني جوهره التواصل والاحترام المتبادل، حيث يمنح الطبيب المريض وقتاً كافياً للاستماع إليه ويشرح له التفاصيل الطبية بلغة بسيطة وواضحة مع إشراكه في اتخاذ القرارات العلاجية، تعتمد هذه العلاقة بشكل أساسي على مبدأ السرية التامة للمعلومات، مما يغرس شعوراً بالثقة والأمان لدى المريض.

2.4. العلاقة بين الممرض والمريض

تفاعل يرتكز على الاحترام المتبادل والاستجابة السريعة، حيث يحرص الممرض على استقبال المرضى بأسلوب ودي وتقديم الخدمات الصحية بدقة وفعالية منذ المرة الأولى، مع ضمان المساواة في التعامل مع الجميع بغض النظر عن خلفياتهم الاجتماعية.

5. المستشفى

إن كلمة Hospital المرادف الإنجليزي لكلمة «مستشفى» مُشتَقَّة من الجذر نفسه الذي اشتقت منه الكلمات الإنجليزية Hospitality حسن الضيافة و Hostel (نزل) و Hotel (فندق) (باينم، 2016، صفحة 33).

هو مؤسسة عامة أو خاصة حيث يتم تنفيذ الإجراءات الطبية والجراحية (Larousse, 1997, p. 207).

ويُشار إلى المستشفيات بأنها منظمات معقدة تقدم الخدمات للمرضى طوال أيام الأسبوع 24 ساعة في اليوم (C.L. Avadhani & and others, 2020, p. 1053).

وبالتالي، نعرف المستشفى بأنه فضاء عام يعتبره الناس ملاذًا يمزج بين الفن الطبي وفن الرعاية الإنسانية، حيث ينبثق الأمل والشفاء في كل زاوية، تقدم فيه خدمات صحية متنوعة تشمل التشخيص والعلاج والوقاية، سواء للمرضى المقيمين أو الزائرين الذين يحتاجون علاج مؤقت، يُدار المستشفى بواسطة فرق متكاملة من الأطباء والممرضين والفنيين الصحيين، ويحتوي على كافة التخصصات الطبية، كما يشترط أن يكون مجهزا بالمرافق الضرورية التالية: غرف العمليات، غرف الإنعاش، غرف المرضى، غرف فرز المرضى حسب التشخيص، غرف الملاحظة، وحدات العناية الطبية، أقسام الأشعة، مختبرات التحاليل، وحدات الكشف عن الفيروسات، أقسام الطب الداخلي، وأقسام للعلاجات المختلفة.

سادسا: الدراسات السابقة

تعتبر الدراسات السابقة الركيزة الأساسية لبناء دراسة بحثية ذات قيمة علمية لأنها تزود الباحث بالمعلومات والأسس اللازمة منذ البداية، ولهذا يتعين على الباحث الذي يرغب في إنجاز مشروع بحث

جديد أن يطلع بعمق على الأبحاث التي أجريت في نفس المجال، وبالرغم من أننا تناولنا عدداً من هذه الدراسات إلا أنه وفي حدود علمنا لم يتم تناول موضوع الخدمة الصحية كثيرا في الأبحاث والدراسات السوسيولوجية، وإنما تم البحث والدراسة فيه أكثر من طرف العلوم الأخرى كعلوم التسيير والاقتصاد والعلوم الإدارية، وعليه سنتناول بعض الدراسات في علم الاجتماع، وبعض الأبحاث التي تناولت الخدمة الصحية في العلوم الأخرى، وكذلك الدراسات التي تناولت العلاقة بين الطبيب والمريض والعلاقة بين الممرض والمريض.

1. الدراسات التي تناولت الخدمات الصحية

1.1. الدراسات الأجنبية:

دراسة: **ساندرا برتزين** الموسومة بـ: **مقاربات الجودة في المستشفيات الفرنسية**، وتمثل هذه الدراسة أطروحة دكتوراه، نوقشت سنة 2000م بكلية العلوم الاقتصادية والإدارة، جامعة لوميير، ليون 2، فرنسا، حاولت صاحبة الدراسة الوقوف على واقع تطبيق إجراءات جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف بعض المؤسسات الصحية والتعرف على عيوب الجودة في المنشآت الصحية والسعي نحو منهجية لتحسين الجودة، وبغية الإلمام بجوانب الموضوع اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج المقارن عن طريق مجتمع البحث الذي تمثل في 04 مؤسسات صحية عمومية و03 مؤسسات صحية خاصة (إحدى المؤسسات تقع بدولة بلجيكا)، موزعة على 62 مستشفى بين عمومي وخاص، يضاف إليها 12 مقابلة مع مدراء ومسؤولين في القطاعين. **وذلك من خلال معالجة الإشكالية التالية:**

- ما هي منهجيات تحسين الجودة التي تساهم في زيادة جودة العلاج والخدمات الصحية وقادرة على إشباع حاجات المريض في إطار عملية الاعتماد والقيد الموازناتي؟

ومن الأهداف التي سعت الباحثة إلى تحقيقها في إطار افتراضات الدراسة: تقييم واقع تطبيق إجراءات جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل بعض المؤسسات الصحية والكشف عن جوانب القصور التي تؤثر على ظروف الاستشفاء.

ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- تظل الإجراءات عمودية حتى مع الميل إلى إشراك جميع فئات الموظفين، ويظل التزام الإدارة بعملية تنفيذ الإجراءات ضعيفاً ونادراً ما يتم دمجها في مشروع المؤسسة، كما أن الإجراءات لا تخضع للتقييم بشكل منتظم.
- تعاني المؤسسات التي يقل عدد أسرتها عن 200، ومؤسسات الطب النفسي من نقص في الموارد المالية

والبشرية اللازمة لتنفيذ مختلف الإجراءات، وقد تم تحديد ثلاثة عوامل رئيسية تؤثر على تطبيق إجراءات الجودة وهي: حجم المؤسسة واختصاصها والنظام الأساسي.

2.1. الدراسات العربية:

- ✓ دراسة: **ضرغام خالد عبد الوهاب أبو كلل** الموسومة بـ: **واقع توزيع الخدمات الصحية ومستويات كفاءتها في مدينة النجف الأشرف، دراسة في جغرافية الصحة**، وتمثل هذه الدراسة أطروحة دكتوراه نوقشت سنة 2012م بكلية الآداب قسم الجغرافيا، جامعة البصرة العراق، اعتمد الباحث في جمع البيانات تصميم (6) استمارات وزعت على عينة من السكان المراجعين إلى المراكز الصحية، إذ أن الحجم الكبير لمجتمع مدينة النجف جعل من المسح الشامل للمنطقة أمرا يصعب تحقيقه، لذا لجأ الباحث إلى اتباع أسلوب العينة الطبقية العشوائية، وتم توزيع استمارة بلغ عددها (2300) استمارة، كما تناولت الأطروحة دراسة كفاءة الخدمات الصحية في مدينة النجف الأشرف باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS) من خلال برنامج Arcgis لتحليل البيانات المكانية، وباستخدام أساليب إحصائية عدة منها المسافة المعيارية والمركز الجغرافي المتوسط وتحديد مناطق التخصيص، فضلا عن استخدام برنامج الحقيبة الإحصائية (SPSS) لتحليل العلاقة الارتباطية بين متغيرات الخدمات الصحية، وقد استخدم الباحث أسلوبا تعددت فيه المناهج لتحقيق هدف الدراسة وباستخدام المناهج العلمية الآتية: المنهج الاستنباطي، المنهج التاريخي، المنهج الوصفي، والمنهج التحليلي (الكمي).

عالجت الدراسة الإشكالية التالية:

- ما هو واقع التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة النجف الأشرف؟ ومدى كفاءتها المكانية والوظيفية؟ وهل تحقق كفاءة وظيفية من جهة عدد المستشفيات والمراكز الصحية والمراكز التخصصية ومستوى الخدمات الطبية المتوفرة فيها؟

ومن الأهداف التي سعى الباحث إلى تحقيقها في إطار افتراضات الدراسة:

الكشف عن التباين المكاني في توزيع الخدمات الصحية في مدينة النجف الأشرف، ومعرفة كفاءة الخدمات الصحية في منطقة الدراسة ومدى كفاءتها المكانية والوظيفية، وتحديد العجز في حصة الفرد من تلك الخدمات بالاعتماد على عدد من المعايير المحلية والدولية، وإعداد قاعدة معلومات جغرافية رقمية متكاملة عن المستشفيات والمراكز الصحية والمراكز التخصصية الطبية المتنوعة فيها ومتغيراتها في منطقة الدراسة، وتوضيح مدى العلاقة الوثيقة بين حجم الخدمات الصحية المقدمة في المدينة وحجم سكانها كميا ونوعيا، وتشخيص المشكلات التي تواجه كفاية وكفاءة الخدمات الصحية في منطقة الدراسة.

ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- تدني مستوى كفاءة الخدمات الصحية للمستشفيات الحكومية ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمراكز التخصصية، من حيث مواقعها المكانية وأعداد الملاك الطبي والصحي والتمريضي والفني.
- يوجد خلل واضح في عدد الأسرة غير المتوازنة مع عدد السكان.
- أظهرت الدراسة أن هناك عجزاً واضحا في عدد المراكز الصحية في المدينة على أساس المعيار الصحي العراقي.
- تباين وسوء في التخطيط الصحي والذي لم يراع فيه الحجم السكاني للمدينة وحجم المؤسسات الصحية.
- كان تطور الخدمات الصحية يسير بصورة تدريجية وبطيئة نتيجة سوء الأوضاع السياسية التي مر بها العراق من توالي الغزوات والحروب.

✓ دراسة: **عمر عبد ثجيل** الموسومة بـ: **العلاقة بين الملاك الطبي والتمريضي وتأثيرها في جودة الخدمة الصحية** 2016، جامعة بغداد، كلية الإدارة والاقتصاد، بحث تطبيقي في مستشفى اليرموك التعليمي، لفهم طبيعة العلاقة بين الأطباء والممرضين تم اعتماد التعاون والصراع كمتغيرين مستقلين لمعرفة العلاقة بين الأطباء والممرضين وجودة الخدمة الصحية كمتغير معتمد من خلال تناول أبعادها الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الأمان، الاستجابة، التعاطف)، وقد اعتمد الباحث في جمع البيانات على الاستبانة التي أعدت للملاك الطبي والتمريضي واعتمد مدرج ليكرت الخماسي، ووزعت على الأطباء والممرضين العاملين في مستشفى اليرموك وفي الأقسام الرئيسية للمستشفى وهي (الجراحة الباطنية، النسائية، الطوارئ) وبواقع (304) استمارة للأطباء والممرضين شملت (140) من الكوادر الطبية و(164) من الكوادر التمريضية، وحللت البيانات تحليلا وصفيا باستخدام معامل بيرسون للرتب لاختبار الارتباط بين المتغيرات وتحليل الانحدار البسيط لاختبار التأثير.

وذلك من خلال معالجة التساؤلات التالية:

- هل هناك علاقة بين الملاك الطبي والتمريضي؟
- ما تأثير العلاقة بين الملاك الطبي والتمريضي في جودة الخدمة الصحية؟
- هل التعاون أو الصراع الذي يغلب على طبيعة العلاقة بين الاطباء والممرضين؟ وأيهما له التأثير في جودة الخدمة الصحية؟
- هل التعاون بين الأطباء والممرضين يؤدي الى تحسين جودة الخدمة الصحية، وإلى وصول المنظمات الصحية الى تحقيق أهدافها؟

- هل الصراع بين الأطباء والممرضين يعيق وصول المنظمات الصحية في تطبيق معايير جودة الخدمة الصحية أو له دور إيجابي في تحسين جودتها؟

ومن الأهداف التي سعى الباحث إلى تحقيقها في إطار افتراضات الدراسة:

- تبيان واقع المستشفيات الحكومية خاصة فيما يتعلق بتحديد درجة ومستوى العلاقة بين الملاك الطبي والتمريضي في الأقسام الرئيسة من مستشفى اليرموك (قسم الجراحة الباطنية والنسائية والطوارئ).
- معرفة الأسباب المؤثرة في ظهور الصراع داخل أقسام مستشفى اليرموك وتحديد أولوياتها من حيث معرفة ميل عينة البحث نحو تشخيصها من أقواها إلى أضعفها، ومعرفة هل هناك تأثيرات سلبية أو ايجابية للصراع بين الأطباء والممرضين على أقسام المستشفى.
- إيجاد الحلول المناسبة لمعوقات التعاون بين الأطباء والممرضين في الأقسام الرئيسة من المستشفى.

ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

التعاون والصراع موجود في جميع أقسام المستشفى ولكن يسود التعاون أكثر من الصراع في الأقسام الأربعة للمستشفى، وهو يؤثر بشكل إيجابي على جودة الخدمة الصحية، بينما الصراع كان له التأثير السلبي على أبعاد جودة الخدمة الصحية في بعد الاعتمادية والتعاطف والاستجابة والملموسية والتي شهدت بعض التراجع نتيجة التعارض في الأفكار والمصالح الشخصية بين الأطباء والممرضين وعدم احترام وجهات نظر الممرضين من قبل الأطباء ووجود بعض التداخل في بعض المهام والواجبات بين الأطباء والممرضين وعدم توفر الأدوية والمستلزمات الطبية الضرورية نتيجة ضعف عملية استيراد هذه المواد، بالإضافة إلى عدم توفر العدد الكافي من الأطباء والممرضين بما يتناسب مع عدد المرضى وحجم العمل وعدم توفر العدد الكافي من الأسرة وقلة نظافة أفرشة وغرف المرضى وعدم ايفاء المستشفى بالوعود...

3.1. الدراسات الجزائرية:

- ✓ دراسة **عتيق عائشة** الموسومة بـ: " **جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية**، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية سعيدة "، وتمثل هذه الدراسة رسالة ماجستير نوقشت سنة 2012 بكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، وبغية الإلمام بجوانب الموضوع اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، أما بالنسبة لعينة الدراسة فقد لجأت الباحثة إلى العينة العشوائية الطبقية غير النسبية من مرضى المستشفى، وقد استثنيت بعض المصالح نظرا لحالتهم الصحية والتي قدر حجمها (111) مبحوث أي ما يعادل 10%، أما التقنيات المستعملة في جمع

البيانات فقد اعتمدت الباحثة على المقابلة والملاحظة وعلى أداة الاستبيان. وذلك من خلال معالجة الإشكالية التالية:

- ما واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية؟ وما مدى تأثيرها على رضا المريض؟

ومن الأهداف التي سعت الباحثة إلى تحقيقها في إطار افتراضات الدراسة: تبيان واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية ومدى تأثير أبعادها الخمس على رضا المريض.

ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- تهتم المؤسسة الاستشفائية العمومية لولاية سعيدة بأبعاد جودة الخدمات الصحية، وهناك رضا لأفراد عينة الدراسة على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفقاً لأبعادها الخمس باستثناء بعد الجوانب الملموسة، مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.
- من أهم العوامل المؤثرة على رضا المريض بعد التعاطف الذي كان ايجابيا في هذه الدراسة، لأن أغلبية المرضى من الفئة التي تفوق أعمارهم 40 سنة، فإشعار المريض بالاهتمام والعناية الذاتية به تولد لديه قدرا كبيرا من الرضا والولاء والانتماء للمستشفى الذي يعالج فيه.

✓ دراسة: **دريدي أحلام** الموسومة بـ: **"دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمة الصحية"**، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رزيق يونس بسكرة، وتمثل هذه الدراسة رسالة ماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، نوقشت سنة 2014م مقدمة لكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، وبغية الإلمام بجوانب الموضوع فقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الإحصائي، أما التقنيات المستعملة في جمع البيانات فقد اعتمدت الباحثة على المقابلة والملاحظة المباشرة.

إشكالية هذه الدراسة كانت حول: دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمة الصحية، وقد تناولت الباحثة متغير الوقت الذي يقضيه المريض في انتظار حصوله على الخدمة الصحية كمؤشر على مستوى الخدمة الصحية، وكيف يراه المريض في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رزيق يونس بسكرة.

ومن الأهداف التي سعت الباحثة إلى تحقيقها في إطار افتراضات الدراسة:

- بيان الفائدة التي يمكن أن تعود على المؤسسات الصحية من استخدام نماذج صفوف الانتظار كأحد أساليب بحوث العمليات التي تساعد في تحسين جودة الخدمات الصحية.

- توفير نموذج لحل جميع المشاكل المشابهة من خلال دراسة كمية دقيقة لجميع محددات الظاهرة لتمكين إدارة المؤسسات الصحية من تحسين قراراتها بشأن ظاهرة الانتظار.
- إمداد الدارسين في تخصص الأساليب الكمية وبحوث العمليات بمعلومات مستمدة من دراسة ميدانية قائمة على أساس علمي في مؤسسة صحية.

ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

عدم وجود هذه الآلية في المؤسسة محل الدراسة، وبالرغم من ذلك فإن هناك عددا من القائمين على المؤسسة لديهم الرغبة في التعلم ومعرفة هذا الأسلوب، ومن خلال هذه الدراسة توصلت الباحثة إلى أن متغير الوقت الذي يقضيه المريض في الانتظار يؤثر على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، ومنه ارتأت الباحثة ضرورة تقديم بديل لتحسين الوضع الحالي الموجود في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس)، حيث ساهم هذا البديل في تحسين جميع مؤشرات الأداء، فقد انخفض وقت انتظار المريض في النظام للحصول على الخدمة من 33,9 دقيقة إلى 2.9 دقيقة، وعليه فإن هذه الدراسة أثبتت أنه من الممكن استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، لهذا توصي بضرورة استحداث قسم خاص ببحوث العمليات في المؤسسات الجزائرية.

- ✓ دراسة: **رشيدة كرمبيط** الموسومة بـ: **"الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية من منظور سوسيولوجي"**، دراسة ميدانية بالمؤسستين الاستشفائيتين: فرانتز فانون الجامعي وإبراهيم بن عبد الله تيريشين بالبليدة، وتمثل هذه الدراسة أطروحة دكتوراه نوقشت سنة 2018م بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بقسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر2، اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي باستخدام العينة العمدية التي تكونت من 225 مبحوث، أما التقنيات المستعملة في جمع البيانات فقد اعتمدت الباحثة على الاستبيان والملاحظة.

عالجت الدراسة الإشكالية التالية: هل تشكل البيئة الداخلية للمؤسسة الاستشفائية إحدى العوامل المساهمة في حدوث المشكلات؟

يتفرع عن هذا التساؤل الجوهري الأسئلة الفرعية التالية:

- هل تلبي الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية متطلبات الأفراد الصحية؟
- هل تلبي الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية متطلبات الأفراد الصحية؟
- هل لثقافة التعامل (عامل الاتصال) دور في تحسين خدماتها؟
- هل لعملية تسيير المؤسسة الاستشفائية دخل في التأثير على مستوى الخدمات المقدمة؟

ومن الأهداف التي سعت الباحثة إلى تحقيقها في إطار افتراضات الدراسة: المساهمة في الكشف عن واقع الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية من خلال تقييم نوعية الخدمات الصحية المقدمة من طرف المرضى المترددين على المؤسسة، ومعرفة جوانب القصور في مجال تقديم الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية، وإبراز العوامل المؤثرة على الخدمات الصحية.

ولقد خلصت الدراسة إلى نتائج نذكر منها:

- تتطلب الاستفادة من الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية تحقيق الكفاية الكمية والنوعية لضمان توافقها مع توقعات المرضى، ويتعين أن تكون هذه الخدمات متاحة بسهولة، وذلك بتوفير إمكانيات مادية متكاملة من غرف مجهزة بأسرة وأفرشة نظيفة وتوفير سيارات إسعاف ووجبات غذائية صحية، مع استخدام أحدث المعدات الطبية وتقديم الأدوية الضرورية.
- تفعيل عملية الاتصال داخل المؤسسة يعد جزءًا أساسيًا من تحقيق التفاعل.
- لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية وتوفير تغطية وجودة عالية، يجب إدارة الأنشطة الصحية بمهارة ومعرفة متخصصة وتنظيم جيد في تقديم الخدمات، ويتطلب ذلك اتخاذ إجراءات تنظيمية لتهيئة بيئة عمل مناسبة للعلاج، من خلال وضع معايير تصميمية ملائمة وتوفير لوحات إرشادية تعمل كأداة توجيه مع مراعاة المواعيد بدقة.

✓ دراسة: **عائشة لشهب** الموسومة بـ: **"الاتصال الداخلي بالمؤسسة الاستشفائية في ظل استخدام تكنولوجيا الاتصال الحديث ودوره في تحسين الخدمة الصحية"**، دراسة لعينة من مستخدمي الصحة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجيلالي بن عمر، وتمثل هذه الدراسة أطروحة دكتوراه نوقشت سنة 2023م بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، الجزائر، بالنسبة لعينة الدراسة فقد لجأت الباحثة إلى الطريقة الاحتمالية، حيث تم الوصول إلى قاعدة العينة من مجموع مستخدمي المؤسسة الاستشفائية الذي قدر حجمهم بـ 550 مستخدم من الفئة المستهدفة من دراسة المجتمع الاحصائي، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي، أما التقنيات المستعملة في جمع البيانات فقد اعتمدت على المقابلة والملاحظة، كما تم الاعتماد على الاستبيان كأداة أساسية في عملية جمع بيانات الدراسة الميدانية. **عالجت الدراسة الإشكالية التالية:**

- هل يلعب الاتصال الداخلي دورا في تحسين الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية في ظل اعتماد تقنيات الاتصال الحديثة؟

وتنبثق منه التساؤلات الجزئية التالية:

- ما هو واقع الاتصال الداخلي في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية في ظل اعتماد تكنولوجيا الاتصال الحديثة؟
- كيف يعمل الاتصال الداخلي في تحسين الخدمة الصحية على مستوى (التشخيص، العلاج، التوجيه) بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية في ظل اعتماد تقنية الاتصال الحديثة؟
- هل يساهم الاتصال الداخلي في تقليل المعوقات وتحسين الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية في ظل اعتماد تقنيات الاتصال الحديثة؟

ومن الأهداف التي سعت الباحثة إلى تحقيقها في إطار افتراضات الدراسة: إبراز دور الاتصال الداخلي في تحسين الخدمات الصــحية فــي ظل اعتماد تكنولوجيات الاتصال الحديثــة فــي المؤسسات الاستشفائية العمومية.

- **ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:**
- يعمل الاتصال الداخلي في المؤسسة الاستشفائية في ظل اعتماد تكنولوجيا الاتصال الحديثة على تحسين الخدمــة الصحية على مستوى التشخيص والعلاج والتوجيه.
- اعتماد تقنية الاتصال الحديثة كإحدى وسائل الاتصال الداخلي الهامة في مؤسســة مستشــفى الجيلاني بن عمر والتي تقوم على تقليل المعوقات وتحسين الخدمة الصحية.

2.الدراسات التي تناولت العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى

1.2. العلاقة بين الطبيب والمريض

1.1.2. الدراسات الأجنبية:

✓ دراسة: **مويرا أ. ستيوارت وآخرون**، الموسومة بـ: **"تأثير العلاقة بين الطبيب والمريض على نتائج الرعاية الصحية"**، وهو مقال عن كول الجنرال الممارسة، مجلة الكلية الملكية للممارسين العامين فيفري 1979، المجلد 199 العدد (29)، 77-82، أجريت الدراسة على 299 مريض مصاب بأمراض مزمنة بفحص العلاقة بين الطبيب والمريض من خلال طرح سؤالين: ما هي العوامل التي تؤثر على جودة العلاقة؟ وهل تؤثر العلاقة بين الطبيب والمريض على النتيجة بالنسبة للمريض؟ بالنسبة لتقنيات جمع البيانات فقد تم الاعتماد على ثلاثة عشر مقابلة، تضمنت ثلاث خيارات رئيسية: المراقبة المباشرة للتفاعلات بين الطبيب والمريض، وزيارة يقوم بها طبيب أو مراقب مدرب لتحديد الثغرات في العلاقة العلاجية ومقابلة أساسية مع طبيب آخر غير الطبيب المعالج للمريض، بالإضافة إلى ذلك تم استخدام استبيان وزع على المرضى لجمع

آرائهم وتقييماتهم حول العلاقة مع أطبائهم، وتم تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض من خلال مؤشرات تعكس مدى وعي الطبيب بمشاكل المريض.

ومن الأهداف التي سعى المؤلفون إلى تحقيقها: تحديد العوامل التي تؤثر على معرفة الطبيب بمشاكل المريض النفسية والجسدية والاجتماعية، ومعرفة ما إذا كانت هذه المعرفة لها تأثير على تعافي المريض ورضاه عن العلاج.

ومن بين النتائج التي توصلت الدراسة إليها مايلي:

- العثور على عوامل ترتبط بشكل إيجابي بوعي الطبيب: عدد قليل من مشاكل المريض، المريض وليس الطبيب هو الذي يبدأ الاستشارة، وعدد كبير من الزيارات الأخيرة.
- عمر المرضى وتعليمهم لم يؤثر على التواصل بين الطبيب والمريض.
- هناك جوانب من العلاقة بين الطبيب والمريض تساهم بشكل مهم في الامتثال والرضا والتعافي، فمعرفة الطبيب بشكاوى المريض كانت مرتبطة بشكل إيجابي بتخفيفها.
- الأطباء يميلون إلى التركيز على شكوى واحدة وربما الأكثر إلحاحا.

2.1.2. الدراسات العربية:

✓ دراسة: **عبد الرحمن بن أحمد الوروري** الموسومة بـ: **"العلاقة الانسانية بين الطبيب والمريض وأثرها في تفعيل العلاج وسبل تطويرها"** دراسة ميدانية على عينة من المرضى المنومين بالمستشفى الوطني بالملز، الرياض بكلية الآداب، جامعة الملك سعود المملكة العربية السعودية، اعتمد الباحث في هذه الدراسة على عينة عمدية مكونة من 10 مرضى من كل قسم تنويم بالمستشفى (قسم الأمراض الباطنية، الجراحة العامة، النساء والولادة، العناية المركزة)، وبغية الإلمام بجوانب الموضوع فقد استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي، أما التقنيات المستعملة في جمع البيانات فقد اعتمد على الاستبانة، حيث قام بتوزيع 70 استبانة على المرضى المنومين بمستشفى الملز بالرياض.

عالجت الدراسة الإشكالية التالية:

- ما واقع العلاقة الانسانية بين الطبيب والمريض وما أثرها في تفعيل العلاج وما سبل تطويرها؟

وينبثق من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مدى أهمية العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض؟
- ما الآثار المترتبة على تنمية العلاقة الانسانية بين الطبيب والمريض؟
- ما الآليات المقترحة لتطوير العلاقة الانسانية بين الطبيب والمريض؟

ومن الأهداف التي سعى الباحث إلى تحقيقها في إطار افتراضات الدراسة: تبيان أهمية العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض والكشف عن الآثار المترتبة على تنمية العلاقة الانسانية بين الطبيب والمريض والتوصل إلى آليات تطوير العلاقة الانسانية بين الطبيب والمريض.

أظهرت نتائج الدراسة مايلي:

- أفراد عينة الدراسة موافقون تماماً على أهمية العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض.
- أفراد عينة الدراسة موافقون تماماً على الآثار المترتبة على تنمية العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض وعلى الآليات المقترحة لتطوير العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض.

3.1.2. الدراسات الجزائرية:

✓ دراسة: **بن مغنية قادة** الموسومة بـ: **"الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي"**، وتمثل هذه الدراسة أطروحة دكتوراه نوقشت سنة 2017م بكلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة محمد بن أحمد وهران الجزائر2، ركزت الدراسة على اعتماد المقاربة الكيفية لتحليل العلاقة بين المريض والطبيب، وذلك من خلال الحضور الميداني في العيادات خلال ساعات العمل لمراقبة التفاعلات بين الأطراف المعنية، تمت زيارة مواقع مختلفة شملت غرف الفحص للأطباء المشاركين في البحث وقاعات الانتظار للمرضى الذين وافقوا على المشاركة، استمر العمل الميداني لمدة تقارب ثلاث سنوات واعتمد الباحث على أدوات جمع البيانات مثل المقابلات مع الأطباء والمرضى والملاحظات المباشرة خلال جلسات الفحص التي جرت بين الطرفين، وشملت عينة البحث مجموعة متنوعة من الأطباء والمرضى مع الأخذ في الاعتبار الاختلافات في التخصصات الطبية (بين الأطباء العامين والمتخصصين)، ومواقع ممارسة المهنة (عنوان العيادة والجنس والمستوى التعليمي ومكان الإقامة بالنسبة للمرضى)، تكونت العينة من 20 مبحوثا موزعين بين 10 أطباء و10 مرضى، حيث تم اختيار الأطباء بطريقة قصدية تماشيًا مع متطلبات المعاينة في المنهج النوعي، أما المرضى فقد تم انتقاؤهم من بين الحاضرين في قاعات انتظار العيادات.

تمحورت **إشكالية البحث** حول معرفة طبيعة الثقة بين الطرفين والعوامل التي تسهم في بنائها، وما إذا كان ضعفها أو انعدامها يُعد من الأسباب الرئيسية للأزمات التي تؤثر على العلاقة العلاجية وتؤدي إلى تفاقم الأعراض المرضية المرتبطة به، حيث يمكن فتح نافذة فهم ميكرو ـ سوسيولوجي للاهتمام بمكانة ودور الثقة بين طرفي العلاقة العلاجية في السياق العام لواقع الصحة في البلاد، وهل الثقة بين الطبيب والمريض في حد ذاتها بحاجة إلى علاج؟

ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- تعتبر العلاقة العلاجية في مركز المنظومة الصحية من أهم المتغيرات التي تؤثر بشكل مباشر على الواقع المعاش في المستشفيات والعيادات، وهو ما يجعل من طرفي هذه العلاقة الأساس الذي تبنى عليه المخططات والبرامج صحية.
- أظهرت خطابات الأطباء بأنّ الثقة هي إحدى الميزات التنظيمية لمهنة الطب، فلا يمكن قيام أي تنظيم طبي إلا بتوفر شروطه الأساسية وهي حصول الثقة بين الطبيب المعالج والمريض الذي ينتظر العلاج.
- عرفت وضعية المريض تغيرا كبيرا إلا أنه لم يتحصل على الكثير من المكاسب أمام بقاء سلطة الطبيب في العلاقة العلاجية، وذلك لأن المريض لم يحصل على المشاركة الفعالة في العلاج.
- إنّ التباين في طبيعة الثقة كفعل بين طرفي العلاقة العلاجية يجعلنا نتأكد أننا أمام واقع علاجي غير تفاوضي.

2.2. العلاقة بين الممرض والمريض

1.2.2. الدراسات الأجنبية:

✓ دراسة: **خيسوس مولينا–مولا وجوليا غاللو–إسترادا**، الموسومة بـ: **"تأثير علاقة الممرض/المريض على جودة الرعاية واستقلالية المريض في اتخاذ القرار"**، وهو مقال منشور في مجلة الصحة العامة، المجلد 17 العدد (3) سنة 2020م، ركز هذا البحث على كيفية تأثير علاقة الممرضة بالمريض في القدرة على الاستقلالية في اتخاذ القرار الخاص بالمريض، على الرغم من أنّها ظاهرة تتأثر بالعديد من العوامل مثل العلاقات المهنية والمؤسسة الصحية ونماذج الرعاية، اعتمد المؤلفان على ثلاثة عشر مقابلة متعمقة مع الممرضات و61484 سجل تمريض من أقسام الطب الباطني والتخصصات في المستشفى من عام 2015 إلى 2016م، أما الطرق المستعملة في جمع البيانات فقد تم استخدام تحليل الخطاب لاستكشاف العوامل التي تحدد العلاقات بين الممرضات والمريض وتأثيرها على جودة الرعاية واستقلالية المريض في اتخاذ القرار من وجهة نظر الممرضات، واستخدام التحليل الخطابي لإعادة بناء معنى النص من الخاص إلى العام.

ومن الأهداف التي سعى المؤلفان إلى تحقيقها: تحليل العلاقة بين الممرض والمريض، واستكشاف آثارها على الممارسة السريرية، وتأثيرها على جودة الرعاية، وقدرة المرضى على اتخاذ القرار.

ولقد خلصت الدراسة إلى نتائج منها:

- العلاقة الجيدة بين الممرضة والمريض تقلل من أيام الإقامة في المستشفى وتحسن الجودة والرضا لكليهما لكليهما، لكن على النقيض من ذلك فإن العلاقة الجيدة مشروطة بالدور الخاضع للمريض.

- التوزيع المتساوي للسلطة يسمح للمرضى باتخاذ القرارات المتعلقة بالعمليات الصحية والمرضية بشكل مستقل بناءً على مشورة المتخصصين.
- لا ينبغي أن تسعى العلاقة بين الممرضة والمريض إلى تغيير قيم وعادات المريض.

✓ دراسة: **أفادهاني وآخرون**، الموسومة بـ: **"دور الكادر شبه الطبي وتأثيره على رضا المرضى وتوقعاتهم في قطاع الرعاية الصحية"**، وهو مقال منشور في المجلة الدولية للإبداع، المجلد 8 العدد (3) مارس 2020، ركزت هذه الدراسة على مدى تأثير الكوادر الطبية في تقديم خدماتهم على رضا المرضى وما يترتب على ذلك من آثار ومضاعفات، كما تناولت تأثير الإغفالات والعمولات التي يخضع لها القانون الهندي وحقوق المرضى مستندةً إلى بعض الحالات التي تمت معالجتها.

ومن الأهداف التي سعى المؤلفون لتحقيقها: إبراز الدور الحيوي الذي يلعبه الطاقم الطبي المساعد في تعزيز رضا المرضى، حيث يشكلون حلقة الوصل بين المرضى ومرافقيهم والأطباء.

ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- تُعتبر الخدمات الصحية نتيجة لتكامل جهود الأطباء والطاقم الطبي المساعد وكافة العاملين في المؤسسة، فأي تقصير من أي جهة يمكن أن يؤثر سلباً على جودة الخدمات المقدمة، مما يؤدي إلى شعور المرضى بعدم الرضا.
- على الطاقم الطبي المساعد الذي يتواصل مباشرة مع المرضى ومرافقيهم أن يتحلّى بالروح المرحة وأن يستمع لهم بفاعلية.
- يتعين على الموظفين ذوي الخبرة نقل التعليمات والإرشادات إلى الموظفين الجدد لتفادي الأخطاء.
- يلعب الطاقم الطبي المساعد دوراً هاما في مؤسسات الرعاية الصحية، حيث تُعتبر خدماتهم معياراً لرضا المرضى عن مستوى الرعاية.
- التحسين المستمر في خدمات الطاقم الطبي المساعد يعد أمراً ضرورياً لزيادة كفاءاتهم وكسب رضا المرضى.

✓ **دراسة: وانتونغ شيويه وكاترينا هيفرنان**، الموسومة بـ: **"التواصل العلاجي ضمن علاقة الممرض/المريض: تحليل مفهومي"**، وهو مقال منشور في المجلة الدولية لممارسة التمريض، المجلد 27 العدد (6) في ديسمبر 2021م، ركز هذا البحث على معرفة التواصل العلاجي باعتباره مصطلح يستخدم عادة في أدبيات التمريض، ومع ذلك فهو لا يزال مفهوما غامضا، وتوضيح المفهوم لدعم فهم المتخصصين الآخرين في الرعاية الصحية وتوجيه تطوير النظرية والممارسة، حيث تم إجراء بحث منهجي باستخدام قاعدة بيانات كوكرين، واستخدام منهجية تحليل المفهوم كما اقترحها ووكر وأفانت.

ومن الأهداف التي سعى المؤلفان إلى تحقيقها: استكشاف مفهوم التواصل العلاجي ضمن العلاقة بين الممرضة والمريض، وتسليط الضوء على الحاجة إلى فهم أوسع لمفهوم تعزيز الرعاية التي تركز على المريض ومعالجة احتياجات المرضى في التمريض العام.

ولقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- التواصل العلاجي ضمن العلاقة بين الممرضة والمريض هو عملية تبادل المعلومات بين الممرضة والمريض على أساس الاحترام المتبادل والمشاركة في إدارة القضايا الصحية التي تهم المريض.
- العوامل المتعلقة بالممرضة والتي يمكن أن تؤثر على جودة التواصل العلاجي بما في ذلك الكفاءات الشخصية والاستعداد الأكاديمي والدافع للرعاية.
- إن توليد هذا المفهوم له أساس نظري ويوفر حلاً عمليًا لإدارة المشاكل والشكاوى الصحية للمرضى.
- توضيح مفهوم التواصل العلاجي ضمن العلاقة بين الممرض والمريض يوفر أساسًا للممرضات لفهمه.

ملاحظات حول الدراسات السابقة:

استنادًا إلى موضوع الدراسة ومتغيراته فإن مجالات الأبحاث والدراسات السابقة التي اهتمت الباحثة بالاطلاع عليها شملت كلاً من الخدمات الصحية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى (طبيب مريض – ممرض مريض)، بناءً على ذلك تم تقديم بعض الدراسات التي استفادت منها الباحثة والتي تنوعت بين الأجنبية والعربية والمحلية، وتم ترتيبها وفق التسلسل الزمني من الأقدم إلى الأحدث.

- الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة الحالية بشكل مباشر قليلة جدا بل نادرة وفقًا لما لاحظته الباحثة بعد مراجعة العديد منها، وبالتالي تُعتبر هذه الدراسة الأولى من نوعها في تناول موضوع نوعية الخدمات الصحية وربطها بالعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، مما يميزها عن غيرها ويجعلها إضافة قيمة للمكتبة العلمية.
- تتميز هذه الدراسة عن السابقة من خلال تناولها الخدمة الصحية كخدمة اجتماعية تُعنى بحماية وتحسين صحة الأفراد، مما يعزز قدرتهم على أداء أدوارهم بفعالية في المجتمع.
- تباينت الأهداف التي سعت إليها الدراسات السابقة مقارنة بأهداف البحث الحالي، وذلك نتيجة لاختلاف أحد متغيرات الدراسة وتنوع مجتمع البحث، مما يؤدي ذلك إلى اختلافات متفاوتة في نتائج الدراسات السابقة مقارنة بنتائج الدراسة الحالية.
- استنادا إلى الدراسات السابقة المقدمة المتعلقة بموضوع الخدمات الصحية يمكن القول إن هذه الخدمات أصبحت محور اهتمام العديد من الباحثين من مختلف التخصصات، مما يعكس أهميتها البالغة في حياة

الأفراد، وتظهر الأبحاث أن للخدمات الصحية أبعادًا عديدة تؤثر في مختلف مجالات الحياة.

- اقتربت قليلا دراسة عبد الرحمن بن أحمد الوروري التي تركز على العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض وأثرها في تفعيل العلاج من أحد متغيرات الدراسة الحالية، حيث تتعمق في جودة التفاعل البشري كأساس لنجاح العملية العلاجية وتحسين النتائج السريرية، في المقابل تركز الدراسة الحالية على نوعية الخدمة الصحية باعتبارها السبب الرئيسي الذي ينعكس على تحسين العلاقة بين الفريق الصحي والمرضى، مما يجعل العلاقة الإيجابية نتيجة لجودة الخدمة المقدمة ككل.

ويمكن حصر أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في إعداد هذه الدراسة في النقاط الآتية:

- الوقوف بدقة على حدود المشكلة البحثية مما يضمن البدء من حيث لم يصل إليه الباحثون الآخرون.
- ساعدتنا في تحديد حدود الدراسة بشكل أكثر دقة ووضوح، مما يمنحنا أساساً قوياً لتنظيم وتحقيق أهداف البحث.
- تحديد وصياغة أهداف وتساؤلات الدراسة بدقة.
- كان لها دور في تزويدنا بقائمة من المراجع العلمية التي دعمت الإطار النظري وساهمت في توسيع معرفتنا وتعميق فهمنا للموضوع قيد البحث.
- اختيار المنهج العلمي المناسب.
- تحديد كثير من الخطوات المنهجية في الجانبين النظري والميداني.
- قدمت لنا هذه الدراسات تصوراً واضحاً حول الصعوبات المحتملة التي قد نواجهها، مما أتاح لنا الفرصة لوضع استراتيجيات فعالة لتجنبها وتحقيق أهداف البحث بكفاءة.

سابعا: الـمقاربة الـنظرية للـدراســة

حتى يكتسب البحث أو الدراسة الطابع العلمي لا بد من الانطلاق من إحدى النظريات كقاعدة أساسية له، "والنظرية عبارة عن طرق مختلفة لإدراك الحقائق الاجتماعية وتفسيرها، وحسب Kerlinger تمثل النظرية مجموعة من البنى أو المفاهيم المتفاعلة والافتراضات والتعاريف والقضايا التي تمثل وجهة نظر منتظمة لتفسير ظاهرة ما، والتنبؤ بها من خلال إيجاد العلاقات بين المتغيرات لتفسيرها وفهمها وضبطها" (العدوان و داود، 2016، صفحة 22)، أما **«هيج»** فيعتبر النظرية مجموعة من القضايا والأحكام النظرية التي تفسر ظواهر الحياة الاجتماعية (طلعت و الزيات، د . س، صفحة 20).

تعد المقاربة السوسيولوجية من أهم الخطوات المنهجية والمعرفية الاجتماعية لتحليل وتفسير الظواهر، وإحدى الدعائم الأساسية التي يقوم عليها التحليل السوسيولوجي لأي دراسة، وهي الإطار والخلفية التي

تساعد الباحث في تحديد الاتجاه الفكري الذي ينبغي أن يسلكه في دراسته، وذلك من خلال إخضاع الموضوع لنسق تصوري محدد، بمعنى آخر المقاربة هي الطريقة التي يتبعها الباحث لتوجيه بحثه نحو فهم علمي متسق ومنطقي للمشكلة المطروحة، ولمّا كانت المقاربة بديلاً عن المدخل أو الاتجاه ومع تعدد المداخل وتنوع المقاربات أصبح من الضروري علينا أن نحدد بدقة المنظور الذي نتبناه والزاوية التي ندرس منها موضوع البحث بشكل دقيق.

في دراستنا هذه اعتمدنا على النظرية البنائية الوظيفية Structural Functionalism، وهي من أهم نظريات علم الاجتماع،" وأكثر اتجاهات الفكر الاجتماعي المعاصر شيوعاً، ترجع تسميتها إلى اعتمادها على مفهومين أساسيين في تحليل المجتمع وتفسيره، وهما البناء Structure والوظيفة Function ويمثل هذان المفهومان العمود الفقري لهذه النظرية" (حسو الزيباري، 2016، صفحة 95)، وقد سميت بهذا الاسم لأنها تحاول فهم المجتمع في ضوء البنيات التي يتكون منها والوظائف التي تؤديها البنيات (مسعود، 2011، صفحة 18).

تهتم البنائية الوظيفية بتحليل الظواهر الاجتماعية والثقافية بناءً على الوظائف التي تؤديها في إطار نسق اجتماعي ثقافي، حيث تفترض الوظيفية أن المجتمع نسق يتكون من أجزاء مترابطة، لا يمكن فهم أي جزء بشكل منفصل عن الكل الذي ينتمي إليه، كما أن التغير في أحد الأجزاء يؤدي إلى نوع من عدم التوازن، مما ينتج عنه تغييرات في الأجزاء الأخرى من النسق، ويؤدي ذلك إلى إعادة تنظيم النسق ككل، وتركز الوظيفية أيضا على الخصائص العامة للبناء الاجتماعي والطبيعة العامة للمؤسسات الاجتماعية، ويمكن فهم ما يعنيه الوظيفيون بالعلاقة المترابطة أو المتداخلة بين أجزاء النسق الاجتماعي من خلال دراسة الأدوار البنائية الفاعلة التي تشكل أجزاءً بنائية مترابطة من هذا النسق المتكامل (رث، 2010، صفحة 52)، وهو ما تجسد في أفكار رواد علم الاجتماع الأنثروبولوجيين مثل مالينوفسكي B.Malinowski ، والغربيين من أمثال أوجست كونت A.Comte (1789-1857)، هربرت سبنسر H.Spencer (1820-1903)، باريتو، الذين ركزوا على الاعتماد المتبادل بين أجزاء النسق الاجتماعي، "أما إيميل دوركايم E.Durkheim فقد ركّز على التكامل أو التضامن وكثيرا ما استخدم مماثلات بيولوجية وكان أشهرها المماثلة العضوية التي بمقتضاها نظر إلى المجتمع ككيان عضوي يعمل كل جزء من مكوناته على المحافظة على الأجزاء الأخرى، ويؤكد دوركايم أنّ لكل ظاهرة وظيفة، حيث يرى أنّ وظيفة تقسيم العمل صياغة الاتحاد والتكامل الاجتماعي وصياغة التكامل أكثر ملائمة للشكل البنائي الجديد (التضامن العضوي)" (حسو الزيباري، 2016، الصفحات 102-103)، كما لا ننس آراء العديد من علماء الاجتماع

الأمريكيين المعاصرين من أمثال روبرت ميرتون R.Merton ، بارسونز T.Parsons (1902-1979)* الذي يعتبر من أهم قادة النظرية البنائية الوظيفية في القرن العشرين، حيث ينظر إلى أن المجتمع نسق اجتماعي "يتألف من عدد من الأجزاء المترابطة، ويهتم بدراسة العلاقة بين مختلف هذه الأجزاء وبين المجتمع ككل، كما ينظر إلى المجتمع على أنه شبكة منظمة من الجماعات المتعاونة التي تتجه نحو الاستقرار وتتفق حول القيم المرتبطة بالأهداف ووسائل تحقيقها" (طلعت و الزيات، د . س، صفحة 68).

يرى الاتجاه الوظيفي أن جميع أجزاء النسق مترابطة ومتداخلة على نحو معين، وتسهم بطريقة ما في دعم واستمرارية الكل، وفي هذا السياق أشار بارسونز إلى أن هناك أربع متطلبات وظيفية أساسية يتعين على كل نسق أن يواجهها إذا ما أراد البقاء اثنان منهما يتعلقان بعلاقة النسق ببيئته وهما الموائمة Adaptation وتحقيق الأهداف Goal attainment، أما المطلبان الآخران فهما التكامل Integration والكمون Lateney يعبران عن الظروف الداخلية للنسق (الحسيني، 1977، الصفحات 77-110).

يلخص أحد علماء الاجتماع المبادئ الأساسية التي تستند إليها هذه النظرية في نقاط كما يلي:

- يمكن اعتبار أي كيان سواء كان كائنًا حيًا أو نظامًا اجتماعيًا فردًا أو مجموعة صغيرة، مؤسسة رسمية أو مجتمعًا بأكمله، على أنه نسق أو نظام يتكون من مجموعة من الأجزاء المترابطة التي تتفاعل معًا لتشكل كلاً متكاملاً.
- يحتاج كل نسق إلى تلبية احتياجات معينة، وإذا لم يتم ذلك قد يتعرض للتغيير الجذري أو الفناء.
- كل جزء من أجزاء النسق يمكن أن يكون له دور وظيفي إيجابي يسهم في تحقيق توازن النسق، أو قد يكون ضارًا وظيفيًا يؤدي إلى تقليل هذا التوازن أو قد يكون غير وظيفي.
- يمكن تلبية كل حاجة من حاجات النسق بواسطة عدة متغيرات أو بدائل، فحاجة المجتمع لرعاية الأطفال يمكن أن تقوم بها الأسرة أو دور الحضانة، ويمكن تعزيز تماسك المجتمع بالتمسك بالتقاليد أو من خلال الشعور بتهديد خارجي.

---

* **تالكوت بارسونز** من أبرز علماء الاجتماع الأمريكيين في تطوير النظرية الوظيفية، وُلد في الولايات المتحدة الأمريكية، درس علم الأحياء في كلية أمهرست، ثم علم الاجتماع في مدرسة لندن للاقتصاد والعلوم السياسية، وتأثر بعلماء الاجتماع الألمان خاصة ماكس فيبر وسمبارت، وحصل على الأستاذية في علم الاجتماع من جامعة هارفارد عام 1944، من أهم مؤلفاته في علم الاجتماع الطبي "النظام الاجتماعي"، واهتم بدراسة مهنة الطب والأسرة والتفاعل الاجتماعي وأثر الطبقة الاجتماعية في معدلات الولادات والوفيات في أمريكا وأوروبا.

- يجب أن تركز وحدة التحليل على الأنشطة أو النماذج المتكررة، فالتحليل الاجتماعي الوظيفي يهتم بفهم كيفية قيام الأسرة كنظام لهذا الهدف، والهدف الرئيسي للتفسير الوظيفي هو الكشف عن كيفية مساهمة أجزاء النسق في تمكين النسق ككل في الحفاظ على استمراريته أو في الإضرار بهذه الاستمرارية (مسعود، 2011، الصفحات 17-18).

تبنّت هذه الدراسة المنظور الوظيفي في دراسة الخدمة الصحية انطلاقاً من اعتبارها وظيفة أساسية داخل بنية المجتمع، ترتكز حولها كافة أنشطة مهام المؤسسات الاستشفائية العمومية (الجزء)، حيث يتم النّظر إلى هذه المؤسسة كنظام اجتماعي يتكون من مجموعة من الأنظمة الفرعية التي بدورها تعتبر نظامًا فرعيًا لنظام أكبر وهو المجتمع (الكُل)، وبالتالي يعتبر توفر الخدمات الصحية ضروريًا لاستمرارية عمل هذه المؤسسة لأنها تمثل متطلبات أساسية ووظيفية تلبي الاحتياجات الصحية الأولية لأفراد المجتمع، كما تُعتبر هذه الخدمات الناتج النهائي لأنشطة تنظيمية رسمية ومعقدة، تشمل تفاعلات متعددة بين الأفراد، حيث يقوم الطبيب بتشخيص المرض ووصف العلاج والممرضة تعاونه في تلك الإجراءات وتحفظ سجلات المرضى وإتباع التعليمات الطبية، ومن جهة أخرى يقوم الفنيون بإجراء التحاليل والفحوصات والأشعة اللازمة للتشخيص والمتابعة، أما باقي العمال فمنهم من يقوم بأعمال النظافة وتنظيم الغرف وتوزيع الوجبات الغذائية على المرضى، وتتناغم هذه الأدوار معاً حيث تعتمد النتيجة النهائية على مدى قيام كل واحد بدوره المنوط به.

وفي ذات السياق، حاولنا في دراستنا هذه التّطرق إلى ما توصل إليه تالكوت بارسونز رائد النظرية البنائية الوظيفية من خلال تفسير العلاقة بين الأطباء والمرضى على أنها علاقات تتضمن مجموعة من التوقعات السلوكية، منطلقاً من أن لكل منهما دور اجتماعي يؤديه، وفي هذا الإطار نحت مفهوما اعتبره محور دراسته "دور المريض"، يتم استخدامه لتحليل المرض باعتباره دورا اجتماعيا وليس مجرد كيان بيولوجي وتجربة جسدية، وذلك ما أكده في كتابه "النظام الاجتماعي" على أنّ توازن النظام الاجتماعي يعتمد على أداء كل فرد لدوره بما يضمن فعالية النظام واستمراريته، لذا يجب أن يكون الأفراد مدفوعين بشعور من الواجب والالتزام بالعلاقات الاجتماعية (محمد الحسن، 2008، صفحة 43)، أما دور الطبيب ينبغي أن يجمع بين الجانبين الطبي والاجتماعي، ويحتوي على قيم وأخلاقيات تلزم الطبيب القيام بواجبه على أكمل وجه، كما يرتبط دوره بمسؤولية المريض، لذا يجب استغلال هذا الدور في تنمية الوعي الصحي.

ولكي يعمل أي مجتمع بانتظام وتوازن يجب إدارة "المرض" بطريقة تجعل غالبية الناس يحافظون على أدوارهم والتزاماتهم الاجتماعية، حيث يعتمد هذا المنظور على افتراض أنه إذا كان الكثير من الناس

يصفون أنفسهم بأنهم مرضى ويحتاجون إلى إعفاءهم من النطاق الطبيعي لالتزاماتهم الاجتماعية، فإنّ هذا سيكون مختلاً بمعنى الإخلال بالمجتمع ككل، لأن المرض يعني اختيار الانسحاب من الأنماط الطبيعية للسلوك الاجتماعي، حيث يرقى إلى شكل من أشكال الانحراف (دبلة ، 2023، صفحة 4)، فالمرض إذا لا يشكل اضطرابا عضويا فرديا فحسب، بل هو أيضا انحراف اجتماعي لأن المريض يتهرب من المهام والأدوار والقيود التي تثقل كاهل الأصحاء يوميا ويميل أحيانا إلى استغلال هذا الإعفاء من مسؤولياته (CLAUDINE HERZLICH, 2003, p. 223)، ولتفادي الانحراف ينبغي عزل المريض عن المجتمع ووضعه في مؤسسة صحية لتحقيق الضبط الاجتماعي والاستقرار، وبالتالي فإنّ الأداء الفعال للنظام الاجتماعي يعتمد على إدارة المريض والسيطرة عليه.

من هذا المنطلق، تُعتبر المؤسسة الاستشفائية العمومية مؤسسة اجتماعية وظيفية، يعتمد نظامها العلاجي على جميع الأقسام والعناصر الفاعلة بها لتحقيق صحة شاملة للأفراد تتضمن الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية.

الفصل الثاني: مـاهـية المؤسسـة الـصحيـة والاستشفائيــة

تــمــــهيد

أولا: الأســس الــنظـريـة للـمـؤسـســـة الصحيــة

1. مـــفـهـوم الـمــؤسسة الـصـحـية
2. مـيـزات وخصائص المؤسسة الصحية
3. الــعناصر المكونة للمؤسسة الصحـيـة
4. أهــداف الــمؤسسة الصــحــيــة
5. وظائف المؤسسة الصحية العمومــية

ثانيا: البنية الإدارية للمؤسسة الاستشفائية العمومية في الجزائر

1. المـفــهــوم والتطور التاريخي للمستشفى
2. أنـــــــواع الـــمستـشــفـيات
3. المستشفى ككيان استراتيجي وأهــدافـه
4. المؤسسات الاستشفائية العمومية المقدمة للخدمات الصحية في الجزائر
5. الهيئات المسيرة للــمــؤسسة الاستشفائية العموميـــة في الجـــزائر

خلاصة الفصل

تـمــهيــد

تعتبر المؤسسة الخدمية من بين أبرز المؤسسات في زماننا الحالي، حيث احتلت مكانة كبيرة في حياتنا اليومية، وتبرز المؤسسات الصحية كواحدة من أهم هذه المنشآت الحيوية في المجتمع، فهي مؤسسة تعتني بتلبية الاحتياجات الصحية للفرد والمجتمع، كما تساهم في تعزيز التنمية المستدامة من خلال تقديمها لمجموعة واسعة من الخدمات الصحية الضرورية.

ومع تطور المفاهيم العلمية المرتبطة بالقطاع الصحي تغيرت الصورة النمطية للمؤسسة الصحية من كونها مجرد مكان لإيواء المرضى ومكان مختص لتقديم خدمات علاجية فقط إلى مؤسسات منتجة للصحة تقدم خدمات وقائية علاجية وفندقية وتعليمية وتدريبية وإنتاجية، وتقدم خدمات بحثية للاستفادة من نتائجها في تحسين نظم العمل ورفع مستوى الخدمات الصحية للمرضى، بالإضافة إلى الخدمات الاجتماعية كتوفير الأجهزة التعويضية للمعاقين وتنظيم الأنشطة الترفيهية والرحلات للعاملين بالمستشفى والتأهيل المهني والإرشاد والتثقيف الصحي وغيرها من الخدمات الأخرى.

نسعى من خلال هذا الفصل إلى معرفة بعض الجوانب البارزة والمهمة المرتبطة بالمؤسسة الصحية بالتعرف على أهم حيثياتها مع تمييز فرعي للمؤسسة الاستشفائية لفهم السياق الصحي بشكل أفضل، كما تم تخصيص جزء من هذا الفصل لدراسة المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر، حيث تُعتبر هذه المؤسسات الركيزة الأساسية لتقديم الخدمات الصحية للمجتمع الجزائري، وقد تم التطرق كذلك إلى أهم الهيئات المسيرة لهذه المؤسسات في تنظيم العمل وتنسيق الجهود لضمان تقديم الرعاية الصحية بكفاءة.

أولا: الأسس النظرية للمؤسسة الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية سواء كانت مستشفيات أو عيادات أو مراكز صحية عامة أو خاصة من أهم المنشآت في المجتمع، حيث تقدّم خدمات متنوعة للمرضى الذين يبحثون عن العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، هذه المؤسسات في شكلها الحالي هي نتاج تطورات تاريخية حوّلت من مؤسسات خيرية إلى كيانات مؤسسية، حيث شهدت هذه المؤسسات في السنوات الأخيرة إقبالا واسعا في عدد المترددين عليها مع تزايد المطالبة بالاستجابة السريعة لاحتياجاتهم، مما أدى إلى توسع في مفهوم ووظائف هذه المؤسسات، كل ذلك حتم القائمين على إدارتها تحسين نوعية خدماتها لتلبية هذه المتطلبات.

1. مفهوم المؤسسة الصحية

شهد هذا المفهوم تنوعًا بناءً على الأطراف التي تتفاعل معها المؤسسة، كل حسب وجهة نظرته الخاصة، ولقد عرفها البكري كمايلي:

من وجهة نظر العاملين في القطاع الطبي: تمثل المؤسسة المكان الذي يمارسون فيه مهامهم الإنسانية والمهنية.

من منظور المستفيدين من الخدمة الصحية: تُعتبر المؤسسة الجهة المسؤولة عن توفير العلاج والرعاية الطبية اللازمة لهم.

من منظور إدارة المؤسسة: كيانًا منفتحًا على البيئة المحيطة بها المتفاعلة مع متغيراتها في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بكفاءة وفعالية.

منظور شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: تعتبر سوق واسع يحتاج إلى تزويده بما يتطلبه من أدوية ومواد لازمة.

من منظور الحكومة: تُعتبر إحدى مؤسساتها الخدمية التي تساهم في تلبية احتياجات المجتمع للنهوض بالواقع الصحي نحو الأفضل (البكري، د.س، الصفحات 21-22).

وعرفت على أنها جميع التنظيمات والهيئات التي تقدم خدمات صحية وطبية سواء بشكل مباشر من خلال المؤسسات الرسمية والوحدات الصحية أو بشكل غير مباشر عبر الجمعيات والمنظمات التي تدعم قطاعي الصحة والمرض في جميع العمليات الإجرائية للصحة العامة والتي تشمل المؤسسات التعليمية والعلاجية والوقائية (قدري و آخرون، 2008، صفحة 135).

ويقصد بها كل تنظيم أو وحدة قائمة بذاتها تقدم خدمات علاجية أو وقائية أو إنشائية، تشمل المؤسسات العلاجية والمستشفيات العامة والعيادات والمستشفيات التخصصية والمستوصفات، أما

المؤسسات الوقائية فتضم مكاتب الصحة ومراكز رعاية الأم والطفل ومراكز الصحة المدرسية وكل الأنشطة المرتبطة بمصلحة الطب الوقائي ومكاتب التثقيف الصحي، كما انتشرت المؤسسات الإنشائية مثل مراكز التأهيل ومكاتب التأهيل المهني ودور النقاهة التي تساهم في تعزيز الصحة العامة (مزاهرة و آخرون، 2003، صفحة 93).

أما المؤسسة الصحية الحديثة فهي عبارة عن نظام متكامل يتميز بإدارة فعّالة وموارد متعددة، حيث تضم جهازًا طبيًا متخصصًا وخدمات مساندة مثل التمريض والأشعة، كما تحتوي على تقنيات طبية حديثة ومرافق مخصصة لإقامة المرضى خلال فترة علاجهم وتأهيلهم، تقدم المؤسسة خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقاية والتشخيص والعلاج الطبي والتأهيلي، مع التركيز على تحسين إمكانياتها لتقديم خدمات طبية ذات نوعية وأمان عالٍ للمجتمع (حمادو و بن عيشاوي، 2018، صفحة 7).

بناءً على ما تقدم، يمكن تعريف المؤسسة الصحية بأنها هيكل تنظيمي ديناميكي يهدف إلى تقديم خدمات صحية للأفراد والمجتمعات، ويتكون هذا الهيكل من مجموعة متنوعة من الكيانات مثل المستشفيات والعيادات والمختبرات، ويتمثل هدفها الأساسي في تلبية احتياجات المرضى وضمان جودة واستمرارية الرعاية الصحية المقدمة.

1.1. المؤسسة الصحية من منظور اجتماعي

ينظر إليها على أنها مؤسسة طبية مهمة من مؤسسات المجتمع عن طريق تحليلها إلى عناصرها الأولية بالاعتماد على النظرية البنيوية الوظيفية إحدى أهم النظريات المعاصرة في علم الاجتماع، والدراسة الاجتماعية للمؤسسة الطبية كالمستشفى التي تتطرق إلى الأنساق العمودية والأفقية للمستشفى والعلاقات الداخلية التي تربط بين أفرادها (محمد الحسن، 2008، صفحة 75)، يشكّل البناء الاجتماعي للمؤسسة الصحية نسقا من العلاقات المنظمة بأخلاقيات مهنة الطب والتمريض والتخصصات المهنية الدقيقة، ينتج عن ذلك هيكل هرمي يحدد أدوار ومسؤوليات وامتيازات جميع العاملين ما يؤكد أن مقدمي الخدمات الصحية يعملون ضمن تنظيم مهيكل يتحدد بتخصصاتهم ومكانتهم، أما المريض فيجب أن ينظر إليه على أنه كائن اجتماعي ذو مشاعر وآلام تتطلب اهتمامًا خاصًا، يرتبط هذا البناء الاجتماعي بنظام تنظيمي يحدد الأنشطة والواجبات والمسؤوليات لتحقيق أهداف المجتمع من هذه المؤسسة (بشير الدويبي، 2006، صفحة 71).

مما سبق، تعتبر المؤسسة الصحية نظام اجتماعي مفتوح يهدف إلى تعزيز صحة ورفاهية المجتمع، يمتد دورها ليشمل التفاعل مع العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المحيطة بها، وهي تتألف من مجموعة من الأقسام والأدوار المحددة التي تعمل معًا في تناغم مما يجعلها فاعلاً أساسيًا في تحقيق التوازن الاجتماعي.

2. مميزات وخصائص المؤسسة الصحية

1.2. مميزات المؤسسات الصحية

تتميز المؤسسة الصحية بمجموعة من الخصائص الفريدة التي لا تتوفر إلا فيها، وهي كالآتي:

- تتميز بتعدد أقسامها وكثرة عدد العاملين فيها مع تنوع تخصصاتهم ومسؤولياتهم، وكلما ازداد حجم المؤسسة الطبية ازدادت تعقيداتها الإدارية وتعددت أقسامها.
- رغم أنها تعمل وفق مجموعة من اللوائح والإجراءات لتنظيم شؤونها، إلا أن طبيعة المرض وفردية كل حالة تستدعي تكييف هذه الإجراءات وفق ظروف كل مريض منفردا.
- تنفرد بطابع يميزها عن المؤسسات والهيئات الاجتماعية التي تقدم فيها الخدمة الاجتماعية، فهي كيان خاص يُكسبه مشهد المرضى ورائحة الأدوية والمطهرات والأسرة ولون الملابس وجوداً نفسياً (مزاهرة و آخرون، 2003، صفحة 94).
- تعقيد إدارة المؤسسة الصحية من كثرة وتنوع الوظائف والمهن العاملة فيها من الناحيتين الكمية والنوعية.
- تواجه الإدارة صعوبات ناتجة عن وجود صراعات تنظيمية داخل المؤسسة، كالصراع بين الأطباء والإداريين، أو بين الأطباء والتمريض، وأحياناً بين التخصصات الطبية المختلفة.
- يصعب اتخاذ القرارات أحياناً لعدم القدرة على التنبؤ بالحالات المرضية التي قد تواجهها المؤسسة.
- لا يمكن للمؤسسة الصحية تحديد الفائدة أو الخسارة بشكل دقيق عند تقديم خدمات طبية أو تمريضية، لأن قيمة شفاء المرضى أو حياتهم لا يمكن تحديدها.
- المؤسسة الصحية لا تستطيع تحديد أوقات تقديم الخدمات الصحية بدقة، إذ تُقدَّم خدماتها على مدار الساعة نظراً لصعوبة التنبؤ بوقت الحاجة إلى الرعاية الطبية أو الوقت الذي قد يمرض فيه المريض.
- تخضع المؤسسة الصحية لمجموعة متنوعة من القوانين والأنظمة والتعليمات، مما يؤثر على طبيعة عملها ويصعب إدارتها (ذياب، 2010، الصفحات 28-29).

2.2. خصائص المؤسسة الصحية:

- **وجود خطوط للسلطة:** الخط الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية يمثله الجهاز الإداري، أما الخط الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتمتع به أفراد الجهاز الطبي نظرًا لتخصصهم الدقيق، مما قد يؤدي أحيانًا إلى صراعات على النفوذ، وهناك نوع آخر من السلطة يتمثل في السلطة النقابية التي تتمتع بتمثيل قوي يتيح لها موقعًا تفاوضيًا قويا.
- **تعدد أسعار الخدمة الواحدة:** قد تُقدّم خدمات معينة مجانًا لفئة من المرضى، بينما تُقدم نفس الخدمة بمقابل

رمزي لفئة أخرى، كما يمكن أن تُقدم بمقابل يعادل كلفتها أو يزيد عنها لفئات أخرى، وتختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدّم بمقابل، حيث يمكن أن تُدفع نقدًا أو بالأجل أو وفقًا لتعاقدات بين المؤسسة الصحية ووجهات عمل معينة.

- يعتمد نجاح المؤسسة الصحية على كفاءة العنصر البشري، وتبرز أهمية هذه الكفاءة في تمييز أداء مؤسسة عن أخرى، ومن خلال تقديم معاملة حسنة واستقبال جيد وكفاءة في العلاج والتمريض.
- تُعتبر المؤسسات الصحية نظامًا معقدًا لا يمكن مكننة نشاطاته أو توحيدها، وذلك لتنوع احتياجات ومتطلبات المرضى الصحية.
- تُدار العديد من المؤسسات الصحية بأسلوب إدارة الأزمات بدلاً من إدارة الأهداف لأن متطلبات العمل غالبًا ما تكون طارئة وغير قابلة للتأجيل.
- تواجه المؤسسات الصحية صراعات مع مشاكل الحياة والموت، مما يضع العاملين فيها تحت ضغط دائم، حيث يتطلب العمل في هذا المجال مستوى عالٍ من التخصص (دريدي ، 2014، صفحة 6).
- **تداخل الأنشطة والخدمات:** تعتمد الرعاية الحديثة على تداخل الأنشطة والخدمات والتكامل بين الموظفين، هذا التكامل يستند إلى التعاون بين جميع العاملين لتعدد التخصصات والتقسيمات الواسعة للعمل، كما يتطلب مستوى عالٍ من التنسيق لضمان الكفاءة والفعالية في تحقيق الأهداف، ومن هنا تبرز واحدة من أهم المهام الصعبة للمدراء وهي خلق البيئة التنظيمية الملائمة التي تتيح تقديم خدمات الرعاية الطبية بأعلى مستوى من الجودة.
- **الطبيعة الطارئة للعمل:** غالبية الحالات تكون عاجلة وغير قابلة للتأجيل، مما يصعب على العاملين توقع حجم العمل أو نوعية الحالات المرضية التي قد تستقبلها، هذه الخصوصية تحمل في طياتها العديد من المضامين المتعلقة بتحمل هذا العبء الثقيل (البيطار، صفحة 5).
- **تأثير نشاط المؤسسات بالمتغيرات البيئية المحيطة:** سواء كانت المتغيرات اجتماعية حيث ينعكس المستوى الثقافي ونوعية سلوكيات الأفراد والمجتمع المحيط بالمؤسسة على الحالة الصحية والمستوى الصحي السائد بهم، أو كانت تلك المتغيرات اقتصادية حيث تتأثر المؤسسة بالبيئة من حيث تكلفة المستلزمات الصحية أو نوعيتها.

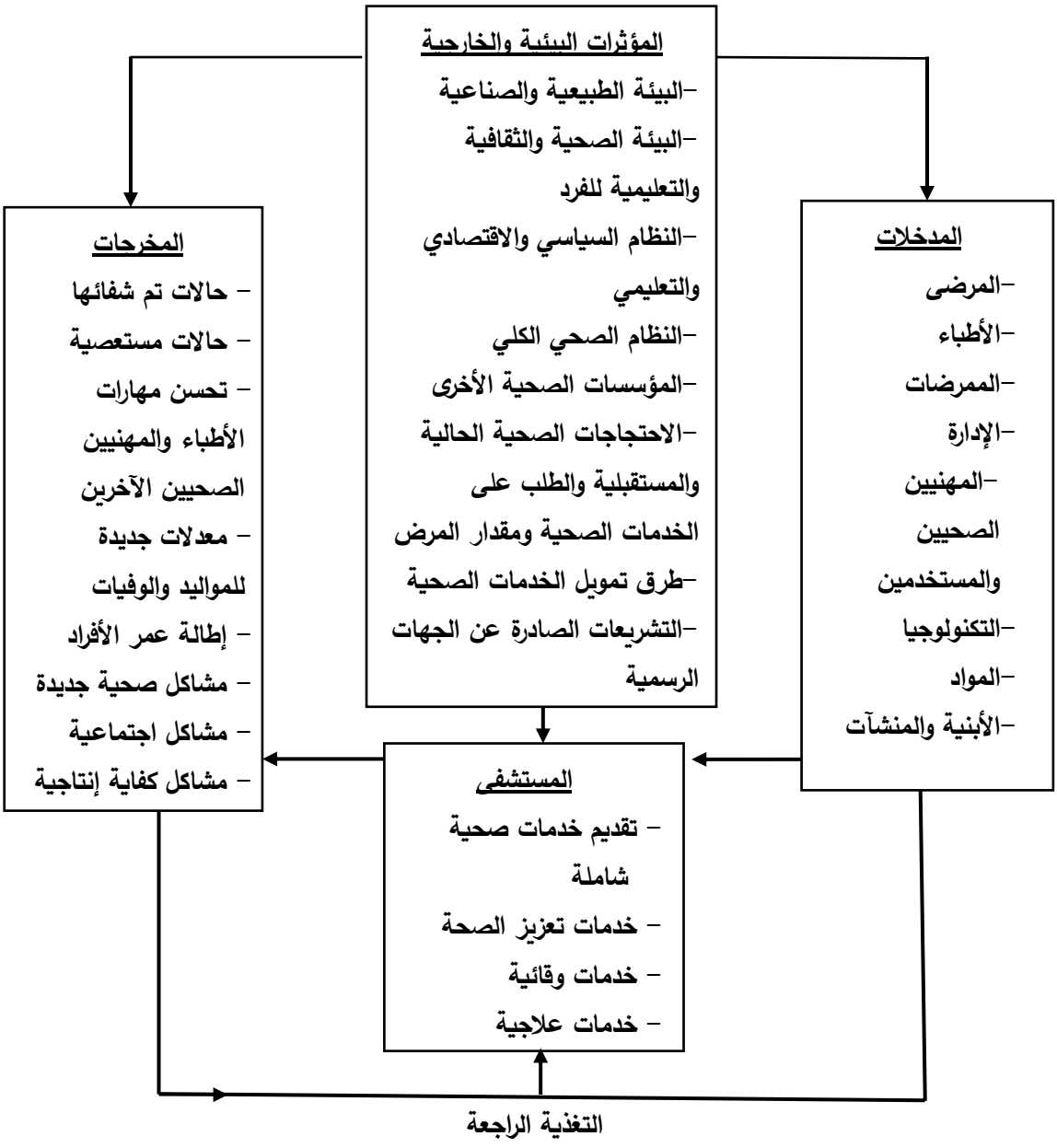
3. العناصر المكونة للمؤسسة الصحية

المؤسسة الصحية عبارة عن نظام شامل يتكون من جملة من العناصر المتمثلة في:

- **الأهداف:** تعكس الاحتياجات الصحية وتعمل كإرشادات رئيسية للإدارة لتلبية تلك الاحتياجات.

- **المدخلات:** تشمل العنصر البشري والعنصر المادي وعناصر المعلومات، وهي ضرورية لتمكين المؤسسة من أداء نشاطاتها.
- **النشاطات:** تمثل العمليات التي يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات، وتتضمن جميع الأنشطة التي تنفذها الأقسام المختلفة (بن فرحات، 2018، صفحة 31).
- **المخرجات:** تركز المخرجات الأساسية على جودة الخدمات الطبية المقدمة للأفراد عند مغادرتهم المؤسسة، بالإضافة إلى المخرجات المتعلقة بكفاءة المؤسسة.
- **التغذية المرتدة:** تشير إلى المعلومات التي تعكس نتائج أنشطة العاملين وفقًا للمعايير المحددة.
- **البيئة** تعكس الظروف المحيطة التي تؤثر على المؤسسة ونموّها (يوسف كامل، 2021، صفحة 22).

الشكل رقم (01): تأثير البيئة الخارجية على مدخلات ومخرجات المستشفى كنظام مفتوح



المصدر: (البيطار، صفحة 24)

4. أهداف المؤسسة الصحية Objectives of Health Organizations

تسعى المؤسسات الصحية لتحقيق مجموعة من الأهداف العامة ومن أهمها:

- ✓ الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى من الرعاية الصحية، وقد اقترح الباحث **هنريك بلوم Henrick Bwm** مجموعة من الأهداف التفصيلية لتحقيق هذا الهدف:

أ- ضمان توفير خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع الأفراد.

ب- تقليل مستوى القلق والتوتر الناتج عن المرض.

ت- خفض مستويات الإعاقة والعجز الصحي.

ث- تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوفر على اللقاحات وسبل الوقاية.

ج- توفير الكفاءات البشرية المناسبة من حيث العدد والنوعية لتلبية احتياجات برامج الرعاية الصحية.

ح- تطوير نظام المعلومات الصحية من أجل توفير المعلومات الدقيقة عن الأوضاع الصحية.

خ- السعي المتواصل نحو إطالة العمر والوقاية من الوفاة المبكرة الناجمة عن الأمراض (يوسف كامل، 2021، الصفحات 22-23).

- ✓ تقدم جميع مستويات الخدمات الصحية بدءًا من خدمات الرعاية الصحية الأولية كتوعية المجتمع بالصحة الشخصية والعامة وضمان توفير الغذاء والمياه الصالحة للاستهلاك البشري.
- ✓ تقدم هذه المؤسسات خدمات الرعاية الصحية الثانوية، والتي تتضمن تقديم الرعاية الطبية والعلاجية في التخصصات الطبية الرئيسية مثل الجراحة العامة والطب الباطني وطب الأطفال وطب النساء والتوليد.
- ✓ توفر المؤسسات الصحية خدمات الرعاية الطبية التخصصية المتقدمة، بما في ذلك العلاجات الدقيقة والرعاية التأهيلية أو الممتدة (ذياب، 2010، صفحة 29).

وبالتالي، فإن عدم مراعاة الواقع والظروف الفعلية عند تحديد الأهداف وعدم وضع خطط عملية لتحقيقها يؤدي إلى فشل المؤسسة الصحية في تجسيد وتحقيق بعض الأهداف المعلنة، مما يؤثر سلبًا على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

5. وظائف المؤسسة الصحية العمومية

أوصت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المؤسسة الصحية بوظائف أساسية هي كالآتي:

- الوظيفة العلاجية
- الوظيفة الوقائية

- وظيفة التدريب والتعليم
- وظيفة البحوث الطبية والاجتماعية

1.5. الوظيفة العلاجية*

المؤسسات الصحية يزورها العديد من المرضى وتقوم بتقديم الخدمات العلاجية التالية:

- تقديم العلاج والاستشفاء للمرضى في منازلهم وتنفيذ إجراءات العلاج التلطيفي.
- **العلاجات القاعدية أو الأولية:** وتشمل خدمات الوقاية والترقية الصحية وإعادة التأهيل لتلبية احتياجات الأفراد الصحية، وتعتبر هذه العلاجات المستوى الأول في مسار العلاج ضمن المنظومة الوطنية للصحة، ويجب توفيرها بالقرب من أماكن العيش والتعليم والتكوين والعمل.
- **العلاجات الثانوية:** تتضمن جميع الخدمات التشخيصية والعلاجية المتخصصة التي تقدمها الهياكل والمؤسسات الصحية.
- **العلاجات ذات المستوى العالي:** تتضمن الخدمات التشخيصية والعلاجية عالية التخصص التي تقدمها الهياكل والمؤسسات الصحية.
- **علاجات الرعاية التلطيفية:** تهدف إلى تخفيف آلام المرضى وتقليل معاناتهم النفسية وتوفير المرافقة اللازمة لهم.
- ضمان تقديم الرعاية التلطيفية على مستوى الهياكل والمؤسسات الصحية وبالمنازل، وكذلك في المؤسسات ذات الطابع الصحي أو الاجتماعي التابعة للقطاعات الأخرى، خاصة القطاع المكلف بالتضامن الوطني وفق الشروط والكيفيات التي يحددها الوزير المعني (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2018، الصفحات 28-29).

2.5. الوظيفة الوقائية

تقوم المؤسسة الصحية بتقديم خدمات صحية وقائية متنوعة لمكافحة الأمراض الوبائية، وذلك من خلال تنظيم حملات وطنية لتطعيم المواليد الجدد وتوفير الرعاية للأمهات والأطفال، كما تدير المؤسسة برامج صحة المدارس، حيث يتم تطعيم الطلاب في المستوى الأول ضد مرض التدرن وإعطاؤهم مطاعيم الثنائي وشلل الأطفال وتقديم التوعية الصحية لهم، كما تتولى المؤسسة مراقبة المطاعم وموظفي خدمات الغذاء لضمان الامتثال لمعايير الصحة والسلامة الغذائية وتشرف على جودة المياه للتأكد من خلوها من التلوث وضمان السلامة الصحية العامة (مزاهرة و آخرون، 2003، صفحة 103).

* لمزيد من التفاصيل انظر المواد: 281،283،284،285،286، 287 من قانون الصحة الجزائري.

ويقصد بها كذلك الرعاية المرتبطة بتوجيه النظام الصحي في المجتمع، والمعروفة بالخدمات الصحية البيئية، تهدف إلى تعزيز مشاركة الأفراد والمجتمع في الأنشطة الصحية، بناءً على فهم واضح للمشكلات الصحية الرئيسية التي يعاني منها المجتمع، مثل الأمراض المعدية والأوبئة، مما يتطلب اتخاذ تدابير وقائية تشمل برامج التثقيف الصحي وحملات التطعيم ومكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للأمراض، ويتم تنفيذ هذه الأنشطة وفقاً للبرامج التي تتناسب مع الظروف المحلية لكل دولة أو منظمة (كرمبيط و درواش ، د- س، صفحة 103).

أما عن المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة* فتعتبر من المؤسسات الحيوية التي تلعب دورًا هاما في تعزيز الصحة العامة والوقاية من الأمراض، وتتولى هذه المديرية مهام أبرزها:

- وضع السياسة الوطنية للحفاظ على صحة السكان وتحسينها بالتنسيق مع الجهات المختصة لضمان التنفيذ الفعّال.
- ضمان المراقبة الوبائية للسكان والتأهب لمواجهة الأخطار المرتبطة بالأمراض السارية والأمراض المتجددة، مع القيام بالمراقبة الصحية في إطار نظام اليقظة والإنذار الصحي.
- تطوير سياسات ومخططات استراتيجية وبرامج مكافحة الأمراض المعدية والمنتشرة والمتجددة والأمراض غير المتنقلة.
- تفعيل التربية الصحية وتنظيم الأنشطة المتعلقة بها للتقليل من عوامل الخطر وتعزيز أنماط الحياة الصحية والسلوكيات الملائمة.
- المساهمة في مراقبة تطبيق التشريعات والتنظيمات المتعلقة بحفظ الصحة، بما في ذلك سلامة المياه والأغذية وإدارة النفايات الاستشفائية.
- تقييم الأنشطة المنجزة وإعداد تقارير شاملة حول النتائج المحققة (بوقفة، 2017، الصفحات 6-7).

3.5. وظيفة التدريب والتعليم

تتطلب المتغيرات السريعة في مجال الطب والتكنولوجيا وجود مهارات جديدة لدى الكوادر البشرية العاملة، لذا تُعتبر المؤسسات الصحية بما فيها المستشفيات بمثابة مراكز تعليمية توفر الإمكانيات التدريبية والتعليمية اللازمة لتزويد الجيل الجديد من الطواقم الطبية بالمعلومات، مما يمكنهم من تولي مهامهم المستقبلية بكفاءة.

* تضم ثلاث (3) مديريات: مديرية الوقاية ومكافحة الأمراض المتنقلة، مديرية الأمراض غير المتنقلة، ومديرية الوقاية الاجتماعية والبيئية.

يتم تدريب طلاب كليات الطب ومعاهد التمريض في المؤسسات الاستشفائية لاكتساب الخبرات خلال فترة دراستهم، كما يقضي الطلاب سنة كاملة من التدريب في المستشفيات بعد تخرجهم من الجامعات، وذلك في إطار ما يُعرف بسنة الامتياز التي تُعتبر مطلبًا أكاديميًا نهائيًا للحصول على صفة طبيب.

بالإضافة إلى ذلك، يوجد نوع من التعليم يُعرف بالتعليم الطبي المستمر، والذي عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه "التعليم أو التدريب الذي يتلقاه الطبيب بعد انتهاء دراسته الطبية الأساسية أو التخصصية"، ويعتبر التعليم الطبي المستمر "صيانة للعقل البشري"، يتم تنفيذه بشكل رئيسي داخل المؤسسات الصحية (يوسف كامل، 2021، صفحة 13).

وللقيام بهذه الوظيفة على أحسن وجه لا بد من:

- ✓ توفير المستلزمات المادية اللازمة مثل الأجهزة والمعدات وتوفير بيئة تعليمية ملائمة.
- ✓ توفير العناصر البشرية المناسبة سواء من حيث الكمية أو النوعية، ويشمل ذلك الاستعانة بكبار الأطباء ذوي الخبرة (هرماس، 2021، صفحة 147).

ومن هنا تختلف أهمية وحجم نشاط التدريب والتعليم الذي تقوم به المؤسسة الصحية حسب حجمها ونوعها، حيث تلعب المستشفيات الجامعية والتعليمية دورًا رائدًا في هذا المجال، بينما يقتصر نشاط التدريب والتعليم في المؤسسات الأخرى على رفع كفاءة العاملين فيها.

4.5. الأبحاث الطبية والاجتماعية

لقد جاء في المؤتمر الإقليمي العربي الأمين2009م ذكر الفوائد من إجراء البحوث والدراسات أنها تعطي للمنظمات وحدات مرنة وعملية تعزز مرونة وكفاءة المنظمات ويصبح لديها كتب حديثة بجودة أفضل تتواجد في المكتبات وتفتح المجال أمام الباحثين للاستفادة منها بشكل فعّال (خلف الملكاوي، 2020، الصفحات 114-115)، ومن بين الأبحاث والدراسات التي تقوم بها المؤسسات الصحية تحديد وفهم المشكلات الصحية السائدة وتحديد أولويات معالجتها، كما تسعى إلى تحسين استخدام الموارد المتاحة ووضع سياسات خاصة تساهم في تحسين فعالية الرعاية الصحية (حمادو، 2020، صفحة 30)، وتقسم البحوث التي تقوم بها المؤسسات الصحية إلى نوعين البحوث الطبية والبحوث الإدارية، فالأولى تشمل الفحوصات والبحوث المخبرية والبحوث المخططة لتحسين رعاية المرضى وعلاجهم، أما الثانية فتتناول مختلف الأنشطة والخدمات الداعمة للرعاية الطبية مثل البحوث الإدارية وبحوث التمريض وخدمات الطعام والتدبير المنزلي، ولتنفيذ المهمة البحثية بنجاح لابد من توفير موارد وإمكانات متعددة، بما في ذلك وجود أطباء متخصصين وعناصر بشرية مساعدة وتوفير المرافق المناسبة كالمختبرات والمعدات والتجهيزات التكنولوجية والمواد الخام والمرضى اللازمين لإجراء البحوث (البيطار، صفحة 19).

ولا شك أن التقدم الهائل الذي شهدته علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية في مجال تشخيص المشكلات الصحية وعلاجها يُعد خير دليل على أهمية البحوث العلمية في هذه المجالات، فالتطورات المذهلة في أساليب التشخيص والعلاج الطبي التي نشهدها في الوقت الراهن إنما هي ثمرة الجهود البحثية المتواصلة التي تبذلها المؤسسات الصحية والطبية (بطرس جلدة، 2006، صفحة 33).

ومن هنا، يتضح أهمية الدور الذي تلعبه البحوث العلمية في تطوير الممارسات الطبية والصحية وتعزيز قدرة المؤسسات الصحية على التصدي للتحديات الصحية المعاصرة.

ثانيا: البنية الإدارية للمؤسسة الاستشفائية العمومية في الجزائر

1. المفـهـوم والتطور التاريخي للمستشفى

1.1. مفهوم المستشفى

بما أنّ المؤسسة الصحية تشمل مجموعة متنوعة من الخدمات، يأتي المستشفى ككيان فرعي ضمن هيكلها الواسع ليتخذ من تقديم الرعاية الطبية والخدمات الجراحية محورًا أساسيًا.

يقصد بكلمة مستشفى في اللغة العربية المكان الذي يطلب فيه الشفاء من المرض، أما في اللغة اللاتينية فتعني إكرام الضيف. ويوجد تعريفات عدة للمستشفى نذكر منها:

عرّفت الهيئة الأمريكية المستشفى (American Hospital Association) على أنّه مؤسسة تضم جهاز طبي منظم، مزود بتسهيلات طبية دائمة من أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية متكاملة، تُقدّم من قبل الأطباء وفرق التمريض، يهدف هذا التنظيم لتوفير الدعم اللازم للمرضى من تشخيص وعلاج مناسبين لضمان راحتهم وصحتهم (بن جمعة و سنوسي ، 2023، صفحة 605).

وعُرّف على أنه تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلي أو تقنية طبية، ويعد العنصر البشري من أهم مدخلاته، بينما تمثل خدمات الرعاية المقدمة للمرضى مخرجاته الأساسية، ويتألف من خدمات شخصية وفردية، تُنفذ غالبًا بواسطة الأفراد مع الاستعانة بالتكنولوجيا الحديثة للأدوات والمعدات(القضاة، 2016).

يلاحظ من خلال هذا التعريف أنّ المستشفى مؤسسة اجتماعية صحية تلعب دورًا هاما في المجتمع لا يقتصر على الجوانب التقنية، بل هو تنظيم إنساني يعتمد بشكل أساسي على العنصر البشري والخدمات الشخصية، وهو مجتمع يتفاعل فيه المقدمين والمتلقين للرعاية الصحية، هذا التركيب يعكس التوازن الحيوي بين الرعاية الإنسانية والتكنولوجيا الطبية.

وعرّفت منظمة الصحة العالمية (WHO) المستشفى من منظور وظيفي على أنه عنصر أساسي من التنظيم الاجتماعي والطبي، تتمثل وظيفته في تقديم رعاية صحية لجميع السكان سواءً كانت علاجية أو

وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في محيطها المنزلي، كما يعد مركز تدريب للعاملين في مجال الصحة بما في ذلك الأطباء والباحثين (محمد السيد، 2001، صفحة 1).

والمشرع الجزائري أوضح في المادة الأولى من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء تنظيم وسير المؤسسات العمومية الاستشفائية على أنها "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي".

يعكس التعريف القانوني للمؤسسة الاستشفائية العمومية للصحة في الجزائر توجهًا نحو استقلالية ومرونة هذه المؤسسات مما يساهم في رفع كفاءة النظام الصحي، فمن خلال الاستقلال المالي والإداري تتمكن هذه المؤسسات من اتخاذ قرارات فعّالة والتفاعل مع الكيانات الأخرى لتوسيع نطاق خدماتها.

وبالتالي، فالمؤسسة الاستشفائية هي ظاهرة نسقية من نظّام كلّي وظيفتها الأساسية تقديم كافة أنواع الخدمات لأفراد المجتمع، وتعتبر المكان المفضل الذي يختاره المرضى لطلب الراحة والعلاج، وهي في الوقت ذاته البيئة المهنية المفضّلة للأطباء والممرضين وكافة القوى العاملة الاستشفائية، وبذلك تمثّل العمود الفقري لأي نظام صحي وواجهة حضارية أساسية تبرز مستويات التقدم العلمي والصحي والاجتماعي.

2.1. التطور التاريخي للمستشفى

وصل المستشفى إلى مستواه الحالي بعد مروره بعدة مراحل، حيث أثرت كل مرحلة على أدائه وأجهزته، ففي العهد الإسلامي تطورت المستشفيات وأطلقوا عليها اسم **البيمارستان***، الذي كان له دور مهم في نشر العلوم الطبية وعلاج الأمراض، مما ساهم في توسيع نطاق المعرفة الطبية وتوزيعها، ظهرت فكرة إنشاء المستشفيات كمراكز لعلاج المرضى في الإسلام من خلال المستشفيات الحربية المتنقلة، وحتى القرن التاسع الميلادي (806 م) حيث كان الخليفة الوليد بن عبد الملك وهو الرائد في تأسيس مستشفى متطور متخصص في علاج الجذام، وتم تعويض الأطباء في هذا المستشفى برواتب مرتفعة ومكافآت، بينما كان يتم وضع المرضى المصابين بالجذام في الحجر الصحي نظرًا لخطورة العدوى، وقد حصل هؤلاء المرضى على تعويضات مالية لدعم أسرهم، كما أُسست دار خاصة لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة والعاهات، وقدمت لهم العناية والدعم المالي وتم تنظيم خدماتهم بشكل متقن.

---

* **البيمارستان** (بفتح الراء وسكون السين) كلمة فارسية مركبة من كلمتين (بيمار) بمعنى مريض و(ستان) بمعنى «محل المريض»، ثم اختصرت في الاستعمال فصارت مارستان كما ذكرها الجوهري في صحاحه، ولقد انتشرت البيمارستانات انتشاراً كبيراً في العالم الإسلامي، وكانت تعالج فيها الأمراض والعلل من باطنية وجراحية ورمدية وعقلية، إلى أن أصابتها الكوارث ودار بها الزمن وحل بها البوار وهجرها المرضى، فاختصرت على المجانين حيث لا مكان لهم سواها، فصارت كلمة مارستان إذا سمعت لا تنصرف إلا إلى مأوى المجانين (لمزيد من التفاصيل انظر: أحمد عيسى، **تاريخ البيمارستانات في الإسلام**، مؤسسة هنداوي للنشر، 2017، ص 8).

كانت هذه الخطوة الرائدة تمثل بداية إنشاء الملاجئ الخيرية في الإسلام، ومن ثم تطور ليملأ مختلف مدن الإسلام من سمرقند إلى فاس وصولًا إلى غرناطة بالمؤسسات الخيرية، حيث أنشأ 34 مستشفى إضافي في مناطق العالم الإسلامي، وفي تونس تم بناء أول مستشفى في القرن التاسع ميلادي بالقيروان، وتأسست مستشفيات في مكة المكرمة والمدينة المنورة، وكانت هناك عدة مستشفيات في بلاد فارس من بينها مدينة رية التي رأسها محمد بن زكريا الرازي*، حيث فُرِضت الأوقاف على هذه المستشفيات لضمان التمويل اللازم، وتم تنظيم فرق طبية من أطباء وصيادلة وممرضات مع تجهيزها بوسائل الراحة والترفيه، ازدهرت هذه المؤسسات بتقديم خدمات متميزة في علاج ومتابعة المرضى كتوفير الرعاية والغذاء بأعلى مستوى سواء كان الزوار منتظمين أو غير منتظمين.

أصبحت هذه المستشفيات التي انتشرت في مختلف أنحاء العالم الإسلامي مصدرًا للطمأنينة لجميع فئات المجتمع، ولم يقتصر دورها على تقديم العلاج فحسب، ولكن لعبت دورًا حيويًا في تعليم الطب، مما أضاف بُعدًا إنسانيًا مميزًا للحضارة الإسلامية.

من بين القواعد والنظم التي وضعها العرب في العصور الإسلامية لتنظيم مهنة الطب والصيدلة والتي لا تزال تُطبق في الطب الحديث حتى يومنا هذا ما يلي:

- التركيز على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.
- منع المرضى المصابين بالأمراض المعدية من الاندماج ومخالطة المرضى الآخرين.
- اختيار موقع بيئي مناسب لإنشاء المستشفيات.

---

* **أبو بكر محمد بن يحيى بن زكريا الرازي** (864م–923م) أبو الطب العربي وجالينوس العرب كما أطلق الناس عليه، طبيب وكيميائي وفيلسوف ورياضياتي مسلم، ولد في الفارسيّة بمدينة الري بالقرب من طهران موطن العلم والأدب والنبوغ، حفظ عدة أجزاء من القرآن الكريم، وتَعلَّم القراءة والكتابة والحساب، واتّصف بالهدوء والرزانة والفطنة والذكاء والاجتهاد، وبحبّه للعلم منذ نعومة أظافره، وقد برع في الطب براعة السابقين علماً وعملا، وركز على الجانب الأخلاقي فيه، وأثبت براعته كذلك في العديد من العلوم أهمّها: الفيزياء، والكيمياء، والموسيقى، والميتافيزيقيا، والرياضيات، وظلّ الرازي حجّة في المجال الطبّي حتى القرن السابع عشر، عمل رئيساً لأطبّاء بيمارستان الري، وعُين لخبرته الواسعة رئيسًا للمستشفى الرئيسي في بغداد، له كتب ومقالات في مختلف جوانب العلوم، منها رسائل كثيرة في مختلف الأمراض أشهرها كتاب (الجدري والحصبة)، كما ألّف كتباً طبّية مطوّلة تمت ترجمة العديد منها للغة اللاتينية، واستمرت حتى القرن السابع عشر كمراجع أولى في علوم الطبّ، وأعظم هذه الكتب الحاوي، وهو أكبر موسوعة طبّية عربيّة اشتملت على مقتطفات من مصنّفات الأطباء الإغريق والعرب، شهد له بالتفوق على أعلام الطب من أمثال: ابن سينا، وابن رشد، وابن ميمون (لمزيد من المعلومات انظر: عبد اللطيف محمد العبد، **أخلاق الطبيب – رسالة أبي بكر محمد بن زكريا الرازي إلى بعض تلاميذه** – الطبعة الأولى، مكتبة دار التراث، الإسكندرية – القاهرة،1397هـ – 1977م).

- توفير مستشفى متنقل وإرساله إلى المناطق النائية بشكل دوري.
- إقامة مستشفيات عامة ومتخصصة لتلبية الاحتياجات المختلفة.
- منح إجازة مزاولة مهنة الطب والصيدلة من خلال امتحان رسمي.
- الاعتناء بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى (عبد العزيز و محمد، 2007، صفحة 06).

وعلى مر العقود، استمر إنشاء المستشفيات في مختلف مناطق العالم الإسلامي سنة بعد سنة، وفي المقابل كانت المستشفيات الأوروبية في العصور الوسطى تعاني من ظروف مأساوية، وكانت بمثابة ملاجئ وفنادق تستضيف الفئات الضعيفة، وقد أشارت المستشرقة الألمانية **زيغريد هونكه*** إلى أن العديد من الملاجئ والمستشفيات في أوروبا كانت تستقبل المسافرين والحجاج والأيتام والأرامل والفقراء لتخفيف معاناتهم وآلامهم، غير أنها كانت تفتقر إلى مواصفات المستشفى الحديث، حيث عانت من ضيق المساحة وتلوث الهواء، كما كانت جثث الموتى تُترك لفترات تصل إلى 24 ساعة، مما أدى إلى انتشار روائح كريهة جذبت الحشرات التي تغذت على اللحم المتعفن، مما زاد من معاناة المرضى الذين كانوا يشاركون المكان مع هذه الجثث وساهم في تفشي الأمراض والأوبئة (طاهري ، 2021، صفحة 310).

2. أنــواع المستشـفـيـات

1.2. المستشفيات العامة

تقع في العواصم وتقدم خدمات إسعافية وعلاجية لكل أفراد المجتمع في مختلف التخصصات، كالجراحة والطب الباطني وأمراض النساء والتوليد وأمراض العيون وأمراض الأنف والأذن والأمراض الجلدية، بالإضافة إلى وجود مخابر للتحاليل الطبية، تستقبل هذه المستشفيات الحالات المحولة إليها من الوحدات الصحية في المناطق الريفية أو من الوحدات الأخرى داخل المدينة.

2.2. المستشفيات النوعية والتخصصية

هي مؤسسات صحية متخصصة تقدم خدمات طبية ورعاية صحية في مجالات محددة أو تخصصات

---

* **زيغريد أو زيجريد أو زيكريد هونكة Sigrid Hunke** ولدت عام 1913م بمدينة كيل الألمانية، درست الآداب والفلسفة وعلم النفس والصحافة، تخصّصت في مقارنة الأديان، وتحصلت على شهادة الدكتوراه سنة 1941 م، أحبت الإسلام وواجهت التهم الملفقة التي يلصقها الغرب بالعرب والمسلمين، من أبرز مؤلفاتها **" كتاب شمس العرب تسطع على الغرب"** الذي ترجم إلى 17 لغة، وهو رسالة لكل أوروبي حر يسعى لمعرفة حقيقة الإسلام التي شوهها الإعلام الغربي، إضافة إلى كتاب **"الله ليس كذلك"** والذي تُرجم أيضاً بعنوان **"الله مختلف تماماً"** وكتاب **"من أفول الغرب إلى طلوع أوروبا"**، تحصلت على جوائز منها جائزة "كانط" و "شيلر"، ومنحتها مصر وسام النجمة الكبرى تقديرا لجهودها في الدفاع عن القضايا الإسلامية، توفيت في نوفمبر 1999م عن عمر يناهز 83 عاما.

معينة، موجهة لفئة معينة من المرضى أو للتعامل مع حالات طبية خاصة، تقبل هذه المؤسسات الحالات المحولة من المستشفيات الإقليمية أو العيادات الخارجية فقط، وتوفر كذلك هذه المؤسسات خدمات سريرية أخرى تتطلب اهتمامًا متخصصًا وخبرات طبية متقدمة.

تتضمن المستشفيات المتخصصة وفقًا لتصنيف أقسامها ما يلي:

- مستشفى العيون
- مستشفى أمراض القلب
- مستشفى الأمراض الباطنية
- مستشفى الأمراض المزمنة
- مستشفى الأمراض العصبية
- مستشفى أمراض الكلى والمسالك البولية
- مستشفى أمراض النساء والولادة
- مستشفى الأطفال
- مستشفيات العلاج النفسي

تتنوع المستشفيات المتخصصة من حيث الحجم والتخصص، فقد تكون صغيرة مخصصة لعلاج حالات طبية معينة أو كبيرة، تتنوع هذه المؤسسات الخاصة في ملكيتها وإدارتها وأهدافها حسب مايلي:

- **المؤسسات الخاصة:** تملّك هذه المؤسسات من قبل أفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، وتُدار وفقًا لأساليب إدارة الأعمال في القطاع الخاص مع تركيزها المستمر على تحقيق الربح. تشمل أنواع أهمها:

- **مؤسسات بأسماء أصحابها:** تحمل أسماء مؤسسيها من الأطباء أو الأساتذة الذين يديرونها، ويقدمون الخدمات في مجال تخصصهم، تسعى لتقديم خدمات صحية مجانًا أو بأسعار رمزية.
- **مؤسسات صحية استثمارية:** يديرها أفراد أو شركات خاصة لتحقيق الربح من الخدمات التي تقدمها، عادةً ما تكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.
- **مؤسسات الجمعيات غير الحكومية:** تُنشأ بواسطة جمعيات غير حكومية، مثل الجمعيات الدينية والخيرية، وتعتمد في تمويلها على الهبات والتبرعات التي تتلقاها (فريحة و غيدة ، 2018، الصفحات 207-208).

3.2. وحدات الصحة العامة: هي تنظيمات طبية صغيرة الحجم وتقدم رعاية صحية قصيرة المدى.

4.2. الوحدة الصحية أو المستوصف: المستوصَفات هي منشآت طبية صغيرة أقل حجما وأقل تعقيدًا من

المستشفى، وتقتصر خدماتها على الرعاية البسيطة العادية، وهي محدودة الإمكانيات إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، غالبًا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض (العلاج الضروري والإسعاف الأولي الطارئ) لسكان القرية أو إحالتهم إلى المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية، تأتي المستوصفات كداعم للمستشفيات الحكومية باعتبارها المركز المؤقت لإسعاف المريض قبل نقلهم لاحقا إلى المستشفى لاستكمال العلاج اللازم.

من بين الخدمات التي يمكن أن تُقدمها المستوصفات: تحصين الأطفال وتضميد الجروح وإدارة الأمراض الشائعة مثل نزلات البرد والإسهال والملاريا البسيط، وتساهم هذه الخدمات عادة في تحسين الوضع الصحي وتعزيز رعاية المجتمعات في المناطق النائية وفي تخفيف العبء عن المستشفيات الكبيرة.

5.2. المركز الطبي: وهو نوع من المستشفيات العامة، يكون كبيرا ويقع في المركز الحضري، ويقدم مجموعة من الخدمات الطبية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويركز على تدريب الأطباء في مجال البحث والرعاية على السواء، ويتكون طاقمه من متخصصين عادة ما ينتمون إلى كليات الطب ويعملون طوال الوقت (مداس، 2017، صفحة 190).

وحسب البكري هناك معايير أخرى تستخدم في تصنيف المؤسسات الاستشفائية:

- مدة بقاء المريض:

- ✓ **مؤسسة ذات إقامة قصيرة:** تتعلق بالاستشفاءات قصيرة المدى في الطب العام والجراحة.
- ✓ **مؤسسة ذات إقامة طويلة:** تتعلق بالاستشفاءات طويلة الأجل.

- **عدد الأسرة:** أي حسب عدد الأسرة، وتستخدم لأغراض العلاج والإقامة، وتكون على شكل فئات صغيرة أو كبيرة.
- **الجنس:** أي مخصصة لفئة محددة حسب الجنس كالمخصصة للنساء مثلا.
- **العمر:** أي حسب العمر كمستشفيات الأطفال الذين يكونون غالبا دون سن12، ومستشفيات كبار السن (العجزة) (البكري، د.س، الصفحات 29-32).

3. المستشفى ككيان استراتيجي وأهدافه

1.3. المستشفى ككيان استراتيجي:

تعتبر الإدارة بالمنظمات للمستشفيات من الأمور الاستراتيجية التي تحقق التنمية في الدولة نظرا للاعتبارات التالية:

- المستشفى تنظيم مركب لا يمكن إدارته بالتركيز على عنصر واحد فقط كالوظائف أو الهياكل أو القرارات أو السلوكيات أو تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، لكن يجب النظر إليه كمنظومة شاملة تحتوي على

مصادر ومدخلات ومخرجات، كما يجب أن تتضمن هذه النظرة مقارنات رقابية وتفاعلات مستمرة مع البيئة المحيطة.

- تسعى المستشفيات إلى تحقيق الاستمرارية والتكيف مع المستقبل مما يستدعي ضرورة تنفيذ التخطيط الاستراتيجي الذي يشمل التنبؤات الصحية والطبية والإدارية وإجراء مقارنات تطويرية للمستقبل (النجار، 2015، صفحة 22).
- الاستجابة السريعة للتغيرات في البيئة المحيطة سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو تكنولوجية، مما يضمن بقاءه كمؤسسة رائدة في المجال الصحي.
- استثمار الموارد المالية والبشرية بشكل مدروس لتحقيق أقصى استفادة وضمان جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

2.3. أهداف المستشفى:

- حدد فريدمان خمسة أهداف رئيسية للمستشفى الحديث، تتمثل في:
  - تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين.
  - تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.
  - تنفيذ برامج التدريب والتعليم للمهنيين الصحيين والعاملين في القطاع الصحي.
  - الوقاية من الأمراض من خلال حماية المرضى داخل المستشفى وكذلك الأفراد في المجتمع.
  - إثراء المعرفة الطبية والصحية من خلال الأنشطة البحثية المتخصصة في هذا المجال (البيطار، صفحة 13).

ومن عوائق تحقيق هذه الأهداف مايلي:

يشير الدكتور نورالدين حاروش إلى أهم هذه العوائق:

- عدم تخصيص وقت كافٍ للعمل في المستشفى مما يؤدي إلى نقص التركيز على القضايا الأساسية.
- نقص المعرفة الفنية والمعلومات التقنية داخل المستشفى مما يشكل عقبة أمام التخطيط الفعال.
- التراخي في توفير المتطلبات الضرورية للتخطيط الجيد مثل الوقت والتمويل وقواعد البيانات.
- التأثيرات البيئية المحيطة بالمستشفى سواء الداخلية أو الخارجية، مثل القوانين واللوائح والتنظيمات، بالإضافة إلى المتغيرات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والتطورات العلمية والتكنولوجية (حاروش، 2016، صفحة 20).

ومن بعض الأمثلة على عدم المبادرة بتحديد الأهداف من قبل بعض المسؤولين سواء إداريين أو

طبيين أو فنيين في المستشفى تجنبا لمخاطر الفشل ما يلي:

- مدير قسم الصيدلة يحدد هدفًا لتوفير جميع الأدوية الأساسية في المخزون طوال العام، ولكن بسبب التأخيرات في توريد الأدوية من الموردين أو زيادة الطلب المفاجئ على بعض الأدوية يفشل القسم في تحقيق هذا الهدف مما يؤدي إلى نقص في الأدوية الأساسية.
- رئيس قسم الجراحة العامة يحدد هدف إجراء 100 عملية جراحية شهريًا، ولكن لعدة أسباب كالنقص في الموارد البشرية أو المعدات الطبية لا يمكن الوفاء بهذا الهدف، مما يؤدي إلى الفشل في تحقيق الأهداف المعلنة.
- رئيس قسم التمريض يضع هدفًا لتوفير تغطية تمريضية على مدار الساعة بنسبة 100%، ولكن بسبب النقص في عدد الممرضين المتاحين أو غياب غير متوقع بين الموظفين لا يمكن تحقيق هذا الهدف، مما يؤدي إلى تقصير في توفير الرعاية المستمرة للمرضى.
- رئيس قسم الطوارئ يحدد هدف تقليل وقت انتظار المرضى إلى أقل من 20 دقيقة مثلا، ولكن بسبب ارتفاع عدد المرضى والحالات الطارئة أو تعطل المعدات لا يمكن الوفاء بهذا الهدف مما يؤدي إلى الفشل في تحقيق الأهداف المعلنة.

4. المؤسسات الاستشفائية العمومية المقدمة للخدمات الصحية في الجزائر

تبقى المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية جزءًا أساسيًا من المرافق العامة في القطاع الصحي لتميزها بالنمط الإداري الفريد من حيث التسيير والالتزامات المحددة تجاه المستفيدين من خدماتها، "وتُصنف هذه المؤسسات وفق مجموعة من المعايير: عدد السكان، عدد البلديات، عدد الأسرة، عدد المصالح، الطابع الجامعي، ومقر الولاية، يتم ترتيبها في ثلاث فئات "**أ**"، "**ب**"، "**ج**"، أما بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، فإن تصنيفها يعتمد على عدد السكان وعدد البلديات وعدد هياكل الصحة الجوارية مثل العيادات المتعددة الخدمات مع عيادة الولادات أو بدونها وقاعات العلاج" (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، 2012، الصفحات 24-25).

وعلى العموم يمكننا التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر:

1ـ المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري

يتميز هذا النوع من المؤسسات بطابعه الإداري الذي يفرض مجموعة من الخصائص والمميزات كما سنوضحه فيما يلي:

أ. المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) *

وفقًا للمادة الثانية من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 الذي ينظم إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تُعرف المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 2 بأنها كيان عمومي تتمتع بطابع إداري، وتملك الشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتكون تحت وصاية الوالي، والمستشفى العمومي جزء أساسي من القطاع الصحي يُنشأ لتقديم الخدمات الصحية وتوفير الرعاية الصحية للأفراد.

من هذا التعريف نستنتج خصائص المؤسسات الاستشفائية العمومية:

- المؤسسة الاستشفائية العمومية تختص بالأمور الإدارية.
- تتمتع بالشخصية المعنوية، لديها وجود قانوني، وهي قادرة على اكتساب الحقوق وتحمل الالتزامات ككيان قانوني مستقل.
- تتمتع بالاستقلالية المالية.
- توضع تحت وصاية الوالي.

تتكون المؤسسة الاستشفائية العمومية من عدة هياكل رئيسية، تشمل:

- هيكل التشخيص.
- هيكل العلاج.
- هيكل الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي.

وحسب المادة الرابعة من المرسوم تتمثل مهام المؤسسة الاستشفائية العمومية في:

- تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي.

---

* لمزيد من التفاصيل انظر المراسيم التالية:

المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد القواعد الخاصة بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية.

المرسوم الرئاسي رقم 03-27 المؤرخ في 13 اوت 2003 المحدد لإنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية أول نوفمبر لوهران وتنظيمه وسيره.

المرسوم التنفيذي رقم97 – 465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1979 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

المرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 جويلية 2012 المحدد لتنظيم وسير المؤسسات الاستشفائية لطب العيون.

المرسوم الرئاسي رقم 114 المؤرخ في 17 فيفري سنة 2018 الذي يحدد القانون الأساسي النموذجي للمستشفى المختلط.

المرسوم التنفيذي رقم 11 – 357 مؤرخ في 19 ذي القعدة عام 1432 الموافق 17 أكتوبر سنة 2011، يعدل ويتمم المرسوم التنفيذي رقم 07 -140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 ماي سنة 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان الحفاظ على الصحة والنظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- تحسين مستوى كفاءة مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم ومهاراتهم (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007، الصفحات 10-11).

مما سبق يمكن القول، إن المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر لا تبحث في أهدافها عن تحقيق الربح وإنما تبحث في تحقيق المنفعة العامة من خلال تجسيد إجبارية الخدمة العمومية قبل كل شيء، ولها أهداف مؤسساتية أو خارجية تحددها الوصاية، حيث يتم صياغة هذه الأهداف وتحقيقها بتوفير السلع والخدمات لتلبية احتياجات المجتمع خارج السوق (بوشلاغم و آخرون، 2017، الصفحات 312-331)، مع الإشارة إلى أن مصادر تمويلها تأتي من الدولة وليس من عملية التبادل في سوق السلع والخدمات التي تنتجها، ومن الضروري أن تلتزم هذه المؤسسات بمعايير الجودة والتقنيات المتقدمة التي تتناسب مع الطلب الاجتماعي.

ب. المؤسسات الاستشفائية العمومية المتخصصة (EHS)

يتضمن المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997م قواعد إنشاء وتنظيم وإدارة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، حيث نص على أن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يتم إدارتها بواسطة مجلس إداري، وتُزوّد بهيئة استشارية تُعرف بالمجلس الطبي، وتُنشأ بموجب مرسوم تنفيذي بناءً على اقتراح من الوزير المسؤول عن الصحة بعد استشارة الوالي، وتوضع تحت وصاية والي الولاية التي يقع فيها مقر المؤسسة.

تتكون المؤسسة الاستشفائية المتخصصة من هيكل واحد أو مجموعة هياكل متخصصة، تستهدف معالجة حالات تشمل:

- مرض معين.
- إصابات لأجهزة أو أعضاء معينة.
- فئات عمرية محددة.

تتولى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في نطاق نشاطها مجموعة من المهام الأساسية، تشمل:

- تنفيذ أنشطة الوقاية، التشخيص، العلاج، إعادة التأهيل الطبي، والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الصحية الوطنية والجهوية والمحلية.
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتعزيز كفاءاتهم ومهاراتهم.
- يمكن أن تُستخدم المؤسسة كميدان للشبه الطبي وإدارة الاستشفاء بإبرام اتفاقيات مع مؤسسات التكوين.

- يمكن اعتماد المؤسسة الاستشفائية المتخصصة أو أجزاء من هياكلها بموجب قرار مشترك مع الوزير المكلف بالتعليم العالي لضمان تقديم خدمات استشفائية جامعية.
- يتم تحديد ترتيب المؤسسات الاستشفائية المتخصصة من خلال قرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والمالية والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 1997، الصفحات 13-14).

في اجتماع مجلس الحكومة وافقت الحكومة على إنشاء ست مستشفيات متخصصة في عدة ولايات، وقد تمحورت مناقشات الاجتماع الذي ترأسه الوزير الأول أيمن بن عبد الرحمان حول دراسة مشروع مرسوم تنفيذي لتعزيز قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997م، وتشمل هذه المستشفيات خمس مؤسسات متخصصة في الاستعجالات الطبية الجراحية في ولاية باتنة، الجزائر العاصمة، عنابة، معسكر، ووهران، إضافة إلى مؤسسة متخصصة في مكافحة السرطان بولاية تلمسان، يأتي إنشاء هذه المستشفيات في إطار تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية ومخطط عمل الحكومة، ومخطط تطوير قطاع الصحة، والسياسة الوطنية للصحة التي تؤكد على أهمية الاستعجالات الطبية الجراحية ومكافحة السرطان لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية وتعزيز مسار علاج المرضى وتقليل تحويلات المرضى بين المؤسسات العامة للصحة (الإذاعة الجزائرية، 2023).

ج. المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) *

تضمنها المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وإدارتها، وفقًا للمادة 6 من هذا المرسوم تُعرف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بأنها كيان عمومي ذا طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتكون تحت وصاية الوالي وتُدار من طرف مجلس الإدارة ويقودها مدير مع وجود مجلس طبي لتقديم الاستشارات، تتكون من مجموعة من العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج لتغطية احتياجات مجموعة من السكان.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وفقًا للمادة 8 في تقديم رعاية متكاملة ومتسلسلة تشمل:

- تشخيص الأمراض.

* لتفصيل أكثر انظر المواد 6-7-8-9 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428هـ الموافق 19 ماي 2007م.

- الوقاية والعلاج الأساسي.
- تقديم العلاج الجواري.
- إجراء الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المتعلقة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان مع التركيز على:

- المساهمة في حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.
- يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية كميدان للتكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي باتفاقيات تُبرم مع مؤسسات التكوين (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007، صفحة 11).

ومن هنا، فالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تعتبر الركيزة الأساسية للنظام الصحي الجزائري، يمتد نطاق توزيع هياكلها وتواجدها على مساحات واسعة، وتلعب دورًا حيويًا في مكافحة الأوبئة والأمراض المعدية وتقريب الخدمات الصحية للمواطنين، كما تتولى مسؤولية تنفيذ برامج التلقيح والطب الوقائي.

د. المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)

يتم تحديد إطار عملها بواسطة مرسومين تنفيذيين، المرسوم رقم 86-25 الصادر في 11 فيفري 1986، والمرسوم رقم 97-467 بتاريخ 2 ديسمبر 1997م الذي يحدد قواعد إنشاء هذه المراكز وتنظيمها وإدارتها.

تعرّف المادة 2 المركز الاستشفائي الجامعي بأنه كاين عمومي إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يؤسّس بناءً على اقتراح من وزير الصحة ووزير التعليم العالي والبحث العلمي، حيث يتولى الوزير المكلف بالصحة الإشراف الإداري بينما يكون الإشراف التعليمي من مسؤوليات الوزير المكلف بالتعليم العالي، ويُدار المركز من طرف مجلس الإدارة ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يعرف بالمجلس العلمي، كما يتم تعيين أمين عام ومديرون لمساعدة المدير العام بما في ذلك مديري الوحدات حسب الحاجة.

يمارس المركز الجامعي مجموعة من المهام الأساسية في مجالات الصحة والتكوين، حيث تركز جهوده على:

في مجال الصحة:

- توفير خدمات التشخيص والعلاج والرعاية الصحية الطارئة والجراحية والوقاية.
- تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والإقليمية والمحلية.
- المشاركة في وضع معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسات الصحية.
- المساهمة في حماية وترقية المحيط في الميادين المتعلقة بالوقاية والنظافة والصحة.

في مجال التكوين:

- ضمان تقديم برامج تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي المتخصصة والمشاركة في إعداد وتنفيذ هذه البرامج.
- المساهمة في تدريب وتكوين مستخدمي القطاع الصحي وإعادة تأهيلهم وتحسين مهاراتهم وكفاءاتهم (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 1997، الصفحات 29-30)، حيث نصت المادة الأولى على أنه يتوجب على جميع الموظفين بغض النظر عن مستواهم ومرتبتهم المشاركة في دورات التكوين التي تنظمها المؤسسات والإدارات العمومية، مما يعزز من تحديث معلوماتهم وتطوير مهاراتهم (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 1996، صفحة 6).

في مجال البحث:

- تنفيذ كافة أعمال الدراسة والبحث في مجالات علوم الصحة وفقًا للتنظيم المعمول به.
- تنظيم مؤتمرات وندوات وأيام دراسية وفعاليات تقنية وعلمية.

يُلاحَظ أن مهام المركز الاستشفائي الجامعي تمتد إلى ما هو أبعد من العلاجات الصحية، حيث شملت مجالات التكوين والتدريب والبحث العلمي، ويتجلى ذلك من خلال تنظيم الندوات والملتقيات سواء كانت دولية أو وطنية لتطوير وتحسين قطاع الصحة العمومية.

وفيما يتعلق بالتنظيم الإداري* للمركز الاستشفائي الجامعي فإنه يتألف كما نص عليه المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 من مجلس توجيه ومجلس علمي**، ويديره مدير عام بمساعدة كاتب عام ومديرين (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 1986، صفحة 117)، وبما أن أحكام هذا المرسوم قد ألغيت بموجب المرسوم رقم 97- 467 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 فإننا نستغني عن تفاصيلها ونسلط الضوء على الهيكل التنظيمي الذي جاء به المرسوم الأخير، حيث يديره مجلس إدارة و ويزود بجهاز

* لمزيد من التفاصيل انظر: المادة 12 من المرسوم التنفيذي 97/467 المتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية.

** انظر: المادة 9 – 10 من المرسوم رقم 256 المؤرخ في 02 جمادى الثانية عام 1406 هـ، الموافق لـ 11 فيفري 1986م المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة في 3 جمادى الثانية 1409هـ، الموافق لـ 12 فيفري 1986، ص 117.

استشاري (المجلس العلمي)، كما يشمل الهيكل الإداري المدير العام الذي يعين وفقا لمرسوم باقتراح من وزارة الصحة وتنهى مهامه بنفس الإجراء، يتولى من خلاله تسيير المركز الاستشفائي الجامعي وتمثيله أمام القضاء وفي كافة الجوانب المدنية* (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 1997، صفحة 31).

يحتوي القطاع الصحي العمومي حاليًا حوالي 15 كلية طب و21 ملحقة لمركز استشفائي جامعي، وفيما يخص المؤسسات الاستشفائية الخاصة فإن الجدول رقم (01) يوضح ذلك.

الجدول رقم (01): وضعية المؤسسات الاستشفائية الخاصة قيد الخدمة على المستوى الوطني المضبوطة في: 30 نوفمبر 2024م

السنة	2020	2021	2022	2023	2024
NBR EHP السنة	10	8	16	9	15
إجمالي المؤسسات الاستشفائية العمومية	220	228	244	255	270

المصدر: (مختار و آخرون، 2025، صفحة 16)

يمكن للمركز الاستشفائي الجامعي أن يتفق وفقًا للتنظيم الساري على إبرام اتفاقيات مع مؤسسات الرعاية الصحية أو أي هيئة أخرى بعد التشاور مع المجلس العلمي للمؤسسة من أجل تنفيذ مهامه المتعلقة بالتدريب والبحث في مجالات علوم الصحة، وبالتالي تلعب المؤسسات الاستشفائية الجامعية دورًا جوهريا في تحقيق التغطية الصحية للمرضى، حيث تتمتع بقدرات بشرية ومادية وإدارية تميزها عن غيرها من المؤسسات الصحية، وتعتبر تبعيتها المباشرة لوزارة الصحة والسكان ميزة بارزة على عكس المؤسسات الأخرى التي تظل تخضع للمديريات الولائية للصحة والسكان.

2-المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع الخاص

يمثل القطاع الخاص مجموعة من المؤسسات الربحية التي تقدم خدمات صحية للمجتمع مقابل تكلفة مالية، تشمل هذه الخدمات مختبرات وصيدليات ومستشفيات عامة أو متخصصة (خليفاوي و كشرود، 2023، صفحة 17)، وتخضع لمراقبة الوزارة الوصية لضمان الالتزام بالمعايير العالية اللازمة للرعاية الصحية في هذا القطاع، ولضمان وصول الخدمات الصحية إلى الجميع يمكن أن تتخذ المستشفيات الخاصة عدة أشكال، منها:

- **مستشفيات بأسماء أصحابها:** تدار من قبل الأطباء وتقدم الخدمات وفقا لتخصصاتهم مقابل الأتعاب أو الأجور، وتعتمد على خبرة ومهارة الأطباء وسمعتهم وجودة الرعاية المقدمة للمرضى.

* للمزيد انظر: المادة 12 من المرسوم التنفيذي467/97 المتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية.

- **مستشفيات الجمعيات غير الحكومية:** تُنشأ من قبل جمعيات مدنية غير حكومية كالجمعيات الخيرية والدينية من خلال التبرعات والهبات، توجه خدماتها لمختلف الفئات، ورغم أن هذه المستشفيات لا تسعى لتحقيق أرباح كبيرة إلا أن العلاج فيها ليس مجانيًا، يديرها مجلس الإدارة الذي يحدد الأنظمة والقواعد اللازمة وتأخذ شكل المستشفى العام أو التخصصي من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها.

- **مستشفيات استثمارية:** يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة، وغالبًا ما تكون في شكل شركات مساهمة أو ذات مسؤولية محدودة، تسعى لتحقيق الأرباح من خلال تقديم خدمات طبية متنوعة، وقد يشارك بعض الأطباء كمؤسسين إلى جانب مستثمرين من خارج المجال الطبي، ويمكن لهذه المستشفيات أن تتخصص خدماتها في مجالات طبية محددة، كما تتسع لتقدم مجموعة واسعة تشمل مختلف المجالات الطبية والحالات المرضية المتنوعة أو معظمها بحسب حجم المستشفى وتجهيزاته (كرمبيط، 2018، صفحة 110).

تشمل مؤسسات القطاع الخاص في النظام الصحي بالجزائر ما يلي:

أ- المؤسسة الاستشفائية (EH)

وهي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتخضع لوصاية الوزير المكلف بالصحة، على المستوى الوطني يوجد منها في: عين تموشنت، سكيكدة، وهران، سطيف، وقسنطينة، حيث تقدم مجموعة من الأنشطة في مجالات التشخيص والفحص والعلاج والوقاية وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء وكل ما يسهم في حماية الصحة وتعزيزها، تُدار من طرف مجلس إداري وتستند إلى هيئة استشارية (المجلس الطبي)، أما المدير فيتم تعيينه وفقًا لمرسوم رئاسي وتخضع محاسبتها لأحكام المرسوم رقم 07-11 الصادر في 25 نوفمبر2007م الذي يحدد النظام المحاسبي المالي ويقوم الوزير المكلف بالمالية بالتعاون مع الوزير المكلف بالصحة بتعيين محافظ للحسابات لكل مؤسسة.

ب- المؤسسات الاستشفائية الجامعية

مثل المؤسسة الاستشفائية الجامعية "أول نوفمبر" بوهران الخاضعة لأحكام المرسوم الرئاسي رقم 03-270 الصادر في 13 أوت 2003م، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت الوصاية الإدارية للوزير المختص بالصحة، حيث يشرف الوزير المسؤول عن التعليم العالي والبحث العلمي على الوصاية البيداغوجية التي تتولى تنظيم الأنشطة التعليمية والبحثية في المؤسسة وتحديد شروط قبول وتوجيه الطلبة والموافقة على مداولات مجلس الإدارة المتعلقة بالتكوين العالي والبحث العلمي (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، 2003، صفحة 6).

الملاحظ على مثل هذا النوع من المؤسسات أنها تُعنى بتحقيق مهام مشابهة تقريبا لمهام المراكز

الجامعية وتخضع إداريًا لإشراف وزارة الصحة التي تتولى إدارة وتسيير جميع جوانبها المالية والمادية والبشرية.

ج- المؤسسة الاستشفائية لطب العيون

يتضمن المرسوم التنفيذي رقم 12-281 الصادر في 19 شعبان 1433هـ الموافق لـ 9 جويلية 2012م إنشاء وتنظيم وسير مؤسسات استشفائية متخصصة في طب العيون، وهي مؤسسات عامة تتميز بطابعها الخاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتخضع لإشراف الوزير المختص في الشؤون الصحية، يديرها مدير عام بمساعدة مجلس طبي وطني، وتتواجد على المستوى الوطني في ولايات مثل (الجلفة، ورقلة، بشار، والوادي) تُعتبر هذه المؤسسات ركيزة أساسية في تقديم الرعاية الصحية لطب العيون وتوفير الخدمات الطبية اللازمة للمواطنين.

د- المستشفى المختلط

اعتمدت الجزائر لإصلاح منظومتها الصحية نموذجًا جديدًا في قطاع الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات يتمثل في إنشاء هيكل جديد يُعرف بالمستشفى المختلط بموجب القانون الأساسي النموذجي رقم 114/18 ذو الطبيعة المدنية والعسكرية، تم توقيعه من قبل رئيس الجمهورية عبد العزيز بوتفليقة في 17 أفريل 2018م، يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ووفقًا للمادة السادسة من المرسوم يقوم المستشفى المختلط بعدة مهام كالوقاية والتشخيص وعلاج السكان المدنيين ومستخدمي وزارة الدفاع الوطني، وتنص المادة 21 أن مدير المستشفى المختلط يُعيّن من بين الكوادر العسكرية لمصالح الصحة العسكرية التابعة لوزارة الدفاع الوطني، وذلك بقرار مشترك بين وزير الدفاع الوطني والوزير المكلف بالصحة، أما عن النظام الداخلي للمؤسسات الاستشفائية تنص المادة 11 أنه يُعدّ من قبل وزير الصحة ووزير الدفاع الوطني ووزير المالية، ويمكن اعتبار إشراك وزير المالية في إعداد هذا النظام كرد فعل على الاختلالات المالية التي عانت منها المستشفيات العمومية التقليدية والصعوبات المتعلقة بتقدير ميزانياتها الطبية، عند مراجعة القانون الأساسي النموذجي للمستشفى المختلط نجد أنه يُقدّم نموذجًا متكاملاً، حيث يعالج العديد من النواقص التي لا تزال تواجهها المستشفيات الأخرى في البلاد، كما يقوم المستشفى المختلط بتلبية الاحتياجات المتعلقة بالتغطية الطبية وإنشاء الوحدات الطبية لتشكيلات الجيش الوطني الشعبي، ويستخدم كميدان للتكوين والتربص وفقًا للتنظيم المعمول به، أما فيما يتعلق بالمستخدمين العاملين في المستشفيات المختلطة فقد أوضحت المادة 37 أن المستشفى يقوم بتوظيف موظفين تابعين للوظيفة العمومية وموظفين تابعين لوزارة الدفاع (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2018، الصفحات 5-11).

يمكننا أن نستنتج مما سبق، أن المستشفى المختلط يمثل هيكلاً نموذجياً جديداً، حيث يبدو ناجحا

من خلال تحليل نصوصه القانونية خاصة إذا دعم بالموارد المادية والبشرية على غرار المستشفيات العسكرية، مع تطبيق فعلي لقانونه الأساسي مما يعطي نوعية في تقديم الخدمات الصحية للمواطن الجزائري، ويعزز التغطية الصحية التي تفتقر إليها المستشفيات العمومية، يتجلى ذلك في الإدارة التي تتولاها وزارة الدفاع الوطني مما يضمن الصرامة في النظام الطبي الذي تحتاجه الجزائر بما في ذلك مكافحة الفساد.

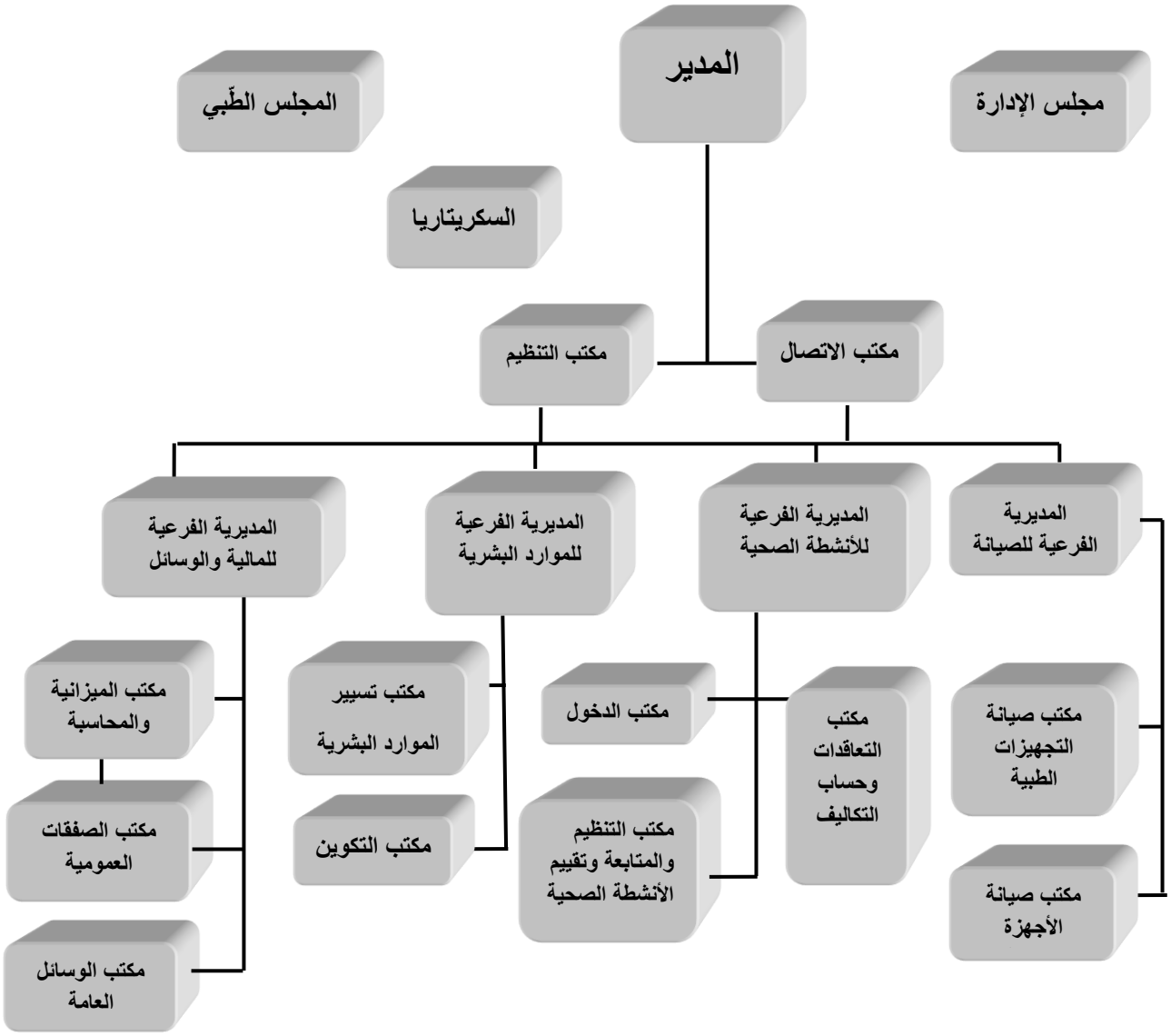
وعلى العموم، إن المستشفيات العمومية ستبقى هي المرجع والمرجعية في إستراتيجية المؤسسات الصحية الجزائرية إلى أن تتمكن المستشفيات الخاصة بإنشاء مستشفيات بالحجم المتوفر عند القطاع العمومي.

5. الهيئات المسيرة للمؤسسة الاستشفائية العمومية في الجزائر

تتمتع المؤسسة العمومية الاستشفائية ببنية تنظيمية إدارية تضم مجموعة من الهيئات، ولها تنظيم خاص يتناسب مع تعدد وتنوع وظائفها الشاملة، يرتبط هذا التنظيم بشكل مباشر بطبيعة المسؤوليات الواسعة التي تقوم بها المؤسسة، حيث تتحمل هذه الأخيرة واجبات والتزامات ومسؤوليات قانونية تجاه المرضى، مما يفرض التزامًا قويًا في تقديم الرعاية الصحية وضمان سلامتهم.

يسير كل مؤسسة صحية عامة مجلس إدارة ويشرف عليها مدير وهيئة استشارية (المجلس الطبي)، يمكن توضيح ذلك من خلال الهيكل التنظيم الإداري للمؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر في المخطط التالي:

الشكل رقم (02): التنظيم الإداري للمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية



Source: (BOUADI , Sans année, p. p 108.)

يتكون التنظيم الإداري للمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية من أربع مستويات رئيسية:

مجلس الإدارة* :

يتكون من رئيس يُمثل وزير الصحة وممثل عن وزارة التعليم العالي والبحث العلمي في المستشفيات الجامعية، أما فيما يتعلق بالمؤسسات الأخرى فيعوض بـ:

- ممثل عن الوالي رئيسا.
- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي وممثل عن المجلس الشعبي البلدي.
- ممثل إدارة المالية وممثل هيئات الضمان الاجتماعي.

* لمزيد من التفاصيل انظر: المواد من 11 إلى 18 من المرسوم التنفيذي رقم 07/140 المؤرخ في 17/05/2007 المتضمن قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

- ممثل عن التأمينات الاقتصادية.
- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه، وممثل عن المستخدمين شبه الطبيين يتم انتخابه كذلك.
- ممثل عن العمال يتم انتخابه في الجمعية العامة.
- ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة.
- رئيس المجلس الطبي.
- ممثل مسؤول التكوين في العلوم الطبية المؤهلة إقليميا إذا كانت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة تمارس نشاطا استشفائيا جامعيا.

يعد مجلس الإدارة نظامه الداخلي ويصادق عليه أثناء اجتماعه الأول، ويعين أعضاءه برأي استشاري لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي بناءً على اقتراح من السلطات والهيئات التي يتبعون لها، وفي حال انقطاع عهدة أحد الأعضاء يتم تعيين عضو جديد بنفس الطريقة ليكمل الفترة المتبقية من العهدة.

يتداول مجلس الإدارة بشكل خاص المواضيع التالية:

- مخطط تنمية المؤسسة على المدى القصير والمتوسط.
- مشروع تنمية ميزانية المؤسسة والحسابات التقديرية.
- الحساب الإداري ومشاريع الاستثمار.
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة.

وبخصوص الاجتماعات، ينعقد مجلس الإدارة في دورة عادية مرة كل ستة أشهر، كما يمكن عقد اجتماع في دورة غير عادية بناءً على دعوة من رئيس المجلس أو بطلب من ثلثي الأعضاء، تُحرر مداولات الاجتماع وتُوقع من قبل الرئيس وأمين المجلس وتُدرج في سجل خاص يحمل رقمًا مميزًا ويُوقع عليه الرئيس، وتُتخذ قرارات المجلس بالأغلبية، وفي حال تساوي الأصوات يكون صوت المدير مرجحًا، وتُعرض مداولات مجلس الإدارة على الوالي للموافقة خلال ثمانية أيام الموالية من الاجتماعات، وتصبح نافذة بعد ثلاثين يومًا من إرسالها إلا إذا ورد اعتراض صريح خلال هذه الفترة (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007، الصفحات 11-12).

المدير* :

* لمزيد من التفاصيل انظر: المواد 19-20 -21 من المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

يعيّن مدير المؤسسة الاستشفائية العمومية بتعليمة من الوزير المكلف بالصحة، حيث تحدد هذه التعليمة مهامه المتمثلة في:

- تمثيل المؤسسة أمام العدالة وفي مختلف جوانب الحياة المدنية.
- الأمر بالصرف في المؤسسة.
- يشارك في إعداد مشاريع الميزانيات التقديرية.
- إعداد حسابات المؤسسة.
- يتولى صياغة مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة.
- ينفذ مداولات مجلس الإدارة.
- إعداد التقرير السنوي للأنشطة الذي يرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه.
- يدير عمليات توقيع العقود والصفقات والاتفاقيات وفقًا للتنظيم المعمول به.
- يمارس السلطة السلمية على الموظفين الذين يخضعون لسلطته ويتولى تعيين جميع موظفي المؤسسة باستثناء الحالات التي يتم تحديد تعيينها بطرق أخرى، وأخيرًا يمكنه تفويض سلطته تحت مسؤوليته لمساعديه المقربين.

يساعد المدير أربعة نواب يتم تعيينهم بموجب قرار صادر عن الوزير المختص بالصحة، يتولى كل منهم مسؤولية محددة كما يلي:

- **النائب الأول:** مسؤول عن المالية وتوفير الوسائل المالية الضرورية.
- **النائب الثاني:** يتولى إدارة الموارد البشرية.
- **النائب الثالث:** يُكلف بالإشراف على المصالح الصحية.
- **النائب الرابع:** مسؤول عن صيانة التجهيزات الطبية والمرافق المصاحبة (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007، الصفحات 12-13).

ومن هنا، فالمدير الناجح للمستشفى هو الذي يملك القدرة على القيادة الإدارية، والتي تتمثل في التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة واتخاذ القرارات والاتصال، حيث تتوافر فيه المهارات والصفات القيادية، إضافة إلى التأهيل العلمي والخبرات العملية التي تمكنه من التصرف بحكمة وموضوعية.

المجلس الطبي* :

* لمزيد من التفاصيل انظر المواد 24-25-26-27 من المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

يُكلّف المجلس الطبي بدراسة كافة المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي، خاصة في الأمور التالية:

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين الأقسام الطبية.
- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.
- برامج الصحة والسكان.
- برامج الفعاليات العلمية والتقنية.
- إنشاء أو إلغاء الهياكل الطبية.

يقترح المجلس الطبي التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم وتسيير المؤسسة، خاصة فيما يتعلق بمصالح العلاج والوقاية، ويمكن لمدير المؤسسة الاستشفائية العمومية ومدير الصحة الجوارية عرض أي مسألة ذات طابع طبي أو علمي أو تكويني على المجلس الطبي.

يتألف المجلس الطبي من:

مسؤولو الأقسام الطبية، الصيدلي المسؤول، جراح الأسنان، وشبه الطبي الذي يتم انتخابه من قبل نظرائه من أعلى رتبة في سلك شبه الطبيين، وممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء، وينتخب المجلس الطبي رئيسًا ونائب رئيس من بين أعضائه لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد.

وبخصوص الاجتماعات، يجتمع المجلس الطبي في دورة عادية كل شهرين بناءً على دعوة من رئيسه، ويمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بطلب من رئيسه أو أغلبية أعضائه أو مدير المؤسسة الاستشفائية العمومية أو مدير الصحة الجوارية، وتكون اجتماعات المجلس بحضور أغلبية أعضائه، وإذا لم يكتمل النصاب من جديد خلال ثمانية أيام الموالية يمكن أن يتداول الأعضاء مهما كان عدد الأعضاء الحاضرين، ويقوم المجلس بإعداد نظامه الداخلي ويصادق عليه في اجتماعه الأول (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007، صفحة 13).

المجلس العلمي*:

يحل المجلس العلمي للمراكز الاستشفائية الجامعية محل المجلس الطبي، ويعوض أطباء رؤساء المصالح الطبية، الذين يكونون عادة أطباء أخصائيين أو أطباء عامين بأساتذة باحثين استشفائيين.

* لمزيد من التفاصيل انظر: المواد 23- 24-25-26 من المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 2 ديسمبر سنة 1997، يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، 1997، ص ص 33 – 34.

يتكون المجلس العلمي من الرئيس الذي يُنتخب من بين أعضائه لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد من رؤساء المصالح ومدير مؤسسة التكوين العالي المعنية أو ممثله، وعند الاقتضاء مسؤولي وحدات البحث، كما يُعين مدير المركز الاستشفائي الجامعي من بين المجموعة العلمية للمؤسسة عضوين إلى ثلاثة أعضاء، ويُنتخب أستاذ محاضر وأستاذ معيد من قِبَل زملائهما لمدة ثلاث سنوات، بينما يُعين موظف شبه طبي بأعلى رتبة في سلك شبه الطبيين من قِبَل المدير العام.

يتولى المجلس العلمي إصدار آراء خاصة تتعلق بـ:

- إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية.
- مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.
- برامج الصحة والسكان.
- برامج التظاهرات العلمية والتقنية.
- إنشاء أو إلغاء مؤسسات طبية.
- الاتفاقيات الخاصة بالتكوين والبحث في العلوم الطبية.

يقوم المجلس العلمي بتقديم الاقتراحات المتعلقة بجميع الإجراءات التي تعزز تنظيم مصالح العلاج والوقاية وتحسين سير العمل وتوزيع المستخدمين وتطوير برامج التكوين والبحث في مجالات علوم الطب مع تقدير دور المصالح، كما يتولى وضع نظامه الداخلي والمصادقة عليه.

مدير المركز الاستشفائي الجامعي له حق إطلاع المجلس الطبي على كافة الأمور ذات الطابع الطبي أو العلمي أو التكويني، كما يحق له استدعاء أي شخص يمكن أن يسهم في أعمال المجلس.

تُعقد اجتماعات المجلس العلمي بشكل دوري كل شهرين بناءً على دعوة من رئيسه أو المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي، كما يمكن عقد اجتماعات طارئة بناءً على طلب رئيس المجلس أو غالبية أعضائه أو المدير العام، وفي حالة غياب الرئيس يترأس الاجتماع أقدم الأعضاء، وتُسجل المحاضر بشكل رسمي في سجل خاص، وتعتبر الاجتماعات صحيحة فقط بحضور أغلبية الأعضاء، وفي حال عدم استيفاء النصاب يتم استدعاء الأعضاء لعقد اجتماع آخر خلال ثمانية أيام الموالية، في هذه الحالة يمكن للأعضاء الاجتماع بغض النظر عن عدد الحاضرين، ويقوم المجلس العلمي أيضًا بوضع نظامه الداخلي والمصادقة عليه (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 1997، صفحة 33).

بالإضافة إلى:

اللجنة الاستشارية:

تنص المادة الأولى من المرسوم التنفيذي رقم 13-288 المؤرخ في 23 رمضان 1434 هـ، الموافق

لـ 1 أوت 2013 على إنشاء اللجان الاستشارية الاستشفائية الجامعية وتحديد صلاحياتها وتنظيمها وسيرها، وتنص المادة الثانية على ضرورة تأسيس لجان استشارية استشفائية محلية في كل مدينة تحتوي على مؤسسة أو هيكل تعليمي عالي في مجالات العلوم الطبية (اللجنة المحلية)، وإنشاء لجنة استشارية استشفائية جامعية وطنية، ويتم إنشاء هذه اللجان بموجب قرار مشترك بين الوزير المسؤول عن التعليم العالي والوزير المسؤول عن الصحة (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، 2013، الصفحات 16-17).

نشأت اللجنة الاستشارية نتيجة تعقيد المشكلات الإدارية التي تتسم بطابعها الفني، وهي عبارة عن هيئة إدارية تابعة للمركز الاستشفائي الجامعي تهدف إلى دعم الهيئات التنفيذية الرئيسية، كما تمثل هيئة فنية مساعدة تركز على الإعداد والتحضير والبحث وتقديم النصائح للجهة الإدارية المسؤولة عن اتخاذ القرارات، وتقوم بمساندة المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي في أداء مهامه خاصة في تنفيذ الاقتراحات والتوصيات الصادرة عن المجلس العلمي.

تتكون اللجنة الاستشارية من المدير العام ورئيس المجلس العلمي وثلاثة إلى سبعة رؤساء مصالح يتم تعيينهم من قبل المجلس العلمي، ويمكن توسيع نطاق اجتماعات اللجنة الاستشارية بناءً على مبادرة من المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي أو بناءً على طلب غالبية الأعضاء لتشمل الأمين العام ومديري هياكل المؤسسة، وبخصوص الاجتماعات تُعقد اجتماعاتها بشكل دوري، حيث يتم تحديد جدولها ليكون مرة واحدة كل شهر (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 1997، صفحة 34).

خلاصة الفصل

مما سبق، تمثّل المؤسسة الاستشفائية نسقاً اجتماعياً متكاملاً، تتشكّل من أنظمة فرعية متفاعلة ومترابطة، فهي ليست كياناً منفصلاً، بل تُعد جزءًا أساسيًا من النسق المجتمعي الأكبر، تساهم في استدامته من خلال أدوارها المتعددة، كمؤسسة صحية اجتماعية لا تقتصر وظيفتها على تقديم الخدمات العلاجية، ولكن تمتد لتشمل الأنشطة الوقائية وتعزيز الصحة المجتمعية في إطار رسالتها الأساسية الرامية إلى تحسين جودة الحياة.

تعمل هذه المؤسسة كجزء لا يتجزأ من النظام الاجتماعي مدعومة ببنية تحتية طبية متكاملة تسعى لتوفير الخدمات الصحية بتوظيف التقنيات الطبية، ولضمان تحقيق أهدافها تعتمد على هيكل إداري يشمل كوادر إدارية وفرق طبية وتمريضية متخصصة، يتعاونون بتناسق لتقديم مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية التي تلبي احتياجات المجتمع بفعالية وجودة عالية.

وبالتالي، يمكننا القول إن الهدف الأسمى لأي مؤسسة استشفائية هو ضمان توفير مستوى أمثل من الرعاية الصحية للأفراد والمجتمع من خلال تسخير كافة إمكانياتها وقدراتها.

الفصل الثالث: مـاهية الخدمات الصحية

تـمـــهيد

أولا: الـــــخـدمـات الـــصـحـــيـــة

1. مـــفاهيم أساسية حول الـخـدمات الصحية
2. التـطـور الـتاريخـي الـــخدمات الصـحـيـة
3. خصائص وأنـــواع الـخـدمات الـصـحـية
4. أهـمـيـة وأهداف الـخـدمات الصـحـيـة
5. معايير وأسس تـقـديم الخدمات الـصـحـيـة

ثانيا: الـنـوعـيـة في الـــخدمـات الـصـحـيـة

1. مفهوم النوعية في الـــخدمـات الـصـحـية
2. أهمية وأهداف النوعية في الخدمات الصحيـة
3. أساليب قياس النوعية في الخدمات الصحيـة
4. أبـعـاد الـنّوعـيـة في الـخدمات الصحيـة
5. المـعوقات الداخـلية والـخارجية لتقـديم الخـدمات الصحـية

خلاصة الفصل

تمهيد

تُعتبر الخدمات الصحية من أهم متطلبات الفرد الأساسية المتعلقة بسلامته وعافيته، لذا احتلت مكانة هامة في اهتمامات المجتمع، لم يقتصر هذا الاهتمام على المخططين والمنفذين لهذه الخدمات فحسب، بل أصبح هاجسًا لدى المواطن العادي أيضًا، إذ تُعتبر الرعاية الصحية حقًا أساسيًا لا يمكن الاستغناء عنه، لذلك من الضروري ضمان تقديم هذه الخدمات بشكل عادل وشامل لجميع أفراد المجتمع دون تمييز.

إن مبدأ الحق في الحصول على خدمة صحية ذات نوعية بغض النظر عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية للفرد يضع على عاتق المؤسسات الصحية مسؤولية توفير هذه الخدمات وفقًا للمعايير الدولية. تتجاوز الجودة في هذا السياق تلبية الاحتياجات الجسدية لتشمل الجوانب العاطفية والنفسية للمرضى، مما يعزز الرعاية الإنسانية الشاملة، وعلى الرغم من أن الاهتمام بالنوعية في مجال المنتجات كان مبكرًا، إلا أن التركيز عليها في مجال الخدمات خاصة الخدمات الصحية ظهر متأخرًا نسبيًا، فقد بدأ الاهتمام بها عام 1980م، وذلك نتيجة لعوامل عديدة مثل زيادة الوعي المجتمعي واستخدام أساليب الإدارة والتكنولوجيا الحديثة وظهور مفهوم التّسويق الاجتماعي الذي يركز على أهمية رضا العملاء وزيادة المنافسة بين المؤسسات الصحية، ذلك ما أدى إلى ضرورة التمييز بين المنافسين من خلال تقديم خدمات ذات نوعية.

أولا: الخدمات الصحية

1. مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية

قبل تحديد مفهوم الخدمة الصحية من المهم أن نُبرز بعض المصطلحات التي تدخل في الحقل اللغوي لمفهوم الخدمة الصحية.

1.1. تعريف الصحة Health

على الرغم من إمكانية بيع وشراء الخدمات الصحية إلا أن الصحة ليست سلعة يمكن المتاجرة بها، وتعريف الصحة معقد وقياسها أكثر صعوبة، فالتمتع بصحة جيدة لا يعني فقط البقاء على قيد الحياة، ولكن القدرة على الاستمتاع بالحياة بأقصى قدر ممكن.

عرفتها منظمة الصحة العالمية (WHO) أنها لا تعني خلو الفرد من الأمراض فقط، وإنما هي حالة من التوازن الجسمي والعملي والنفسي والاجتماعي تمكن الفرد من العيش في حياة منتجة اجتماعيا واقتصاديا (أبو العيون، 2013، صفحة 19).

هذا التعريف يعكس النظرة الحديثة في فهم الصحة، والتي تشمل جوانب أساسية منها:

البعد الجسمي: يتعلق بصحة الإنسان ووظائف جسمه، ويشمل النشاط البدني والتغذية السليمة والوقاية من الأمراض.

البعد النفسي: تمتع الفرد بالصحة العاطفية والعقلية وتعزيز المشاعر الإيجابية.

البعد الاجتماعي: يتعلق بالدعم الاجتماعي والتواصل مع الآخرين والعلاقات الاجتماعية.

البعد البيئي: يرتبط بمدى تأثير الظروف البيئية على صحة الإنسان وعلاقته بها، ويشمل جودة المياه والهواء لضمان نظام بيئي صحي وآمن يحمي الأفراد من الأضرار الناتجة عن التلوث.

البعد الاقتصادي: يشمل الحصول على الخدمات الصحية الأساسية والتغذية الجيدة لتحقيق التنمية المستدامة والصحة العامة للمجتمع.

وبالتالي، فإن العمل على تحقيق التوازن بين العوامل الجسدية والنفسية والاجتماعية يتطلب تبني نهج متكامل ومتعاون من قبل جميع الفاعلين في ميدان الصحة لضمان توفير بيئة تسهم في تحقيق هذا التوازن لجميع الأفراد.

ومن ناحية، لو أخذنا التعريف حرفيا قد يبدو الأمر مثيرا للإشكالية لا سيما بسبب استخدام عبارة "السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة"، على سبيل المثال يجادل Beaglehole and Bonita بضرورة تعديل تعريف منظمة الصحة العالمية ليصبح أكثر وظيفيا، حيث يشير إلى أن الأفراد الأصحاء

هم من يستطيعون العمل بشكل طبيعي داخل مجتمعهم، ومع ذلك يبدو أن هذا التعريف المعدل معيبا خاصةً عندما يتعلق الأمر بالأفراد ذوي الإعاقة الذين يعتبرون أنفسهم في حالة "صحية جيدة" (Bergh, 2011, p. 12).

ويرى **Eric Gagnon** أن الصحة هي الاستقلالية، وخلص إلى أن تمتع الفرد بالصحة يعني امتلاكه للقدرة الكاملة على المشاركة في الحياة الاجتماعية وعلى لعب أدواره فيها، أي القدرة على الاندماج (عبابو، 2015).

أما بالنسبة لصحة المجتمع وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، فهي تعني نظامًا شاملًا لتقديم الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع من خلال فريق صحي متكامل، بهدف تحسين الحالة الصحية والوقاية من الأمراض، كما يُعد هذا النظام علمًا يختص بتشخيص أولويات المشكلات الصحية وتخطيط وتنفيذ البرامج الصحية المناسبة (وديد الرشيدي و آخرون، 2023، صفحة 6).

الملاحظ على التعريف السابق أنه ربط بين الصحة والمجتمع، مؤكدا على إسهامها ودورها في تحقيق التطور والنمو الاجتماعي.

1.1.1. المفهوم الاجتماعي للصحة

تُعتبر الصحة مفهومًا اجتماعيًا، حيث ترتبط بالحكم والأمثال الشعبية، فعلى سبيل المثال يُقال: "**الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يعرف قيمتها إلا المرضى**" وقيل أيضًا: "**درهم وقاية خير من قنطار علاج**"، و"**تفاحة في الصباح تغنيك عن طبيب**" وغيرها من الأمثال التي تعكس قيمة الصحة.

أوضح عالم الاجتماع الأمريكي "**تالكوت بارسونز**" أن الصحة والمرض قد يبدوان موضوعين بسيطين خارج نطاق علم الاجتماع إلا أنه يمكن اعتبارهما ظاهرتين اجتماعيتين، كما بيّن أنه عندما يواجه الأفراد المرض فإنهم يتصرفون تبعا لأنماط معينة مقبولة اجتماعيا، وإذا انحرفوا عنها فإنهم ربما لا يُقبلون كمرضى (غيدنز و صاتن، 2018، صفحة 262)، ومن ناحية إنّ تعريف الصحة والمرض يأخذ في الاعتبار الأدوار المحددة التي يُتوقع من الفرد أداؤها ضمن بيئته الثقافية، والأحكام التي يصدرها الفرد والآخرون المهمون في شبكته الاجتماعية حول مدى كفاية أدائه، وعلى وجه الخصوص يعتبر الأداء الفعال في دورين اجتماعيين العائلي والمهني أمرا مهما لرفاهية الفرد ومجتمعه، لذا يجب النظر إلى الصحة كوسيلة لتحقيق الالتزامات المرتبطة بالأدوار الاجتماعية، في حين يُعتبر المرض عائقًا أمام تحقيق تلك الالتزامات (Paul I . & George V ., 2012, p. 13).

بناء على ما سبق، تعتبر الصحة ركيزة أساسية في حياة الأفراد والمجتمعات، وهي لا تقتصر على

الجانب الجسدي فحسب، بل تتجاوزه لتشمل أبعادًا نفسية واجتماعية وبيئية واقتصادية.

2.1. المرض

يعتبر المرض من المفاهيم الأكثر شيوعا واستخداما في الحياة اليومية، والأكثر تناولا في أدبيات العلوم الإنسانية، لا سيما في مجال علم الاجتماع وعلم النفس والأنثروبولوجيا، كما يعد من الموضوعات المهمة التي تستحوذ على اهتمام الأمم والمجتمعات، باعتباره أحد العوامل الرئيسية التي قد تعيق الفرد عن أداء مهامه بشكل جزئي أو كلي لمدة زمنية تتراوح حسب طبيعة المرض، فقد يكون مرضا مزمنا يلازم المريض طوال حياته ويفرض عليه نمطا خاصا من الحياة كتناول الأدوية ولعدة مرات في اليوم، كما قد يكون مؤقتا يدوم بضع ساعات أو بضعة أيام، يرى علماء الاجتماع "أنّ الناس ليسوا مرضى كأفراد فقط إذ عليهم أن يتعلموا ما ينتظرهم من المجتمع عندما يكونوا مرضى" (غيدنز و صاتن، 2018، صفحة 262)، وذهب دوركايم إلى أن المرض يلازم الإنسان بدرجات متفاوتة، ولا يوجد إنسان خال من الأمراض، وأن الصحة في نظره تعني أن يكون الإنسان في حالة تحتوي على أقل قدر ممكن من الأمراض، ووفقا لدوركايم الإنسان الخال من الأمراض هو غير موجود، وأشار إلى أن هناك علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة على الصحة، وإذا اختفت وظهر على الإنسان أنه سليم فإنه في الواقع مريض (ابراهيم مخلوف، 2000، صفحة 22)، أما تالكوت بارسونز فقد أكد على أنه بالرغم من أن المرض قد يكون نتيجة الإصابة بالعدوى أو الحوادث يصبح من الضروري على المريض عند إصابته بالمرض أن يسعى الى الحصول على استشارة طبية والتعاون مع الطبيب المعالج (حمادي علي و حسن جاسم، 2020، صفحة 61).

ولهذا تعددت المفاهيم حسب الجانب الذي يركز عليه كل علم أو دراسة، ومهما يكن من وجود اختلافات بين الدارسين حول تعريف دقيق للمرض إلا أنهم حينما يستخدمون مفهوم المرض فإنهم يقصدون الإشارة إلى خصائص بنائية ووظيفية معينة يمكن توضيحها فيمايلي:

يعرف معجم وبستر **(Webster)** المرض بأنه عدم الارتياح أو القلق، بل الأكثر من ذلك في أن الابتعاد عن الصحة يعد مرضا في حد ذاته (بواعنه ، 2004، صفحة 30).

وعرّف بأنه حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما، ويكون الشفاء منه صعبا أو مستحيلا بدون علاج، ولأجل العودة إلى التوازن الفسيولوجي يتطلب من الجسم عدة عمليات أو وظائف لا تدخل في الوظائف الفسيولوجية المسؤولة عن التوازن في العضو المصاب (سعيد عيشور و آخرون، 2018، صفحة 23).

وفقًا لهذا التعريف، يُركّز المرض على التأثيرات الوظيفية للأعضاء وإلى صعوبة أو استحالة الشفاء دون تدخل علاجي، فالمرض عادة ما ينشأ نتيجة لقصور في وظيفة عضو أو أكثر من أعضاء الجسم مما يؤدي إلى عدم قدرة العضو على أداء وظيفته بشكل كامل، كما يمكن أن ينشأ نتيجة لعدم التوافق أو انعدام التناغم بين عضوين أو أكثر في أدائهم لوظائفهم.

ويرى **Sarliz** أن المرض هو انحراف* عن الحالة الطبيعية سواء في بنية الجسم أو وظيفته، ويُستدل على هذا الانحراف من خلال أعراض يشعر بها المريض أو يلاحظها الطبيب، ويمكن أن تكون أسباب المرض داخلية أو خارجية، فالداخلية تشمل اضطرابات في الغدد الصماء والشواذ التركيبية أو الوراثية أو الشيخوخة أو الأورام، أما الأسباب الخارجية فتتمثل في العدوى بالبكتيريا أو الفيروسات أو الفطريات، وتختلف شدة الأمراض من شخص لآخر حسب نوع المرض وأسبابه (محمد الحسن، 2013، صفحة 48).

على ضوء ما تقدم يمكن القول، إن المرض هو اضطراب أو خلل يؤثر على الوظائف الطبيعية للجسم أو أحد أعضائه، مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية أو نفسية يمكن أن يحس بها الشخص أو تُلاحظ من قبل الآخرين أو عند الذهاب للطبيب، وبالتالي فالمرض هو انحراف عن الحالة الطبيعية للصحة ويمكن أن يتفاوت في شدته وتأثيره على الفرد.

1.2.1. المفهوم الاجتماعي للمرض

لن يكتمل فهمنا للصحة والمرض دون إدراجهما في السياق الاجتماعي الذي يمنحهما البعد الأوسع، فبينما يركز الطبيب على فهم المرض وعلاجه وتعزيز الظروف المعيشية التي تقلل من خطرها على صحة الأفراد، تبقى هذه الجهود غير فعالة دون مراعاة العوامل الاجتماعية والنفسية للأفراد، إذ يلعب "التشريح الاجتماعي" للمرض المرتبط بالعوامل الاجتماعية دورًا هاما في فهم انتشار الأمراض، حيث تساهم الظروف الاجتماعية السيئة مثل الفقر، البطالة، الجهل، وسوء التغذية في زيادة معدلات الإصابة بالمرض، فالعديد من المشكلات الاجتماعية الخطيرة تُعد بمثابة "أمراض" تصيب المجتمع (بوغديري، 2017، صفحة 495)، وقد ركز العديد من الأنثروبولوجيين أمثال **براون** على الدلالات الاجتماعية والثقافية للمرض مؤكدين على الخلفية الاجتماعية للمرض، بمعنى أن المرض يتجدر في المجتمع دلالة وتعاملاً وأسباباً، فهو على حد

* **الانحراف (Deviance)** هو القيام بأعمال لا تتطابق مع المعايير أو القيم واسعة القبول في المجتمع (للمزيد انظر: شيخة الفجرية: **القنديل وانعكاس الضوء السوسيوميتا سردية في روايات غالية فهر تيمور آل سعيد**، الآن ناشرون وموزعون، 2019، ص 154).

قول **فيرجا** ظاهرة من صنع المجتمع وسيظل متأثراً بالواقع الاجتماعي دائما (بشير الدويبي، 2006، صفحة 51).

من هذا المنطلق، يقصد بالمرض من منظور اجتماعي:

الهوية الاجتماعية التي يمكن تمييزها عن المرض الذي هو مفهوم بيولوجي، وعن المرض الذي هو مفهوم اجتماعي ونفسي باعتباره هوية اجتماعية، فالمرض هو تسمية يمنحها الآخرون ويقبلها الفرد علنًا (Paul I . & George V ., 2012, p. 10).

هو ظاهرة إنسانية تتنوع وتختلف باختلاف الثقافات، وحالة اجتماعية تتضمن تغييرا في السلوكيات، فالمرض بمعناه البيولوجي يحدث مستقلا عن المعرفة والتقييم الإنساني الاجتماعي، وبهذا المعنى ينشأ ويتطور عن طريق المعرفة والتقييم الاجتماعي (طويل، 2012، صفحة 16).

من **منظور وظيفي** يُعتبر المرض خللاً وظيفيًا يعوق الأفراد عن أداء أدوارهم الاجتماعية المتوقعة، على سبيل المثال عندما يصاب شخص بمرض معين قد يكون غير قادر على العمل أو رعاية الأسرة مما يؤثر على الأداء الكلي للنظام الاجتماعي.

مما سبق، يمكننا فهم المرض بأنه ليس فقط حالة بيولوجية ولكنه ظاهرة اجتماعية تؤثر وتتأثر بالنظام الاجتماعي ككل، تستلزم استجابات منظمة من المجتمع للحفاظ على استقراره وتوازنه.

3.1. مفهوم الخدمة

إن الحديث عن مختلف الخدمات ومنها الخدمات الصحية يعني أننا نتعامل مع أشياء غير ملموسة لا يمكن تملكها أو حيازتها عند شرائها، بل يمكن الحصول على منافعها وفوائدها، وفي هذا المعنى اختلفت وجهات النظر حول تعريف الخدمة، ومن بين التعاريف ما يلي:

الخدمات هي أنشطة اقتصادية يؤديها طرف إلى آخر، وغالبًا ما تعتمد على الوقت وتؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة للمستلمين أو الأشياء أو الأصول الأخرى، وفي مقابل المال والوقت والجهد يتوقع عملاء الخدمة قيمة من الوصول إلى العمالة والمهارات والخبرة والشبكات والأنظمة والمرافق والسلع، ومع ذلك فإنهم لا يمتلكون عادة ملكية العناصر المادية المعنية (WIRTZ & LOVELOCK, 2016, P. 21).

يُظهر التعريف بوضوح أن الخدمات تعتمد على الاستفادة من الموارد والأنظمة دون نقل ملكيتها، وهذا ما يوضح الفرق الجوهري بين الخدمات والسلع المادية.

يرى **Kotler** أن الخدمات هي أي فعل أو أداء يقدمه طرف لآخر، يكون جوهره غير ملموس ولا ينتج عنه أي تملك، وقد يرتبط إنتاجه بمنتج مادي أو قد لا يرتبط به (ياسر البكري، د.س، صفحة 21)،

وعندما تعرض الشركات منتجاتها على السوق فإنها غالبًا ما تتضمن مكونات خدمية – قد تكون هذه المكونات ثانوية أو رئيسية في العرض الكلي – ما يبرز التباين بين البضاعة المادية من جهة والخدمة الجوهرية من جهة أخرى (عبد الفتاح، 2017، صفحة 28).

في هذا التعريف، تم التركيز على الجانب غير الملموس للخدمة التي لا تحدث إلا بالتفاعل بين طرفين، وأوضح إمكانية ارتباط الخدمة بمنتج مادي مع إغفال بعض الخصائص الأخرى مثل التلازمية وعدم القابلية للتنميط وغياب الملكية.

وعرّفت **جمعية التسويق الأمريكية** الخدمات بأنها منتجات غير ملموسة أو على الأقل يغلب عليها الطابع غير الملموس، حيث يتم تبادلها مباشرة بين المنتج والمستخدم إذا كانت غير ملموسة تمامًا ولا يمكن نقلها أو تخزينها، كما أنها تفنى بسرعة، وغالبًا ما يصعب تحديد سلع الخدمات لأنها تظهر وتستهلك في نفس اللحظة وتتطلب مشاركة فعالة من الزبون، إذ لا يتم بيعها ولا تحمل صفة (دبون، 2012، صفحة 216).

يقدم هذا التعريف توضيحًا أكثر شمولية لمفهوم الخدمة، حيث يبرز أهمية التفاعل بين البائع والمشتري كعنصر أساسي في الحصول على الخدمة، كما يشير إلى مجموعة من الخصائص التي تميز الخدمات مثل كونها غير ملموسة، عدم إمكانية تخزينها، عدم نقل الملكية، وصعوبة فصل الخدمة عن مزودها، بالإضافة إلى مشاركة الزبون في إنتاجها، وخاصية التلازمية حيث يتزامن إنتاج الخدمة مع استهلاكها مما يضفي عليها طابع الديناميكية.

بناءً على التعاريف السابقة، يمكن تعريف الخدمة بأنها منتجات غير ملموسة تُقدَّم من طرف إلى آخر لتلبية احتياجاته ورغباته، وقد يرتبط إنتاجها بمنتج مادي أو لا، ويتم إنتاجها واستهلاكها في الوقت نفسه، وتتميز بعدم التجانس مما يجعل من الصعب تنميطها، كما لا تتضمن نقل ملكية ولا يمكن تخزينها.

وعلى هذا الأساس يمكن توضيح خصائص الخدمات فيما يلي:

اللاملموسية Intangibility:

تعتبر اللاملموسية من الخصائص الأساسية التي تميز الخدمات عن السلع، وتعتبر المصدر الذي تنبثق منه باقي الخصائص الأخرى، ووفقا لما أشار إليه **BERRY** و **BATESON** أنّ مفهوم عدم الملموسية يعني أن الخدمة غير مادية، فلا يمكن رؤيتها أو تذوقها أو شمها أو لمسها أو سماعها (باعلوي، 2013، صفحة 26)، وهذا يعني أن المستهلك لا يستطيع التنبؤ بدقة متى يتم تقديم الخدمة له ويقوم بدفع ثمنها خاصةً إذا كان يفتقر إلى تجربة سابقة معها، مما يجعله يواجه صعوبات في تقييمها في اتخاذ قرار

الشراء (عيشوش، 2009، صفحة 21)، في هذا الصدد تقول **shostack** أنه كلما ازدادت لا ملموسية الخدمة زادت الحاجة لتقديم أدلة ملموسة تؤكد جودة الخدمة ومزاياها، حيث يرغب المستفيد في الحصول على شيء ملموس يضمن له الاستفادة الفعلية من الخدمة (الطائي و العلاق، 2019، صفحة 68).

وعليه، فإن الخدمات مثل الفحص الطبي يصعب تقييمها بنفس الطريقة التي يمكن بها للمستهلك تقييم جهاز إلكتروني جديد قبل الشراء، حيث يمكنه فحص مواصفاته وتجربته فعلياً لتكوين رأي عنه.

الجدول رقم (02): فروق الخدمة تبعا لدرجة الملموسية

درجة الملموسية	خدمة المنتج	خدمة المستهلك
ـ الخدمة التي تتصف بعدم الملموسة بشكل كامل	**ـ الحماية والأمن، أنظمة الاتصالات، اندماج المنظمات، التمويل**	**ـ وكلاء التوظيف، المتحف، التعليم، أماكن الترفيه**
ـ الخدمات التي تعطي مضاعفة للسلع الملموسة	**ـ عقود الصيانة، التأمين، تصميم العبوات والإعلانات والأغلفة**	**ـ العناية الشخصية، ضمان التنظيف، التأمين، التصليح**
ـ الخدمات التي توفر منتجات مادية ملموسة	**ـ وكلاء النقل، متاجر الجملة، البنوك، المستودعات**	**ـ البيع الآلي، متاجر التجزئة، تبرعات خيرية، خدمات بريدية**

المصدر: (محمد عبد الحليم، 2016، صفحة 61)

التلازم (عدم الانفصال) Inseparadility:

لا يمكن فصل الخدمات عن الشخص الذي يقوم بتقديمها، حيث غالبا ما يتم إنتاج الخدمة وتقديمها واستهلاكها في نفس الوقت خلال التفاعلات بين المشتري والبائع (Mohana Rao, 2007, p. 9)، كما أنّ تأثير تواجد مزود الخدمة والمتلقي معًا يكون واضحًا في نتائج الخدمة المتوقعة، كما هو الحال في خدمات الطب أو الحلاقة أو السفر، وهذا يدفع المؤسسات إلى الاستثمار في تدريب وتأهيل مزودي الخدمات لتحسين مهاراتهم مما يساهم في تحقيق ميزة تنافسية، كما تتطلب خاصية التلازمية مشاركة المستفيد في إنتاج الخدمة، حيث تعتمد دقة النتائج مثل تشخيص الطبيب أو الاستشارات الإدارية والقانونية على جودة المعلومات التي يقدمها المستفيد لمزود الخدمة (كورتل، 2009، الصفحات 92-93).

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول، إن التلازمية تشير إلى درجة ارتباط الخدمة بالشخص الذي يقدمها، حيث يصعب فصل الخدمة عن شخصية مقدمها على عكس المنتجات الملموسة، وبالتالي فالعديد من الخدمات يتطلب الأمر حضور كل من طالب الخدمة ومقدمها في نفس الوقت إلى مكان تقديم الخدمة كما هو الحال في الخدمات الطبية، حيث يتم إنتاج الخدمة واستهلاكها في اللحظة نفسها.

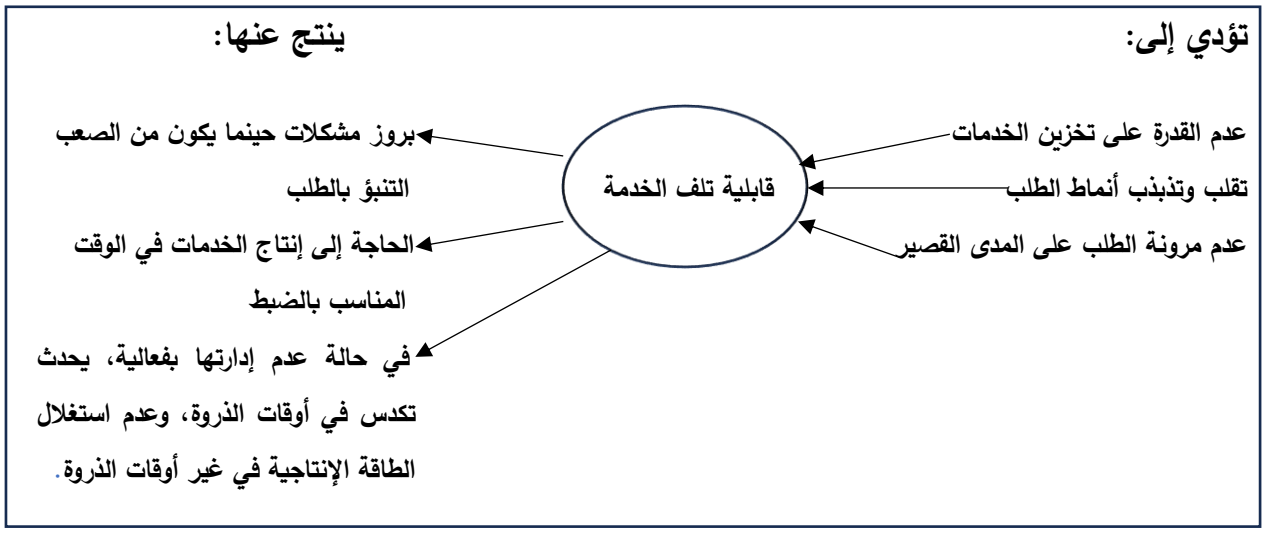
التباين Heterogeneity:

من الصعب في كثير من الأحيان الحفاظ على مستوى موحد من المعيارية في المخرجات بذات الخدمة المقدمة للمستهلك، وذلك بسبب العوامل المؤثرة على مدخلات إنتاج الخدمة مثل المواد المستخدمة والتوقيت والسرعة والأدوات، لذلك يُعتبر الاعتماد على التغذية العكسية من خلال استقصاء آراء المستهلكين ومعرفة مقترحاتهم لتحسين الخدمات هو السبيل الأمثل لتقليص التباين في مستويات الرضا والخدمة المقدمة (ياسر البكري، د.س، الصفحات 23-24).

الهلاك Perishability:

الخدمات غير قابلة للتخزين، ذلك أنها كمنتج غير مادي لا يمكن نقلها أو توزيعها بالوسائل المادية المعروفة، وإنما يتم توزيعها عبر إنشاء مكاتب وفروع في مواقع مختلفة أو يتم استهلاكها أثناء إنتاجها (حاروش، 2016، صفحة 29)، على سبيل المثال الغرفة الفندقية أو المقعد في شركة الطيران الذي لم يُحجز يمثل دخلًا مفقودًا لا يمكن تعويضه في اليوم التالي، بينما يمكن تخزين السلع المادية غير المباعة لبيعها لاحقًا، لذلك من المهم تحقيق التوازن بين العرض والطلب بالنسبة للخدمات، فإذا كان الفندق مثلا يعاني من نقص في الحجز خلال عطلة نهاية الأسبوع رغم ارتفاع الطلب خلال أيام الأسبوع، فإن التسويق يمكن أن يشمل مبادرات مثل تقديم خصومات في عطلة نهاية الأسبوع أو ربط الإقامة بأنشطة ترفيهية مثل التنزه على الأقدام أو صيد الأسماك (محمد خضر ، 2022، صفحة 34)، وبالمثل القطار الذي يغادر بمحطة نصف ممتلئة يعني أن سعة الخدمة غير المستخدمة لا يمكن استغلالها لاحقاً، بينما لا تشكل القابلية للتلف مشكلة عندما يكون الطلب مستقرًا، لكن الشركات التي تقدم الخدمات تواجه تحديات كبيرة عندما يتقلب الطلب، فالتحدي الرئيسي لهذه الشركات هو تحقيق التوازن بين العرض والطلب، مما يجعل إدارة الطلب إحدى المهام الأساسية في هذا القطاع (MOHANA RAO, 2007, P. 10).

الشكل رقم (03): مسببات وعواقب قابلية الخدمة للتلف



المصدر: (بالمر، 2020، صفحة 53)

مما سبق، إن خاصية فناء أو هلاك الخدمة تعني أن الخدمات لا يمكن تخزينها أو تأجيلها، كما أن منتج الخدمة الذي لا يستطيع بيع كل إنتاجه في الفترة الحالية يفتقد إلى إمكانية تأجيل بيع منتجه لفترة مستقبلية.

عدم التجانس أو عدم التماثلHeterogeneity:

من الصعب الحفاظ على مستوى موحد للخدمة بسبب العوامل المؤثرة في مدخلات إنتاجها مثل مهارة المورد والتوقيت والمكان والسرعة والأدوات المستخدمة، وبما أن معظم الخدمات تُقدّم من قبل أشخاص فإن قدرتهم على الأداء تتأثر بعوامل تتعلق بالشخص نفسه وبالبيئة المادية والاجتماعية المحيطة مما يجعل تنميط الخدمة شبه مستحيل (بودية و قندوز، 2016، صفحة 126)، وتعتبر حالات الاختلاف في معايير الإنتاج ذات أهمية كبيرة بالنسبة لمؤسسات الخدمات التي يعتمد فيها تقديم الخدمة على مشاركة المستفيدين بشكل فعّال في عملية الإنتاج خاصة عندما تحد طرق الإنتاج من القدرة على مراقبة جودة الخدمة المقدمة، وهذا ينطبق بشكل واضح على الخدمات الشخصية كثيفة العمل مثل خدمات الحلاقة والتجميل، وهناك خدمات تسمح بمراقبة الجودة أثناء عملية الإنتاج، مما يوفر فرص لتقديم خدمة عالية الجودة بشكل مستمر ومنتظم.

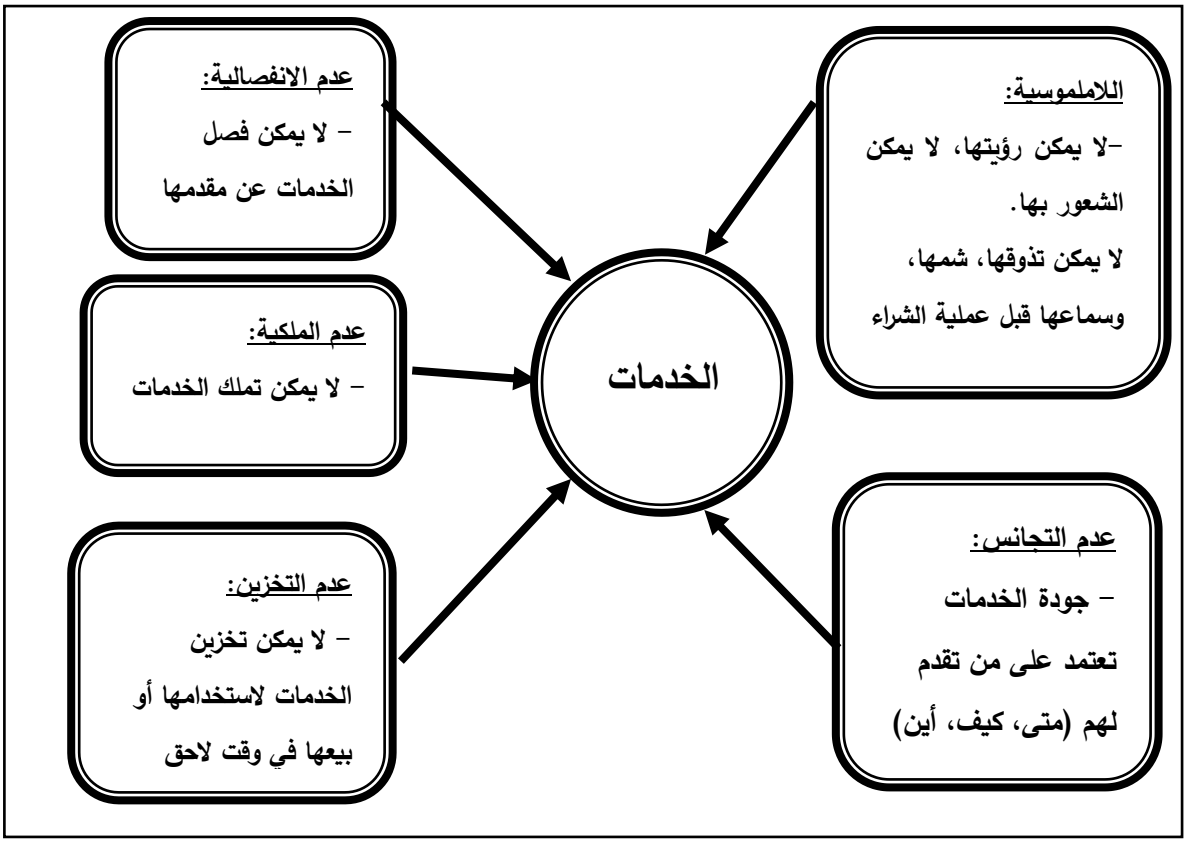
يمكن تصنيف عدم التماثل في الخدمات بناءً على بعدين رئيسيين:

- مدى التباين المتعمد في الخدمة لتلبية احتياجات معينة لمستفيدين محددين.
- مدى تباين معايير الإنتاج عن النماذج المتعارف عليها فيما يتعلق بنتائج الخدمة وعمليات إنتاجها أو تقديمها (الطائي و العلاق، 2019، صفحة 51).

عدم تملك الخدمة Lack of possession:

عدم انتقال الملكية يُعد خاصية مميزة للخدمات مقارنة بالسلع المادية، فبالنسبة للسلع يمكن للمشتري استخدام السلعة بالكامل وتخزينها واستهلاكها أو بيعها لاحقاً، وعند دفع ثمنها يصبح المشتري مالكاً لها، أما في حالة الخدمات يمكن للمستفيد فقط الحصول على الخدمة واستخدامها شخصياً لوقت محدد، مثل تأجير غرفة في فندق أو استئجار شقة أو سيارة، حيث يدفع الثمن لقاء المنفعة المباشرة من الخدمة المقدمة وليس لامتلاكها (كورتل، 2009، صفحة 96)، وبالتالي يحصل المستهلكون على تجارب من الخدمات بدلاً من الملكية، وبما أن الخدمات غير ملموسة وقابلة للتلف فإن مسألة الملكية لا تنشأ، مما يضيف مشاكل لمسوقي الخدمات في إقناع العملاء بالسلع الملموسة التي يرغبون بها (Mohana Rao, 2007, p. 10).

الشكل رقم (04): خصائص الخدمات



المصدر: (الحاج، 2022، صفحة 11)

الجدول رقم (03): الاستراتيجيات التسويقية المقترحة لعلاج المشاكل الناجمة عن خصائص الخدمات

الخاصية الرئيسية	المشاكل التسويقية الناتجة عنها	الأساليب التسويقية المقترحة لعلاجها
الخدمات غير ملموسة	. صعوبة تحديد سعر الخدمات. . غير جاهزة للمرض في أي وقت.	. الاعتماد بشكل مكثف على الاتصالات الشفهية.

	. لا يمكن حمايتها من خلال براءات الاختراع أو العلامات التجارية.	. التركيز على أمثلة ملموسة تعبر عن الخدمة. . استخدام محاسبة التكاليف عند تحديد الأسعار. . خلق صورة قوية وواضحة للمنظمة كي ترسخ في ذهن العملاء.
الخدمات غير قابلة للتجزئة	. صعوبة وضع نظام مركزي لإنتاج الخدمات على نطاق واسع. . تزايد دور العملاء في الخدمات المقدمة.	. استخدام أماكن متعددة لتقديم الخدمات. . التركيز على اختيار وتدريب أفراد الاتصال بالعملاء.
الخدمات غير متجانسة	. صعوبة الرقابة على جودة الخدمات. . صعوبة تنميط الخدمات.	. إنتاج الخدمات حسب طلب العملاء. . تصنع أجزاء معينة من الخدمات.
الخدمات غير قابلة للتخزين	. استحالة تخزين الخدمات بأية صورة.	. القيام بتعديلات آنية في الطلب والإمكانات للحفاظ على تواؤم وثيق بينهما.

المصدر: (بودية و قندوز، 2016، صفحة 128)

4.1. مفهوم الخدمة الصحية

من الضروري أولاً التمييز بين مصطلحي 'الرعاية الطبية '(Curing) و'الرعاية الصحية'(Caring)، حيث يمثلان جانبين مختلفين (وإن كانا متكاملين) في تقديم الخدمة الصحية، ويقع الكثيرون بمن فيهم المختصون في الخلط بين دلالاتهما، فالمعالجة الطبية تُعتبر فرعًا من الرعاية الصحية، تركز على التعامل مع المرضى وعلاجهم، وفي المقابل لا تقتصر الرعاية الصحية على انتظار وقوع المرض بل تساعد على الوقاية منه بوسائل متعددة، وإذا ما حدث المرض تتدخل لمعالجته، ولا ينتهي دور الرعاية عند مرحلة العلاج، ولكن تتطلب أحياناً مراحل إضافية مثل تأهيل المريض بعد إجراء العمليات الجراحية والعلاج (كورتل، 2009، صفحة 319)، على سبيل المثال إذا تعرض شخص لحادث سيارة فإن الرعاية الطبية التي يحتاجها ستركز على علاج الإصابات الجسدية مثل كسور العظام أو الجروح، أما الرعاية الصحية التي يحتاجها فتشمل الدعم النفسي والعاطفي والمساعدة في إعادة التأهيل.

أ. مفهوم المعالجة الطبية

تعتبر المعالجة الطبية ميدانا من ميادين الرعاية الصحية تركز على التعامل مع المرض أو الألم بهدف إزالته أو تقليله بعد حدوثه، وبذلك تنطلق المعالجة الطبية من نقطة محدودة وضعيفة، وعندما ينتهي دورها تبدأ مهام الرعاية الصحية (بواعنه ، 2004، صفحة 31).

ب. مفهوم الرعاية الصحية

ينظر **صلاح محمود ذياب** إلى الرعاية الصحية بأنها مجموعة من الخدمات المقدمة لكافة أفراد المجتمع لرفع مستوى صحتهم والحد من انتشار الأمراض، وتشمل هذه الخدمات جميع الجوانب التي تساهم في تحسين المستوى الصحي مثل التربية الصحية، توفير الماء النظيف، التغذية السليمة، التطعيمات، صحة الأم، وتوفير الأدوية والعلاج (ذياب، 2010، الصفحات 168-169)، وحملات التحصين والتطعيم التي تنظم ضد الأمراض المعدية والخطيرة (لقاح شلل الاطفال والكزاز والسعال الديكي والخانوق والكوليرا) وغيرها من اللقاحات المهمة (الشاعر، 2020، صفحة 83).

مما سبق يمكن القول، إن الرعاية الطبية هي عملية تقديم خدمات تهدف إلى تحسين الصحة أو استعادة العافية أو تخفيف الآلام المزمنة، على سبيل المثال إذا ذهب شخص إلى الطبيب لتحصين نفسه وتلقي العلاج من نزلة برد أو أي مرض آخر، فهذه الخدمة تعتبر من خدمات الرعاية الطبية لأنها خدمة مباشرة موجهه إلى الفرد، أما إذا قامت وزارة الصحة بحملة توعية لتثقيف الناس حول كيفية الوقاية من نزلات البرد وحثهم على تحصين أنفسهم كنشر إعلانات على التلفزيون والراديو ووسائل التواصل الاجتماعي، فحملة التوعية هذه من خدمات الرعاية الصحية للمجتمع لأنها خدمة غير مباشرة موجهه إلى المجتمع تهدف إلى تحسين صحة المجتمع ككل من خلال تعليم الناس كيفية الوقاية من نزلات البرد، وبالتالي فالرعاية الطبية تستهدف الفرد بشكل خاص، بينما تقدم الرعاية الصحية خدماتها للمجتمع ككل.

أما عن **الخدمات الصحية** فهي من أولويات المؤسسات الصحية، لما لها من دور هام في الوقاية وحماية الأفراد من الأمراض، وتوفير الرعاية الضرورية التي تُمكّن المجتمع من تحقيق أداء أفضل في جميع المجالات، فما المقصود بالخدمة الصحية؟

من بين التعاريف الواردة للخدمة الصحية ما يلي:

هي الفوائد أو مجموعة المنافع المقدمة للمستفيد عند تلقيه للرعاية الصحية، التي تسهم في تحقيق حالة متكاملة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط تركيزها على علاج الأمراض (عباس علي، 2019، صفحة 103).

عرفت بأنها كافة الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية تستهدف الأفراد أو وقائية تركز على المجتمع والبيئة أو إنتاجية تشمل تصنيع الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية لتحسين المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم بفعالية (بطاهر، 2018، صفحة 28).

وتعرف أيضا بأنها كافة أوجه الرعاية المقدمة للمريض من تقديم الدواء والغذاء والمعاملة الجيدة

والأخصائي الاجتماعي (طربيه و أبو خضرا، 2009، صفحة 72).

تُعتبر الخدمات الصحية من المؤشرات الاجتماعية التي تعكس مدى تحضر المجتمع بتوفير العناية الطبية للأفراد والنجاح في مكافحة العديد من الأمراض، كما تتجلى هذه المتغيرات في عدد الأسرة المتاحة في المستشفيات وتقدم الوعي الصحي والخدمات الصحية التي تقدمها المدينة لإقليمها من أوسع خدماتها (عكيلة، 2013، صفحة 45).

ومن المعروف أنّ الخدمات الصحية تُقدّم من قبل فريق متعدد الوظائف يعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المتعلقة بالحالة الصحية، كما أن وظيفة الخدمة الصحية مرتبطة بقيامها بوظائف اجتماعية على غرار الوظيفة التعليمية والاقتصادية ولو بشكل غير مباشر لتمنح المريض القدرة على التكيف مع بيئته (سفاري و خليل، 2024، صفحة 124)، وفي المجتمعات الغربية الحديثة هناك نسب مرتفعة من المرضى الذين يدخلون المستشفيات ليحظوا برعاية وإشراف طبي على يد هذا الفريق المتكامل، في المقابل تعاني المجتمعات التقليدية من نقص في الفريق الطبي، حيث يقوم الممارس الشعبي أو حتى الطبيب المعالج بمفرده بتقديم الرعاية الطبية دون الدعم من باقي أعضاء الفريق الطبي (مكاوي، 1990، الصفحات 328-329).

وفي ضوء ما تقدّم، يمكن تعريف الخدمات الصحية بأنها كافة أشكال الرعاية المتكاملة التي يتلقاها الأفراد والأسر والمجتمعات والسكان بهدف ضمان صحتهم والوقاية من الأمراض وعلاجها، تُقدم هذه الخدمات ضمن القطاعين العام والخاص من خلال مؤسسات متنوعة تشمل المستشفيات والعيادات والصيدليات والمراكز المتخصصة، ويقوم على تنفيذ هذه الخدمات فريق واسع من المهنيين والموارد البشرية مثل الأطباء والممرضين والباحثين والمتخصصين والإداريين، ولا تقتصر الخدمات الصحية على الرعاية المباشرة فقط، ولكن تشمل كذلك الأنشطة الداعمة كالأبحاث الطبية والتعليم والصناعات المساندة كصناعة الأدوية والأجهزة الطبية، وتشمل الخدمات الصحية أنواعاً متعددة مثل الخدمات الاستعجالية والعلاجية الوقائية والتأهيلية والفندقية والرعاية المنزلية وطويلة الأجل، بالإضافة إلى الخدمات التشخيصية والاستشفائية، وتهدف هذه الخدمات بشكل أساسي إلى إتاحة الرعاية الصحية المناسبة والضرورية في الوقت المناسب وبأفضل طريقة للجميع مما يضمن حصول المرضى على رعاية صحية ميسرة وفعالة تسهم في تحقيق أفضل النتائج الصحية.

5.1. الوظائف المكونة للخدمات الصحية

الخدمة الصحية هي نشاط مركب من ثلاث متغيرات رئيسية، والتي تظهر في الجدول الآتي:

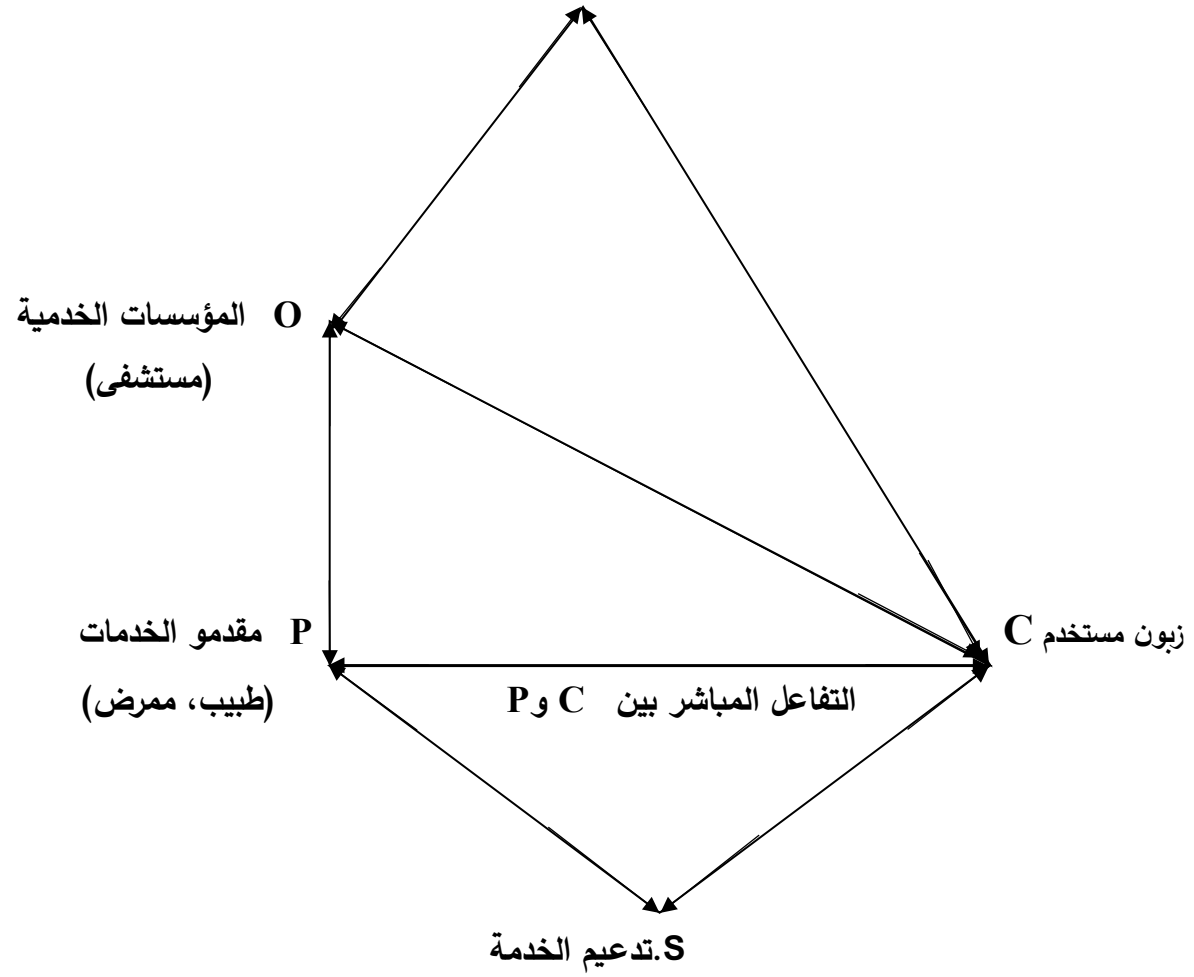
جدول رقم (04): الوظائف المكونة للخدمات الصحية

الوظائف المكونة	أمثلة
. الفندقة والاطعام	. الإطعام، التدفئة، الاستقبال، الايواء، الصيانة، والتنظيف.
. الإدارة والتسيير	. تسيير الموارد البشرية، تسيير النفقات الطبية، وإدارة المعلومات. . تسيير المخزونات، الصيدلة، والتجهيزات.
. الخدمات الطبية وشبه الطبية	. الخدمات العلاجية، العمليات الجراحية، مختبرات التحاليل، الأشعة، وعمليات التخدير.

المصدر: (عباس علي، 2019، صفحة 104)

استنادًا إلى هذه المهام وبناءً على الارتباط بين مكونات النظام الصحي يقدم المثلث الخماسي للخدمات توضيحًا لمختلف هذه المهام والعلاقات بينها، كما يظهر في الشكل التالي.

الشكل رقم (05): المثلث الخماسي للخدمات



Source: (djellel & autre, 2004, p. 39)

2. التطور التاريخي للخدمات الصحية

1.2. بلاد ما بين النهرين

اشتهرت ممارسات الطب في بلاد ما بين النهرين (العراق) بالجمع بين العلاج الظاهري والتقاليد السحرية والدينية أكثر من كونها مبادئ إكلينيكية أو عقلية، وكان الأطباء يلجؤون إلى المعرفة البسيطة الموروثة والتجارب العملية لتطوير علاجاتهم باستخدام مزيج من النباتات، حيث كان يُعتقد أن الأمراض تنشأ وتُعالج بتدخل إلهي وهي ناتجة عن خطيئة قام بها الإنسان وللعنة أو تدخل أرواح شريرة، وأن هنالك اتصال مباشر مع المريض أو مع حيوان مريض أو بسبب التجاوزات أو الذنوب المقترفة، وقد أشارت بعض النصوص إلى أن الأمراض مصدرها الشياطين والعفاريت والتي اختصت بعضها بأمراض معينة، "وبحسب الأدبيات الخاصة ببلاد الرافدين فإنّ سكان البلاد كانوا يلجؤون الى المعالجين أو الاطباء المعروفين بـ "الأسو (Asu)"عند إصابتهم بأي مرض، وغالبًا كانوا يتوجهون إلى الآلهة بالصلاة والتوبة والدعاء طلبًا للشفاء، حيث كان الإشيبو* يقوم بتلاوة التعاويذ والعزائم، وتشير بعض النصوص المسمارية إلى وجود تخصصات طبية متنوعة، ومن بين هذه الأدلة رسالة من الملك ماري تتحدث عن مرض محدد، حيث طلب فيها إرسال الطبيب "نيرانو" بسرعة مصحوبًا بالشخص المختص في أداء الرقية" (حسن رشيد و آخرون، 2020، صفحة 91)، لهذا السبب كانت عمليات الشفاء من بعض الأمراض تشمل إجراءات تهدف إلى إرضاء الآلهة مما يؤدي إلى غضب العلوية، وعليه كان على الطبيب أن يبدأ بالتحقيق في الذنب الذي ارتكبه المريض لتحديد الطريقة المناسبة للعلاج، ومن بين ما ذكر في ألواح التشخيص الطبي والتشخيص التكهني حوالي 2000 سنة قبل الميلاد " لقد أصابني الدنس، احكم في قضيتي، وأصدر قرارك في مسألتي، انتزع المرض البغيض من جسدي، بدد كل ألم في لحمي وعضلاتي، انزع الشر من جسدي ومن لحمي وعضلاتي، دعه يذهب اليوم، حتى أرى النور" (سورنيا، 2002، صفحة 24).

* **(أشيبو)** اسم راقي ومهمته طرد الشياطين من المريض ومن حوله، والعراف اسمه **(بارو)** ومهمته الإنذار والتشخيص ومعرفة أسباب المصائب، أما (الأسي) فهو الطبيب الفعلي المعالج بالأدوية ويقوم بالتدخل الجراحي.

حمورابي*من أشهر ملوك بابل، وتعتبر النصوص الطبية** التي تم اكتشافها من أقدم القوانين التي تعود إلى الألف الثالث قبل الميلاد، وتتعلق أقدم وثيقة قانونية بالطب في بلاد ما بين النهرين بقانون حمورابي، فعلى سبيل المثال "تنص المادة 215 من قوانين حمورابي على أنه إذا قام جراح بإجراء عملية كبيرة لأحد النبلاء باستخدام مشرط من البرونز ونجح في إنقاذ حياته أو فتح محجر عينه وعالجها بنجاح، فإنه يتقاضى مقابل عمله عشر شيقلات من الفضة، أما إذا تسببت الجراحة في وفاة النبيل أو تلف في عينه" (البغدادي، 2022)، فإن العقوبات التي فرضها حمورابي على الطبيب هي قطع يده، وفي حالة وفاة المريض وكان عبدًا يُلزم الطبيب بتعويض سيده (حاروش ن.، 2008، صفحة 6)، وقد حدد قانون حمورابي أجور الأطباء بناءً على المكانة الاجتماعية للمريض ونوع العملية الجراحية، فإذا كان المريض من الطبقات الفقيرة نقص الأجر لكي يتناسب مع وضعه، وإذا ارتكب الطبيب خطأ أو قدّم علاجًا سيئًا كان ملزمًا بتعويض المريض، وفي بعض الحالات التي يكون فيها الخطأ جسيمًا فالعقوبة تصل إلى قطع أصابع الطبيب، ومنعه من ممارسة مهنته بعد ذلك مباشرة، واستند الأطباء البابليون في علاجهم إلى تشخيص المرض ثم وصف الدواء وتحديد طريقة استعماله وعدد الجرعات اللازمة (علي محمد، 2023).

2.2. الطب عند قدماء المصريين

---

* تقرأ حمورابي في البابلية خمّورابي، ومعناه السيد العظيم أو رئيس العائلة، من أعظم ملوك العراق القديم، حكم في الفترة (1792–1750 قبل الميلاد)، صنع لشعبه ودولته نظاماً تشريعياً موحداً، وكان خلاصة الشرائع التي سبقته مما جعله مصدر إلهام للعديد من الشعوب والملوك كالآشوريين والعبرانيين والحثيين، انصرف في أولى سنوات حكمه إلى الإصلاحات الداخلية وتحسين الظروف المعيشية للسكان وإقامة المشاريع لكسب رضا الناس ومحبتهم، ثم قام بإصلاح الجهاز الإداري والقضاء على الرشوة والظلم ببناء السدود وتقوية الجيش لإرساء العدل في دولته (لمزيد من التفاصيل انظر: علي مولا: **شريعة حمورابي**، ترجمة محمود الأمين، لندن، دار الوراق للنشر،2007، ص ص 7–8).

–خلد حمورابي اسماً وصورة على المسلة التي عرفت باسمه عند اكتشافها منذ عشرات السنين على يد المنقبين الفرنسيين في مدينة سوسا الايرانية، ومنذ ذلك الحين وهي مثار اهتمام وبحث من قبل العلماء والدارسين لتاريخ حضارات الشرق العربي القديم (للمزيد انظر: هورست كلينكل: **حمورابي البابلي وعصره**، ترجمة محمد وحيد خياطه، دار المنارة للدراسات والترجمة والنشر، سوريا، 1990، ص 12).

** أقدم القوانين الطبية تعود إلى سنة 1790 ق. م، تُظهر مقدار المكانة الرفيعة التي كان يتمتع بها الطبيب في المجتمع العراقي القديم، كما توضح العقوبات الصارمة التي كانت تُفرض على الطبيب المهمل أو المقصّر في أداء واجباته، تتكون هذه القوانين من 282 مادة قانونية، تغطي جوانب متعددة من الحياة الاقتصادية والاجتماعية، حيث تعالج مشكلات الحياة اليومية وتحدد عقوبات للمهملين وتعويضات للمتضررين، بالإضافة إلى تحديد واجبات الأفراد وحقوقهم في المجتمع مع توضيح مسؤوليات كل وظيفة (لمزيد من التفاصيل انظر: أحمد خالد عبد المنعم: **حمورابي (دراسة تاريخية)**، 2015، ص ص 16–17).

كان للطب شأن عظيم عند قدماء المصريين، وكانوا أول من أسس علم الطب وألفوا فيه الكتب، وكان لكل مرض طبيب متخصص لا يعالج غيره، حتى إن **أبقراط** كان يستعين بالبرديات الطبية المصرية على نحو ما ذكره في كتابه "الفصول"، وقد اهتم الباحثون بهذا المجال من بينهم العلامة الأثري **أحمد كمال باشا** رحمه الله الذي قال إن العلوم المصرية كانت مدونة في موسوعة رسمية تتألف من اثنين وأربعين مجلدًا، وكان الفراعنة مولعين بتعلم الطب، ومن أوائل من كتب في هذا المجال الملك "**تتا**" شقيق الملك "**مينا**"، وهو أول من ألف كتابًا في التشريح، وقد تم تجديد كتاباته في عهد **رمسيس الثاني** الذي حكم مصر في القرن الخامس عشر قبل الميلاد (البوشي، 2021، صفحة 18)، كما حفظت البرديات العديدة الكثير من المعارف الطبية التي مارسها المصريون القدماء من بينها بردية إبيرس **Ebers** التي تعود إلى العام 1550 قبل الميلاد، يبلغ طولها حوالي مترين، وتستعرض خمسة عشر مرضًا من أمراض البطن وتسعة وعشرين مرضًا من أمراض العين، وثمانية عشر مرضًا من أمراض الجلد، وواحد وعشرين طريقة لعلاج السعال، كما تحتوي على ما يقارب 700 دواء و800 تركيبة دوائية من مصادر نباتية أو معدنية أو حيوانية، وفي بردية أخرى قدم العلماء شروحات لأمراض النساء بشكل خاص، وكانت مهنة الطب تنتقل من الآباء إلى الأبناء (نعمة، 2003، صفحة 24).

وفقًا للمؤرخ اليوناني **هيرودوت Herodote** (484–425 قبل الميلاد) كان البابليون والآشوريون القدماء يمارسون عادة وضع مرضاهم في الساحات العامة خارج المدن لتمكين المارة من التواصل مع المرضى والاستفسار عن حالاتهم الصحية، وفي حال شفاء أحد المرضى من مرض معين كان ينصح المصابون الآخرون باستخدام نفس الأدوية والوسائل العلاجية التي ساهمت في شفائه.

أما **إمحوتب** حوالي القرن 30 قبل الميلاد يعتبر من أعظم الأطباء في التاريخ، حيث لقب بـ "ذو الأصابع الذهبية"، كان طبيبًا ومعماريًا وأديبًا ومهندسًا عبقريًا، وهو المؤسس الحقيقي للحضارة المصرية القديمة، عُرف ببنائه لأول أهرامات مصر وأول هرم في العالم ـ هرم سقارة المدرج ـ المنسوب للملك **زوسر**، أحد أبرز حكام الأسرة الثالثة الفرعونية (حوالي 2686–2613 قبل الميلاد)، وقد وصفه معبد حتشبسوت في الدير البحري " الذى يشفي المريض بمهارته، ويهب الصحة من جديد " (مرقت، 2007، الصفحات 4–8).

وعلى العموم تميزت ممارسات الطب في مصر القديمة بعدة سمات رئيسية، منها:

- الاعتماد على الملاحظة والتجربة مع استخدام محدود للتعاويذ والتراتيل.
- استخدموا المراهم والأدهان والحبوب والأمزجة والاستنشاق، وكانوا يعالجون أيضًا باستخدام الحقن الشرجية

للتخفيف من الأمراض والأعراض.

- كانوا من أوائل من اعتمدوا الأساليب الطبية الحديثة في علاج الكسور والجروح والأورام والتقرحات والاستسقاء.
- يُمنع على الأطباء المصريين السماح للمرضى بالتحرك من فراشهم لمدة ثلاثة أيام متتالية وفي حال أباح له أحدهم بذلك كان عليه تحمل مسؤولية المخاطر.
- كان أطباء الملك يقدمون خدماتهم لعامة الشعب مجانًا.
- تنظيم مهنة الطب بشكل مهني وإداري (عطية ج.، 2002، الصفحات 26-27-28).

مما سبق يمكن القول، إنّ أطباء مصر القديمة كانوا متنوعي التخصصات، حيث اعتمدوا في ممارساتهم العلاجية على أساليب وقوانين محددة وفرضوا عقوبات على كل من يخالفها وكانوا يتقاضون أجورهم من خزينة الدولة، بالتالي مصر تمتلك سجلاً تاريخيًا في مجال ممارسة الطب، وهي جزء من التاريخ الطبي القديم الذي يعود إلى عصور مبكرة، وواحدًا من الأسس التي ساهمت في تطور الطب العالمي، وقد تأثرت به المجتمعات القديمة والحضارات اللاحقة.

3.2. العصر اليوناني (الإغريق)

ورث الإغريق ثقافتهم من عدة بلدان وتأثروا بالثقافة الفرعونية والبابلية والهندية، والطب الإغريقي لم يقف على المبادئ العامة للتشخيص والتنبؤ بالأعراض أو الآراء المتعلقة بالجراحة، بل شمل اكتشافات علمية جديدة كالابتكارات في مجالات التشريح وعلم وظائف الأعضاء، كما تمكنوا من ملاحظة كل ما يمكن ملاحظته قبل اختراع المجهر(الميكروسكوب)، وكانت الأخطاء التي ارتكبوها محصورة في أمور محتملة (النجار، 1994، صفحة 29).

اشتهر في هذه المرحلة أطباء من أمثال **أفلاطون، اسكلبيوس Asclepios**، و**أبقراط** حوالي (460ـ 370 قبل الميلاد) الذي يعتبر من أعظم أطباء العالم، وكان مسؤولا عن كتابة أكثر من 60 نصا تم جمعها فيما يعرف باسم مجموعة أبقراط (Anne-Marie & Chris , 2016, p. 39)، وهو أول من أنشأ المستشفيات ووضع القواعد والأصول الصحية والغذائية، كما أولى اهتمامًا كبيرًا بمراقبة حالة مرضاه حتى يعرف علامات المرض كالتعبير المرتسم على الوجه عند اقتراب الأجل وهو ما يعرف اليوم بالوجه الأبقراطي، وكان يؤمن بأن المرض عارض طبيعي ورد فعل من الجسم، ويعتبر أعظم ما يمكن أن يقدمه الطبيب لمرضاه هو معاونة قوى الجسم الدفاعية على مقاومة المرض (النجار، 1994، صفحة 34)، اعتبره الغربيون مؤسس الطب لأنه أضفى على الطب طابعًا أخلاقيًا وروحًا علمية جديدة، فقد استبدل

الخرافات بالتشخيص الواقعي والعلاج الفني، وكان يعتمد في أبحاثه على إحساسه المرهف وذهنه الوقاد، مما جعل وصفه للأمراض مثالياً، فبعدما كان يُعتبر المرض نتيجة مس شيطاني أصبح موضوعًا للفحص الاكلينيكي، ومن ثم أصبح المثل الكامل للطبيب الذي يجمع بين المعرفة الطبية والمهارة الإنسانية (كمال ، 1998، الصفحات 18-20).

أسهم أبقراط في تطوير المستشفيات ووضع قواعد وأصول صحية، وبغض النظر عن التفاصيل التاريخية الدقيقة فقد ارتكز النظام الطبي اليوناني القديم على مفهوم الأخلاط الأربعة، وهي مواد حيوية تمنح الحياة داخل الجسم وترتبط بخصائص خارجية، تشير هذه العلاقة الداخلية والخارجية إلى شمولية هذا النظام، فالصحة نتاج لتفاعل قوى متعددة مما يتطلب توازنًا بين الأمزجة والشخص والعالم الخارجي لضمان صحة جيدة، وعند اختلال هذا التوازن يظهر المرض كنتيجة، لذلك اعتمد الطب اليوناني القديم على مراقبة الطبيب الدقيقة للمريض ليس فقط للعلامات والأعراض، ولكن من خلال كيفية ارتباطها بحياة المريض، ويُلاحظ أن هذا الطب لم يفصل بين العقل والجسد ولكن اعتبرهما مرتبطين بشكل أساسي (Anne-Marie & Chris , 2016, p. 40).

4.2. العصر الهندي

كانت أسس الطب في الهند القديمة مبنية على معتقدات خيالية، حيث تميزت بالتعزيمات والرقي والوصفات السحرية، ففي كتابهم "**ريجنيدا**" تم التنويه إلى الخصائص الشفائية للعديد من الأعشاب مصحوبة بتلاوة دعوات لآلهة الشفاء لإزالة الأمراض، ومع مرور الوقت تطور العلم الطبي الصحيح على يد جماعة البراهمة أنفسهم (البوشي، 2021، صفحة 24)، وتشير الوثائق التاريخية إلى أن المستشفيات في الهند بدأت حوالي عام 600 ق.م، وازدهرت خلال حكم الملك **أسوكا** (البكري، د.س، صفحة 10)، وفي الفترة الممتدة بين 273 و232 ق.م عرفت باسم "السيكيستا" (**Cikista**) أي معابد الشفاء، وقد ورد أن الأطباء الهندوس (Hindu) كانوا جراحين ماهرين، واكتشفوا أهمية النبض في تشخيص أمراض الأسنان واستخدموا العقاقير لعلاج المرضى، كما تميزت الأماكن التي قُدم فيها العلاج بنظافتها، وكان المرضى الذين تتطلب حالتهم المراقبة يقضون ليلة على الأقل في هذه المستشفيات (بطرس جلدة، 2006، صفحة 18).

5.2. العصر الروماني

عند قيام الدولة الرومانية تبنّت الطب اليوناني المختلط بالعديد من الخرافات، أما الطب فلم يصل بمعناه العلمي الصحيح إلى الرومان إلا مع الطبيب اليوناني "**أوكا جانوي**" عام 192 ق.م الذي استُقبل في روما بحفاوة كبيرة، لكنه سرعان ما فقد مكانته بسبب أخطائه في بعض العمليات الجراحية، وبعده ظهر

أطباء آخرون من اليونان ثبّتوا قواعد الطب العلمي ممّا أدى إلى ازدهاره (البوشي، 2021، صفحة 27)، سعى الرومان إلى تنظيم الطب والعلاج بإنشاء مستشفى لرعاية المرضى والجرحى، والتي أصبحت فيما بعد نواة لتنظيم المستشفيات وتطويرها بتوفير التجهيزات والمستلزمات اللازمة عام 335م، وقد توسعت الدولة الرومانية في الاهتمام بالطب والعلاج نتيجة توسعها الجغرافي وشنها الحروب على المناطق المجاورة والبعيدة، مما استدعى التركيز على إنشاء المستشفيات لعلاج جرحى ومصابي الجيش (البكري، د.س، صفحة 10)، اهتم الرومان بالوقاية أكثر من العلاج واعتبروا مهنة الطب شريفة ومخصصة للطبقات التي تستحقها، وقد حاربوا السحر وأبعدوه عن الطب بموجب نصوص الألواح الاثني عشر، وكان الطبيب يمارس في نفس الوقت الصيدلة وتوصلوا إلى وصف الالتهاب من خلال تحديد علاماته الأربعة المعروفة اليوم وهي الاحمرار والورم والحرارة والألم (حاروش ن.، 2008، صفحة 8).

ويبقى أشهر أطباء الرومان على الإطلاق **جالينوس*** (حوالي 129–199م) أحد الشخصيات الأكثر تأثيرًا في تاريخ العلم والفلسفة، لم يكن منظرا فقط بل تجريبيا أيضا، وُلد في برجامون **Pergaman** بآسيا الصغرى، عصر هادريان ودخل روما في عهد أنطونينوس بيوس واشتهر بجهوده الطبية المتنوعة، أولى اهتمامًا كبيرًا للفحص الإكلينيكي، وكانت ثقافته الفلسفية حاضرة بقوة في أعماله، حيث جمع في دراساته بين البحث العلمي في التشريح والفسيولوجيا وبين المبادئ الفلسفية الميتافيزيقية، ولم تقتصر دراساته على الطب والعلوم المرتبطة به، ولكن امتدت لتشمل الأدب والبلاغة (عطية، 1999، صفحة 13)، ومن خلال ملاحظاته وتجربته توصل إلى فهم عميق لتأثيرات العوامل البيئية والجسدية على العقل والجسم، فرأى أن الحرارة يمكن أن تسبب اضطرابًا وهذيانًا في العقل والبرودة تؤدي إلى الخمول وسكون الحركة وبطء الفهم مما يعيق التفكير ويؤدي إلى الكسل، كما لاحظ أن الرطوبة المالحة والبورقية تسبب الأرق أما الرطوبة تسهم في حدوث نوم عميق (ابن سينا، د.س، صفحة 16).

* طبيب إغريقي عُرف مذهبه الطبي بـ "الجالينوسية" (Galenism)، مارس الطب في القرن الثاني الميلادي وعالج العديد من الأباطرة الرومان، يُعتبر إلى جانب أبقراط من أعمدة الطب في العصر الروماني الإغريقي ومن المؤسسين للطب الحديث، أولوية عمله كانت الملاحظة التشريحية ووضع فرضيات مستندة إلى نتائج واقعية بإجراء تجارب على الحيوانات، له عشرات المؤلفات في مجالي التشريح والفسيولوجيا التي هيمنت على الفكر الطبي في أوروبا خلال العصور الوسطى وعصر النهضة، سافر إلى أماكن عدة من بينها الإسكندرية التي مكث فيها خمس سنوات، جدد من علم أبقراط وشرح من كتبه ما كان قد درس، كتب حوالي 125 رسالة في المواضيع الطبية وتوفي بجزيرة صقلية (لمزيد من المعلومات عن جالينوس انظر: حنين بن إسحق المتطبب، **جالينوس إلى غلوقن في التأتي لشفاء الأمراض**، تحقيق الدكتور محمد سليم سالم ،1982).

ومن هنا، فقد ابتكر الرومان العديد من الأساليب للتعامل مع قضايا الصحة، فقد حاولوا الوقاية من الأمراض وأسسوا مؤسسات بسيطة لتقديم الرعاية للعبيد والجنود، وسعوا لإنشاء أماكن لجمع النصوص الطبية لتعزيز معرفتهم الطبية، وعلى الرغم من أن الفئات الحديثة المرتبطة بطب المستشفيات والطب المجتمعي وطب المعامل لم تتبلور في صورتها الحالية إلا في القرن التاسع عشر فإن الجهود الرومانية كانت بمثابة الأساس الذي ساهم في تطور هذه المجالات لاحقًا.

6.2. العصر الإسلامي

تميز الأطباء العرب والمسلمون بتفوقهم في مجالات عديدة من الطب بما في ذلك علم الصحة والجراحة والتشريح وعلم الأدوية وطب العيون وطب النساء والأطفال، وقد خلد التاريخ أسماء لامعة، يقول **غوستاف لوبون:** "ابتكر العرب عدة طرق عاد الطب الحديث إلى بعضها بعد إهمالها لقرون طويلة، كاستعمال الماء البارد في علاج حمى التيفوئيد، والطب مدين للعرب باكتشاف العديد من العقاقير مثل السليخة والسنا المكي والراوند والتمر الهندي وجوز القي والقرمز والكافور والكحول، ويُعزى إليهم تطوير فن الصيدلة والعديد من المستحضرات التي ما زالت تُستخدم حتى اليوم مثل الأشربة واللعوق واللزقات والمراهم والدهون والمياه المقطرة (بلهادي، 2014، صفحة 4)، ولم يقتصر التخصص الطبي على الرجال فحسب، بل شاركت النساء العربيات في مجال الطب والمداواة منذ فجر الإسلام، فقد مارست رفيدة الإسلامية الطب وعلاج الجرحى في غزوة الخندق، وكانت أم عطية الأنصارية تقوم بمعالجة الجرحى والاعتناء بالمرضى، وفي أواخر الدولة الأموية برزت زينت طبيبة بني أود كخبيرة في علاج أمراض العيون وصناعة الكحل، وكانت أخت أبي بكر بن زهر وابنتاها متميزات في علاج النساء، كما ساهمن في دعم الأطباء في عملهم (طربيه و أبو خضرا، 2009، صفحة 65)، وقد أشار "**Laclar**" في كتابه "تاريخ الطب" العربي إلى أن العالم الإسلامي في القرن الحادي عشر كان يضم عددًا من الأطباء والمتخصصين في مجال الصحة أكثر من أي منطقة أخرى في العالم، ومن الدلائل على ذلك الصورتان المعلقتان في القاعة الرئيسية لكلية الطب في باريس اللتان تخلدان ذكرى "**ابن سينا**"* و"**الرازي**" (سيد محمد، 2008، صفحة 35)، ومن أبرز إسهامات العرب والمسلمين في مجال الطب كذلك أنهم جمعوا بين معارف الطب اليوناني والفارسي والهندي

*أبو علي الْحُسَيْنُ بن عبد الله بن الحسن بن علي بن سينا الْبَلْخِي ثم البخاري المعروف بِابْنِ سِينَا ولد سنة 370 هـ (980م) وتوفي في همدان سنة 427 هـ (1037م)، ولد في قرية أفشنة بالقرب من بخارى من أب من مدينة بلخ وأم قروية، ابن سينا عالم وطبيب مسلم من أصول فارسية اشتهر بالطب والفلسفة واشتغل بهما، عرف باسم الشيخ الرئيس وسماه الغربيون بأمير الأطباء.

والعربي وأضافوا إليها الكثير من خبراتهم الخاصة، يظهر ذلك بوضوح عند مراجعة كتبهم الطبية، حيث كانوا يستعرضون آراء جالينوس وأبقراط وينتقدونها عند الضرورة، فضلا عن ترتيب وتبويب الكتب التي ترجموها مثلما فعله ابن أبي الأشعث بكتب جالينوس، إذ قام بإعادة ترتيبها وتنظيمها وتفصيلها لتسهيل قراءتها، كما أضافوا شروحاً وتفاسير للكتب القديمة مما أسهم في تطور المعرفة الطبية (اسماعيل، 2020، الصفحات 23-24).

على ضوء ما تقدم، لقد نجح العرب والمسلمون في الارتقاء بالجوانب النظرية والعملية في الطب إلى مستويات متقدمة لم تشهدها أوروبا خلال فتراتها الوسطى، فالحضارة الإسلامية كانت مصدرًا رئيسيًا للتقدم الفعّال في هذا المجال مما ساهم في تقديم تطبيقات علمية مبتكرة ومستدامة، كما تمكنوا من تطوير أساليب جديدة وفعّالة في الطب ما أدى إلى تحقيق تقدم غير مسبوق في فهم العلوم الطبية وتطبيقها عمليًا، وبفضل هذا التفوق أصبحت أوروبا تعتمد على تجارب ومعارف الأطباء العرب في تطوير ميدان الطب واستمرت في استيعاب مفاهيمه وتطبيقاته لتعزيز تقدمها العلمي.

7.2. العصور الوسطى

تنحصر في الفترة الممتدة من القرن الرابع عشر إلى الخامس عشر ميلادي، يعزى تقدم الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات خلال هذه الفترة إلى سببين رئيسيين: الأول يتعلق بالجانب الديني، حيث دعا البابا الثالث عام 1198م لإنشاء مستشفى في كل مدينة تتبع الديانة المسيحية، أما السبب الثاني فيتعلق بالجانب المالي حيث شهدت الموارد المالية نموًا نتيجة لتوسع المبادلات التجارية مع الدول المجاورة (سلطاني، 2016، صفحة 8)، كما تم إنشاء المستشفيات في المدن الإسلامية بما في ذلك القسطنطينية وعدة مدن تابعة للكنيسة المسيحية، واشتهر العديد من الأساقفة والرهبان بمعرفتهم للطب ودراساتهم اللاهوتية والفلسفية وتزايد عدد الأطباء من رجال الدين، وبدأ المرضى يتوجهون إلى الكنائس طلبًا للعلاج، وكان رجال الدين في هذا العصر يعتقدون أن المسيحيين يعتقدون أن المرض يُعتبر عقابًا إلهيًا للخطايا التي ارتكبت ضد الرب أو الأخلاق (نعمة، 2003، صفحة 25)، في المقابل شهدت المستشفيات الأوروبية بما في ذلك إنجلترا نموًا تاريخيًا في مجال الطب، حيث بلغ هذا التقدم ذروته عام 1123م، وكان من بين روادها Willam Harvey (1578-1657م) الذي عُرف بمساهماته في مجال التشريح والجراحة، حيث نُشرت مؤلفاته بأكثر من لغة وكسب لقب "**شكسبير الطب**"، كما شهدت إيطاليا تأسيس مستشفى Santo Spirito في روما عام 1204م الذي زادت طاقته الاستيعابية في علاج المرضى إلى 360 سريراً عام

1447م، استمرت هذه المؤسسة حتى عام 1922م عندما شب بها حريق أدى إلى نهايتها (البكري، د.س، صفحة 13).

8.2. عصر النهضة

يتمثل في الحقبات التاريخية التالية:

القرن السابع والثامن والتاسع عشر الميلادي والقرن العشرين

القرن 17: يمثل القرن السابع عشر نقطة انطلاق هامة في مجال الطب وعمل المستشفيات، ومن أبرز الإنجازات التي حدثت في هذا العصر اكتشاف واختراع الميكروسكوب (سيد محمد، 2008، صفحة 37).

القرن18: شهدت إنجلترا حركة واسعة في إنشاء المستشفيات، حيث بلغ عددها 115 مستشفى، وخلال هذه الفترة تحقق اكتشاف عظيم وهو اللقاح المضاد للجدري الذي عانت منه البشرية، كما تنوعت الخدمات الصحية وتم الاعتماد على منهج إداري منظم في التعامل داخل المستشفيات (البكري، د.س، صفحة 13).

القرن 19: في هذا القرن كان طب المستشفيات يمثل تجسيدًا فعليًا لممارسات الطب، حيث استخدمت أدوات تشخيصية وعلاجية جديدة ومهارات طبية متقدمة التي لنا أن نتوقعها من المستشفيات الحديثة، أما الطب على مستوى المجتمع فيشمل البنية البيئية للمياه النظيفة والتخلص من النفايات وتنفيذ برامج التطعيم، ومعايير الصحة والسلامة في أماكن العمل، وتحليل أنماط الأمراض وعلاقتها بالنظام الغذائي أو العادات أو التعرض للعوامل البيئية (باينم، 2016، صفحة 11).

شهدت هذه الفترة تزايدًا ملحوظًا في الاهتمام بمجال التمريض، حيث يُعتبر عمل **فلورنس نايتنجيل*** من أبرز الجهود الرائدة في هذا المجال، تلقّت **نايتنجيل** تعليمها في مجال التمريض في

---

* **Florence Nightingale** يطلق عليها اسم «سيدة المصباح» أو «السيدة حاملة المصباح»، وُلدت (1820 – 1910م) في مدينة فلورنسا لوالدين من أثرياء الإنجليز، وسمياها "فلورنس" تيمناً بالمدينة الإيطالية التي وُلدت فيها، أثارت استياء والديها عندما قررت تكريس حياتها لمهنة التمريض، كانت ذات خيال واسع، وفي ربيع عام 1853م دُعيت للإشراف على ملجأ للعجائز من النساء الفقيرات اللواتي لا يملكن القدرة على تحمل تكاليف العلاج في المستشفيات فقامت بهذا العمل بحماس وتفانٍ كبيرين (للمزيد انظر: مختار السويفى: **روائع الأدب العالمي**، مكتبة الدار العربية، 1998، ص 118–120).

ـ أتيحت لها فرصة السفر إلى القرم بناءً على دعوة من صديقها المقرب وزير الحرب سيدني هيربرت (**Sidney Herbert**)، وبعد إصابتها بالحمى عادت إلى بيكاديللي في لندن لتقضي ما تبقى من حياتها، على مدار الخمسين عامًا التي أمضتها هناك ساهمت بشكل كبير في إعادة تشكيل وتطوير الرعاية الصحية للقوات المسلحة البريطانية، وأسست أول مدرسة لتدريب الممرضات "مدرسة نايتنجيل التدريبية" في مستشفى القديس توماس في لندن التي افتُتحت عام 1860، وفي سبعينيات القرن التاسع عشر قامت نايتنجيل بتدريب **ليندار شارد** التي أصبحت أول ممرضة مدربة في أمريكا، وأسست بعد عودتها إلى الولايات المتحدة عدة مدارس تمريضية على نهج مدرسة نايتنجيل رغم أنها أصبحت طريحة الفراش منذ عام 1896 إلا أنها

مدرسة الكايزروارت، وكانت تؤمن بضرورة وضع برامج لتعليم التمريض وبرامج لتدريس آداب المهنة، واهتمت فلورنس بالنظافة وقواعد التطهير، "وقد يبدو أسلوبها في النظافة والتعقيم واضحًا ومنطقيًا لكنه كان مبتكرًا في زمنها، حيث ساهم في إنقاذ العديد من الأرواح من خلال تقليل العدوى غير الضرورية وفي الكثير من النواحي استخدمت الإحصائيات الرائدة، وكانت قادرة على إثبات الروابط بين الصرف الصحي الجيد والصحة الجيدة، وهي علاقة لم يكن الأطباء الذكور في ذلك الوقت مستعدين لقبولها بسهولة، علاوة على ذلك كانت معارضة للهيمنة الذكورية في مجال الصحة، حيث أسست مهنة مهنية للنساء مما أتاح لهن الحصول على مكانة اجتماعية داخل المستشفيات والمجتمع بشكل عام" (Anne-Marie & Chris , 2016, p. 53)، ولقد ساهم التطور السريع في علم الكيمياء خلال القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين في اكتشاف العديد من العقاقير الطبية التي كان لها تأثير كبير في خفض حدوث العديد من الأمراض خاصة المعدية منها، ومن بين هذه العقاقير البنسلين الذي اكتشفه **ألكسندر فليمنغ** (Alexander Fleming) عام 1928 (بطرس جلدة، 2006، صفحة 23).

القرن 20: مع بداية القرن العشرين، شهدت البلدان ذات الدخل المرتفع مثل بريطانيا تراجعًا كبيرًا في الأمراض القاتلة التي كانت سائدة في القرون السابقة كالسل والكوليرا والتيفوس، باستثناء تفشي الأنفلونزا الإسبانية بعد الحرب العالمية الأولى التي كانت مصدرًا رئيسيًا للوفيات رغم التقدم الكبير في الاكتشافات مثل نظرية الجراثيم والبنسلين، وفي تدابير الصحة العامة كالخدمة الصحية الوطنية في المملكة المتحدة والرعاية الصحية الخاصة في الولايات المتحدة (Anne-Marie & Chris , 2016, p. 53)، ومن ناحية أخرى ازداد الاهتمام بالمريض ككائن يتطلب رعاية صحية شاملة، فنجد مثلاً أن الأطباء المعاصرين تعاملوا مع الاضطرابات الصحية كنتاج لمشاكل متعددة في الحياة، ولم يعد يُعتبر الاختلال الوظيفي في الجسم والشعور بالمرض مجرد مسألة بيولوجية، بل يرجع لتأثير العوامل الاجتماعية والنفسية والثقافية، واتجه العديد منهم لدراسة العلوم السلوكية لفهم الحياة الشخصية للمرضى باعتباره إنسان وليس حالة طبية مرضية (محمد السيد عمر، 2003، صفحة 25).

أما في وقتنا الحاضر، فقد اتخذت المؤسسة الصحية في مفهومها الحديث أشكالًا متنوعة وأطلق عليها تسميات متعددة، حيث أصبح يُنظر إليها على أنها نظام مفتوح، تعتمد في تفاعلها مع أفراد المجتمع

ظلت نشطة في مجال التمريض حتى وفاتها المنية (لمزيد من التفاصيل انظر: آن روني: **قصة الطب**، الأردن – عمان: دار البيروني للنشر والتوزيع، 2020، ص 193).

وتتأثر بالعوامل البيئية المحيطة، وقد تم وصفها بأنها "نظام الإنسان الاجتماعي" لأن الإنسان يشكل أساس هذا النظام ولا يعمل إلا بوجوده، فهو صانع الخدمة وفي الوقت نفسه يستفيد منها.

3. خصائص وأنواع الخدمات الصحية

1.3. الخصائص المميزة للخدمات الصحية

تتميز الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص الفريدة التي تميزها عن غيرها من الخدمات لأنها تتعامل مع أغلى ما يملكه الفرد والمجتمع وهو الصحة، ويمكن تلخيص هذه الخصائص في النقاط التالية:

- توجه خدمات المستشفى لعامة الجمهور، وتهدف إلى تحقيق منفعة عامة لكافة الأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفرادًا أو منظمات أو هيئات أخرى.
- تتسم الخدمات الطبية المقدمة بجودة عالية لأنها ترتبط بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه (البكري، د.س، صفحة 59).
- ضرورة وجود اتصال مباشر بين المؤسسة الصحية والمستفيد من الخدمة، حيث تتطلب الخدمات الصحية حضور المريض للفحص والتشخيص والعلاج.
- نظرا لارتباط الخدمات الصحية بصحة الإنسان تجد المؤسسات الصحية صعوبة في تبني نفس المعايير الاقتصادية المعتمدة في قطاعات أخرى، حيث أن ذلك قد يتعارض مع رسالتها وأهدافها التي وجدت من أجلها.
- نظرًا لتذبذب الطلب على الخدمات الصحية يجب أن تكون هناك جاهزية تامة لحشد كافة الطاقات الإدارية والطبية لتلبية الطلبات، ولا يمكن التأخر في تقديم الخدمة أو الاعتذار عند الاستجابة على عكس المؤسسات الأخرى لما لهذه المؤسسات من واجبات إنسانية (يوسف كامل، 2021، صفحة 31).
- تُعتبر الخدمات الصحية سلعًا عامة تخضع بدرجة كبيرة للتأثيرات الخارجية وتتميز بحساسيتها للجمهور، وقد حدد كل من **Musgrave** و**Boston** سنة 1976م أن الخدمات العامة تتميز بخاصيتين رئيسيتين: الخاصية الأولى تتمثل في المنافسة، فالفرد عندما يستهلك سلع أو خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع شخص أخر، أما الخاصية الثانية فهي الإقصاء والذي يشير إلى إمكانية منع بعض الأفراد من الاستفادة من هذه الخدمات (مريزق ، 2012، صفحة 43).
- يُعتبر التغيير التكنولوجي السريع من أبرز الخصائص المميزة للخدمة الصحية، حيث ينتج هذا التغيير عن الأبحاث الطبية المتقدمة وأساليب العلاج الحديثة والتقنيات الطبية الجديدة، ولقد أثّر هذا التطور بشكل كبير

على صناعة الخدمات الصحية، إذ تساهم الابتكارات الحديثة في تسريع انتشار العلاج المتطور وتقليل فترات العلاج مما يجعلها أكثر فعالية (عبد العزيز حسن، 1993، صفحة 68).

- تُعتبر الخدمات الصحية المقدمة للجمهور نتاجاً لسلسلة من العمليات التي تقدمها المنظمة الصحية للمرضى والمراجعين، مما يمكّنها من تحقيق عوائد مالية تغطي جزء أو كل النفقات الإنتاجية أو مساعدتها في إعادة استثمار تلك العوائد في معدات وأجهزة طبية جديدة لتقديم خدمات صحية متطورة (الصيرفي ، 2016، صفحة 200).

يشير بعض الباحثين إلى مجموعة من الخصائص الاقتصادية المرتبطة بالسوق الذي تُقدَّم فيه الخدمات الصحية، حيث يعتمد جانبا العرض والطلب على مدخلات العمليات الخدمية، وتشمل هذه المدخلات تقنيات إنتاج الخدمات الصحية على شكل موارد، أهمها الموارد البشرية من القوى العاملة الصحية والطبية الذين يلعبون دورًا هاما في تقديم الإرشادات للأفراد حول حالتهم الصحية وتوضيح تأثير مختلف طرق العلاج عليهم وتقديم خدمات العلاج والجراحة والمتابعة والتأهيل.

جانب الطلب ويتمثل في:

- إنّ خدمات الرعاية الصحية لا تطلب لذاتها وإنما لرغبة الأفراد في تحسين مستوى صحتهم، ويعرف الاقتصاديون الطلب على الخدمات الصحية من خلال شراء سلع أو خدمات تساندها القدرة الشرائية الضرورية، ومع ذلك لا يمكن اعتبار الصحة سلعة اقتصادية إذا كان العرض الطبي يعرف نقصاً في فترة معينة، فالطلب على الخدمات الصحية لا يتماشى والعرض، بصفة عامة تعتمد النظرية الاقتصادية الجزئية في تحليل سلوك المنتجين على مجموعة من الافتراضات التي تُبسّط نموذج التحليل وينطبق الأمر ذاته عند تحليل سلوك مستهلكي خدمات الرعاية الصحية (غواري ، 2020، صفحة 49)، فعلى سبيل المثال زيادة عدد المرضى الذين يحتاجون إلى علاج طبي متخصص مثل جلسات الغسيل الكلوي يؤدي إلى ارتفاع الطلب على أجهزة الغسيل الكلوي والكوادر الطبية المؤهلة، بالإضافة إلى زيادة الحاجة إلى الأدوية والمستلزمات الطبية مثل الإبر وأنابيب التوصيل والتحاليل الطبية، هذا بدوره يزيد الضغط على الموارد المتاحة ويؤثر على تكاليف تقديم الخدمة.
- تُعتبر الخدمات الصحية من السلع الجماعية، حيث تُقدم فوائد لكافة أفراد المجتمع، فعندما تتحسن صحة الفرد لا يعود ذلك بالنفع عليه وحده بل يؤثر إيجاباً على أسرته وأصدقائه وكل من يحيط به، من الناحية الاقتصادية قد يكون من المجدي تقديم دعم لهذه الخدمات أو حتى توفيرها مجاناً، ولهذا تعتبر غالبية الدول الخدمات الصحية جزءا من الرعاية الاجتماعية وتقدمها بدون مقابل، وهذا لا يعني أن الدولة يجب أن تنتج

هذه الخدمات بنفسها، لكن يمكنها أن تسمح للقطاع الخاص بتقديمها مع الحرص على دعمه وتنظيمه والإشراف عليه (بن غضبان، 2022، صفحة 143).

- الطلب على الخدمات الصحية يتبع قانون الطلب، لأن الكمية المطلوبة من هذه الخدمة ترتبط عكسيًا بسعر الخدمة، فعندما ينخفض سعر الخدمة الصحية يزداد عدد المرضى الذين يطلبون الخدمة، بما في ذلك ذوي الدخل المنخفض الذين لم يكن بمقدورهم دفع السعر سابقًا، كما أن انخفاض السعر سيؤدي بالمرضى القادرين على دفع سعر الخدمة الصحية المرتفع سابقاً إلى زيادة عدد مرات طلب الخدمة خلال نفس الفترة الزمنية (عبد المنعم شعيب، 2014، صفحة 154).
- تُعد الخدمات الصحية إنفاقًا استهلاكيًا، حيث يشتري المستهلك السلع الاستهلاكية للاستفادة المباشرة منها أو من خدماتها على المدى الطويل، فمثلاً تناول الأدوية يحقق إشباعًا مباشرا، بينما شراء أجهزة مثل قياس السكر أو الضغط يوفر خدمات على مدى فترات زمنية ممتدة.
- الطلب على الخدمات الصحية يُعد طلبا مشتقا، حيث تُعتبر هذه الخدمات مدخلات لإنتاج الصحة، فالطلب على الصحة يعد طلبا مشتقا من الطلب على الصحة ككل (دبون، 2012، صفحة 217)، على سبيل المثال الفحوصات الدورية للقلب مثل قياس ضغط الدم وفحص الكوليسترول تهدف إلى الكشف المبكر عن أي مشكلة صحية محتملة والوقاية من أمراض القلب في المستقبل، مما يعكس أن العناية الصحية الحالية تُركز على تحقيق فوائد وقائية طويلة الأمد.
- الخدمات الصحية تمثل نوعًا من شراء ضغط بالنسبة للمستهلكين، حيث تكون ضرورية لتخفيف الآلام أو علاج الأمراض عند الحاجة (بن غضبان، 2022، صفحة 144)، على سبيل المثال قد تكون زيارة طبيب القلب غير مريحة وتسبب الانقباض لدى البعض ولكنها تمثل شراء ضروريا للتخلص من الآلام.
- يشمل العامل السكاني الاهتمام بالتركيبة السكانية من حيث (الجنس، العمر، التوزيع الجغرافي، اتجاهات التنقل، الكثافة السكانية، معدلات المواليد والوفيات، ومؤشرات الزواج وعدد الأسر وحجمها)، على سبيل المثال زيادة نسبة كبار السن تؤدي إلى ارتفاع الطلب على التأمين الصحي والأدوية والنظارات الطبية وأجهزة السمع، في المقابل انخفاض معدلات المواليد قد يشكل خطرا لبعض الصناعات التي تعتمد على إنتاج المواد الغذائية والملابس المخصصة للأطفال (العبد عاشور و نمر عودة، 2006، صفحة 27)، ومع تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية بشكل مستمر نتيجة النمو السكاني المرتفع وزيادة الوعي الاجتماعي بأهمية الرعاية الصحية والتغيرات النمطية في انتشار الأمراض وارتفاع معدلات حوادث المرور، هذا الوضع يستدعي ضرورة مواكبة الطلب المتزايد، وذلك بالتوسع في توفير الخدمات الصحية وتحسين

كفاءة استغلال المرافق وتطوير إنتاجيتها، كما يتطلب الأمر التصدي للتحديات التي تواجه هذا القطاع الحيوي مع الاستمرار في رفع كفاءة الخدمات وضمان إتاحتها لجميع الأفراد (محمد بخاري و جمال أبو داود ، 2018، صفحة 618).

أما عن الخصائص التي تنصرف إلى جانب العرض فيمكن توضيحها فيمايلي:

- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها والقواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما يتسع هذا التدخل ليشمل الإنتاج المباشر لهذه الخدمات من خلال ملكيتها لأغلب وحدات إنتاج الخدمات الصحية.
- انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية على المدى القصير، حيث يتطلب بناء المستشفيات وتجهيزها وتدريب الأطباء والمهنيين سنوات عديدة، وبالتالي فإنّ عدم مرونة العرض لبعض عناصر إنتاج الخدمات الصحية على المدى القصير يجعل هذه الخدمات كمنتج نهائي غير مرن في الأجل القصير (دبون، 2012، صفحة 217).
- **كثافة استخدام عنصر العمل:** العمل في المؤسسات الصحية يتميز بدرجة عالية من التخصص والتنوع، حيث يتوزع بين مجموعة من الكوادر البشرية المتنوعة من الأطباء والممرضين والمديرين الذين يتمتعون بمستويات عالية من التعليم والثقافة وصولاً إلى العاملين في مجال التغذية والنظافة الذين يتلقون تعليمًا وتدريبًا أقل (بن غضبان، 2022، صفحة 144).
- **زيادة العرض:** تتحقق زيادة العرض في سوق الخدمات الصحية عندما يكون الأثر الصافي لتغيرات محددات العرض مؤديا إلى زيادة العرض، يظهر ذلك في حالتين: عندما ترتفع الكميات المعروضة من الخدمات الصحية بنفس مستويات الأسعار، مما يعني أن مقدمي الخدمات يقررون زيادة الإنتاج دون تغيير الأسعار، وعندما تنخفض الأسعار مع استمرار الموردين في تقديم نفس الكميات المعروضة سابقًا (عبد المنعم شعيب، 2014، صفحة 155).
- يتأثر عرض الخدمات الصحية بشكل كبير بتوفر الإمدادات الطبية مثل الأدوية والمعدات والتجهيزات الطبية التي تلعب دورًا أساسيا في إنتاج وتقديم هذه الخدمات، حيث يمكن أن تؤدي ندرة هذه الإمدادات إلى تقليص عرض الخدمات الصحية أو حتى توقفها بشكل كامل.

ومن هنا، تُعد دراسة الخصائص المميزة للخدمات الصحية أمرًا بالغ الأهمية نظرًا لتأثيرها المباشر على نوعية هذه الخدمات وكيفية استخدامها من قبل أفراد المجتمع، بالإضافة إلى استجابة القائمين على

القطاع الصحي للعوامل التي تحدد استخدامها والاستفادة منها لضمان تحقيق الأهداف التي وُجدت من أجلها هذه الخدمات.

أوجه الاختلاف بين الخدمات الصحية والخدمات الأخرى:

يختلف مفهوم الخدمة الصحية عموما عن مفهوم الخدمات الأخرى في بعض الجوانب رغم اشتراكها في عدد كبير من الخصائص معها، وهناك مجموعة من المعايير التي تستخدم للتمييز بينها وذلك كمايلي:

الجدول رقم (05): الاختلاف بين الخدمات الصحية والخدمات الأخرى

الخاصية	الخدمة الصحية	الخدمات الأخرى
مخاطر الجودة المدركة	ـ تصنف ضمن الخدمة التي تؤثر على الإنسان مباشرة، حيث تعتبر حساسة بشكل كبير مقارنة بالخدمات الأخرى، وهي تمثل أعلى درجات الاتصال بين الخدمات عموما.	ـ يمكن أن تتعلق هذه الخدمات بالإنسان ذاته أو بالعقل أو بالملكية، إلا أن معظمها يكون له أقل اتصال بالإنسان مباشرة.
طبيعة الطلب	ـ يُعتبر الطلب عليها من النوع الذي يمتد تأثيره ليشمل مجموعة متنوعة من القطاعات مثل المستشفيات، والعلاجات، والنقل، والجامعات، والمراكز العلاجية، والغذاء.	ـ في كثير من الأحيان، تقتصر هذه الخدمات على مجموعة محدودة من الأنشطة المرتبطة بها، بدلاً من القطاعات الأخرى ذات الصلة مثل التأمين والبنوك.
الحاجة	ـ يصعب تأجيل أو إلغاء استهلاك هذه الخدمات بسبب تأثيرها المباشر على صحة الفرد وارتباطها باستمرارية حياته.	ـ يمكن تأجيلها أو إلغاء استهلاكها والبحث عن بدائل أقل تكلفة وجودة خلال فترات معينة.
إنتاج الخدمة	ـ تُنتج المستشفيات خدمات علاجية متنوعة، كما أن نطاق إنتاج الخدمة نفسها أكثر عمقًا وتوسعًا.	ـ أقل تعقيدًا واتساعًا وعمقًا، كما تتميز ببساطتها وقصر خطوط الإنتاج.
موقع الاستهلاك	ـ قد يضطر المريض أحيانًا للسفر إلى خارج البلاد للاستفادة من تلك الخدمات، مما يجعل عملية السفر والتنقل عنصرًا أساسيًا في صناعة السياحة العلاجية التي يمكن أن تُعرض أيضًا عبر شبكة الإنترنت.	ـ الحاجة للسفر تبدو أقل أهمية بسبب انخفاض الجهد المبذول فيها.

القوى العاملة	ـ تتطلب هذه الخدمات مجموعة من الكوادر الفنية والإدارية الماهرة.	ـ قد تحتاج بعض هذه الخدمات إلى مستويات أقل من المهارة في التدريب والتعليم والتأهيل.
التكاليف والأسعار	ـ غالبًا ما تتميز بتكاليف مرتفعة لأنها تستثمر رأس مال كثيف، كما تُعتبر الخدمة العلاجية جزءًا من سلسلة طويلة من الأنشطة المشتقة منها.	ـ تتميز هذه الخدمات بانخفاض تكاليفها النسبيّة، وتبدو إمكانية الإحلال مرتفعة عند تغير الأسعار والعوامل المرتبطة بها.
المكونات	ـ تشمل الفحوصات التشخيصية، والوصفات العلاجية، والإقامة، والصور الشعاعية.	ـ مكوناتها تبدو أقل تعقيدًا، مثل خدمات التعليم والتأمين والبنوك.
الفترة الزمنية	ـ من الصعب التنبؤ بفترة الحصول على هذه الخدمات مسبقًا، لأنها مرتبطة بأمراض يصعب تحديد وقت حدوثها.	ـ يمكن تحديدها مسبقًا بالاعتماد على العوامل المؤثرة فيها.
الانفاق المالي	ـ المبالغ المالية الكبيرة المخصصة للتطوير أو لإنشاء مرافق جديدة.	ـ غالبًا ما تكون أقل تكلفة.

المصدر: (عبد الفتاح النسور و بن عبد الله الصغير، 2014، الصفحات 174-175)

2.3. أنواع الخدمات الصحية

تقدم المؤسسات الصحية مجموعة واسعة من الخدمات لضمان رعاية متكاملة للمرضى، تتضمن هذه الخدمات الرعاية الأولية والثانوية والمتخصصة وخدمات الطوارئ والجراحة والرعاية الطبية العامة والعناية المركزة، كما تشمل الخدمات التشخيصية كالتصوير الطبي والفحوصات المخبرية وخدمات التأهيل والعلاج الطبيعي ولا يغفل القطاع عن توفير خدمات صحة الأم والطفل والصحة النفسية، تتضافر هذه الخدمات كافة لتلبية احتياجات المرضى المتنوعة، مؤكدة على ضرورة حصولهم على الرعاية اللازمة في جميع مراحل العلاج.

في هذا الجزء، سنركز على تلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية للمريض سواء الخدمات العلاجية أو الوقائية أو الفندقية أو حتى كيفية التعامل مع المريض كظروف الاستقبال والتوجيه وغيرها.

1.2.3. الخدمات الصحية العلاجية Therapeutic Health Services

الخدمات الصحية العلاجية هي تلك الخدمات المرتبطة مباشرة بصحة الفرد، وتتضمن خدمات التشخيص والعلاج، سواء كان ذلك عن طريق العلاج الدوائي المباشر في عين المكان أو من خلال خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تتطلب رعاية سريرية داخل المستشفيات (السويسي، 2012، صفحة 43)

ووفقاً لما أشارت إليه **Trisha Torrey** *أن الهدف الرئيسي للخدمة العلاجية هو القضاء على مرض أو حالة طبية، واستعادة الصحة العامة للمريض اعتمادًا على الحالة الطبية، وهناك العديد من العلاجات المختلفة كالعلاج بالدواء والجراحة والجبائر والأقواس (Torrey , 2024) ، كخطوة أساسية لضمان حصول المرضى على رعاية صحية عالية الجودة.

الخدمات الصحية العلاجية تشجع المرضى على تمكين أنفسهم من الحصول على الرعاية الصحية اللازمة واتخاذ الإجراءات الضرورية لضمان سلامتهم أثناء تلقيها والسعي لتحقيق أفضل النتائج الممكنة، تتواصل هذه العمليات قبل وأثناء وبعد تقديم الخدمة للمريض مما يؤكد على شمولية الرعاية وتفاعلها مع دور المريض، ولضمان تحسين مستوى هذه العمليات يجب توفر مجموعة من الشروط الأساسية أهمها:

- **المحافظة على وقت المريض:** يتطلب ذلك الالتزام بالمواعيد الدقيقة لتعزيز ثقة المريض بالنظام الصحي.
- **اللباقة في التّعامل مع المريض:** وذلك باحترام كرامة المريض مما يسهم في تحسين تجربته العلاجية.
- **سرعة تقديم الخدمة:** تؤدي السرعة في تقديم الرعاية الصحية إلى تقليل فترات الانتظار وتخفيف معاناة المرضى (رداد القرشي و أبو جمعة ، 2020، صفحة 116).

إنّ تحقيق هذه الشروط يتطلب الاهتمام بتطوير الكفاءات المهنية الطبية والتمريضية لضمان تقديم خدمات صحية علاجية فعّالة وذات نوعية.

هناك بعض المشكلات والاضطرابات التي قد يكون من الصعب التّنبؤ بها فتحدث فعلا، فكل فرد يختبر في وقت ما مواقف وأزمات ومشكلات حقيقية يحتاج فيها إلى مساعدة مما يستدعي تدخلًا علاجيًا، فدور المنهج العلاجي هنا علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية لاستعادة التوافق والصحة النفسية، يهتم هذا المنهج بنظريات الاضطراب والمرض النفسي وتشخيصه وأسبابه وطرق علاجه، بالإضافة إلى توفير المعالجين والمراكز والعيادات والمستشفيات المتخصصة (أبو زعيزع، 2009، الصفحات 17-18).

---

* **Trisha Torrey** أمريكية، ولدت عام 1951م، مدافعة عن المريض، ومؤسسة دليل المدافعين عن الصحة، درست في جامعة باكنيل، أسّست تحالف المدافعين عن الصحة المهنية عام 2009، وألفت كتاب "You Bet Your Life"، "The Health Advocate's Basic Marketing Handbook"، "The Health Advocate's Advanced Marketing Handbook" بدأت مهمتها في مساعدة الآخرين في التعامل مع الرعاية الصحية الخاصة بهم بعد تشخيص إصابتهم بمرض السرطان المهدد للحياة بشكل خاطئ في عام 2004م، سعت توري لتزويد المرضى بالمعرفة اللازمة لحماية أنفسهم والبقاء آمنين في السعي للحصول على الرعاية وإيجاد أفضل النتائج من خلال الدعوة إلى الشفافية في تقديم الخدمة الصحية والتحقق من كفاءات الأطباء.

ولتحقيق الصحة العلاجية عامة في المجتمع لابد من:

- عرض الحالة على الطبيب المتخصص لتقديم تقييم دقيق للحالة.
- التّعامل مع كل حالة مرضية بشكل فردي وفقا لطبيعة تطور المرض ومراحل الإصابة.
- التّعامل مع الحالة بالطريقة العلاجية المثلى.
- استخدام التكنولوجيا الحديثة في تحسين الرعاية الصحية بتوفير تشخيص دقيق.

من خلال ما سبق، يمكننا القول إنّ الخدمات العلاجية هي الطابع الغالب على وظائف المؤسسات الاستشفائية في مختلف المجتمعات، تتضمن مجموعة واسعة من الخدمات الطبية والتمريضية، بما في ذلك الجراحة وتقديم الأدوية والعلاجات المختلفة التي يمكن تقديمها داخل المستشفى أو في المنزل.

1.1.2.3. أنواع الخدمات الصحية العلاجية:

تندرج الخدمات العلاجية تحت عدة تصنيفات، وهي:

- **خدمات الرعاية الداخلية في المستشفى:** تشمل الرعاية الصحية الإيوائية التي تُقدّم للمرضى الذين تتطلب حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات العامة أو التخصصية للتشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز ثلاثين يومًا.
- **خدمات الرعاية الخارجية:** لا تشتمل على رعاية إيوائية للمستفيدين، تُقدّم عادة في عيادات الأطباء الخاصة أو العيادات الخارجية للمستشفى أو قسم الطوارئ التابع له أو مراكز العلاج الطبي أو مراكز الرعاية الصحية الأولية (بن عايد الأحمدي، 2004، الصفحات 25-26).

وتصنف خدمات الرعاية الداخلية وفقًا لمستواها إلى ثلاث مستويات رئيسية هي:

أ ـ خدمات الرعاية الصحية الأوليّة Primary health care

أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى أنّ الرّعاية الصحية الأولية عبارة على نهج يركز على احتياجات الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية وتفضيلاتهم، تتناول العوامل الأوسع التي تؤثر على الصحة، ولا تقتصر الرعاية الأولية للصحة على معالجة مجموعة محددة من الأمراض، حيث تضمن حصول الأفراد على خدمات متنوعة تتراوح بين التوعية والوقاية وصولًا إلى الرعاية العلاجية والتأهيلية والتلطيفية، مع تقديم هذه الخدمات بالقرب من البيئة اليومية للأفراد قدر الإمكان (وديد الرشيدي و آخرون، 2023، الصفحات 6-7).

أشار إعلان **ألما آتا** أن الرعاية الصحية الأوليّة تعتمد على أساليب وتكنولوجيا عملية، سليمة علميًا ومقبولة اجتماعيًا، تُوجّه للأفراد والأسر في المجتمع وتتطلب مشاركتهم الكاملة، وتكون بتكلفة يمكن للمجتمع

والبلد تحملها في كل مراحل الحياة، كما تعزز هذه الرعاية روح الاعتماد على الذات وتقرير المصير الذي يعد جزءًا لا يتجزأ من النظام الصحي الذي يمثل وظيفته المركزية ومحور اهتمامه الرئيسي، من أجل تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع، وهو المستوى الأول الذي يتواصل من خلاله الأفراد والأسر والمجتمع مع النظام الصحي الوطني، مما يجعل العناية الصحية قريبة قدر الإمكان من أماكن سكنهم وعملهم (DECLARATION OF ALMA-ATA, 6-12 September 1978).

على ضوء ما تقدم، تمثّل الرعاية الصحية الأوليّة خط الاتصال الأول مع المرضى، وهي نقطة الدخول للنظام الصحي في المستشفيات، تُتاح هذه الرعاية لكافة أفراد المجتمع وتعتمد على وسائل علمية وعملية بتكاليف مناسبة ومتاحة تكنولوجيًا وتلبي احتياجات الأفراد والعائلات، ومن خلال مشاركة المجتمع الشاملة يمكن للدولة توفيرها في جميع مراحل التطور الصحي.

الخصائص الرئيسية للرعاية الصحية الأولية:

- **تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد:** وذلك من خلال رعاية تتضمن التوجيه والإرشاد والوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية التلطيفية طوال مراحل الحياة، تحدد هذه الرعاية استراتيجياً أولويات المهام الرئيسة لخدمات الرعاية الصحية التي تستهدف الأفراد والأسر.
- **التعامل بطريقة منهجية مع المحددات الأوسع المتعلقة بالصحة:** تشمل الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، بالإضافة إلى سلوكيات الأفراد وتصرفاتهم من خلال تبني سياسات وإجراءات عامة مبنية على الأدلة في جميع المجالات.
- تمكين الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية من تحسين صحتهم بشكل فعال، كونهم مدافعين عن السياسات التي تعزز الصحة وتحميها وتحافظ على نوعية الحياة، إضافة إلى مشاركتهم في تطوير الخدمات الصحية والاجتماعية (بوكلي حسن ، 2022، الصفحات 77-78).

وعلى ضوء ما سبق ذكره، نستنتج أن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لا يمكن أن يتم من قبل فرد واحد بغض النظر عن مهاراته أو كفاءاته، لذا من الضروري وجود فريق صحي يتضمن أعضاء كالطبيب العام وطبيب الأسنان والقابلة والممرضة ومساعد الممرض، يعملون بتعاون وتنسيق فعّال لتعزيز المستوى الصحي للأفراد والمجتمع، قد يكون وجود بعض هؤلاء الفاعلين الصحيين في المركز محدودًا في بعض الأوقات، ولكن يظل أمرًا بالغ الأهمية أن يكون لديهم القدرة على التعامل مع المشاكل الصحية حتى البسيطة منها في كل منطقة أو قرية.

ب ـ خدمات الرعاية الصحية الثانوية Secondary Health care

تقدم هذه الخدمات بعد حدوث المرض في المراكز الصحية الشاملة والمستشفيات الحكومية وعيادات الاختصاص، ويتكون الكادر الطبي في هذه المؤسسات من أكثر من 23 طبيبًا وممرضًا مؤهلين قانونيًا، وأطباء الأسنان وفنيي الأشعة والمختبر ومساعدي التمريض والقابلات (قطيشات و آخرون، 2006، صفحة 24)، وتشمل كذلك:

•خدمات الإسعاف Ambulance services

يقدمها المسعف، توجه للأفراد الذين يكونون في حالات حرجة تستدعي نقلهم بسرعة إلى مكان العلاج أو تقديم الإسعافات الأولية لهم في عين المكان (زهران، 2013، صفحة 79)، تتوفر طوال أيام الأسبوع ويمكن الوصول إليها عبر الاتصال برقم الطوارئ، وتُعنى بالخدمات الطبية الطارئة، وهي ضرورية لتحسين فرص بقاء المرضى على قيد الحياة وتحقيق الشفاء التام، كما تساهم في التقليل من الإصابات المترتبة عن الحوادث أو الأمراض المفاجئة.

المريض في حالة الطوارئ يعاني من تغيرات غير طبيعية في حالته الصحية، لذلك يجب على الفريق المناوب أن يكون مستعدًا لتقديم استجابة سريعة وفعالة لأي تغير مفاجئ، وذلك من خلال التواصل الفوري مع الجهات المختصة وتطبيق البروتوكولات العلاجية المناسبة واتباعها بالكامل لتخفيف المعاناة.

تتنوع خدمات الإسعاف والرعاية الطارئة لتقديم مستويات مختلفة من الدعم الطبي، بدءًا من خدمات نقل المرضى والمصابين بواسطة سيارات الإسعاف العادية، تشمل هذه الخدمات سيارات العناية المركزة المجهزة بمعدات طبية لدعم الحالات الحرجة أثناء النقل، وتوفير أسطوانات الأكسجين للأفراد الذين يحتاجون إلى دعم تنفسي فوري، وخدمات توفير الدم عند الحاجة، وتمتد هذه الخدمات لتشمل الإسعاف الطبي الجوي الذي يوفر دعمًا طبيًا متخصصًا في حالات الطوارئ الجوية، مما يضمن وصول الرعاية السريعة للمرضى في الظروف المعقدة.

باختصار، حالة الإسعاف غالباً ما تتعلق بالنقل السريع إلى المركز الطبي، بينما حالة الطوارئ تشمل أي وضع يتطلب استجابة طبية فورية سواء كان النقل ضرورياً أم لا.

ج- الخدمات الصحية الثالثية أو التخصصية Tertiary Healthcare Services

عادة ما يتم إحالة المريض إلى الرعاية الثالثية من قِبل أخصائي الرعاية الثانوية؛ ومع ذلك قد يقوم طبيب الرعاية الأولية أحيانًا بإحالة المريض مباشرةً إلى مركز الرعاية الثالثية.

الخدمات الصحية الثالثية هي نوع من الرعاية الصحية التي تركز على تقديم علاج مخصص لحالات مرضية معينة، يتم توفيرها من قبل فريق طبي مؤهل تأهيلاً عالياً، يستخدم أحدث التقنيات الطبية والأدوية

لتشخيص وعلاج الحالات المرضية المعقدة (بورشروش و فرطاس، 2021، صفحة 459).

وحسب صلاح محمود ذياب، تشمل الخدمات الصحية الثالثية الإجراءات الطبية والعلاجية والجراحية المتقدمة المقدمة للمرضى في المستشفى، تغطي العديد من التخصصات الطبية الدقيقة باستثناء التخصصات الطبية الأساسية الأربعة (الثانوية) (ذياب، 2010، صفحة 171).

تتميز الخدمات الصحية الثالثية بدرجة عالية من التخصص الدقيق لأنها تستهدف الحالات المرضية المعقدة، تشمل مجالات حيوية مثل أمراض وجراحة الأعصاب والقلب، مما يتطلب خبرات ومهارات متخصصة، وعادةً ما تكون التكاليف المرتبطة بهذه الخدمات أعلى مقارنةً بالخدمات الصحية الأخرى.

وبناء على ما سبق، تُقدم الخدمات الصحية العلاجية للحالات التي يعتبر فيها العلاج ممكنًا، تتنوع لتشمل العلاج الدوائي والجراحي والإشعاعي، بالإضافة إلى العلاج بالأدوية البديلة والطب التكميلي، وتختلف نوعيتها حسب نوع المؤسسة الصحية والتخصصات المتاحة بها.

2.2.3. الخدمات الصحية الوقائية Preventive Health Services

"ما نفعله قبل أن نمرض للحفاظ على صحتنا"

عندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية يتصرف معظم الناس بشكل تفاعلي بدلاً من التصرف بشكل استباقي، فهم يذهبون إلى الطبيب فقط عندما يشعرون بالمرض، ولا يعتنون بصحتهم إلا عندما تظهر المشاكل، من ناحية أخرى عادةً ما يتردد الناس في إنفاق الأموال على الرعاية الصحية إلا إذا شعروا بأنها ضرورية بشكل مطلق، لكن المعضلة في ذلك أنّك قد تُنفق تكلفة أعلى مقارنةً بالوقاية منها في وقت مبكر.

حسب اتفاق المختصين والخبراء في منظمة الصحة العالمية تعتبر الخدمات الوقائية ـ إيقاف المشكلة حتى قبل ظهورها ـ الوظيفة الثانية للمستشفيات العمومية بعد الخدمات العلاجية، يُعزى ذلك إلى أن المستشفى العام يمتلك إمكانات وقدرات تخصصية تمكنه من توسيع نشاطاته في مجال الوقاية من الأمراض قبل تفاقمها، فضلاً عن تحمله مسؤولية علاجها، لذلك إن التزامنا بالوقاية يمكن أن يكون أكثر فعالية وأقل تكلفة من معالجة الأمراض بعد استفحالها.

عُرّفت الخدمات الوقائية بأنها مجموعة التدابير الموجهة لمنع الإصابة بمرض معين، وذلك بمنع وصول المسبب المرضي إلى جسم الإنسان، كما في حالة الأمراض المعدية مثل: الملاريا والبلهارسيا وأمراض سوء التغذية (الإسقربوط) (أبو العيون، 2013، صفحة 32)، كما تم تعريفها في ذات السياق على أنها مجموعة من الخدمات الوقائية المصمّمة لحماية الأفراد من الإصابة بمختلف الأمراض والأوبئة، تشمل خدمات التغذية السليمة والفحوصات الطبية الدورية الشاملة (زيدان و بن كادي ، 2023، صفحة 157)،

وهناك من يطلق عليها اسم الخدمات الصحية البيئية، وهي ترتبط بحماية الأفراد من الأوبئة والتدهور الصحي النّاتج عن الأنشطة البشرية والمشروعات الملوّثة للبيئة، تتعلق هذه الخدمات بصحة الأفراد بشكل غير مباشر وتشمل التطعيمات ضد الأمراض الوبائية وخدمات رعاية الأم والطفل (الدمراش، 2006، صفحة 26).

ومن هنا، تعتبر الصّحة الوقائية أمرًا أساسيًا لمساعدة الأفراد على البقاء بصحة جيدة واكتشاف المشاكل الصحية في وقت مبكر قبل أن تتسبب في مشاكل أخرى أو تصبح أكثر صعوبة في العلاج، وتتضمن تقديم مجموعة من الإجراءات كالتحصين ضد الأمراض المعدية والفحص الدوري للكشف عن الأمراض المزمنة ووقاية البيئة من التلوث، لذا فهي أفضل للمريض ومقدمي الرعاية ونظام الرعاية الصحية بشكل عام.

وتشتمل الإجراءات الصحية الوقائية الخاصة على:

التطعيم ضد مرض معين: يشير التّطعيم إلى مجموع اللقاحات التي تُستخدم لحماية الفرد من الإصابة بالمرض قبل حدوثه وانتشاره، ومحاولة علاجه في مراحله الأولى، مثل اللقاحات نصف الدورية التي تُعطى لحماية الأفراد من الأمراض الخطيرة كاللقاح الثلاثي البكتيري الذي يقي من الكراز والسعال الديكي والدفتريا.

استخدام ملابس واقية أو أقنعة خاصة في الصناعة: تتمثل في الوسائل الوقائية الفردية التي تُستخدم عندما يتعذر تطبيق الوسائل الوقائية العامة لإزالة آثار العوامل الضارة لسبب ما، ويلزم أن تكون هذه الوسائل سهلة الاستخدام ومتوفرة، من أمثلتها: النظارات الواقية والكمامات، السماعات المضادة للضجيج، وبعض المراهم التي تحمي الجلد من وصول السموم إليه (الشاعر و أخرون، 2020، صفحة 81).

استخدام أدوية نوعية: إعطاء الأدوية النّوعية المضادة للعوامل المسبّبة للمرض للأفراد الذين يُتوقع إصابتهم بالمرض خصوصاً في حالة الأمراض السارية، على سبيل المثال يُستخدم السلفا للوقاية من التهاب السحايا الوبائي بينما تُعطى التتراسيكلين للوقاية من الكوليرا، تُعتبر هذه الاستراتيجية حيوية لأن اللقاحات قد لا توفر الحماية الكاملة لجميع الأفراد (قطاش و آخرون، 2020، صفحة 16).

القضاء على العائل الوسيط: إن العديد من الأمراض تتطلب وسيطاً، سواء كان هذا الوسيط كائناً حياً أو غير ذلك، وفي غالب الأحيان تكون الوسيلة الأكثر فعالية لمكافحة هذه الأمراض هي استهداف تلك الوسائط بشكل مباشر، على سبيل المثال يُعد ردم المستنقعات والبرك وسيلة فعّالة للقضاء على يرقات البعوض الناقلة للملاريا، وكذلك القضاء على قواقع البلهارسيا للحد من انتشار المرض.

يتضمن هذا الإجراء استهداف الكائنات الحيّة التي تستضيف الطور اللاجنسي أو غير النّاضج من

الطفيليات، مما يمنع انتقال الطفيلي إلى العائل النهائي، ومن ثم كسر دورة حياته ومنع تفشيها، مما يبرز أهمية استراتيجيات المكافحة الموجهة نحو الوسائط النّاقلة للعدوى.

إجراء فحوصات دورية منتظمة لجميع فئات المجتمع: يُعتبر هذا الإجراء جزءًا من الممارسة الصحية الوقائية ضمن تخصص طب الأسرة، حيث يساعد في تتبع الحالة الصحية للأفراد وتشخيص أي مشكلة مبكرًا.

اكتشاف الأمراض المهنية مبكرا: لا يمكن الكشف عن الأمراض المهنية في مراحلها المبكرة إلا من خلال الفحوصات المخبرية والإشعاعية من أجل حماية العاملين في بيئات العمل المختلفة.

عدم الاستهتار بأي عارض مرضي: خاصة حالة الأورام البسيطة، لأنها قد تكون مؤشرات أولية لأمراض خطيرة كالسرطان.

المراقبة المستمرة والحرص على عدم خلطة المصابين: يمكن أن تنتقل الأمراض المعدية من شخص لآخر في أي وقت، لذلك يجب اتباع إرشادات العزل الصحي بصرامة.

التثقيف الصحي: بالتوعية الصحية يصبح الأفراد أكثر قدرة على المشاركة الفعّالة في الفعاليات والإجراءات الوقائية (قدري و آخرون، 2008، صفحة 108).

يمكن تصنيف الخدمات الوقائية الى ثلاث مستويات وهي:

أ- الخدمات الوقائية الأولية primary Preventive:

وهي خدمات مباشرة ومحددة يتم التخطيط لها وتقديمها بهدف وقاية الأفراد، ومن أبرز الأمثلة على هذه الخدمات: حملات التطعيم الجماعية أو تلك الموجهة نحو مجموعة معينة من الأفراد، وتدخل خدمات حفظ الصحة ضمن هذا المستوى كجزء من خدمات الوقاية الأولية (لشهب، 2023، صفحة 137)، وتشمل:

-خدمات صحة الأم والطفل Maternal and Child Health Services:

الأم هي الرّكيزة الأساسية للأسرة ومفتاح بناء جيل واعٍ ومساهم في مستقبل الوطن، حيث تؤثر صحتها بشكل مباشر على سعادة وسلامة جميع أفراد الأسرة، كما يُعتبر الأطفال العنصر الأساسي في استقرار المجتمعات، مما يحتم على الحكومات الالتزام بتوفير رعاية صحية متكاملة للأمهات والأطفال لضمان مجتمع مستقر ومزدهر على المدى الطويل.

خدمات رعاية الأمومة والطفولة هي الخدمات التي تقدمها الدولة للأم والطفل بدءًا من مرحلة ما قبل الزواج، وذلك بإجراء الفحوصات الطبية للتأكد من خلو الأم من الأمراض التي قد تؤثر على حياة الجنين أو تتسبب في تشوهات خلقية، مثل بعض الأورام الوراثية، وتستمر الرعاية خلال فترة الحمل وبعدها حفاظا

على صحة الأم والجنين، إضافة إلى متابعة حالة الجنين بعد الولادة في مراحله الأولى لضمان نموهم السليم وتطورهم الصحي (أبو العيون، 2013، الصفحات 31-32).

لضمان جودة الرعاية الصحية للأمهات والأطفال في المنشآت الطبية أكدت منظمة الصحة العالمية على ضرورة توفير خدمات صحية متكاملة للنساء خلال الحمل والولادة وما بعدها، مع التركيز على منع العدوى المكتسبة بالمستشفيات، ويجب أن تتمتع المرافق الصحية ببيئة مادية تُسهّل التواصل الفعال مع النساء وأسرهن وتستجيب لاحتياجاتهن فورًا، بالإضافة إلى الاستجابة الفورية للحالات التي تتطلب رعاية متخصصة والقضاء على أي ممارسات ضارة أثناء المخاض والولادة وما بعدهما، فضلًا عن توفير كوادر طبية مؤهلة وإنشاء سجلات طبية دقيقة وشاملة لكل أم وطفل (منظمة الصحة العالمية ، 2017).

على ضوء ما تقدم، تشمل الوقاية الأولية مجموعة من الخدمات الصحية الشخصية التي تهدف إلى تقليل إصابة الأفراد من الأمراض المعدية وغير المعدية* والاضطرابات الصحية والموت المبكر، يتم ذلك من خلال تقوية المناعة بتقديم الاستشارات حول أسلوب الحياة الصحي، تسعى الوقاية الأولية إلى القضاء على العوامل الخطيرة المسببة للأمراض مثل الحياة الخاملة والبدانة وتعاطي التبغ والمخدرات والمشروبات الكحولية والتعرض للهواء الملوث والأشعة المؤذية الناتجة عن التصوير بالأشعة لأغراض التشخيص الطبي أو المهني.

ب-خدمات الوقاية الثانوية Secondary Preventive:

تتضمن خدمات التشخيص والكشف المبكر عن الأمراض، وتشمل هذه الخدمات إجراء المسوحات الصحية أو أخذ عينات لبعض الأشخاص من فئات معينة مثل أرباب العمل أو الشرائح السكانية التي يُتوقع أن تكون أكثر عرضة للإصابة أو الاستجابة لهذه الأمراض مقارنةً بالآخرين (البكري، د.س، صفحة 24)، تشمل على سبيل المثال استقصاء القولون والمستقيم والتصوير الشعاعي للثدي للكشف عن سرطان الثدي واختبار خلايا عنق الرحم لتشخيص سرطان عنق الرحم قبل تطوره وفحص امتصاص الأشعة السينية

* في عام 2011، أوصى قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 64/265 بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها، والذي تم مناقشته في الاجتماع الذي عُقد في نيويورك 21-19 سبتمبر، بضرورة التركيز على الرعاية الأولية لتقديم "حزم التدخلات الأساسية ذات الأولوية"، بالإضافة إلى ذلك شجعت الجمعية العامة في الإعلان السياسي اللاحق على دعم الرعاية الصحية الأولية وتمكين الأفراد من العناية الذاتية (للمزيد انظر: **منظمة الصحة العالمية**. (2015). تقرير حول إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. تاريخ الاسترداد 12 12, 2023).

المزدوجة للكشف عن هشاشة العظام ووصف الستاتينات لخفض الكوليسترول واتخاذ التدابير اللازمة لخفض ضغط الدم المرتفع...

ت-خدمات الوقاية من الدرجة الثالثة:

تهدف إلى التخفيف من الأمراض المزمنة والإصابات الدائمة ومساعدة المصابين على التكيف مع وضعهم الصحي باستخدام الأجهزة التعويضية أو المشاركة في برامج التمارين العلاجية.

يشمل مجال الوقاية من المستوى الثالث إجراءات أهمّها:

- معالجة الحالات المرضية بهدف الشفاء التام أو الحد من المضاعفات والعجز واستعادة الصحة العامة للمرضى، وتتم هذه الاجراءات عن طريق العلاج في المستشفيات، العلاج في عيادات الاختصاص، والعلاج في العيادات الخارجية.
- **خدمات التأهيل:** يُقصد بالتأهيل عملية دعم الأفراد الذين يعانون من إعاقات جسدية أو عقلية لاستعادة وظائف الأعضاء المتضررة وتمكينهم من تحقيق أهدافهم المشروعة في الحياة (الشاعر و أخرون، 2020، صفحة 82)، بالإضافة إلى ذلك يتضمن التأهيل إعادة دمج الأفراد اجتماعياً، حيث يمكن أن تكون الإعاقة ذات طابع اجتماعي، مما يتطلب دعم المعاقين لممارسة حياتهم اليومية والاندماج في المجتمع، على سبيل المثال تتطلب الإعاقات العقلية (الاكتئاب، اضطراب الوسواس القهري) المتابعة والعلاج في مراكز ومستشفيات خاصة مثل مستشفيات الصحة النفسية، بينما يتم التعامل مع العجز الجسدي البيولوجي والفيزيائي(الشلل النصفي، مرض باركنسون) في المستشفيات والمراكز المتخصصة (قدري و آخرون، 2008، صفحة 109)، كما تلعب دور التمريض ودور النقاهة ومراكز الرعاية الايوائية دورًا هاما في تقديم الرعاية اللازمة للمعوقين، فضلا عن الخدمات التي يقدمها أخصائيو الرعاية المنزلية التمريضية للأفراد الذين هم بحاجة إلى عناية الآخرين ولا سيما المسنين، وأولئك الذين لا تتطلب حالتهم الصحية البقاء في المستشفى (بن عايد الأحمدي، 2004، الصفحات 25-26).

وتشمل أيضا:

- **رعاية العاجز مهنياً:** تدريب الأفراد المعاقين على مهن محددة، ممّا يُمّكنهم من الاعتماد على أنفسهم في إدارة شؤونهم واكتساب رزقهم بشكل مستقل.
- **خدمات الأطراف الصناعية والأجهزة الطبية المساعدة:** توفرها مراكز متخصصة في التأمين الصحي، وتشمل تقديم الأطراف الصناعية للأشخاص الذين فقدوا أحد أطرافهم نتيجة حوادث وتوفير السماعات لفاقدي السمع (مزاهرة و آخرون، 2003، الصفحات 65-66).

ث-خدمات الوقاية من الدرجة الرابعة Quaternary prevention services:

في قاموس **Wonca** الدولي للطب العام/العائلي، تُعرّف الوقاية الرباعية بأنها إجراء يُتخذ لتحديد المرضى المعرّضين لخطر الإفراط في العلاج الطبي وحمايتهم من التدخلات الطبية الجديدة واقتراح تدخلات مقبولة أخلاقيًا، اقترح هذا المفهوم لأول مرة من قبل**Marc Jamoulle** لحماية المرضى الذين يعانون من أمراض غير مصابين بها، ومع ذلك خضع التّعريف مؤخراً لتعديل ليصبح إجراء يُتخذ لوقاية الأفراد من التدخلات الطبية التي قد تسبب ضررًا أكثر من نفعها (A. Kisling & M. Das, 2023).

توجد درجة من التّداخل بين المستويات الثلاث للوقاية الصحية، حيث يتداخل المستوى الوقائي الأساسي والأولي في مكافحة عوامل الخطورة قبل ظهور الأمراض والوقاية من مسبباتها، من جهة أخرى يتداخل المستوى الوقائي الثانوي مع الثالثي فكلاهما مستوى علاجي، حيث يتدرّجان من الكشف المبكر عن المرض إلى معالجته بشكل متقدم، أما المستوى الرابع فيشترك مع هذه المستويات في الوقاية من الإفراط في العلاج مع ضمان تقديم الرعاية الطبية الملائمة والمتوازنة، ويوضح الجدول التالي أمثلة عن مستويات الوقاية في المرض القلبي التاجي.

الجدول رقم (06): استراتيجيات الوقاية من الأمراض

المستوى	الغرض	التّطبيق
الوقاية الأولية	**تقليل معدل حدوث المرض**	**- برامج التثقيف الصحي لتعزيز أنماط الحياة الصحية والوقاية من عوامل الخطورة المسببة للأمراض القلبية.**
الوقاية الثانوية	**تقليل معدل انتشار المرض**	**- إجراء مسوحات مجتمعية لتحري ضغط الدم وتقديم المشورة اللازمة للتخلي عن التدخين.**
الوقاية الثالثية	**تقليل المضاعفات**	**- وصف النّشاطات الرياضية المناسبة للمرضى خلال فترة الشفاء من الجلطات الدموية الأولية.**

المصدر: (بوكلي حسن ، 2022، صفحة 57)

بشكل عام، تُكمّل الخدمات العلاجية والوقائية بعضها البعض، حيث تؤدي الوقاية والتثقيف الصحي السليم إلى تقليل معدلات الأمراض وانتشارها، وذلك بفضل مشيئة **الله** تعالى قبل كل شيء، وللوقاية من الأمراض خاصة الوبائية والمعدية منها ينبغي أن تتضمن خطط الصحة العامة عناصر الوقاية والتثقيف الصحي جنبًا إلى جنب مع التثقيف الاجتماعي، هذه الاستراتيجيات يمكن أن تسهل مستقبلاً علاج الحالات المرضية، ومع ذلك تركز برامج الصحة العامة غالبا على العلاج أكثر من الوقاية، مما يؤدي إلى نقص في الرعاية الصحية الشاملة، بالتالي فالتكامل بين الوقاية والعلاج يظهر في سياق الرعاية الصحية التي تُعد أفضل مقاربة لتحسين الصحة، فعلى سبيل المثال يمكن للفحص المنتظم لدى الطبيب أن يكشف عن

مشاكل صحية مبكرة مما يسمح بالانتقال من التشخيص الوقائي إلى الخدمات العلاجية، على الجانب الآخر يمكن للسلوكيات الصحية الوقائية، مثل التغذية السليمة وممارسة الرياضة أن تعزز فعالية العلاج وتقلل من احتمالية تكرار المشاكل الصحية، من هذا المنطلق إن الجمع بين الخدمات العلاجية والوقائية يشكل نهجًا متكاملاً لتحسين الرعاية الصحية.

خلاصة القول، على الرغم من التكلفة البشرية والاقتصادية التي تسببها الأمراض المختلفة ورغم الأدلة والأدوات العلمية التي تمكن الوقاية من الأمراض أو تحسين نتائجها بشكل كبير فإن الخدمات الوقائية لا تزال غير مستغلة بالشكل الكافي، هذه الفجوة تعكس الحاجة لإعادة دمج وتعزيز استخدام الخدمات الوقائية واعتبارها مكونًا أساسيًا وجوهريًا في منظومة الرعاية الصحية.

3.2.3. الخدمات الصحية الفندقية Hotel Health Services

قبل تعريف وتحديد مفهوم الخدمة الصحية الفندقية سنتناول أولاً مفهوم الفندق.

عُرّف الفندق بأنه منشأة أو مبنى مخصص ومرخص لتوفير خدمات الإيواء والإقامة والطعام وتوفير كافة التسهيلات التي تضمن للضيف الحصول على الخدمات المطلوبة مقابل أجر معين وفترة زمنية متفق عليها، ويتم ذلك في إطار القوانين المحلية والدولية (بوديسة ، 2015، صفحة 157)، وفي ذات السياق يشير إلى المباني المجهزة لاستقبال النزلاء وتوفير الإقامة لهم، حيث يجدون الراحة والمأوى والطعام والخدمة لمدة زمنية محددة مقابل أجر محدد ومعلوم (بوحديد و يحياوي، د.س، صفحة 228).

بناء على التّعريفين السّابقين، يمكن القول بأنّ الفنادق عبارة عن مكان مجهّز بكل المستلزمات التي من شأنها توفير الراحة والمأكل والمأوى للنزيل مقابل سعر محدد.

أمّا عن **الخدمات الصحية الفندقية** فلقد أصبحت اليوم جزءا لا يتجزأ من الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات، لتهيئة بيئة صحية ونفسية ملائمة وآمنة للمرضى وتعزيز مستوى الجودة لتحقيق التّميز والتّفوق.

تُشير الخدمات الصحية الفندقية إلى مجموع الخدمات غير الطبية التي تُقدّم للمرضى لتوفير الراحة الجسدية والنفسية، وتشمل خدمات التغذية والغسيل والنظافة وتنظيم مواعيد الزيارة لتقليل الازدحام ومنع دخول الأشخاص في غير الأوقات المحددة وتوفير أماكن الترفيه والحدائق وضمان أمن المستشفى وتوفير الأثاث والفرش وتوفير خدمات الاتصالات ومواقف السيارات وتقديم خدمات الاستعلامات والتعامل مع الجمهور (ابراهيم أبو شريعة، 2013)، ولتقديم خدمات فندقية ذات نوعية لابد من الاهتمام بشكل مستمر بنظافة الغرف والحجرات، من خلال تغيير الأفرشة والحرص على تنظيفها خاصة بعد إصدار القانون الذي

يمنع إدخال المأكولات والأفرشة لتجنب العدوى وتقليل الأغذية، كما لا ننسى الاهتمام بصيانة المرافق المتوفرة في المستشفى بشكل دوري (جيلالي ، 2009، صفحة 72).

لتنفيذ هذه الخدمات بأفضل طريقة ممكنة، يجب تدريب العاملين في مجال فندقة المستشفيات على عدة جوانب كتحسين مهارات التواصل والتعامل مع الجمهور، فهم مفاهيم جودة الخدمة الفندقية وأبعادها وخصائصها، كما يجب تدريبهم على استخدام أدوات قياس جودة الخدمات مثل (SERVQUAL، SERVPERF)* ومعالجة المشكلات التشغيلية، يتضمن التدريب كذلك التّوصيف الوظيفي للعاملين بالإشراف الداخلي وإجراءات العمل القياسية (SOP)، وينبغي الانتباه بشكل دائم ومستمر خاصة إلى نظافة الأماكن العامة والحرجة كغرف العمليات والعناية المركزة وإدارة الأغذية والمشروبات ومتطلبات الصحة في أماكن إعداد الطعام وطرق تداولها بما في ذلك الاستلام والتخزين والتحضير والطهي والتقديم (thearabhospital, 2024)، بالإضافة إلى ذلك من الضروري تخصيص ميزانية كافية لتحسين جودة هذه الخدمات، ويتطلب هذا الأمر اهتمامًا كبيرًا ومراقبة مستمرة من قِبل إدارات المستشفيات خاصةً فيما يتعلق بالخدمات التي تُؤمَّن من مصادر خارجية.

1.3.2.3. عناصر الخدمات الفندقية في المؤسسة الاستشفائية وخصائصها

أ- الإيواء، الإقامة والتدبر المنزلي

يعتبر الإيواء في المستشفيات جزءا أساسيا من الخدمات الصحية التي تقدمها، بتوفير مكان للمريض من أجل الإقامة والعلاج خلال فترة مرضه أو إصابته، يشمل ذلك تأمين كافة الشروط الفيزيائية الملائمة مثل مكيفات الهواء والإضاءة المستمرة والمعتدلة والطلاء المناسب للجدران ودورة مياه قريبة من الغرفة وتوفير الأمن (حراس ليليين وممرضين جاهزين للعناية بالمرضى) (كورتل و بولصباع، 2013، الصفحات 253-254)، أما بالنسبة لتجهيزات غرف الإقامة بالمستشفيات فهي تحتوي على الأسرة والكراسي والخزائن، فبالنسبة للغرف الفردية يجب توفير سرير وكرسي للمريض وآخر للزائر، منضدة ودولاب خاص، ومفاتيح تشغيل الإنارة واستدعاء الممرضة، وتشغيل التلفزيون قرب سرير المريض، كما تُزوّد بعض الغرف بشبكة

---

* يقصد بكلمة (**servqual**) جودة الخدمة، وهي كلمة مركبة من كلمتي "خدمة"(service) و"جودة"(Qualité)، تم تقديم هذا النموذج سنة 1985م، وهو مقياس يستخدم للوصول إلى فهم أفضل لتوقعات وإدراكات العملاء.

ـ ويقصد بكلمة (**servperf**) أداء الخدمة، وهي كلمة مكونة من العبارتين (Performance & Service) ظهر خلال سنة 1992م، نتيجة للدراسات والبحوث التي قام بها كل من (Cronin & Taylor)، وهم من أوائل الباحثين الذين وضعوا تصورا لجودة الخدمة.

الغازات الطبية في حالة توافرها بالممرات، أما في الغرف المشتركة فيُخصّص دولابًا لكل مريض لحفظ ملابسه ومعلقاته الشخصية، منضدة، سرير وكرسي لكل مريض، مفاتيح للتحكم بالإضاءة واستدعاء الممرضة (جلال محمود و يوسف طيب، 2019، صفحة 16)، هذه الفضاءات الداخلية المشتركة من شأنها أن تعزز التفاعل الاجتماعي بين المقيمين من جهة، وبين المرضى والفريق الطبي والموظفين من جهة أخرى، ممّا يدعم عملية الشفاء ويحسن حياة المرضى.

يُعتبر قسم الإقامة في المستشفيات أحد الأقسام الحيوية التي تشمل مكتب القبول والتدبير المنزلي ووحدات الخدمة المختلفة، تتمثل المهام الأساسية لهذا القسم في استقبال المرضى وتحويلهم إلى الأقسام الملائمة، صيانة وتنظيف غرف المرضى والممرات ومختلف مناطق المستشفى الأخرى، يتم تنفيذها بواسطة قسم التدبير المنزلي (H. Dilek , 2018, p. 455)، حيث يقوم مشرفو التدبير المنزلي بالإشراف المباشر على سير العمل ومراقبة أداء العمال بشكل مستمر وتوجيههم حول كيفية التنظيف الفعّال، كما يوجه العمال إلى استقبال ملاحظات الأقسام المختلفة (سهيل و يونس عمرو، 2014)، غير أن عدد العاملين في هذا القسم تتباين حسب عدد المرضى، ولهذا القسم علاقات مع الأقسام الأخرى مثل قسم التغذية والمشتريات والخدمات الفنية والغسيل والخياطة وقبول المرضى والمختبرات، ومن الواجبات الرئيسية التي يتولى طاقم المستشفى تنفيذها استقبال المرضى والترحيب بهم ونقل المرضى وممتلكاتهم إلى غرفهم بعد القبول وتقديم المساعدة في الخدمات الاستشارية (H. Dilek , 2018, p. 456).

تساهم عوامل متعددة في إطالة فترة إقامة المرضى في المستشفيات، مثل تأخر الفحوصات الطبية ونقص الأسرّة وعدم كفاية الرعاية بعد الخروج من المستشفى، وضعف التنسيق بين المستشفى وخدمات الرعاية المجتمعية قد يؤدي إلى تأخير ترتيب العلاج اللازم بعد الخروج، إضافة إلى الحالة الصحية المعقدة للمريض وحتى ضعف كفاءة الرعاية الصحية، والمضاعفات الصحية الخطيرة، مثل العدوى وصعوبات التعافي التي تتطلب علاجًا ومتابعةً لفترة أطول خاصةً لدى كبار السن الذين قد تستغرق عملية شفائهم وقتًا أطول بسبب وجود أمراض مزمنة التي "تلازم الإنسان لفترة زمنية طويلة، وتؤدي إلى حدوث تأثيرات سيئة ومباشرة على صحته العامة، فضلا عن تسببها في العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية، وتعطله عن القيام بمهامه الحياتية المعتادة، ويضاف إلى ذلك التعرض لحوادث معقدة تؤدي إلى حدوث كسور تستلزم ضرورة مكوثه بالمستشفى لوقت طويل لتلقي العلاج أو عدم اقتناع المريض بالخروج من المستشفى" (بن شارع الشمري، 2023، صفحة 18)، ولقد كشفت العديد من الدراسات إلى وجود عوامل متعددة تؤثر على إطالة مدة الإقامة في المستشفى، مثل التقدم في العمر والوضع الاجتماعي، حيث وُجد

أن النساء اللواتي يعشن مع أزواجهن فقط قد يواجهن إقامة أطول، وعلى الصعيد السريري كشفت الأبحاث عن ارتباطات قوية بين إطالة فترة الإقامة وضعف الإدراك والاعتماد الوظيفي وارتفاع عبء الأمراض المصاحبة، وأكدت دراسات أخرى أن الحالة الوظيفية المتدهورة والضعف الإدراكي وصعوبات الحركة وسوء الحالة الغذائية كلها عوامل تزيد من احتمالية إطالة فترة الإقامة (Toh HJ & others, 2017).

ومن أجل التخفيف من حدة المشاكل التي يواجهها المرضى ذوو الإقامة الطويلة يضطلع الأخصائي الاجتماعي الطبي بدور هام في دعمهم وعائلاتهم، يشمل هذا الدور تقديم الدعم غير الطبي اللازم للتكيف مع المرض وتوفير معلومات حول الموارد المتاحة لتلبية الاحتياجات العاطفية والمالية والاجتماعية التي قد تنشأ عند التشخيص، وبصفته جزءًا أساسيًا من فريق الرعاية الصحية متعدد التخصصات يمثل الأخصائي الاجتماعي صوت المريض، حيث يعمل على دمج الاعتبارات النفسية والاجتماعية في خطط العلاج والخروج ويشارك في تطوير برامج لتعزيز الصحة والرعاية الوقائية، مما يؤكد على أهمية ومركزية وظيفته في منظومة الرعاية الصحية.

ب-خدمات التغذية

ذكر **أبقراط** في القرن الخامس قبل الميلاد أنّ الطعام يشكل جزءا كاملاً من العلاج أثناء المرض، وفي المستشفى تشكل التغذية عنصراً مهماً من عناصر الراحة التي توفرها المؤسسة، حيث أثبتت الدراسات العلمية أن التغذية الجيدة تُسرع من عملية الشفاء.

الغذاء المناسب الذي يُقدم للمريض يلعب دوراً أساسياً في شفاء كثير من الأمراض أو التخفيف منها مثل فقر الدم والسكري وأمراض سوء التغذية والضغط والنحافة والسمنة، وتزداد أهمية هذا الدور بما أضافته مختلف الأبحاث والدراسات الغذائية، وما أشار إليه علماء المسلمين منذ قرون إلى دور التغذية في العلاج مؤكدين على أنها ليست فقط مقومًا أساسيًا للحياة، بل يمكن أن تكون أيضًا دواءً لبعض الأمراض، كما ذكر **أبو بكر الرازي** لأحد تلاميذه: **"إذا استطعت أن تعالج بالغذاء فلا تعالج بالدواء"** (إبراهيم أبو شريعة و آخرون، 2012).

أما عن الاهتمام العلمي والمنظم بالتغذية في المستشفيات فقد كان عام 1917م في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث ظهرت تخصصات متقدمة في هذا المجال وأسّست الجامعات كليات وأقسام متخصصة لتطوير المعرفة العلمية والعملية في التغذية، إذ أوضح **Xiral** أهمية وجود متخصصين في التغذية لضمان توفير الغذاء المتنوع والمناسب للمرضى، وأضاف **Ozdilek** اعتماد بطاقات غذائية مخصصة لكل مريض بناءً على حالته الصحية ومتطلبات الغذاء والسعرات الحرارية، ويتم تنظيم هذه البطاقات بواسطة أخصائي

التغذية بالتعاون مع الممرضات وتحت إشراف الأطباء المعالجين ثم تُرسل إلى إدارة المطبخ لتنفيذها وفقاً للتوجيهات المحددة (ذنون علي البياتي، 2009، صفحة 74).

اهتمت بعض المستشفيات بتقديم وجبات غذائية متوازنة متناسقة مع الأقسام العلاجية، ففي السابق كان التركيز على تجنب بعض العناصر الغذائية، بينما اليوم تلعب البرامج الغذائية المتوازنة دورًا أساسيا في تسريع العلاج بجانب الأدوية، وضّحت الأبحاث أنّ التّغذية المناسبة تؤثر إيجابيًا على العلاج وتساعد في معالجة المشكلات الغذائية التي قد تعرقل تقدم العلاج، لذلك يعتبر التخطيط الدقيق لقوائم الطعام أمرًا أساسيًا لتحسين الرعاية الغذائية للمرضى المقيمين بالمستشفى، خاصة في علاج الحالات المرضية المعقدة التي تتطلب تحديدًا دقيقًا لاحتياجاتهم الغذائية (ناصر عبدالرحمن و آخرون، 2021، صفحة 156)، ووفقا للخبراء الطبيين تتطلب مستويات التغذية اليومية عناية خاصة في علاج المرضى، حيث يتعاون قسم التغذية في المستشفى بشكل وثيق مع الطاقم الطبي والإداري لتوفير غذاء صحي يتماشى مع احتياجات المرضى، في الوقت نفسه لابد من إدارة المستشفى أن تدرك أهمية خدمات التغذية الجيدة في تعزيز العلاقات العامة.

أشار الدكتور محمد الحطاب عام 1994م بأن الأغذية التي تُقدّم في المستشفيات قد تكون علاجية عامة أو أغذية علاجية خاصة (إبراهيم أبو شريعة و آخرون، 2012)، يمكن توضيحها فيمايلي:

1-الأغذية العلاجية: تطور مفهوم التّغذية العلاجية من برنامج غذائي وقائي إلى غذائي علاجي لتشمل دراسة تأثير المكونات الغذائية على صحة الجسم ووظائفه الحيوية وفهم التفاعلات المعقدة بين المكونات الغذائية، لذا يجب على القائمين بقسم التغذية العلاجية فهم أدوار هذه التفاعلات وكيفية تأثير الأنظمة الغذائية على عمليات الهضم والامتصاص والإخراج داخل جسم الإنسان (ناصر عبدالرحمن و آخرون، 2021، صفحة 156).

يتألف الغذاء العلاجي من:

- **غذاء عادي:** هو غذاء غير معدل ويقدم في حالات الكسور والولادة.
- **غذاء سائل:** الشوربات والعصائر، تعطى للمرضى على فترات زمنية تتراوح بين ساعتين وثلاث ساعات، ويُخصص لمرضى العمليات الجراحية أو مرضى التيفوئيد، والمرضى الذين يجدون صعوبة في تناول الطعام بالفم.
- **غذاء لين خفيف:** يتركب من أغذية سائلة ونصف صلبة، ويقدم للمرضى في المرحلة الانتقالية من الغذاء السائل إلى العادي كمرضى العمليات الجراحية وبعض أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الأسنان (سهيل و يونس عمرو، 2014).

2-الأغذية العلاجية الخاصة (التغذية أثناء المرض): أغذية مُعدة بشكل متكامل لتتناسب مع حالة المريض ونوع المرض، وتشمل أنظمة غذائية خاصة تتطلب تحديد كميات وأنواع الأطعمة، مما يستلزم استبعاد بعض الأغذية وإضافة أخرى وفقًا لطبيعة المرض ودرجة شدته، ومن أمثلة ذلك: الغذاء المعوض الذي يحتوي على كميات كبيرة من السعرات الحرارية والبروتينات تفوق تلك المقررة للفرد البالغ السليم، ويُقدم للمرضى المصابين بالدرن وسوء التغذية والحروق الشديدة، أما غذاء أمراض الجهاز الهضمي فيتميز بقلة الألياف والدهون، ويُقدم لحالات الإسهال وفي مرحلة النقاهة من العمليات الجراحية، بالإضافة إلى غذاء قرحة المعدة وغذاء مرضى السكري والأغذية قليلة الملح.

ت-خدمات النظافة

تحظى النظافة بأهمية كبيرة في تعاليم الدين الإسلامي، إذ تُعتبر جزءًا من الإيمان، يقول الله تعالى ﴿ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلتَّوَّٰبِينَ وَيُحِبُّ ٱلۡمُتَطَهِّرِينَ ﴿٢٢٢﴾﴾ [البَقَرَة : ٢٢٢]، تبرز الآية محبة الله عز وجل للتائبين والمطهرين لأنّ الطهارة سبيل إلى التّقرّب من الله تعالى، ويتجلى ذلك بوضوح في فريضة الوضوء خمس مرات يومياً، والغسل يوم الجمعة كجزء من الممارسة الدينية، ممّا يساعد في تطهير الجسم والروح، وهكذا فإنّ الإسلام يجعل من الطهارة سُنةً حسنة تقوي الإيمان وتزيد من خشوع العبد في عبادته.

تُعتبر النظافة الاستشفائية مفهومًا مهمًا للغاية تعكس الانضباط الطبي، وتشمل عدة جوانب مثل مكافحة عدوى المستشفيات والتعقيم والتطهير (l'UMVF, 2011, p. 5)، والتدابير غير المحددة المصمّمة لمنع انتقال أسباب الأمراض بين المرضى من مريض إلى مقدم الرعاية ومن مقدم الرعاية إلى المريض (Exotic pathology society, 2019, p. 230)، وتؤكد المنظمة العالمية للصحة أهمية النظافة الشخصية للحد من انتشار العدوى، فعندما يُصاب المرضى بالجراثيم التي لا تستجيب بشكل جيد للمضادات الحيوية الموصوفة تكون النتائج السريرية بشكل عام أسوأ وتزداد تكلفة العلاج ويرتفع خطر الوفاة (Organisation mondiale de la santé, 2014).

تعتبر النظافة من أهم ركائز جودة الخدمات الصحية في أي مستشفى، تتضمن العديد من الإجراءات مثل تنظيف الأسطح والأرضيات والجدران والتّخلص الآمن من النّفايات الطبية وغسل وتطهير الأدوات والمعدات وتهوية الغرف بشكل دوري، كما تتضمن النظافة الشخصية للموظفين بتوفير ملابس نظيفة لهم وتنظيف المرافق الصحية بشكل مستمر ويتم وضع برامج تنظيف دورية تشمل تنظيفًا يوميًا وأسبوعيًا وشهريًا وتنظيف إضافي في حالات الطوارئ.

ولإنجاز هذه الفعاليات على نحو سليم تسعى إدارة المستشفيات إلى اعتماد مايلي:

- يجب على العاملين أثناء التنظيف ارتداء قفازات شديدة التّحمل وأحذية مغلقة لحماية أصابع القدمين، وفي حالة احتمال تناثر الماء أو السوائل عند تنظيف دورات المياه مثلا يتطلب الأمر ارتداء واقيات شخصية مثل مآزر مقاومة للماء، واقيات للعينين، وأقنعة لحماية الوجه.
- من أساسيات التنظيف استخدام المياه الدافئة والمنظّفات، حيث يمكن أن تزيل 80% من الميكروبات التي معظمها من النّبيت الجرثومي (الفلورا) للجلد والحويصلات البكتيرية.
- وضع جداول التنظيف بمعرفة رئيسة التمريض، ويتم تعليقها في مكان بارز ليتمكن كل فرد مسؤول عن نظافة الغرف من رؤيتها واتباعها بدقة، ويُعد الإشراف المنتظم على تنفيذ هذه الجداول أمراً بالغ الأهمية (دلول، 2019، الصفحات 17-18).
- اعتماد الوسائل والأدوات والأجهزة التي تُناسب مواقع التنظيف وطبيعة عملية التنظيف.
- إعداد قائمة تفصيلية لتحديد مختلف فعاليات التنظيف ليتم من خلالها تقييم أداء الممرض أو مسؤول النظافة.
- فرض رقابة صارمة على أنشطة التّنظيف وفق الجدولة الموضوعة من خلال استيفاء استمارة يتم الإجابة على أسئلتها وكل مرة تُنجز فيها عملية الرقابة على أنشطة التنظيف.
- توفير الكادر المؤهل والكافي لإنجاز هذه الفعاليات على النحو المطلوب (ذنون علي البياتي، 2009، الصفحات 96-101).

- اللجان المختصة بالنّظافة في المؤسسات الصحية الجزائرية

تواجه الجزائر كما هو الحال في الدول النّامية عدة نقائص متعددة في تنفيذ معايير النظافة والوقاية داخل المؤسسات الصحية والتّخلص السليم من النفايات الطبية، مما قد تؤثر سلباً على البيئة وعلى مردودية العاملين، وفي هذا السياق " تشكل اللجان المعنية بالنظافة والوقاية من العدوى في المستشفيات جزءا أساسياً من الهيكل الإداري لكل مؤسسة صحية، حيث تهدف هذه اللجان إلى تنظيم وإرساء قواعد النظافة ومكافحة العدوى وتُعنى بمراقبة وتطبيق إجراءات التعقيم من قبل الأطباء والممرضين، ومن بين هذه اللّجان لجنة مكافحة العدوى المكتسبة (CLIN) المنشأة بموجب القرار الوزاري الصادر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تحت رقم 64 الصادر في 17 نوفمبر 1998م المكلفة بالكشف عن العدوى في المستشفيات وتحديد خطورتها وانتشارها، إضافة إلى اقتراح برامج للتدريب والتكوين وتقييم النتائج المتوصل إليها وإعداد تقرير مفصل وتقديمه للمدير العام للمؤسسة الصحية لاتخاذ الإجراءات المناسبة" (لبصير و العسكري، 2021، صفحة 954).

وحسب ما ورد في القانون رقم 88-07 الصادر بتاريخ 26 جانفي 1988، المتعلق بالوقاية الصحية

والأمن وطب العمل هناك مجموعة من التّدابير الضّرورية التي يجب الالتزام بها في مجال الوقاية الصحية والأمن داخل أماكن العمل*، من بينها:

ـ قواعد النظافة وحفظ الصحة والنقاوة في أماكن العمل، وتشمل ما يلي:**

تلتزم الهيئة المعنية بالمحافظة على نظافة الأماكن المخصّصة للعمل وملحقاتها بما في ذلك الأرضيات والجدران والسقوف، من خلال تطبيق إجراءات تنظيف وتطهير منتظمة مثل المسح والغسل وإعادة الطلاء والتغليف بشكل دوري، أما بالنسبة لأرضيات العمل التي يتم فيها التعامل مع مواد قابلة للتلف أو معرضة للتعفن أو التآكل أو الالتهاب فيجب تنظيفها بانتظام مع مراعاة الإجراءات الوقائية التي تستلزمها طبيعة العمل من خلال التخلص من بقايا المواد بوضعها في حاويات مغلقة بإحكام ونقلها يوميًا إلى أماكن مخصصة للتخزين ليتم معالجتها أو التخلص منها وفقًا للقوانين السارية أو النظام الداخلي للهيئة المستخدمة.

أمّا العمّال فيتم تزويدهم بماء الشرب النّظيف وفقاً لمعايير الصحة الغذائية وتوفير وسائل النظافة الشخصية بما في ذلك تخصيص مرحاض لكل 15 عامل وصرف السوائل المتدفقة وفقاً للتنظيم الصحي المعمول به وإقامة مرافق للاستحمام بالماء الساخن وتخصيص محل مناسب للعمال في حال كان 25 عاملاً أو أكثر يتناولون وجبة الغذاء في مكان العمل.

ـ قواعد تهوية أماكن العمل: لابد من تركيب جهاز تهوية ميكانيكي أو طبيعي أو مختلط في الأماكن التي تقع باطن الأرض أو التي تفتقر لضوء النهار لتجديد الهواء طوال فترة العمل ومنع تسرب الروائح المنبعثة من بالوعات المجاري القذرة ومصادر التعفن الأخرى.

ـ قواعد الإضاءة والضجيج: يجب توفير إضاءة كافية في الأماكن ومواقع العمل ومناطق المرور والتفريغ والشحن وجميع المنشآت الأخرى لضمان راحة البصر وحماية العينين من أي ضرر.

تماشياً مع توجيهات وزارة الصحة لتعزيز النظافة الاستشفائية نظم المعهد الوطني للصحة العمومية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية في **15** جانفي **2025**م دورة تدريبية وورشة عمل ثانية ركزت على انتشار العدوى المكتسبة من المستشفيات، هذا الحدث الذي أشرف عليه المدير العام للمعهد البروفيسور

---

* للمزيد انظر: المواد من 3 إلى 24 من القانون رقم 88 – 07 المؤرخ في 26 جانفي 1988 المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل، جريدة رسمية عدد 4 لسنة 1988.

** للاطلاع أكثر انظر: المواد من 2 إلى 17 من المرسوم التنفيذي رقم 91 – 05 المؤرخ في 19 جانفي 1991م المتعلق بالقواعد العامة للحماية التي تطبق على حفظ الصحة والأمن في أماكن العمل، جريدة رسمية عدد 4 لسنة 1991م.

ـ المادة 55 فقرة 2 من دستور 1996 " يضمن القانون أثناء العمل الحق في الحماية والأمن والنظافة ".

بوعمرة عبد الرزاق، استهدف المشرفين في المستشفيات الجامعية بالمنطقة الشرقية (سطيف، باتنة، عنابة، قسنطينة)، حيث أكد الخبراء أن هذه العدوى تختلف عن مرض المريض الأصلي ويمكن أن تصيب الزوار والفريق الطبي على حد سواء مسببة التهابات في الجهاز البولي ومواقع الجراحة أو حتى عدوى عامة مثل تسمم الدم والتهاب الرئتين، تنتشر العدوى بشكل رئيسي عبر العاملين الصحيين والزوار والبيئة المحيطة، بالإضافة إلى الاتصال المباشر وغير المباشر (مثل الإبر والأسطح الملوثة)، وللحد من انتشارها ينبغي التقليل من عدد الزوار والمواظبة على نظافة اليدين واستخدام المناديل عند السعال أو العطاس وتجنب ملامسة الأجهزة الطبية.

إن الحفاظ على النّظافة يُعتبر عاملاً أساسيًا لتحسين صحة الفرد النفسية والاجتماعية والجسدية في المستشفيات، ولضمان صحة وسلامة العمال يتعين على الهيئات المستخدمة اتخاذ كافة التدابير اللازمة لحمايتهم من مخاطر بيئة العمل بما في ذلك توفير الحماية الكافية من التغيرات الجوية وتزويدهم بالتجهيزات المناسبة للعمل خاصة في حال تعرضهم لدرجات حرارة مرتفعة أو منخفضة، كما يجب الالتزام بالمعايير الصحية والسلامة المهنية لا سيما فيما يتعلق بمستويات الضوضاء وذلك باستخدام تقنيات عزل الصوت ووسائل أخرى بما يتوافق مع الأنظمة والقوانين المعمول بها.

تأسيسا على ما تقدم، تعتبر الخدمات الفندقية جزءا لا يتجزأ من الرعاية الصحية نظرا لما تهدف إليه من إضافة قيمة للمريض، فهي تجمع بين مواصفات وخدمات الفندق مع الرعاية الطبية وتساعد على تخفيف التوتر والقلق الذي يعاني منه المرضى أثناء فترة علاجهم، وبالتالي فتقديم خدمات صحية فندقية ذات نوعية سيؤدي لامحالة إلى زيادة الثقة في المؤسسة الصحية وتحسين سمعتها مما يمنحها فرص لجذب المزيد من المرضى والمراجعين.

4. أهمية وأهداف الخدمات الصحية

1.4. أهمية الخدمات الصحية

من الضروري الإشارة إلى الأهمية البالغة للخدمات الصحية باعتبارها مؤشرًا جوهريًا على مستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات، لأن الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالتقدم الاقتصادي؛ هذا الترابط يؤكد أن الاستثمار في الصحة لا يمثل إنفاقًا استهلاكيًا، بل هو استثمار أساسي يساهم في دفع عجلة التنمية الاقتصادية الشاملة.

ويمكن تحديد أهمية الخدمات الصحية من خلال الفوائد والقيم التي تتحقق جراء تقديم هذه الخدمات، والتي تشمل:

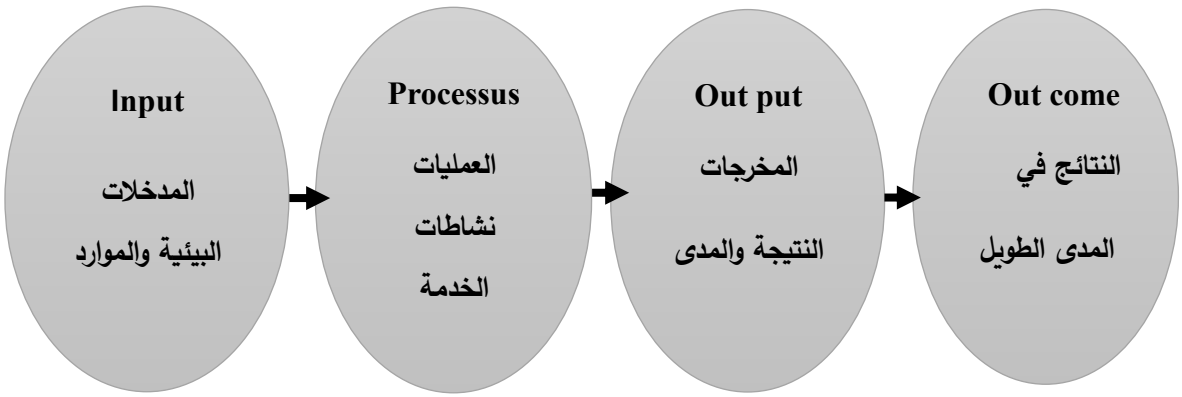
أ- **منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها:** تتضمن التكاليف التي يتم توفيرها مستقبلاً نتيجة إنتاج خدمات صحية معينة.

ب- **منافع مباشرة غير ملموسة ويصعب قياسها:** تتجلى في الحد من الآلام والأمراض التي يعاني منها المريض أو التي يمكن تجنبها بفضل الخدمات الصحية المقدمة.

ت- **منافع غير مباشرة يمكن حسابها:** من خلال زيادة الإنتاج الناتج عن تحسين صحة أفراد القوة العاملة بفضل خدمات الرعاية الصحية التي يتلقونها.

يتم إنتاج وتقديم الخدمات الصحية وفق مراحل حددها دونا بديان **Dona Bedian**، المعروف بلقب "عميد الجودة"، حيث اعتمد منهج العمليات لتحليل الرعاية الصحية، وخصص ثلاث مستويات للتحليل (يوسف كامل، 2021، صفحة 29).

الشكل رقم (06): عملية الرعاية حسب نموذج دونا بديان



المصدر: (يوسف كامل، 2021، صفحة 30)

يوضح الشكل العلاقة السببية بين المدخلات والعمليات والمخرجات في أي نظام، ويمكن استخدام هذا النموذج لفهم كيفية تحسين جودة الخدمة أو تحليل الفجوات في الأداء داخل الأنظمة الصحية.

- **المدخلات (Input):** تتضمن جميع الوسائل الضرورية لتمكين المستشفيات والأنظمة الصحية من تقديم خدماتها وأداء مهامها، ويمكن أن تشمل المدخلات الموارد البشرية (الأطباء والممرضين)، المعدات، البنية التحتية، والتمويل.
- **العمليات (Processus):** تشمل العمليات الإجراءات الطبية، العلاجات، الأنشطة التنظيمية، تنظيم العمل، والتفاعل بين المرضى والأطباء.
- **المخرجات (Output):** تعكس نتائج الخدمات المقدمة وتأثيرها على الحالة الصحية للأفراد، وتتضمن الشفاء من المرض والاستجابة للعلاج أو تحسين الحالة.

مما سبق، يتضح أن الخدمات الصحية تتمتع بأهمية بالغة لأنها تُقدَّم لأهم مورد وهو المورد البشري، الذي يُعد المحرك الأساسي للتنمية والتقدم في مختلف المجالات، ولأن هذه الخدمات تُوجَّه إلى الفرد فإنها تتطلب أعلى مستويات الدقة والإتقان، مما يجعلها غير قابلة للتقديم من قبل أي شخص، وإنما تحتاج إلى كوادر متخصصة ومحترفة لتتمكن من أداء هذه المهمة على أكمل وجه.

2.4. أهداف الخدمات الصحية

تسعى المؤسسة الصحية لتحقيق مجموعة من الأهداف الرئيسية من خلال تقديم خدماتها، أهمها:

- تطوير وتحسين الخدمة الصحية لتلبية توقعات المرضى من حيث الجودة.
- تقريب الخدمات الصحية من المستفيدين منها لضمان سهولة الوصول.
- التّحكم في رقابة الحالات المرضية بطرق فعّالة ومتابعتها بشكل منتظم.
- التّقليل من انتشار الأمراض والعمل على احتوائها بفعالية.
- إمكانية التحكم في التّفوق المهني وضمان جودة العلاج المقدم للمرضى.
- خفض تكاليف الحصول على الخدمة الصحية مع الحفاظ على رضا المرضى.
- مراقبة جودة الخدمات الصحية والتحكم في تكاليفها لضمان الفعالية والكفاءة (سفاري و خليل، 2025، صفحة 658).
- تقوية العلاقة مع المرضى والسعي لجعلهم زبائن دائمين للاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة، مع التأكيد على مسؤولية المنظمة الاجتماعية في مواجهة الأمراض والمخاطر التي تهدد المجتمع.
- خلق القناعة لدى الأفراد في الأسواق المستهدفة حول حقيقة الخدمات الصحية الحالية والمستقبلية التي تقدمها المنظمة (حامد ساعد الحارثي ، 2022، صفحة 5).

5. معايير وأسس تقديم الخدمات الصحية

1.5. معايير تقديم الخدمات الصحية

يتطلب تقديم الخدمات الصحية مراعاة مجموعة من المعايير التي تحدد المستوى الذي سيتم عنده إنتاج هذه الخدمات، ومن أهم هذه المعايير ما يلي:

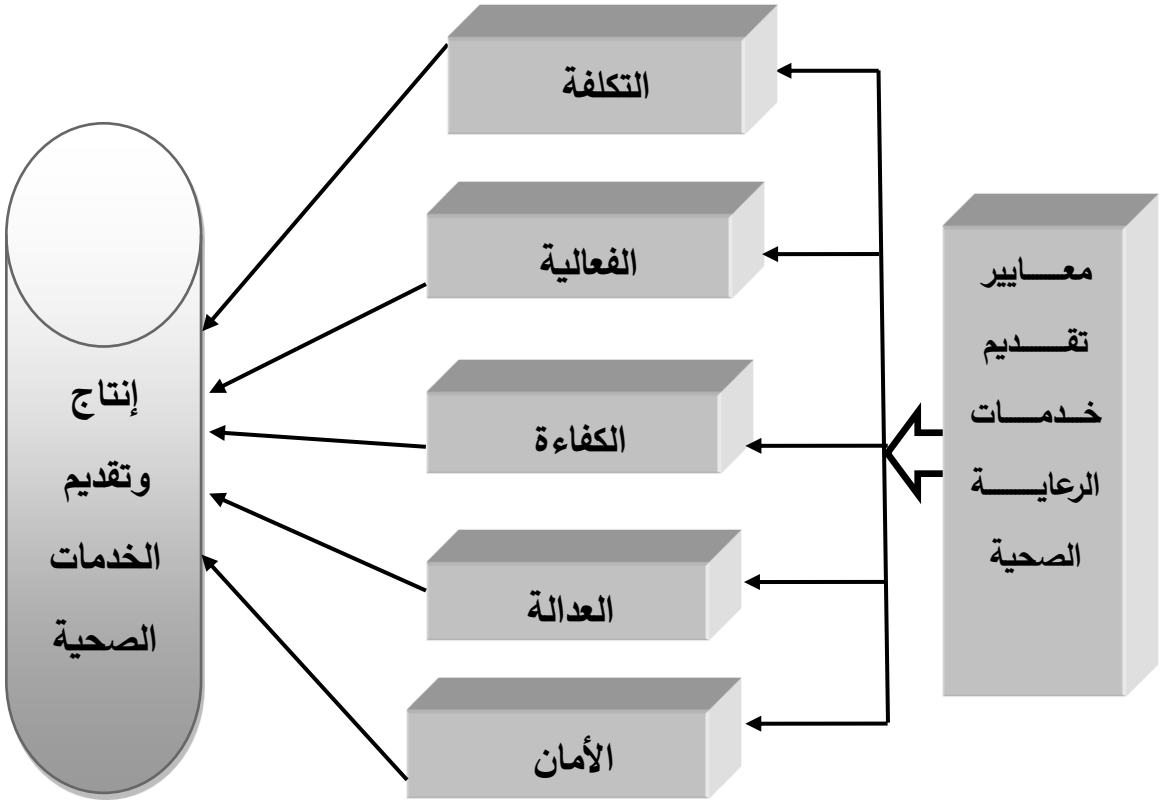
- **معيار التكلفة:** يسعى مستهلكو الخدمات الصحية إلى الحصول عليها بأسعار معقولة، بحيث يتمكنون من شرائها دون التأثير على مدخراتهم المالية أو ميزانياتهم، في المقابل يولي المديرون اهتمامًا متزايدًا بتكلفة هذه الخدمات وتجنب الفاقد والتخلص من أي خدمة لا تقدم منفعة لمن يحصل عليها، ورغم هذا

التركيز على التكاليف إلا أنّ هناك مستويات دنيا من جودة الخدمات الصحية لا يجب أن تنخفض عنها مهما كانت مستويات التكاليف الضرورية.

- **معيار الفعالية:** يشير إلى تحقيق كل إجراء صحي لمكاسب صحية ملموسة (حمدية، 2011، الصفحات 16-17).
- **معيار الكفاءة:** إن مفهوم الكفاءة أشمل من التكلفة، إذ يتطلب قياسها تقييمًا دقيقًا للمنافع المحققة من العلاج، ويرتبط هذا المعيار بجانب إنتاج الخدمات الصحية، حيث يجب أن تتحقق الكفاءة الاقتصادية والفنية عند تقديم هذه الخدمات، وفي مجال الإنتاج تتعدد الطرق المتاحة لإنتاج نفس الكمية، ويمكن اعتبار الخدمات الصحية فعالة إذا تم تحقيق أقصى إنتاج ممكن باستخدام الموارد المتاحة، أي من خلال اختيار الطريقة الأقل تكلفة بين البدائل الإنتاجية المتاحة.
- **معيار العدالة:** يشير إلى ضرورة تقديم خدمات صحية متساوية للمرضى الذين لديهم احتياجات متماثلة، مع ضمان المساواة في المعاملة وتكافؤ الفرص بغض النظر عن العرق أو موقع إقامتهم، ومفهوم العدالة أوسع من مفهوم المساواة لأن العدالة تشير إلى توفير فرص متكافئة لاستخدام الخدمات الصحية، أما المساواة فتعني الحصول على كمية متساوية من خدمة معينة (حسن صالح، 2021، الصفحات 26-27).
- **معيار الأمان الصحي:** يشير هذا المعيار إلى إحساس الفرد بأن الخدمات الصحية متاحة وتُقدم بفعالية وكفاءة بما يضمن له العلاج والتعافي حال تعرضه للمرض، كما يتضمن شعوره بالاطمئنان بأن تكاليف تلك الخدمات تكون في حدود قدرته المالية على دفعها (حمدية، 2011، صفحة 17).

ومن الجدير بالذكر أن المبادئ الأساسية للخدمات الصحية ترتكز على تقديم العلاج بناءً على الحاجة الطبية وليس وفقًا للقدرة المالية، مع التأكيد على أن العدالة يجب أن تكون أحد الأهداف الرئيسية لهذه الخدمات.

الشكل رقم (07): معايير تقديم الخدمات الصحية



المصدر: (يوسف كامل، 2021، صفحة 78)

2.5. أسس الخدمات الصحية

تسعى المؤسسات الصحية إلى تقديم خدمات وقائية وعلاجية وفندقية للحفاظ على صحة الأفراد والمجتمع وبلوغ مستوى صحي مثالي، ولتحقيق هذا الهدف تعتمد هذه المؤسسات على ركيزتين أساسيتين هما: "الكفاية الكمية" و"الكفاية النوعية"، والتي يمكن توضيحهما فيمايلي:

1.2.5.الكفاية النوعية

لغوياً: تعني النوعية نوع، كفاءة، قدرة، خبرة.

ويقصد بها تقديم خدمات طبية تتميز بالنوعية الجيدة والكفاءة المتقدمة ومستوى عالٍ من المهارة والخبرة والإلمام الجيد بالخبرة المناسبة من جميع الجوانب العلمية والأكاديمية والعملية، وهذا ينطبق على جميع العاملين في النسق الطبي بغض النظر عن تخصصاتهم أو مهنهم (قدري و آخرون، 2008، صفحة 119).

وتكون هذه الكفاية بالخدمات التالية:

- تحديد معايير ومواصفات دقيقة للأدوات والمواد والأجهزة المستخدمة في الخدمات الطبية، بحيث تتسم بالنوعية والمصداقية وسهولة الاستخدام والسرعة، مع ضمان استمرارية الأداء الفعّال ووضع معايير عالية

للعلاج الطبي مثل الأدوية، بحيث تكون ذات نوعية وقادرة على منع تطور الأمراض ومعالجتها بشكل نهائي.

- رفع كفاءة وحسن تدريب العاملين في النسق الطبي بمختلف تخصصاتهم سواء كانوا أطباء عامين أو أخصائيين، وتعريفهم بالمستجدات والاكتشافات الطبية في عمليات الوقاية أو التشخيص أو العلاج، وكذلك تعريفهم بالأمراض السارية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية للمجتمع الذي ستقدم له الخدمات، وهذا من خلال برامج ثقافية علمية وتكوينية بصفة دورية وجعلها إجبارية والبرامج التأهيلية، كما يجب توفير نظم فعّالة للسلامة وإدارة المخاطر في المرافق الصحية.
- تحسين مستوى وكفاءة الخدمات المساندة للرعاية الطبية لضمان تقديم خدمات متميزة وشاملة ومتطورة وسريعة.
- التركيز على تطوير وتحديث الإدارة بشقيها الإداري والمالي لمواكبة التكنولوجيا الحديثة من حيث اعتماد المرجعيات والأساليب الحديثة في الاستعمال، مع الاستفادة من خدمات الإنترنت ووسائط الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة في جميع مجالات الشؤون الإدارية والمالية.
- دراسة المجتمع ميدانيًّا وإجرائيًّا للتعرف بشكل مباشر ودقيق على احتياجات المجتمع ومتطلباته وقدراته مشاكله وهمومه، وذلك بهدف فهم الواقع الذي ستُقدَّم فيه الخدمات الطبية وتصميمها بما يتناسب مع هذه العوامل.
- وضع معايير وقوانين واضحة تحدد الصفات النوعية والكفايات المطلوبة لأي شخص يرغب في ممارسة مهنة الطب، كما تحدد المستويات اللازمة التي يجب أن تتوفر في أعضاء الفريق الطبي والأجهزة والمعدات وأساليب التشخيص والعلاج، ويتم وضع هذه المعايير من قبل لجان متخصصة من خبراء في مجال الرعاية الصحية، ولا يُسمح لأي شخص سواء كان طبيباً أو ممرضاً أو مؤسسة طبية بتقديم الخدمات الطبية إلا إذا استوفت هذه المعايير.
- تحسين وتطوير العلاقة بين النسق الطبي والمجتمع وما بين العاملين لضمان علاقة إيجابية مع المؤسسات والمنظمات والجمعيات الداعمة للخدمات الصحية، ويجب أن تقوم هذه العلاقة على مبادئ الاحترام المتبادل وتقدير الآراء المختلفة والالتزام بالقوانين والأنظمة المعمول بها في هذا المجال.
- تقديم التسهيلات والدعم المالي والإداري والفني لجميع العاملين في قطاع الخدمات الصحية من أجل حصولهم على الأجهزة والأدوات والمعدات الطبية اللازمة.
- التنسيق بين الخدمات الصحية العلاجية والوقائية ضروري، لأن هذه الخدمات تشكل كيانًا واحدًا متكاملًا

يهدف إلى تحقيق سلامة الفرد من النواحي الجسدية والعقلية، ففصل هذه الخدمات يُفقدها طابع التكامل ويؤدي إلى زيادة النفقات الإدارية والتنظيمية، مما ينعكس سلبًا على التكلفة النهائية لهذه الخدمات.

- يجب أن تشمل الخدمات الصحية جميع أبعاد الجودة مثل الاعتمادية والتأكيد والاستجابة والملموسية والتعاطف، كما يتطلب الأمر القياس المستمر لمستويات الجودة المحققة ودراسة مدى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة مع تبني مبدأ التحسين المستمر لضمان تطور الخدمات الصحية بشكل دائم.

2.2.5. الكفاية الكمية

لغوياً: تعني العدد أو المقدار أو الحجم.

ويقصد بها توفير وتقديم الخدمات الطبية بعدد وحجم يتناسب طردياً مع عدد السكان، بحيث تزداد الخدمات بزيادة عدد السكان (قدري و آخرون، 2008، صفحة 118).

وتكون هذه الكفاية بالخدمات التالية:

- توفير عدد كافٍ من الموارد البشرية الطبية في النسق الطبي مع ضرورة زيادته كلما زاد عدد السكان، ويشمل ذلك المتخصصين في المجالات الطبية المختلفة مثل: الأطباء، الممرضون، متخصصو الأشعة، فنيو الأسنان، فنيو المختبرات، القابلات، أخصائيو التخدير والإنعاش، مراقبو الصحة، الأخصائيون الاجتماعيون، أخصائيو التغذية، وأخصائيو العلاج الطبيعي، هذا يعني أنه يجب أن يتوفر العدد الكافي من الكوادر البشرية اللازمة لتلبية احتياجات الخدمات الطبية، حيث أن وجود طبيب واحد فقط غير كافٍ لتنفيذ جميع المهام الطبية بما في ذلك الرعاية التمريضية والفحوصات المخبرية.
- توفير الخدمات الصحية في جميع الأوقات على مدار 24 ساعة متواصلة وفي جميع المناطق، ومدى القدرة على ضمان استمرارية العلاج، فالمريض لا يعرف وقتا محددا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمية.
- ينبغي أن تكون الخدمات الصحية سهلة الوصول، بحيث يمكن للمواطنين الوصول إليها بسهولة سواء من حيث وسائل النقل أو من حيث التكاليف المالية، أي يجب أن يكون لدى الأفراد القدرة على تغطية تكاليف الحصول على الخدمات الصحية دون عوائق.
- توفير عدد كافٍ من المؤسسات الصحية مثل الوحدات الصحية، المستشفيات، المختبرات، الصيدليات، المراكز الصحية الأولية والشاملة، المراكز الطبية التخصصية، مدارس وكليات المهن الطبية المساعدة، بنوك الدم، والمؤسسات الصحية الأخرى مثل صحة البيئة ومديريات الصحة ومراكز الأمومة والطفولة، ويجب أن يتم توزيع هذه المراكز بشكل عادل ومتساوٍ بين جميع مناطق البلاد دون تمييز أو تركيز عدد أكبر من أعضاء الفريق الطبي في مناطق محددة على حساب مناطق أخرى.

- توفير عدد كافٍ من المختصين في مجال الإدارة المالية لدعم المؤسسات الطبية والمنشآت الصحية لمواكبة التوسع في تقديم الخدمات الصحية.
- توفير العاملين في مجال التثقيف الصحي لتعريف الأفراد بوسائل الرعاية الطبية المتاحة وأهمية الخدمات المقدمة وطرق الاستفادة منها مبكراً، وذلك بمجرد شعور الفرد بأعراض المرض بدلاً من الانتظار حتى تتطور الحالة وتصبح خطيرة، بالإضافة إلى توفير كادر كافٍ لتقديم خدمات الوقاية مثل التطعيم والتحصين.
- توفير الخدمات الصحية الأساسية بشكل مجاني أو بشكل إجباري لبعض المواطنين بناءً على ظروفهم الخاصة.
- توفير نظم مالية وإدارية فعّالة تضمن تقديم الخدمات الصحية اللازمة مع السعي نحو تحقيق التأمين الطبي لجميع المواطنين، فإذا قامت الدولة بتلبية جميع احتياجات المؤسسات الصحية من موارد مادية مثل (الميزانية الكافية، الأدوية، المعدات الطبية، وسيارات الإسعاف)، وتلبية الاحتياجات البشرية (الأطباء، الممرضين، الموظفين الإداريين) سيكون من الممكن تغطية المتطلبات الصحية للأفراد وتقديم خدمات صحية ذات نوعية.

ثانيا: النوعية في الخدمات الصحية

1. مفهوم النوعية في الخدمات الصحية

من أجل تحديد مفهوم النوعية في الخدمة الصحية بدقة من الضروري أن نُبرز المصطلحات التي تقع ضمن هذا الحقل المعرفي.

1.1. الفرق بين كلمة نوعية وجودة

غالبًا ما يتم استخدام كلمة "نوعية" و"جودة" بشكل متبادل من قبل الباحثين للإشارة إلى نفس المفهوم، وبتعبير عام "النوعية هي درجة من الجودة" (آن، 2007، صفحة 37).

ارتبطت الخدمة "service" إلى حد كبير مع النوعية "Quality" مما يجعل من الضروري استخدام مجموعة من المقاييس لتحديد مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى بالربط بين الخدمة المقدمة والنوعية (ضحاك ، 2012، صفحة 258).

ولهذا إن استعمالنا لهذين المصطلحين في دراستنا لا يعني وجود تمييز بينهما، إنما المقصود هو واحد وهذا ما توصلنا إليه من خلال الاطلاع على الأبحاث التي تم فحصها في حدود اطلاعنا.

2.1. تعريف النّوعية

النوعية هي قدرة المنتوج أو بالأحرى الماكنة الأجهزة (materiel) أو الخدمة مدفوعة الأجرة على إرضاء الزبائن من خلال احترام التعهدات المأخوذة معهم (Caly, F & Jambert, C, 2002, p. 11).

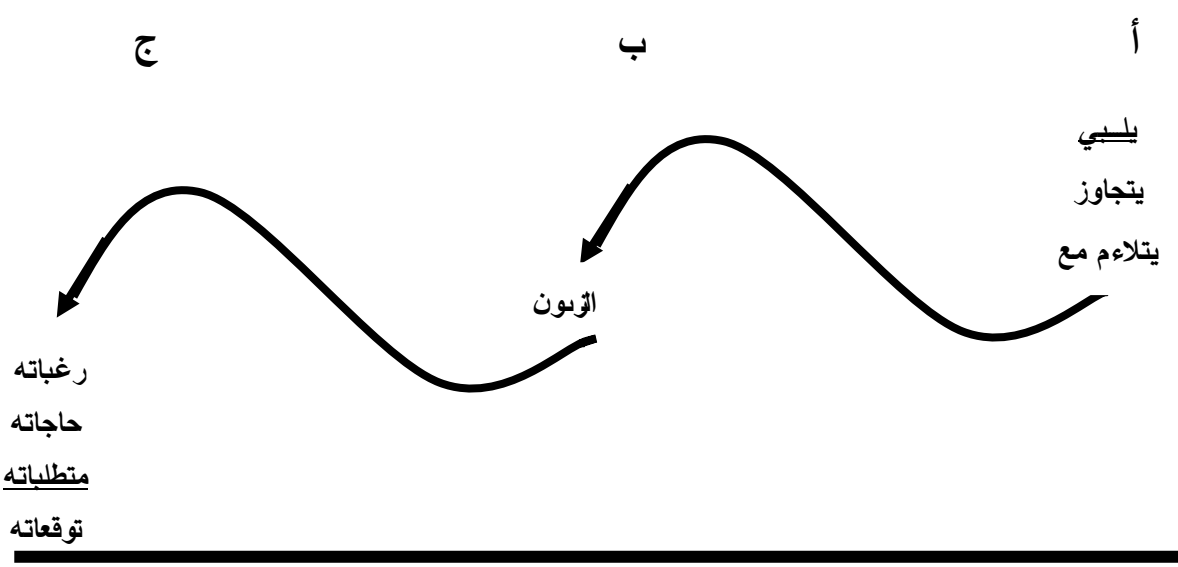
يلاحظ من خلال هذا التّعريف أنّ النّوعية تُعنى بقدرة المنتج أو الخدمة أو الجهاز على تلبية توقعات الزبائن، وذلك من خلال الوفاء بالالتزامات المتفق عليها معهم، كما يبرز أهمية الالتزام بالتعهدات كمعيار أساسي لتحقيق الرضا.

يشير مقياس **ANFOR** إلى أن النوعية هي قابلية المنتج أو الخدمة لتلبية احتياجات المستخدمين، وفي عام 1986م أصبح هذا التعريف أكثر دقة، حيث عُرفت النوعية بأنها مجموعة الخصائص والمميزات التي تتمتع بها الخدمة مما يمكّنها من تلبية احتياجات محددة أو ضمنية (علي محمود، 2019، صفحة 108).

وقد عرفها **جوران** وهو من أشهر العاملين في مجال الرقابة النوعية بأنها "ملاءمة المنتج للاستعمال" (Fitness for Use) (الصيرفي، 2014، صفحة 121).

تعريف النوعية يمكن اشتقاقه من الشكل رقم **(08)**، فقط نأخذ تعبيراً واحداً من العمود أ (A) وواحداً من العمود ب (B)، وواحداً من ج (c)، عندها نتحصل على تعريف أحدهم للنوعية. وأي تعريف اختلق من الشكل سيكون تركيزه على الزبون. مثلا النوعية هي تلبية متطلبات الزبون (م . ستويل، 2002، صفحة 42).

الشكل رقم (08): تعريف النّوعية



المصدر: (م . ستويل، 2002، صفحة 42)

وهناك من يرى أنّ النّوعية تخلق تكاليف تؤدي إلى زيادة الأسعار لكن الواقع هو عكس ذلك، فالنّوعية تساهم في تخفيض الضياعات، وقد تصل إلى القضاء عليها تمامًا، على سبيل المثال تقدر وزارة الصناعة في فرنسا خسائر عدم النّوعية بنحو 10% من أعمال المؤسسات، كما أنّ تكلفة خسائر عدم النّوعية تمثل معادلة متزايدة منذ بداية سلسلة العمل حتى وصول المنتج إلى الزبون، مما يعني أن تكلفة عدم النوعية تزداد كلما تقدمنا في مراحل الإنتاج والتسويق (غيشي، 2007، صفحة 54).

يُظهر التّعريف العلاقة بين النّوعية والتّكاليف، حيث يعتقد البعض أنّ تحسين نوعية المنتجات أو الخدمات يؤدي حتمًا إلى زيادة التّكاليف وارتفاع الأسعار، إلا أن الواقع يُثبت أنّ تحسين النّوعية يمكن أن يُقلل من الهدر في الموارد مثل الوقت والجهد والمواد والأموال، والنوعية ليست مجرد تحسين للكفاءة ولكن هي استراتيجية فعّالة لتقليل الخسائر المالية لأن تكلفة إهمال النوعية تتفاقم بشكل كبير إذا لم يتم التعامل معها منذ البداية.

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول، إن النوعية هي عبارة عن مدى تطابق مستوى الخدمة المقدمة مع متطلبات العميل.

3.1. تعريف جودة الخدمة

تستمد صعوبة تعريف جودة الخدمة Service Quality من الخصائص العامة المميزة للخدمات مقارنة بالسلع المادية، ففي الشركات الإنتاجية ينظر إليها كعنصر يمكن قياسه بدقة وتقييمه وفقًا لمطابقته للمواصفات المحددة، أما في المؤسسات الخدمية بشكل عام والمؤسسات الصحية بصفة خاصة ازدادت أهمية نوعية الخدمة نتيجة التطورات المستمرة في المجال الصحي والزيادة المتزايدة في الطلب على الخدمات الصحية، فقد أصبح تقديم خدمات صحية ذات نوعية مطلبًا مشتركًا يخدم أهداف ومصالح جميع الأطراف المعنية بالتعامل مع المؤسسات الصحية.

ينظر المفكرون الأوائل إلى التّميز في الخدمة على أنه رحلة مستمرة لا تنتهي، حيث يكون الخيار الفعال هو التوجه نحو تقديم جودة أفضل بشكل يومي وأسبوعي وشهري وسنوي، حيث يدركون أنّ جودة الخدمة ليست مجرد برنامج يمكن تنفيذه ولا توجد حلول سريعة ولا تركيبات سحرية ولا حبوب عالية الجودة يمكن ابتلاعها، إنهم يفهمون أنّ التّميز في الخدمة يتطلب محكمة كاملة (VALARIE, A. PARASURAMAN, & BERRY, 2018, p. 6)، والتّميز في الخدمة هو عملية مستمرة تتطلب التزامًا دائمًا من قادة الخدمة الذين يعتبرون تحسين الجودة رحلة طويلة الأمد تتطلب سعيًا مستمرًا نحو التحسين والتطوير، ومن المعروف أنّ نوعية الخدمة تعتبر من الأسس الأساسية التي تسبق تحقيق رضا العملاء،

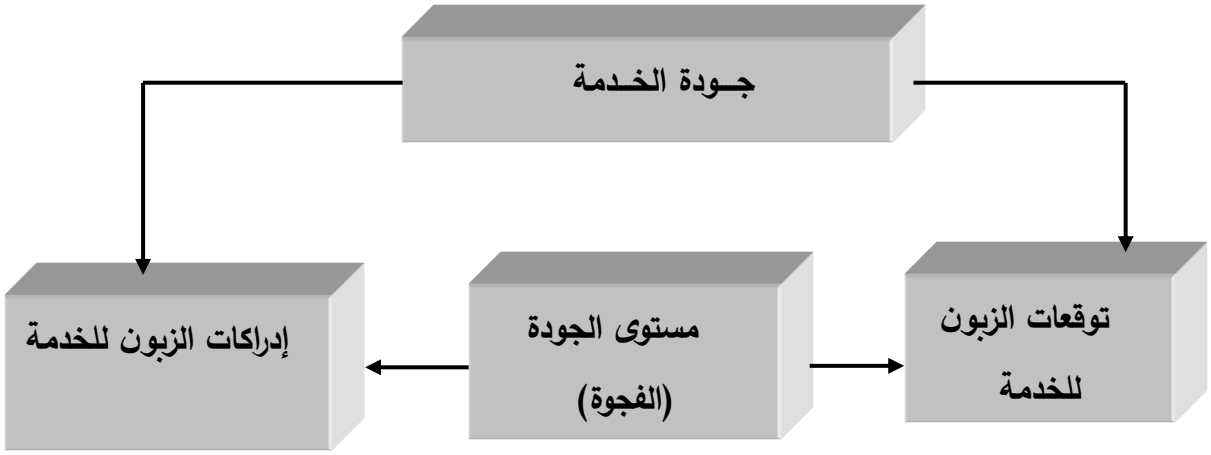
وفي المقابل يؤثر رضا العملاء بشكل كبير على قراراتهم المستقبلية وإدراكهم للخدمات المقدمة، فتحسين نوعية الخدمة شرط أساسي لإشباع رغبات العملاء وضمان ولائهم (الجازي، 2021، صفحة 74)، وفي دراسة أجراها LEONARDI BERRY ،A. PARASURAMAN ،A. ZEITHAML VALARIE حيث توصلوا بأنّ هناك مجموعات قد أيدت التركيز على أنّ مفتاح ضمان نوعية الخدمة الجيدة هو تلبية أو تجاوز ما يتوقعه العملاء من الخدمة، وصفت إحدى المشاركات موقفًا لم تقم فيه عاملة الإصلاح بإصلاح أجهزتها المكسورة فحسب، بل شرحت الخطأ الذي حدث وكيف يمكنها إصلاحه بنفسها إذا حدثت مشكلة مماثلة في المستقبل، وصنفت جودة هذه الخدمة بأنها ممتازة لأنها تجاوزت توقعاتها (VALARIE، A. PARASURAMAN، وBERRY، 2018، صفحة 18).

عرفت حسب **Parasuraman et Al** (1985) بأنّها الفجوة بين توقعات الزبائن وإدراكهم لأداء الخدمة، فكلما كانت الفجوة صغيرة كلما كانت جودة الخدمة جيدة ورضا الزبون مرتفع (بوزيان، 2013، صفحة 40).

ويقصد بها قيام المنظمة بتقديم خدماتها بشكل صحيح من أول مرة، أما إذا حدث خطأ غير مقصود في أداء بعض الخدمات وهو أمر محتمل، فكيف يمكنها أن تتغلب على هذا الموقف وتواجهه؟ (حسن الحلبي، 2017، صفحة 10).

ممّا سبق يمكن القول، إن جودة الخدمة ترتبط بشكل وثيق بالتفاعل بين العميل ومقدم الخدمة، حيث يُقيّم العميل جودة الخدمة من خلال مقارنة توقعاته بالأداء الفعلي للخدمة المقدمة، وقرار تقييم الجودة لا يُتخذ من وجهة نظر المؤسسة بل من وجهة نظر العميل، لذلك يتوجب على المؤسسات الخدمية أن تولي اهتمامًا كبيرًا لتوقعات العملاء قبل تقديم الخدمات، لأن جودة الخدمة تُبنى على أساس المقارنة بين توقعات العملاء للخدمة والواقع الذي يحصلون عليه، وبناءً على هذه المقارنة يُعبر العميل عن رأيه إما بالرضا أو عدم الرضا عن جودة الخدمة.

الشكل رقم (09): مفهوم جودة الخدمة



المصدر: (بدير حداد، 1999، صفحة 337)

من الشكل يمكن تصور ثلاث مستويات للخدمة وهي:

- **الخدمة العادية:** تتحقق عندما يتساوى إدراك الزبون لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها.
- **الخدمة الرديئة:** تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.
- **الخدمة المتميزة:** تتحقق عندما يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة توقعات الزبائن بالنسبة لها (سالمي وبوسطة، 2014، صفحة 142).

4.1. مفهوم النّوعية في الخدمات الصحية

على الرغم من الاهتمام المتزايد بالنوعية في الخدمات الصحية وشيوع مصطلح النوعية في الأدبيات المتخصصة والحياة العامة إلا أنّ إيجاد تعريف شامل ومتفق عليه لهذا المفهوم يظل أمرًا صعبًا، ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى أنّ مفهوم النّوعية في الخدمات الصحية يخضع لتقدير الأفراد ويتأثر باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم، وفي هذا السياق سنورد مجموعة من التعاريف.

يُنظر إليها بناءً على الأطراف التي تتعامل وتتفاعل معها المؤسسة كل حسب وجهة نظرته الخاصة:

- **الطبيب:** وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبيّة في خدمة المريض.
- **المريض:** ما يُوفّره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام .
- **المالكين:** الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن.
- **إدارة المستشفى:** تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة (ياسر البكري، د.س، صفحة 198).

كما تعرف النّوعية في الخدمة الصحية على أنها التطابق مع المواصفات أو الملائمة مع الغرض (Garvin, 1987, p. 103).

هذا التعريف يتسم بعموميته في التّعبير لأنه قد يتوافق مع أي نوع من الخدمات المقدمة من وجهة

نظر منتجها أو مقدمها والمستفيد منها.

عرفت كذلك النّوعية في الخدمة الصحية على أنها تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع (Sulek, Joanne, Metal, 1995, p. 176).

يتماشى هذا التّعريف بشكل وثيق مع التوجه الاستراتيجي لإدارة المؤسسة الصحية في تعاملها مع المرضى، حيث أن تقديم خدمات ذات نوعية يهدف في المقام الأول إلى تعزيز العلاقة مع المرضى وزيادة ولائهم للمؤسسة، لأنّ بناء الولاء بين الموظفين في مؤسسات الرعاية الصحية يعتبر هدفًا استراتيجيًا يسعى القطاع لتحقيقه على المدى البعيد.

وعرّفتها منظمة الصحة العالمية بأنها مدى التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بشكل آمن ومقبول من المجتمع وبتكلفة مقبولة مما يسهم في تقليل معدلات الأمراض والوفيات والإعاقة وسوء التغذية (بطاهر، 2018، صفحة 28).

ويرى **kotler** بأنها مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياسا بما كان عليه في السّابق (حمادو و بن عيشاوي، 2018، صفحة 6).

في هذا التّعريف إشارة واضحة إلى أنّ النّوعية ترتبط بعامل التطور والتقدم، حيث يتم تقييم الخدمة الصحية المقدمة خلال فترة زمنية معينة مقارنةً بما سبق، مع ضرورة أن يكون هذا الأداء متوافقًا مع مستوى إدراك المريض لتلك النّوعية في الخدمة، ومع ذلك تكمن المشكلة في هذا الجانب في اختلاف المرضى في تفسيراتهم وتقديراتهم لمستوى الخدمة المقدّمة مما يجعل تقييم النّوعية أمرًا ذاتيًا يختلف من شخص لآخر.

من منظور اجتماعي، عُرّفت بأنّها المسؤولية الملقاة على عاتق المنشأة الصحية باعتبارها جهة مرتبطة بشكل مباشر بحقوق المرضى، هذا الجانب يتداخل بشكل وثيق مع المسؤولية الاجتماعية التي تقدمها المنشأة بغض النظر عن طبيعتها أو مهامها، بما يضمن التزامها برعاية المرضى وضمان سلامتهم الصحية (سعد هليل العنزي و آخرون، 2022 ، صفحة 222).

وأوضح كورتل وبولصباع أنّ مفهوم النّوعية في الخدمات الصحية يتألف من شقين، الأوّل يتعلق بالتقنيات الطبية المستخدمة في الفحص والعلاج والتخطيط والعمليات الجراحية والعلاج الطبيعي، أما الشق الثاني فيرتبط بإدارة التفاعل الاجتماعي بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى وفقًا للقيم والقواعد الاجتماعية التي تنظم هذا التفاعل، وتقيّم جودة هذا العنصر بمدى قدرة مقدمي الخدمة على تلبية توقعات المرضى،

ليس فقط من الناحية الطبية ولكن من حيث توفير مستلزمات الراحة والإقامة (كورتل و بولصباع، 2013، الصفحات 249-250).

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول، إن النوعية في الخدمات الصحية هي مدى قدرة المؤسسة الصحية على تقديم خدمات مميزة تلبي توقعات طالب الخدمة وتُشبع حاجاته ورغباته، مع ضمان تقديم الخدمات المناسبة والضرورية في الوقت المناسب وبأفضل طريقة وباستخدام الموارد المتاحة لتحقيق النتائج الصحية المرجوة.

2. أهمية وأهداف النّوعية في الخدمات الصحية

1.2. أهمية النوعية في الخدمات الصحية

تكتسب الخدمة ونوعيتها أهمية كبيرة لكل من المؤسسة والزبائن الذين يتعاملون معها، وذلك لما تتميز به الخدمة عن السلع وأساليب تقديمها، فإذا كانت الخدمة تمثل عنصرًا أساسيًا في حياة الأفراد فإن توفير الخدمة الصحية للمرضى أصبح ضرورة ملحة، ولم يعد الأمر مقتصرًا على الجهات المسؤولة عن تخطيط وتقديم هذه الخدمات، وإنّما أصبح يشمل المواطن العادي الذي يسعى للحصول على هذه الخدمة، لذا فإن تحسين نوعية الخدمات الصحية يعد أمرًا هاما لضمان تلبية احتياجات المرضى وتوقعاتهم.

من هذا المنطلق، وعلى ضوء ما سبق ما أهمية النوعية في الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الصحية؟

هناك العديد من المؤشرات التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية النّوعية في الخدمات عامة والصحية خاصة، ومن أبرز هذه المؤشرات ما يلي:

- تحتل النّوعية في الخدمات الصحية مكانة بارزة في مجالات البحث والتطوير، حيث لم تعد خاضعة للاعتبارات أو الاجتهادات الشخصية في قياسها، لكن أصبح هناك أبعاد رئيسية معتمدة كأساس للقياس مما يعكس مستوى النوعية الفعلي (طيب سليمان، 2016، صفحة 90).
- تُعتبر النّوعية في الخدمات الصحية مؤشرًا لقياس مستوى الرضا الذي يشعر به المريض تجاه الخدمات المقدمة من قبل أي مؤسسة صحية (الشمري ، 2017).
- تغير طبيعة المشكلة في المؤسسات الصحية، حيث كانت تُعتبر مسألة نقص في الموارد المادية والبشرية، ولكن اتضح أنّ التحدي الحقيقي يكمن في كيفية إدارة هذه الموارد بشكل فعّال، فالعنصر البشري هو الأساس بينما الإدارة الفعالة هي الركيزة الأساسية لنجاح المؤسسات الصحية (طيب سليمان، 2016، صفحة 91).

- تخضع النّوعية في الخدمات الصحية لعملية تحسين مستمر من خلال إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية لتحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء، فالشمولية تعني توسيع نطاق النّوعية في الخدمات التي يتوقعها المريض من الرعاية الطبية المقدمة له، أمّا التّكاملية فتشير إلى أن المؤسسة الصحية تُعتبر نظامًا يتكون من أنظمة فرعية تعتمد كل منها على الأخرى، حيث يتم العمل بشكل متكامل ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، إلا أنها تتكامل مع البرامج الأخرى لتحقيق الأهداف المشتركة (محمد الدلابيج، 2015، الصفحات 12-13).

2.2. أهداف النّوعية في الخدمات الصحية

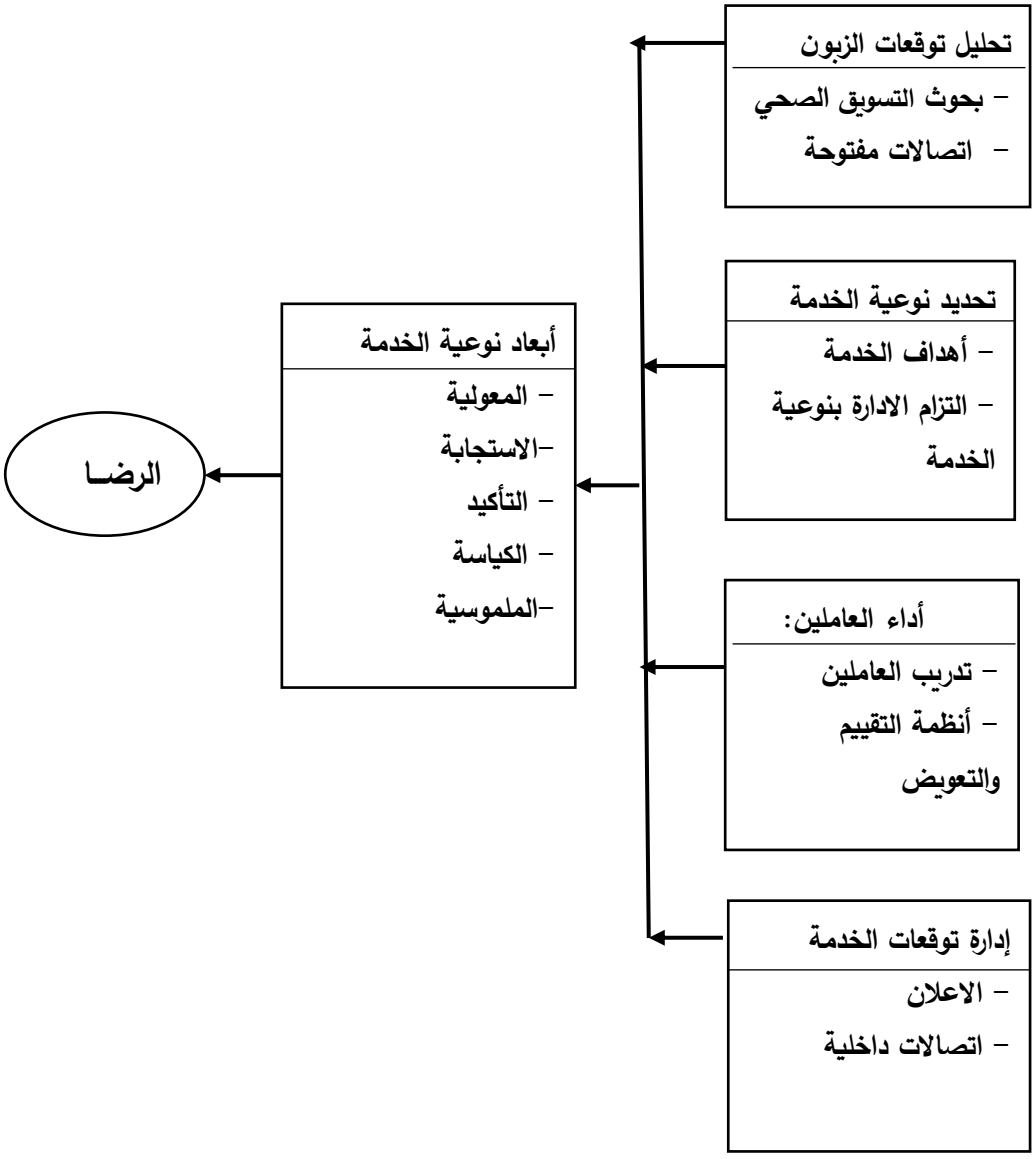
تمثل النّوعية في المؤسسة الصحية نهجًا أساسيًا لضمان تميز أدائها في جميع الجوانب، من خلال اعتماد تدابير وإجراءات فعّالة تسهم في تحسين الأداء بشكل مستمر، يأتي ذلك في إطار تحقيق الأهداف التالية:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- تُعتبر معرفة آراء وانطباعات المستفيدين وقياس مستوى رضاهم عن الخدمة الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية فضلاً عن وضع السياسات المرتبطة بها (عمار، 2017، صفحة 12).
- ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المستهدفة.
- تطبيق الإجراءات السريرية الفعّالة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن الوقاية منها.
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل.
- تشجيع العاملين على تبني سلوكيات إيجابية أثناء تعاملهم مع المرضى بما يحفظ كرامتهم الفردية ويضمن إشراكهم في خطط الرعاية الصحية التي يضعها الأطباء المعالجين.
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل (العباسي، 2020، الصفحات 32-33).
- المساهمة في تحقيق رضا المريض وزيادة ولائه للمؤسسة.
- تطوير وتحسين وسائل التواصل بين المريض ومقدمي الخدمة.
- تحسين معنويات وظروف العمل لمقدمي الخدمة باعتبارهم ركيزة أساسية في العملية الصحية (هلالي و ميلودي ، 2023، صفحة 159).
- يرتبط العمل في مجال الصحة ارتباطًا وثيقًا بالبشر، حيث يؤثر مستوى النوعية في هذه الخدمات بشكل مباشر على حياتهم، إذ يمكن أن تؤدي الأخطاء الطبية إلى عواقب وخيمة، مثل الوفاة أو العجز الجزئي

أو الكلي أو الإعاقة.

- تزايد وعي المرضى بحقوقهم في الحصول على خدمات صحية ذات نوعية جيدة مما يؤثر على اختياراتهم بين المؤسسات الصحية عند الحاجة إليها.
- بقاء المنظمة يتطلب تحسينًا مستمرًا في التعليم والتدريب والتكيف مع المتغيرات البيئية، هذه العوامل تسهم في بقاء المنظمة واستمرارها في تقديم الخدمات (هرماس، 2021، الصفحات 167-168).

الشكل رقم (10): نموذج تكاملي لنوعية الخدمات الصحية



المصدر: (ياسر البكري، د.س، صفحة 203)

3. أساليب قياس النّوعية في الخدمات الصحية (SERVQUAL، SERVPERF)

نظرا لأهمية الخدمات الصحية وما لها من تأثير على حياة البشر أصبح من الضروري استخدام

أساليب فعّالة لقياسها وتقييمها لتحسين نوعيتها وتحديد الفجوات بين توقعات المرضى وما يتلقونه فعليًا.

في هذا السياق سنوضّح أبرز نماذج قياس الجودة المستخدمة في القطاع الصحي (**SERVQUAL**، **SERVPER**)

1.3. أسلوب SERVQUAL

ويُعرف بمقياس الفجوة، وقد تم تطويره بناءً على الدّراسات التي أجراها كل من **parasuraman**, **Zeilhmal et berry** ، يُستخدم لفهم آراء العملاء بشأن الأداء المتوقع من المنتجين في خدماتهم، وقد اعتبر صالحا للاستخدام على عدد من الخدمات بما فيها الخدمات الصحية، "وقد قام كل من **Taylor**و **Cronin** سنة 1994م بتجريبه لقياس الجودة في الخدمات الصحية، وقد أثبتا نجاحهما في ذلك رغم وجود بعض المشككين في تطبيقه في القطاع الصحي الذين دعوا إلى ضرورة إسقاط بعض الأبعاد غير الملائمة وإدراج أبعاد تخص الخدمات الصحية، أي العمل على تكييف نموذج الفجوة" (Aditi , 2009, p. 373)، يؤكد هذا المقياس على ضرورة تقديم نوعية عالية من الخدمات للعملاء، ويحدد خمس فجوات بين التوقعات من مستوى الخدمة وإدراكات العميل عن التقديم الفعلي للخدمة (محمود مصطفى، 2015، صفحة 244).

ويمكن التّعبير عنه بالعلاقة التالية:

نوعية الخدمة (Servqual) = التوقع – الإدراك

الفجوة الأولى: تشير إلى الاختلاف بين توقعات المرضى من مستوى الخدمة وإدراك إدارة المستشفى لهذه التوقعات، وقد تكون الإدارة على اعتقاد بأن المرضى يرغبون في تحسين نوعية الطعام، بينما رغباتهم الفعلية موجهة نحو تحسين الرعاية المقدمة من قبل الممرضين (محمد هادي الجزائري و آخرون، 2011، صفحة 22).

الفجوة الثانية: هي الفجوة بين إدراك الإدارة والمواصفات المحددة للجودة في الخدمة، وتحدث عندما يكون من الصعب تحديد معايير دقيقة تضمن الاستجابة الفورية من العملاء لنقص التدريب لدى مقدمي الخدمة والتذبذب في الطلب على الخدمة، باختصار تؤدي عوامل مثل محدودية الموارد وظروف السوق وسوء الإدارة إلى وجود اختلاف بين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء والمواصفات الفعلية لجودة الخدمة (محمود مصطفى، 2015، صفحة 244).

الفجوة الثالثة: تشير إلى الفجوة بين المواصفات الموضوعة للخدمة والأداء الفعلي لها، فحتى لو تمكنت المؤسسة من تحديد مواصفات دقيقة للخدمة، فلا يمكنها أداء الخدمة بسبب وجود مواصفات معقدة وغير

مرنة، ونقص تدريب العاملين أو عدم اقتناعهم بالمواصفات أو عدم وجود حوافز لأداء الخدمة (علي الغزالي، 2014، صفحة 49).

الفجوة الرابعة: هي الفجوة بين تسليم الخدمة والاتصالات الخارجية للمرضى حول تسليم الخدمة، تنشأ نتيجة عدم مصداقية المنظمة في التزامها بالوعود المقدمة من خلال الاتصال بالمرضى، ويظهر ذلك من خلال التباين بين الخدمة الصحية التي يتلقاها المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقاً مع إدارة المستشفى، مثل الاتفاق على توفير غرفة نظيفة وبأسرة مريحة، وفي حال وصول المريض إلى المستشفى يجد وضعاً مخالفاً أو دون تطابق مع ما تم الاتفاق عليه مسبقاً (محمد هادي الجزائري و آخرون، 2011، صفحة 23).

الفجوة الخامسة: تشير إلى الفجوة بين الخدمة التي يتوقعها العميل والخدمة التي يدركها فعليًا، وتحدث عندما يعتقد العميل أن المنظمة غير راغبة في تقديم الخدمة بشكل جيد وليس غير قادرة، على سبيل المثال إذا كان جراح العظام يعالج الكسور دون توضيح الآثار الجانبية المحتملة للمريض فإنّ المريض سيرى أنّ الخدمة لم تكن ذات جودة لأنه يعتقد أن الخدمة كانت أقل من توقعاته ويدرك أنّ الطبيب لم يكن راغبًا وليس قادرًا على تقديم الخدمة بالنوعية المطلوبة (محمود مصطفى، 2015، صفحة 245).

وقد نالت الفجوتان الأولى والخامسة اهتماماً من الباحثين في مجال قياس الجودة في الخدمة، حيث تم تطبيقهما على خدمات متنوعة مثل الخدمات الصحية والخدمات المصرفية والنقل الجوي والتعليم والخدمات الاستشارية الهندسية والوجبات السريعة وخدمة التنظيف الجاف.

وهناك من يضيف الفجوات التالية:

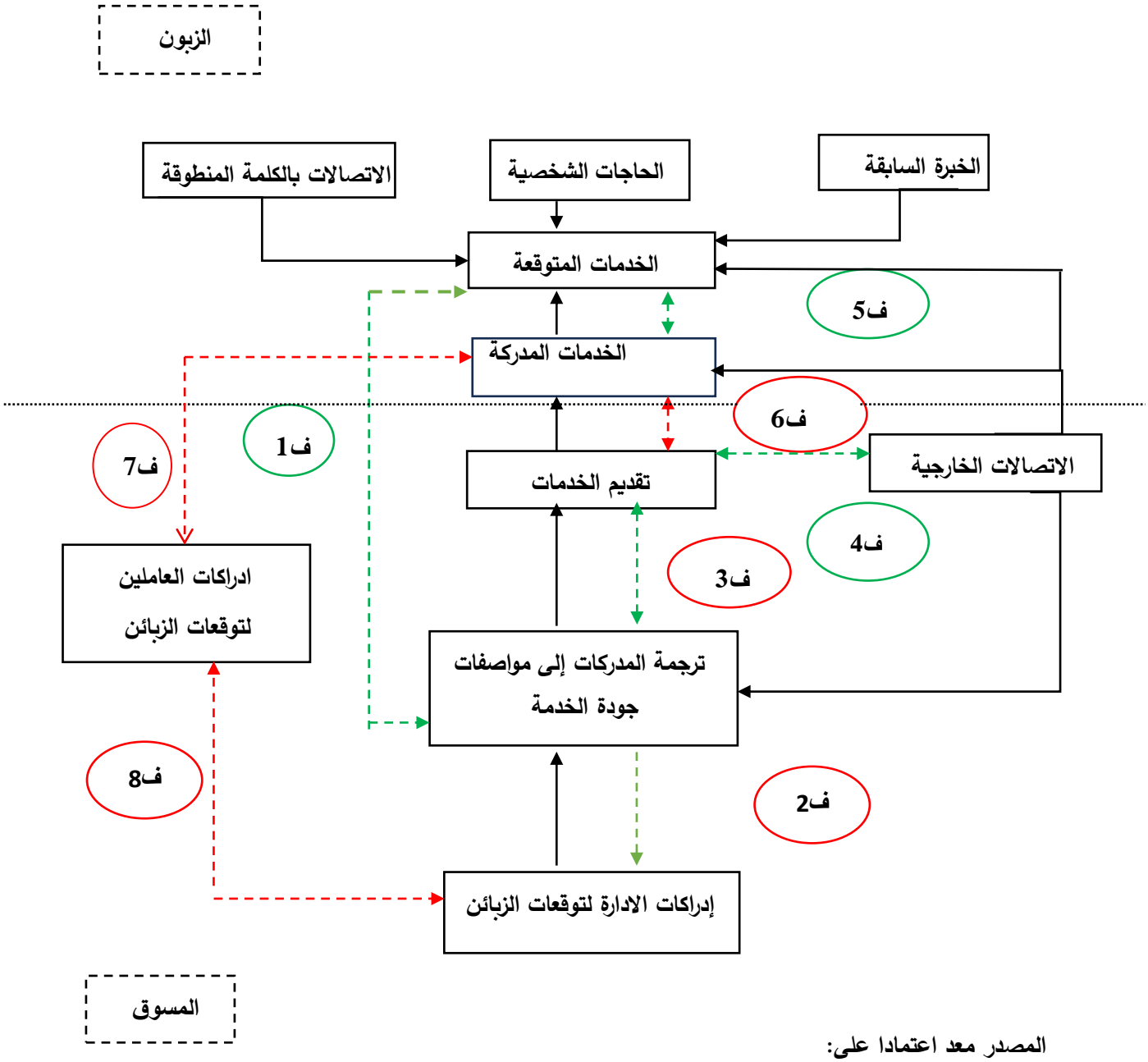
الفجوة السادسة: وهي الفجوة بين توقعات العملاء وتصورات الموظفين، وتأتي كنتيجة للاختلافات في فهم توقعات العملاء من قبل مقدمي خدمات الخط الأمامي.

الفجوة السابعة: وهي الفجوة بين تصورات الموظفين وتصورات الإدارة نتيجة للاختلافات في فهم توقعات العملاء بين المدراء ومقدمي الخدمة.

الفجوة الثامنة: وهي الفجوة بين إدراك العاملين لتوقعات الزبائن وإدراك الإدارة لتوقعات الزبائن (Ramazani et al, 2015, p. 274).

مما سبق، يتضح أن دراسة Lam عام 1997م التي ركزت على قطاع الخدمات الصحية في هونغ كونغ قد أكدت على واقعية ومصداقية مقياس (SERVQUAL) (علوان المحياوي، 2006، صفحة 100)، مما يعزز دوره كأداة تشخيصية فعالة لتقييم أداء المنظمات الخدمية وتحديد مجالات تحسين الجودة من منظور العميل.

الشكل رقم (11): نموذج الفجوة Servqual المعدل



المصدر معد اعتمادا على:

(محمود مصطفى، 2015، صفحة 246)

(Ramazani et al, 2015, p. 275)

(خامت، 2020، صفحة 35)

نظراً لأهمية دور مستخدمي الخدمات الصحية في تقديم الرعاية داخل المؤسسات الصحية يعتبر من الأفضل إدراج توقعاتهم في قياس نوعية الخدمات الصحية مع التركيز على الفجوات المتعلقة بهم، ووفقًا لما أشار إليه **Parasuraman** إن جودة الخدمة المدركة هي الفرق بين الخدمة المتوقعة والخدمة التي

يدركها المريض، ولقياس هذا المستوى قدموا مجموعة من الأبعاد التي يعتمد عليها المرضى لتقييم جودة الخدمة الصحية.

2.3. أسلوب الأداء الفعلي SERVPERF

ظهر هذا النموذج سنة 1992م، ويركز بشكل أساسي على قياس الأداء الفعلي لتقييم نوعية الخدمات، جاء نتيجة الانتقادات التي وُجهت لنموذج الفجوات (SERVQUAL)، خاصة ذلك الجزء المتعلق بالتوقعات، ومن بين أبرز المنتقدين **Joseph Cornin** و **Steven Taylor** اللّذان اقترحا نموذجا بديلا في دراسة لهما سنة 1994م شملت قطاعات خدمية مختلفة متعددة، وأظهرت تفوق نموذج SERVPERF في قياس جودة الخدمة من خلال التركيز على الأداء الفعلي فقط دون الأخذ بعين الاعتبار توقعات العملاء، وخلص الباحثان إلى أن هذا النموذج أكثر قدرة على التقاط التباينات في إدراك العملاء لجودة الخدمة المقدمة.

حسب هذا النموذج:

جودة الخدمة = الأداء

ويقصد بالجودة هنا الجودة المدركة، أما الأداء الفعلي الذي يدركه الزبون هو نفسه المفهوم الذي يقيسه مقياس SERVQUAL مع التوقعات، لكن نموذج SERVPERF لا يعتمد على التوقعات في حساب الجودة المدركة (بن يمينة و بوزيان ، 2018، صفحة 7)، وبالتالي رفض فكرة الفجوة بين الإدراك والتوقع.

مما سبق يمكن القول، بالرغم من المزايا التي يتمتع بها نموذج (SERVPERF) في تقييم نوعية الخدمة إلا أنّه لا ينقص من أهمية نموذج (SERVQUAL)، بل هذا الأخير قد يتفوق على الأول من حيث الدلالات العملية الناتجة عن عمليات القياس، ومن ناحية أخرى "تبيّن أن مقياس SERVPERF ملائم للعديد من الخدمات بما فيها الخدمات الصحية وأنه أكثر دقة من المقياس السابق، حيث تمّ الاعتماد عليه في عمليات القياس على نفس الأبعاد الخمسة لمقياس الفجوة لجودة الخدمة، وأثبتت الدراسات أنه أفضل من SERVQUAL في شرح رضا الزبون" (Ramazani et al, 2015, p. 271)، والتغلب على بعض المشاكل التي أثيرت نتيجة لاستخدام أسلوب SERVQUAL .

4.أبعاد النوعية في الخدمات الصحية

توجد جملة من الأبعاد للنوعية في الخدمة الصحية، فمن وجهة نظر Massy أن للجودة أربعة أبعاد أساسية هي التفوق Excellence وتحقيق و/ أو تجاوز التوقع Meeting and/or Exceeding

Expectations وموائمة المواصفاتConformance to Specifications والقيمة Value (رابح بوزيان، 2015، صفحة 31)، في حين توصل مجموعة من الباحثين من أمثال Parasuraman Zeithaml , Berry عام 1985م إلى تطوير نموذج SERVQUAL الذي يتألف من عشرة أبعاد رئيسية يبني على أساسها المريض توقعاته ومن ثمّ حكمه على جودة الخدمة، غير أنّ الدراسات المتلاحقة قامت بتلخيص الأبعاد الى خمسة أبعاد أساسية وهي: الاعتمادية والاستجابة والملموسية والأمان والتعاطف، وأكّد مقدمو هذا النموذج على أنّه التقنية الرئيسية المستخدمة من قبل الباحثين والأكاديميين في قياس جودة الخدمات أكثر من نموذج SERVPERF (كواديك ، 2021، صفحة 276).

وفيما يلي شرح لأبعاد نموذج (SERVQUAL):

- الاستجابة Responsiveness:

كيف يظهر استعداد والتزام مقدمو الخدمات في تقديم الدعم للمريض ومعالجة مشاكله؟

تعني الاستجابة سرعة الإنجاز والقدرة على التعامل بفاعلية مع الشكاوى والاقتراحات ومستوى المساعدة في تقديم الخدمة، وتشير إلى رغبة مقدمي الخدمة الصحية في مساعدة المرضى وتقديمها في الوقت المناسب مع التركيز على ظروفهم الصحية وإعطاء الأولوية للحالات الطارئة (رجيمي و بوسالم، 2022، صفحة 216).

وفي ذات السياق، أوضح **Shaikh and Rabbani** بأنّ الاستجابة يقصد بها حرص مقدمي الخدمات الصحية على تقديم الدعم اللازم للمرضى في المستشفى، مع ضمان توفير الرعاية في الوقت المناسب ومراعاة ظروفهم الصحية وإعطاء الأولوية للحالات الطارئة (الرحبي، 2014، صفحة 162).

وفي ضوء ما تقدّم، يمكن القول أنّ الاستجابة هي المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة للمرضى، حيث تشمل: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، إخبار المريض عن موعد تقديم الخدمة، والاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال وحسن المعاملة والتعاون.

كما يتحدد ذلك بمدى قدرة مقدمي الخدمة على الإجابة على الأسئلة الآتية:

- هل تتاح الخدمة في التوقيت والمكان الذي يفضله العميل؟
- كم يستغرق الزبون وقتًا في الانتظار للحصول على هذه الخدمة؟

- الاعتمادية Reliability:

يُطلق عليها الكفاءة باستخدام الموارد، وتعني تقديم أفضل رعاية صحية للمرضى بتحقيق أعلى فائدة ممكنة ضمن الموارد المتاحة، وتؤثر الكفاءة على ناتج الخدمة وتكلفتها خاصةً أن الموارد الصحية عادة ما

تكون محدودة وتتطلب توفير الخدمات الضرورية وتجنب الخدمات غير الضرورية أو ذات المخاطر العالية، وبالتالي على إدارة المؤسسات الصحية اختيار برامج الجودة المناسبة لضمان تحقيق أكبر فائدة مقارنة بالتكاليف المدفوعة (ذياب، 2010، صفحة 43).

وتشير إلى درجة ثقة المرضى في المستشفى ومدى اعتمادهم عليه في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقعونها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى على الوفاء بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة للعملاء وبدرجة عالية من الكفاءة والدقة (سفاري و خليل، 2025، صفحة 659).

بناءً على ما سبق، يُعتبر هذا البعد الأكثر استقرارًا وثباتا بين الأبعاد الخمسة، وهو أساسي في تحديد تصورات الزبائن حول نوعية الخدمة، ويمكن تلخيص هذا البعد في العناصر التالية:

- الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
- تقديم الخدمات الصحية في الوقت المحدد.
- الاحتفاظ بالملفات الطبية الدقيقة والسجلات.
- الانسجام في تقديم الخدمة وتوفر مختلف التخصصات.
- الحرص على حل مشكلات المريض.
- الثقة في الأطباء والأخصائيين والممرضين.

- الملموسية Tangibles:

تشير الملموسية إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والمباني وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات المستخدمة والمرافق الداخلية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة والمظهر الخارجي للموظفين والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية وأماكن انتظار المستفيدين من الخدمة (يوسف كامل، 2021، صفحة 64). وتكمن أهمية الدلائل المادية الملموسة في إضافتها قيمة إلى خدمات الزبائن، حيث تسهم في تسهيل عملية الخدمة من خلال تقديم المعلومات عبر الرموز واللافتات التي تهدف إلى الإرشاد والتثقيف، كما تعمل على تشكيل التصورات الذهنية المطلوبة لدى الزبائن بالتّأثير في إدراكهم للتقليل من مستوى المخاطرة في اتخاذ قرارات الشراء لدى الزبائن المحتملين الذين قد يجدون صعوبة في تقييم الخدمة قبل استهلاكها (فريحة و غيدة ، 2018، صفحة 210)، يمكن أن تساهم عناصر البيئة المادية للمستشفى في خلق الراحة والرضا المسبق لدى المرضى في تقبله العلاج بالمستشفى، كما أنها تُحفّز استعداد المرضى المبكر لتقييم الخدمات العلاجية المقدمة واتخاذ قرار بالاستفادة منها، لذلك يسعى موظفو تسويق الخدمة العلاجية التركيز على

الجوانب المادية التي تساهم في بناء تصور إيجابي عن المستشفى وخدماته العلاجية (عبد الفتاح النسور و بن عبد الله الصغير، 2014، صفحة 191).

وفي ضوء ما تقدّم، يمكن القول إنّ بعد الملموسية يعكس جودة التجهيزات الطبية والمخبرية وأجهزة الأشعة ومدى مواكبتها للتطورات التكنولوجية الحديثة، ووسائل الترفيه والتوعية الصحية مثل برامج التثقيف الطبي التي تعتمد على أجهزة العرض والكتب والوسائل التعليمية، والتصميم الخارجي للمستشفى بما في ذلك صالات الانتظار والاستقبال المناسبة للمرضى التي تزيد من جذب المرضى والمراجعين نحو المستشفى وتحفيزهم على العودة مجددا، ولا يقتصر الأمر على ذلك ولكن يشمل أيضاً استخدام الأدوات النظيفة في المرافق الصحية والمظهر الخارجي لمقدمي الخدمة من أطباء وممرضين وفنيين وإداريين من حيث الزي الموحد ومعاملاتهم المهنية والتصميم الداخلي لمكاتب الأطباء وتنسيق الأثاث والديكور والإضاءة المناسبة داخل المستشفى.

- **الأمان والثّقة Safety and trust (الضمان، التوكيد، السلامة):**

يعني أن يشعر الفرد بأنه دائمًا محاط برعاية صحية حتى لو لم يكن يعلم متى سيحتاج إليها (مريزق ، 2012، صفحة 58).

وأوضح **Kotler** و **Keller** أن الضمان هو ما يمتلكه العاملون من معرفة ولباقة، وقدرتهم على نقل الثقة والأمان للمرضى (رجيمي، 2023، صفحة 102).

ومن معايير تقييم نوعية الخدمة الصحية بموجب هذا البعد: الصفات الشخصية للعاملين، الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والممرضين لبناء جسر من الثقة والأمان بين المستشفى والمريض، والحفاظ على الخصوصية والسرية للمستفيدين.

- **التعاطف Empathy:**

يقيس هذا البعد طبيعة العلاقات بين الأفراد، سواء بين المرضى المراجعين والفريق الصحي أو بين الإداريين والمجتمع والفريق الصحي، فالعلاقات الجيدة بين المجتمع والإداريين والفنيين من جهة والفريق الصحي من جهة أخرى تساهم في بناء الثقة والاحترام وزيادة استجابة المريض للتوجيهات العلاجية، على العكس من ذلك فإن العلاقات السيئة أو غير الفعّالة قد تؤدي إلى عدم التزام المريض بالتعليمات الطبية مما يضعف جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما يعكس هذا البعد قدرة الأطباء والممرضين على التواصل مع المرضى بأسلوب لطيف ومشجع مما يزرع الأمل والطمأنينة في نفوسهم (ذياب، 2010، صفحة 42)،

وتأثير الثقافة التنظيمية للمستشفى على شعور العاملين بأهمية تقديم خدمات ذات جودة وضرورة التطوير المستمر لهذه الخدمات (مريزق ، 2012، صفحة 58).

وغالبا ما يُنظر إلى التّعاطف على أنّه فضيلة بالنسبة للأطباء، حيث يُتوقع منهم أن يكونوا قادرين على فهم مشاعر مرضاهم، فالطبيب الذي لا يستطيع التواصل معهم بشكل فعّال ويتبنى أسلوب غير عاطفي قد يزيد من معاناة المريض ويعيق عملية التعافي، على الجانب الآخر فإن الطبيب الذي يتعامل بشكل كامل مع آلام مرضاه أو ضيقهم لدرجة تجعله غير قادر على اتخاذ قرارات صعبة أو إجراءات مؤلمة قد يفشل أيضًا في تقديم الرعاية المثلى، لذلك يتمثل التحدي الأخلاقي والمهني للطبيب في إيجاد التوازن بين هذين الطرفين (Smajdor & others, 2022, p. 10).

يشمل هذا البعد خمس متغيرات تتعلق بمدى اهتمام موظفي المنظمات بالمستفيدين بشكل شخصي وفهمهم لاحتياجاتهم بدقة، توافق ساعات عمل هذه المنظمات مع احتياجات الزوار، توفير أماكن مناسبة لانتظار سيارات الزوار، ووجود برامج تعليمية مثل المحاضرات والندوات (عمار، 2017، صفحة 12).

كما يشمل هذا البعد المتغيرات الآتية:

- وضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية.
- التواصل بين مقدمي الصحة والمستفيدين من الخدمات الصحية.
- الاستماع إلى شكاوى المرضى وتلبية احتياجاتهم بروح من التعاون والود.
- العناية الشخصية بكل المرضى.
- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
- الروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض (الجانب النفسي والاجتماعي).

يمكن توضيح هذه الأبعاد وما يقابلها من معايير والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (07): أبعاد النوعية للخدمات الصحية

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
الاعتمادية	**ـ دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى.** **ـ المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.** **ـ صحة القوائم المالية.**	**ـ يشعر بالثقة بأنّ حياته في أيد أمينة.** **ـ يمتلك المرضى ثقة عالية في دقة حساباتهم المالية عند مغادرتهم المستشفى.**

الاستجابة	ـ تقديم خدمات علاجية فورية. ـ الاستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. ـ العمل على مدار ساعات اليوم.	ـ وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. ـ صالة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات.
الضمان	ـ سمعة ومكانة المستشفى عالية. ـ المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي. ـ الصفات الشخصية للعاملين.	ـ المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء. ـ تدريب ومهارة عالية في الأداء.
الكياسة	ـ الاهتمام الشخصي بالمرضى. ـ الاستماع لشكوى المرضى. ـ تلبية احتياجات المرضى بروح من اللطف والود.	ـ الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض. ـ النظر للمريض بأنه دائما على حق.
الملموسية	ـ الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج. ـ المظهر الخارجي لمقدمي الخدمات الصحية. ـ أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.	ـ نظافة عيادة الطبيب، وكونها ذات مظهر تخصصي. ـ نوعية الطعام المقدم للراقدين في المستشفى.

المصدر: (ياسر البكري، د.س، صفحة 213)

ويستند أسلوب servqual على استبيان يحتوي على 22 عبارة يمكن توضيحها فيمايلي:

البعد	العبارات
العناصر الملموسة	1-4
الاعتيادية	5-9
الاستجابة	10-13
التأكيد	14-17
التعاطف	18-22

المصدر: (محمود مصطفى، 2015، صفحة 243)

يُطلب من العملاء الإجابة ذاتيًا على 22 عبارة وتقديم تقييماتهم بناءً على توقعاتهم وتصوراتهم حول جودة الخدمة والأداء، يتم تسجيل هذه التقييمات باستخدام مقياس ليكرت، حيث تتراوح الدرجات من 1 (أوافق بشدة) إلى 7 (لا أوافق على الإطلاق)، ويمكن للشركة من خلال هذا الأسلوب تحديد المجالات التي تتميز فيها وتلك التي تحتاج إلى تحسين وتوجيه الجودة مع الزبون وإتاحة التواصل مع العملاء بشكل فعّال لفهم متطلباتهم واحتياجاتهم ومقارنة أداء الشركة بمنافسيها (محمود مصطفى، 2015، الصفحات 243-244).

جدول رقم (08): الأهمية النسبية لأبعاد النوعية في الخدمات الصحية

البعد	الأهمية النسبية حسب مقياس Kotler	الأهمية النسبية لدى أطباء الاختصاص	الأهمية النسبية لدى الأطباء المقيمين
الاعتمادية	%32	%20	%21
الاستجابة	%22	%19	%19
الأمان	%19	%22	%21
التعاطف	%16	%19	%20
الملموسية	%11	%20	%19

المصدر: (ياسر البكري، د.س، صفحة 214)

هناك من يعتقد بأنّ هذه المعايير لا تُساهم جميعها بنفس الدرجة في تفسير الاختلافات في نوعية الخدمات الصحية، ففي حين تُعتبر "الاعتمادية" من أكثر العوامل حساسية ودقة في تقييم الخدمات تأتي "الملموسية" كأقلها حساسية وتأثيرًا.

5. المعوقات الداخلية والخارجية لتقديم الخدمات الصحية

مفهوم المعوقات: تعني كلمة **OBSTACLE** في قاموس ويبتسر **WEBSTER** شيئاً ما يعوق من التقدم والإنجاز (بلال محمد العباسي، 2017، صفحة 90).

ويقصد بمعوقات الممارسة المهنية في تقديم الخدمات الصحية كل ما يعيق عمل مقدمي الصحة من تأدية الدور المطلوب منهم على أتم وجه، وتشمل الصعوبات التي تحول دون تطبيق مقدمي الصحة للأسس النظرية والمبادئ والقيم والمهارات المهنية في عملهم مع المرضى.

تعتبر المشاكل التي تحد من اكتمال الخدمة الصحية كثيرة ومتشعبة، ومن أهمها ما يلي:

- **قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية:** تُعاني نظم الرعاية الصحية من قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية، حيث يُلاحظ تمركز معظم المراكز والوحدات الصحية ذات التجهيزات الطبية الحديثة في المدن الكبرى، مما يحرم المدن والقرى الصغيرة من هذه الخدمات أو يجعل الوصول إليها صعبًا (حسن صالح، 2021، صفحة 27)، وعلى الرغم من الزيادة الكبيرة في عدد السكان في الدول العربية، فإن هذا النمو لم يتوافق مع الزيادة المماثلة في الهياكل الصحية، ففي بعض الدول تسببت الظروف الأمنية والسياسية في تقليص عدد الأسرة، على سبيل المثال في الجزائر تستحوذ العاصمة الجزائرية على 55% من المؤسسات الصحية العامة، ومنطقة الشرق على 22%، والغرب على 20%، بالمقابل المناطق الجنوبية الشرقية والغربية تعاني من

نقص حاد في المؤسسات الصحية العامة حيث تغطي 2% و1% على التوالي، كما أن التوزيع غير المتوازن شمل أيضًا الكفاءات الوطنية حيث تتمركز معظمها في الشمال وبالأخص في الوسط بنسبة 55% أما المناطق الجنوبية في وضع غير ملائم (مديوني، 2018، صفحة 103).

- **البيئة المادية:** يتشكل لدى المريض ومرافقه انطباعًا عن المستشفى منذ اللحظة الأولى التي يرونه فيه، وحتى قبل أن تبدأ تجربة الخدمة، حيث غالبًا ما يقرر المريض في تلك اللحظة ما إذا كان سيعود إلى المستشفى في المستقبل، لأن جودة المرافق المادية مثل قاعات الاستقبال وغرف الفحص والإجراءات والأروقة وغرف المرضى الداخليين وغرف العمليات والمكاتب الإدارية عوامل هامة في تحقيق رضا المرضى.
- **خدمات التشخيص:** التأخر في تقديم خدمات التشخيص مثل المختبرات والأشعة يؤدي إلى عدم رضا المرضى (حجو، 2022، صفحة 84).
- **رفض بعض المستشفيات استقبال الحالات الطارئة:** تواجه بعض المستشفيات صعوبات في استقبال الحالات الطارئة لعدم وجود أسرّة شاغرة ونقص غرف الطوارئ مقارنة بعدد المراجعين وقلة الكادر الطبي في قسم الطوارئ، مما يتسبب في تأخير الكشف على المرضى لعدة ساعات، وطول فترات انتظار المرضى فقد يمكثون لعدة ساعات في غرف الانتظار قبل الحصول على موعد مع الطبيب لتلقي الرعاية الصحية.
- **تباعد الفترة الزمنية:** يتم تحديد مواعيد المراجعة للمريض بعد فترات زمنية طويلة من تاريخ الكشف، وقد يتفاجأ المريض بإلغاء الموعد دون إشعار مسبق مما يجبره على الانتظار لعدة أشهر إضافية (مجلة الجودة الصحية، 2016).
- **عدم القدرة على تغيير ثقافة المنظمة:** تغيير ثقافة المؤسسة يتطلب الكثير من التدريب وبرامج التوعية، هذا التغيير يكون ممكنًا فقط عندما يدرك الأفراد أنهم جزء من المؤسسة وتتوفر الثقة بين رب العمل والعاملين.
- **عدم ملاءمة التخطيط:** عند إنشاء المشاريع يجب أن يكون التخطيط مركزًا على تلبية احتياجات العملاء ورضاهم.
- **ضعف الاستماع والاهتمام بالمرضى:** على المنظمات أن تظل منفتحة على الآراء والتوقعات سواء من الزبائن الداخليين أو الخارجيين، لأن إغفال اهتمام الزبائن يعني إغفال جوهر إدارة الجودة الشاملة، ذلك أن كل جوانب الجودة تعتمد على تلبية احتياجات العملاء.
- **نقص فرق العمل:** من المحتمل ألا تحقق المؤسسة الصحية النجاح إذا لم يعمل أفرادها ضمن فرق عمل

متكاملة، لأن فرق العمل بإمكانها التغلب على المشاكل وتحقيق الأهداف بشكل أكثر فعالية (محمد عبد الله العون و آخرون، 2022، صفحة 93).

تركيز عملية القرار: تُعتبر عملية اتخاذ القرار عملية انتقائية تعتمد على اختيار الخيار الأنسب، ففي القرارات العاجلة يتطلب الأمر التمييز بين الأمور الطارئة والمهمة، لأن عدم القيام بذلك قد يؤدي إلى الانشغال بالقضايا الثانوية بينما تظل القضايا الأكثر أهمية دون معالجة، أما بالنسبة للقرارات طويلة الأمد فيجب تحديد الهدف المراد تحقيقه وفهم كيفية إيجاد الحل المناسب وتطبيقه، وعند اتخاذ قرار ما يجب إشراك المعنيين به خاصة إذا كان يؤثر عليهم بشكل مباشر مع ضرورة متابعة النتائج لضمان فعالية القرار (حاروش ن.، 2008، صفحة 93)، ومن ناحية أخرى إن عملية اتخاذ القرار في المستشفيات العمومية مقيدة وتتسم بالبطء في بعض الأحيان بسبب القيود القانونية والإدارية، كما تؤدي الإجراءات المعقدة وكثرة المراحل التي يجب أن يمر بها القرار قبل الموافقة عليه إلى تأخير تقديم الخدمات الإدارية والطبية، يعكس هذا التأخير عدم التقدير الكافي لقيمة الوقت كمورد حيوي في العملية الإدارية خاصة في ظل خصوصية الخدمات الصحية التي تتطلب سرعة في الاستجابة (مديوني، 2018، صفحة 104).

الجدول رقم (09): معوقات تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات

التصنيف / معوقات متعلقة بـ	معوقات تواجه المستفيدين	معوقات تواجه المسؤولين
الخدمة الطبية	. طريقة حصول المريض على الخدمة. . علاقة الطبيب والمريض.	. دور الطبيب في تقديم الرعاية الطبية. . الإمكانيات الضرورية المرتبطة بعلاقة الطبيب بالفريق العلاجي.
خدمة التمريض	. الحصول على الرعاية التمريضية.	. تقديم الرعاية التمريضية. . كفاءة عمل الممرضين.
خدمة الصيدلة	. كيفية الحصول على الأدوية.	. توفير الأدوية للمرضى وكيفية صرفها.
خدمة الفندقة	. الإقامة بالمستشفى. . زيارة المريض. . مستوى نظافة القسم.	. توفير الاحتياجات الشخصية للمرضى. . تنظيم وبرمجة زيارة المرضى.
خدمة الغذاء	. تقديم الوجبات الغذائية للمرضى. . مدى موافقة تنوع الطعام لأذواق المرضى.	. توزيع الوجبات والإشراف عليها كما ونوعا، ومدى ملاءمتها لحالة كل مريض.
الخدمة الاجتماعية الطبية	. معرفة نشاط الأخصائي الاجتماعي وتواجده في الأقسام العلاجية. . تقديم الخدمات الاجتماعية للمرضى.	. المتابعة الدورية لحالة المرضى.

	. تنظيم البرامج الترفيهية لملء أوقات الفراغ.	. توفير الإمكانات الضرورية للعمل مع مراعاة المعوقات المرتبطة بعلاقة الأخصائي بإدارة المستشفى. . تقديم البرامج الترفيهية لشغل أوقات الفراغ ومعوقات تقديم المساعدات الاجتماعية.
الخدمة الإدارية والفنية	. الحصول على خدمات الأشعة والتحاليل الطبية.	. ترتبط بعمليات تقديم خدمة الأشعة، التحاليل الطبية، وخدمات العلاج الطبيعي.

المصدر: (جيلالي ، 2009، صفحة 70)

خلاصة الفصل

تطرقنا في هذا الفصل إلى أهمية الخدمات الصحية في حياة الفرد خاصة والمجتمع بصورة عامة، لما لها من أهمية في تعزيز الأمن الصحي والاستقرار الاجتماعي للأفراد عند معرفتهم بقدراتهم على الوقاية من الأخطار والعلاج عند المرض، تتميز هذه الخدمات بخصوصية فريدة رغم اشتراكها مع الخدمات الأخرى في جوهرها إلا أنها تواجه صعوبات في تطبيق المعايير المعتمدة نظرًا لطبيعتها التي تتجاوز الجوانب المادية لتشمل العناية بالاحتياجات النفسية والعاطفية للمرضى.

وفي سياق التطورات الحديثة، تواجه الخدمات الصحية العديد من التحديات كالتزايد المستمر في الطلب بسبب النمو السكاني وارتفاع متوسط العمر وظهور أمراض جديدة ومتفشية نتيجة تغير الأنماط الحياتية والأزمات الصحية الطارئة مثل الأوبئة ـ وباء كورونا ـ والكوارث الطبيعية، هذه التحديات تفرض ضرورة اعتماد استراتيجيات فعالة لضمان استمرارية الخدمات وتطويرها، بما يشمل تحسين البنية التحتية الصحية والاستثمار في تدريب الكوادر الطبية وتعزيز استخدام التكنولوجيا في التشخيص والعلاج.

يشكل تحسين نوعية الخدمات الصحية تحديًا هاما بالنسبة للمؤسسات الصحية لأن المريض لم يعد يقبل بالمستويات المتدنية، وعلى الرغم من تباين التعريفات المتعلقة بالنوعية إلا أن هناك اتفاق تام على ضرورة تكثيف الجهود لتحقيقها بمختلف أبعادها، فإذا كان جوهر النوعية يرتكز على تلبية احتياجات ومتطلبات المرضى فإنه لا بد من تقييمها بشكل مستمر وقياسها ومعرفة مستوياتها للعمل على تحسينها، وتعتبر المنظمة الصحية الكيان الذي تقع عليه أولوية وحتمية تقديم خدمات ذات جودة لاسيما في ظل التقدم والتطور في مجال العلوم الطبية، وهذا راجع إلى شدة المنافسة التي يشهدها القطاع الصحي، وبالتالي إن هذا التحول في الاهتمام من التركيز على الأبعاد الطبية إلى العناية بنوعية الخدمات الصحية يمثل نقلة جوهرية في مسار الرعاية الصحية المعاصرة.

الفصل الرابع: العلاقات الاجتماعية التفاعلية بين مستخدمي الصحة والمرضى داخل المؤسسة الاستشفائية

تـــمهيـد

أولا: الأدبيـات الـــنـــظرية لمستـخـدمـــي الصحـة والمـــرضـى

1. مـاهية الفاعليـن في المؤسسة الاسـتـشـفـائيـة
2. خـــصـائـص مســتـخـدمـــي الصحـــة
3. المواصفات النموذجية لمقدمي الخدمات الصحـــية
4. الدور الاجتماعي للطبيب والممرض والـمريـض

ثانيا: أنواع العلاقات التفاعلية الاجتماعية داخل المؤسسة الاستشفائية

1. مـــفـــهـــوم وخـصـائـص الـــتـــفـاعل الاجـــتـــمـاعـــي
2. الخصائص المميزة للعلاقات الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية
3. أنواع الـعلاقات الاجتـــماعية داخـل المؤسسة الاستـــــشفائـــية
4. الـعلاقـات بين الفاعـلـين فـي الـمؤسـسة الاسـتـشـفـائية

خلاصة الفصل

تمهيد

تقع مسؤولية نجاح أي مؤسسة صحية في المقام الأول على عاتق كوادرها البشرية من أطباء وممرضين وفنيين وإداريين، الذين لا يكتفون بتقديم الخدمات الطبية ولكن يعملون على بناء شبكة من العلاقات الداخلية والعلاجية، هذه العلاقات الداخلية المبنية على التواصل الفعّال والاحترام المتبادل تُعتبر ركيزة أساسية لبيئة عمل إيجابية تعزز التنسيق وتقلل الأخطاء، مما يرفع من معنويات الموظفين وولائهم للمؤسسة، وفي الوقت نفسه يمتد هذا التأثير ليشمل العلاقات مع المرضى، حيث يسهم المستشفى بصفته نظامًا اجتماعيًا في إرساء "علاقات علاجية" تتسم بالثقة والشفافية، ففي خضم الضغوط النفسية التي يواجهها المرضى يجدون الأمان العاطفي والمهني من خلال تفاعلات إيجابية تتضمن الاستجابة السريعة والفهم العميق لاحتياجاتهم الفردية، وبذلك يصبح التناغم بين العلاقات الداخلية المتينة والقدرة على بناء الثقة مع المرضى بمثابة قوة دافعة للنمو والابتكار، مما يحوّل المؤسسة الاستشفائية من مجرد مكان للعلاج إلى بيئة داعمة ويعزز في النهاية سمعتها وجودة أدائها.

وعليه فموضوع دراستنا يندرج ضمن هذا الإطار لذلك ارتأينا في هذا الفصل معالجة أهم الجوانب المرتبطة بمستخدمي الصحة والمرضى والعلاقة بينهم.

أولا: الأدبيات النظرية لمستخدمي الصحة والمرضى

1. ماهية الفاعلين في المؤسسة الاستشفائية (مستخدمو الصحة، الطبيب، الممرض، الفنيون، المريض)

تشكّل المنظومة الصحية المتكاملة تفاعلاً ديناميكياً بين مقدمي الخدمات والمرضى، باعتبارهم محور ارتكاز هذه المنظومة وقوتها التي لا يمكن أن تعمل بكفاءة من دونهم، وفي ذات السياق يمثّل العاملون الصحيون خط الدفاع الأول في مواجهة الأزمات الصحية والأمراض ويبذلون جهودا مكثفة لضمان استمرارية تقديم الرعاية، وبالتالي تظهر أهمية إيلاء الحماية والوقاية للعاملين الصحيين*، وهو ما أكده المشرّع الجزائري كشرط أساسي لتمكينهم من أداء مهامهم بفعالية لضمان سلامة المرضى وسلامة المنظومة بأكملها.

* حسب المادة 3 من القانون رقم 88 – 07 المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل، يتعين على المؤسسة المستخدمة ضمان الوقاية الصحية والأمن للعمال، وهو ما يشكل أولوية قصوى لدى السلطات العمومية، فلا يمكن تنفيذ أي علاقة عمل إلا ضمن شروط تستجيب لمتطلبات الوقاية الصحية والأمن وطب العمل في وسط العمل. ومن أهم المبادئ العامة:

المجموعة الأولى:

ـ ضمان الوقاية الصحية والأمن للعمال وتصميم أماكن العمل وفق معايير الحماية من المخاطر مثل الضجيج، الازدحام، تأمين العمال أثناء استخدام الآلات ووسائل النقل، الوقاية من الحرائق والانفجارات، وتوفير ألبسة وتجهيزات وقائية، مع احترام خصوصية الأفراد واختلاف الجنس، يتطلب الالتزام أيضًا بطب العمل من خلال الفحوص الطبية المنتظمة وتأسيس لجنة أو مصلحة للوقاية، وفي حالة المخالفة يعاقب بغرامة تتراوح بين 500 إلى 1500 دج، ومع التكرار تصل إلى السجن 3 أشهر وغرامة من 2000 إلى 4000 دج.

المجموعة الثانية:

ـ يحظر بيع أو صنع أو تأجير أو استخدام أي جهاز غير مطابق لمعايير الوقاية الصحية، كما يشترط خضوع المواد والمستحضرات لمعايير صارمة، وإلزام المؤسسات بتقديم معلومات تفصيلية حول مخاطرها على صحة العمال، وفي حال وجود أي تهديد يتوجب على الجهات المعنية اتخاذ إجراءات فورية وإبلاغ السلطات المختصة، وفي حالة مخالفة هذه القوانين يعرض المخالف لعقوبات مالية تتراوح بين 1000 و2000 دينار جزائري، وفي حال تكرار المخالفة يواجه الحبس وغرامة مالية أكبر.

المجموعة الثالثة:

ـ إبلاغ العمال الجدد أو المنتقلين بالأخطار المهنية وتوعيتهم بالوسائل الجديدة، مع تدريبهم على الوقاية الصحية والأمن حسب متطلبات وظائفهم.

المجموعة الرابعة:

ـ في حالة مخالفة هذه المبادئ وعدم الامتثال للعقوبات يعد مفتش العمل محضرًا، وبقرار المحكمة يتم إغلاق المؤسسة جزئيًا أو كليًا حتى إتمام الأشغال الناقصة.

لدراسة المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية ينبغي البدء بالتكلم عن المستخدمين الطبيين أولا ثم التطرق إلى فئة شبه الطبيين، وأخيرًا المستخدمين غير الطبيين، مثل الإداريين والتقنيين، وسنركز تبعا لموضوع دراستنا بصفة خاصة على الأطباء والممرضين.

1.1. مستخدمو الصحة Health users

وفقا لمنظمة الصحة العالمية، العامل الصحي هو أي شخص يقوم بأنشطة لتحسين الصحة، ويشمل ذلك مقدمي الخدمات الصحية مثل الأطباء والممرضات والقابلات وموظفي الصحة العامة والمختبرات والفنيين الطبيين وغير الطبيين والعاملين في مجال الرعاية الشخصية والعاملين في مجال صحة المجتمع والمعالجين وممارسي الطب التقليدي، ويشمل أيضًا الإدارة الصحية وموظفي الدعم مثل عمال النظافة والسائقين ومديري المستشفيات ومديري الصحة في المناطق والأخصائيين الاجتماعيين، وغيرهم من المجموعات المهنية في الأنشطة المتعلقة بالصحة على النحو المحدد في التصنيف الدولي المعياري للمهن (منظمة الصحة العالمية، 2021، صفحة 5)، ونظراً لأهمية دورهم في النظام الصحي فإن مشاركتهم في صياغة السياسات الصحية وتنظيم الخدمات الصحية أمرٌ ضروري لضمان تقديم رعاية صحية شاملة ومستدامة للمجتمع بأكمله (منظمة الصحة العالمية، 2015، صفحة 11).

أما **البكري** فيرى أنهم مجموعة الأفراد الذين يساهمون في تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين ويلعبون دورًا أساسيا في مدى تقبل هؤلاء المستفيدين للخدمات، تقع مسؤولية تحقيق رضا المستفيدين وبناء الثقة في الخدمة الصحية على عاتق كل من الأطباء والممرضين والإدارة وجميع العاملين، مما يسهم بشكل مباشر في تعزيز ولاء المستفيدين للمستشفى (ياسر البكري، د.س، صفحة 35).

وجاء مفهوم مستخدمي الصحة في القانون المتعلق بالصحة في الباب الرابع تحت عنوان مهنيو الصحة، وبالرغم من أن المشرع قليل جدا وأن يضع تعريفات إلا أنه عرفهم في المادة 165 منه بقوله: يقصد بمهني الصحة كل شخص ممارس وتابع لهيكل أو مؤسسة الصحة، يقدم في نشاطه المهني خدمة صحية أو ساعد فيها أو ساهم في إنجازها*.

إن المستخدمين في الصحة العمومية متنوعين بتنوع الاختصاص الذي ينتمون إليه منهم الأطباء والمساعدين الطبيين والإداريين والتقنيين الذين يساعدون في إنجاح السياسات الصحية العمومية، ورغم اختلاف تخصصاتهم فإنهم يعملون جميعا في مكان واحد، أي في الهيئة أو المؤسسة الصحية المستخدمة

* لمزيد من المعلومات انظر: القانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال 1439 الموافق ل 29 جويلية 2018، المتعلق بالصحة.

سواء كانت هيئة عمومية تخضع للقانون العام أو مؤسسة خاصة تخضع للقانون الخاص (عمر شنتير، 2013، صفحة 377).

على ضوء ما سبق، يُعرَّف مُستخدمو الصحة على أنهم الأفراد العاملين في القطاع الصحي، بدءًا من الأطباء بمختلف تخصصاتهم والممرضين والصيادلة وأخصائيي العلاج الطبيعي والنفسي، وصولاً إلى الفنيين والإداريين الصحيين الذين يدعمون المنظومة، يعمل هؤلاء جميعًا كجزء من نظام متكامل يتسم بالتنسيق والتعاون لتقديم الخدمات الصحية بجميع جوانبها من توفير العلاج والوقاية من الأمراض والتشخيص وتقديم الرعاية التأهيلية والتلطيفية وتعزيز الصحة المجتمعية.

1.1.1. الطبيب Doctor

الفقهاء رحمهم الله استعملوا في الغالب مصطلح الطبيب على أنه اسم جامع لكل من يداوي غيره، دون تحديد لتخصصه، ما لم يكن الفعل ختن الصبي، أو عمل الحجَّام، قال **ابن القيم** رحمه الله : "الطبيب يتناول من يطب بوصفه، وقوله وهو يُخص باسم الطبائعي، وبمروده، وهو الكحال، وبمبضعه ومراهمه وهو الجرائحي، وبموساه وهو الخاتِن، وبريشته وهو الفاصد، وبمحاجمه ومِشْرَطه وهو الحجام، وبخَلْعه ووصله ورباطه وهو المجبر، وبمكواته وناره وهو الكواء، وبقربته وهو الحاقن، وسواء كان طبه لحيوان بهيم أو إنسان، فاسم الطبيب يطلق لغة على هؤلاء كلهم، كما تقديم وتخصيص الناس له ببعض أنواع الأطباء عرف حادث"(الجوزية ، 1992، صفحة 142).

أطلق قديماً على من يمارس مهنة الطب لفظ "**الحكيم**"، ولا يزال هذا اللفظ مستعملاً في كثير من الأقطار العربية (اسماعيل ح.، 2010، صفحة 166)، لما يمثل ذلك من معاني الاحترام والتبجيل والإجلال لعمل الطبيب، حيث أن الطب مهنة إنسانية تستدعى أن يتخلق الطبيب بالأخلاق الرفيعة السامية، وأن ينظر إلى وظيفته نظرة إنسانية قبل أن تكون نظرة مهنية، "وقد حكى أن ملوك اليونان كانوا يجعلون في كل مدينة حكيماً مشهورا بالحكمة، ثم يعرضون عليه بقيّة أطباء البلد فيختبرهم، فمن وجده مقصرًا في علمه أمره بالاشتغال وقراءةِ العِلم ونهاه عن المداواة" (بن أحمد القرشي، 1976، صفحة 255).

ومن هنا إذا كانت الكلمة الإنجليزية تحدد أن المعلم الطبيب هو الذي يعلم المريض بمرضه ويشرحه له ويعالجه فإن كلمة حكيم توسع من عمل الطبيب ليشمل الفلسفة التي تضم معرفة الإنسان بروحه وجسمه وبصحته ومرضه وما يحدث فيه من المتغيرات والعلاقات الجدلية بينها.

وعرف بأنه الذي يفرق ما يضر الإنسان جمعه، أو يجمع فيه ما يضر تفرقه، أو ينقص منه ما يضره زيادته، أو يزيد فيه ما يضره نقصه، فيجلب الصحة المفقودة، أو يحفظها بالشكل والشبه ويدفع العلة

الموجودة بالضد والنقيض، ويخرجها أو يدفعها بما يمنع من الحصول بالحمية (عطية، 2002، صفحة 263).

هذا التعريف يضع الطبيب في موقع مسؤولية كبيرة، حيث يُطلب منه تحقيق التوازن في الجسم من خلال تصحيح أي خلل يمكن أن يسبب ضررًا للصحة، سواء كان ذلك الخلل ناتجًا عن زيادة أو نقص أو تجمع أو تفرق في مكونات الجسم، فالطبيب كحامي الصحة ومعالج الأمراض يسعى إلى استعادة الصحة عند فقدانها والحفاظ عليها من خلال وسائل وقائية وعلاج الأمراض من خلال مبدأ التضاد، حيث يعالج الطبيب المرض من خلال استخدام الوسائل التي تتعارض مع طبيعة المرض، على سبيل المثال إذا كان المرض ناتجًا عن حرارة زائدة في الجسم فإن العلاج قد يتضمن استخدام التبريد لخفض الحرارة، كما يتخذ الطبيب تدابير وقائية للحفاظ على الصحة من خلال منع حدوث الأمراض باستخدام الحمية والإجراءات الوقائية الأخرى.

حسب الباحثة فوزية رمضان أيوب يشير مفهوم الطبيب إلى الشخص المؤهل علمياً الذي يلجأ إليه المريض من أجل مساعدته في علاج حالته المرضية مستعيناً في ذلك بالوسائل الطبية، وكان إعداد الطبيب من المسائل الهامة التي تحرص الهيئات العلمية والطبية والسياسية على الاهتمام بها في كل مجتمع متقدم (مساني، 2013، صفحة 169).

ويعرف بأنه الشخص الذي نتصل به لمساعدتنا في أهم احتياجاتنا لمعالجة أوجاعنا وآلامنا حتى نسترجع صحتنا، من أجل ذلك يسمح للطبيب بالوصول الى مختلف أعضاء بدننا بما فيها العورة (ويليامز، 2005، صفحة 10).

مما سبق ذكره، فالطبيب هو ذلك الشخص الحاصل على درجة علمية لممارسة مهنة الطب، يُقدم الرعاية الطبية التي تشمل تشخيص الأمراض بناءً على السماع للشكاوى المرضية وإجراء بعض الفحوصات لهم ووضع الخطة العلاجية المناسبة والمشاركة في الجهود الوقائية لتعزيز الصحة.

2.1.1. الممرض Nurse

في العديد من الدول يشكل الممرضون نصف القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية، حيث يلعبون دورًا هاما في الرعاية الصحية، وغالبًا ما يكونون الركيزة في مرافق الرعاية الصحية والاستجابة للطوارئ، فهم غالبًا أول من يكتشف حالات الطوارئ الصحية ويعملون في الخطوط الأمامية للوقاية من الأمراض وتقديم الرعاية الصحية الأولية بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل (who, 2024) .

وفي هذا الصدد وردت عدة تعاريف للممرض حيث ينظر إليه على أنه:

من تلقى تكوينا في مجال التمريض بعد تخرجه وتحصل على شهادة مهنية تؤهله لممارسة هذه المهنة، وتحمل المسؤوليات المتعلقة بكل النشاطات الخاصة بالتمريض العام والوقاية (جلاب و آيت مولود ، 2022، صفحة 60)، ويقدم العلاج بناءً على وصفة طبية أو وفقًا لطبيعة وظيفته، ويمارس نشاطه في مؤسسة صحية عامة أو خاصة، بفضل مساره العلمي في مجال التمريض يمكنه التخصص في مجالات كالتخدير والإنعاش أو العمل في قاعة العمليات (كورتل و بولصباع، 2013، صفحة 253).

وعُرّف أيضا بأنه الضلع الثاني لمثلث الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية بعد الطبيب، بفضل استيعابه للبرامج والمتطلبات الأخلاقية والعلمية والعملية لعلم التمريض أصبح قادراً على ممارسة عمله بفعالية، بعد أن أصبح لديه معرفة وخبرة لكي يقدّم الخدمة الصحية ويسهر على راحة المرضى والاعتناء بهم وحمايتهم من الأمراض (محمد صالح أ.، 2008، صفحة 116).

وعلى ضوء ما تقدم، يمثل الممرض حلقة وصل بين الأطباء والمرضى، حيث يساعد الطبيب أو الجراح في تنفيذ العمليات ويتحمل مسؤولية المواد الجراحية ومخزون الأدوية وتنظيم جداول الرعاية والمواعيد وصياغة محاضر الزيارات وإجراءات قبول المرضى، كما ينصح الأفراد قبل الإصابة بالأمراض ويعلمهم كيفية العناية بأنفسهم في المنزل.

3.1.1. الفنيون Technicians

يمثل الفنيون في المؤسسات الصحية الأساس الذي يعتمد عليه النسق الطبي الرسمي في أداءه المهني للخدمة، ففنيو الأشعة وفنيو المختبر يقومون بإجراء التحاليل والفحوصات والأشعة اللازمة للتشخيص الطبي السليم، وبالتالي الأداء الكفء للخدمة الصحية وبقدر توافر عدد هؤلاء الفنيين وكفاءة تأهيلهم وتوفر الأجهزة الحديثة بقدر ما نحصل على خدمة متميزة (طربيه و أبو خضرا، 2009، صفحة 164).

ومن هذه المهن:

- فنيو المختبرات الطبية.
- تكنولوجيا الأشعة.
- التخدير والانعاش.
- الصيدلة.

2.1. المريض Patient

يتضح تعريف المريض بتعريف المرض، قال الله تعالى ﴿ فِي قُلُوبِهِم مَّرَضٌ ﴾ [البَقَرَة: ١٠]، يعني شك–سمي الشك في الدين مرضاً لأنه يضعف الدين كالمرض يضعف البدن– ونفاق فهو يمرض قلوبهم

أي يضعفها.

وله عدة تعريفات منها:

مرض بالتحريك مص مرض، جمع أمراض، فساد المزاج وسوء الصحة بعد اعتدالها، ومنه قوله تعالى: ﴿ وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴿٨٠﴾ ﴾ [الشُّعَرَاء : ٨٠]، انحراف الصحة عن حد الاعتدال لعاهة (قلعجي م.، 1996، صفحة 391).

والمرض أنواع:

- **مرض جسمي:** يُصيب البدن فيُضعفه ويُخرِجه عن حال الاعتدال والصحة (مؤسسة رواد الترجمة، 1441، صفحة 439).
- **مرض معنوي:** ما يُصِيب النَّفس من أنواع المعاصي والذُّنوبِ كالجهل والنفاق والبخلِ... (الحسين بن محمد، د.س، صفحة 466).
- **مرض اجتماعي:** يعود استخدام هذا المفهوم أول مرة إلى "مالك بن نبي" وقد عبر عنه بأنه عملية تمزق وانفصال في شبكة العلاقات الاجتماعية لمجتمع ما، فتصبح بذلك عاجزة عن القيام بأي نشاط مشترك بفعالية، إلى أن ينتهي الأمر إلى التفكك والتحلل الكلي بعد أن يحتل المرض الجسد الاجتماعي، وبين ظهور المرض الاجتماعي في المجتمع في كتابه ميلاد مجتمع وقال " قد يبدو المجتمع في ظاهرة ميسوراً ناميا، بينما شبكة علاقاته مريضة ويتجلى هذا المرض الاجتماعي في العلاقات بين الأفراد عندما يختفي الشخص أو خاصة عندما يسترد (الفرد) استقلاله وسلطته في داخل الجسد الاجتماعي" (بن نبي، 1985، صفحة 40).

أما كلمة "**مريض**" فتوحي إلى معاناة هادئة لشخصٍ يرقد بصبرٍ على سريره منتظرًا الطبيب ليُخبره بخبرته، وبعلاقةٍ غير متكافئة بين مُستفيد من خدمات الرعاية الصحية ومُقدمها، يُوصف المُستفيد ببساطة بأنه يُعاني، بينما يُطلق على مُختص الرعاية الصحية لقب سواءً كان مُمرضًا أو طبيبًا أو مُعالجًا طبيعيًا أو فني سحب دم (Neuberger J;, 1999).

في ميدان الخدمة الاجتماعية يستبدل مفهوم الطبيب المريض بمفهوم العميل، الذي يشير إلى أي فرد أو جماعة أو أسرة أو مجتمع محلي يسعى للحصول على خدمة من مؤسسة ممثلة بالأخصائي الاجتماعي، ويطلق على العميل أحيانا لفظ حالة (Case) ، حيث يمثل الجانب غير الشخصي في المشكلة الفردية من حيث ارتباطها به تأثرا فرديا (عبد الله الدخيل، 2012، صفحة 45).

وأشار **عبد المنعم شعيب** بأن المريض هو ركيزة الخدمة الصحية وعلاقته بخدمات الصحة تتضح

في أنه:

- منشأ للخدمة، وبدونه لا يكون هناك احتياج للمؤسسة وللعاملين.
- يتلقى خدمات صحية محلية تتماشى مع بيئته، وتختلف خصائص الأمراض باختلاف المناخات.
- يعتبر المريض دائمًا على حق، كونه المستفيد الأساسي من الخدمة بغض النظر عن الجهة التي تقوم بالسداد.
- يصعب عليه التفضيل أو الاختيار خاصة في الخدمات الأساسية مثل الاستقبال والطوارئ.
- الخدمة المقدمة يجب أن تفي باحتياجاته النفسية والصحية والاجتماعية.
- هو وسيلة دعاية حقيقية للمؤسسة (عبد المنعم شعيب، 2014، صفحة 200).

مما سبق يمكن القول، إنّ المريض هو ذلك الفرد الذي يعاني من أمراض وأوجاع، الأمر الذي يجعله يلجأ للطبيب لإيجاد علاجا لما يشكو منه من أعراض بغية مواصلة حياته اليومية، ويعتبر المريض الطرف الضعيف في العلاقة العلاجية لأنه ملتزم بالامتثال لتوجيهات الطبيب لتحقيق الشفاء إلا أنه في الوقت نفسه يمتلك حقًا في الاستفادة من جميع الخدمات الصحية.

2. خصائص مستخدمي الصحة

تتمثل أهم الخصائص فيمايلي:

- يتمتع مقدمو الخدمة الصحية بسلطة معرفية شبه احتكارية في المجال الصحي لأنهم يشكلون المصدر الرئيسي للمعلومات بالنسبة للمرضى، هذه السلطة تمنحهم مكانة مهنية تخضع لضوابط أخلاقية.
- يعمل مقدمو الخدمة الصحية في بيئات مليئة بالتوتر بسبب التعامل مع حالات حرجة تتعلق بالصحة والمرض، الحياة والموت، هذا المناخ المليء بالقلق والتوتر يولد ضغطًا نفسيًا على مقدمي الخدمة مما يثقل كاهلهم بمسؤوليات لا يمكن تحميلها للتكنولوجيا وحدها التي تظل غير قادرة على استبدال الأدوار الحيوية التي يقوم بها العنصر البشري.
- تتميز العلاقة بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى غالباً بهيمنة طرف واحد، حيث يخضع المرضى لقرارات مقدمي الرعاية الصحية بشأن العلاج وكيفية تنفيذه.
- تعد قرارات مقدمي الخدمة الصحية فيما يرتبط بإنتاج وتقديم الخدمات الصحية مسؤولة عن70–80% من الانفاق الكلي، مما يبرز دورهم في ترشيد الإنفاق وضبط التصاعد في تكاليف الخدمات الصحية (نصيرات، 2013، صفحة 47).

كما قدم Rowe Michael (2015) في دراسته خصائص مستخدمي الخدمة الصحية وشملت:

- أن يكونوا قادرين على التواصل الفعال مع إنسانية المريض وعائلته بإعطاء الوقت الكافي للاستماع إليهم وتطوير الثقة التي تتوافق مع تفضيلاتهم.
- يجب أن يتمتع مقدمو الخدمة الصحية بالقدرة على مناقشة القضايا الحساسة كخيارات العلاج والألم والموت.
- يتعين على المتخصصين في الرعاية الصحية امتلاك معرفة شاملة لكل العلوم الأساسية والمهارات التفاعلية والثقافية والسياسات الصحية والمهارات التقنية وبناء علاقات فعالة مع الزملاء والمرضى.
- يجب على الممارسين تجسيد قيمهم في الممارسات اليومية والمتسقة، بدلاً من الاكتفاء بالامتثال الظاهري للمعايير الأخلاقية المهنية (Arcenal, 2022) .

3. المواصفات النموذجية لمقدمي الخدمات الصحية

الصفات التي من المهم أن يتصف بها مقدمي الخدمات الصحية تتمثل في:

- قدرة مقدمي الخدمة الصحية على التواصل الفعال مع المرضى والتعامل معهم.
- تجسيد مقدمي الرعاية الصحية للاهتمام بمشاعر وآراء المرضى، وذلك يُعبر عن وعيهم بالعلاقات المتبادلة وأهمية الحفاظ على التكامل الاجتماعي داخل النسق الصحي.
- قدرة مقدمي الرعاية على تعديل أساليب تقديم الخدمة بما يتوافق مع احتياجات المرضى.
- قدرة فهم مقدمي الرعاية للخدمات الصحية والإجراءات المرتبطة بها.
- المظهر اللائق لمقدمي الرعاية يسهم في تعزيز الانطباعات الإيجابية، مما يدعم القيم الثقافية المشتركة ويساهم في الاستقرار الوظيفي.
- سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى والوفاء بالالتزامات (أنساعد، 2019، صفحة 158).
- تأهيل وتدريب مقدمي الرعاية مع الاحتياجات المحددة للمرضى.
- تطوير العلاقات بين المرضى ومقدمي الخدمة الصحية بمختلف تخصصاتهم سواء الطبية أو الإدارية أو الفنية لتدعيم الروابط الاجتماعية والتعاون بين مختلف الوحدات الوظيفية في النظام الصحي.
- إنجاح علاقة الثقة بين مقدمي الخدمات والمرضى هو عنصر أساسي في تحقيق النوعية والنتائج المرجوة.
- التركيز على البعد الإنساني والروحاني في التعامل مع المرضى لتعزيز القيم الاجتماعية المشتركة.
- تأسيس علاقات قوية قائمة على المبادئ الدينية والقيمية في إطار تقديم الخدمات الصحية (عبد المنعم شعيب، 2014، صفحة 200).

4.الدور الاجتماعي للطبيب والممرض والمريض

لا تخل أي علاقة تفاعلية من أداء طرفي تفاعلها لمجموعة من الأدوار، وفي هذا الصدد يؤكد **ميشال**

كروزي بأن كل نظام للتفاعل المتبادل يحوي نظام للأدوار(لبوخ، 2016، صفحة 383)، والدور يشير إلى الأعمال التي يقوم بها الفرد بناءً على وضعه أو مركزه الاجتماعي، ويمثل الجانب الديناميكي (الحركي) للمركز، كما يشمل السلوك البشري في المواقف الجماعية، حيث يبرز علماء الاجتماع أهمية المراكز الاجتماعية لما لها علاقة بالترتيب الاجتماعي والمراكز التي يحتلها الناس في المجتمع (بن عروس ، 2021، صفحة 556).

يمثل الدور وحدة وظيفية تسهم في عملية تكيف الفرد، وهو مفهوم ذا قيمة لأنه يربط بين العناصر الدينامية والاستاتيكية للحياة الاجتماعية، ويستخدم لوصف التنظيمات الرسمية وتفسير السلوك الفردي والتفاعلات بين الأفراد، ويمثل أداة تحليلية تساعد على التنبؤ بسلوك الإنسان بناء على مكانته الاجتماعية التي لها واجبات ومهارات خاصة تتطلب من شاغلها القيام بأنماط معينة من السلوك، هذه المهارات تتخذ طابعا نمطيا يجعل من السهل على الأشخاص الجدد تعلمها وتطبيقها.

وفي ذات السياق، يرتبط أداء كل دور بأمرين أساسيين يندرجان ضمن مخرجات العملية التفاعلية وهما الانتظارات والأهداف، بالنسبة للانتظارات ترتبط بما ينتظره الفاعل الاجتماعي من أداءه لكل دور، أما الأهداف فتعكس ما يسعى الفاعل الاجتماعي لتحقيقه، على اعتبار أن الفاعلين الاجتماعيين لا يفعلون أفعالا مجانية (لبوخ، 2016، صفحة 383)، أي دون مقابل وليس بالضرورة أن يكون هذا المقابل شيء له بعد مادي بل قد يكون أيضا معنوي.

تتنوع الأدوار وتتعدد تبعا للمواقف الاجتماعية، حيث يستجيب الأفراد لهذه المواقف بأنماط من السلوك تختلف في مظاهرها باختلاف المعايير الاجتماعية للجماعة التي يتفاعلون معها، ومن المعروف أن القيم والمعايير تفرض ضغوطا على أفراد الجماعة التي تستمد معاييرها من الخصائص الاجتماعية للأفراد (العمر، الجنس، المستوى الثقافي، البيئة الجغرافية والاقتصادية، المهن والخبرات والأهداف المرجوة) (نفيدسة، 2012، الصفحات 266-267).

وفي إطار دراسة العلاقة بين الأطباء والممرضين والمرضى يكون من الضروري تحليل أدوار كل طرف، وعلماء الاجتماع عند دراستهم لتفاعل الأفراد يميلون إلى اعتبارهم ممثلين يلعبون أدواراً محددة، فكل من الطبيب والممرض والمريض والمؤسسة الاستشفائية يشكلون مراكز اجتماعية يتوقع منهم أداء أدوار مختلفة، "والتوقعات الاجتماعية للأدوار تستمد عناصرها من مكونات البناء الاجتماعي (كالقيم والدين والثقافة المحلية)" (بن مقلة، 2023، صفحة 551)، ومن هنا إن وضوح دور كل من الطبيب والممرض

والمريض يؤدي إلى حالة من التوازن والتعاون والتكامل والاعتماد المتبادل بينهم، مما يعطي للدور قوة ووضوح، وذلك ما ينعكس على العملية الطبية بشكل خاص وعلى المجال الصحي بشكل عام.

1.4. الدور الاجتماعي للطبيب

المرض الذي يبدأ كحالة بيولوجية يتطور ليصبح ظاهرة اجتماعية تعكس تحولاته في إطار اجتماعي، لذلك يعتبر علماء الاجتماع النظام الطبي شبكة من العلاقات الاجتماعية، ووظيفة الأطباء التي تتضمن تشخيص الأمراض وتقديم العلاج المناسب تتجاوز الجوانب البيولوجية إلى أبعاد اجتماعية أعمق، إذ أن النظام الطبي هو نظام يهتم بتوزيع الخبرات العلمية والكفاءات الفنية لتقديم الخدمات الطبية للأفراد ورفع المستوى الصحي للمجتمع، ويتمثل دور الطبيب في الالتزام بمجموعة من القيم – بمثابة قوانين يحترمها ولا يمكن له مخالفتها– والمعايير والأخلاقيات التي تفرض عليه أداء واجباته، وهذا الدور يرتبط ارتباطا وثيقا مع دور المريض، فكلا هذين الدورين مكملين لبعضهما البعض، والتداخل بين الدورين يتحدد من خلال النظام أو النسق الاجتماعي كميكانيزم للضبط الاجتماعي.

يحاول الطبيب بطريقة ودية استقصاء الجوانب الشخصية التي غالبًا ما تبقى غير معروفة للآخرين، كما يقوم بإجراء الفحوص المخبرية والاختبارات الطبية للحصول على كل المعلومات ذات الصلة بالحالة المرضية، من ناحية أخرى يرى بارسونز أنّ دور الطبيب مرتبط بمستوى الكفاءة التقنية المطلوبة للمهارة في العمل، حيث تمثل الكفاءة العالية تخصصاً أكبر في الأدوار المهنية، هذا المسعى لتحسين الكفاءة التقنية هو ما يجعل الأطباء يتمتعون بقدرات مميزة، ويبعد متخصصين من مجالات أخرى عن العمل في هذا القطاع، ففي المجتمع الحديث لم يعد يُنظر إلى الطبيب كشخص حكيم بالطريقة التقليدية، ولكن أصبح متخصصاً يتفرد عن زملائه بناءً على تخصصه وتكوينه الفني وخبرته العملية (عبابو، 2015)، يعني أن العلاقات بين الأطباء والمرضى تتركز حول صحة المريض ومشاكله الصحية لا على مشكلات شخصية أخرى، وهو دور إيجابي ومحايد بمعنى أنه يقدم خدماته الطبية للمريض أياً كان هذا المريض، وهذا الدور يحكمه تجاه القيم الاجتماعية يتضح من الإيديولوجية المرتبطة بمهنة الطب والتي تتمثل في تحقيق مصلحة المريض قبل تحقيق مصلحة الطبيب (رمضان أيوب، 1985، صفحة 93).

ويرى بارسونز أن دور الطبيب يتميز بأربعة خصائص هي:

- العمومية، بمعنى أن الطبيب مستعد دائماً لخدمة كافة المرضى على اختلاف ظروفهم.
- دور الطبيب متخصص ووظيفي، بمعنى أن الطبيب يؤدي دور خبير فقط في ميدان الرعاية الطبية، فهو لا يقوم بدور عام أو غير محدد لتحقيق صحة المريض كالدور الذي يقوم به الأب أو رجل الدين أو

الإخصائي الاجتماعي.

- يتعين على دور الطبيب أن يكون محايداً من الناحية العاطفية.
- يختلف دور الطبيب عن دور رجل الأعمال أو التاجر مثلاً، من حيث أنه موجه أساساً لخدمة الآخرين وراحة الجميع (Saqib M. , 2024, p. 72).

يمكننا تقييم السلوك الفعلي للطبيب في المجتمع إما بوصفه متفقًا مع الدور أو مخالفًا له، ومن المهم ملاحظة أن مجرد مخالفة الدور لا تعني بالضرورة الانحراف عن الأخلاق أو القيم المهنية، على سبيل المثال الطبيب الذي يعمل في مؤسسات (مثل الشركات، أو المصانع) لا يحقق خاصية العمومية لأنه لا يقدّم خدماته للعامة، ولكنه يظل ملتزمًا بأخلاقيات المهنة.

إن الطبيب يعتبر مسؤولاً مباشرا عن الوضعية الصحية للمريض وعلى شفائه، حيث لا يعتمد أدائه لدوره الاجتماعي على نوعية توجيهه وخبراته العلمية أو على أخلاقيات المهنة فقط، وإنما يعتمد دوره على توقعات المجتمع، وهذه التوقعات والمسؤوليات هي بذاتها ما يدفع الطبيب باستمرار لمواجهة صراع الأدوار، سواء بدوره كطبيب أو بدوره في الأسرة، أو في الهيئات الاجتماعية أو مع زملاء المهنة، ومن الصراعات التي يواجهها الطبيب: التنازع بين مصلحة المريض الفردية ومصلحة الجماعة، خاصة عند الإشراف على علاج عدة حالات في وقت واحد، كما يواجه الطبيب تحديًا في موازنة المصالح المتباينة، مثل الموازنة بين مصلحة المريض الحالية ومصلحته المستقبلية، اهتمام الطبيب بمصالح المريض مقابل اهتمامه بأسرة المريض أو أقاربه، بالإضافة إلى ذلك يجد الطبيب نفسه في موقف حرج عندما يُطلب منه المسارعة في علاج حالة قد تكون غير قابلة للعلاج، أو عندما يطلب المريض أمورًا تتجاوز قدرة الطبيب أو حدود الموارد المتاحة (محمد صالح أ.، 2008، صفحة 114)، بمعنى إن صراع الدور الذي يواجهه الطبيب هو في حقيقته تجسيد عملي للصعوبة الكامنة في تلبية التوقعات الاجتماعية المتعددة التي يلقيها المجتمع على عاتق هذا الدور.

ولكي يحوز الطبيب على ثقة المريض فإنه يتعين عليه مراعاة:

- التعامل مع المريض يجب أن يكون معززاً بمبادئ الاحترام واللباقة، مع مراعاة شعوره وكرامته، وضرورة احترام خصوصيته، وينبغي أيضاً احترام حق المريض في الحصول على رأي طبي ثانٍ.
- الاستجابة للنقد والشكاوى من قبل الطبيب يجب أن تكون إيجابية وبناءة.
- يجب على الطبيب أن يزود المريض بالمعلومات الضرورية عن حالته بشكل واضح ومفهوم لاستيعاب وضعه الصحي.

- ألا تؤثر آراءه الشخصية حول نمط حياة المرضى، ثقافته، معتقداته، عرقه، جنسه، لونه، سنه، وضعه الاجتماعي، أو مظهره الجسدي على العلاج الذي يصفه أو يعطيه للمرضى.
- إذا كان للطبيب معتقدات قد تؤثر على العلاج يجب عليه إعلام المريض ومنحه حرية اختيار طبيب آخر، وبمجرد بناء الثقة بين الطبيب والمريض تُجمع المعلومات الشخصية وتُحفظ بسرية تامة، والتأكد من اتخاذ جميع الإجراءات اللازمة لحفظها (محمد صالح، 2015، الصفحات 36-37).

وعليه، يفترض أن يخضع المريض كلياً إلى أوامر طبيبه الذي يحاول تطبيق معلوماته العلمية وخبراته الخاصة من أجل منفعته ومن أجل تشخيص المرض والعلاج، ويسعى لمساعدته في التخلص من المرض أو الحد من المعاناة، فدور كل من الطبيب والمريض مهمان جداً في العملية العلاجية.

2.4. دور الممـرض

يلعب الممرضون دورا جوهريا في تعزيز كفاءة النظام الصحي من خلال الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل خصوصا في المواقع التي تتطلب تقديم خدمات صحية مكثفة، حيث غالباً ما يمثلون القوة الأساسية في خط الدفاع الأول مما يجعل ديناميكيات المراضة والوفيات مرتبطة بشكل مباشر بالممارسات التمريضية.

ومع التطورات العلمية والتقنية في القطاع الصحي توسع وتشعَّب دور الممرض ليكون مكملاً لدور الطبيب ولأدوار جميع العاملين في العملية العلاجية، فهو يقوم بتنفيذ أوامر الطبيب فيما يخص المريض، ويحرص على تقديم الخدمات التمريضية بعد العمليات الجراحية، ويخبر الطبيب المشرف بالتغيرات الطارئة حفاظا على حياة المريض، كما يلعب دور المترجم بين الطبيب والمريض، حيث يشرح للمريض طبيعة مرضه ويبلغه بكافة النصائح والتوجيهات التي يجب أن يلتزم بها (كورتل و بولصباع، 2013، صفحة 253).

أشار هندرسون إلى أن الوظيفة الفريدة للممرض هي مساعدة الأفراد سواء كانوا مرضى أو أصحاء، من خلال التكيف المستمر مع الاحتياجات المتغيرة للمرضى والظروف كالأزمات، كما يقوم الممرضون لتحسين الرعاية بدمج أربعة أنواع من الأعمال: العمل الجسدي والعاطفي والتنظيمي والمعرفي، يتضمن العمل البدني الأنشطة التي تنفذ باستخدام الجسم، وتتطلب الوقوف لساعات طويلة والمشي لمسافات، أما العمل العاطفي فيشمل تنظيم العواطف لدعم الآخرين وإظهار الود، بينما العمل التنظيمي ينظر إليه "على أنه ترتيب للأنشطة الأساسية للمرضى وعائلاتهم والمنظمة، وأخيرا يشير العمل المعرفي إلى تطوير الخبرة وتجميع المهام المتضمنة في جميع أعمال التمريض وإعادة ترتيب أولوياتها بشكل مستمر، وينطوي على التفكير والتفكير النقدي وإصدار الأحكام وحل المشكلات واتخاذ القرارات" (Royal College of

(Nursing, December 2023, pp. 6-7)، ومن هنا يعتمد عمل التمريض* على القيم الأخلاقية ومفاهيم الرعاية الموجهة نحو حماية كرامة الإنسان والحفاظ على الإنسانية، وتظل أساسيات الرعاية والرعاية العلائقية والرحيمة في صميم التمريض.

خلال جائحة كوفيد-19 أدى الممرضون والممرضات أدوارا حيوية متعددة، حيث عملوا في الخطوط الأمامية لتوفير الرعاية المباشرة والشاملة للمرضى المصابين بالفيروس، وغالباً ما كانوا يمثلون الصلة الإنسانية الوحيدة للمرضى المعزولين عن عائلاتهم، إلى جانب مهامهم السريرية الأساسية في فرز الحالات التي تتطلب جمع بيانات الأعراض ومخالطة المصابين، وتطبيق بروتوكولات مكافحة العدوى البكتيرية، وإدارة الحالات الحرجة في وحدات العناية المركزة، وتقديم اهتمام خاص لكبار السن ومرضى الأمراض المزمنة الذين يحتاجون إلى دعم إضافي وتوعية مبسطة، إضافة إلى ذلك تولى الممرضون أدواراً متعددة شملت تقديم الدعم العاطفي والنفسي لهم ولأسرهم لمواجهة القلق والخوف في ظل ظروف صعبة مملوءة بالمخاطر، كما ساهموا بفعالية في جهود الصحة العامة من خلال حملات التثقيف والتوعية والتحصين، معتمدين على الابتكارات التكنولوجية مثل التطبيب عن بعد لمواصلة تقديم الرعاية، ورغم التحديات الجسدية والنفسية الهائلة مثل الإرهاق والاحتراق الوظيفي التي خلفت آثاراً عميقة على صحتهم النفسية أظهرت هيئة التمريض مرونة فائقة وتكيفاً سريعاً.

تجلّت أهمية الدور الذي يؤديه الممرضون والممرضات حسب تأكيد الدكتور Tedros Adhanom Ghebreyesus المدير العام لمنظمة الصحة العالمية "كركيزة أي نظام صحي في العالم داعيا لدعمهم والاعتراف بدورهم الفريد في الحفاظ على الصحة في العالم، وفي ذات السياق كشف "تقرير حالة التمريض لعام 2020م عن وجود فجوات مهمة في هذا القطاع الحيوي، مؤكداً ضرورة الاستثمار في دعم الممرضين والاعتراف بتضحياتهم وشجاعتهم كخط المواجهة في التصدي للأوبئة، وعلى الرغم من هذا الدور "يظل الممرض والممرضة مثال واضح لصراع السلطة في المستشفى بين العمال والإداريين والأطباء، فالممرض

* وفقًا لمنظري التمريض التقليديين والمعاصرين يُعتبر التمريض علاقة علاجية بين الأفراد، ومع ذلك في مجال الرعاية الحرجة لا تزال جودة وخصائص هذه العلاقة ومعانيها للممرضات والمتغيرات المؤثرة عليها وتأثيرها على الممرضات والمرضى غير مفهومة بشكل جيد، فقد يواجه المرضى الذين يعانون من حالات مرضية صعبة صعوبة في التواصل اللفظي أو غير اللفظي، وقد يتعرضون لحالات وعي متغيرة تتراوح بين الارتباك والخمول إلى الغيبوبة العميقة (للمزيد أنظر:
Vouzavali, F. J.,and others. **"The patient is my space"**: Hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care. Nursing in Critical Care, 16(3), 2011, 140-151. https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2011.00447.x p140).

شخص في الوسط وهذا يضعه أمام معضلة إرضاء أربع جماعات: جماعة التمريض، جماعة الإداريين، جماعة الأطباء، وجماعة المرضى وهو ما لا سبيل لتحقيقه، يضاف إلى ذلك أدوارهم الاجتماعية (الممرض في أسرته ومجتمعه)، ولكي ينجح الممرض بالاستمرار في نسق السلطة الإداري والطبي عليه الالتزام بالهدوء في التعبير عن آرائه وأن يطرح البدائل بدلاً من معارضة وجهات نظر الأطباء، وعلى الممرض أو الممرضة بين حين وآخر أن يوضحا اختلاف خبرتهم وسلطتهم عن خبرة الطبيب وسلطته" (محمد صالح أ.، 2008، صفحة 121).

وبالتالي، تختلف الخدمات التي يقوم بها الممرض والأدوار التي يؤديها بناءً على المؤسسة الصحية التي يعمل فيها والمستوى العلمي الذي يحمله وطبيعة الوظيفة التي يشغلها.

3.4. المريض ودوره الاجتماعي

إن إدراك الشخص للمرض واقتناعه بأنه مريض حقاً ومدى تقييمه للأعراض المرضية والتصرف حيالها هي سلوك صحي وعملية اجتماعية في نفس الوقت، وهذا كله مرتبط بدور المريض* الذي لقي اهتماما من طرف العلماء في مجال العلوم النفسية والسوسيولوجية لما لذلك من فائدة للطب، ولدراسة هذا الدور لابد من دراسة خبرة المريض في ممارسة هذا الدور وكيف يمكن الاستفادة من هذه الخبرة لتوقّع سلوكه والتنبؤ به، ولتفسير ذلك قام بارسونز بتطوير نموذج بنائي وظيفي يتضمن مفهوم " دور المريض" الذي يثير مجموعة من التوقعات المنتظمة تحدد المعايير والقيم المناسبة للمريض ولكل الأفراد والآخرين المتفاعلين مع الشخص المريض، لذلك فسلوك الأشخاص المنخرطين يتم تحديده بوضع طريقة تفاعلية يمكن التنبؤ بها (حمادي علي و حسن جاسم، 2020، صفحة 61)، كما أوضح بأنه يمكن ضبط دور المريض من خلال تعيين أطباء بمثابة أدوات للضبط الاجتماعي، وهنا يستطيع المريض الحصول على الاعتراف الاجتماعي بأعراض المرض التي يشعر بها، وفي نفس الوقت يستطيع المجتمع عزل الحالة المرضية التي تؤدي إلى انتشار العدوى (محمد الحسن إ.، 2008، صفحة 44)، بمعنى آخر يمثل هذا الدور مجموعة المناشط السلوكية المرتبطة بالمرض وعلاقة هذه المناشط بالجماعة المرجعية، ومدى الإعفاء

* دور المريض (Sick Role): استنبط المفهوم من طرف تالكوت بارسونز لتفسير الانتظارات الاجتماعية المرتبطة بالمرض وسلوك الناس المرضى الذي يؤدي الانحراف عنه إلى عقوبات ووصم اجتماعي (للمزيد انظر: شيخة الفجرية، **القنديل وانعكاس الضوء السوسيوميتا سردية في روايات غالية فهر تيمور آل سعيد**، الآن ناشرون وموزعون، 2019، ص 153).

من بعض المسؤوليات والمهام الملقاة على عاتق الأصحاء، ودرجة تعاطف الجماعة معه (المكاوي، 1990، صفحة 84).

اعتبر بارسونز أن هناك نمطاً سلوكيًّا لحالة كونه مريضًا يفرضه المجتمع على الأفراد كي يُخفّف الأثر السلبي للمرض على سير العملية السلسة للمؤسسات الاجتماعية، على سبيل المثال الشخص المريض قد يجد صعوبة في أداء كل واجباته، وقد تنقص الثقة فيه وفي كفاءته عن الشخص الطبيعي، فإذا كان الأفراد المرضى لا يستطيعون القيام بأدوارهم المعتادة فإن ذلك يؤدي إلى إحداث فوضى في حياة من حولهم (غيدنز و صاتن، 2018، صفحة 262)، وبناءً على ذلك يصبح من الضروري وضع آلية اجتماعية تعالج أي خلل يصيب أفراد المجتمع لإعادتهم إلى حالتهم الطبيعية.

وتبعا لذلك يرتكز دور المريض حسب بارسونز على المكونات الأساسية التالية:

الشخص المريض معفي من أدواره الاجتماعية الاعتيادية: إن للشخص المريض حقوق وامتيازات معينة، من بينها حقه في التخلي عن مسؤولياته الاعتيادية، وهو بذلك يستحق الإعفاء من أداء واجباته أو أدواره أو أنماط معينة من السلوك، حيث تؤكد نادية محمد السيد عمر في مؤلفها علم الاجتماع الطبي بأن إعفاء المريض من بعض المستلزمات الاجتماعية الطبيعية متعلق بواجباته الوظيفية أو العائلية، فالمريض على سبيل المثال قد يعفى من بعض الواجبات التي كان يقوم بها في العادة داخل المنزل، هذا الإعفاء له شروط أهمها أنه لا يعفى المريض نفسه من هذه المسؤولية بذاته، ولكن قد تكون من الطبيب أو من أسرته حتى يشفى، ويعود مرة ثانية إلى ممارسة هذه الواجبات، أي أنه إعفاء مؤقت بينما يلتزم بالعلاج، ومن ناحية أخرى قد يتسامح معه الآخرون في تصرفات غير مقبولة في الأحوال الطبيعية، كما أنه يكتسب الحق في أن يلزم الفراش أو أن يتغيب عن العمل بسبب المرض.

يشير فوكس **Fox** إلى أن دور المريض يقدم نهج شبه قانوني للانسحاب من الواجبات المقررة على الأشخاص الأصحاء، كما يوفر الأساس الذي يخول الآخرين لرعايته، ففي مجال القانون الجنائي تمثل مفاهيم مثل: "ناقص الأهلية" بسبب المرض العقلي من المفاهيم القانونية التي تعكس الممارسة الثقافية لإعفاء المرضى من تحمل المسؤولية الكاملة، ويؤكد بوضوح تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في إحداث التفاعل بين المفاهيم الطبية (عاطف خليل، 2006، صفحة 190).

الشخص المريض غير مسؤول عن حالته المرضية: المريض ليس مسؤولا بصفة شخصية عن حالته المرضية التي يعانيها، فالمرض وفق هذا المفهوم هو نتيجة لأسباب بدنية فوق طاقته، ولا علاقة بين بدايات المرض وسلوك الانسان وأفعاله الشخصية.

الشخص المريض يجب أن يطلب المساعدة للتخلص من المرض: ينبغي على المريض أن يسعى لاستعادة صحته باستشارة مختص طبي وأن يقبل دوره كمريض، هذا الدور يعتبر مؤقتًا ومشروطًا برغبة المريض في الشفاء واستعادة عافيته، وعلى هذا الأساس يعطي مرضه طابع الشرعية بشهادة أو تقرير يسلم له من طرف خبير طبي بعد إجراء الفحوصات اللازمة، ويتوجب على المريض في هذه الحالة التعاون مع الطبيب باتباع التعليمات والوصفات العلاجية، أما المريض الذي يرفض استشارة الطبيب أو الامتثال للسلطة الطبية فقد يفقد حقه في الحصول على المساعدة.

تُقدم رؤية بارسونز لدور المريض تحليلًا شاملًا للجوانب الاجتماعية للمرض، إلا أنها قد تثير بعض التساؤلات والنقاشات، فبينما تُعد إطارًا لفهم سلوك المريض داخل المجتمع قد تُبالغ في تصويره ككيان منفصل عن مجتمعه وغير مسؤول عن حالته الصحية، في الواقع يمكن للمريض أن يكون شريكًا نشطًا وفاعلًا في رحلته العلاجية، له دور هام في اتخاذ القرارات المتعلقة بعلاجه، كما أن احتياجه للدعم يتجاوز مجرد طلب المساعدة الطبية ليشمل الدعم العاطفي والنفسي والاجتماعي، لذا تحتاج رؤية بارسونز إلى التوسع والتحديث لتتوافق مع التطورات الحديثة في مفهوم الرعاية الصحية التي تُركز على الرعاية المتمركزة حول المريض وتعزيز التواصل الفعال بين المرضى والفرق الطبية، وإدراك أن صحة المريض تتأثر بعوامل نفسية واجتماعية وبيئية وليس فقط الجوانب البيولوجية للمرض.

اعتبار **Parsons** أنّ المرض انحرافًا عن المجتمع كانت محل انتقاد العديد من الباحثين، وتركيزه على أن المريض طرفًا سلبيًا في العملية العلاجية كان من أبرز الملاحظات الموجهة له، إذ يراها خاضعة فقط لسلطة الطبيب والمؤسسات الطبية كأداة لتحقيق الضبط الاجتماعي متجاهلاً الأبعاد الاجتماعية المتعلقة بالمريض كالأسرة التي تُعتبر جزءًا أساسيًا في العملية العلاجية وسياق الضبط الاجتماعي.

أما **فرايدسون** فقد حدد ثلاثة أصناف لدور المريض تتوافق مع درجات مختلفة من المرض، فدور المريض الظرفي ينطبق على الأفراد الذين يعانون من حالة مرضية مؤقتة قادرين على الشفاء منها، يُمنح لهم بعض الحقوق والامتيازات التي تتناسب مع شدة حالتهم المرضية، أما دور المريض الشرعي فيُشير إلى الأفراد الذين يعانون من أمراض غير قابلة للشفاء، ونظرًا لعجزهم عن استعادة صحتهم فإنهم مؤهلين تلقائيا لكي يتبنّوا دور المريض على المدى الطويل، وأخيرا دور المريض غير الشرعي الذي ينطبق على الأفراد الذين يشكون من اعتلال أو حالة وقع وصمها من أطراف آخرين، في مثل هذه الحالة يُعتبر المريض مسؤولًا نوعا ما على بعض الأمراض كما هو الحال مع الإدمان على الكحول والأمراض المرتبطة بالبدانة والتدخين (غيدنز و صاتن، 2018، صفحة 264).

الاتجاه الوظيفي اهتم بدراسة الصحة والمرض من خلال ربطهما بالدور والمكانة الاجتماعية للمريض، معتبرًا أن المرض يشكل انحرافًا عن النسق الاجتماعي، مما يتسبب في اختلال في المجتمع بشكل عام، ومع ذلك يظل هذا التفسير محدودًا في تفسير المرض، حيث ينحصر في إطار معين له معايير خاصة قد لا تكون دائمًا مناسبة، متجاهلًا العديد من العوامل الأخرى التي تلعب دورًا هاما في قضية الصحة والمرض.

إن فهم الدور الاجتماعي للمريض يتيح رؤية أعمق لاستيعاب كيفية تفاعل الفرد مع بيئته الصحية والاجتماعية، وهذا بدوره يستدعي الحاجة إلى ضرورة توفير ضمانات لحقوق المرضى الأساسية، مما دفع الأطباء والممرضين والإداريين في المستشفيات إلى التفكير في وسائل تلبي احتياجات المرضى النفسية والجسدية، ونتيجة لهذه الجهود تم تطوير مفهوم حقوق المريض بالتركيز على تحسين التواصل مع المرضى، والاستماع إلى مخاوفهم وضمان حصولهم على الرعاية الصحية الشاملة التي تدعم شفائهم. **ومن أبرز هذه الحقوق:**

- الاطلاع على السجلات الطبية مع ضمان الحفاظ على سرية المعلومات من قبل العاملين في المستشفى.
- توفير الخدمات الطبية الطارئة على مدار الساعة، بما في ذلك خدمات الإسعاف وأقسام الطوارئ في المستشفى.
- تقديم الخدمة الصحية للمريض بناء على الحاجة الطبية السريرية، بغض النظر عن وضعه المالي.
- الاستجابة من قبل إدارة المستشفى لأي شكوى تتعلق بالخدمات المقدمة للمريض.
- إحالة المريض إلى طبيب استشاري عند الضرورة وفقًا لتقدير الطبيب المعالج (haddad, 2024, p. 18).

أما المشرع الجزائري فقد أولى عناية خاصة بحقوق المريض، وقد تجلى ذلك من خلال قانون 90-17، ثم تبعه صدور المرسوم التنفيذي رقم 92-276 الذي تضمن مدونة أخلاقيات الطب*، وصولا إلى

* حسب المشرع الجزائري، تُعتبر أخلاقيات الطب مجموعة المبادئ والأعراف التي يجب على كل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي الالتزام بها أثناء ممارسته لمهنته، أشارت المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 92-276 بأنه يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أو الصيدلي أن يؤكد عند تسجيله أنه قد اطلع على مبادئ هذه الأخلاقيات ويلتزم بها كتابيًا، كما تنص المادتان 204 و206 من نفس المرسوم التنفيذي المتعلق بمدونة أخلاقيات الطب على حظر ممارسة أي طبيب غير مسجل في سجلات الفروع النظامية، وذلك لعدم توفر الشروط القانونية اللازمة لممارسته للمهنة (لمزيد من التفاصيل أنظر: المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 06 جويلية 1992 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب).

القانون رقم 18-11، لعام 2018 المتعلق بالصحة*، تشكل هذه النصوص القانونية معًا منظومة متكاملة تضمن حقوق المريض وكرامته، حيث تؤكد المادة 21 على حق كل شخص في الحماية والوقاية والعلاج والمرافقة دون تمييز، مع ضمان الحصول على العلاج في حالات الاستعجال، وحماية سلامته الجسدية. وتوضح المادة 22 آليات تقديم الرعاية، حيث يستفيد المريض من خدمات المصالح المتخصصة بتوجيه من الطبيب المرجعي، بينما تلزم المادة 23 بإعلام كل شخص بحالته الصحية والمخاطر المحتملة، وفيما يتعلق بحقوق السرية والاختيار، تضمن المادة 24 حق المريض في احترام حياته الخاصة وسرية معلوماته الطبية، مع إمكانية رفع هذا السر قانونيًا فقط، كما تسمح المادة 25 لأفراد الأسرة بالحصول على المعلومات الضرورية في حالة الأمراض الخطيرة، بينما تنص المادة 26 على ضرورة وجود ملف طبي وحيد لكل مريض، وتمنح المادة 28 للمريض الحق في إيداع طعن في حالة انتهاك حقوقه لدى لجنة الصلح والوساطة، وفي المقابل تفرض المادة 27 على المرضى ومرافقيهم الالتزام بالاحترام والسلوك اللائق تجاه مهني الصحة، وتمنعهم من العنف أو التخريب.

الجدول رقم (10): تحليل بارسونز لدور الطبيب والمريض وحقوقهما

دور الطبيب	دور المريض
الحقوق	**الواجبات والحقوق**
- من حقه فحص جسم المريض واستجوابه حول تفاصيل حالته الجسمية وحياته الشخصية. **- يمنح الطبيب قدرًا أكبر من السلطة داخل بيئة العمل وفي علاقته مع زملائه.** **- يمارس دورًا يتسم بالقوة والنفوذ في علاقته مع المرضى.**	**. ينبغي على المريض أن يسعى بجد لتحقيق الشفاء بأسرع وقت ممكن.** **. البحث عن العلاج الطبي المناسب والتعاون مع الطبيب المعالج.** **- من حق المريض أن يُعفى من بعض مسؤولياته وأنشطته المعتادة، مثل العمل أو الدراسة أو الأعمال المنزلية.** **- يُنظر إلى المريض على أنه بحاجة ماسة إلى المساعدة والرعاية، إذ لا يمكنه التعافي بناءً على رغبته أو قراره الشخصي وحده بل يحتاج إلى تدخل طبي لضمان الشفاء.**
الواجبات	

* لمزيد من التفاصيل أنظر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، بتاريخ 29 جويلية 2018، القانون رقم 18-11 لعام 2018 المتعلق بالصحة.

- يمتلك الطبيب مجموعة واسعة من المهارات والخبرات التي يمكنه استثمارها في علاج الأمراض المختلفة بفعالية. **- يعمل الطبيب على تحقيق مصلحة المريض والمجتمع ككل أكثر من تحقيق مصالح شخصية مادية أو معنوية.** **- أن يتحلى بالموضوعية، بحيث لا يحكم على سلوك المرضى من خلال قيمه واتجاهاته الخاصة، وأن يبقى بعيدًا عن استعمال العاطفة معهم.** **- يجب على الطبيب الالتزام الصارم بقواعد ومبادئ ممارسة مهنة الطب مع الحفاظ على سرية معلومات المريض.**	

المصدر: معد بالاعتماد على:

(محمد صالح أ.، 2008، صفحة 112)

(بن مقلة، 2023، صفحة 554)

مما سبق ذكره، إنّ المرض هو حالة اجتماعية تنشأ عن حالة بيولوجية غير طبيعية، هذه الحالة تفرض على الفرد تغيير سلوكياته المعتادة، في المقابل يُمنح للمريض إعفاءً من بعض المسؤوليات والالتزامات التي كان يقوم بها قبل إصابته، وهذا ما أكده عالم الاجتماع الأمريكي Talcott Parsons في كتابه "النظام الاجتماعي" مثلما ذكرنا سابقا، الذي ساهم بشكل كبير في تطوير المعرفة السوسيولوجية في المجال الطبي، حيث تناول مفهوم المرض ودور المريض ودور الطبيب وتحليل العلاقات الاجتماعية التي تنتج بين الطبيب والمريض.

ثانيا: أنواع العلاقات التفاعلية الإجتماعية داخل المؤسسة الاستشفائية

1. مفهوم وخصائص التفاعل الاجتماعي

لا تخل أي مؤسسة استشفائية من حدوث تفاعل بين مختلف الفاعلين بداخلها، خاصة وأن قيامها بوظيفتها مرتبط به أساسا، فالعاملون داخل المؤسسة بحاجة إلى الشعور بالانتماء العميق لمؤسستهم، يشير **Reicheld** أنه كلما طالت مدة بقاء العاملين في المؤسسة زادت خبراتهم ومهاراتهم وازداد فهمهم لفلسفة وأهداف المؤسسة، علاوة على تعزيز ولائهم لرب العمل، وتمسك هذا الأخير بهم لأنهم يمثلون رأس مال المؤسسة (الطائي والعلاق، 2019، صفحة 167).

سنحاول التطرق إلى أهم أنماط هذه العلاقات، وذلك بعد تحديد مفهوم التفاعل الاجتماعي وأهم خصائصه.

1.1. مفهوم التفاعل الاجتماعي

يعتبر التفاعل الاجتماعي من أكثر المفاهيم انتشاراً في علم الاجتماع، وقوام الحياة الاجتماعية للأفراد والجماعات، حيث يضم كل الأنشطة الاجتماعية وما ينجم عن ذلك من علاقات مختلفة تؤثر على حياتهم ككل، فهو المسؤول الأول عن تشكل مختلف العلاقات الاجتماعية " التي تهتم بالعنصر البشري باعتباره أهم عناصر الإدارة والعمل والإنتاج، كما يمثل العنصر الأهم في نجاح أي منظمة، ولاشك أنه مهما استخدم من نظم وأحدث المعدات والوسائل فإننا لن نستطيع تحقيق أهداف المؤسسة بنجاح دون وجود درجة من التفاعل بين الفرد وبيئة عمله" (بن فايز الجحني، 2006، صفحة 50).

تتنوع أساليب التفاعل الاجتماعي بين التواصل المباشر وغير المباشر بين عدد محدود من الأفراد أو عدد أكبر باستخدام الإشارات واللغة والإيماءات، ويتجلى التفاعل الاجتماعي في أشكال متعددة منها التعاون والتكيف والمنافسة والصراع والموائمة، وعندما تستقر وتنتظم أنماط هذا التفاعل تتحول إلى علاقات اجتماعية ثابتة، باعتبارها "أمرًا بالغ الأهمية للأفراد في العديد من النواحي، ليس أقلها أن الإنسان كائن اجتماعي بطبيعته، وحياته تعتمد بشكل كبير على هذه العلاقات الاجتماعية، فمثلا تُعد اللغة المتقدمة من سمات البشر التي لا يمكن تطويرها إلا في سياق جماعي، كما يتطلب تشكيل الهوية الإنسانية التفاعل المستمر مع الآخرين، لذلك لا يمكن للأفراد أن يعيشوا في عزلة مطلقة" (Bergh, 2011, p. 13)، عادةً ما يميز العلماء بين العلاقات المؤقتة والدائمة بناءً على مدى استقرارها وانتظامها، حيث تُشير الأولى إلى العمليات الاجتماعية والثانية إلى العلاقات الاجتماعية، وهذا يعني أن العملية الاجتماعية ما هي إلا علاقة اجتماعية في مرحلة التكوين فإذا ما استقرت وتبلورت وأخذت شكلاً محددا تحولت إلى علاقة اجتماعية، والفارق بينهما يكمن في الدرجة وليس في النوع، ومن ناحية أخرى من أهم صفات الكائن البشري قدرته على إقامة علاقات مع الآخرين والتي يمكن تسميتها بالعلاقات البشرية بغض النظر عن كونها علاقة إيجابية أو سلبية، وهي تختلف عن مفهوم العلاقات الإنسانية التي تُفهم عمومًا على أنها علاقات إيجابية، والتفاعل الاجتماعي لا يقتصر تأثيره على الأفراد فقط، لكن يمتد للقائمين على تنفيذ البرامج، مما يؤدي إلى تعديل أساليب عملهم وتحسين سلوكهم بناءً على ردود أفعال الأفراد.

من بين التعريفات المهمة التي قدمت للتفاعل الاجتماعي ما ذكره **أنتوني غدنز** الذي اعتبره بأنه العملية التي يتم من خلالها القيام بفعل أو رد فعل تجاه الآخرين (أنتوني، 2005، صفحة 157).

ويعرفه **محمد الجوهري** أنه العملية التي تتيح للأفراد الذين يتصلون ببعضهم البعض أن يؤثر كل منهم على الآخرين ويتأثر بهم في الأفكار والأنشطة، والتأثير المتبادل هو جوهر عملية التفاعل

(الجوهري، 2007، صفحة 38).

أما **صلاح محمد عبد الحميد** فقد عرف التفاعل الاجتماعي بأنه يقوم على مجموعة من المعايير التي تنظم هذا التفاعل من خلال وجود نظام معين من التوقعات الاجتماعية المرتبطة بالأدوار والمراكز داخل المجتمع، وبما أن التفاعل الاجتماعي يعد وسيلة للتواصل بين الأفراد والجماعات فإنه ينتج عنه مجموعة من التوقعات الاجتماعية المرتبطة بموقف معين (عبد الحميد، 2012، صفحة 11).

يشير التعريف السابق إلى أن التفاعل الاجتماعي ليس مجرد تواصل بين الأفراد والجماعات، بل هو عملية ديناميكية تنطوي على تبادل توقعات اجتماعية معينة، تتغير وتتكيف حسب المواقف المختلفة، هذه التوقعات تُسهم في تشكيل العلاقات الاجتماعية وتعزز من التماسك الاجتماعي داخل المجتمع.

وحسب رأي كل من **مرعى وبلقيس** يشير التفاعل الاجتماعي إلى تلك العمليات المتبادلة بين طرفين اجتماعيين (فردين أو جماعتين صغيرتين أو فرد وجماعة صغيرة أو كبيرة) في موقف أو وسط اجتماعي بحيث يكون سلوك أي منهما مثيرا لسلوك الطرف الآخر (الجموعي و جلول ، 2021، صفحة 308).

في ضوء ما سبق، يمكننا تعريف التفاعل الاجتماعي بأنه سلسلة من الأفعال الدينامية (المتغيرة) بين الأفراد أو الجماعات، يعدلون أفعالهم أو ردود أفعالهم وفقا لأفعال أو ردود أفعال الطرف الآخر، ويجرى هذا التفاعل عادة عبر وسيط معين (لغة، رموز، إشارات، إيماءات وأشياء)، ويتم خلال ذلك تبادل رسائل معينة ترتبط بغاية أو هدف محدد.

2.1. خصائص التفاعل الاجتماعي

يتميز التفاعل الاجتماعي بعدة خصائص أهمها:

- يعتبر التفاعل الاجتماعي وسيلة أساسية للاتصال والتفاهم بين مختلف أفراد الجماعة.
- يؤدي التفاعل بين أفراد الجماعة إلى بروز المهارات والقدرات الفردية وظهور القيادات.
- كل فعل يستدعي رد فعل، مما يؤدي إلى التفاعل الاجتماعي بين الأفراد، وعند قيام الفرد بسلوك معين ضمن المجموعة فإنه يتوقع استجابة معينة من بقية الأفراد سواء كانت إيجابية أو سلبية
- من خصائصه توتر العلاقات الاجتماعية بين الأفراد المتفاعلين، مما يؤدي إلى تقارب القوى بين أفراد
- الجماعة (عبد الحميد، 2012، الصفحات 11-12).
- يعتمد التفاعل الاجتماعي على تحليل السلوك الفردي في الموقف الاجتماعي على أنه استجابة لمثير صادر عن شخص آخر، حيث يتحول كل مثير إلى استجابة، وتتحول الاستجابة إلى مثير، مما يؤدي إلى تتابع مستمر لردود الأفعال، هذا التتابع يمثل جوهر التفاعل الاجتماعي.

- يعتبر التفاعل الاجتماعي أداة لتعديل سلوك الفرد من خلال تأثره بسلوك الآخرين، ومن خلال عملية التنبيه والاستجابة يتغير الكائن البيولوجي تدريجياً إلى كائن بشري له شخصيته، ولا يقتصر التفاعل الاجتماعي على التواصل بين الأفراد فحسب، بل يتضمن تفاعلًا داخليًا داخل الفرد ذاته.
- يكون التفاعل الاجتماعي مقصودا ومخططا له مسبقا ويكون متكرر وممتد لفترة من الزمن (الجموعي و جلول ، 2021، الصفحات 308-309).

2. الخصائص المميزة للعلاقات الاجتماعية في المؤسسات الصحية

تنشأ بين العاملين في المؤسسات الاستشفائية والمستفيدين من خدماتها أنواع متعددة من العلاقات الاجتماعية، وفي هذه العلاقات يمتزج ما هو اجتماعي بما هو نفسي بما هو مهني تخصصي، ويمكن تحديد أهم الخصائص التي تميز هذه العلاقات فيمايلي:

- تعني العلاقات الاجتماعية في إطار المؤسسات الصحية المشاركة الإنسانية الفاعلة والتعاون الاجتماعي على تقديم الخدمات الصحية لمن يحتاجها.
- تنشأ العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسات الصحية وتتواصل في إطار من التنظيم الاجتماعي المؤطر ببناء المؤسسة ووظائفها.
- تعكس العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسات الصحية مفهوم حاجة الإنسان المريض إلى من يقدم له الخدمة، وهنا يبرز البعد الإنساني التضامني لمساعدة المحتاج.
- العلاقات الاجتماعية في المؤسسات الصحية تعبر عن اهتمام العاملين بها بإحداث نوع من التناغم والتجانس في أداء مهامهم وتحمل مسؤولياتهم.
- تأخذ العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسات طابع العمل التخصصي المهني ضمن منظومة من التخصصات الأخرى التي يكمل بعضها البعض، وفيها يبرز توجه المجتمع نحو تقسيم العمل والتخصص.
- تنظيم العلاقات في المؤسسات الصحية في إطار من الطبيعة الاجتماعية للأفراد، وفي سياق الأدوار والمهام الصحية والاختصاصات في المجال التخصصي للمؤسسة الصحية، وكلما كانت هذه العلاقات منظمة وإيجابية زادت قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها (بشير الدويبي، 2006، الصفحات 73-74).

3. أنواع العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة الاستشفائية

تصنف العلاقات الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية على النحو التالي:

1.3. علاقة تعاون

التعاون والعمل الجماعي بين الأطباء والممرضين ومختلف العاملين في المستشفى أمر بالغ الأهمية

لرعاية المرضى ورفع معنوياتهم، فكل عضو في الفريق لديه وجهة نظر خاصة فيما يتعلق بالتقييم وخطة الرعاية للمريض، ولا يمكن وضع خطط العلاج المناسبة إلا من خلال التعاون وتبادل المعلومات، هذا التعاون هو في جوهره "عملية اجتماعية تتضمن شبكة من العلاقات النوعية التي يمتزج فيها الجانب النفسي بما هو اجتماعي، ضمن أي علاقة داخل المؤسسات الصحية يولي الأطراف المعنيون أهمية دور كل طرف ويسعون بشكل تضامني لتحقيق أهداف المؤسسة الصحية" (بشير الدويبي، 2006، صفحة 75)، بالمقابل يعتبر التعاون عملية معقدة تتطلب تبادل المعرفة وتحمل المسؤولية المشتركة لرعاية المرضى، وغالبًا ما يحدث ذلك في علاقات طويلة الأمد بين المتخصصين في مجال الصحة، ويمر التعاون بمسار تنموي يتطور مع مرور الوقت، حيث ينضم أعضاء جدد للفريق أو يغادرون وتتغير الهياكل التنظيمية، وبما أن كل مهنة في مجال الرعاية الصحية تمتلك معلومات حيوية تحتاج المهن الأخرى لمعالجتها لضمان ممارسة ناجحة ورعاية آمنة للمرضى، ولا يمكن لمهنة واحدة أن تعمل بمعزل عن الأخرى، مما يجعل مهارات التعاون الجيدة ضرورية (Karima & Wafaa, 2011, p. 141).

تستند علاقة التعاون داخل المؤسسات الصحية على عدة منطلقات منها:

- وجود الحاجة المشتركة والشعور المشترك بأهمية العمل الطبي الذي تعاون الجميع عليه لكي يحقق أهدافه.
- التعاون والتفاهم المشترك يعزز تبادل المعرفة والخبرات بين أعضاء المؤسسة الصحية، من خلال مشاركة المعلومات السريرية وأفضل الممارسات والتقنيات الحديثة.
- وجود الرغبة الصادقة في التعاون لصالح المرضى والمؤسسة الصحية والمجتمع ككل، ولا ينبغي أن يتحول العمل التعاوني إلى تحقيق مطامح شخصية أو كسب مادي فقط.
- يجب أن تكون المؤسسات الصحية مستعدة للتكيف مع التحديات المتغيرة والظروف المتقلبة مثلما حدث في جائحة كورونا.
- لكل طرف في العلاقة التعاونية داخل المؤسسة الصحية أهمية وتقدير، فدور الممرضة مهم شأنه في ذلك شأن الطبيب ودور المريض مهم لا يقل هو الآخر أهمية عن غيره.

ولقد سمحت لنا الدراسة الميدانية في المؤسسة الاستشفائية التي شملتها الدراسة برصد بعض مظاهر التعاون على مستويات متعددة سواء بين مقدمي الرعاية الصحية أنفسهم، أو بين الأقسام المختلفة داخل المستشفى، أو حتى بين المصالح المتنوعة، ويتجلى هذا التعاون بين الأقسام في جانبين رئيسيين: الجانب العلاجي والجانب الإداري، فمن الناحية العلاجية تتبادل الأقسام المشورة والخبرات عند الحاجة فيما يتعلق

بعلاج المرضى، أما من الناحية الإدارية فإن الأقسام تعمل على تلبية احتياجات بعضها البعض من المعدات والموارد المتوفرة، مما يسهم في تسيير العمل بسلاسة.

بالإضافة إلى ذلك، كشفت الدراسة عن وجود تعاون مع المستشفيات الجامعية، حيث ينتقل بعض الأطباء إلى هذه المستشفيات لحضور دروس عملية كجزء من تكوينهم المهني، إلا أن هذا الانتقال يثير في بعض الحالات إشكالية ضمان استمرارية الرعاية الطبية، إذ قد يؤدي غيابهم إلى التأثير على خطة علاج المرضى وسير العمل داخل المؤسسة الاستشفائية، وهو ما سنوضحه في الجزء التطبيقي من هذه الدراسة.

2.3. علاقة اتصال وتنسيق

إذا كان الاتصال يؤدي إلى التعاون والتنسيق بين الأفراد داخل المؤسسة الاستشفائية، فماذا عن التنسيق ذاته؟ علماً بأننا بدأنا بالاتصال قبل التنسيق لعلاقتهما الجدلية المتداخلة، من أجل الوصول إلى الاتصال الجماعي لخلق علاقات محكمة وهادفة، "يقول السيد **هنري بينبري Henry Bunbury** إن الإداري الناجح هو من تصبح قدرته على التنسيق غريزة أو عادة"، لأن التنسيق جزء أساسي من الإدارة العامة يشمل جميع الاتجاهات، وهو ضروري للتفاعل بين مختلف مصالح الإدارة، وكذا بين الإدارة وبين السلطات السياسية، وبينها وبين الأفراد والجماعات وبينها وبين الهيئات المحلية، أي بين البيئة الداخلية والبيئة الخارجية، إذا التنسيق هو الانسجام بين أفراد الجماعة الذين يعملون لتحقيق هدف مشترك (حاروش، 2012، صفحة 144).

أما عن التنسيق الجيد فيتطلب تحديد الأدوار والمسؤوليات بوضوح، وتبادل المعلومات بشكل دقيق ومنتظم، والتعاون في وضع الخطط العلاجية وتنفيذها، والتفاعل مع تطورات حالة المريض بشكل فعال.

3.3. علاقة تنافس

التنافس داخل المؤسسات الصحية عملية اجتماعية تؤثر على العلاقات بين الأطراف المتنافسة داخل هذه المؤسسات، والتنافس مهم في المجال الصحي إذا كان من أجل المزيد من التطوير والتحسين في نوعية الخدمات الصحية، وزيادة مستويات الخبرة والكفاءة، وفي الرفع من مستوى أداء العمل وزيادة التعليم والتدريب (بشير الدويبي، 2006، الصفحات 75-76)، على مستوى الأطباء تظهر عملية التنافس واضحة في سلوكهم نحو تحقيق أكبر قدر من ممارسة السلطة أو الدخول على الأقل كعنصر أساسي في مجال الإدارة كرئيس لقسم علاجي مثلا (ابراهيم عوض و آخرون، 2005، صفحة 376).

مما سبق، يعتبر التنافس ظاهرة طبيعية داخل المؤسسات الصحية، تتجلى أشكاله في عدة مجالات

منها التنافس على جذب المرضى، حيث تسعى المؤسسات لجذب أكبر عدد ممكن من المرضى من خلال تقديم خدمات صحية ذات نوعية وجذب الكوادر الطبية المميزة، حيث تحاول كل مؤسسة استقطاب أفضل الأطباء والممرضين والفنيين بتوفير رواتب وحوافز تنافسية، وتشمل أيضًا أشكال التنافس الابتكار في مجال تقديم الخدمات الصحية، حيث تسعى المؤسسات على تطوير خدمات جديدة ومبتكرة بالاستثمار في البحث العلمي وتكنولوجيا المعلومات.

لقد كشفت الدراسة الميدانية عن مظاهر واضحة للتنافس بين أفراد هيئة التمريض، ولعل أبرز ما لوحظ هو سعي البعض ممن تتوفر فيهم الشروط للحصول على مراكز الإشراف والإدارة، يبدو أن هذا التوجه مدفوعًا بشعور سائد بأن العمل الإداري يوفر لهم راحة ومكانة وهيبة لا تتحقق من خلال الانخراط في المهام اليومية للتمريض المباشر.

ومع ذلك، يجب الإشارة إلى أن بعض جوانب هذا التنافس داخل المستشفى لم تكن دائمًا تهدف إلى الارتقاء المهني الجماعي، بل كانت في بعض الحالات تنصب على تحقيق أهداف شخصية بحتة وإشباع حاجات فردية، مثل الحصول على درجة علمية أعلى أو فرص عمل وراتب أفضل.

4.3. علاقة تكيف

التكيف علاقة اجتماعية تنشأ بين الفرد والوسط الذي يعيش فيه، ففي المؤسسة الصحية خاصة المستشفيات يحتاج المرضى الذين تتطلب حالتهم الصحية البقاء في المستشفى لفترة طويلة إلى التكيف لتحقيق الانسجام بين رغباتهم واحتياجاتهم الذاتية وبين احتياجات الآخرين ومتطلبات المستشفى، بما في ذلك المتطلبات الطبية والمهنية والنظم والتشريعات والسلوكيات، من خلال عملية التكيف يتم دمج المرضى في البيئة الطبية المؤسسية، مما يسهل عليهم الحصول على الرعاية الصحية وإقامة علاقات إيجابية مع الآخرين (بشير الدويبي، 2006، صفحة 76).

5.3. علاقة توتر

العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة جوهرية في النظام الصحي إلا أنها قد تعاني من التوتر في بعض الأحيان، وتوتر هذه العلاقة يعكس تداخلًا معقدًا من العوامل الاجتماعية والنفسية، بما في ذلك عدم الاتصال الفعال واختلافات السلطة والتوزيع... وقد قام بعض علماء الاجتماع بتحليل هذه الديناميات، حيث يرى **فريدسون*** أن العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست علاقة تعاون متبادل كما تصورها بارسونز وإنما

---

* **فريدسون:** يُظهر التوتر صراعًا بين وجهة نظر الطبيب ووجهة نظر المريض حول المرض والعلاج.

بارسونز: يمثل كل من الطبيب والمريض دورًا اجتماعيًا محددًا، مما قد يخلق صراعًا في التوقعات والسلوك.

هي علاقة توتر (محمد السيد عمر، 2003، صفحة 129)، قد يكون من أهم أسبابه: تناقض التوقعات، حيث يشعر الطبيب بالإحباط عندما يتوقع من المريض اتباع تعليماته الطبية بدقة لكنه يواجه عدم الطاعة، كما يؤدي زيادة الوعي الصحي لدى المرضى إلى رغبتهم في المشاركة في قرارات العلاج بينما يفضل الطبيب التحكم الكامل في العلاج، علاوة على ذلك يمكن أن يؤدي اختلاف الآراء بين الأطباء والمرضى إلى حالة من التوتر، ويظهر هذا الصراع عندما يحاول المريض فرض رأيه في قرارات الطبيب أو التدخل في عمله، كما تتجلّى مظاهر التوتر في شكاوى المرضى المتكررة من قلة الوقت الذي يخصصه الطبيب لهم، وشعورهم بعدم الارتياح في التعبير عن مشاعرهم وقلقهم، كما تظهر بعض العلاقات السلبية من خلال استغلال المرضى لتحقيق مصالح شخصية لبعض أعضاء الهيئة الطبية أو المساعدة، يُضاف إلى ذلك وجود تمييز بين المرضى بناءً على وضعهم الاقتصادي أو الاجتماعي، كل هذه السلوكيات تُعزز من الشعور بالتوتر وتؤثر سلبًا على جودة الرعاية الصحية المقدمة، مما يُعيق بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة والاحترام المتبادل.

يعتبر بعض الباحثين أن التوتر قد ينجم عن عدم وجود تواصل فعال بين الأطباء والمرضى، لأن التواصل الجيد يتطلب فهمًا عميقًا للمشاعر والاحتياجات والقيم لدى كلا الطرفين، فإذا لم يتمكن الطبيب من إدراك مخاوف المريض أو توقعاته، قد يؤدي ذلك إلى ضعف الثقة وزيادة التوتر، كما أن التفاوت العلمي بين الأطباء والمرضى يؤثر بشكل كبير في جودة التواصل بينهما، فالمرضى الذين يواجهون صعوبات في القراءة والكتابة أو الذين لا يفهمون كيفية عمل أعضائهم يواجهون صعوبة في استيعاب ما يقوله الأطباء مهما بذلوا من مجهودات في تبسيط المعلومات، مما يخلق نوعًا من الفصام الاجتماعي بين الأطباء والمرضى، والتوتر قد ينشأ كذلك نتيجة تفاوت السلطة بين الطبيب والمريض، حيث يمتلك الطبيب المعرفة الفنية والسلطة المهنية، مما قد يجعل المريض يشعر بالتبعية أو العجز عن المشاركة الفعالة في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بصحته، هذا الشعور بالتبعية قد يؤدي إلى صراعات أو انعدام التفاهم بين الطرفين.

لتقليل هذا التوتر، يجب على الطبيب أن يتعامل مع متطلبات واحتياجات المرضى بشكل عادل ومتوازن، مع احترام رغباتهم وحقوقهم وفهم مشاعرهم، كما يجب أن يعمل على تطوير مهارات التواصل الفعّال مع المرضى وتقديم المعلومات الطبية بطريقة واضحة ومفهومة، أما بالنسبة للممرض فينبغي أن

ميرتون: ينشأ التوتر بسبب عدم المساواة في المعرفة والسلطة بين الطبيب والمريض.

يتحلى بمبدأ المساواة أثناء تقديمه للخدمات الاستشفائية، أي أن يتساوى لديه جميع المرضى في الاستفادة من هذه الخدمات وبنفس المستوى بعيدا عن أي اعتبار مهما كان منشأه يحول دون حصول ذلك (لبوخ، 2016، صفحة 376).

بناء على ما تقدم، يمكن التأكيد على أن العلاقة بين الطبيب والمريض وبين الممرض والمريض، تُشكلان الأساس في الممارسات الطبية، يؤكد إعلان جنيف عند ممارسة الطبيب عمله أن يعمل بالالتزام الذي يقول " سوف أضع صحة مريضي فوق كل اعتبار"، وبالمثل ينص قانون الأخلاقيات الطبية على واجب الطبيب في معاملة مرضاه بإخلاص وضرورة التفاعل بفاعلية مع التحديات التي تفرضها تقنيات المعلومات في مجال الرعاية الصحية لضمان استمرارية جودة الرعاية.

4. العلاقات بين الفاعلين في المؤسسة الاستشفائية

تعتبر العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسات الاستشفائية عملية اتصال أو تفاعل بين شخصين أو أكثر لإشباع حاجات أطراف العلاقة، كالعلاقة الاجتماعية بين المريض والطبيب أو بين المريض والممرض أو بين الطبيب والممرض أو بين مدير المستشفى والطبيب والممرض، وتعتبر كذلك تجسيدا للطبيعة النفسية الاجتماعية للأدوار والمسؤوليات والمكانة الاجتماعية الوظيفية التي يقوم بها الطبيب أو الممرض أو المريض وغيرهم في إطار مهام وأهداف المؤسسة الطبية والصحية، وكما ذُكر سابقاً تفرض علاقة التفاعل الاجتماعي بين الأفراد أنواعاً مختلفة من الاتصالات بينهم تؤدي إلى نتائج تُعرف بالعمليات الاجتماعية مثل التعاون، التكيّف، المواءمة، التنافس، والصراع مما يستوجب أن تلعب العلاقات دورها في تقليل التوتر والأثر السلبي على أداء المؤسسة الصحية، وذلك من خلال الاستناد الى العلاقات غير الرسمية القائمة بين العاملين فضلا عن العلاقات الرسمية، وهذا من شأنه أن يسهم في تعزيز الثقة المتبادلة بين الموظفين أنفسهم ومع إدارة المؤسسة الاستشفائية، من خلال رعايتها لمصالحهم ومعايشتها لظروفهم الخاصة والعمل على تذليل ما يمكن تذليله من مشكلات.

ناقش كثير من السوسيولوجيين مسألة العلاقات في المؤسسات الاستشفائية، وبالأخص العلاقة بين الطبيب والمريض وبين الممرض والمريض باعتبارها موضوعاً أساسيا في علم الاجتماع الطبي، فالمريض ليس مجرد محور اهتمام الفريق الطبي، بل هو السبب الرئيسي لوجودهم، فبدونه لا يمكن أن يقوم الأطباء والممرضون بأدوارهم، كما يعتبر المريض العنصر الأساسي الذي تدور حوله كافة الأنشطة الطبية والعلاجية.

1.4. العلاقة طبيب – مريض

مرت هذه العلاقة بمرحلة انتقالية على مر العصور، ففي السابق ساد نموذج أبوي كان فيه المريض يطلب المساعدة ومتلقيًا لقرارات الطبيب، أما الطبيب فقد كان يستخدم مهاراته لاختيار العلاج الضروري لاستعادة صحة المريض أو التخفيف من آلامه، وكانت المعلومات تُقدم للمريض بطريقة تشجعه على الموافقة على قراراته، إلا أن هذا التفاعل غير المتوازن واجه تحديات وانتقادات كبيرة، مما أدى إلى الدعوة لتبني دور أكثر استقلالية وفاعلية للمريض، يهدف إلى تقليل هيمنة الطبيب وتعزيز المشاركة المتبادلة بين الطرفين من خلال "محاولة الطبيب الدخول إلى عالم المريض لرؤية المرض من خلال عيون المريض" (Kaba R & Sooriakumaran P, 2007, p. 57) .

إنّ تعزيز العلاقة بين الطبيب والمريض يتطلب المناقشة والحوار بينهما لتقديم خدمات صحية ذات نوعية للمرضى خلال الزيارة، وقد أثبتت عدة تقارير إمكانية تحسين جودة الرعاية بغض النظر عن مدة الزيارة من خلال امتلاك مهارات الاتصال، كما أن العبارات التي يدلي بها المرضى تساعد الطبيب على فهم طبيعة المرض وتساعده على وضع خطة علاجية للمريض تتناسب مع حالته، "فيجب أن تكون العلاقة مع المرضى بمنتهى الود والمحبة، وأن يتلقى العناية الكافية، ويقدم له الغذاء والراحة في إطار علاقة أخوية وتعليمية وإرشادية بما هو في مصلحة المرضى وعافيتهم" (مزاهرة ، الصفدي، و أبو حسين، 2003، صفحة 115)، وعندما يلبي الطبيب الاحتياجات الطبية للمريض تتشكل العلاقة بين الطبيب والمريض، ويتم ذلك غالبًا في جو يسوده التفاهم المتبادل(Relationships, 1995 - 2021) .

تتلخص هذه العلاقة في تكريس الأطباء علمهم لخدمة المرضى الذين يعالجونهم، بغض النظر عن الأجر الذي يتلقوه والوضع الاجتماعي للمرضى، وأن يحافظوا على حياة المرضى ولا يساعدوا على الموت أو على إجهاض الحامل، كما ينبغي للطبيب ألا يمارس شيئاً لا يعرفه من غير اختصاصه، كأن يجري عملية جراحية ليست من اختصاصه، ولما كانت علاقة الطبيب بالمريض قائمة على الثقة فإنه من حق المريض ألا يتوقع أن يقوم الطبيب بتقديم أي معلومات شخصية عنه تحصل عليها بحكم عمله لجهة أخرى إلا بموافقته وعلمه، فالأسرار التي يكتشفها في المريض ويطلع عليها قد تكون مما يتعلق بذات المرض، كالأمراض الخاصة بإدمان المخدرات أو الأمراض الجنسية، وقد تكون مما لا يتعلق بالمرض ولكن يكتشفها الطبيب أثناء حديثه مع المرضى كالسر العائلي أو يطلع عليها أثناء فحصه له كبعض العيوب الخلقية، وتعتبر مدونة أخلاقيات الطب أفضل من عبّر عن هذا المبدأ، فقد خصص المشرع الجزائري المواد من **36** إلى **41** في عنوان السر المهني، هذه المواد التي قضت باحتفاظ الطبيب بالسر المهني المفروض لصالح المريض، "إلا في الحالات التي تشكل خطرًا على حياة المريض، مثل محاولات الانتحار أو إيذاء

النفس، في مثل هذه الحالات يمكن للطبيب الإفصاح عن السر الطبي لصالح المريض وإبلاغ أهله أو السلطات المختصة عند الضرورة" (شايب، 2007)، كما يلتزم الطبيب عند تشخيص المرض شرح حالة المريض بعبارات واضحة وسهلة الفهم وتشجيعه وتهيئته نفسيًا للالتزام بتوجيهات الطبيب، مع التأكيد على دور الفحوصات في الوصول إلى تشخيص دقيق وعلاج مناسب (محمود حسن و غانم العبيدي، 2006، الصفحات 4-5).

اهتم علماء الاجتماع خاصة الأنثروبولوجيين بدراسة علاقة الأطباء بالمرضى لأنها علاقة اجتماعية قبل أن تكون علاقة مهنية (صاحب، د.س، صفحة 329)، حيث يشير العالم François Steudler إلى أن العلاقة الطبية هي غالباً ما تعتبر كتدخل محدود لشخصين، طرفه المريض والطرف الآخر الطبيب بمعرفته وتقنيته، في الحقيقة العلاقة طبيب– مريض هي علاقة مشروطة بالبنية الاجتماعية ونجد في نفس الوقت مخرج للنسق الاجتماعي (François, 1972, p. 43)، يعني أن العلاقة هي في جوهرها تفاعل اجتماعي يتأثر بالسياق الاجتماعي والثقافي المحيط بهما، ولها دور في استقرار "النسق الاجتماعي" الأوسع.

وعلى أساس أنها لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج فقط، بل تتعداه إلى بناء علاقة قائمة على الاحترام والتعاطف مع المرضى، خاصة في حالات الأمراض الحساسة والأمراض العقلية، ومن الواضح أن المرض مرض طبقة (الضلاعين، 2020، صفحة 27)، إذ تؤثر الطبقة الاجتماعية على نوع المرض الذي يصيب الفرد، لأن الظروف المعيشية والبيئة المحيطة بالمريض يمكن أن تكون سبباً في ظهور أمراض معينة، ومن ناحية أخرى تؤثر الطبقة الاجتماعية على سلوك الطبيب نفسه تجاه المريض مثلما أوضحت دراسات "كارترلاين وأوبرين"، فقد يظهر الأطباء تعاطفاً أقل ويخصصون وقتاً أقصر للمرضى من الطبقات العاملة مقارنة بمرضى الطبقة المتوسطة، ومما لا شك فيه أن الأطباء والمرضى ينتمون غالباً إلى بيئات ثقافية مختلفة مما يؤثر على العلاقات فيما بينهم وعلى مواقف إجراء الكشوف والاستشارات الطبية (رمضان أيوب، 1985، صفحة 117).

وتشير دراسات أخرى إلى أهمية هذه العلاقة في تحسين نتائج العلاج، فقد أظهرت دراسة **Esperate** أن الاستماع الدقيق والتشجيع قبل العلاج، وإعطاء التعليمات للمريض قبل مباشرة العلاج يمكن أن يحسن من تأثير العلاج بشكل كبير، وأشار **Zola** إلى أن تجاهل العوامل غير الطبية قد يؤدي إلى فشل العلاج، لأن معالجة الأعراض الجسدية فقط دون النظر بأنها جزء من صورة أكبر يمكن أن يلحق الضرر بالمريض، وأوضحت الأبحاث إلى أن الطبيب الذي يوحي بالثقة لمرضاه ويكون ودودًا ومطمئنًا، والذي لا يكون قلقا ولا متأزما ولا متوترا ويجري فحوصات دقيقة يكون أكثر قدرة على تحقيق ردود فعل إيجابية من المريض

(حابي ، 2016، صفحة 131) الذي عليه أن يدرك ضرورة الالتزام بتوجيهات الطبيب، مثل تقديم العينات في الوقت المحدد والجلوس بشكل صحيح أثناء التصوير الشعاعي لضمان دقة النتائج والتشخيص وعدم الالتزام بهذه الإجراءات قد يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية أو حتى الوفاة (محمود حسن و غانم العبيدي، 2006، الصفحات 4-5).

تتسق الجوانب السابقة مع جميع التفاعلات التي يمر بها المرضى خلال إقامتهم في المستشفى، فالتواصل الفعال مع الأطباء يعتبر جانبًا حيويًا لتجربتهم حتى في التخصصات ذات التقنية العالية مثل جراحة الأعصاب، وذلك ما أظهرته الدراسات أن التقييم العام للطبيب يرتبط ارتباطًا مباشرًا بمهارات التواصل لديه مثل إظهار الاحترام، الاستماع الفعّال، قضاء وقت كافٍ مع المريض، وتقديم تعليمات واضحة ومفهومة حتى الإيماءات البسيطة، كجلوس الطبيب بجانب السرير بدلاً من الوقوف، يمكن أن يحدث فرقًا ملموسًا في تجربة المريض ورضاه (C. Zygourakis & others, 2014, p. 51).

كانت **البنائية الوظيفية** إحدى النظريات الاجتماعية التي ناقشت مسألة العلاقة بين الطبيب والمريض، حيث أكد بارسونز على أن العلاقة بين الأطباء والمرضى علاقة أدوار متكاملة وليست متكافئة، فالطبيب يتمتع بسلطة أعلى وقدرة توجيهية تؤثر على سلوك المريض، ومتكاملان لأن كل طرف يحتاج إلى الآخر لتلبية متطلبات دور كل منهما (حمادي علي و حسن جاسم، 2020، صفحة 61).

أشارت النظرية في دراستها للعلاقة بين الطبيب والمريض إلى ضرورة تحديد العوامل البنيوية لكل من الأطباء والمرضى، فبالنسبة للمريض تتمثل في الفقر والحرمان المادي والأوضاع الاجتماعية والثقافية الصعبة التي تزيد من آلامه ومعاناته، أما الطبيب فيواجه تحديات مثل قلة الراتب الشهري، وكثرة المرضى، وصعوبة ظروفه الاجتماعية والثقافية، وقلة فرص الترقية، في ظل هذه الظروف يؤدي التفسير الوظيفي إلى نتائج سلبية وهدامة في هذه العلاقة، حيث يعاني المريض من عدم بلوغه الشفاء المطلوب، بينما يتعرض الطبيب للإساءة إلى سمعته وتعويق حركته وفاعليته (الوروري، د.س، صفحة 80).

ومن ناحية أخرى، يصف **Fridson** عام 1961م نجاح هذه العلاقة من وجهة نظر المريض، حيث يرى المريض أن نجاح علاقته بطبيبه تعتمد على عاملين هما: تخصص الطبيب التقني واهتمامه الشخصي بالمريض، أما **Bloom** فيشير إلى أن العوامل الاجتماعية تلعب دورًا رئيسيا في نجاح أو فشل هذه العلاقة، بينما لاحظ **Bolmee** في دراسته التي أجراها على عدد من الأطباء بإحدى المستشفيات الصدرية عام 1966 أن العلاقة الودية بين الطبيب والمريض تعزز ثقة المريض (محمد السيد عمر، 2003، صفحة 67).

إن مشاركة الأطباء في المشاكل غير الطبية للمريض تسهم في إحداث تغيير اجتماعي، لهذا السبب يجب عليهم أن يكونوا على دراية برغبة المرضى في التحدث عن مشاكلهم ومخاوفهم لإيجاد الحلول المناسبة، وتخصيص الوقت الكافي للاستماع إليهم بحرية تامة، و في هذا الصدد قالت **اليزابت بارنس:** "إن الطبيب الذي لا يسمع لمريضه ولا يهتم بمشاعره يدفع ذلك إلى الإحساس بخيبة أمل تجاه الطبيب، وهذا يؤثر سلبا على عملية العلاج، فمثلا عندما يقوم الطبيب بزيارة تفقدية للمرضى بالمستشفى ولم يتوقف أمام سرير أحد هؤلاء، فهذا الأخير لا يفكر في "إنني في تحسن" بل يفكر في "إن الطبيب لا يهتم بي" (براحيل، 2009، صفحة 196)، وقد أشار إلى ذلك العديد من الباحثين من أمثال دافيد وهولينقشيد من خلال ملاحظاتهم في المستشفيات بالولايات المتحدة، حيث تبين أن إهمال الجوانب الاجتماعية والنفسية والتركيز فقط على المرض كحالة عضوية يؤدي إلى نتائج سلبية وغير مرغوب فيها في علاج المرضى لأن الإصابة بأي مرض جسدي يترتب عليه تغييرات في الحالة النفسية والعقلية للمريض، وهذه الحالة قد تكون مؤقتة أو تستمر حتى بعد الشفاء، بالتالي إهمال الجوانب الاجتماعية والعاطفية والنفسية يمكن أن يؤدي إلى فشل في الاتصال والتفاعل بين الطبيب والمريض، مما يسفر عن قصور في الرعاية الصحية المقدمة (محمد أبوراس و إمحمد إقيمع، 2022، صفحة 184).

تتفاوت طبيعة العلاقة بين الأطباء والمرضى بين الإيجابية والسلبية والهامشية (غير قوية ولا ضعيفة)، وذلك بناءً على مواقف كل طرف تجاه الآخر، فعندما تكون المواقف إيجابية تكون العلاقة إيجابية، وإذا كانت سلبية تصبح العلاقة سلبية، أما إذا كانت المواقف مذبذبة أو هامشية فإن العلاقة تكون غير قوية ولا ضعيفة (محمد الحسن إ.، 2008، الصفحات 289-290)، ومن ناحية من المهم إدراك أن المريض ليس مجرد مجموعة من الأعراض والأعضاء التالفة أو العواطف المتقلبة، بل هو إنسان قلق ومفعم بالأمل يسعى للحصول على المساعدة والثقة والفرج، فلا يمكن المبالغة في أهمية العلاقة الحميمة بين المريض والطبيب، لأن التشخيص الدقيق والعلاج الفعال يعتمد غالبًا على جودة هذه العلاقة، (Kaba R & Sooriakumaran P, 2007, p. 58) فهناك مشكلات بعضها يرجع إلى الأطباء أنفسهم وبعضها يرجع إلى المرضى.

وإذا ما نظرنا إلى التراث المهتم بالعلاقات بين الأطباء والمرضى الذي ركز على صور التفاعل الاجتماعي التي تحدث بين الطبيب والمريض من جهة، والعوامل المؤثرة في هذا التفاعل من جهة أخرى، نجد البحث الذي أجراه كل من سواز **SZASZ** وهولندر **HOLENDER** في كتابهما الذي نشر عام 1965م (محمد السيد عمر، 2003، صفحة 65)، حيث وضعا نموذجا وظيفيا يتشكل من ثلاثة أنماط

من التصورات لهذه العلاقة التي تبين وفق محور نشاط active/passive يفصل بين شخصين، هذا المحور من التفاعل متواجد في جميع العلاقات الإنسانية وليس مقتصرا على علاقة العلاج والتطبيب، وحسب SZASZ وHOLENDER فإن شكل أي علاقة إنسانية يتموقع في العلاقة بين الطفل وأبويه، ومختلف النماذج يمكن أن تعتبر تطورا لهذه العلاقة (بن مغنية، 2017، الصفحات 153-154).

الجدول رقم (11): النموذج الوظيفي للعلاقة بين الطبيب والمريض حسب سواز SZASZ وهولندر HOLENDER

النموذج	دور الطبيب	دور المريض	التطبيق الإكلينيكي(الوضعية)	النموذج المشابه (بروتوكول)
الإيجابية والسلبية	فاعلية Activité يعمل كل جهده من أجل المريض	سلبية passivité غير قادر على الاستجابة	الغيبوبة في حالة الصدمات استعجالية/تدخل جراحي	علاقة الوالدين بالأطفال الرضع
التعاون الموجه	يرشد الطبيب المريض بما يجب عمله	التعاون مع الطبيب وإطاعة أوامره	الأمراض المعدية والمستعصية	علاقة الوالدين بالمراهقين
المشاركة المتبادلة	مساعدة المريض على مساعدة ذاته	مشاركة الطبيب في تنفيذ أوامره	أمراض مزمنة/ تأهيل/ تربية	راشدين/ راشدين

المصدر: معد بالاعتماد على:

(محمد السيد عمر، 2003، صفحة 107)

(بن مغنية، 2017، صفحة 154)

(Molina & Gallo, 2020, p. 61)

يُظهر الجدول أن طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض تتغير وفقًا للبروتوكول والوضعية وحالة المريض، ففي بعض الحالات يكون المريض في موقف سلبي بينما يكون الطبيب فاعلًا، وفي حالات أخرى يتعاون المريض مع الطبيب، حيث يُدير الطبيب العلاقة أو يُشارك المريض في اتخاذ القرارات، ومن هنا فمن الضروري أن يُدرك كل من الطبيب والمريض دور الآخر وأن يسعيا لتحقيق التوازن في العلاقة بينهما. ويمكن توضيح ذلك كالآتي:

أ-الإيجابية السلبية active/passive

هذا النمط لا يصف حقيقة العلاقة، لأنه في النهاية أي فرد يحقق فعلا على الآخر في ظروف معينة، وأن هذا الأخير لا يشارك في هذا العمل، وفي المجال الطبي الطبيب ناشط active والمريض سلبيpassive (بن مغنية، 2017، صفحة 154)، ويظهر ذلك في حالات الغيبوبة والهذيان، أما العلاج في هذه الحالة يجرى دون اعتبار إسهام المريض فيه، فالطبيب يحاول فعل أي شيء من أجل إسعاف

المريض دون أن ينتظر منه استجابة، وهذا النوع غالبا ما ينتشر بين كبار السن والأطفال الرضع (محمد السيد عمر، 2003، الصفحات 65-108).

ب- الإرشاد والتعاون

يستخدم هذا النموذج في المواقف الأقل حدة، وجادلوا على أن المريض مريض إلا أنه واع بما يجري حوله (Molina & Gallo, 2020, p. 60)، وقادر على تلقي التعليمات وممارسة الحكم على الأشياء، في هذا النوع كلا من الطبيب والمريض يشاركان في التفاعل، إلا أن الطبيب لايزال يحتل موقع القوة الأعلى بفضل معرفته الطبية وخبرته التي يستند إليها في وصف العلاج، أما دور المريض فهو ثانوي حيث يتقبل أوامر الطبيب اعتقاداً منه أنها ستوصله إلى حالة صحية أفضل، فدور الطبيب هنا يتمثل في توجيه المريض نحو ما يجب فعله" (محمد السيد عمر، 2003، الصفحات 65-109).

ج- المشاركة المتبادلة

يرتكز هذا النموذج على الاعتقاد بأن المساواة بين البشر تعود بالنفع على الطرفين، والطبيب لا يدَّعي معرفته المطلقة لما هو الأفضل للمريض، بل يُدرك أن الفهم المشترك هو الأساس، ولكي يتحقق مفهوم المشاركة المتبادلة بينهما لابد أن يكون التفاعل مبنيًا على تساوي القوة والاستقلال المتبادل والرضا المتساوي لكلا الطرفين (Molina & Gallo, 2020, p. 60).

وهناك من يطلق عليه اسم نموذج (التعاون الكامل) حيث يتعاون كلا من الطبيب والمريض لاستعادة صحة المريض، أي أن مسؤولية الطبيب تتمثل في مساعدة المريض لكي يستطيع مساعدة ذاته، مما يتطلب من المريض قوة الإرادة للالتزام بالعلاج، هذا النموذج يظهر بوضوح في علاج الأمراض المزمنة وإعادة التأهيل، حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج بتعليمات يتلقاها المريض دورياً من الطبيب كما هو الحال في مرض السكري (محمد السيد عمر، 2003، الصفحات 66-110)، وبما أن المريض يُنفذ جزءًا كبيرًا من برنامجه العلاجي بنفسه فإنه يتحول إلى شريك فاعل ومسؤول في عملية العلاج، هذا التطور يُغيّر طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض تتجاوز إطار العلاقة الأبوية التقليدية لتُصنف ضمن علاقة بين شخصين راشدين.

من خلال هذه العلاقة المتطورة، يظل دور المريض أساسيا في التعاون والمشاركة الفعّالة في العملية العلاجية، مع التأكيد على أهمية احترام المكانة المهنية للطبيب الذي يتبنى أسلوبًا تعاونيًا، حيث يُشارك المريض كافة المعلومات لإزالة الغموض وتسهيل التشخيص الدقيق، هنا يُنظر إلى الطبيب كمدير للعلاقة العلاجية، بينما يسعى المريض لإثبات دوره من خلال البحث عن فرص التعاون المتاحة، وعندما يختار

المريض نمطًا يتيح له المشاركة والتبادل مع الطبيب يُطلب من الطبيب تقليل سيطرته لصالح مشاركة حقيقية وفعّالة من جانب المريض.

ومن ناحية أخرى يرى فريدسون أن هناك أشكالاً وأنماطاً أخرى للتفاعل لم يذكرها سوزاس وهولندر من بينها:

- **التعاون الموجه:** قد يكون المريض هو الموجه والطبيب هو الذي يتعاون معه.
- **السلبية والايجابية:** قد يكون المريض هو الايجابي في حين نجد الطبيب سلبياً (محمد السيد عمر، 2003، صفحة 129).

وفي ضوء ما تقدم، يمكن القول بأنه ينبغي على الطبيب أن يعطي اهتماما كبيرا للخلفية العاطفية لمرضاه وأن ينظر إلى الإنسان المريض بكليته، حيث أثبتت الأبحاث وجود علاقة وثيقة بين الأمراض العضوية وبعض العوامل النفسية والاجتماعية، وعلى الطبيب إدراك هذه العلاقة المعقدة حتى يكون أكثر قدرة على التعامل مع مريضه وتسهيل العلاج له، لأن الطبيب الناجح هو الذي يهتم بالمريض ويشعره بأنه " كائن إنساني".

2.4. العلاقة ممرض – مريض

لكل عمل رجاله، ولكل مهنة أفرادها، ومن يعمل لمهنة يجب أن يكون راغباً فيها حيث يكون العطاء أكثر فأكثر، ومهنة التمريض من أكثر المهن التي تتطلب تكيف الممرض أو الممرضة مع ظروف العمل الصعبة ومع إنسان ضعيف غير سوي، ومع زملاء وأطباء وإداريين...

علاج المريض في المستشفى لا يعتمد فقط على جهود الطبيب، بل يتم بواسطة فريق متكامل يقوده الطبيب، الذي يصدر التوجيهات والأوامر ويتخذ القرارات الأولية ويشرف على الأنشطة المتخصصة في العلاج، ومن بين هذه الفرق الممرضة التي تضطلع بالدور الأكثر أهمية، فهي الشخص الوحيد الذي يتفاعل مع المريض يوميًا (مكاوي، 1990، صفحة 331)، خصوصًا إذا كان المريض مقيم في المستشفى، حيث غالبا ما يشعر بالاغتراب وعدم الأمان بسبب ابتعاده عن أسرته ووجوده في بيئة غريبة وغير مألوفة، هذا الشعور يعتبر طبيعيًا حيث يتسبب المرض في إضعاف الحالة الجسدية، مما يؤدي بدوره إلى ضعف نفسي مثل الخوف من العمليات الجراحية التي قد تشكل خطرًا على حياته، والخوف من التخدير وفقدان الوعي تحت تأثيره، والخوف من حدوث المضاعفات أو العاهات والخوف من الموت، وقد يُسبب لدى البعض تصرفات عدوانية تجاه الفاعلين في المستشفى أو أفراد العائلة، ومن ناحية أخرى يشعر المرضى الذين يفتقرون إلى الزيارات العائلية المتكررة بالخوف والوحدة، سواء بسبب البعد أو الفقر أو أي سبب آخر، مما

يؤدي إلى تفاقم قلقهم من الهجر ويعيق عملية تعافيهم (أوج ، 1967، صفحة 12)، وهنا على الممرض مساعدة المرضى في التغلب على هذه المخاوف أو التخفيف منها، ومنحهم الفرصة للتعبير عنها بشكل كامل، وتوضيح الجوانب التي قد يصعب على المرضى فهمها بشأن حالتهم لإقناعهم بإجراء العملية الجراحية، ويلاحظ ألا تجرى العمليات الجراحية لمثل هؤلاء المرضى حتى يستقروا وإزالة أسباب الخوف والقلق (براحيل، 2009، الصفحات 193-194).

إن العلاقة الانسانية بين الممرضات والمرضى شبيهة بالعلاقة الانسانية التي تربط العمال بالمهندسين والجنود بالضباط والطلبة بالأساتذة، من حيث قوتها أو ضعفها، ومن حيث الأطراف المسؤولة عن ذلك، ومن حيث كيفية تطويرها نحو الأحسن والأفضل (محمد الحسن إ.، 2008، صفحة 308)، ونظرا للتفاني الذي تبديه الممرضات في رعاية المرضى، فإنه من الممكن أن تتطور العلاقة بينهما لتصبح علاقة صداقة، رغم وجود بعض الصراعات التي قد تنشأ، خاصة عندما يرفض المرضى العلاج أو يتجاوز سلطة الممرض بحجة معرفتهم بما يفيدهم أو يضرهم.

يقضي الممرضون الكثير من الوقت مع المرضى، ونتيجة لهذا التفاعل تعتبر العلاقات الإيجابية التي تنشأ بين الممرضة والمريض علاجية وعنصرًا أساسيًا في تقديم الرعاية الصحية (Kwame & Pammla , 2021, p. 3)، وتُثبت هذه العلاقة فعاليتها من خلال دورها في التقليل من مدة الإقامة في المستشفى وتحسين جودة الرعاية ورضا الطرفين حسب ما أشارت إليه دراسة **خيسوس مولينا مولا وجوليا جالو استرادا**، ومع ذلك هذه العلاقة مشروطة بالدور الخاضع للمريض، وبالمقابل العلاقة السيئة أو الضعيفة بين الممرضة والمريض تقلل من جودة الرعاية واستقلالية المريض، فالمريض السيئ هو الذي لا يحافظ على علاقة جيدة مع المتخصصين، ويطلب في بعض الأحيان معلومات كثيرة ويرغب في اتخاذ قراراته بنفسه، على عكس تلك الموصى بها من قبل المتخصصين (Molina & Gallo, 2020).

وفي ذات السياق، أظهرت الدراسات أن هناك العديد من الحواجز التي تعيق هذه العلاقة مع عواقب وخيمة على نتائج الرعاية والجودة، أهمها: الحواجز المؤسسية ونظام الرعاية الصحية (نقص طاقم التمريض، وارتفاع عبء العمل، والإرهاق، والوقت المحدود)، والحواجز المتعلقة بالتواصل (الاختلافات اللغوية، ضعف مهارات التواصل)، والحواجز المتعلقة بالبيئة (الأجواء الصاخبة، وانعدام الخصوصية، والتهوية والتدفئة والتبريد والإضاءة غير المناسبة، وسوء حالة الأجنحة)، والحواجز الشخصية والسلوكية (الاختلافات في الخلفيات الثقافية وأنظمة المعتقدات) (Kwame & Pammla , 2021, p. 3).

ومن ناحية أخرى، عندما يكون المريض وأسرته في حالة اضطراب وقلق بشأن حالته، فإن أي خطأ

من قبل الممرضين يمكن أن يثير استيائهم، ويصبح من الصعب تهدئة الوضع، على سبيل المثال تجاهل طلبات بسيطة مثل تغيير أغطية السرير أو توفير إضاءة مناسبة يمكن أن يزيد من انزعاج المريض، لذلك يجب على الطاقم التمريضي التحلي بالصبر والتعامل بلطف وابتسامة حتى عند مواجهة أسئلة غير ذات صلة من المريض أو أسرته، ويجب عليهم ألا يفقدوا أعصابهم وسلوكهم بطريقة تثير عدم رضا المريض، لذا ينبغي تقديم تدريب دوري للطاقم التمريضي حول كيفية التعامل مع المرضى وأسرهم، وإذا تم اعتماد هذا النوع من السلوك المتناغم فإن المريض يشعر بمزيد من الرضا (C.L. Avadhani & and others, 2020, p. 1055).

مما سبق، يتضح أن الدور الهام للممرضة يجعلها تتحمل الجزء الأكبر من المسؤولية في عملية العلاج، حيث تُعتبر عنصراً أساسياً في تقديم الرعاية والعطف، مما يمنحها لقب ملاك الرحمة في بيئة المستشفى بحكم طبيعتها في مواساة المرضى فهي تعمل على التئام جراحهم وإزالة عللهم.

والممرضة تمارس مهنتها حسب المعطيات التالية:

1. **الثقة:** يثق المرضى بالممرضة ويستجيبون لما تقدمه من رعاية طالما كانت ضمن حدود المهنة والمسؤولية.
2. **اعتماد المرضى على خبرة وتخصص الممرضة:** يعتمد المرضى على مهارات الممرضة وخبرتها في تقديم الخدمات التي يحتاجونها خاصة في وضعهم الحساس.
3. **البعد المهني التخصصي:** تكون الممرضة مؤهلة تأهيلا يمكنها من الرعاية اللازمة للمريض وتلبية احتياجاته والسهر على راحته وفقاً لمعايير مهنية متخصصة (براحيل، 2009، صفحة 200).

وهناك العديد من الصفات يجب أن تتوفر في الممرضة كي تنجح في مهمتها الإنسانية من بينها:

- امتلاك المهارات الخاصة بمهنة التمريض.
- حسن التصرف في المواقف الصعبة أو الطارئة.
- دقة الملاحظة، وذلك يؤهل الممرضة لمعرفة التفاصيل الدقيقة للتغيّرات التي تطرأ على الحالة الصحية للمريض.
- القدرة على تحمل ضغط العمل.
- القدرة على إنجاز المهام بكفاءةٍ عاليةٍ وفي وقت مناسب.
- الإخلاص في التعامل مع الحالة المرضية مهما صعبت أو كانت بسيطة.
- الالتزام بمواعيد العمل والعطاء، فالممرض لا يتعامل مع الأبنية كالمهندس أو الورق كعامل المطبعة، بل مع الناس المرضى الذين يجب الاستماع لشكواهم وحاجتهم وتحمل طباعهم السلبية مهما كان، واحترام

رغبة ذويهم بمعرفة التفاصيل الصحية الخاصة بهم.

- النضج في التفكير وامتلاكها للذكاء الانفعالي والفعال الذي يمكن أن يؤثر على التعامل في مختلف الظروف والأحوال.
- تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع المرضى وتقديم الدعم لهم في فترة مرضهم.
- بالنسبة للمرضى فإن الفترة التي يقضونها في المستشفى من أصعب فترات حياتهم، لذا يجب على الممرضة أن تكون متعاطفة معهم وتتفهم أوضاعهم.
- تهتم بالتفاصيل وتدون كل شيء يخص مريضها لعرضها على الطبيب، وذلك أيضًا يكسبها خبرة.
- التحمّل صفة أساسية يجب أن تتوفر في كل ممرضة كي تساعدها على الوصول لبر الأمان مع مريضها، وتفهم وضعه وحالته النفسية والاجتماعية.
- يجب على الممرضة أن تتحلى بكل الصفات التي تؤهلها للقيام بمهنتها على أحسن وجه، بما في ذلك التزامها بالنظافة الشخصية والاعتناء بالمظهر.

وإذا فعلت الممرضة والتزمت بكل هذه الأمور، فإنها تستحق كل التوقير على هذا العمل النبيل، فالعلاقة الإنسانية بين الممرضات والمرضى تنمو وتتقوى بالاحترام والتقدير والتعاون المشترك، وعلى العكس فإن غياب هذه العوامل الثلاثة يُضعف هذه العلاقة ويجعلها أقل فعالية.

3.4. العلاقة طبيب – ممرض

العلاقة بين الطبيب والممرض يجب أن تقوم على الاحترام المتبادل والزمالة لمصلحة المريض، فالممرض مسؤول عن تنفيذ أوامر الطبيب فيما يتعلق بإعطاء العلاج، ويكون بجانب الطبيب خلال زيارة المرضى لنقل مدى استجابة المريض للعلاج وتقدمه، كما يكون بجانبه أثناء العمل الجراحي وإسعاف المريض (طربيه و أبو خضرا، 2009)، ويُعتبر دور الممرض تابعا لأوامر الطبيب الذي يملك قدرة اتخاذ القرار، مما يجعل الممرض بمثابة مساعد منفذ لتلك القرارات (Duhart & Charton, 1973, p. 99)، وقد قيل "إنه من المستحيل الحصول على فهم للعلاقة بين الطبيب والممرضة، حيث تم وصفها تقليديا بأنها أبوية في الأساس واعتبارها علاقة مهيمنة وخاضعة" (Gjerberg & Kjølsrød , 2000).

الممرضات كما يصفهن BAK MYEUNG BIN في كتابه Le protecteur de la santé publique من الأكثر دراية بطباع المريض ذوقه وتصرفاته، ولكن يعتبرن في المجتمع ذات أهمية ثانوية يقمن سوى بتنفيذ أوامر الطبيب وتقديم العلاج للمريض (MYEUNG, p. 61) ، وبينما تسعى الممرضات إلى تأكيد وجودهن وإثبات مكانتهن تواجه بعضهن أحيانًا مواقف رافضة من الأطباء، حيث يفترضن أن

رفض الأطباء لتلبية مطالبهن المهنية ورغبتهن في تحقيق المساواة قد ينبع من الأنانية، حيث لا يرغب الأطباء في مشاركة قمة العمل في المجال الطبي مع الآخرين (قايد، 2013، صفحة 85)، لكن ذلك لا يعني أن الممرض ليس لديه جانب من المسؤولية يتحملها في خدمة المريض، بل له بعض المهام التي هو مسؤول عنها لوحده دون أي دخل للطبيب فيها، ونجد كمثال عن ذلك بعض الإسعافات الأولية التي تقدم في المصلحة التي أجرينا فيها الدراسة الميدانية حيث وجدنا أن هناك بعض الحالات التي يسعفها الممرض لا يطلب الاستشارة فيها من الطبيب وإنما يعود فقط إلى رئيس فرقة المناوبة والذي هو بدوره ممرض.

تظل العلاقة التفاعلية بين الطبيب والممرض مفتوحة على جميع الاحتمالات، وفقًا لطرح **ميشال كروزي** حول السلطة داخل المؤسسات، الذي يرى أنها مبنية على منطق التفاوض بدلاً من الاستجابة الميكانيكية للأوامر، فقد لا يستجيب الممرض للطبيب بشكل مطلق ويمتثل لأوامره امتثالا تاما، بل يمكن أن يحدث تفاوض بينهما بناءً على معطيات خارجية مرتبطة بالمستشفى، بمعنى أنه كما يمكن أن يكون التعاون موجودًا، فإن الصراع قد يكون أيضًا حاضرًا.

أظهرت الدراسات أن أكثر من 60% من الأخطاء الطبية تُعزى إلى العلاقات غير الفعالة بين أعضاء الفريق الطبي، كما حددت بعض الأبحاث أن العلاقة غير الفعالة بين الطبيب والممرضة تعد أحد الأسباب الرئيسية للوفيات في وحدات العناية المركزة، كما يشكل التواصل اللفظي غير الفعال بين الأطباء والممرضين سببًا لـ 37% من الأخطاء الطبية (Lari & others, 2019, p. 3264)، ومن ناحية أخرى من المحتمل أن تُفسر الخلافات في العلاقة بين الطبيب والممرضة على أنها انعكاسات للتحولات الاجتماعية خارج المستشفى والتأثيرات النفسية والاجتماعية والتغيرات الهيكلية في المجتمع ككل، وتلك التي تحدث داخل نظام الرعاية الصحية بشكل عام.

لا يمكن للطبيب أو الممرضة أن يغفلا عن أهمية اللباقة والحكمة في التعامل مع أقارب المرضى، فهم بحاجة إلى مهارات خاصة للتعامل مع مشاعر العدوانية أو العداء التي قد تنشأ، كما يجب على الممرض أن يفهم تقارير الطبيب حول حالة المرضى لضمان التعامل بفعالية مع الصعوبات، ويتعين على الممرضة تقديم الدعم للمرضى في اتخاذ القرارات وفهم الجوانب الاجتماعية والطبية لحالتهم (شايب، 2007).

مما سبق، ترتبط العلاقة بين الطبيب والممرض بشكل مباشر بجودة رعاية المرضى، حيث أشارت

الأبحاث التي أجريت في أربعة عشر مستشفى حصلت على تصنيف المغناطيس* ، والمركز الأمريكي لاعتماد الممرضات American Nurses Credentialing Center (ANCC) إلى أن العلاقات التعاونية الصحية بين الأطباء والممرضات كانت مرتبطة بشكل مباشر بالنتائج المثلى للمرضى، حيث أثبت الباحثون أن هناك علاقة إيجابية بين جودة هذه العلاقات وجودة الرعاية الصحية (Karima & Wafaa, 2011, p. 141)، بالتالي يتعين على الأطباء والممرضين التعاون بشكل وثيق لتخفيف عبء العمل وضمان تقديم رعاية صحية متميزة للمرضى، وهذا يتطلب منهم الاستعداد للاستماع إلى آراء بعضهم البعض وتبادل الأفكار مع الممرضين ذوي الخبرة الذين يعملون كمرشدين للأطباء الجدد.

4.4. العلاقة بين المرضى والكوادر الطبية والإدارية

تقوم العلاقة بين المرضى والكوادر الطبية والإدارية العاملة في المستشفيات على أساس علاقة اعتمادية تبنى على مجموعة من الأسس نوردها فيما يلي:

- الثقة التي يمنحها المرضى للكوادر العاملة بقبول الخدمة الصحية المقدمة لهم.
- درجة الرضا المتحقق من قبول الخدمة المقدمة ونتائجها.
- **استمرار العلاقة المستقبلية بين المرضى والعاملين في المستشفى:** ينبغي ألا تقتصر هذه العلاقة على الجانب الشخصي فقط، بل يجب أن يعمل العاملون على تعزيز شعور المرضى بالانتماء والولاء تجاه المستشفى والخدمات الصحية المقدمة (عبد الفتاح النسور و بن عبد الله الصغير، 2014، صفحة 190).

على ضوء ما تقدم، يمكن القول إن العلاقات الاجتماعية تعد من العوامل الأساسية لتحقيق الاستقرار في المؤسسات الاستشفائية، وذلك بفضل الأدوار التي يؤديها كل من الأطباء والممرضين، وعلى الرغم من اختلاف تلك الأدوار إلا أنها تعمل بشكل متكامل تماشياً مع طبيعة العلاقة التعاونية التي تربط بينهما، والتي تهدف إلى تحسين صحة المريض.

---

* **برنامج اعتماد المغناطيس Magnet Recognition Program**: تم إنشاء برنامج الاعتراف بالمستشفيات المغناطيسية للتميز في خدمات التمريض لأول مرة في عام 1990م، استند البرنامج إلى أبحاث الأكاديمية الأمريكية للتمريض التي حددت 14 سمة لمرافق الرعاية الصحية، والتي نجحت في توظيف الممرضات والاحتفاظ بهن، لا يعد برنامج مجرد جائزة أو وسام شرف بل هو دليل راسخ على الالتزام الذي تم تحقيقه بالتميز في الرعاية الصحية، مع التركيز على الممرضات الراضيات (لمزيد من التفاصيل انظر:

Anjali Stenquist,Magnet Nursing: **5 Advantages to Working in a Hospital with This Designation, Rasmussen University**, 13.4.2020, https://www.rasmussen.edu/degrees/nursing/blog/magnet-nursing/, تاريخ الاسترداد1.4.2025).

خلاصة الفصل

بناءً على ما سبق، تعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض وكذلك بين الممرض والمريض من الركائز الأساسية في العملية العلاجية، وتزداد أهميتها مع التطورات الصحية الحديثة التي تُركز على الجانبين الاجتماعي والإنساني، لأنه يتوقف عليها جزء كبير من النتائج الصحية التي يحققها المرضى، لذلك يصبح لزامًا على الأطباء والممرضين أن يمتلكوا بصيرة ليدركوا متى تواجه هذه العلاقة، ففي اللحظة التي تظهر فيها علامات التوتر أو الفشل، يصبح من الضروري أن يتمكن الأطباء من تشخيص الأسباب الجذرية لهذا التعثر، هل يكمن الخلل في سوء التواصل؟ هل هناك فجوة في الثقة؟ أم أن هناك عوامل أخرى تتداخل لتُعيق بناء علاقة علاجية فعالة؟ إن تحديد هذه الأسباب بدقة هو الخطوة الأولى نحو استعادة توازن العلاقة وتوجيهها نحو مسار الشفاء، وبالتالي يجب أن يكون الأطباء والممرضين مستعدين لتطبيق حلول مبتكرة ومخصصة لتحسين جودة الرعاية المقدمة سواء كان ذلك من خلال تعزيز مهارات الاستماع أو توضيح المعلومات الطبية بطريقة مبسطة أو حتى البحث عن طرق لتعزيز شعور المريض بالتمكين والمشاركة في قرارات علاجه، إن الاعتراف بهذه التحديات والعمل بنشاط على معالجتها يعزز الثقة بين الطرفين ويحقق أفضل النتائج الصحية الممكنة للمرضى.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

أولا: مجالات الدراسة

ثانيا: مجتمع وعينة البحث

ثالثا: المنهج المستخدم في الدراسة

رابعا: أدوات جمع البيانات

خامسا: الأساليب الإحصائية لمعالجة بيانات الدراسة

تمهيد

بعد عرض مختلف المفاهيم الأدبية والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة في الجانب النظري من خلال الفصل الأول والثاني والثالث والرابع، جاء هذا الفصل لإسقاط الدراسة النظرية على الجانب التطبيقي من خلال دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، لمعرفة نوعية الخدمات الصحية وانعكاسها على العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى.

تُعتبر الأطر المنهجية للدراسات الميدانية من أهم المراحل الأساسية في أي بحث علمي دقيق، حيث تبدأ غالبًا بدراسة استطلاعية، وتحديد الحدود المكانية والبشرية للبحث بدقة، فضلًا عن مجتمع البحث وخصائص العينة الممثلة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي لأنه الأنسب لطبيعة الظاهرة الاجتماعية التي تناولتها الدراسة، كما تم توضيح الأدوات المستخدمة في جمع البيانات، حيث تم الاعتماد على الملاحظة التي أتاحت فرصة الاطلاع عن قرب على التفاعلات ضمن البيئة الصحية، بالإضافة إلى الاستبيان كأداة رئيسية للحصول على بيانات كمية قابلة للتحليل الإحصائي، وأخيرًا تم تحديد الأساليب الإحصائية التي استخدمت لمعالجة البيانات وتحليلها بهدف الإجابة على تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها.

أولا: مجالات الدراسة

يُعدّ تحديد المجالات الرئيسية للدراسة خطوة منهجية مهمة في تصميم البحوث الاجتماعية، حيث يتفق العديد من المتخصصين في مناهج البحث الاجتماعي على أنّ كل دراسة يجب أن تتضمن ثلاث مجالات أساسية، ينبغي على الباحثين الاجتماعيين توظيفها بفاعلية عند التخطيط لإجراءات دراساتهم.

1. المجال المكاني

أجريت الدراسة في المؤسسة الاستشفائية العمومية "الزهراوي" بالمسيلة، تم اختيار هاته المؤسسة لسبب ذاتي كونها الأقرب إلينا، بحيث يسهل علينا التنقل إليها لأننا من سكان الولاية، ولسبب موضوعي يتمثل في كون المؤسسة العمومية المكان الأمثل في المجال الصحي، فهي تفتح أبوابها دائمًا أمام الجميع على اختلاف مستوياتهم، وباعتبارها أكبر الوحدات من حيث الحجم وتنوع الاختصاصات والمصالح والأجنحة الطبية على مستوى الولاية، ولأنها تستقطب أعدادًا هائلة من المرتادين.

قبل التطرق إلى التعريف بالمؤسسة محل الدراسة، من الضروري إبراز المؤسسات الصحية الموجودة في الولاية.

-المؤسسات الصحية المتواجدة في ولاية مسيلة*

يتشكل النّظام الصحي في ولاية مسيلة من القطاع العمومي والخاص تحت إشراف مديرية الصحة والسكان، هدفه الأساسي توفير الخدمات الصحية في عدد من التخصصات لسكان الولاية للحفاظ على الصحة العامة، وتتوزع على النحو التالي:

الجدول رقم (12): توزيع البنى التحتية العامة في ولاية المسيلة

نوع المؤسسة	التسمية	عدد الأسرة	العدد الإجمالي للأسرة
المستشفى الجامعي (CHU)	/	/	/
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS)	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل سليمان عميرات	70	190 سرير

* في يوم الأحد الموافق لـ 29 ديسمبر 2024م، قمنا بإجراء مقابلة مع السيد **والي عبد اللطيف**، رئيس مصلحة الهياكل والنشاط الصحي بمديرية الصحة لولاية المسيلة، هدفت المقابلة إلى جمع بيانات دقيقة وشاملة عن واقع المؤسسات الصحية بالولاية، حيث تم تزويدنا بأحدث البيانات الصحية المتعلقة بالولاية.

	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض النفسية أولاد منصور	120	
المؤسسة الاستشفائية العمومية (EPH)	المؤسسة الاستشفائية العمومية عين الملح	248	1312 سرير
	المؤسسة الاستشفائية العمومية بوسعادة	308	
	المؤسسة الاستشفائية العمومية مسيلة	309	
	المؤسسة الاستشفائية العمومية مقرة	96	
	المؤسسة الاستشفائية العمومية بن سرور	96	
	المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى	264	
المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية (EPSP)	المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية مسيلة	/	/
	المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية مقرة	/	
	المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية بوسعادة	/	
	المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية بن سرور	/	
	المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية سيدي عيسى	/	
	المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية عين الملح	/	

Source: (Direction de la santé et de la population de la wilaya de Msila, 2023, p. 6)

جدول رقم (13): توزيع البنى التحتية العامة المحلية (EPSP) حسب الخدمة بولاية مسيلة

المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية	العيادة المتعددة	قاعات العلاج	الولادة	نقاط المناوبة بالعيادات المتعددة	وحدات الكشف والمتابعة
المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية مسيلة	11	41	01	06	14
المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية بوسعادة	12	35	05	06	11
المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية سيدي عيسى	10	28	02	04	08
المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية عين الملح	07	25	01	04	04
المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية مقرة	09	39	02	05	10
المؤسسة الاستشفائية للصحة العمومية بن سرور	06	15	01	03	04

المجموع	55	183	12	28	51

Source: (Direction de la santé et de la population de la wilaya de Msila, 2023, p. 4.9)

- التعريف بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي –مسيلة–

المؤسسة الاستشفائية العمومية بولاية مسيلة هي إحدى الركائز الأساسية للخدمات الصحية في المنطقة، حيث تعتمد عليها الولاية بشكل كبير في توفير الرعاية الطبية، وبالاستناد إلى القرار الوزاري المشترك الصادر في 15 جانفي 2012م الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات الاستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية، فقد تم تصنيف هذه المؤسسة ضمن الفئة "أ".

تجدر الإشارة إلى أنّ عملية التصنيف تعتمد على ستة معايير رئيسية وهي:

- المعيار الديموغرافي (عدد السكان).
- عدد المصالح الطبية المتوفرة.
- عدد البلديات المشمولة بالخدمة.
- وجود طابع جامعي (ارتباط بمنظومة التعليم الطبي).
- السعة السريرية (عدد الأسرة).
- موقع المؤسسة (كونها تقع في مقر عاصمة الولاية).

يُبرز هذا التصنيف مكانة المؤسسة كمنشأة صحية متقدمة تُلبّي احتياجات الولاية وفق معايير جودة مُحدَّدة.

- البطاقة التقنية للمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي –مسيلة–:

تندرج المؤسسة الاستشفائية العمومية ضمن إطار المرافق الإدارية، مما يخضعها لأحكام القانون الإداري من حيث الجوانب القانونية والإجراءات التنظيمية، انطلاقًا من هذا الإطار يُمكن إبراز أهم المعطيات المتعلقة بهذه المؤسسة كما يلي:

التسجيل في لائحة الممتلكات الوطنية: سجلت المؤسسة في لائحة الممتلكات الوطنية برقم **2800114046**

أ–الإطار القانوني: تم إنشاء القطاع الصحي بموجب:

- القرار رقم 310 الصادر بتاريخ 1981/07/14 المتضمن إنشاء القطاع الصحي بالمسيلة.
- المرسوم رقم 81–242 المؤرخ في 1981/09/05 المتضمن إنشاء القطاعات الصحية تنظيمها وسيرها، الذي حول القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية ذات طابع إداري.

- المرسوم رقم 07-140 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تم تحويلها من قطاع صحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية.

ب-الموقع الجغرافي

تقع المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي في الناحية الشمالية الشرقية لعاصمة الولاية، يحدها من الشرق حي 80 مسكن، ومن الشمال المحكمة، ومن الجنوب إكمالية زين الدين يحي بن معطي الزواوي، أما من الناحية الغربية فيحدها الطريق الوطني الرابط بين ولاية برج بوعريريج ومسيلة.

مساحة المؤسسة: تتربع على مساحة إجمالية تُقدر بـ**38200 م²**منها **7148 م²** مساحة مبنية و**31052م²** مساحة غير مبنية.

البنى التحتية: تحتوي المؤسسة على 380 مكتب و7 مواقع سكنية و6 مواقع مختلفة مكونة من أربع طوابق بما في ذلك الطابق الأرضي.

-أقسام ووحدات المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة

بالعودة إلى القرار الوزاري رقم 93 الصادر بتاريخ 28 أوت 2013م، تم تحديد المصالح والوحدات المكونة للمؤسسة الاستشفائية العمومية بالمسيلة، يهدف القرار إلى إنشاء هذه الوحدات بناء على الملحق التابع لهذا القرار والذي يتضمن مايلي:

- الاستعجالات الطبية.
- التشريح المرضي.
- الإنعاش والتخدير.
- طب أمراض القلب.
- الجراحة العامة.
- طب وجراحة الأطفال.
- علم الأوبئة والطب الوقائي.
- المخبر المركزي.
- الأمراض المعدية.
- الطب الداخلي.
- الطب الشرعي.
- طب أمراض الكلى وتصفية الدم.

- طب الأورام.
- طب العيون.
- طب أمراض العظام والرضوض.
- طب أمراض الأنف والأذن والحنجرة.
- قسم العمليات الجراحية.
- الصيدلية.
- الأشعة المركزية.
- الاستعجالات الطبية.
- قسم التأهيل الحركي.
- مصلحة حفظ الجثث والتشريح.

وفيما يلي توضيح لبعض الوحدات والمصالح الأساسية المتواجدة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة:

المخبر: ويتم فيه إجراء التحاليل الطبية حسب الوضعية المقدمة من طرف الطبيب المعاين للمريض المقيم بالمصالح الطبية الاستشفائية بالمؤسسة.

الصيدلية: من مهامها ضمان مخزون كاف من الأدوية لتغطية جميع المصالح الطبية وتزويدها حسب طلب كل طبيب مصلحة استشفائية.

مصالح الرقابة الطبية: تتكفل بالحركة اليومية لسلك شبه الطبيين المتواجدين بمختلف المصالح.

الأرشيف: يتم فيه حفظ السّجلات والمستندات وجميع الوثائق التي تم التعامل معها.

مصلحة التكوين المتواصل: تهدف إلى تنظيم دورات وورش عمل وبرامج تدريبية متنوعة لضمان اكتساب الموظفين أحدث الخبرات في مجال الصحة العامة.

الحظيرة: وهي مكان خاص بسيارات الإسعاف والسيارات الإدارية التابعة للمؤسسة الاستشفائية العمومية.

الجدول رقم (14): الطاقة الاستيعابية لأقسام المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة

المصالح	عدد الأسرة	
	رجال	نساء
مصلحة الجراحة العامة	32	32
مصلحة الطب الداخلي	30	26
مصلحة الأمراض المعدية	16	16

مصلحة تصفية الدم	17	
مصلحة طب الأورام	32	
مصلحة طب وجراحة الأطفال	Chirurgie	Pédiatrie
	35	30

المصدر: معد بالاعتماد على معلومات مقدمة من طرف رؤساء مختلف المصالح

- الهيكل التنظيمي والإداري للمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة

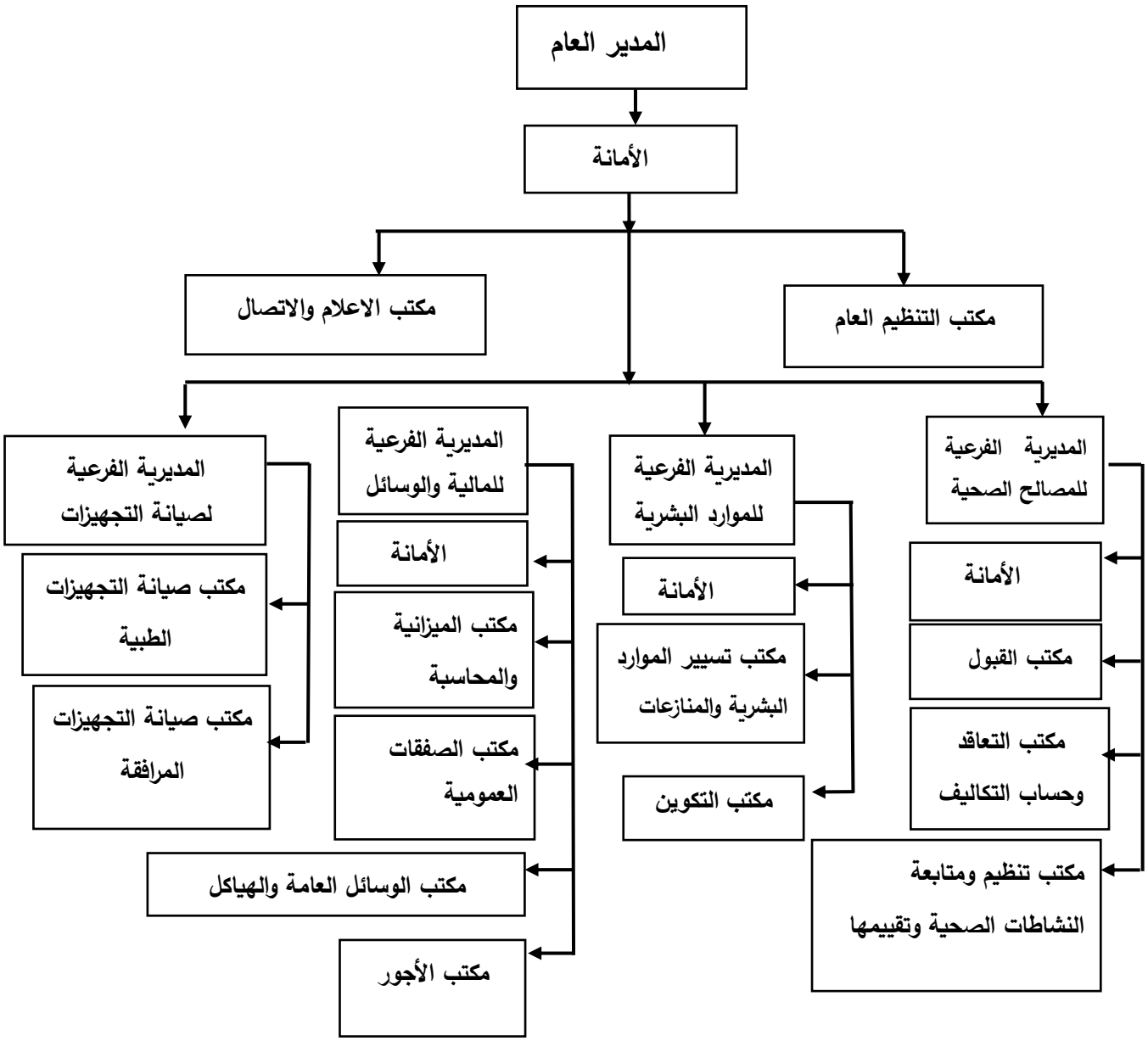
يتم تنظيم عمل مستشفى الزهراوي من خلال هيكل إداري وخدمي منظّم بدقة، حيث تتمركز الوحدات الأساسية التي تشكل النقطة الأولى لاستقبال المرضى وتقديم الخدمات العاجلة في مقدمته، منها مصلحة الاستعجالات ومركز بنك الدم، بالإضافة إلى الإدارة العامة التي تضم مكتب المدير العام الذي يشمل بدوره مكتب الأمانة العامة ومكتب الإعلام والاتصال، كما يتم تنسيق الخدمات داخل المؤسسة من خلال أربع مديريات متخصصة، وهي على النحو التالي:

- المديرية الفرعية للمصالح الصحية.
- المديرية الفرعية للمالية والوسائل.
- المديرية الفرعية للموارد البشرية.
- المديرية الفرعية لصيانة الأجهزة الطبية والأجهزة المرافقة.

مكتب القبول: يُعنى بتسيير الحركة الاستشفائية للمرضى ضمن الأنشطة الإدارية للمؤسسة لمعرفة حركة المرضى المقيمين بالمستشفى.

وحسب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم 1431هـ، الموافق لـ 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات الاستشفائية العمومية، الصادرة بالجريدة الرسمية العدد 15 بتاريخ 07 مارس 2010م يمكن عرض مخطط التنظيم الداخلي للمؤسسة الاستشفائية العمومية من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (12): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي -مسيلة-



المصدر: (المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي لولاية مسيلة 2023م)

2. المجال الزمني

تم انجاز الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من سنة 2023م إلى غاية سنة 2025م وهذا عبر المراحل التالية:

أ- **المرحلة الأولى:** خلال سنة 2023م تم القيام بالدراسة الاستطلاعية، حيث تُعدّ هذه المرحلة نقطة الانطلاق لأي بحث علمي سواء في شقه النظري أو التطبيقي، إذ تُمكّن الباحث من استكشاف الظروف المحيطة بالظاهرة المدروسة وتحديد مسار البحث.

بمجرد اختيار موضوع دراستنا، **"نوعية الخدمة الصحية وانعكاسها على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى"** قمنا بالبحث في الأدبيات والبحوث السابقة التي تناولت الخدمات الصحية من منظورات مختلفة، ومن خلال زياراتنا المتكررة للمؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة سواء بصفتنا زوار للمرضى أو مرافقين لهم من العائلة أو بهدف الاستطلاع والتقصي المباشر أُتيحت لنا الفرصة لمراقبة المرضى والتفاعل معهم، وقمنا بطرح أسئلة حول الخدمات الصحية من حيث النوعية والجودة، ومسألة الأدوية والتعويض عنها، والانضباط في العمل، إضافة إلى الصعوبات التي تعيق استفادتهم منها، زودتنا إجاباتهم بمعلومات قيمة استُغلت لاحقًا في تصميم فقرات استمارة الاستبيان وصياغتها، كما ساعدتنا هذه القراءات الاستطلاعية في تحديد متغيرات الموضوع وإطاره المنهجي بما في ذلك تحديد الإشكالية وبناء الفرضيات، الأهم من ذلك أننا تمكنا من التحقق من إمكانية الوصول إلى العينة المستهدفة.

خلال هذه المرحلة كذلك قمنا بإجراء مقابلات بشكل رسمي وغير رسمي مع بعض المسؤولين في هذه المؤسسة نذكر منهم مدير الموارد البشرية ورؤساء بعض المصالح الإدارية والطبية والتمريضية.

ب- المرحلة الثانية: نهاية سنة 2023م قمنا بجمع بعض البيانات فيما يخص مكان الدراسة والمجتمع الإحصائي.

ج- المرحلة الثالثة: خلال سنة 2024م تم صياغة الاستمارة في شكلها النهائي بعد عرضها على الأستاذة المشرفة والأساتذة المحكمين، حيث استغرقنا من الزمن حوالي شهر ونصف، بعدها ومن أجل جمع المعلومات حول موضوع دراستنا واختبار الفرضيات قمنا بتوزيع الاستمارات على أفراد العينة شهري نوفمبر وديسمبر سنة 2024م، وذلك وفق ما هو مسموح به من طرف مسؤولي ومراقبي المصالح.

بعد جمع البيانات المتعلقة بالموضوع تم تفريغها باستخدام البرنامج الإحصائي (Spss.26) وذلك خلال سنة 2025م، حيث تم إعداد جداول بسيطة ومركبة، بالإضافة إلى الأعمدة البيانية وحساب النسب المئوية، ولتحليل البيانات بشكل معمق تم تطبيق عدد من الاختبارات الإحصائية، وبعد ذلك تم تحليل هذه الجداول وتفسيرها، وصولًا إلى استخلاص النتائج المتعلقة بكل فرضية من فرضيات الدراسة، ومن ثم التوصل إلى النتائج النهائية للبحث.

3.المجال البشري

حسب موضوع البحث وإشكاليته يضم المجال البشري الفئات الرئيسية التي تشكل محور البحث وهي: المرضى المقيمين، الأفراد الأساسيين في تقديم الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة والذين يتفاعلون مباشرة مع المرضى المقيمين، ويشملون: فئة الأطباء وفئة شبه الطبيين.

ولتقدير عدد المستخدمين في المؤسسة تم طلب البيانات من المدير الفرعي للموارد البشرية، حيث قُدمت هذه البيانات استنادًا إلى العدد الإجمالي للمستخدمين في المؤسسة وتصنيفهم حسب المناصب الوظيفية، وذلك حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (15): تعداد المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي –مسيلة–

المنصب	عدد المستخدمين	القانون المنظم للمنصب
الممارسين الطبيين العامين	60	393-09
الممارسين الطبيين المتخصصين	87	394-09
الأسلاك المشتركة	62	04-08
نفسانيين	3	240-09
أعوان متعاقدين	147	308-07
شبه الطبيين	448	121-11
أعوان التخدير والإنعاش	25	235-11
بيولوجيين في الصحة العمومية	18	152-11
متصرفي مصالح الصحة	3	161-9
عمال مهنيين	38	05-8
المجموع:	891	

المصدر: معد بالاعتماد على معلومات مقدمة من طرف رؤساء مختلف المصالح

ثانيا: مجتمع وعينة البحث

1. مجتمع البحث

يتطلب القيام بعملية المعاينة وانتقاء العينة أن يكون مجتمع البحث معرف، وعليه رأينا أن نعرف أولا مجتمع البحث لأنه من الضروري قبل إجراء أي بحث في المجال السوسيولوجي تحديده تحديدا دقيقا يتناسب مع الوحدات المستهدفة التي يُراد جمع المعلومات عنها، وهذا الإجراء يعتبر من أهم الخطوات الأساسية للقيام بالدراسة الميدانية، الأمر يتوقف على حجم العينة ودرجة التوافق بينها وبين المجتمع الأصلي، وفي هذا السياق يمثل مجتمع البحث في العلوم الإنسانية مجموعة العناصر المحددة مسبقا سواء كانت منتهية أو غير منتهية، والتي ترتكز عليها الملاحظات (أنجرس، 2006، صفحة 298)، وهناك من يطلق عليه مجتمع الدراسة الأصلي ويقصد به كامل أفراد أو أحداث أو مشاهدات موضوع البحث أو الدراسة (عبيدات و آخرون، 1999، صفحة 84)، وعليه اشتمل مجتمع الدراسة على ما يلي:

أ. اشتمل على فئتين مهنيتين مختلفتي الأدوار ولكن متداخلتين وظيفيا، وهما فئة المستخدمين الطبيين وفئة

المستخدمين شبه الطبيين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بولاية مسيلة، ووقع اختيارنا على هذه الفئة باعتبارهم الفاعلين الأساسيين في سير عملية العلاج، بل حتى أن نسق العلاج قائم على هاتين الفئتين أساسا لارتباطهما الكبير بالمرض والمريض، ففئة الطبيين مكلفة بتشخيص المرض ووضع خطة العلاج، أما فئة شبه الطبيين فهي مكلفة بتنفيذ هذه الخطة ومراقبة سيرها.

ب. تضمن مجتمع الدراسة كذلك المرضى المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بولاية مسيلة لأنهم المستفيدين الرئيسيين من الخدمات الصحية المقدمة من طرف المستشفى والأكثر تأثرا، ولأنهم يتفاعلون بشكل مباشر ومستمر مع الأطباء والممرضين، على عكس الآخرين غير المقيمين الذين لا توجد لديهم هذه الدرجة من الاحتكاك.

ونظرا لصعوبة تناول جميع مفردات مجتمع البحث إلى جانب القيود الزمنية والإدارية كان لزاماً الاعتماد على العينة لتحديد نطاق الدراسة من خلال الاكتفاء بدراسة جزء من المجتمع.

2. عينة الدراسة

بعد أن ينتهي الباحث من اختيار مشكلة البحث وما يرتبط بها من أسئلة أو فروض وتحديد أبعادها وأدوات جمع البيانات، يحاول أن يجمع أقصى ما يمكن جمعه من البيانات إما عن طريق الحصر الشامل أو أسلوب التعداد عن جميع أفراد المجتمع الأصلي، وإذا لم يتيسر له ذلك اضطر إلى اختيار عينة تمنح الباحث رؤى قابلة للتعميم على المجتمع ككل.

ـ **العينة:** هي عبارة عن مجموعة جزئية من المجتمع يتم اختيارها وفق قواعد خاصة، بحيث تكون العينة المسحوبة ممثلة لمجتمع الدراسة، ورغم أن دقة النتائج المستمدة من العينات لا تصل دائمًا إلى مستوى دقة نتائج الدراسات التي تشمل المجتمع بأكمله، إلا أن النتائج التي يمكن الحصول عليها من العينة قد تكون دقيقة وتفوق دقة نتائج التعدادات الشاملة في ظل ظروف مماثلة (النعيمي و آخرون، 2015، صفحة 78).

وبغرض تمثيل المجتمع المستهدف بدقة تم اختيار **العينة العشوائية الطبقية** Stratified Random Sampling وهي "طريقة أخذ عينات من مجتمع يمكن تقسيمه إلى مجتمعات فرعية متجانسة (طبقات)، وفي الإحصاء العينة الطبقية هي طريقة أخذ العينات من مجتمع يمكن تقسيمه إلى مجتمعات فرعية، حيث يتم أخذ عينة عشوائية من كل طبقة بشكل منفصل" (Parsons, C. A, 2017).

ولأن مجتمع الدراسة غير متجانس بطبيعته، إذ يتألف من طبقات أو فئات مختلفة عن بعضها البعض، ولضمان التمثيل الدقيق والفعال لكل فئة في العينة قُسِّم مجتمع الدراسة إلى ثلاث طبقات وهي: الأطباء، الممرضون، والمرضى.

ومن أجل تحديد إجراءات سحب العينة البحثية، قمنا بمايلي:

1. لتحديد عينة الأطباء والممرضين وتوضيح مهام كل صنف أجرينا دراسة استطلاعية شملت بعض المصالح بالتعاون مع رؤساء الموارد البشرية والمصالح الصحية، كشفت هذه الدراسة عن وجود 87 طبيبا مختصا و60 طبيبا عاما، أما فئة شبه الطبيين فقد بلغ عددهم 448 يعملون في جميع الأقسام كما هو موضح في الجدول رقم (15)، ونظراً لأن هذه الدراسة اقتصرت على المستخدمين ذوي الصلة المباشرة بالمرضى المقيمين في مصلحة الطب الداخلي ومصلحة الجراحة العامة ومصلحة الأمراض المعدية فقد اقتصرت العينة على العاملين في هذه المصالح فقط خلال شهري نوفمبر وديسمبر من سنة 2024م، حيث بلغ عددهم44 طبيباً و77 ممرضاً موزعين مثلما هو موضح في الجدول رقم (16).

وقد تعذر علينا الوصول إلى كافة الأطباء والممرضين بسبب عدة عوامل أهمها:

الوقت المحدود المتاح من قبل المؤسسة ورفض بعض الأطباء التعاون مع الباحثة؛ فبالرغم من تواجدهم داخل المستشفى كانوا منشغلين باستمرار ولا يملكون الوقت الكافي حتى لملء الاستمارات، هذا الأمر أدى إلى حالات متعددة فبعضهم اطلع على الاستمارة ورفض ملئها وهناك من لم تملأ تماما حتى وإن كانت الإدارة على علم بالدراسة.

الجدول رقم (16): يوضح توزيع مستخدمي الصحة (أطباء، ممرضين) على مصالح المستشفى خلال فترة الدراسة

المصلحة	عدد الأطباء		عدد الممرضين	
	مصلحة الرجال	مصلحة النساء	مصلحة الرجال	مصلحة النساء
مصلحة الطب الداخلي	17		14	13
مصلحة الأمراض المعدية	4		18	
مصلحة الجراحة العامة	23		16	16
المجموع	44		77	

المصدر: معد بالاعتماد على معلومات من رؤساء المصالح

وعلى هذا الأساس، وبعد جهد ومحاولات عديدة تم توزيع الاستمارات، وتمكنا من استرجاع مايلي:

جدول رقم (17): ملخص حجم العينة

	الأطباء	الممرضون
مجتمع البحث الكلي	44	77

المبحوثون غير المتواجدين	4	6
المبحوثون الرافضون للتعاون	9	10
الاستمارات الموزعة	31	61
الاستمارات غير المسترجعة	5	7
الاستمارات غير الصالحة	1	4
الاستمارات الصالحة	25	50

الجدول رقم (18): توزيع عينة مستخدمي الصحة حسب الفئة ونسب الاستجابة

الفئة	المجتمع الأصلي	النسبة في المجتمع	العينة المسترجعة	النسبة في العينة	الانحراف	معدل الاستجابة
الأطباء	44	36.4%	25	33.3%	−3.1%	56.8%
الممرضون	77	63.6%	50	66.7%	+3.1%	64.9%
المجموع	**121**	**100%**	**75**	**100%**	–	**62.0%**

- **الانحراف مقبول:** أقل من 5% لكلا الفئتين
- **معدل الاستجابة الإجمالي:** جيد(62%)

2. لتحديد عينة المرضى المقيمين بمصلحة الجراحة ومصلحة الأمراض الداخلية ومصلحة الأمراض المعدية تواصلنا مع رئيس مكتب القبول الذي زودنا بالعدد حيث بلغ (1124) مريض مقيم خلال شهري نوفمبر وديسمبر من سنة 2024م، ولقد ارتأينا في البداية أخذ نسبة 20% من مجتمع البحث بحيث أصبح العدد (225) مريض، وبعد الفحص قدرت الاستمارات الصالحة للدراسة (130) استمارة استبيان، وتطبيقا لأسلوب العينة الطبقية قمنا بحساب النسبة المئوية الخاصة بكل فئة (مصلحة طبية) ومعدل التمثيل لضمان دقة التوزيع، كما هو موضح في الجدول التالي.

الجدول رقم (19): توزيع عينة المرضى حسب المصالح ومعدل التمثيل

المصلحة	المجتمع الأصلي	النسبة في المجتمع	العينة المسترجعة	النسبة في العينة	الانحراف	معدل التمثيل
الجراحة	450	40.0%	51	39.2%	−0.8%	11.3%
الأمراض الداخلية	360	32.0%	42	32.3%	+0.3%	11.6%
الأمراض المعدية	314	28%	37	28.5%	+0.5%	11.7%
المجموع	**1124**	**100%**	**130**	**100%**	–	**11.5%**

- **الانحراف ممتاز:** أقل من 1% لجميع المصالح
- **معدل التمثيل الإجمالي:** متسق عبر جميع المصالح (11.5%~)

الخلاصة: كلتا العينتين ممثلتين بشكل جيد.

لم نتمكن من الوصول إلى جميع المرضى المقيمين وملء كافة استمارات الاستبيان المطلوبة بسبب عدة عوامل أهمها:

- تعذر التواصل مع المرضى الذين يعانون من حالات حرجة أو خطيرة، لأنّ حالتهم الصحية تتطلب رعاية خاصة ومراعاة دقيقة لظروفهم، مما يجعلهم غير مستعدين للتفاعل مع أي أنشطة خارج نطاق العلاج المباشر.
- رفض البعض ملء استمارة الاستبيان بسبب عدم الرغبة في مشاركة تفاصيل حياتهم الشخصية والصحية.
- التخوّف من الإدارة فهناك من شك بأنّ المعلومات التي سيقدمونها قد تستخدم ضدهم.
- يرى البعض أن إجاباتهم تؤثر على جودة الرعاية التي يتلقونها خاصة إذا كانوا لا يزالون في المستشفى، حيث يخشون أن يتسبب ذلك في تأخير حصولهم على الأدوية أو الرعاية الضرورية.
- شعور بعض المرضى أن تقديم أي إجابة سواء إيجابية أو سلبية لن يُغير شيئًا في الواقع وأن صوتهم لن يُسمع.

ثالثا: المنهج المستخدم في الدراسة

بالاستناد إلى طبيعة موضوع دراستنا المتمثل في "نوعية الخدمات الصحية وانعكاسها على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، تم الاعتماد على المنهج الوصفي لأنه الأنسب لتحليل الظواهر الاجتماعية المعقدة، فالمنهج الوصفي لا يكتفي بوصف الظاهرة في شكلها الخارجي، بل يسعى إلى فهمها في عمقها من خلال تحليل أبعادها المختلفة والعوامل المؤثرة فيها والعلاقات التي تحكمها.

كان الأسلوب الوصفي مرتبطاً منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الإنسانية، وما زال هو الأكثر استخداماً في الدراسات الإنسانية حتى الآن، وذلك نتيجة صعوبة استخدام الأسلوب التجريبي في المجالات الانسانية (ذوقان و آخرون، 1984، صفحة 187)، وقد واكب المنهج الوصفي نشأة علم الاجتماع، حيث ارتبطت نشأته بحركة المسح الاجتماعي في إنجلترا، أو منهج لوبلاي في دراسة الحالة ونشأة الدراسات الأنثروبولوجية، والفكرة الأساسية التي يقوم عليها المنهج الوصفي هي أن المشكلة التي واجهت الدراسة العلمية للظواهر الاجتماعية تتمثل في عدم وجود منهج علمي حقيقي يصلح لتحليل هذه الظواهر (مسعود، 2011، صفحة 20).

يمكن تعريف المنهج الوصفي بأنه وصف الظاهرة المدروسة بأسلوب علمي دقيق، يهدف إلى جمع بيانات دقيقة وكافية عن ظاهرة أو موضوع اجتماعي، ومن ثم تحليلها بموضوعية وتصوير النتائج في أشكال رقمية معبرة قابلة للتفسير (عبيدات و آخرون، 1999، صفحة 46).

وفي هذه الدراسة تم توظيف المنهج الوصفي من خلال مايلي:

- تحديد ووصف خصائص نوعية الخدمات الصحية المقدمة (العلاجية، الوقائية، الفندقية) داخل المؤسسة محل الدراسة، ووصف واقع العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.
- جمع البيانات الكمية والمعلومات التفصيلية من خلال تطبيق أداة الاستمارة، بهدف رصد آراء وتصورات الأفراد حول متغيرات الدراسة للوصول إلى استنتاجات وتعميمات تساهم في تطوير الواقع.
- تحليل وتفسير البيانات الإحصائية وتحديد طبيعة وتجاه العلاقة الارتباطية بين نوعية الخدمات الصحية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، وهو ما يتم عن طريق حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية ونسب التكرار، بالإضافة إلى معاملات الارتباط بين المتغيرات، مما يُمكّن من اختبار فرضيات البحث.

رابعا: أدوات جمع البيانات

إنّ مرحلة جمع البيانات وتحليلها تمثل نقطة اتصال بين الإشكالية المعتمدة وأهداف الدراسة المحددة والمنهج المتبع من قبل الباحث من جهة، وعمله الميداني الإمبريقي في مجال التقصي عن المعلومة وتحليلها من جهة ثانية، ومن أجل الإلمام بالمعطيات تتحقق أهداف هذه الدراسة، ويتم توضيح أساليب وتقنيات* جمع المعلومات التي بواسطتها يمكن التوصل إلى الحقائق الجديدة عن الموضوع أو التأكد منها.

1. لجمع المعطيات اللازمة تم الاعتماد على تقنية **الملاحظة البسيطة** خلال مراحل البحث، وذلك قبل وأثناء توزيع الاستمارة، أين كان لنا وقت كاف لملاحظة الظروف الصحية التي يمر بها المريض يوميا بداية من استقباله وصولا إلى تشخيص ومتابعة حالته وتوجيهه للأقسام الداخلية كلما تطلب الأمر ذلك.

الملاحظة باللغة الإنجليزية (**observation**) وإن كان هناك عدد من الباحثين والعلماء يفضلون ترجمتها بالمشاهدة، وهي من أقدم طرق جمع البيانات والمعلومات الخاصة بظاهرة ما، وعرفت على أنها عملية مراقبة أو مشاهدة سلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئة ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات، والتنبؤ بسلوك الظاهرة أو توجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاتها (دويدري، 2000، صفحة 317).

---

* حسب الباحثة **Madeleine Grawitz** التقنيات هي وسائل لتناول المشكلات، ومراحل عمليات محدودة مرتبطة بعناصر عملية، اختيارها مرتبط بالهدف المقصود، والمرتبط هو الآخر بمنهج العمل، وبالتالي فهي أدوات يضعها المنهج في خدمة البحث، وينظمها لتحقيق هذا الهدف، وهي محدودة العدد ويشترك فيها معظم العلوم الاجتماعية (للمزيد انظر: مادلين غراويتز، **مناهج العلوم الاجتماعية**، ترجمة سام عمار، مراجعة فاطمة الجيوشي، دمشق، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق ،1993، ص ص 11-12).

مكنتنا هذه التقنية من ملاحظة مدى توفر التجهيزات واكتظاظ المرضى ومواعيد الفحص وملاحظة سلوكيات المبحوثين بدقة أثناء إجابتهم على بنود الاستبيان، كما سمحت لنا برصد تصرفات المستخدمين ومواقفهم أثناء تأدية المهام، لا سيما تفاعلاتهم مع المرضى خلال العلاج داخل المصالح، وغيرها من الملاحظات التي تم دمجها مع آراء المبحوثين لتدعيم وتحليل النتائج الإحصائية الواردة في الجداول.

2. استمارة * الاستبيان

تم الاعتماد على هذه التقنية بشكل أساسي في الدراسة الميدانية، حيث تعتبر من أكثر الوسائل المستخدمة شيوعا في جمع البيانات، ويطلق مصطلح "الاستبيان" على أي أداة تتضمن أسئلة أو فقرات يستجيب لها الفرد، وعادةً ما تحتوي على فقرات ذات خيارات ثابتة، تُقدم للمستجيب مجموعة من البدائل للاختيار من بين بديلين أو أكثر ليختار أحدهما، ومن الأمثلة الشائعة على هذه الفقرات تلك التي تتضمن خيارين مثل إجابة "نعم" أو "لا"، أو "أوافق" و"لا أوافق" (النعيمي و آخرون، 2015، صفحة 176).

لتحقيق أهداف الدراسة واختبار الفرضيات قمنا بتصميم استمارة الاستبيان وذلك بالاعتماد على بعض الكتب العلمية والدراسات السابقة التي لها علاقة بالموضوع والإطار النظري للدراسة بهدف قياس أبعاد متغيرات الدراسة (نوعية الخدمات الصحية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

ـ أما عن **صدق الأداة** المستعملة فقد قامت الباحثة بالتأكد من ذلك عن طريق عرضها في صورتها الأولية على (07) أساتذة محكمين من مختلف الجامعات (انظر الملحق رقم01)، لإبداء آرائهم في مدى ملائمة العبارات لما وضعت من أجله والتحقق من سلامتها اللغوية وتقييم مدى تناسب كل عبارة مع البعد أو المحور الذي تنتمي إليه ومدى كفاية العبارات لتغطية كل محور من محاور متغيرات الدراسة، هذا بالإضافة إلى اقتراح ما يرونه ضروريا من تعديل في صياغة العبارات أو حذفها أو إضافة عبارات جديدة لإثراء أداة الدراسة، وبناءً على مقترحاتهم تم إجراء التعديلات اللازمة حتى وصلت الاستمارة إلى صورتها النهائية.

ـ وللتأكد كذلك من **ثبات** و**صدق** الاستمارة، تم استعمال معامل ألفا كرونباخ (Alpha de Cronbach) لاختبار الثبات (انظر الملحق رقم04)، ومعامل ارتباط بيرسون (Corrélation de Pearson) لاختبار صدق الاتساق الداخلي للمحاور (انظر الملحق رقم05).

---

* بعض رواد البحث الاجتماعي الميداني لا يفضلون استعمال مصطلح الاستمارة، ومن هؤلاء الدكتور **حسن الساعاتي** الذي يفضل استعمال صحيفة الاستخبار أو الاستبيان، إلا أن كلمة استمارة ما زالت تجري على كل شفة ولسان وتفرض نفسها (للمزيد انظر: ريمون كيفي، لوك فان كمبنهود، **دليل الباحث في العلوم الاجتماعية**، تعريب يوسف الجباعي، المكتبة العصرية للطباعة والنشر، بيروت، 1997، ص 15).

وفيما يتعلق بطريقة الإجابة على العبارات فقد اشتملت على خمس اختيارات تبدأ بالرفض الشديد لتنتهي بالموافقة الشديدة وفق مقياس ليكرت خماسي الأبعاد وتتراوح هذه الإجابات من 1 إلى 5.

الجدول رقم (20): أوزان مقياس ليكرت الخماسي

غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
1	2	3	4	5

المصدر: معد بالاعتماد على الدراسات السابقة

شمل الاستبيان في صورته النهائية على قائمتي استقصاء غطت **56** عبارة، تم توجيه الأول إلى الأطباء والممرضين المتواجدين فترة الدراسة بمصلحة الطب الداخلي ومصلحة الجراحة العامة ومصلحة الأمراض المعدية بالمؤسسة محل الدراسة، والثاني إلى المرضى المقيمين بنفس المصالح، وقد تم بناؤه كما يلي:

1ـ استبيان خاص بمستخدمي الصحة (انظر الملحق رقم02): تم توزيعه على عينة من الأطباء والممرضين، وذلك بهدف معرفة تقديراتهم حول نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وعلاقاتهم بالمرضى، وقد شمل المحاور التالية:

المحور الأوّل: تضمن بعض المعلومات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة والمتمثلة في الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، عدد سنوات الخبرة في المؤسسة، الصفة الوظيفية، والمصلحة التي يعمل بها.

المحور الثاني: شمل هذا المحور عبارات حول نوعية الخدمات الصحية، وتم تقسيمه إلى:

ـ **نوعية الخدمات الصحية العلاجية:** خصص لاختبار الفرضية الفرعية الأولى، حيث تضمن (12) عبارة من 07 إلى 18.

ـ **نوعية الخدمات الصحية الوقائية:** خصص لاختبار الفرضية الفرعية الثانية، حيث تضمن (13) عبارة من 19 إلى 30.

ـ **توعية الخدمات الصحية الفندقية:** خصص لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة، حيث تضمن ثلاثة أبعاد (الإقامة، التغذية والنظافة)، وتم قياسه من خلال (14) عبارة من 31 إلى 44.

ـ **المحور الثالث:** خُصص هذا المحور لعبارات حول معرفة العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى، وتم تقسيمه إلى:

طبيب – مريض: تضمن 06 عبارات من 45 إلى 50.

ممرض – مريض: تضمن 06 عبارات من 51 إلى 56.

2. استبيان خاص بالمرضى (انظر الملحق رقم03): تم تقديمه لعينة من المرضى المقيمين بمصلحة الطب الداخلي ومصلحة الجراحة العامة ومصلحة الأمراض المعدية في المؤسسة محل الدراسة، وقد شمل المحاور التالية:

المحور الأول: تضمن بعض المعلومات الشخصية لأفراد عينة الدراسة والمتمثلة في الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، مدة الإقامة، وسؤال متعلق بالمصلحة التي يعالج بها المريض.

المحور الثاني: تضمّن عبارات حول نوعية الخدمات الصحية، وتم تقسيمه إلى:

- **نوعية الخدمات الصحية العلاجية:** خصص لاختبار الفرضية الفرعية الثانية، حيث تضمن (12) عبارة من 07 إلى 18.
- **نوعية الخدمات الصحية الوقائية:** خصص لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة، حيث تضمن (12) عبارة من 19 إلى 30.
- **نوعية الخدمات الصحية الفندقية:** خصص لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة، حيث تضمن ثلاثة أبعاد (الإقامة، التغذية، النظافة)، وتم قياسه من خلال (14) عبارة من 31 إلى 44.

المحور الثالث: استخدم هذا المحور لمعرفة عمليات التفاعل بين مقدمي الخدمة الصحية (الأطباء، الممرضين) والمرضى، وتم تقسيمه إلى:

طبيب – مريض: تضمن 06 عبارات من 45 إلى 50.

ممرض – مريض: تضمن 06 عبارات من 51 إلى 56.

خامسا: الأساليب الإحصائية لمعالجة بيانات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات المجمعة تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.26)، وهو برنامج يحتوي على مجموعة من الاختبارات الإحصائية التي تندرج ضمن الإحصاء الوصفي مثل: التكرارات، المتوسطات، الانحرافات المعيارية وغيرها، وضمن الإحصاء الاستدلالي مثل: معاملات الارتباط، التباين الأحادي والمتعدد، وبالنظر إلى طبيعة الموضوع وسعيا لتحقيق أهداف الدراسة، فإن أنسب المقاييس الإحصائية التي تطلبها هذه الدراسة هي (يعلى، 2022، الصفحات 211-212):

- **اختبار ألفا-كرونباخ "Alpha de Cronbach"**: أُستعمل لحساب معاملات ثبات الاستبيان المستعمل في الدراسة، وهو من بين الاختبارات الأكثر استعمالا لدقته واختصاره للوقت لأنه يعتمد على توزيع الأداة

مرة واحدة فقط، عكس اختبارات الثبات الأخرى التي تتطلب عادة توزيع الأداة على مرحلتين تفصل بينهما فترة لا تقل عن شهرين.

- **التكرارات والنسب المئوية "Pourcentages" et "Effectifs"**: تم الاعتماد عليها في محور البيانات الشخصية من أجل وصف خصائص أفراد عينة الدراسة.
- **الأعمدة البيانية "Diagramme en barres"**: تم استعمال الأعمدة البيانية من أجل توضيح خصائص أفراد العينة، وهي الأنسب عندما تكون البيانات اسمية والجداول مركبة.
- **المتوسط الحسابي"Moyenne"**: أُستعمل من أجل معرفة متوسط إجابات المبحوثين حول عبارات ومحاور الاستبيان، ومن ثمة تحديد مستواها، مما يمنح الفرصة للمقارنة بينه وبين المتوسط الفرضي.
- **المتوسط الفرضي "Valeur du test"**: يتم مقارنة المتوسطات الحسابية للعبارات والمتغيرات معه من أجل تحديد تجاه إجابات المبحوثين حول عبارات ومحاور الاستبيان، وفي هذه الدراسة تقدر قيمته بـ(03)، فكل عبارة تُنقط من (01) إلى (05)، وعليه فالمتوسط الفرضي يتم حسابه بهذه الطريقة [(1+2+3+4+5)/5]، علما أنه يمكن أن تتغير قيمة المتوسط الفرضي حسب عدد البدائل وطريقة التنقيط.
- **الانحراف المعياري "Écart type"**: تم الاعتماد عليه لتحديد قيمة ومستوى الفروق الفردية في إجابات المبحوثين حول عبارات ومحاور الاستبيان.
- **اختبار كولموكروف–سمير نوف "Kolmogorov–Smirnov" واختبار شابيرو–ويلك "Shapiro–Wilk "**: يُستعملان لأجل تحديد طبيعة التوزيع، أي مدى خضوع البيانات إلى توزيع طبيعي (بارا متري) أم غير طبيعي (لابارا متري)، لأن كل نوع منهما يخضع لمعالجة إحصائية خاصة.
- **اختبار تحليل التباين "ف" لعدة عينات مستقلة"ANOVA à 1 facteur"**: يُستعمل من أجل المقارنة بين عدة عينات مستقلة بياناتهما كمية شريطة أن يكون التوزيع طبيعي، هدفه تحديد مدى وجود الفروق في إجابات المبحوثين حول محاور الاستبيان حسب متغير يحتوي على ثلاثة بدائل أو أكثر (الأطباء/ الممرضين/ المرضى).
- **اختبار الانحدار الخطي البسيط "Régression linéaire simple"**: يُستعمل لتحديد درجة واتجاه تأثير وانعكاس متغير على آخر عندما تكون بياناتهما كمية شريطة أن يكون التوزيع طبيعي، هدفه تحديد درجة واتجاه تأثير محاور الاستبيان على بعضها ومتغيراته أيضا.
- **اختبار الكيدوا للاستقلالية "كا2" "Khi–deux"**: يتم حسابه اعتمادا على المقارنة بين القيم المشاهدة (الواقعية) والقيم النظرية (المتوقعة)، هدفه تحديد مدى وجود فروق في اتجاه إجابات المبحوثين عن كل

سؤال من أسئلة الاستبيان حسب البيانات الشخصية أو سؤال آخر، أي أنه يُستعمل عند تعامل الباحث مع الجداول المركبة من متغيرين أحدهما مستقل والآخر تابع، يسعى الباحث للتعرف عن مدى استقلالية المتغيرين عن بعضهما البعض أم أنهما مترابطين.

- **اختبار معامل الارتباط "برسـن" Corrélation de Pearson:** يُسـتعمل من أجل تحديد العلاقة بين متغيرين يؤثر بعضـهما على الآخر من خلال تحديد درجة العلاقة وطبيعتها (طردية أو عكسية)، شريطة أن يكون التوزيع طبيعي وبياناتهما كمية، واستعمل في هذه الدراسة لقياس صدق أدوات جمع البيانات.

الفصل السادس: عرض وتحليل بيانات ومناقشة نتائج الدراسة

تـــمهيـد

أولا: عـــرض وتـــحـــلـــيـــل الـــبـــيـانـات

1. عرض وتحـليـل الـبيانـات الشـخـصية للـمبحوثيـــن
2. عرض وتحليل بيانات نوعية الخـــدمات الصحية العلاجيـة
3. عرض وتحليل بيانات نوعية الخـــدمات الصحية الوقائيـــة
4. عرض وتحليل بيانات نوعية الخـــدمات الصحية الفندقيـة
5. عرض وتحليل بيانات العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى
6. وصـف متغيـــرات الدراسة الـميدانـيـة

ثانيا: مـــنـاقـشـة نـــتـائـــج الـــدراســة

1. مـنـاقـــشة نـتائـج الفـرضـية الفرعية الأولى
2. مـنـاقـشة نـتائـج الفـرضـية الفرعية الثـانـية
3. مـنـاقـشة نـتائـج الفـرضـية الفرعية الثـالثة
4. مـنـاقـشـة نـتائـج الـفـرضـيـة الـرئـيـسـيـة
5. الـنـتـائج الـعـامـة للـدراسـة

تـمهيـد

تتمثل أهمية الدراسة الميدانية في فهم وحل المشكلات الاجتماعية وقدرتها على تقديم نتائج علمية وعملية ملموسة تساهم بفاعلية في معالجة الظواهر الاجتماعية، إن الفائدة الحقيقية لهذه الدراسات لا تقتصر على مجرد جمع البيانات، بل تمتد لتشكل أفكارًا راسخة في ذهن الباحث تتحول إلى برامج ومقترحات علمية ينتظرها المجتمع لتطبيقها على أرض الواقع.

لهذا، سنقوم في هذا الفصل بعرض وتحليل ومناقشة البيانات التي جمعناها من المؤسسة الاستشفائية العمومية "الزهراوي" بالمسيلة، مع التركيز على متغيرات الموضوع بهدف استخلاص فهم عميق للواقع الاجتماعي في هذه المؤسسة.

ولتحقيق أهداف دراستنا، سنقوم بتحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss.26)، الذي يمكننا من بناء جداول إحصائية متنوعة (بسيطة ومركبة)، بالإضافة إلى تصميم الأعمدة البيانية وحساب النسب المئوية لتوضيح التكرارات، ولتحليل البيانات بشكل معمق سيتم تطبيق مجموعة من الاختبارات لاستخلاص النتائج المتعلقة بكل فرضية من فرضيات الدراسة، وصولًا إلى النتائج النهائية التي ستُجيب عن إشكالية البحث وتُسهم في إثراء المعرفة في هذا المجال.

أولا: عرض وتحليل البيانات

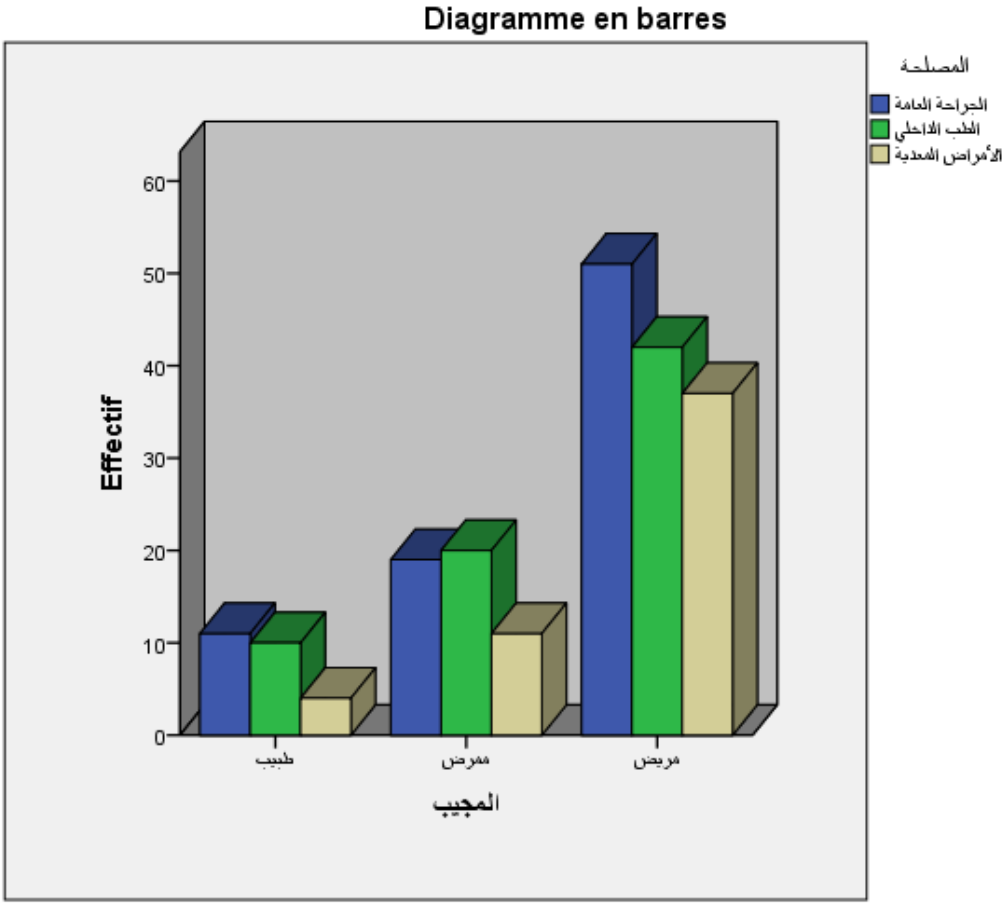
1. عرض وتحليل البيانات الشخصية للمبحوثين

الجدول رقم (21): يوضح توزيع المبحوثين حسب المصلحة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي – المسيلة –

			المصلحة			المجموع
			الجراحة العامة	الطب الداخلي	الأمراض المعدية	
المجيب	طبيب	ت	11	10	4	25
		%	44,0%	40,0%	16,0%	100%
	ممرض	ت	19	20	11	50
		%	38,0%	40,0%	22,0%	100%
	مريض	ت	51	42	37	130
		%	39,2%	32,3%	28,5%	100%
المجموع		ت	81	72	52	205
		%	39,5%	35,1%	25,4%	100%

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين متواجدين في مصلحة الجراحة العامة وتقدر بـ(39,5%)، خاصة الأطباء بنسبة (44,0%)، وتليها نسبة (35,1%) من المبحوثين المتواجدين في مصلحة الطب الداخلي، خاصة الممرضين والمرضى بنسبة (40,0%) لكل منهما، في حين سجلت نسبة (25,4%) من المبحوثين المتواجدين في مصلحة الأمراض المعدية، خاصة المرضى بنسبة (28,5%).

مما سبق نستنتج أنّ: هناك تنوع في توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية على المصالح، إذ سُجّل أكثر من ثلث المبحوثين في مصلحة الجراحة العامة خاصة الأطباء، باعتبارها من أكثر الأقسام حيوية في أي مستشفى، حيث تتعامل هذه المصلحة مع مجموعة واسعة من الحالات الجراحية، بدءًا من العمليات البسيطة إلى الحالات الطارئة، بينما يتمركز في مصلحة الطب الداخلي الممرضين والمرضى، وأكثر من ربعهم في مصلحة الأمراض المعدية، وبالتالي إن طبيعة عينة البحث تنوعت مفرداتها بين المصالح الثلاثة مع الفاعلين في المؤسسة الاستشفائية من أطباء وممرضين ومرضى على حد سواء، والرسم البياني الآتي يوضح ذلك.

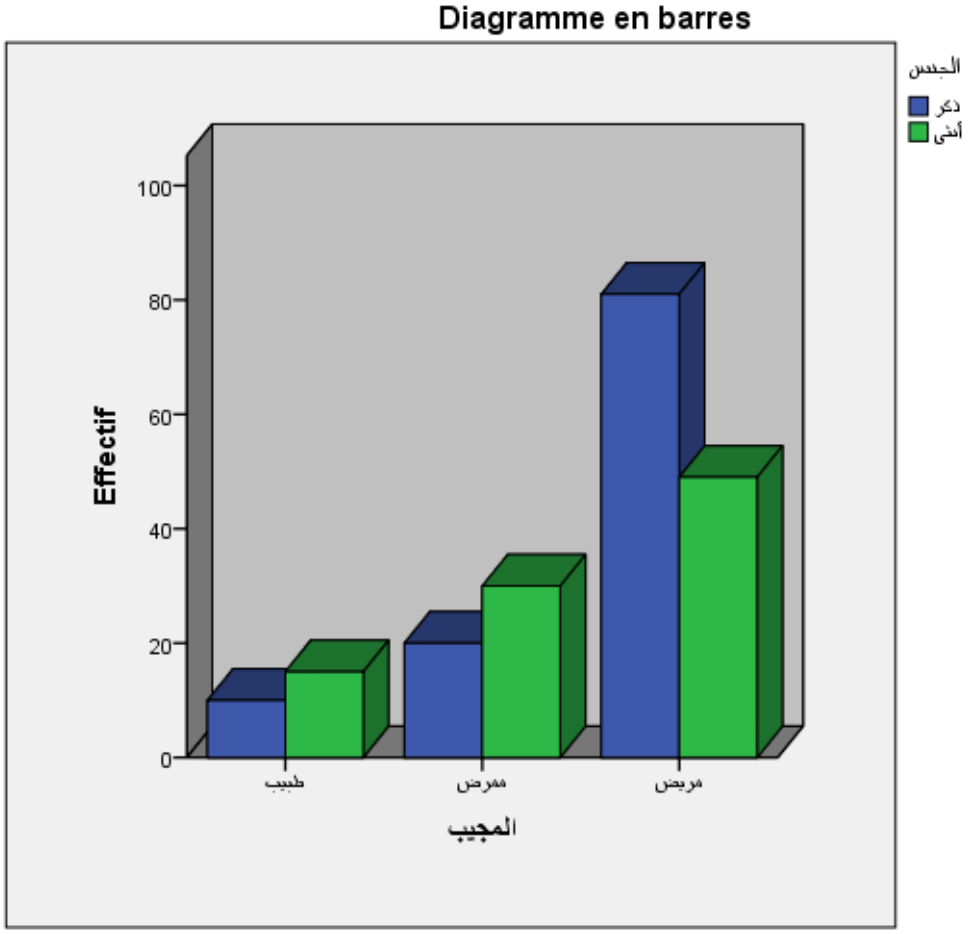


الجدول رقم (22): يوضح توزيع المبحوثين حسب جنسهم بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي – المسيلة –					
			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
المجيب	طبيب	ت	10	15	25
		%	40,0%	60,0%	100%
	ممرض	ت	20	30	50
		%	40,0%	60,0%	100%
	مريض	ت	81	49	130
		%	62,3%	37,7%	100%
المجموع		ت	111	94	205
		%	54,1%	45,9%	100%

يوضح الجدول وجود هيمنة عددية واضحة للذكور وتقدر نسبتهم بـ(54,1%)، خاصة المرضى بنسبة (62,3%)، مقابل نسبة (45,9%) من المبحوثين إناث، خاصة الأطباء والممرضين بنسبة (60,0%) لكل منهما.

وعليه يمكن القول أنّ: هناك تنوع في توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب الجنس إذ سُجّل أكثر من نصف المبحوثين ذكور، وبالتقريب النصف الآخر إناث خاصة المرضى، فمن جهة يظهر أن الذكور أكثر عرضة للأمراض والإصابات التي تستدعي الرعاية الاستشفائية، يُعزى ذلك إلى عوامل سلوكية مثل انتشار العادات الاستهلاكية غير صحية كالأكل السريع والتدخين باعتباره مضرّ بالصّحة وسبب للعديد من الأمراض الخطيرة وما يتركه من عواقب وخيمة ومضاعفات على المرضى، بالإضافة إلى العواقب المادية والاجتماعيّة والنّفسيّة، كما أن زيادة حوادث المرور التي تُصيب الذكور بشكل أكبر تُسهم في ارتفاع حالات الإصابة التي تُخلف عاهات مستديمة تتطلب متابعة طبية مستمرة، من جهة أخرى على الرغم من ميل النسوة إلى زيارة الطبيب بشكل أكثر إلا أن ذلك لا يمنعهن من التعرض للإصابات، فالحوادث المنزلية التي غالبًا ما ترتبط بالاستخدام غير الآمن للأجهزة الكهربائية، تُعد مصدرًا رئيسيًا للإصابات التي تتطلب العلاج، بالمقابل كان عدد الإناث بالنسبة للأطباء والممرضين أكثر من عدد الذكور، وذلك ما يعكس ارتفاع عدد النساء العاملات في الجزائر في السنوات الأخيرة، ورغم أن النسبة تبقى ضعيفة مقارنة بعدد النساء في المجتمع الذي يفوق عددهن الرجال، إلا أن مؤشر نسبة المرأة العاملة في مجال الطب في تصاعد مستمر، ففي عام 2017 سجلت الإحصائيات أن عدد الطبيبات تجاوز عدد الأطباء الذكور لأول مرة في التاريخ، ويُمكن تفسير التفوق العددي للإناث في مهنة التمريض من خلال نظرة تاريخية واجتماعية، فقد ارتبطت هذه المهنة في أصولها بكونها عملًا أنثويًا بامتياز، بافتراض أنّ وظيفة المرأة هي رعاية الآخرين وحمايتهم، وذلك حسب ما أشارت إليه **فلورنس نايتنجيل**، ففي الدول الأوروبية نجد الممرضة Infirmière ومن القليل أن نجد الذكور في هذه المهنة، هذا النجاح يعكس قدرة المرأة على تجاوز العقبات الاجتماعية والأكاديمية، وإثبات جدارة عالية في تقديم الرعاية الصحية، ولم يقتصر دورها على الممارسة السريرية فحسب، بل امتد ليشمل المناصب القيادية في المستشفيات، حيث ساهمت في صياغة استراتيجيات وخطط عززت من جودة الخدمات الصحية.

والرسم البياني الآتي يوضح ذلك:



الجدول رقم (23): يوضح توزيع المبحوثين حسب سنهم بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي – المسيلة –

			السن			المجموع
			من 20 إلى 30 سنة	من 31 إلى 40 سنة	من 41 إلى 50 سنة	51سنة فأكثر	
المجيب	طبيب	ت	3	12	8	2	25
		%	12,0%	48,0%	32,0%	8,0%	100%
	ممرض	ت	29	8	8	5	50
		%	58,0%	16,0%	16,0%	10,0%	100%
	مريض	ت	25	23	29	53	130
		%	19,2%	17,7%	22,3%	40,8%	100%
المجموع		ت	57	43	45	60	205
		%	27,8%	21,0%	22,0%	29,3%	100%

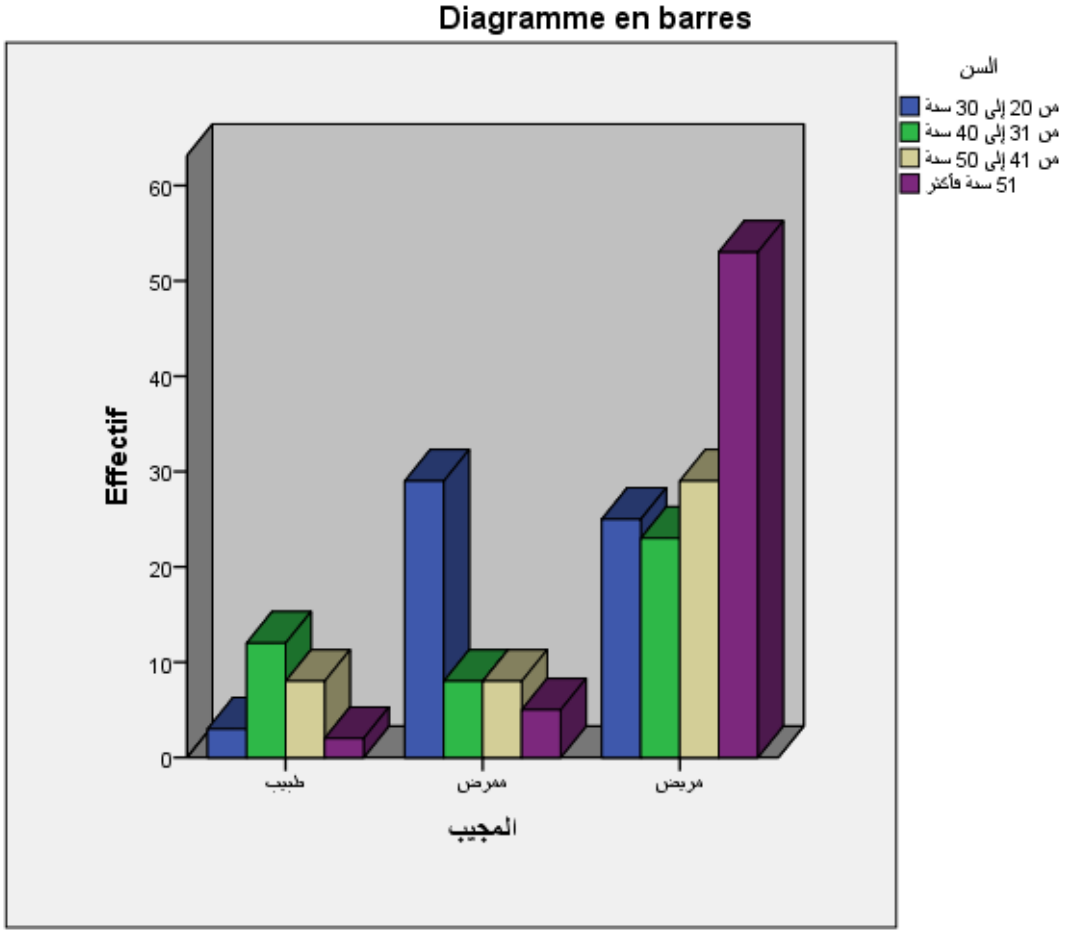
يُبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين يفوق سنهم 50 سنة وتقدر بـ(29,3%)، بنسبة (40,8%) لدى المرضى، وتليها نسبة (27,8%) من المبحوثين الذين يتراوح سنهم من 20 إلى 30 سنة،

خاصة الممرضين بنسبة (58,0%)، في حين سجلت نسبة (22,0%) من المبحوثين الذين يتراوح سنهم من 41 إلى 50 سنة، خاصة الأطباء بنسبة (32,0%) والمرضى بنسبة (22,0%)، أما المبحوثين الذين يتراوح سنهم من 31 إلى 40 سنة فيمثلون نسبة (21,0%)، خاصة الأطباء بنسبة (48,0%).

مما تقدم يمكن استخلاص أنّ: توزيع أفراد العينة البحثية يظهر تبايناً واضحاً حسب الفئات العمرية، حيث سجلت فئة المرضى أعلى نسبة بين الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 50 سنة (أكثر من الربع)، بينما هيمنت الفئة العمرية الأقل من 30 سنة على الممرضين، أما بالنسبة للأطباء فقد توزعت أعمارهم بشكل متقارب بين فئتي 31–40 سنة و41–50 سنة بنسبة تقارب الربع لكل فئة.

يعكس هذا التوزيع عدة مؤشرات مهمة: سيادة الفئة العمرية الكبيرة بين المرضى تُعزى إلى ازدياد الحاجة للخدمات الصحية مع التقدم في العمر وارتفاع معدلات الأمراض المزمنة، وتراجع وظائف الجهاز المناعي في هذه الفئة بالذات، بينما تعود هيمنة الفئة الشابة بين الممرضين إلى طبيعة المهنة التي تتطلب لياقة بدنية عالية، واتجاه الخريجين الجدد للعمل بالمستشفيات العمومية، أما التوازن النسبي في الأعمار بين الأطباء فيشير إلى استقرار الكوادر الطبية في منتصف العمر المهني ومتطلبات التكوين الطبي الطويلة سبع سنوات التي تؤخر الدخول إلى سوق العمل.

ويوضح الرسم البياني المرفق هذه التوزيعات العمرية، مما يعكس واقع التركيبة البشرية للمؤسسة الاستشفائية.



جدول رقم (24): يوضح توزيع المبحوثين حسب حالتهم العائلية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي– المسيلة–

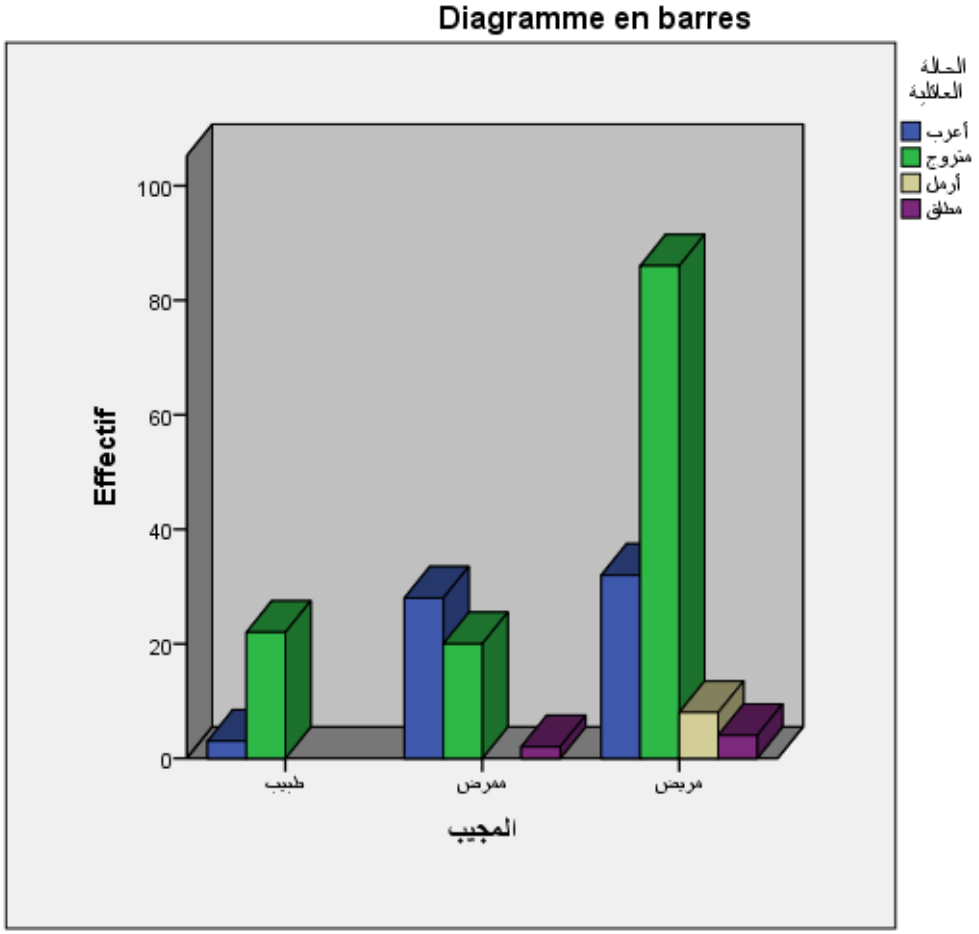
			الحالة العائلية			المجموع
			أعزب	متزوج	أرمل	مطلق	
المجيب	طبيب	ت	3	22	0	0	25
		%	12,0%	88,0%	0,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	28	20	0	2	50
		%	56,0%	40,0%	0,0%	4,0%	100%
	مريض	ت	32	86	8	4	130
		%	24,6%	66,2%	6,2%	3,1%	100%
المجموع		ت	63	128	8	6	205
		%	30,7%	62,4%	3,9%	2,9%	100%

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ معظم المبحوثين متزوجين وتقدر نسبتهم بـ(62,4%)، خاصة الأطباء بنسبة (88,0%) والمرضى بنسبة (66,2%)، مقابل نسبة (30,7%) من المبحوثين عزاب، خاصة

الممرضين بنسبة (56,0%)، في حين سجلت نسبة (3,9%) فقط من المبحوثين الأرامل، وكلهم أطباء بنسبة (6,2%)، أما المبحوثين المطلقين فيمثلون فقط نسبة (2,9%)، خاصة الممرضين بنسبة (4,0%) والمرضى بنسبة (3,1%).

تشير نتائج الدراسة إلى أن غالبية أفراد عينة الدراسة هم من المتزوجين، خاصة لدى فئتي الأطباء والمرضى، وهو ما يعكس الخصائص الديموغرافية الأساسية للعينة، فالأطباء يمرون بمسار مهني طويل يتطلب سنوات من التعليم والتدريب، مما يجعلهم يصلون إلى مرحلة الاستقرار المهني والشخصي في سن يكون فيها الزواج هو الحالة الاجتماعية السائدة، أما المرضى فإن الأمراض التي تستدعي الإقامة في المستشفى لفترات قد تكون أكثر شيوعًا لدى الفئات العمرية الأكبر سنا (فوق الخمسين عامًا) – كما تبين ذلك في الجدول رقم (23) –هذه الفئة نشأت في فترة تاريخية كانت معدلات الزواج مرتفعة، في المقابل كانت غالبية الممرضين من العزاب وهو ما يتوافق مع حداثة سنهم الموضحة في نفس الجدول، حيث يميل الشباب العامل حاليًا إلى تأخير الزواج بهدف تحقيق الاستقرار المهني والشخصي أولًا.

والرسم البياني الآتي يوضح ذلك:



جدول رقم (25): يوضح توزيع المبحوثين حسب عدد سنوات العمل بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة

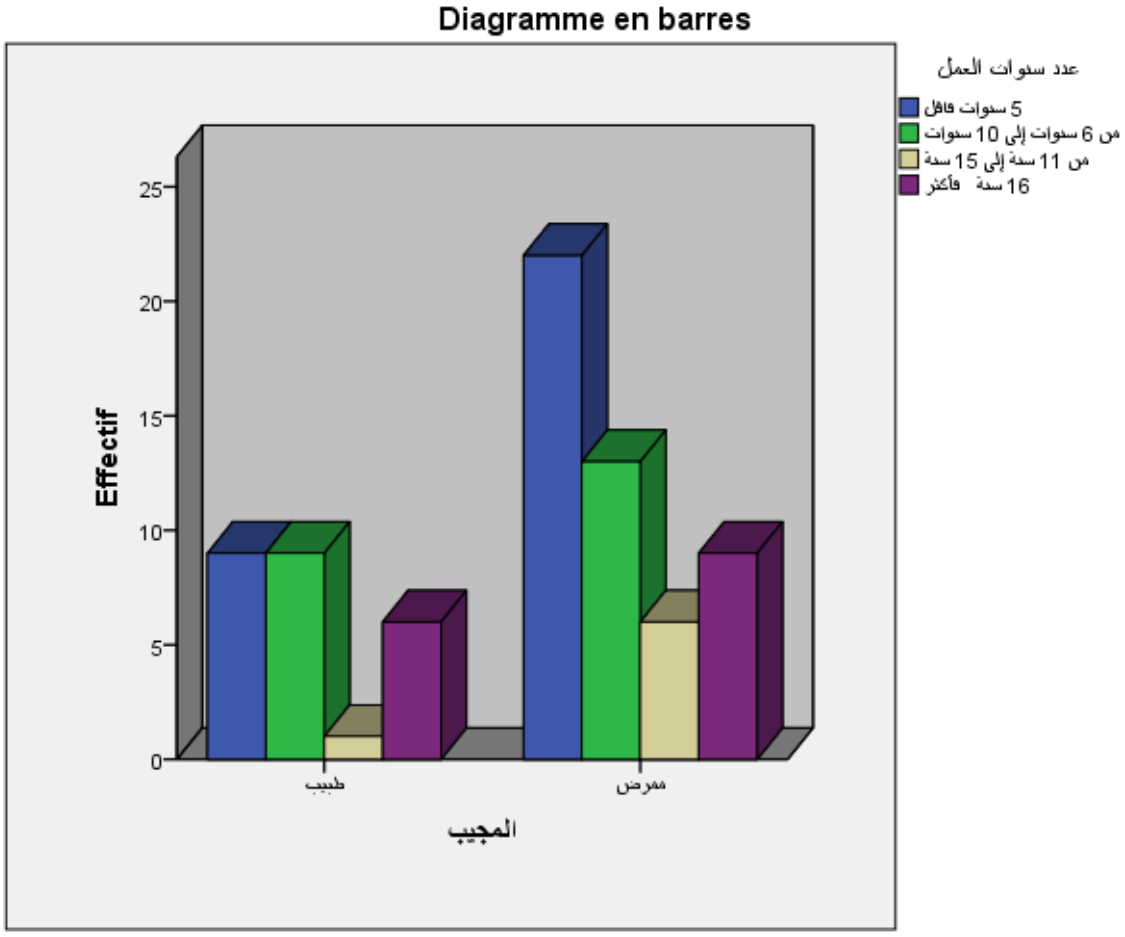
			عدد سنوات العمل			المجموع
			05 سنوات فأقل	من 06 سنوات إلى 10 سنوات	من 11 سنة إلى 15 سنة	16 سنة فأكثر	
المجيب	طبيب	ت	9	9	1	6	25
		%	36,0%	36,0%	4,0%	24,0%	100%
	ممرض	ت	22	13	6	9	50
		%	44,0%	26,0%	12,0%	18,0%	100%
المجموع		ت	31	22	7	15	75
		%	41,3%	29,3%	9,3%	20,0%	100%

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين يشتغلون بالمؤسسة محل الدراسة لفترة تقل عن 06 سنوات وتقدر بـ(41,3%)، خاصة الممرضين بنسبة (44,0%)، في حين سجلت نسبة (29,3%) من المبحوثين الذين يشتغلون بالمؤسسة من 06 إلى 10 سنوات، خاصة الأطباء بنسبة (36,0%)، وسجلت نسبة (20,0%) من المبحوثين الذين يشتغلون بالمؤسسة منذ 16 سنة فأكثر، خاصة الأطباء بنسبة (24,0%)، أما نسبة (9,3%) من المبحوثين فيشتغلون بالمؤسسة من 11 إلى 15 سنة، خاصة الممرضين بنسبة (12,0%).

مما سبق نستنتج أن: بالتقريب نصف أفراد عينة الدراسة الميدانية من أطباء وممرضين يشتغلون بالمؤسسة لفترة تقل عن 06 سنوات؛ وهذا يشير إلى أنهم حديثي التوظيف وهو ما يتطلب أهمية الدعم وتوفير برامج تدريب وتأهيل، وفي ذات السياق قد يشير إلى وجود بيئة عمل غير داعمة مقارنة بجهات عمل أخرى، الأمر الذي يدفع الأطباء والممرضين ذوي الخبرة إلى البحث عن فرص أفضل من حيث الأجر أو التخصص أو بيئة العمل، ومع ذلك من المهم ملاحظة أن الدراسة لها بعض القيود مثل تركيزها المُحدد على سياق مُعين وفئات محددة خلال فترات زمنية معينة.

وبالتالي، إنّ ما نلاحظه من اختلالات واضطرابات بين الفئات المهنية لا يمنع من استمرارية العمل والكفاءة في الأداء، على اعتبار أنّ كل العمال يشعرون بأنّ المؤسسة الاستشفائية هي جزء من حياتهم الاجتماعية، وهي النسق الذي يحدد العلاقات الاجتماعية لمختلف الفاعلين الاجتماعين، وعلى هذا الأساس فإنّ جماعة العمل تخلق لدى العامل شعور قوي بالانتماء إليها.

والرسم البياني الآتي يوضح ذلك:



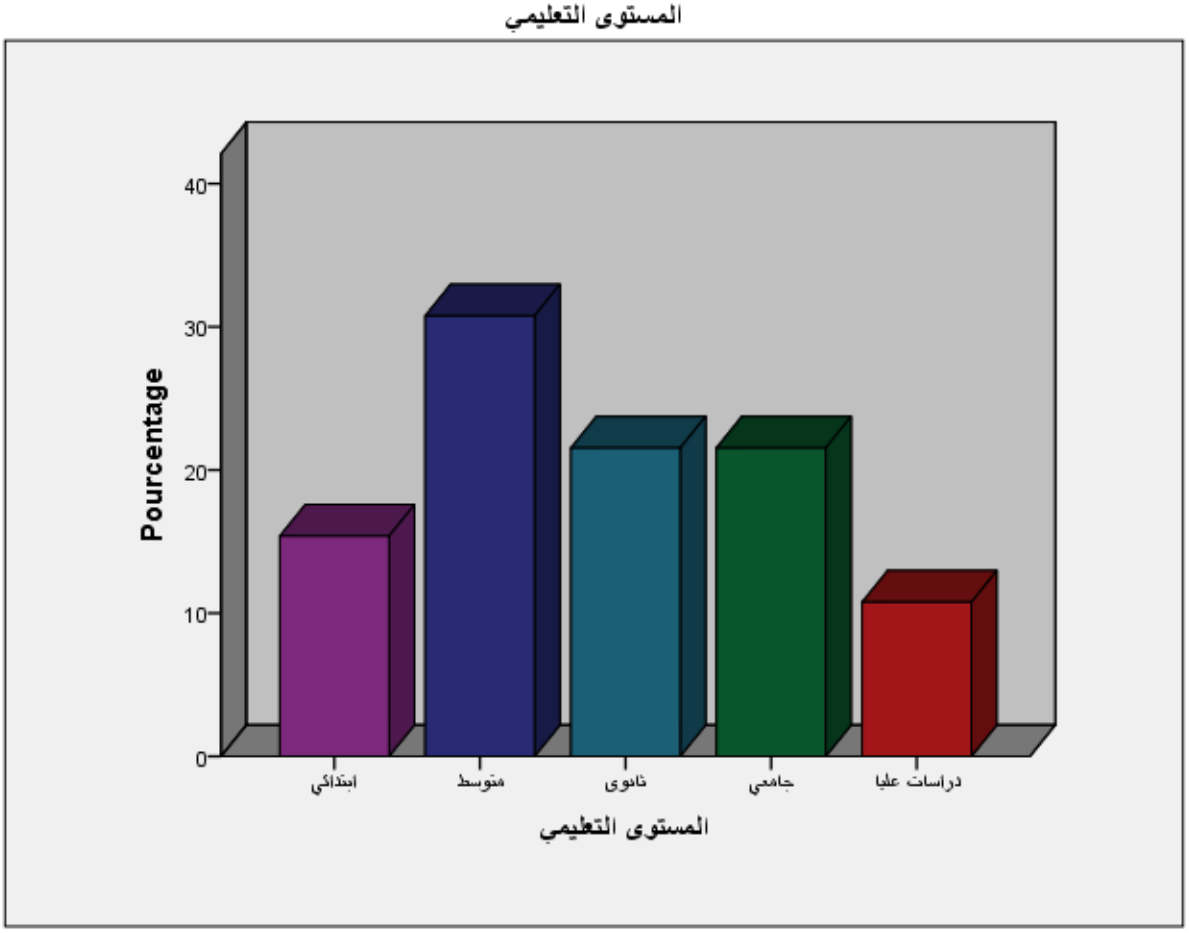
جدول رقم (26): يوضح توزيع المرضى حسب مستواهم التعليمي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية
ابتدائي	20	15,4%
متوسط	40	30,8%
ثانوي	28	21,5%
جامعي	28	21,5%
دراسات عليا	14	10,8%
المجموع	130	100%

يتضح من بيانات الجدول أن هناك تنوعًا في المستوى التعليمي لأفراد العينة. إذ نجد أنّ أكبر نسبة من المبحوثين ذوي مستوى المتوسط وتقدر بـ(30,8%)، في حين سجلت نسبة (21,5%) من المبحوثين المستوى الثانوي أو الجامعي، أما المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الابتدائي يمثلون نسبة (15,4%)، مقابل نسبة (10,8%) من المبحوثين الذين التحقوا بالدراسات الجامعية العليا كالماجستير والدكتوراه.

وعليه يمكن القول أنّ: هناك تنوع في المستوى التعليمي للمرضى الذين أجريت عليهم الدراسة الميدانية، ومع ذلك يمكن الاستنتاج أن أغلبية المرضى يمتلكون مستويات تعليمية متوسطة، وهو ما يرتبط بعوامل اجتماعية واقتصادية تؤثر على مسارهم الأكاديمي والمهني، حيث يميل البعض من الذكور منذ سن مبكر إلى العمل لكسب المال، مما يؤدي إلى انقطاعهم عن الدراسة أو قد يتجهون نحو مهن لا تتطلب شهادات، هذا الانقطاع عن المسار التعليمي يفسر انخفاض الوعي الصحي لديهم، مما يؤدي إلى تأخر في طلب الرعاية الطبية وعدم الالتزام بالإرشادات الوقائية، الأمر الذي يزيد من احتمالية تفاقم حالاتهم الصحية ودخولهم المستشفى، أما فئة المستوى التعليمي الابتدائي فتشير إلى احتمال انتماء أعضائها إلى الفئة العمرية التي تبلغ خمسين سنة فما فوق خاصة بين سكان المناطق الريفية، حيث يضطر العديد من الأفراد في سن مبكر إلى العمل في مجال الزراعة أو المهن الأخرى لمساعدة أسرهم في تأمين قوت يومهم، كما أن من بين هذه الفئة من عايش أواخر الحقبة الاستعمارية في الجزائر، حيث شهدوا آثارها السلبية مثل تدمير المدارس ومؤسسات التعليم وانتشار ظاهرة الفقر، مما أدى إلى انعدام فرص التحصيل العلمي.

والرسم البياني الآتي يوضح ذلك:

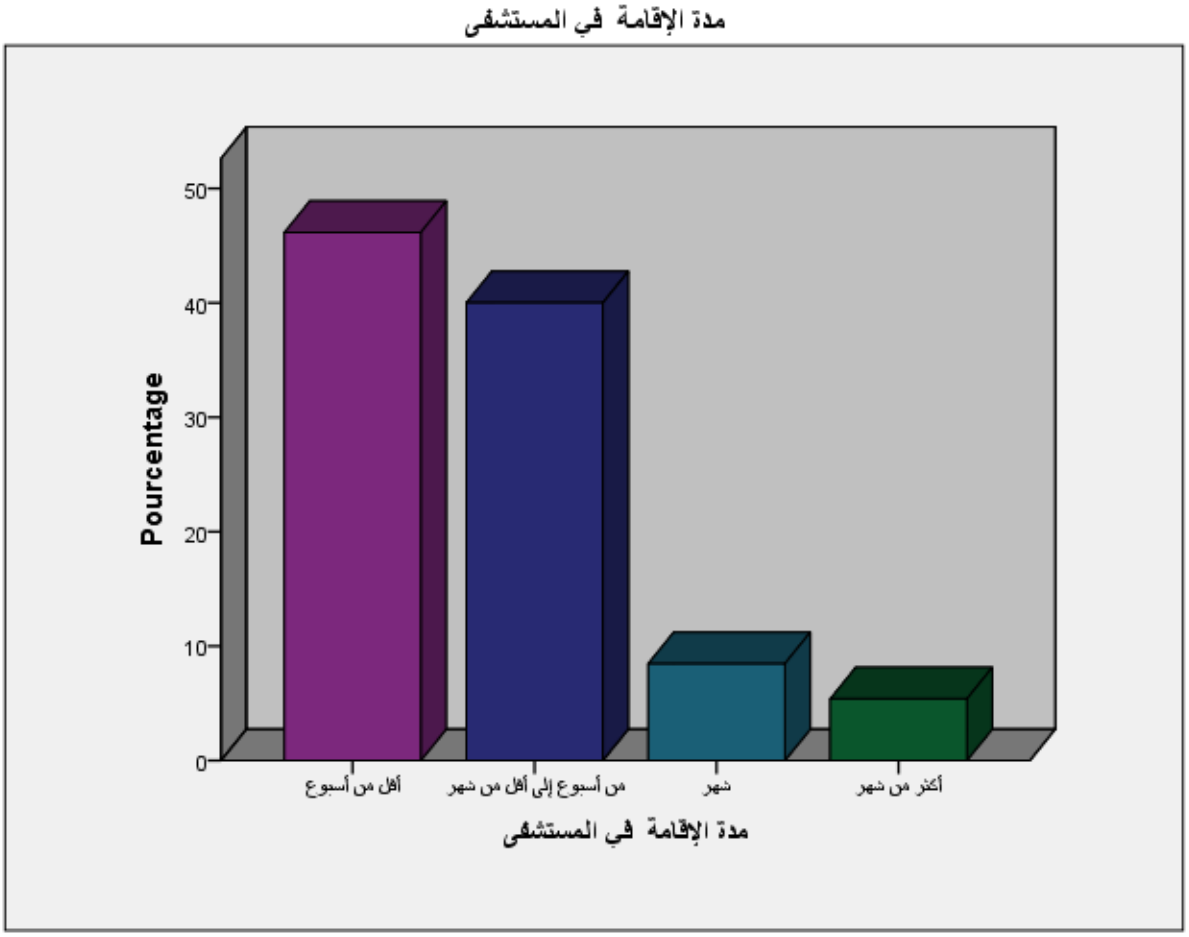


جدول رقم (27): يوضح توزيع المرضى حسب مدة إقامتهم في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي – المسيلة –		
مدة المكوث في المستشفى	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من أسبوع	60	46,2%
من أسبوع إلى أقل من شهر	52	40,0%
شهر	11	8,5%
أكثر من شهر	07	5,4%
المجموع	130	100%

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين مقيمين بالمؤسسة لأقل من أسبوع وتقدر بـ(46,2%)، وتليها نسبة (40,0%) من المبحوثين المقيمين من أسبوع إلى أقل من شهر، في حين سجلت نسبة (8,5%) من المبحوثين المقيمين لمدة شهر، أما المبحوثين المقيمين لمدة تفوق الشهر فيمثلون فقط نسبة (5,4%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب ثلثي المرضى الذين شملتهم الدراسة الميدانية يقضون فترة إقامة لا تفوق أسبوع في المستشفى، يعتمد الأمر بشكل أساسي على الحالة الصحية للمريض والبروتوكول العلاجي المتبع فبعض الحالات لا تتطلب إقامة طويلة، لأن بعض الأمراض أو العمليات الجراحية يمكن علاجها في غضون أيام قليلة، ومن جهة أخرى قد يتماشى ذلك مع سياسات المستشفيات التي تهدف إلى تقليل مدة الإقامة وذلك من أجل توفير التكاليف وإتاحة الأسرة لمرضى جدد، وتقليل مخاطر الإصابة بالعدوى داخل المستشفى، ومع ذلك فإنّهم قادرين على الحكم على نوعية الخدمة الصحية أكثر من غيرهم، ويكون لديهم استعداد أقوى في التعبير بكل موضوعية عن آراءهم تجاه الأسئلة المطروحة، وهي مسألة جد هامة في الدراسة.

والرسم البياني الآتي يوضح ذلك:



2. عرض وتحليل بيانات نوعية الخدمات الصحية العلاجية *

جدول رقم (28): يوضح توفّر المستشفى على الأدوية التي يحتاجها المرضى حسب المجيب

			يتوفّر بالمستشفى الأدوية التي يحتاجها المرضى					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	4	9	1	11	0	25
		%	16,0%	36,0%	4,0%	44,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	7	17	6	18	2	50
		%	14,0%	34,0%	12,0%	36,0%	4,0%	100%
	مريض	ت	33	23	4	55	15	130
		%	25,4%	17,7%	3,1%	42,3%	11,5%	100%

* **ملاحظة:** أراء المبحوثين المدرجة في التحليل حول نوعية الخدمات الصحية المقدمة كانت من خلال تصريحاتهم المباشرة والملاحظات الميدانية.

المجموع	ت	44	49	11	84	17	205
	%	21,5%	23,9%	5,4%	41,0%	8,3%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
19,04		08		0,01		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أنّ المؤسسة تتوفّر على الأدوية التي يحتاجها المرضى وتقدر بـ(41,0%)، خاصة الأطباء بنسبة (44,0%) والمرضى بنسبة (42,3%)، مقابل نسبة (23,9%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أنّها تتوفّر على جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى، خاصة الأطباء بنسبة (36,0%) والممرضين بنسبة (34,0%)، وتليها نسبة (21,5%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على أنّها تتوفّر على جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى، خاصة المرضى بنسبة (25,4%). في المقابل سجلت نسبة (8,3%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على أنّها تتوفّر على جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى، خاصة المرضى بنسبة (11,5%)، أما نسبة (5,4%) من المجيبين وافقوا نوعا ما على أنّها تتوفّر على جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى، خاصة الممرضين بنسبة (12,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب نصف أفراد عينة الدراسة الميدانية وافقوا على أن المؤسسة تتوفّر بها الأدوية التي يحتاجها المرضى خاصة الأطباء والمرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(19,04) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,01)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات أفراد العينة حول توفّر المؤسسة على جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى حسب المجيب لصالح الأطباء والمرضى، أي أن الأطباء والمرضى هم من يؤكد أكثر على توفرها.

إذا: تتوفر المؤسسة على الأدوية التي يحتاجها المرضى حسب تصريحات المبحوثين، فمن المعروف بأن المستشفيات العمومية هي المكان الأكثر توفر على الأدوية والوسائل الطبية الضرورية، وهي أحسن مكان يوفر التكفل الجيد للمرضى دون مقابل، وقد يكون حتى أحسن من العيادات الخاصة، كون المستشفيات العمومية ممولة من طرف الحكومة وتحتوي على أطباء ومتخصصين، فيمكن للمرضى مهما كانت مرتبتهم الاجتماعية أن يتلقوا العلاج والتكفل الحسن بهم.

إنّ توفر الأدوية يُعد مؤشراً مهما في تقييم نوعية الخدمات الصحية المقدمة، طالما أنّ انعدامها يؤدي إلى تذمر المستفيدين، فمن غير المتوقع نجاعة العلاج في ظل غياب عنصر مهم كالدواء الذي يساعد في علاج أو منع أو تخفيف أعراض الأمراض، فهو ضروري لاستعمالاته العديدة حيث يغير بعض وظائف

الجسم كتسكين الألم أو استخدامه لأغراض جراحية مثل التخدير وتعقيم الجروح أو تعويض النقص في إفرازات الغدد كالأنسولين لمرضى السكري أو معالجة اضطرابات الجهاز الهضمي ونقص الفيتامينات، إضافة إلى ذلك تُسهل الأدوية الممارسة الطبية الفعّالة لأنها تمكّن الأطباء من التشخيص الدقيق والعلاج الفوري مما يعزز فرص الشفاء، وهي من أهم الشروط الواجب توفرها بالمؤسسة.

وتشير موافقة المبحوثين على توفر الأدوية إلى أنها اقتصرت بشكل أساسي على توفر الأدوية البسيطة، مثل مسكنات الألم أو أدوية الحالات الشائعة التي تُلبي الاحتياجات الأساسية والمباشرة لشريحة واسعة من المرضى، ولا تشمل الأدوية المركبة والمتخصصة التي تُعد ضرورية للحالات الأكثر تعقيدًا، لأن هناك من المرضى المبحوثين من صرح بـ **"لابد من توفير الأدوية اللازمة من أجل المريض"**، **"توفير الأدوية"**، هذا مؤشر مباشر على أن المريض يواجه مشكلة في الحصول على الأدوية الضرورية لحالته، حيث قد يكون ذلك بسبب نقصها في المستشفى أو عدم توفرها بشكل دائم أو وجود صعوبات في الحصول عليها، وحسب ما صرح به أحد الممرضين المبحوثين **"لابد من توفير الوسائل الازمة للتمريض"**، وما طالب به أحد الأطباء بضرورة **"توفير وسائل لازمة للعمل والدواء اللازم"**، حيث يضطر الأطباء في بعض الأحيان إلى استبدال الأدوية الأساسية ببدائل مشابهة قد تختلف في التركيز أو المكونات، ورغم أن هذا الحل قد يخفف من آلام المرضى إلا أنه لا يقضي على المرض بشكل نهائي.

جدول رقم (29): يوضح توفّر المستشفى على الأجهزة الطبية Ecographie, Scaner , IRM حسب المجيب

			يتوفّر بالمستشفى الأجهزة الطبيةEcographie, Scaner , IRM				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	5	13	5	2	0	25
		%	20,0%	52,0%	20,0%	8,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	7	24	6	12	1	50
		%	14,0%	48,0%	12,0%	24,0%	2,0%	100%
	مريض	ت	48	27	18	30	7	130
		%	36,9%	20,8%	13,8%	23,1%	5,4%	100%
المجموع		ت	60	64	29	44	8	205
		%	29,3%	31,2%	14,1%	21,5%	3,9%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
25,20			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا على أنّ المؤسسة تتوفّر على الأجهزة الطبية Ecographie, Scaner , IRM وتقدر بـ(31,2%)، خاصة الأطباء بنسبة (52,0%) والممرضين بنسبة (48,0%). وتليها نسبة (29,3%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على أنها تتوفّر على الأجهزة الطبية، خاصة المرضى بنسبة (36,9%)، مقابل نسبة (21,5%) من المبحوثين الذين وافقوا على توفّر الأجهزة الطبية، خاصة الممرضين بنسبة (24,0%) والمرضى بنسبة (23,1%)، في حين نسبة (14,1%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أنّها تتوفّر على الأجهزة الطبية، خاصة الأطباء بنسبة (20,0%). أما نسبة (3,9%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على توفّر على الأجهزة الطبية، خاصة المرضى بنسبة (5,4%).

ومما سبق نستنتج أن: أكثر من نصف أفراد العينة لم يوافقوا على أن المؤسسة تتوفّر على الأجهزة الطبية Ecographie, Scaner , IRM خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(25,20) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد عينة الدراسة الميدانية حول توفّر الأجهزة الطبية حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على عدم توفرها.

إذا: المؤسسة محل الدراسة لا تتوفّر على الأجهزة الطبية Ecographie, Scaner, IRM، وذلك يؤثر على فعالية العلاج، حيث لا يجد الطبيب الوسائل الكافية لعلاج المرضى ومحاربة مختلف الأمراض، الأمر الذي يعرقله على أداء عمله بصفة جيدة، لأنّه مهما كان الطبيب كفؤا لا يستطيع معالجة المريض بصفة فعالة بدون توفر الوسائل الطبية الضرورية، فقد يتوصل إلى معرفة نوع المرض ولكنه لا يستطيع معرفة تواجده أو سببه، أو حتى إلى أي درجة من الخطورة وصل، لأنه فقط بالوسائل الطبية يستطيع التعرف على كل هذا، كما يستطيع اكتشاف المرض وهو في مراحله الأولى وبذلك يسهل القضاء عليه، صرّح أحد المرضى المبحوثين **"لابد من توفر الأجهزة الطبية الحديثة والمتطورة التي تقلل العبء على كاهل هذا المستشفى"**، وصرح العديد بضرورة **"بناء مستشفى جديد مجهز بالمعدات الطبية الازمة الحديثة"**، **"توفير الأجهزة الطبية اللازمة"** مثل جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي IRM المنعدم تماما في المستشفى، علاوة على ذلك تشير بعض الملاحظات إلى أنّ بعض أجهزة الأشعة المتوفرة معطلة مثل Ecographie حتى وإن تم إصلاحها هناك عوائق كبيرة تمنع غالبية المرضى من استخدامها، وهذا ما أكده لنا أحد الأطباء شفويا، ونتيجة لذلك يضطر العديد منهم البحث عن هذه الخدمات التشخيصية خارج المستشفى التي غالبًا تكون بتكاليف باهظة تثقل كاهلهم وتزيد من معاناتهم.

بذلك نستنتج أنّ الطبيب يواجه مشاكل جراء نقص الأجهزة الطبية ومهما تعددت وتنوعت كثرت أو قلت هذه المشاكل فإنها ترجع بالسلب دوما على المرضى، أخف هذه الأضرار إرساله إلى مصحة خاصة لإجراء التصوير أو تحويله من مستشفى إلى آخر، الأمر الذي يؤدي إلى تعقيد حالته أحيانا خاصة إذا كانت حالته لا تحتمل تنقله بين المستشفيات وأعقد هذه المشاكل هو موته، فقد يواجه الطبيب عدة حالات موت في اليوم الواحد فهو شيء عادي، ولكن حسب قول أحد الأطباء **"لا يوجد شعور في الدنيا أطيب من الشعور بإنقاذ حياة إنسان مريض"** وحسب المبحوثين أنه إذا ما توفرت للأطباء الوسائل الطبية لاستطاعوا التغلب على الكثير من الأمراض، وساعدوا الكثير من المرضى في التغلب على المرض.

ومن هنا، يتعين على المؤسسة الاستشفائية العمومية سعيًا للارتقاء بمستوى خدماتها العمل على توفير تجهيزات طبية حديثة ومتطورة لأنّ هذه المعدات لا تسهم فقط في تمكين الأطباء من أداء مهامهم بكفاءة عالية وتحسين تعافي المرضى وتوفير راحتهم، بل تلعب دورًا مهما في دقة وسرعة تشخيص الأمراض وعلاجها، هذه الضرورة في توفير الموارد المادية تتفق مع ما أكدته دراسة (Sandra Bertezene, 2000)، التي أوضحت أن النقص في الموارد المالية والبشرية يُعد عائقاً رئيسياً أمام تنفيذ الإجراءات.

جدول رقم (30): يوضح توفّر المستشفى على كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى حسب المجيب

			يتوفّر بالمستشفى كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	5	12	4	4	0	25
		%	20,0%	48,0%	16,0%	16,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	4	21	6	18	1	50
		%	8,0%	42,0%	12,0%	36,0%	2,0%	100%
	مريض	ت	32	42	12	35	9	130
		%	24,6%	32,3%	9,2%	26,9%	6,9%	100%
المجموع		ت	41	75	22	57	10	205
		%	20,0%	36,6%	10,7%	27,8%	4,9%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
13,60			08		0,09		غير دال (لا توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا على توفّر كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى وتقدر بـ(36,6%)، خاصة الأطباء بنسبة (48,0%) والممرضين بنسبة (42,0%)،

مقابل نسبة (27,8%) من المبحوثين الذين وافقوا على توفّر كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى، خاصة المرضى بنسبة (36,0%)، أما نسبة (20,0%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على توفر كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى، خاصة المرضى بنسبة (24,6%) والأطباء بنسبة (20,0%)، في حين سجلت وتليها نسبة (10,7%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على توفّر كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى خاصة الأطباء بنسبة (16,0%) والممرضين بنسبة (12,0%)، وأصغر نسبة (4,9%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على أن كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى متوفرة، خاصة المرضى بنسبة (6,9%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة بغض النظر عن المجيب لم يوافقوا على توفّر كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(13,60) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,09)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في إجابات أفراد العينة حول توفّر كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى حسب المجيب، فكل المجيبين من أطباء وممرضين ومرضى يؤكدون على عدم توفرها.

إذا، تبقى المؤسسة الاستشفائية العمومية أول مكان يخطر على بال الأفراد بمجرد التعرض لوعكة صحية بحيث يُقبلون عليها أملاً منهم في الحصول على مطلبهم، لذلك نرى أن غالبية المبحوثين أجابوا بأنّ المؤسسة محل الدراسة لا تتوفّر على كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى باعتبارها جزءًا لا يتجزأ من أنظمة الرعاية الصحية، وذلك لتحديد الأمراض في مرحلة يُمكن فيها للتدخل المبكر أن يكون فعالًا للوقاية منها وتشخيصها وإدارتها ومراقبتها، وعلى الرغم من التّقدم التكنولوجي في خدمات المختبرات السريرية في العديد من البلدان المتقدمة إلا أنّ خدمات المختبرات لم تلب الحد الأدنى من المعايير في الدول ذات الموارد المحدودة كما هو موضح في دراستنا، فبعض هذه الفحوصات مثل (على سبيل المثال لا الحصر) فحص ضغط الدم على فترات دورية مُوصى بها، وفحص ارتفاع الكوليسترول، وقياس السكري، مُوصى بها بشدة ومدعومة بأفضل الأدلة الطبية المُتاحة، ومع ذلك لا تدعم جميع اجراءات الفحص الطبي المقدمة في المؤسسة محل الدراسة هذه الأدلة.

يعود هذا النّقص إلى عدة أسباب مترابطة منها: محدوديّة الموارد الماليّة التي لا تسمح بتجهيز المختبرات بأحدث الأجهزة والكواشف، صعوبة تأمين الكوادر البشريّة المؤهّلة لإجراء بعض التحاليل المتخصّصة، كما أنّ سوء التخطيط وعدم أولوية توفير هذه الخدمات قد يلعبان دورًا في تفاقم المشكلة، نتيجة لذلك يضطر المرضى حسب تصريحاتهم إلى اللجوء إلى مراكز طبيّة خارجية في كثير من الأحيان مما يزيد من تكاليف العلاج، كما تلعب أعطال الأجهزة أو الحاجة إلى صيانتها الدورية دورًا في تأخير

إجراء بعض الفحوصات بشكل مؤقت، مع إمكانية إرسال العينات إلى مختبرات مرجعية عند الحاجة مما يُطيل فترة التشخيص وهو ما ينعكس سلبًا على حالتهم الصحيّة خاصة في الحالات الحرجة، لذلك من الضروري العمل على تذليل هذه العقبات من خلال تعزيز الدعم المالي وتطوير البنية التحتيّة وتدريب الكوادر لضمان حصول المرضى على حقوقهم في تشخيص دقيق وعلاج فعّال.

جدول رقم (31): يوضح إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة حسب المجيب

			يتم إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	5	3	17	0	25
		%	0,0%	20,0%	12,0%	68,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	1	10	7	24	8	50
		%	2,0%	20,0%	14,0%	48,0%	16,0%	100%
	مريض	ت	23	29	16	48	14	130
		%	17,7%	22,3%	12,3%	36,9%	10,8%	100%
المجموع		ت	24	44	26	89	22	205
		%	11,7%	21,5%	12,7%	43,4%	10,7%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
20,10			08		0,01		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة تخبر المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة وتقدر بـ(43,4%)، خاصة الأطباء بنسبة (68,0%) والممرضين بنسبة (48,0%)، مقابل نسبة (21,5%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أنها تخبر المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة، خاصة المرضى بنسبة (22,3%)، في حين سجلت نسبة (12,7%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة، خاصة الممرضين بنسبة (14,0%)، وتليها نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة، خاصة المرضى بنسبة (17,7%)، أما نسبة (10,7%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على أنّها تخبر المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة، خاصة الممرضين بنسبة (16,0%) والمرضى بنسبة (10,7%).

ومما سبق نستنتج أن: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على أنّ المؤسسة تخبر المرضى عن

موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(20,10) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,01)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أنّ الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على ذلك.

إذا: في المؤسسة محل الدراسة يُعتبر تحديد مواعيد العلاج الخطوة الأساسية في مسار الرعاية الصحية للمرضى سواء تم الحجز هاتفياً أو حضورياً، لأن كفاءة هذه العملية تُشكّل الانطباع الأول وتؤثر على تجربة المريض ككل، لضمان سير العمل بسلاسة تقوم المؤسسة بتعيين موظف مختص لجدولة المواعيد، حيث يقوم بجمع البيانات الأساسية للمريض (مثل الاسم الكامل، معلومات الاتصال، سبب الزيارة، والتاريخ الطبي ذي الصلة)، كما يتحقق الموظف من توفر الطبيب المختص ويبذل جهدا لتنسيق وقت يناسب كلاً من المريض ومقدم الخدمة، مما يُسهم في تحقيق التكامل بين احتياجات المرضى وإمكانيات المؤسسة، تُبرز هذه الآلية أهمية التنظيم الدقيق في تسهيل الخدمات الصحية، حيث يُعد التنسيق الفعّال للمواعيد عاملاً حاسماً في تحسين جودة الرعاية المقدمة وضمان الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة.

بالمقابل، لا يمكن أن نتصور أنّنا إذا أردنا الحصول على موعد لتلقي العلاج هذا الأسبوع مثلا فسوف نتمكن من إجراء الفحص الأسبوع القادم، إنّما الحقيقة والواقع أنّ المواعيد تتزواح من شهر إلى شهران إلى ثلاثة أشهر، وذلك حسب طبيعة المرض الذي يعاني منه المريض، فإذا أردت أن تتحدث عن مدة مواعيد الفحص فتحدث عن طبيعة المرض أولا، ثم أي مصلحة من مصالح المستشفى وجه المريض؟ من هو الطبيب المتابع لحالته الصحية؟ وبعدها يتم تحديد مدة مواعيد الفحص طويلة أو قصيرة.

خلال جولاتنا الميدانية داخل المستشفى وتواصلنا المباشر مع عدد من المرضى ومرافقيهم عبر مختلف الأقسام والخدمات أكّد البعض منهم أنّ فترات الانتظار تمتد لأسابيع أو حتى أشهر للحصول على موعد فحص، وذلك حسب قول أحد المرضى المبحوثين: **"يعطوك مواعيد حتى تنسى روحك ويزيد عليك المرض وتسوء حالتك"**، مما يؤثر على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، وقال آخر: **"ياريتني رحت للقطاع الخاص"**، هذا التصريح يعكس رؤية متأصلة بأن الخدمات الصحية العامة غير فعالة مما يدفع المواطنين إلى النظر في خيارات القطاع الخاص كبديل أفضل رغم تكلفته، كما تعبر مطالب المبحوثين بـ **"بناء مستشفى يليق بالولاية"، "هذا ليس مستشفى لابد من هدمه وإعادة بنائه"، " أن يهدم ويعاد بناؤه من أول وجديد لأنه كارثة كارثة من جميع النواحي لا طب لا التزام لا نظافة"، "بناء مستشفى جديد يليق بالولاية بمعنى مستشفى جديد"، "تغيير جذري في كل شيء بشكل عاجل"، "تغيير كل شيء"،**

و"**تغيير جذري**" عن فقدان الثقة الكاملة في قدرة النظام الحالي على الإصلاح، ورفض الترقيعات والإصلاحات الشكلية، والمطالبة بحلول جذرية، هذه الرغبة في التغيير الشامل لا تقتصر على البنية التحتية المادية للمستشفى، بل تمتد لتشمل المنظومة الصحية ككل، وما يؤكد ذلك حسب تصريح المبحوث الذي طالب بـ**"تغيير المنظومة الصحية"**، وفي المقابل يكشف تصريح **"رانا صابرين وخلاص"** عن ثقافة يأس مجتمعية تجذرت بسبب تكرار الخيبات فلم يعد المواطن يطالب بالتغيير، بل يرضخ لواقعٍ مزرٍ، هذا الشعور بالعجز هو نتيجة تراكم الخيبات والإخفاقات المتكررة في تحقيق تحسينات ملموسة مما يدفع بالمواطنين إلى التكيف السلبي مع الواقع.

وبالتالي، هذه الشكاوى المتداخلة تكشف عن مؤسسة تعاني من اختلالاتٍ، فبدلاً من أن تكون منفذاً للعلاج أصبحت مصدراً للإحباط، وبدلاً من أن تقدم الخدمة للجميع تحولت إلى حلمٍ بعيد المنال للكثيرين، هذا الواقع يستدعي تغييرٍ شامل يبدأ بإعادة هيكلة البنى التحتية وتطوير الآليات الإدارية ومراجعة الأولويات المؤسسية.

جدول رقم (32): يوضح توفر الخدمات الصحية بالمستشفى على مدار الساعة والأسبوع حسب المجيب

			الخدمات الصحية متوفرة على مدار الساعة والأسبوع					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	3	0	17	5	25
		%	0,0%	12,0%	0,0%	68,0%	20,0%	100%
	ممرض	ت	2	8	5	22	13	50
		%	4,0%	16,0%	10,0%	44,0%	26,0%	100%
	مريض	ت	22	28	15	50	15	130
		%	16,9%	21,5%	11,5%	38,5%	11,5%	100%
المجموع		ت	24	39	20	89	33	205
		%	11,7%	19,0%	9,8%	43,4%	16,1%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
21,85			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على توفّر الخدمات الصحية على مدار الساعة والأسبوع وتقدر بـ(43,4%)، خاصة الأطباء بنسبة (68,0%) والممرضين بنسبة (44,0%)، مقابل نسبة (19,0%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على توفرها على مدار الساعة والأسبوع، خاصة المرضى بنسبة

(21,5%)، في حين سجلت نسبة (16,1%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على توفّر الخدمات الصحية على مدار الساعة والأسبوع، خاصة الممرضين بنسبة (26,0%) والأطباء بنسبة (20,0%)، مقابل نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على توفر الخدمات الصحية على مدار الساعة والأسبوع، خاصة المرضى بنسبة (16,9%)، أما نسبة (9,8%) من المبحوثين فوافقوا نوعا ما على توفّر الخدمات الصحية على مدار الساعة والأسبوع، خاصة المرضى بنسبة (11,5%) والممرضين بنسبة (10,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على أن المؤسسة تتوفّر على الخدمات الصحية على مدار الساعة والأسبوع خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(21,85) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات أفراد العينة حول توفر الخدمات الصحية على مدار الساعة والأسبوع حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على توفرها.

إذا: يعتبر تقديم المؤسسة محل الدراسة للخدمات الصحية بشكل دائم (24 ساعة يوميًا، 365 يومًا في السنة) بمثابة ركيزةً أساسيةً في النظام الصحي، ويترجم هذا النمط التشغيلي مبدأ الاستجابة للاحتياجات الطبية سواء كانت طارئة أو مزمنة، مما يضمن تلبية متطلبات المرضى في أي وقت، وتكمن الأهمية القصوى لهذا التواجد الدائم في قدرته على سد الفجوات الزمنية التي قد تشكل خطرًا مباشرًا على حياة المرضى، خصوصًا في الحالات الحرجة التي لا تحتمل التأجيل مثل النوبات القلبية أو الإصابات الخطيرة، وتتطلّب هذه الخدمة المستمرة تنسيقاً دقيقاً بين مستخدمي الصحة عبر نظام المناوبات المدروس مع تأمين المعدات والأدوية بشكلٍ دائم.

ومن ناحية أخرى، تُظهر المؤشرات الإحصائية لأجوبة المبحوثين أن نسبة (21.5%) لم يوافقوا على استمرارية توفر الخدمات الصحية، ويُعزى ذلك إلى فجوة حقيقية تتمثل في العجز الهيكلي عن توفير كافة التحاليل الطبية اللازمة، وعدم توفّر الأدوية الضرورية والأجهزة الطبية Ecographie, Scaner , IRM وغيرها من المؤشرات التي تم وسيتم إثباتها تفصيليًا من خلال جداول سبق ذكرها وأخرى لاحقة، كل هذه العوامل توحي بأنّه على الرغم من توفر الخدمات الصحية على مدار الساعة إلا أنّ هناك عراقيل وخدمات غير متوفرة.

جدول رقم (33): يوضح الحصول على الفحوصات التشخيصية بسهولة حسب المجيب

	يتم الحصول على الفحوصات التشخيصية بسهولة					المجموع
	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	

المجيب	طبيب	ت	0	10	6	8	1	25
		%	0,0%	40,0%	24,0%	32,0%	4,0%	100%
	ممرض	ت	3	9	7	25	6	50
		%	6,0%	18,0%	14,0%	50,0%	12,0%	100%
	مريض	ت	18	34	8	56	14	130
		%	13,8%	26,2%	6,2%	43,1%	10,8%	100%
المجموع		ت	21	53	21	89	21	205
		%	10,2%	25,9%	10,2%	43,4%	10,2%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
19,79		08		0,02		دال (توجد فروق)		

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على حصولهم على الفحوصات التشخيصية بسهولة وتقدر بـ(43,4%)، خاصة الممرضين بنسبة (50,0%)، مقابل نسبة (25,9%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على حصولهم على الفحوصات التشخيصية بسهولة، خاصة الأطباء بنسبة (40,0%) والمرضى بنسبة (26,2%)، في حين سجلت نسبة (10,2%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على حصولهم على الفحوصات التشخيصية بسهولة، خاصة الممرضين بنسبة (12,0%) والمرضى بنسبة (10,8%)، ونفس النسبة (10,2%) من المبحوثين وافقوا نوعا ما على حصولهم على الفحوصات التشخيصية بسهولة بالمؤسسة، خاصة الأطباء بنسبة (24,0%) والممرضين بنسبة (14,0%)، أما نسبة (10,2%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على الحصول على الفحوصات التشخيصية بسهولة، خاصة المرضى بنسبة (13,8%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على حصولهم على الفحوصات التشخيصية بسهولة خاصة الممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(19,79) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,02)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات أفراد العينة حول الحصول على الفحوصات التشخيصية بسهولة في المؤسسة حسب المجيب لصالح الممرضين، أي أنّ الممرضين هم من يؤكد أكثر على ذلك.

تُشكل الفحوصات التشخيصية الركيزة الأساسية لأنها تساهم في توجيه الأطباء نحو تحديد الأمراض بدقة واختيار العلاج المناسب، وتلعب هذه الفحوصات بمختلف أنواعها دورًا هاماً في دعم القرارات السريرية سواء كانت مخبرية كتحاليل الدم والبول أو تصويرية أو إجراءات تداخلية ووظيفية كتخطيط القلب، وذلك

سواءً في التشخيص الأولي أو متابعة الحالة أو حتى في حالات الإحالة إلى أخصائيين آخرين، وتكمن الأهمية القصوى لهذه الفحوصات في قدرتها على كشف الأمراض في مراحلها المبكرة قبل ظهور الأعراض الواضحة، مما يرفع نسب الشفاء ويقصر مدة العلاج، وتساعد في مراقبة استجابة الجسم للأدوية، مما يجعلها خط الدفاع الأول للحفاظ على الصحة العامة وضمان سلامة المرضى.

وفي هذا السياق، يمكن تفسير حصول المبحوثين على هذه الخدمات من خلال النظام المتبع داخل المؤسسة، حيث توفر للمرضى إمكانية إجراء الفحوصات الطبية لتشخيص حالاتهم الصحية أثناء وصولهم، والبدء بجمع البيانات الطبية من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق وفعّال يعزز من جودة الرعاية المقدمة، ويعتمد هذا النظام على تصنيف الحالات وتوجيه المريض مباشرة إلى الجناح المخصص للفحص بناءً على تقييم المؤشرات الحيوية الأولية، حيث يتم فتح ملف طبي يرافق المريض في مختلف المحطات العلاجية.

جدول رقم (34): يوضح تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق حسب المجيب

			يتم تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
المجيب	طبيب	ت	2	2	10	11	0	25
		%	8,0%	8,0%	40,0%	44,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	5	2	11	24	8	50
		%	10,0%	4,0%	22,0%	48,0%	16,0%	100%
	مريض	ت	19	29	18	50	14	130
		%	14,6%	22,3%	13,8%	38,5%	10,8%	100%
المجموع		ت	26	33	39	85	22	205
		%	12,7%	16,1%	19,0%	41,5%	10,7%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
22,43			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة محل الدراسة تقوم بتشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق وتقدر بـ(41,5%)، خاصة الممرضين بنسبة (48,0%) والأطباء بنسبة (44,0%)، في حين سجلت نسبة (19,0%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق، خاصة الأطباء بنسبة (40,0%) والممرضين بنسبة (22,0%)،

وتليها نسبة (16,1%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على القيام بتشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق، خاصة المرضى بنسبة (22,3%)، ثم نسبة (12,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق، خاصة المرضى أيضا بنسبة (14,6%)، مقابل نسبة (10,7%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على أن المؤسسة تقوم بتشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق، خاصة المرضى بنسبة (16,0%) والممرضين بنسبة (10,8%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على أنّ المؤسسة تقوم بتشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق خاصة الممرضين والأطباء؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(22,43) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات أفراد العينة حول تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق حسب المجيب لصالح الممرضين والأطباء، أي أن الممرضين والأطباء هم من يؤكد أكثر على ذلك.

إذا: يمكن تفسير تصريح تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق على حرص الأطباء والممرضين على الإتقان المهني وتفانيهم في أداء واجبهم رغم التحديات الكبيرة التي تواجههم، لاسيما في ظل نقص الإمكانيات والتجهيزات الطبية المتطورة، فبالرغم من محدودية الوسائل التشخيصية إلا أنّ الأطباء يعتمدون على خبراتهم السريرية وحسهم المهني الدقيق، وحسب ما لاحظناه يبذل الأطباء والممرضين جهدا لتعويض النقص التقني بالفحص السريري المتعمق والمتابعة الحثيثة للحالات، وتتجلى براعتهم في قدرتهم على التكيف مع الظروف الصعبة لتحقيق أقصى قدر من الدقة، ويُعزى ذلك إلى روح العمل الجماعي بين الفرق الطبية والتمريضية حسب ما لاحظناه خلال زياراتنا، حيث تُدار الحالات المعقدة عبر تشاوريات متخصصة تضم خبرات متنوعة، كل هذه العوامل مجتمعة تدل على أنّ الدقة التشخيصية ليست مرتبطة دوما بالتكنولوجيا الحديثة، بل هي نتاج مزيج من الكفاءة المهنية والإخلاص والتعاون والقدرة على الابتكار في ظل الإمكانيات المتاحة.

جدول رقم (35): يوضح قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية حسب المجيب

			وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية قليل				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
المجيب	طبيب	ت	1	10	5	9	0	25
		%	4,0%	40,0%	20,0%	36,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	3	9	12	21	5	50

		%	6,0%	18,0%	24,0%	42,0%	10,0%	100%
	مريض	ت	16	29	16	55	14	130
		%	12,3%	22,3%	12,3%	42,3%	10,8%	100%
المجموع		ت	20	48	33	85	19	205
		%	9,8%	23,4%	16,1%	41,5%	9,3%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
12,27		08		0,13		غير دال (لا توجد فروق)		

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية بالمؤسسة وتقدر بـ(41,5%)، خاصة المرضى بنسبة (42,3%) والممرضين بنسبة (42,0%)، مقابل نسبة (23,4%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية، خاصة الأطباء بنسبة (40,0%)، في حين سجلت نسبة (16,1%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية، خاصة الممرضين بنسبة (24,0%) والأطباء بنسبة (20,0%)، أما نسبة (9,8%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية، خاصة المرضى بنسبة (12,3%)، مقابل نسبة (9,3%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية، خاصة المرضى بنسبة (10,8%) والممرضين بنسبة (10,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة بغض النظر عن المجيب وافقوا على قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(12,27) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,13)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في إجابات أفراد العينة حول قلة وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية حسب المجيب، فكل المجيبين من أطباء وممرضين ومرضى يؤكدون على قلته.

يمكن القول من خلال قراءتنا لنتائج الجدول بأنّ قصر وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبيّة في المؤسسة يُعتبر ميزةً إيجابية، حيث يساهم بشكل مباشر في تقليل فترة بقاء المرضى المقيمين، إنَّ سرعة الحصول على هذه النتائج تُمثل عاملاً حاسماً في اتخاذ القرارات العلاجية المنقذة للحياة، ويأتي هذا الأداء الفعّال على الرغم من التحديات التي تفرضها طبيعة العمل المجهدة في المؤسسات الاستشفائية العمومية التي تتطلب من مستخدمي الصحة التعامل مع أعداد كبيرة من المراجعين تحت ضغط الوقت.

وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية يختلف باختلاف نوع الفحص والمختبر والمؤسسة الطبية، فبعض الفحوصات مثل فحوصات الدم الروتينية قد تكون نتائجها متاحة في نفس اليوم أو اليوم التالي،

بينما قد تستغرق الفحوصات الأكثر تخصصًا عدة أيام أو أسابيع، بشكل عام يسعى مقدمي الرعاية الصحية إلى تقليل وقت الانتظار لنتائج الفحوصات الطبية قدر الإمكان، مما يساعد ذلك في تحسين رعاية المرضى وتقليل القلق والتوتر لديهم.

وبالمقابل، لا يمكننا إغفال آراء بعض المبحوثين الواردة في تحليل الجداول السابقة التي كشفت عن التحديات الكبيرة التي تواجه المرضى في الحصول على الفحوصات التشخيصية فقد أفاد عدد منهم بأنهم يواجهون صعوبات منها فترات الانتظار المُرهقة وغيرها.

جدول رقم (36): يوضح توفّر المستشفى على متخصصين في مختلف الأمراض حسب المجيب

			يتوفّر بالمستشفى متخصصين في مختلف الأمراض				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	6	0	14	5	25
		%	0,0%	24,0%	0,0%	56,0%	20,0%	100%
	ممرض	ت	1	6	5	28	10	50
		%	2,0%	12,0%	10,0%	56,0%	20,0%	100%
	مريض	ت	19	22	15	54	20	130
		%	14,6%	16,9%	11,5%	41,5%	15,4%	100%
المجموع		ت	20	34	20	96	35	205
		%	9,8%	16,6%	9,8%	46,8%	17,1%	100%
قيمة كا2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
15,72			08		0,04		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على توفّر متخصصين في مختلف الأمراض بالمؤسسة، وتقدر بـ(46,8%)، خاصة الأطباء والممرضين بنسبة (56,0%)، كما تم تسجيل نسبة (17,1%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على توفّر متخصصين في مختلف الأمراض، خاصة الأطباء والممرضين بنسبة (20,0%)، مقابل نسبة (16,6%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أنها تتوفّر على متخصصين في مختلف الأمراض، خاصة الأطباء بنسبة (24,0%) والمرضى بنسبة (16,9%)، ونسبة (9,8%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على توفر متخصصين في مختلف الأمراض، خاصة المرضى بنسبة (14,6%)، في حين سجلت نسبة (9,8%) من المبحوثين الذين وافقوا

نوعا ما على توفّر متخصصين في مختلف الأمراض، خاصة المرضى بنسبة (11,5%) والممرضين بنسبة (10,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على أنّ المؤسسة محل الدراسة تتوفّر على متخصصين في مختلف الأمراض خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(15,72) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,04)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول توفّر متخصصين في مختلف الأمراض حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على توفرهم.

من خلال التحليل الإحصائي المقدم يتضح أنّ أفراد العينة يؤكدون على توفر الأطباء الأخصائيين بالمؤسسة الاستشفائية في مختلف الأمراض بالمصالح التي تم توزيع الاستمارات بها، هذا ما أوضحه بالخصوص الأطباء والممرضين الذين يميلون – لا إرادياً – إلى تقديم صورة مثالية عن مؤسستهم، ممكن لتخوفهم من الانتقادات الإدارية، الرغبة في حماية سمعة المؤسسة، واعتيادهم على النظام القائم مما يشوش إدراكهم لمعاناة المرض.

هذا التوفر لا يعني بالضرورة إتاحة هذه الخدمات للمرضى على قدر من المساواة، فمن الناحية السوسيولوجية قد يكون وجود الأخصائيين شكلياً في بعض الأحيان، بحيث يكونون مسجلين في المؤسسة دون حضور فعلي منتظم أو تكون ساعات عملهم محدودة جداً مقارنة بعدد المراجعين، وذلك ما أوضحه أحد رؤساء المصالح عند تزويدنا بقائمة الأطباء المتخصصين من حيث العدد ونوعية التخصص والاستفسار عن أوقات تواجدهم، حيث أجاب بأنهم مشغولين بأعمال أكاديمية أو إدارية أو العمل في عياداتهم الخاصة أو الذهاب الى المستشفيات الجامعية وغيرها...

في الجولات الميدانية، حاولنا الاقتراب من بعض المرضى– خاصة مرضى الحالات المزمنة – للاستفسار عن آرائهم حول توفر الأخصائيين، وقد أفصحت إحدى المريضات التي تعاني من مرض القلب عن استيائها، قائلة: **"رؤية الطبيب الاخصائي في أمراض القلب في هذه المؤسسة هو حلم، أنت وزهرك"**، هذه العبارة لا تُعبر فقط عن صعوبة الوصول إلى طبيب القلب، ولكن تُشير أيضًا إلى نقص في الموارد البشرية المتخصصة داخل المؤسسة، كما أن استخدام كلمة "حلم" تبرز مدى ندرة هذه الخدمة، وما يؤكد ذلك تصريحات العديد من المبحوثين **" ضرورة تدعيم القطاع الصحي بالأطباء المختصين"**، **"توفير أطباء أخصائيين مؤهلين في الجراحة المتخصصة وأطباء أكفاء وخبرة مميزة"**، **"لابد من توفير أطباء مختصين في كل وقت"**، هذا النقص قد يكون نتيجة لعدة عوامل منها الصعوبة في استقطاب الأطباء

المتخصصين والاحتفاظ بهم وهجرة الأطباء، حيث يتخرِج سنويًا مئات الأطباء في مختلف التخصصات، وتستثمر الدولة مبالغ كبيرة في تكوينهم، ثم نراهم يغادرون تباعًا نحو أوروبا والخليج، في حين نستعين ببعثات طبية أجنبية لسدّ النقص، وآخر الأمثلة: بعثة من كوبا إلى ولاية المسيلة شهر **أوت 2025م**، تضم **44** طبيبًا مختصًا في أمراض النساء والتوليد، التخدير والإنعاش، وطب الأطفال حديثي الولادة، ومساعدي الأطباء الأخصائيين، لسنا ضد الكفاءات الكوبية فخبرتها مشهود لها، غير أن المشهد يطرح تساؤلات جوهرية: لماذا نفقد أطبّاءنا بهذه الوتيرة، بينما نستقدم أطباء من خارج الوطن؟ أليس من الأجدر معالجة الأسباب التي تدفع الكفاءات الوطنية إلى الهجرة، بدل الاقتصار على حلول مؤقتة؟ ضعف الأجور، نقص التجهيزات، وغياب رؤية استراتيجية واضحة... كلها عوامل تجعل الطبيب الجزائري يبحث عن بيئة عمل تحفظ كرامته وتمكّنه من أداء رسالته على أكمل وجه، إنّ السياسة الصحية الرشيدة لا تقوم على استقدام الكفاءات الأجنبية كحل ظرفي لسدّ النقص، بل على تشييد منظومة متكاملة تستوعب الطاقات الوطنية، وتحفّزها على البقاء والعطاء داخل الوطن، وتقوم هذه المنظومة على بيئة عمل مهيأة، وتجهيزات عصرية، وأجور محفزة، ومسارات مهنية واضحة تتيح للطبيب التطور المستمر إلى جانب تقدير مجتمعي ومؤسساتي يليق برسالته الإنسانية، فالحفاظ على العقول الوطنية ليس خيارًا تكميليًا، ولكن ركيزة لضمان استدامة الخدمات الصحية وجودتها، وتحقيق الاكتفاء الذاتي الذي يُحصّن الأمن الصحي للبلاد.

جدول رقم (37): يوضح مساهمة العلاج المقدّم بالمستشفى في التخفيف من آلام المرضى حسب المجيب

			يُساهم العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	4	1	16	4	25
		%	0,0%	16,0%	4,0%	64,0%	16,0%	100%
	ممرض	ت	3	3	6	28	10	50
		%	6,0%	6,0%	12,0%	56,0%	20,0%	100%
	مريض	ت	21	17	8	59	25	130
		%	16,2%	13,1%	6,2%	45,4%	19,2%	100%
المجموع		ت	24	24	15	103	39	205
		%	11,7%	11,7%	7,3%	50,2%	19,0%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
12,65			08		0,12		غير دال (لا توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ معظم المبحوثين وافقوا على مساهمة العلاج المقدّم بالمؤسسة في التخفيف من آلام المرضى وتقدر نسبتهم بـ(50,2%)، خاصة الأطباء بنسبة (64,0%) والممرضين بنسبة (56,0%)، كما تم تسجيل نسبة (19,0%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على مساهمة العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى، خاصة الممرضين بنسبة (20,0%) والمرضى بنسبة (19,2%)، مقابل نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على مساهمة العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى، خاصة المرضى بنسبة (16,2%)، وسجّلت نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على مساهمة العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى، خاصة الأطباء بنسبة (16,0%) والمرضى بنسبة (13,1%)، في حين سجلت أما نسبة (7,3%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على مساهمة العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى خاصة الممرضين بنسبة (12,0%).

ومما سبق نستنتج أن: أكثر من ثلثي أفراد العينة بغض النظر عن المجيب وافقوا على مساهمة العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(12,65) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,12)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في اجابات أفراد العينة حول مساهمة العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى حسب المجيب، فكل المبحوثين من أطباء وممرضين ومرضى يؤكدون على مساهمته.

إذا: يسهم العلاج المُقدَّم في التخفيف من حدة الآلام والتقليل من الأعراض المرتبطة ببعض الأمراض، لا سيما تلك التي تُساعد المرضى على التأقلم مع بعض الآثار الجانبية وتعزيز عملية التعافي، وقد تجلَّى هذا الأثر بوضوح في مصلحة الجراحة العامة خاصة لدى المرضى الذين يعانون من حالات الحروق الشديدة والأمراض المعدية حيث لوحظ تحسُّن نوعا ما في بعض الحالات المرضية.

من ناحية أخرى، الطبيب أثناء ممارسته لمهامه يواجه مشاكل بسبب نقص الأدوية أو انعدامها، رغم أنّ المستشفى العمومي هو الملاذ الأول للمرضى في الحالات الطارئة التي تتطلب تدخلاً سريعاً لتسكين الآلام الحادة سواء كانت ناتجة عن إصابات أو أمراض مزمنة أو حالات طارئة، حيث يُفترض أن يكون الأكثر تجهيزًا بالأدوية والوسائل الطبية الضرورية، فضلًا عن توفر كوادر طبية متخصصة قادرة على تقديم الرعاية.

جدول رقم (38): يوضح شمولية الخدمات المقدمة كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء حسب المجيب

	الخدمات المقدمة تشمل كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء					المجموع
	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	

المجيب	طبيب	ت	1	6	5	11	2	25
		%	4,0%	24,0%	20,0%	44,0%	8,0%	100%
	ممرض	ت	2	5	11	24	8	50
		%	4,0%	10,0%	22,0%	48,0%	16,0%	100%
	مريض	ت	23	25	16	50	16	130
		%	17,7%	19,2%	12,3%	38,5%	12,3%	100%
المجموع		ت	26	36	32	85	26	205
		%	12,7%	17,6%	15,6%	41,5%	12,7%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
13,69			12,7%08		0,09		غير دال (لا توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على شمولية الخدمات المقدمة بالمؤسسة على كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء وتقدر بـ(41,5%)، خاصة الممرضين بنسبة (48,0%) والأطباء بنسبة (44,0%)، مقابل نسبة (17,6%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على شمولية الخدمات المقدمة على كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء، خاصة الأطباء بنسبة (24,0%) والمرضى بنسبة (19,2%)، في حين سجلت نسبة (15,6%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على شمولية الخدمات المقدمة على كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء، خاصة الممرضين بنسبة (22,0%) والأطباء بنسبة (20,0%)، أما نسبة (12,7%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على شمولية الخدمات المقدمة على كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء، خاصة الممرضين بنسبة (16,0%)، مقابل نسبة (12,7%) أيضا من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على شمولية الخدمات المقدمة على كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء خاصة المرضى بنسبة (17,7%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة بغض النظر عن المجيب وافقوا على شمولية الخدمات المقدمة بالمؤسسة على كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(13,69) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,09)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في اجابات المستقصين حول شمولية الخدمات المقدمة على كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء حسب المجيب، فكل المبحوثين من الأطباء والممرضين والمرضى يؤكدون على شموليتها.

إذا: المؤسسة محل الدراسة تقدم خدمات تغطي مراحل العلاج بدءًا من التشخيص وصولًا إلى مرحلة

الشفاء والتعافي، ذلك أن عملية التشخيص تُعد نقطة الانطلاق الأساسية لتحديد طبيعة المرض أو الإصابة من خلال علاماتها وأعراضها، يتضمن ذلك جمع كل البيانات الممكنة والضرورية سواء من خلال الفحص السريري، التاريخ المرضي للمريض أو الاستعانة بالتحاليل المخبرية والتصوير الطبي (سوابق المريض) للمساعدة في التشخيص، حيث يطلع مقدمو الخدمة الصحية على هذه البيانات من أجل التخطيط للعلاج واتخاذ قرارات تتعلق بصحتهم، بعد ذلك تأتي مرحلة العلاج للسيطرة على المرض والتخلص منه بإزالة جميع الأعراض والمسببات والوصول لحالة من الاتزان والاستقرار، ثم تأتي عملية المتابعة والرعاية اللاحقة للتدخلات التي تهدف إلى ضمان تعافي المريض بشكل كامل وتقليل احتمالية حدوث مضاعفات أو انتكاسات.

جدول رقم (39): يوضح عودة المرضى للعلاج مرة أخرى في المستشفى إن اقتضى الأمر حسب المجيب

			يعود المرضى للعلاج مرة أخرى في المستشفى إن اقتضى الأمر					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	3	5	11	6	25
		%	0,0%	12,0%	20,0%	44,0%	24,0%	100%
	ممرض	ت	3	4	8	15	20	50
		%	6,0%	8,0%	16,0%	30,0%	40,0%	100%
	مريض	ت	29	17	19	46	19	130
		%	22,3%	13,1%	14,6%	35,4%	14,6%	100%
المجموع		ت	32	24	32	72	45	205
		%	15,6%	11,7%	15,6%	35,1%	22,0%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
23,38			08		0,00		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على عودة المرضى للعلاج مرة أخرى للمؤسسة إن اقتضى الأمر ذلك، وتقدر بـ(35,1%)، خاصة الأطباء بنسبة (44,0%) والمرضى بنسبة (35,4%)، وتليها نسبة (22,0%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على العودة للعلاج مرة أخرى للمؤسسة إن اقتضى الأمر ذلك، خاصة الممرضين بنسبة (24,0%)، في حين سجلت نسبة (15,6%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على العودة للعلاج مرة أخرى إن اقتضى الأمر ذلك، خاصة الأطباء بنسبة (20,0%) والممرضين بنسبة (16,0%)، مقابل نسبة (15,6%) أيضا من المبحوثين الذين لم

يوافقوا بشدة على العودة للعلاج مرة أخرى إن اقتضى الأمر ذلك، خاصة المرضى بنسبة (22,3%)، وتم تسجيل نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على العودة للعلاج مرة أخرى إن اقتضى الأمر ذلك، خاصة المرضى بنسبة (13,1%) والأطباء بنسبة (12,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر نصف أفراد العينة وافقوا على عودة المرضى للعلاج مرة أخرى بالمؤسسة إن اقتضى الأمر ذلك خاصة الأطباء والمرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(23,38) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول عودة المرضى للعلاج مرة أخرى إن اقتضى الأمر ذلك حسب المجيب لصالح الأطباء والمرضى، أي أن الأطباء والمرضى هم من يؤكد أكثر على عدم عودتهم.

إذا: يعزى عودة المرضى إلى المؤسسة لتلقي العلاج إلى مجموعة من العوامل المتداخلة التي يرتبط بعضها بشكل مباشر بنوعية الخدمة المقدمة، ومن أبرز هذه العوامل الثقة التي يكتسبها المريض نتيجة الرعاية والخبرة الطبية التي لمسها في تجاربه السابقة، إلى جانب ذلك تُعد الاستمرارية العلاجية عاملاً حاسماً خاصةً بالنسبة للمرضى المقيمين الذين يعانون من أمراض مزمنة، حيث يفضلون المتابعة مع فريق طبي ملم بتاريخهم الصحي، كما تلعب سهولة الوصول إلى المؤسسة وموقعها المناسب دورًا هامًا في قرار العودة، بالإضافة إلى توصيات الأطباء والممرضين، من جهة أخرى لا يمكن إغفال العامل الاقتصادي، حيث يواجه الأفراد غير القادرين على تحمل تكاليف الرعاية الصحية الخاصة أو الذين يفتقرون إلى التأمين، صعوبات في الحصول على العلاج اللازم في الوقت المناسب مما قد يؤدي إلى تفاقم حالتهم المرضية وبالتالي الحاجة للعودة إلى المستشفى، وقد يؤدي غياب المتابعة المنتظمة بعد الخروج من المستشفى إلى عودة المرض ما يستدعي رجوعه لتلقي العلاج من جديد.

3. عرض وتحليل بيانات نوعية الخدمات الصحية الوقائية

جدول رقم (40): يوضح خلو بيئة المستشفى من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج) حسب المجيب

			بيئة المستشفى خالية من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج)				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	6	15	4	0	0	25
		%	24,0%	60,0%	16,0%	0,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	6	16	11	13	4	50
		%	12,0%	32,0%	22,0%	26,0%	8,0%	100%
	مريض	ت	24	34	20	43	9	130

		%	18,5%	26,2%	15,4%	33,1%	6,9%	100%
المجموع		ت	36	65	35	56	13	205
		%	17,6%	31,7%	17,1%	27,3%	6,3%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
20,36		08		0,00		دال (توجد فروق)		

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا على خلو بيئة المؤسسة من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج) وتقدر بـ(31,7%)، خاصة الأطباء بنسبة (60,0%) والممرضين بنسبة (32,0%)، مقابل نسبة (27,3%) من المبحوثين الذين وافقوا على خلوها من الأخطار في جميع أرجائها، خاصة المرضى بنسبة (33,1%)، أما نسبة (17,6%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على خلوها من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج)، خاصة الأطباء بنسبة (24,0%) والمرضى بنسبة (18,5%)، في حين سجلت نسبة (17,1%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على خلوها من الأخطار في جميع أرجائها، خاصة الممرضين بنسبة (22,0%)، وأصغر نسبة (6,3%) من المبحوثين وافقوا بشدة على خلوها من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج)، خاصة الممرضين بنسبة (8,0%) والمرضى بنسبة (6,9%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة لم يوافقوا على خلو بيئة المؤسسة من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج) خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(20,36) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد المستقصين حول خلو بيئة المؤسسة من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج) حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على عدم خلوها.

إذا: بيئة المؤسسة ليست خالية من المخاطر، فهي تعاني من الضوضاء والضجيج في جميع أرجائها، هذا الأمر مقلق بشكل خاص لأن المستشفيات بطبيعتها تستقبل الفئات الأكثر ضعفًا في المجتمع، هؤلاء المرضى الذين غالبًا ما تكون قدرتهم على تحمل الضغوط ضعيفة، حيث يحتاجون بطبيعة الحال إلى أجواء هادئة وراحة ضرورية لتعافيهم من إصاباتهم أو أمراضهم، فحسب توصيات منظمة الصحة العالمية يجب ألا يتجاوز الحد الأقصى للضوضاء الخلفية 35 ديسيبل أثناء النهار و30 ديسيبل في الليل، وبناء على دراسة أخرى فإنّ أعلى مستوى للضوضاء لا ينبغي أن يتجاوز 40 ديسيبل، قد تكون هذه الضوضاء

متواصلة ومنخفضة التردد أو عاليةً ومتقطعة مثل المنبعثة من المعدات الطبية وأنظمة التدفئة والتهوية وتكييف الهواء وأصوات الإنذار والهواتف المزودة بنغمات رنين ومحادثة الموظفين وسماع محادثات المرضى الآخرين، وتتفاقم المشكلة في الغرف المشتركة أين ينتشر أنين المرضى وفتح وإغلاق الأبواب وحديث زوار أفراد أسرة المريض خاصة، وذلك من خلال تصريحات المبحوثين والملاحظات المباشرة.

الضوضاء شكوى شائعة بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى وعائلاتهم، حيث تُظهر الأبحاث التأثير السلبي للضوضاء على المرضى، منها الإزعاج وارتفاع ضغط الدم وضعف الصحة العقلية والإرهاق، وما إلى ذلك من تقييد الخصوصية الشخصية وإبطاء عملية الشفاء، كما تؤدي البيئة الصوتية غير المثالية إلى تعطيل مهارات التواصل ورفع مستويات التوتر التي تُرهق الموظفين، مما ينتج عنه زيادة في الأخطاء وتدنٍ في الأداء، في هذا الصدد يقول أخصائي رعاية المرضى: "قد يؤثر هذا أيضًا على موظفي المستشفى المعرضين لنفس مستويات الضوضاء مما ينعكس على تركيزهم وذاكرتهم"، وذكرت **فلورنس نايتنجيل** بأنّ الضوضاء غير الضرورية هي أشد أشكال غياب الرعاية قسوة التي يمكن أن تُفرض على المرضى أو الأصحاء.

من هنا، إنّ التحكم في الضوضاء بالمستشفيات أمر مهم للغاية، لذلك يجب على مديري المستشفيات تحديد مصدرها – قد تكون هناك مصادر متعددة، وبعضها يستحيل إيقافه – والتمييز بين الضوضاء الحتمية والضوضاء التي يمكن تجنبها، كما ينبغي تشجيع المرضى والعاملين على استخدام أساليب بسيطة، مثل إغلاق الأبواب أو خفض مستوى الضوضاء...

جدول رقم (41): يوضح توفر المستشفى على أدوات الوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات حسب المجيب

			بالمستشفى أدوات للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	3	11	3	6	2	25
		%	12,0%	24,0%	12,0%	24,0%	8,0%	100%
	ممرض	ت	5	22	6	8	9	50
		%	10,0%	44,0%	12,0%	16,0%	18,0%	100%
	مريض	ت	28	34	22	37	9	130
		%	21,5%	26,2%	16,9%	28,5%	6,9%	100%
المجموع		ت	36	67	31	51	20	205
		%	17,6%	32,7%	15,1%	24,9%	9,8%	100%

قيمة كا^2	درجات الحرية	مستوى الدلالة	القرار
15,53	08	0,05	دال (توجد فروق)

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا على أن المؤسسة يتوفّر بها أدوات كافية للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات، وتقدر بـ(32,7%)، خاصة الأطباء والممرضين بنسبة (44,0%)، مقابل نسبة (24,9%) من المبحوثين الذين وافقوا على أنّها تتوفّر على أدوات كافية للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات، خاصة المرضى بنسبة (28,5%)، كما تم تسجيل نسبة (17,6%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على توفر أدوات كافية للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات، خاصة المرضى بنسبة (21,5%)، في حين سجلت نسبة (15,1%) من المجيبين الذين وافقوا نوعا ما على توفر أدوات كافية للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات، خاصة المرضى بنسبة (16,9%)، أما نسبة (9,8%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على توفّر أدوات للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات بالمؤسسة، خاصة الممرضين بنسبة (18,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة لم يوافقوا على أن المؤسسة تتوفّر على أدوات للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(15,53) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,05)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول توفر أدوات للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على توفرها.

إذا: المؤسسة لا تتوفّر على أدوات كافية للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات، وهي مشكلة تعكس تداخل عدة عوامل، فمن ناحية يشهد العالم طلباً متزايداً على هذه المستلزمات منذ تفشي جائحة كوفيد-19 التي فرضت ضغوطاً غير مسبوقة على سلاسل التوريد العالمية، ومن ناحية أخرى الطبيعة الحيوية لهذه المواد تجعلها عنصراً أساسياً لا غنى عنه في المنظومة الصحية الوقائية.

تكتسب المعقمات والمطهرات والكمامات أهمية خاصة في البيئة الاستشفائية، حيث تعمل جميعها بتناسق للوقاية من العدوى المكتسبة، وتستعمل لتعطيل نشاط الفيروسات والقضاء على الميكروبات، سواء عند استخدامها على الأنسجة الحية (مثل الجلد السليم أو المصاب والأغشية المخاطية) أو على الجمادات (كالأدوات الطبية والأسطح المختلفة)، تحمي الكمامات المريض من استنشاق الرذاذ المحمل بالميكروبات من الزوار أو مقدمي الخدمة، وفي الوقت نفسه تُستخدم من قبل المرضى المصابين بأمراض تنفسية للحد

من انتشار العدوى إلى الآخرين، هذا الدور الهام يفسر الأزمة الناتجة عن نقصها والتي تنعكس سلباً على سلامة المرضى ومقدمي الخدمة الصحية على حد سواء.

خلال الجولات الميدانية، أبدى عدد من المرضى ملاحظات هامة حول إجراءات الوقاية من العدوى، وذلك أثناء تعبئة استمارات الرأي وقد طالبوا بـ **"يجب أن تكون المعقمات والكمامات متوفرة"، "يجب توفير أدوات الوقاية للمريض"، و"لابد من توفير مختلف الإمكانيات"**، هذه المطالب تعكس وعيًا متزايدًا لدى المرضى بأهمية مكافحة العدوى، وفي الوقت ذاته تكشف عن وجود ثغرات في التطبيق العملي للسياسات الوقائية، حيث هناك حاجة ملحة لتحسين نظام توزيع المستلزمات الطبية وضرورة توسيع نطاق إجراءات الوقاية لتشمل المرضى أنفسهم وليس فقط مقدمي الخدمة لضمان بيئة علاجية أكثر أمانًا وفعالية.

ومن هنا، تبرز الحاجة لإيجاد حلول استراتيجية تعتمد على التخطيط المسبق وبناء مخزون احتياطي، مع تعزيز التعاون بين المؤسسات الصحية والجهات الموردة لضمان استمرارية توفير هذه المستلزمات الحيوية التي تشكل خط الدفاع الأول في مواجهة الأوبئة والعدوى.

جدول رقم (42): يوضح تقديم المستشفى لحملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة حسب المجيب

			يُقدّم بالمستشفى حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	3	3	9	10	0	25
		%	12,0%	12,0%	36,0%	40,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	5	8	11	19	7	50
		%	10,0%	16,0%	22,0%	38,0%	14,0%	100%
	مريض	ت	28	47	23	22	10	130
		%	21,5%	36,2%	17,7%	16,9%	7,7%	100%
المجموع		ت	36	58	43	51	17	205
		%	17,6%	28,3%	21,0%	24,9%	8,3%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
27,63			08		0,00		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا على أن المؤسسة تقدم حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة وتقدر بـ(28,3%)، خاصة المرضى بنسبة (36,2%)، مقابل نسبة (24,9%) من المبحوثين الذين وافقوا على تقديم حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة، خاصة

الأطباء بنسبة (40,0%) والممرضين بنسبة (38,0%)، في حين سجلت نسبة (21,0%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تقديم حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة، خاصة الأطباء بنسبة (36,0%) والممرضين بنسبة (22,0%)، أما نسبة (17,6%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على تقديم حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة، خاصة المرضى بنسبة (21,5%)، مقابل نسبة (8,3%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على أنّ المؤسسة تقدم حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة، خاصة الممرضين بنسبة (14,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة لم يوافقوا على أن المؤسسة تقدم حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة خاصة الأطباء والممرضين والمرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(27,63) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات المبحوثين حول تقديم حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة حسب المجيب لصالح المرضى، أي أن المرضى هم من يؤكد أكثر على عدم تقديمها.

إذا: لا تقدم المؤسسة حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة، وذلك نتيجة عوامل متداخلة يأتي في مقدمتها الإهمال المتواصل للبعد الوقائي في السياسة الصحية للمؤسسة وتركيز اهتمامها على تغطية الاحتياجات الأساسية من الأدوية والمستلزمات الطبية دون تخصيص أي ميزانية للأنشطة التوعوية، أو أنها ببساطة لا تُعدّ ضمن المهام الأساسية للمستشفى، كما قد يؤثر ضعف التنسيق مع الجهات الخارجية ذات العلاقة مثل الجمعيات المدنية على قدرة المستشفى على تنظيم مثل هذه الحملات لأنها غالبًا ما تتطلب شراكات مجتمعية قوية وموارد مشتركة.

الحملات التحسيسية في المستشفى هي حملات وأنشطة للإخطار والتواصل والتثقيف تُستخدم فيها طرق إخطار متنوعة، مثل مؤتمرات الصحة العامة والنشرات التثقيفية وورش العمل التفاعلية، تسعى هذه الحملات لنقل رسائل تعزيز الصحة إلى المرضى وتوفير معلومات حول الأمراض، وإرساء تعديل سلوكي، وتشجيعهم على اتخاذ إجراءات وقائية تحد من خطر الإصابة بالأمراض، أو الكشف المبكر عن الأمراض، مثل مرض السكري وسبل الوقاية منه وإدارته، أو أهمية الفحص الذاتي والماموغرام للكشف المبكر عن سرطان الثدي، كما يمكنها أن تتناول موضوعات حديثة ومهمة مثل مخاطر الاستخدام السيئ لوسائل التواصل الاجتماعي على الصحة النفسية أو التشجيع على التمسك بنظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني كجزء من نمط حياة سليم.

من هنا، تُعد الحملات التوعوية الصحية أداة استراتيجية في بناء مجتمع واعٍ وصحي، ولضمان نجاح

هذه الجهود في المستشفيات الجزائرية يتوجب تبني خطة استراتيجية متكاملة تشمل توفير الدعم المالي والبشري اللازم، وتأهيل الكوادر البشرية في مجال التوعية الصحية، وإقامة شراكات فاعلة مع وسائل الإعلام والمؤسسات المجتمعية، كما ينبغي أن تتجاوز هذه الحملات الإطار النظري إلى التطبيق العملي من خلال تصميم برامج توعوية تتناسب مع احتياجات كل فئة مجتمعية، والتركيز على تبسيط المعلومة الطبية وضمان وصولها لكافة الشرائح، وبذلك تصبح الثقافة الصحية الوقائية ركيزة أساسية في مسيرة التنمية المستدامة التي تنشدها بلادنا.

جدول رقم (43): يوضح تقديم المستشفى لنصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة حسب المجيب

			تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	3	3	2	15	2	25
		%	12,0%	12,0%	8,0%	60,0%	8,0%	100%
	ممرض	ت	3	5	11	20	11	50
		%	6,0%	10,0%	22,0%	40,0%	22,0%	100%
	مريض	ت	23	44	21	30	12	130
		%	17,7%	33,8%	16,2%	23,1%	9,2%	100%
المجموع		ت	29	52	34	65	25	205
		%	14,1%	25,4%	16,6%	31,7%	12,2%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
31,38			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة وتقدر بـ(31,7%)، خاصة الأطباء بنسبة (60,0%) والممرضين بنسبة (40,0%)، مقابل نسبة (25,4%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أنها تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة، خاصة المرضى بنسبة (33,8%)، في حين سجلت نسبة (16,6%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تقديم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة، خاصة الممرضين بنسبة (22,0%)، أما نسبة (14,1%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على أنها تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة، خاصة المرضى بنسبة (17,7%)، مقابل نسبة

(12,2%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على تقديم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة، خاصة الممرضين بنسبة (22,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة وافقوا على أن المؤسسة تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(31,38) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات المستقصين حول تقديم المؤسسة لنصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على تقديمها.

إذا: المؤسسة تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة حسب رأي الأطباء والممرضين خاصة، ذلك أنّ الإرشادات الطبية ذات أهمية كبيرة للمريض، فهي توفر له معلومات دقيقة حول طرق العلاج المناسبة، وتساعده على الوقاية من الأمراض، كما تشجعهم على اختيار الأنشطة التي تتناسب مع تفضيلاتهم وقدراتهم، وتوعيتهم باتباع نمط حياة صحي يشمل التغذية السليمة والمواظبة على مُمارسة الرياضة سواء كانت تمارين رياضية منتظمة أو أنشطة يومية كالمشي التي لها الأثر في خفض ضغط الدم وتحسين مستويات الكوليسترول وسُكر الدم، كما تساعد في التخفيف من الإجهاد النفسي والتوتر وبلوغ وزن صحي والمُحافظة عليه.

بالمقابل، سجلت نسبة 33.8% من المرضى الذين صرحوا بأنّ المؤسسة الصحية لا تقدم توجيهات حول التغذية السليمة والنشاط البدني، مما يكشف عن نقص في أساليب التواصل الطبي وعدم تكامل نصائح التغذية والرياضة ضمن الخطة العلاجية، والضعف في برامج التثقيف الصحي المقدمة للمرضى أو يكون العبء على الموظفين الحاليين كبيرًا جدًا مما يحد من قدرتهم على تخصيص الوقت الكافي لتقديم استشارات تفصيلية حول هذه الجوانب الحيوية.

عند ممارسة الرياضة يجب على المريض اتباع بعض الإرشادات المهمة لتجنب المخاطر الصحية منها: تجنب ممارسة الرياضة بمستوى غير موصى به من حيث شدة التمارين وقوتها مثل المشي في مناطق شديدة الانحدار، الإبطاء عند الصعود لتجنُب بذل جُهد مُضاعف، تأجيل التمارين عند الشعور بالإرهاق والانتظار حتى الحصول على قسط كافٍ من الراحة لاستعادة النشاط، وفي حالات المرض الشديد أو الإصابة بالالتهاب أو الحمى يُنصح بعدم ممارسة الرياضة حتى تزول الأعراض إلا إذا أوصى الطبيب بخلاف ذلك، أما بالنسبة للتغذية الصحية فيُنصح بإدراج الخضروات بشكل دائم في جميع وجبات الطعام

اليومية لأنها مصدراً غنياً بالفيتامينات والمعادن الضرورية للجسم، ويُفضل تناول الفاكهة الطازجة المتوفرة في موسمها لأنها تكون أعلى قيمة غذائية لضمان الحصول على العناصر الغذائية المهمة التي يحتاجها الجسم للبقاء في صحة جيدة، غير أنّه ينبغي التركيز عند تقديم التوجيهات بشكل خاص على الفئات الأكثر ضعفًا، مثل الصغار وكبار السن والحوامل والمرضى في فترة النقاهة بعد العمليات الجراحية وأولئك الذين يعانون من ضعف المناعة أو مشاكل في المعدة، ومن ناحية عندما يتبع المرضى نظامًا غذائيًا غير صحي ولا يمارسون النشاط البدني تزداد مخاطر تفاقم المشاكل الصحية، مثل ضعف التعافي من الأمراض، وانخفاض المناعة، وزيادة احتمالية حدوث مضاعفات خاصةً لدى المصابين بأمراض مزمنة.

من هنا تبرز الحاجة إلى تبني نهج تعاوني لضمان تقديم رعاية صحية ومُخصصة لكل مريض، حيث يتعاون مقدمو الخدمة الصحية مع فريق متعدد التخصصات يشمل أخصائيو التغذية العلاجية، وخبراء التربية البدنية، والجهات المشرفة على خدمات التغذية بالمستشفيات، يكتسب هذا التعاون أهمية في تقديم الإرشادات الدقيقة حول النظام الغذائي الأمثل والبرنامج الرياضي المناسب لكل حالة، خاصة في ظل المخاطر الصحية المتزايدة الناتجة عن العادات الغذائية الخاطئة، كما يتطلب هذا النهج تنسيقاً فعالاً مع المدربين المعتمدين في المراكز الرياضية لضمان متابعة المرضى خارج الإطار العلاجي، إن هذا التكامل بين الكوادر الطبية والاختصاصيين الداعمين لا يقتصر فقط على تقديم التوصيات، بل يمتد ليشمل المتابعة المستمرة وتقييم النتائج، مما يسهم في الوقاية من المضاعفات المحتملة على المدى البعيد.

جدول رقم (44): يوضح توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات حسب المجيب

			يتم توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	2	3	3	14	3	25
		%	8,0%	12,0%	12,0%	56,0%	12,0%	100%
	ممرض	ت	3	6	3	29	9	50
		%	6,0%	12,0%	6,0%	58,0%	18,0%	100%
	مريض	ت	19	38	21	40	12	130
		%	14,6%	29,2%	16,2%	30,8%	9,2%	100%
المجموع		ت	24	47	27	83	24	205
		%	11,7%	22,9%	13,2%	40,5%	11,7%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	

22,31	08	0,00	دال (توجد فروق)

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة توعي المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات وتقدر بـ(40,5%)، خاصة الممرضين بنسبة (58,0%) والأطباء بنسبة (56,0%)، مقابل نسبة (22,9%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على توعية للمرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات، خاصة المرضى بنسبة (29,2%)، في حين سجلت نسبة (13,2%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات، خاصة المرضى بنسبة (16,2%)، أما نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات، خاصة المرضى بنسبة (14,6%)، مقابل نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات، خاصة الممرضين بنسبة (18,0%) والأطباء بنسبة (12,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على أن المؤسسة توعي المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات خاصة الممرضين والأطباء؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(22,31) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات المستقصين حول توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات حسب المجيب لصالح الممرضين والأطباء، أي أن الممرضين والأطباء هم من يؤكد أكثر على توعيتهم.

إذا: المؤسسة محل الدراسة توعي المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات حسب رأي مقدمي الخدمة الصحية (الأطباء والممرضين) خاصة، ذلك أنّ السقوط يشكل مشكلة صحية رئيسية، حيث يعاني ما يقرب من مليون مريض من السقوط سنويًا، مما يؤدي إلى إطالة مدة الإقامة في المستشفى، وقد تسبب إصابات متعددة بما في ذلك إصابات في الرأس والرقبة والظهر والذراعين والساقين خُصوصًا بالنسبة للبالغين الأكبر سنًا، فبعد البقاء في السرير لفترةٍ طويلةٍ (الراحة في السرير) يُمكن أن تُصبِح عضلات الساق ضعيفةً وأقل قدرة على ضغط الأوردة في الساق بحيث يتوجه الدم نحو القلب، ولذلك يتجمَّع الدَّم في الساقين عندما ينهض الأشخاص ممَّا يَتسبَّب في انخفاض ضغط الدَّم والشعور بالدَّوخة، كما قد يتم إعطاء الأشخاص أدويةً تجعلهم يشعرون بالدوخة أو النعاس، أو قد يكون سرير المستشفى مرتفعاً جدًّا أو يحتوي على قضبان، مما يجعل الخروج من السرير أكثر صعوبة وقد تكون الإضاءة خافتةً، ولذلك لا يتمكَّن الأشخاص من رؤية العوائق أمامهم.

بالمقابل، تُشير نسبة 29.2% من المرضى الذين لم يلاحظوا جهود التوعية بمخاطر السقوط إلى فجوة واضحة في عملية التواصل الوقائي داخل المستشفى، يمكن تفسير ذلك بعدة عوامل: فمن جهة قد يعكس الأمر عدم اتساق في تطبيق برامج التوعية بين الأقسام المختلفة، مما يؤدي إلى تباين في كمية المعلومات التي يتلقاها المرضى، ومن جهة أخرى قد تكمن المشكلة في عدم فعالية آليات التوصيل نفسها؛ إذ قد لا تصل رسائل التوعية بشكل كافٍ أو مناسب للمرضى ذوي الإقامة القصيرة أو للمرضى في الحالات الحرجة، وقد يعود السبب إلى عدم تكييف المحتوى التوعوي مع مستويات الإدراك المختلفة للمرضى، خاصة كبار السن أو الأميين أو ذوي الاحتياجات الخاصة مما يحد من فعاليتها، هذه الفجوة تستدعي مراجعة شاملة لاستراتيجيات التوعية الوقائية المتبعة، مع التركيز على تبني أساليب تفاعلية وتخصيص المحتوى حسب فئات المرضى المختلفة.

مما سبق، تبين من خلال الممارسات الميدانية أنّ النهج الأمثل للوقاية من السقوط في البيئة الاستشفائية يقوم على العديد من الإجراءات، مثل تقليل الأدوية المهدئة والمنومة، والتثقيف المتعمق للمرضى، وبرامج التمارين الرياضية المستمرة، إلى جانب تحسين البيئة الفيزيائية من خلال استخدام الأسرة المنخفضة وتقنيات الإنذار المبكر التي يمكن أن تقلل من حوادث السقوط أو الإصابات الناتجة عنها.

جدول رقم (45): يوضح خضوع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة حسب المجيب

			يخضع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	3	1	2	16	3	25
		%	12,0%	4,0%	8,0%	64,0%	12,0%	100%
	ممرض	ت	4	4	7	20	15	50
		%	8,0%	8,0%	14,0%	40,0%	30,0%	100%
	مريض	ت	15	30	18	51	16	130
		%	11,5%	23,1%	13,8%	39,2%	12,3%	100%
المجموع		ت	22	35	27	87	34	205
		%	10,7%	17,1%	13,2%	42,4%	16,6%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
19,00			08		0,01		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أنّ المرضى بالمؤسسة يخضعون لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة وتقدر بـ(42,4%)، خاصة الأطباء بنسبة (64,0%)، مقابل نسبة (17,1%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أن المرضى يخضعون لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة، خاصة المرضى بنسبة (23,1%)، أما نسبة (16,6%) من المبحوثين وافقوا بشدة على خضوع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة، خاصة الممرضين بنسبة (30,0%)، في حين سجلت نسبة (13,2%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أن المرضى يخضعون لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة، خاصة الممرضين بنسبة (14,0%) والمرضى بنسبة (13,8%)، كما تم تسجيل نسبة (10,7%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على خضوع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة، خاصة الأطباء بنسبة (12,0%) والمرضى بنسبة (11,5%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على أن المرضى بالمؤسسة يخضعون لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة خاصة الأطباء؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(19,00) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,01)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول خضوع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة حسب المجيب لصالح الأطباء، أي أن الأطباء هم من يؤكد أكثر على خضوعهم.

إذا: المرضى بالمؤسسة يخضعون لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة، ذلك أنّ القياس المنتظم للعلامات الحيوية (درجة حرارة، معدل التنفس، معدل النبض، ضغط الدم) مؤشر على مدى أداء الوظائف الأساسية في جسم المريض، وفهم العمليات الفسيولوجية والمرضية المُختلفة التي تُؤثر على مجموع القياسات وتفسيرها الصحيح، هذه المؤشرات تساعد في تقييم استجابة المريض للأدوية والعلاجات المقدمة، وتحديد ما إذا كانت الخطة العلاجية تسير على المسار الصحيح أو تحتاج إلى تعديل، كما تشكل بالنسبة للأطباء والممرضين علامات حاسمة لمراقبة التغيرات في جسم المريض، سواء كانت هذه التغيرات طفيفة أو خطيرة، حيث تساهم في اكتشاف أي تدهور مبكر مثل وجود عدوى أو نزيف داخلي أو مشاكل في الجهاز التنفسي أو الدورة الدموية، عادةً ما يرتبط تغير العلامات الحيوية الطبيعية بتغير العمر والجنس وممارسة التمارين الرياضية وحالة التحمل، حيث أنه كلما كانت العلامات الحيوية أكثر اضطراباً كان الوضع الصحي للمريض أكثر سوءاً، ولكن الاكتشاف المبكر يقلل من المضاعفات الخطيرة

ويساهم في تحسين نتائج العلاج وسلامة المريض، كما أنّ العلامات الحيوية المنتظمة تساعد في تقييم استجابة المريض للأدوية والعلاجات المقدمة، وتحديد ما إذا كانت الخطة العلاجية تسير على المسار الصحيح أو تحتاج إلى تعديل.

بالتالي، فالمستشفى يتجاوز كونه مجرد مبنى يحتوي على أجهزة طبية وكوادر صحية ليمثل في الواقع نسقًا اجتماعيًا مركبًا يضطلع بوظائف بالغة الأهمية ويجسّد قياس العلامات الحيوية الدوري أحد الممارسات المؤسسية، حيث تعمل المنظومة الصحية من خلالها على تحويل الجسد البشري إلى وحدة قابلة للقياس الكمي، مما يعزز هذا الإجراء سيطرة النموذج الطبي القائم على المعطيات الرقمية الموضوعية على حساب الخبرات الذاتية للمرضى وفقًا لرؤية **فريدسون**.

جدول رقم (46): يوضح تقديم المستشفى لجلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها حسب المجيب

			تقدم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	2	2	5	12	4	25
		%	8,0%	8,0%	20,0%	48,0%	16,0%	100%
	ممرض	ت	2	6	11	23	8	50
		%	4,0%	12,0%	22,0%	46,0%	16,0%	100%
	مريض	ت	25	33	30	31	11	130
		%	19,2%	25,4%	23,1%	23,8%	8,5%	100%
المجموع		ت	29	41	46	66	23	205
		%	14,1%	20,0%	22,4%	32,2%	11,2%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
22,18			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة تقدم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها وتقدر بـ(32,2%)، خاصة الأطباء بنسبة (48,0%) والممرضين بنسبة (46,0%)، في حين سجلت نسبة (22,4%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تقديم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها، خاصة المرضى بنسبة (23,1%)، أما نسبة (20,0%) من المبحوثين فلم يوافقوا على تقديم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها، خاصة المرضى بنسبة (25,4%)، وتليها نسبة (14,1%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على تقديم جلسات

مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها، خاصة المرضى بنسبة (19,2%)، مقابل نسبة (11,2%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على أن المؤسسة يقدم بها جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها، خاصة الممرضين بنسبة (16,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة وافقوا على أن المؤسسة تقدم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها خاصة الأطباء والممرضين والمرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا2 المقدرة بـ(22,18) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00). مما يعني أن هناك فروق في إجابات المبحوثين حول تقديم المؤسسة لجلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على عدم تقديمها.

إذا: المؤسسة الاستشفائية العمومية كنظام اجتماعي لا يقتصر دورها على تقديم الرعاية الجسدية فحسب، ولكن يمتد ليشمل الدعم النفسي للمرضى، إنّ توفير جلسات العلاج مع طبيب نفسي عند الحاجة خلال فترة الإقامة يعكس فهمًا عميقًا للوظائف الكامنة للمؤسسة الاستشفائية، فلا صحة بدون صحة نفسية، حسب ما أكده الأمين العام **'أنطونيو غوتيريش'** في اليوم العالمي للصحة النفسية.

المرضى المقيمون غالبًا ما يواجهون ضغوطًا نفسية ناجمة عن طبيعة المرض نفسه وتحديات العلاج أو الانفصال عن محيطهم الاجتماعي المعتاد، هنا يبرز دور العلاج النفسي كآلية ضرورية لتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي لدى المريض مع وضع صحي قد يكون مستمرًا أو خطيرًا، هذا التدخل المتخصص عبر الحوار يساهم في تزويد الأفراد بمهارات التأقلم الصحية التي تمكنهم من التعامل الفعال مع المواقف الصعبة.

ومع ذلك، تثير ملاحظاتنا الميدانية خلال الزيارات والجولات التي قادتنا إلى مختلف المصالح – والتي لم تكن بقصد المراقبة بل بهدف استكشاف مدى تواجد هذا المؤشر وتحديد أولويات المصالح إن وجدت – تساؤلات مهمة، حيث لوحظ غياب كامل للطبيبة النفسية في مختلف المصالح، يرجع هذا الغياب إلى تركيز الطبيبة النفسية على متابعة مرضى الأورام، مما يحد من توفرها للمرضى الآخرين الذين قد يحتاجون إلى دعم نفسي كذلك، وهذا حسب ما أكدته التصريحات **"لابد من الاستعانة بأخصائيين نفسانيين"**، و**"توفير طبيب نفسي لمتابعة حالة المرضى النفسية ودعمهم نفسيا"**، تشير هذه المطالب إلى فجوة هيكلية ووظيفية بين التوجه المعلن للمؤسسة (توفير الدعم النفسي) والممارسة الفعلية على أرض الواقع، هذا ما يدعو إلى تحليل العوامل التي تحول دون تفعيل هذه الوظيفة الحيوية، مثل نقص الموارد

البشرية المتخصصة، أو ربما عدم إعطاء الأولوية الكافية للصحة النفسية في الخطط التشغيلية، مما يؤثر على قدرة المستشفى ككل في تحقيق التوازن الاجتماعي.

جدول رقم (47): يوضح التزام المستشفى بمعايير التعقيم للأدوات الطبية حسب المجيب

			المستشفى يلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	2	3	3	15	2	25
		%	8,0%	12,0%	12,0%	60,0%	8,0%	100%
	ممرض	ت	1	4	10	27	8	50
		%	2,0%	8,0%	20,0%	54,0%	16,0%	100%
	مريض	ت	16	29	28	42	15	130
		%	12,3%	22,3%	21,5%	32,3%	11,5%	100%
المجموع		ت	19	36	41	84	25	205
		%	9,3%	17,6%	20,0%	41,0%	12,2%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
17,51			08		0,02		دال (توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة تلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية وتقدر بـ(41,0%)، خاصة الأطباء بنسبة (60,0%) والممرضين بنسبة (54,0%) في حين سجلت نسبة (20,0%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أنّها تلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية، خاصة المرضى بنسبة (21,5%) والممرضين بنسبة (20,0%)، أما نسبة (17,6%) من المبحوثين فلم يوافقوا على أنها تلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية، خاصة المرضى بنسبة (22,3%)، مقابل نسبة (12,2%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على أنها تلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية، خاصة الممرضين بنسبة (16,0%)، في المقابل أيضا سجلت نسبة (9,3%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على التزامها بمعايير التعقيم للأدوات الطبية، خاصة المرضى بنسبة (12,3%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على أن المؤسسة تلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا2 المقدرة بـ(17,51) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,02)، مما يعني أنّ هناك فروق في

إجابات أفراد العينة حول التزام المؤسسة بمعايير التعقيم للأدوات الطبية حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على التزامها.

إذا: إنّ التزام المؤسسة بمعايير التعقيم للأدوات الطبية يعكس فهمًا مؤسسيًا لمدى ترابط الصحة الفردية بالصحة العامة، هذا الالتزام يكافح العدوى ويقاوم مضادات الميكروبات ويُؤمن حياة المرضى والعاملين على حد سواء، إنّ التعقيم الفعال هو بمثابة خط الدفاع الأول ضد العدوى المكتسبة من المستشفيات (HAIs)، أكدت منظمة الصحة العالمية عام 2023م أنّ التعقيم الفعال هو حق أساسي للمريض خاصة في ظل تزايد مقاومة المضادات الحيوية بسبب الممارسات غير الآمنة، حيث يُحمّل المؤسسات الصحية المسؤولية الأخلاقية والمهنية، كما أنّ ما أورده تقرير المركز الأوروبي لمكافحة الأمراض بأنّ الالتزام بمعايير التعقيم يخفض معدلات العدوى المكتسبة بنسبة 50% ويقلل من التكاليف العلاجية ويحسن من جودة الرعاية.

وبالتالي، إنّ هذه الركائز الأساسية لأنشطة مكافحة العدوى في المستشفيات والتي تدعمها بقوة توصيات منظمة الصحة العالمية ضرورية لتأمين حياة المرضى والعاملين، ولكن لابد من توفير التدريب والمعدات والإجراءات اللازمة لضمان التنظيف والتعقيم بعد الاستخدام، وذلك يستدعي التعاون والتشارك الفعال بين جميع أصحاب المصلحة في قطاعات الصحة العامة والبيئية لضمان مستقبل صحي آمن للمجتمع بأسره، ويبقى الهدف الاستراتيجي للمنظمة هو تحويل الوقاية من العدوى من مجرد إجراءات احترازية إلى جزء أساسي من ثقافة المؤسسات الصحية.

جدول رقم (48): يوضح عزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة حسب المجيب

			يُعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	3	1	0	13	8	25
		%	12,0%	4,0%	0,0%	52,0%	32,0%	100%
	ممرض	ت	2	1	6	23	18	50
		%	4,0%	2,0%	12,0%	46,0%	36,0%	100%
	مريض	ت	15	24	17	51	23	130
		%	11,5%	18,5%	13,1%	39,2%	17,7%	100%
المجموع		ت	20	26	23	87	49	205

	%	9,8%	12,7%	11,2%	42,4%	23,9%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
21,73		08		0,00		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة تعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة وتقدر بـ(42,4%)، خاصة الأطباء بنسبة (52,0%) والممرضين بنسبة (46,0%)، وتليها نسبة (23,9%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على أنها تعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة، خاصة الممرضين بنسبة (36,0%) والأطباء بنسبة (32,0%)، مقابل نسبة (12,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أنها تعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة، خاصة المرضى بنسبة (18,5%)، في حين سجلت نسبة (11,2%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أنها تعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة، خاصة المرضى بنسبة (13,1%) والممرضين بنسبة (12,0%)، أما نسبة (9,8%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على أن المؤسسة تعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة، خاصة المرضى بنسبة (11,5%) والأطباء بنسبة (12,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على أنّ المؤسسة تعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(21,73) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول عزل المؤسسة المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على ذلك.

إذا: تلتزم المؤسسة بعزل المرضى المصابين بأمراض مُعدية في غرف مخصصة للسيطرة على انتشار العدوى سواء كانت جلدية أو تنفسية أو معوية، وفيما يتعلق بالزيارات يُسمح لبعض أفراد العائلة بزيارة المريض في العزل أما الأطفال لا يُسمح لهم بالدخول، كما يُمنع دخول الأشخاص المصابين بنزلات البرد أو الإنفلونزا أو أي أمراض معدية أخرى، ويجب على كل من يُسمح له بالدخول سواء كانوا زوارًا أو عاملين في المستشفى ارتداء الكمامات والقفازات لمنع انتشار الأمراض المعدية، وضرورة غسل اليدين جيدًا عند دخول الغرفة وعند مغادرتها.

وما لوحظ خلال الجولات الميدانية، وجود غرفة عزل واحدة فقط في مصلحة الأمراض المعدية

مخصصة للحالات الأشد خطورة، بينما تُعالج الحالات الأقل خطورة في مصالح أخرى غير مخصصة للعزل، هذا الواقع الذي أكده أحد المرضى المبحوثين في مصلحة الجراحة العامة بقوله **"غير البارح جابو حالة في الشومبرة اللي قدامنا"**، هذا القول يكشف عن فجوة في تحقيق المعايير المثالية لمكافحة العدوى، ففي سياق محدودية غرف العزل المخصصة للحالات الأشد خطورة، يصبح اضطرار المستشفى لوضع مرضى معديين (وإن كانوا أقل خطورة) في مصالح عامة ضرورة تُمليها ندرة الموارد.

من ناحية أخرى، يُمثل العزل الطبي رغم ضرورته مصدرًا للوصمة الاجتماعية التي قد تُثقل كاهل المرضى، خاصةً أولئك المصابين بأمراض معدية مثل السل أو كوفيد-19، تُشير أبحاث عالم الاجتماع **إرفينغ غوفمان** خاصة في كتاب "المؤسسات الكلية"، إلى أنّ البيئات العزلية قد تُنتج تجريدًا من الهوية (mortification of the self)، حيث يتحول الفرد من شخص متكامل إلى حالة طبية، هذه النظرة تعزز ما كشفت عنه العديد من الدراسات مثل تلك التي نشرت في مجلة The Lancet خلال عام 2020م، والتي أشارت إلى أنّ نسبة كبيرة من المرضى المعزولين تجاوزت في بعض التقديرات 40% قد عانوا من مستويات مرتفعة من القلق، هذا الجانب النفسي والاجتماعي يتطلب اهتمامًا خاصًا لضمان ألا يتحول الإجراء الوقائي الضروري إلى معاناة نفسية إضافية تُثقل كاهل المرضى، ومن جانب آخر يُعتبر العزل آلية أساسية لحماية حقوق المرضى الآخرين في بيئة آمنة داخل المستشفى وهو ما أكدته منظمة الصحة العالمية في أدلتها لمكافحة العدوى.

وبالتالي، يُظهر العزل التوازن الدقيق بين حماية صحة المجتمع ككل، وتقديم رعاية فردية تراعي الجوانب الإنسانية للمرضى المعزولين.

جدول رقم (49): يوضح ارتداء الأطباء والممرضون ملابس واقية حسب المجيب

			يرتدي الأطباء والممرضون ملابس واقية				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
المجيب	طبيب	ت	2	5	2	9	7	25
		%	8,0%	20,0%	8,0%	36,0%	28,0%	100%
	ممرض	ت	0	9	9	19	13	50
		%	0,0%	18,0%	18,0%	38,0%	26,0%	100%
	مريض	ت	16	30	19	44	21	130
		%	12,3%	23,1%	14,6%	33,8%	16,2%	100%
المجموع		ت	18	44	30	72	41	205

	%	8,8%	21,5%	14,6%	35,1%	20,0%	100%
قيمة كا^2	درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
10,69	08		0,22		غير دال (لا توجد فروق)		

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أنّ الأطباء والممرضون بالمؤسسة يرتدون ملابس وأقنعة واقية وتقدر بـ(35,1%)، خاصة الممرضين بنسبة (38,0%) والأطباء بنسبة (36,0%). مقابل نسبة (21,5%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أن الأطباء والممرضون يرتدون ملابس وأقنعة واقية، خاصة المرضى بنسبة (23,1%)، أما نسبة (20,0%) من المبحوثين الذين فوافقوا بشدة على أن الأطباء والممرضون يرتدون ملابس وأقنعة واقية، خاصة الممرضين بنسبة (28,0%) والأطباء بنسبة (26,0%)، في حين سجلت نسبة (14,6%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أن الأطباء والممرضون يرتدون ملابس وأقنعة واقية، خاصة الممرضين بنسبة (18,0%) والمرضى بنسبة (14,6%). وأما نسبة (8,8%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على أن الأطباء والممرضون يرتدون ملابس وأقنعة واقية، خاصة المرضى بنسبة (12,3%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة بغض النظر عن المجيب وافقوا على أن الأطباء والممرضون بالمؤسسة يرتدون ملابس واقية؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا2 المقدرة بـ(10,69) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,22)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في اجابات أفراد العينة حول ارتداء الأطباء والممرضون لملابس وأقنعة واقية حسب المجيب، فكل المجيبين من أطباء وممرضين ومرضى يؤكدون على ذلك.

إذا: يلتزم الأطباء والممرضون في المؤسسة بارتداء الملابس الواقية كإجراء أساسي للوقاية من المخاطر الصحية، لاسيما عند التعامل مع المواد الخطرة أو المرضى المصابين بأمراض معدية، وتشمل هذه المعدات القفازات والبدلات والمآزر التي تشكل حاجزًا يحمي الطاقم الطبي والتمريضي عند التفاعل مع المرضى المصابين، وقد برزت أهمية هذه الأدوات بشكل كبير مع انتشار جائحة كوفيد-19، حيث أصبحت معدات الحماية الشخصية ضرورة قصوى لضمان سلامة العاملين في القطاع الصحي وذلك ما أظهرته العديد من الدراسات خلال أوبئة مثل السارس والإيبولا وكوفيد-19.

كشفت ملاحظاتنا الميدانية في المؤسسة محل الدراسة عن وجود بعض القصور في الالتزام الكامل بهذه البروتوكولات، حيث اقتصر ارتداء الملابس الواقية في كثير من الأحيان على المآزر، وفي بعض الأحيان القفازات فقط دون استخدام كامل للمعدات المطلوبة، وهذا ما أوضحه كذلك تصريح أحد المبحوثين

" يجب ارتداء لباس ملائم للممرضين"، هذا الأمر يُبرز الحاجة إلى توفير المعدات اللازمة وتعزيز الرقابة والتوعية بأهمية الالتزام الكامل بإجراءات الوقاية ليس فقط لحماية مقدمي الخدمة ولكن لضمان بيئة آمنة للمرضى والزوار.

جدول رقم (50): يوضح حرص المختصين بالمستشفى على متابعة الالتزام بإجراءات النظافة الشخصية حسب المجيب

			يحرص المختصون بالمستشفى على متابعة التزامي بإجراءات النظافة الشخصية				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
المجيب	طبيب	ت	2	3	7	12	1	25
		%	8,0%	12,0%	28,0%	48,0%	4,0%	100%
	ممرض	ت	4	11	12	16	7	50
		%	8,0%	22,0%	24,0%	32,0%	14,0%	100%
	مريض	ت	23	35	15	45	12	130
		%	17,7%	26,9%	11,5%	34,6%	9,2%	100%
المجموع		ت	29	49	34	73	20	205
		%	14,1%	23,9%	16,6%	35,6%	9,8%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
13,93			08		0,08		غير دال (لا توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على حرص المختصين بالمؤسسة على متابعة التزامي بإجراءات النظافة الشخصية وتقدر بـ(35,6%)، خاصة الأطباء بنسبة (48,0%)، مقابل نسبة (23,9%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على حرص المختصين على متابعة التزامي بإجراءات النظافة الشخصية، خاصة المرضى بنسبة (26,9%)، في حين سجلت نسبة (16,6%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على حرص المختصين على متابعة الالتزام بإجراءات النظافة الشخصية، خاصة الأطباء بنسبة (28,0%) والممرضين بنسبة (24,0%)، أما نسبة (14,1%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على حرص المختصين على متابعة الالتزام بإجراءات النظافة الشخصية، خاصة المرضى بنسبة (17,7%)، مقابل نسبة (9,8%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على حرص المختصين على متابعة التزامي بإجراءات النظافة الشخصية، خاصة الممرضين بنسبة (14,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة بغض النظر عن المجيب وافقوا على حرص المختصين بالمؤسسة على متابعة الالتزام بإجراءات النظافة الشخصية، وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة

بـ(13,93) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,08)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في اجابات أفراد العينة حول حرص المختصون على متابعة الالتزام بإجراءات النظافة الشخصية حسب المجيب، فكل المبحوثين من أطباء وممرضين ومرضى يؤكدون على عدم حرصهم.

إذا: يحرص المختصون بالمؤسسة محل الدراسة على متابعة الالتزام بإجراءات النظافة الشخصية، وذلك للحد من انتشار العدوى المكتسبة من المستشفيات، بالخصوص متابعة أولئك الذين يعانون من ضعف في جهاز المناعة أو الذين يخضعون لإجراءات جراحية، حيث يكونوا أكثر عرضة للإصابة بالعدوى.

عندما يلتزم المريض بنظافته الشخصية (مثل غسل الأيدي، العناية بالجروح، النظافة العامة للجسم) ونظافة بيئته المحيطة (مثل عدم لمس الأدوات المعقمة، الحفاظ على نظافة الغرفة)، فإن ذلك يُقلل بشكل كبير من فرص نمو وتكاثر الميكروبات وانتقالها، سواء من المريض نفسه إلى الآخرين أو العكس، وذلك ما أبرزته العديد من الدراسات مثل دراسة (Butenko,2017) و(Mamdooh Alzyood, 2018) أنّ مشاركة المريض الفعالة في ممارسات النظافة هي عامل مهم في برامج مكافحة العدوى الناجحة.

من ناحية أخرى، تُشير الأدلة على أنّ قدرة المريض أو دافعه للالتزام بمتابعة إجراءات النظافة مع المتخصصين في الرعاية الصحية تتأثر بمجموعة من العوامل أهمها: المعرفة الصحية ومستوى التعليم الذي يحدد فهم المريض لأهمية النظافة والمخاطر المرتبطة بالعدوى، فالمرضى ذوو المستويات التعليمية الأعلى يكونون أكثر استعدادًا وقدرة على فهم وتطبيق الإرشادات الصحية المعطاة لهم بخصوص نظافة اليدين، الوضع الاجتماعي والاقتصادي، حيث يواجه المرضى من خلفيات اجتماعية واقتصادية متدنية تحديات أكبر في الالتزام بالتوجيهات بسبب نقص الموارد أو الأولويات المعيشية الأخرى، كما تلعب الخبرات الصحية السابقة دورًا في تشكيل المواقف والسلوكيات، والمرضى الذين مروا بتجارب تتعلق بالعدوى المكتسبة من المستشفيات قد يكون لديهم دافع أكبر للالتزام، بينما يكون لدى الآخرين إحساس زائف بالأمان أو عدم الاهتمام، بالإضافة إلى انفتاح المتخصصين في الرعاية الصحية على تحفيز المرضى وتشجيعهم على ممارسة النظافة من خلال تذكيرهم أو شكرهم على ممارساتهم والتزامهم بها.

إذًا، مع الأخذ في الاعتبار كل هذه العوامل الفردية والاجتماعية المتشابكة يتضح أن انفتاح المتخصصين في الرعاية الصحية تجاه قضايا النظافة الشخصية لا يتوقف على معرفة المريض أو رغبته فحسب، ولكن هو نتيجة لتفاعل بين العوامل الشخصية للمريض والظروف الاجتماعية المحيطة به والبيئة التي يعيش فيها.

جدول رقم (51): يوضح تأكيد الأطباء والممرضون على ضرورة إجراء المرضى لفحوصات دورية وشاملة سنويًا حسب المجيب

			يُؤكّد الأطباء والممرضون على ضرورة إجراء فحوصات دورية وشاملة سنويًا				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	3	0	0	16	6	25
		%	12,0%	0,0%	0,0%	64,0%	24,0%	100%
	ممرض	ت	0	6	8	23	13	50
		%	0,0%	12,0%	16,0%	46,0%	26,0%	100%
	مريض	ت	20	33	23	35	19	130
		%	15,4%	25,4%	17,7%	26,9%	14,6%	100%
المجموع		ت	23	39	31	74	38	205
		%	11,2%	19,0%	15,1%	36,1%	18,5%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
33,58			08		0,00		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على تأكيد الأطباء والممرضون بالمؤسسة على ضرورة إجراء المرضى لفحوصات دورية وشاملة سنويًا بنسبة (36,1%)، خاصة الأطباء بنسبة (64,0%) والممرضين بنسبة (46,0%)، مقابل نسبة (19,0%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على تأكيد الأطباء والممرضون على ضرورة إجراء المرضى لفحوصات دورية وشاملة سنويًا، خاصة المرضى بنسبة (25,4%)، في المقابل سجلت نسبة (18,5%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على ضرورة التأكيد بإجراء المرضى لفحوصات دورية وشاملة سنويًا، خاصة الممرضين بنسبة (26,0%) والأطباء بنسبة (24,0%)، في حين سجلت نسبة (15,1%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على ضرورة التأكيد بإجراء المرضى إجراء فحوصات دورية وشاملة سنويًا، خاصة المرضى بنسبة (17,7%) والممرضين بنسبة (16,0%)، أما نسبة (11,2%) من المبحوثين فلم يوافقوا بشدة على ضرورة التأكيد بإجراء المرضى لفحوصات دورية وشاملة سنويًا، خاصة المرضى بنسبة (15,4%) والأطباء بنسبة (12,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على تأكيد الأطباء والممرضون على ضرورة إجراء المرضى لفحوصات دورية وشاملة سنويًا خاصة الأطباء والممرضين والمرضى؛ وما يؤكد

ذلك هي قيمة كا2 المقدرة بـ(33,58) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول ضرورة التأكيد بإجراء المرضى لفحوصات دورية وشاملة سنويًا حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على ضرورتها.

إذا: يؤكد الأطباء والممرضون في المؤسسة على أهمية الفحوصات الطبية الدورية الشاملة سنويًا للمرضى، هذه الفحوصات تُعتبر من أفضل السبل للحفاظ على الصحة على المدى الطويل والوقاية من الأمراض الخطيرة، إن المراقبة المنتظمة حتى في غياب الأعراض الظاهرة تتيح التدخل العلاجي في الوقت المناسب، وتقلل من خطر حدوث المضاعفات، علاوة على ذلك تُعتبر الفحوصات الطبية أساسيةً للمراقبة المستمرة للأمراض المزمنة، مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والسرطان، فمن خلالها يستطيع مقدمو الرعاية الصحية تقييم الوضع الصحي الراهن للمريض والتوصية بتغييرات ضرورية في نمط الحياة أو علاجات إضافية حسب الحاجة.

وفي هذا السياق، يمكن فهم تأكيد مقدمي الرعاية على هذه الفحوصات من منظور عالم الاجتماع تالكوت بارسونز الذي يرى أن المجتمع يعمل كنظام متكامل يسعى لتحقيق التوازن والاستقرار، وبناءً عليه يُعتبر الحفاظ على صحة الأفراد جزءًا حيويًا من هذا الاستقرار، وبالتالي يُشكل تأكيد الأطباء والممرضين على الفحوصات الوقائية تجسيدًا لدورهم كوكلاء للنظام الاجتماعي في الحفاظ على صحة الأفراد، مما يساهم في ديمومة وفعالية البناء الاجتماعي الكلي.

ويمكن تفسير نسبة (25,4%) من المرضى الذين "لم يوافقوا" على تأكيد الأطباء والممرضين بالمؤسسة على ضرورة إجراء فحوصات دورية وشاملة سنويًا بعدة عوامل سوسيولوجية ونفسية، فقد يكون ذلك بسبب حالة القلق أو الألم التي يشعر بها المريض عند زيارته للمستشفى مما يُعيق قدرته على استيعاب المعلومات غير المرتبطة بشكوته المباشرة، أو يُعزى إلى ضغط الوقت الذي يواجهه الأطباء والممرضون مما يجعل النصيحة سريعة ومختصرة وغير مصحوبة بالشرح الكافي الذي يُلفت انتباه المريض ويُبرز أهميتها، علاوة على ذلك قد تؤثر الثقافة الصحية للمريض بشكل كبير على مدى استجابته للنصائح الطبية الوقائية فإذا كانت ثقافته لا تُعطي أهمية كبيرة للوقاية أو الكشف المبكر فإن نصيحة الطبيب بإجراء فحوصات دورية قد لا تُسجّل في ذهن المريض كأولوية قصوى، هذا يعود إلى أن خيارات المرضى غالبًا ما تتأثر بالموروثات الثقافية التي تُملي سلوكيات مثل **"لا نذهب للطبيب إلا عند الضرورة القصوى"**، أو الاعتقاد الشائع **"أشعر أنني بخير، لذلك لا أحتاج إلى إجراء فحص طبي"**، أو حتى **"الفحوصات الطبية**

مخصصة لكبار السن فقط"، هذه المعتقدات المتوارثة تُشكّل عائقًا أمام تبني السلوكيات الصحية الوقائية رغم أهميتها العلمية.

من هنا، رغم كل المنافع للفحوصات الدورية إلا أنّ الالتزام بها من قبل الأشخاص قليل نظرا للخوف من النتائج واحتمالية الإصابة بالمرض إلى جانب الاعتقاد الخاطئ السائد بأنّ **"من لا يشكو من أي مرض لا حاجة له بعمل الفحوصات"**، وبالرغم من كل هذه الأسباب إلا أنه يجب التشديد على أهمية الحرص على عمل هذه الفحوصات الدورية كل ستة أشهر أو عام، وأن يعطي الشخص لنفسه بعض الوقت للاهتمام بصحته بعيدا عن أعباء المسؤوليات والعمل، ويضع ذلك على رأس جدول أعماله لضمان مستقبل صحي أفضل، وفي حال أوصى الطبيب بإجراء فحوصات إضافية خلال العام فيجب الالتزام بتلك التوصيات.

4. عرض وتحليل بيانات نوعية الخدمات الصحية الفندقية

1.4. عرض وتحليل البيانات الخاصة بالإقامة

جدول رقم (52): يوضح توفّر المستشفى على غرف كافية لجميع المرضى حسب المجيب

			يتوفّر المستشفى على غرف كافية لجميع المرضى					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	4	15	4	2	0	25
		%	16,0%	60,0%	16,0%	8,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	7	14	8	16	5	50
		%	14,0%	28,0%	16,0%	32,0%	10,0%	100%
	مريض	ت	29	29	15	44	13	130
		%	22,3%	22,3%	11,5%	33,8%	10,0%	100%
المجموع		ت	40	58	27	62	18	205
		%	19,5%	28,3%	13,2%	30,2%	8,8%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
19,90			08		0,01		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة تتوفّر على غرف كافية لجميع المرضى وتقدر بـ(30,2%)، خاصة المرضى بنسبة (33,8%) والممرضين بنسبة (32,0%). مقابل نسبة (28,3%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على توفّر غرف كافية لجميع المرضى، خاصة الأطباء بنسبة (60,0%)، ونسبة (19,5%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على أنها تتوفّر على

غرف كافية لجميع المرضى، خاصة المرضى بنسبة (22,3%)، في حين سجلت نسبة (13,2%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على توفّر غرف كافية لجميع المرضى، خاصة الأطباء والممرضين بنسبة (16,0%)، أما نسبة (8,8%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على توفّر غرف كافية لجميع المرضى، خاصة الممرضين والمرضى بنسبة (10,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة وافقوا على أن المؤسسة تتوفّر على غرف كافية لجميع المرضى خاصة المرضى والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(19,90) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,01)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول توفّر غرف كافية لجميع المرضى حسب المجيب لصالح الأطباء والمرضى، أي أن الأطباء والمرضى هم من يؤكد أكثر على توفرها.

إذا: تشير موافقة ما يقرب من نصف أفراد العينة على توفر غرف كافية للمرضى والممرضين في المؤسسة الاستشفائية إلى وجود درجة معينة من الاستقرار والتكيف داخل النظام الاجتماعي للمؤسسة الاستشفائية، إن توفير هذه المتطلبات يساهم في تعزيز شعور المرضى المقيمين بالراحة والأمان والطمأنينة، حيث تتوزع الغرف بين غرف فردية (سرير واحد) ملائمة للتقليل من العدوى، وغرف مزدوجة شبه خاصة (بسريرين)، وبعضها يتسع لأربع أسرّة، حيث يتوق بعض المرضى إلى الرفقة في وقتٍ قد يكون شديد الوحدة، ويحرصون على بعضهم البعض عند حدوث أي مشكلة حسب الحالة المرضية.

إنّ لوجود مثل هذه الشروط الصحية في المستشفى دور في خلق بيئة علاجية تسهل على الممرضين أداء أدوارهم بفاعلية لتحقيق الأهداف (Goal Attainment) الرئيسية للمؤسسة، ثم إن توفير مثل هذه البيئة حق لكل مريض وسيكون لها دور إيجابي في تحمل ألم المرض ومتطلبات العلاج والرفع من مستوى رضاهم عن نوعية الخدمة المقدمة.

ولجعل إقامة المريض أقرب إلى جو المنزل لابد من توفير أثاث أكثر راحة مثل الأسرة القابلة للتعديل والفرش المريح، وهو ما سيتم توضيحه في الجدول التالي.

جدول رقم (53): يوضح تزويد غرف المستشفى بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح حسب المجيب

		الغرف مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح					المجموع
		غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	8	12	4	1	0	25

		%	32,0%	48,0%	16,0%	4,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	9	18	12	9	2	50
		%	18,0%	36,0%	24,0%	18,0%	4,0%	100%
	مريض	ت	39	37	9	32	13	130
		%	30,0%	28,5%	6,9%	24,6%	10,0%	100%
المجموع		ت	56	67	25	42	15	205
		%	27,3%	32,7%	12,2%	20,5%	7,3%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
22,18		08		0,00		دال (توجد فروق)		

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا على أن غرف المؤسسة مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح وتقدر بـ(32,7%) خاصة الأطباء بنسبة (48,0%) والممرضين بنسبة (36,0%)، وتليها نسبة (27,3%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على تزود الغرف بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح خاصة الأطباء بنسبة (32,0%) والمرضى بنسبة (30,0%)، مقابل نسبة (20,5%) من المبحوثين الذين وافقوا على أن الغرف مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح خاصة المرضى بنسبة (24,6%)، في حين سجلت نسبة (12,2%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تزود الغرف بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح، خاصة الممرضين بنسبة (24,0%) والأطباء بنسبة (16,0%)، أما نسبة (7,3%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على أن الغرف مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح، خاصة المرضى بنسبة (10,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة لم يوافقوا على أنّ غرف المؤسسة مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(22,18) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات أفراد العينة حول تزويد غرف المؤسسة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على عدم توفرها.

إن غرف ميدان دراستنا غير مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح،

وذلك حسب نسبة المبحوثين الذين صرحوا بذلك، فبعض الأسرّة كانت غير قابلة للتعديل مما يجبر المرضى على البقاء في وضعيات قد تزيد من معاناتهم، سواء كانوا بحاجة إلى رفع الجزء العلوي من الجسم لتسهيل التنفس أو تعديل وضعية الساقين لتخفيف الضغط، وبالمثل فإنّ استخدام فرش غير مريح أمر سلبي جداً، لأنّ المقيمين في هذه الغرف هم في الأساس أفراد غير أصحاء، ومرضى يعانون من ضعف وقصور في قدرتهم على خدمة أنفسهم بشكل كامل.

خلال جولاتنا الميدانية، تواصلنا مباشرة مع عدد من المرضى لاستطلاع آرائهم حول مدى توفر الأفرشة في الغرف، كشفت هذه المحادثات عن استياء عميق، حيث أفاد أحد المبحوثين بأنهم يضطروا وزملاءهم لطلب مساعدة أقاربهم بإحضار مستلزمات الراحة الأساسية من منازلهم مثل الوسائد والغطاء والمناشف، وصرح العديد منهم بضرورة **"توفير خزائن شخصية وثلاجات"، " توفير الأثاث"، "توفير مختلف الإمكانيات"، "تغيير الأفرشة"، "الأغطية والأفرشة غير صالحة وبكميات محدودة فإن لم نقل في بعض الأحيان منعدمة"، "لابد من توفير الأفرشة والأسرّة"**، هذه التصريحات تكشف عن نقص حاد في التجهيزات الأساسية مما يعكس ظروفًا غير ملائمة تستدعي تحسينًا فوريًا.

حتى تتم رعاية المريض المقيم رعاية صحية متكاملة لابد من توفير كافة الإمكانيات المادية التي تضمن له إقامة جيدة، يشمل ذلك تهيئة الغرف بكافة التجهيزات الضرورية من أفرشة جيدة وأثاث مريح مصنوع من مواد صحية وسهلة التنظيف، لتعزيز الصحة النفسية والجسدية للمرضى من خلال خفض مستويات التوتر وتحسين مزاجهم العام، مما يقلل من فترة إقامتهم ويسرع من وتيرة تعافيهم.

هذا عن تزويد غرف المستشفى بأثاث من النوعية الجيدة (أسرة، فرش مريح)، فكيف هو الحال بالنسبة لتوفر خدمات التدفئة والتكييف داخلها؟ معطيات الجدول الموالي ستوضح لنا ذلك.

جدول رقم (54): يوضح توفر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف حسب المجيب

			تتوافر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	2	8	4	11	0	25
		%	8,0%	32,0%	16,0%	44,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	5	7	2	33	3	50
		%	10,0%	14,0%	4,0%	66,0%	6,0%	100%
	مريض	ت	18	23	9	57	23	130
		%	13,8%	17,7%	6,9%	43,8%	17,7%	100%

المجموع	ت	25	38	15	101	26	205
	%	12,2%	18,5%	7,3%	49,3%	12,7%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
18,51		08		0,01		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة تتوفر على خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف وتقدر بـ(49,3%)، خاصة الممرضين بنسبة (66,0%)، مقابل نسبة (18,5%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على توفر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف، خاصة الأطباء الم بنسبة (32,0%)، في حين سجلت نسبة (12,7%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على توفر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف خاصة المرضى بنسبة (17,7%)، مقابل نسبة (12,2%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على توفر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف خاصة المرضى بنسبة (13,8%)، أما نسبة (7,3%) من المبحوثين فوافقوا نوعا ما على توفر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف، خاصة الأطباء بنسبة (16,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على أنّ المؤسسة تتوفر على خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف خاصة الممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(18,51) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,01)، مما يعني أنّ هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول توفر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف حسب المجيب لصالح الممرضين، أي أن الممرضين هم من يؤكد أكثر على توفرها.

إذا: المؤسسة تتوفر على خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف، وهو أمر ضروري للحفاظ على جودة الهواء الداخلي كجزء أساسي من الاستراتيجيات غير الدوائية للوقاية من العدوى المكتسبة، وهو ما تؤكده منظمة الصحة العالمية في إرشاداتها لمكافحة العدوى في المنشآت الصحية.

هذه الخدمات لا تقتصر أهميتها في توفير الراحة للمرضى والعاملين من خلال التحكم الدقيق في درجات الحرارة والرطوبة، ولكن تساعد على تقليل تركيز الملوثات والجراثيم في الهواء، مما يحد من انتشار مسببات الأمراض، على اعتبار أنّ المستشفى يستقبل مرضى يعانون من أمراض متنوعة بعضها شديدة الخطورة تنتقل عبر الهواء، ولهذا يجب أن تأخذ أنظمة التكييف في المستشفيات في الاعتبار خصائص مثل تقسيم المناطق ذات الضغط المرتفع والمنخفض، وضمان إحكام غلق دورات المياه، وسهولة الوصول للتنظيف المنتظم، وتوفير مستوى عالٍ من إمداد الهواء الخارجي، لأن المستشفيات بدون معدات الترشيح

والقنوات والتكييف المناسبة ستواجه صعوبة في الحفاظ على أعلى معايير النظافة ومكافحة العدوى التي تسعى جاهدة لتحقيقها.

خلال جولاتنا الميدانية لاحظنا بأنفسنا أنّ أنظمة التدفئة والتكييف متوفرة في مختلف مصالح المؤسسة، وهو أمر إيجابي يعكس الاهتمام بتوفير بيئة مريحة، غير أنّه لفت انتباهنا وجود روائح منبعثة بشكل ملحوظ خاصة في مصلحتي الجراحة العامة والطب الداخلي، هذه الروائح تثير تساؤلات حول فعالية أنظمة التهوية والتكييف في هذه الأقسام، واحتمال وجود مشكلة في جودة الهواء الداخلي، وذلك ما أشارت إليه بعض الدراسات التي أوضحت أن نقص التهوية في بعض أقسام المستشفيات (كالأجنحة العامة) يرتبط بانتشار الروائح الكريهة مما يستدعي تعزيز الصيانة الدورية.

جدول رقم (55): يوضح عدد المرضى في الغرفة الواحدة مناسب حسب المجيب

			عدد المرضى في الغرفة الواحدة مناسب					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	2	14	3	6	0	25
		%	8,0%	56,0%	12,0%	24,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	2	8	12	25	3	50
		%	4,0%	16,0%	24,0%	50,0%	6,0%	100%
	مريض	ت	19	37	9	49	16	130
		%	14,6%	28,5%	6,9%	37,7%	12,3%	100%
المجموع		ت	23	59	24	80	19	205
		%	11,2%	28,8%	11,7%	39,0%	9,3%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
29,40			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن عدد المرضى في الغرفة الواحدة بالمؤسسة يتناسب مع قدرة استيعابها وتقدر بـ(39,0%) خاصة الممرضين بنسبة (50,0%)، مقابل نسبة (28,8%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أن عدد المرضى في الغرفة الواحدة يتناسب مع قدرة استيعابها، خاصة الأطباء بنسبة (56,0%)، في حين سجلت نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أن عدد المرضى في الغرفة الواحدة يتناسب مع قدرة استيعابها، خاصة الممرضين بنسبة (24,0%) والأطباء بنسبة (12,0%)، وتليها نسبة (11,2%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على

أن عدد المرضى في الغرفة الواحدة يتناسب مع قدرة استيعابها، خاصة المرضى بنسبة (14,6%)، مقابل نسبة (9,3%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على أن عدد المرضى في الغرفة الواحدة يتناسب مع قدرة استيعابها، خاصة المرضى بنسبة (12,3%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة وافقوا على أن عدد المرضى في الغرفة الواحدة بالمؤسسة يتناسب مع قدرة استيعابها خاصة الممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(29,40) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول تناسب عدد المرضى في الغرفة الواحدة بالمؤسسة لقدرة استيعابها حسب المجيب لصالح الممرضين، أي أن الممرضين هم من يؤكد أكثر على تناسبها.

إذا: يشير الاستنتاج إلى موافقة ما يقرب من نصف عينة الدراسة على تناسب عدد المرضى في الغرفة الواحدة بالمؤسسة مع القدرة الاستيعابية، وهو ما أكّده الممرضون بشكل خاص، من ناحيةٍ يعكس هذا الرأي وجود مستوى معقول من القبول بين شريحة من المشاركين لاسيما الممرضين الذين يُعتبرون الأكثر احتكاكًا بالمرضى، فضلًا عن كونهم شهودًا مباشرين على ديناميكيات الغرف وتأثيرها على سير العمل وجودة الخدمة، ويُوحي هذا التوافق النسبي بأنّ التخطيط الحالي للغرف يُلبي – ولو جزئيًا – المعايير الأساسية للاستيعاب، غير أنّ عدم تجاوز نسبة الموافقة للنصف يطرح تساؤلات حول أسباب تحفّظ النصف الآخر فقد يعود ذلك إلى تباين التجارب الشخصية أو اختلاف معايير التقييم بين الأفراد أو ربما يُشير إلى وجود تحديات تتعلق بظروف معينة أو أوقات الذروة التي قد تؤثر على مدى التناسب الفعلي بين عدد المرضى وسعة الغرف.

وإذا تحدثنا على عدد المرضى في الغرفة الواحدة فذلك يقودنا الى التحدث عن عدد الأسرة، حيث قدمت دراسات ووضعت العديد من البحوث حول عدد الأسرة المفروض تواجدها في غرف المرضى، فبينما يفضل بعض المرضى الوحدة والخصوصية يخشى آخرون العزلة ويرغبون في وجود رفقاء كما ذكرنا سابقا في الجدول رقم (52)، ذلك أنّ نفسية المريض تتطور وتتغير حسب درجة مرضه، لهذا السبب أولت المعايير الصحية الدولية أهمية قصوى لهذا الجانب، فقد أوصت منظمات مثل منظمة الصحة العالمية (WHO)والمراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض (CDC) بتقليل الاكتظاظ وتخصيص مساحة كافية لكل مريض في الغرف، هذه التوصية ليست لضمان الراحة النفسية فحسب، ولكن هي خط دفاع أساسي لتجنب العدوى المكتسبة في المستشفيات (HAIs) على وجه التحديد، ويظل العامل الرئيسي الذي يحكم هذه

الاعتبارات هو الحالة المرضية لكل مريض التي يجب أن تُؤخذ في الاعتبار عند تحديد البيئة العلاجية الأنسب له.

بعد دراسة متعمقة للحالة النفسية والاجتماعية للمرضى قدّم المهندس "**لاندرى فوجانسكى**" تصميماً مبتكراً للغرف المرضية يتكون من غرف فردية صغيرة الحجم تتصل ببعضها عبر حواجز، مما يوفر للمرضى الخصوصية والهدوء الضروريين للتعافي، مع إمكانية التواصل عند الحاجة عندما لاحظ ميلهم الطبيعي للعلاقات الاجتماعية، امتد اهتمام **فوجانسكى** ليشمل الجوانب العلاجية والنفسية، حيث زُودت كل غرفة بنظام سرير متعدد الأوضاع يمكن توجيهه ليناسب راحة المريض، وتم تخصيص مساحة كافية لحركة الطاقم الطبي واستقبال الزوار لضمان سير العمل بفاعلية ودعم الزيارات العائلية، ودمج نظام إضاءة متكامل يسهم في خلق جو علاجي مريح.

من هذا المنطلق، يمكن تفسير تناسب عدد المرضى في الغرفة الواحدة بالمؤسسة محل الدراسة على أنها تعكس نوعًا من التكيف الاجتماعي ضمن الظروف المتاحة، فكثير من المرضى يقبلون بهذا الوضع كجزء من "الثقافة الصحية" السائدة، حيث يتشكل وعيهم من خلال خبراتهم المتكررة مع النظام الصحي العمومي، يظهر ذلك من خلال آراء بعض المبحوثين:

- يعتبر المرضى أنّ مشاركة الغرفة مع آخرين أمر طبيعي وحتمي خاصة في المؤسسات العمومية التي يرونها تقدم خدمة مجانية.
- يقارن المرضى وضعهم بآخرين قد يعانون من ظروف أسوأ، مما يولد لديهم شعوراً بالرضا النسبي.
- قبول المرضى لظروف الإقامة الصعبة مقابل الحصول على العلاج.

هذه الآليات النفسية–الاجتماعية تشكل معاً ما يمكن تسميته "عقدا اجتماعيا صحيا"، يقبل فيه المرضى بعض التنازلات عن راحتهم الشخصية مقابل تلقي الخدمة العلاجية، لكن هذا القبول لا يعني بالضرورة الرضا الكامل، ولكن يعكس تكيفاً مع الواقع القائم في ظل غياب بدائل أخرى متاحة لهم.

جدول رقم (56): يوضح توفّر المستشفى على الأماكن الترفيهية المناسبة حسب المجيب

			يتوفّر بالمستشفى الأماكن الترفيهية المناسبة				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	10	12	3	0	0	25
		%	40,0%	48,0%	12,0%	0,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	19	17	8	4	2	50

		%	38,0%	34,0%	16,0%	8,0%	4,0%	100%
	مريض	ت	57	30	19	16	8	130
		%	43,8%	23,1%	14,6%	12,3%	6,2%	100%
المجموع		ت	86	59	30	20	10	205
		%	42,0%	28,8%	14,6%	9,8%	4,9%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
10,85		08		0,21		غير دال (لا توجد فروق)		

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا بشدة على أن المؤسسة تتوفّر على أماكن ترفيهية مناسبة وتقدر بـ(42,0%) خاصة المرضى بنسبة (43,8%)، وتليها نسبة (28,8%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على توفر أماكن ترفيهية مناسبة خاصة الأطباء بنسبة (48,0%) والممرضين بنسبة (34,0%)، في حين سجلت نسبة (14,6%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أنها تتوفّر على أماكن ترفيهية مناسبة خاصة الممرضين بنسبة (16,0%) والمرضى بنسبة (14,6%)، مقابل نسبة (9,8%) من المبحوثين الذين وافقوا على أنها تتوفّر على أماكن ترفيهية مناسبة خاصة المرضى بنسبة (12,3%)، ونسبة (4,9%) من المبحوثين وافقوا بشدة على توفر أماكن ترفيهية مناسبة خاصة المرضى بنسبة (6,2%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب ثلاثة أرباع من أفراد العينة بغض النظر عن المجيب لم يوافقوا على أن المؤسسة تتوفّر بها أماكن ترفيهية مناسبة؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(10,85) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,21)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في إجابات أفراد العينة حول توفّر المؤسسة على أماكن ترفيهية مناسبة حسب المجيب، فكل المجيبين من أطباء وممرضين ومرضى يؤكدون على عدم توفرها.

إذا: تفتقر المؤسسة إلى أبسط وسائل الترفيه الداخلية، كتوفير أجهزة التلفاز في غرف المرضى، وفقاً لتصريحات المبحوثين **"لابد من توفير التلفاز للترفيه على المريض"، و"توفير جو مريح للمريض"،** وملاحظاتنا الميدانية التي أكدت خلو الغرف تماماً من هذه الخدمة، حيث كثيرًا ما كانوا محصورين في المساحات الضيقة حول أسرّتهم، وفي محاولة تمضية الوقت أو تحسين حالتهم يلجأ بعضهم إلى استخدام ممرات الجناح كمساحة بديلة لإعادة التأهيل أو التنقل، يُعد هذا النقص مؤثراً سلبياً على المرضى الذين يحتاجون إلى جو مريح ووسائل ترفيهية تُخفف عنهم مشاق العلاج وتُسهم في تحقيق توازنهم النفسي والعقلي والبدني، كما أنّ غياب مثل هذه الخدمات ينعكس سلباً على سمعة المؤسسة وجودة خدماتها، إذ أنّ الترفيه

عن المرضى ليس رفاهية، بل ضرورة تُسهم في تحسين حالتهم الصحية وتعزز راحتهم، لذلك يُصبح من الضروري توفير أجهزة التلفاز على الأقل في غرف المستشفى، كخطوة أساسية نحو توفير بيئة علاجية متكاملة تُلبي احتياجات المرضى وتُحسن تجربتهم خلال فترة العلاج.

وإذا ما نظرنا إلى البحث في الدراسات التي أجريت حول كيفية قضاء المرضى المقيمين لوقتهم، وتوقعاتهم من الترفيه نجد القليل منها، على اعتبار أنّ المرضى يدركون أن المستشفى مكان للتعافي، فإنهم نادرًا ما يناقشون أو يطلبون خياراتهم من الأنشطة الترفيهية، إلا أنّ المستشفيات الرائدة تبنت مفهوماً شاملاً للرعاية الصحية يتجاوز الجانب العلاجي ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية.

في هذا الإطار، تبرز أهمية دمج العناصر الترفيهية والبيئات الخارجية كجزء أساسي من الخطة العلاجية حتى وإن لم يطلبها المرضى لأنها تساعدهم على تحسين الجوانب النفسية والعاطفية، وفقًا لدراسة نُشرت في مجلة أبحاث وتصميم البيئات الصحية سنة 2021م، يمكن للهواء الطلق في المستشفيات والمساحات الخارجية من الناحية النفسية أن تساعد على تعزيز الشفاء من خلال توجيه تركيز المرضى نحو إمكانيات الحياة بعد التعافي من مرضهم، أما من الناحية الاجتماعية فإنها تُسهّل التواصل الاجتماعي بين المرضى والزوار ومقدمي الرعاية مما يشجع على تحسين العلاقات بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية في بيئةٍ أكثر عفويةً تُسهّل تبادل الآراء القيّمة.

2.4. عرض وتحليل البيانات الخاصة بالتغذية

جدول رقم (57): يوضح تقديم وجبات غذائية متنوعة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى حسب المجيب

			تُقدم وجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
المجيب	طبيب	ت	3	7	2	7	6	25
		%	12,0%	28,0%	8,0%	28,0%	24,0%	100%
	ممرض	ت	12	11	6	17	4	50
		%	24,0%	22,0%	12,0%	34,0%	8,0%	100%
	مريض	ت	41	29	17	30	13	130
		%	31,5%	22,3%	13,1%	23,1%	10,0%	100%
المجموع		ت	56	47	25	54	23	205
		%	27,3%	22,9%	12,2%	26,3%	11,2%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	

9,90	08	0,27	غير دال (لا توجد فروق)

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا بشدة على أن المؤسسة تقدم وجبات غذائية متنوعة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى وتقدر بـ(27,3%) خاصة المرضى بنسبة (31,5%)، مقابل نسبة (26,3%) من المبحوثين الذين وافقوا على أنها تقدم وجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى، خاصة الممرضين بنسبة (34,0%) والأطباء بنسبة (28,0%)، أما نسبة (22,9%) من المبحوثين فلم يوافقوا على أنها تقدم وجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى خاصة الأطباء بنسبة (28,0%)، في حين سجلت وتليها نسبة (12,2%) من المبحوثين وافقوا نوعا ما على أنها تقدم وجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى خاصة المرضى بنسبة (13,1%)، أما نسبة (11,2%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على تقديم المؤسسة لوجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى، خاصة الأطباء بنسبة (24,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة بغض النظر عن المجيب لم يوافقوا على أن المؤسسة تقدم وجبات غذائية متنوعة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(9,90) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,27)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في اجابات أفراد العينة حول تقديم المؤسسة لوجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى حسب المجيب، فكل المبحوثين من الأطباء والممرضين والمرضى يؤكدون على عدم تنوعها وسخونتها.

إذا: الوجبات الغذائية التي تقدمها المؤسسة ليست متنوعة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى، والتي عبّر عنها المبحوثين بأنها سيئة، فعوض أن يأكل المرضى وجبة غذائية لائقة تتوافق مع حالتهم الصحية يقدم لهم الأسوأ، وحتى المقبول مرفوض بالنسبة لهم، فلا بديل إلا الجيد لتكون هناك رعاية طبية وصحية جيدة.

ويمكن توضيح هذا الأمر من خلال جولاتنا الميدانية، حيث لاحظنا عددًا كبيرًا من الزوار يحضرون معهم سلال مليئة بالطعام خلال أوقات الزيارة، كما شاهدنا بشكل متكرر مرافقي المرضى يقومون بإطعام مرضاهم من أكل أعدوه في المنزل، وما أكد ذلك آراء المرضى المبحوثين" **لوكان مايجيبوناش من الدار الماكلة المليحة ماناكلوش**"، **"توفير الأكل الصحي لمرضى الأمراض المزمنة"**، **"تغيير نوعية الوجبات الصحية تبعا لصحة المريض وحالته"**، **"تقديم وجبات صحية مفيدة ونظيفة"**، **"نحصل على نفس الأكل تقريباً كل يوم"**، وصرح البعض الآخر **"إن الوجبات لا تتوافق مع حالتنا الصحية"**، و**"نرجو تحسين**

الخدمات الغذائية سيئة للغاية"، هذه التصريحات تشير بوضوح إلى عدم كفاية أو توفر الغذاء المتنوع، وأنّ جودة الخدمة الغذائية المقدمة في المستشفى لا تُلب التوقعات الأساسية للمرضى ومرافقيهم، مما يدفع المرضى وذويهم للبحث عن حلول بديلة لتلبية احتياجاتهم الغذائية، هذه الملاحظات هي بمثابة دعوة صريحة للإدارة من أجل التدخل وإصلاح هذا الوضع.

مما سبق يمكن القول: لضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة في المستشفى يجب التركيز على توفير وجبات غذائية تتناسب مع الحالة الصحية لكل مريض، حيث أثبتت الدراسات العلمية أن التغذية الجيدة تسرّع بشكل كبير من عملية الشفاء والتعافي، وهو ما يتوافق مع ما تم ذكره في الجانب النظري.

هذا عن تنوع الوجبات الغذائية المقدمة للمبحوثين وموقفهم من الخدمات الصحية، فماذا تعطي نتائج مدى تقديم الوجبات في الوقت المناسب؟ هذا ما سنوضحه في الجدول التالي.

جدول رقم (58): يوضح تقديم الوجبات في الوقت المناسب حسب المجيب

			يتم تقديم الوجبات في الوقت المناسب					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	2	0	2	14	7	25
		%	8,0%	0,0%	8,0%	56,0%	28,0%	100%
	ممرض	ت	7	4	6	27	6	50
		%	14,0%	8,0%	12,0%	54,0%	12,0%	100%
	مريض	ت	28	26	14	47	15	130
		%	21,5%	20,0%	10,8%	36,2%	11,5%	100%
المجموع		ت	37	30	22	88	28	205
		%	18,0%	14,6%	10,7%	42,9%	13,7%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
18,80			08		0,01		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أن المؤسسة تقدم الوجبات في الوقت المناسب وتقدر بـ(42,9%)، خاصة الأطباء بنسبة (56,0%) والممرضين بنسبة (54,0%)، مقابل نسبة (18,0%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على أنها تقدم الوجبات في الوقت المناسب خاصة المرضى بنسبة (21,5%)، وتليها نسبة (14,6%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على تقديم الوجبات في الوقت المناسب، خاصة المرضى بنسبة (20,0%)، في المقابل سجلت نسبة (13,7%) من المجيبين الذين وافقوا

بشدة على تقديم الوجبات في الوقت المناسب، خاصة الأطباء بنسبة (28,0%)، أما نسبة (10,7%) من المبحوثين فوافقوا نوعا ما على تقديم الوجبات في الوقت المناسب خاصة الممرضين بنسبة (12,0%) والمرضى بنسبة (10,8%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر نصف أفراد العينة وافقوا على أن المؤسسة تقدم الوجبات في الوقت المناسب خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(18,80) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,01)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول تقديم الوجبات في الوقت المناسب حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على تقديمها.

إذا: المؤسسة تقدم الوجبات في الوقت المناسب، ذلك أنّ أوقات الوجبات هي جزء مهم من إقامة المرضى في المستشفى ولها أهمية لتعافيهم وعلاجهم ولتجربتهم الشاملة لإقامتهم في المستشفى، ومع ذلك هناك حاجة إلى معرفة أنّ مريض المستشفى الذي يعاني من المرض الشديد أو الخوف قد يتراجع الطعام ليصبح أقل أهمية، لذلك يُشجَّع وجود أحد أفراد العائلة أو مقدم الرعاية أثناء الأكل لتشجيعهم ودعمهم نفسيًا، لأنّ حصول المريض على التغذية السليمة يعدّ من الأمور المهمّة جدًّا للتعافي، تسعى المستشفيات عادة لتقديم وجبات طعام في وقت مناسب للمرضى، ويكون ذلك بإشراف الطبيب وأخصائي التغذية بعد تقييم حالة المريض، حيث أثبتت دراسة (Kylie Matthews, 2024) أنّ أخصائيي التغذية هم الخيار الأمثل لقيادة نهج تعاوني مع فريق متعدد التخصصات لتحسين رعاية أوقات الوجبات وتحسين تناول الطعام.

ولكن على الرغم من الالتزام بتقديمها في الأوقات المحددة كانت غير متنوعة، كما أوضحنا ذلك في الجدول رقم (57)، هذا النقص في التنوع يمتد ليلامس جوانب أعمق في تجربة المريض ورؤيته للرعاية المقدمة، حيث يشعر بالإهمال وأنّ احتياجاته الفردية لا تؤخذ بعين الاعتبار، مما يؤثر سلبًا على معنوياته ويقلل من استجابته للعلاج.

كشفت الجولات الميدانية وملاحظاتنا عن شعور بعض المرضى بالجوع أثناء إقامتهم، وقد ربطوا ذلك بمجموعة من المعوقات التي تعترض حصولهم على وجبات مناسبة، بما في ذلك نوعية الأطعمة التي لا تتوافق مع احتياجاتهم، الضوضاء المستمرة، والروائح الكريهة التي تؤثر سلبًا على شهية المريض وقدرته على الاستمتاع بوجبته، كما لوحظ أنّ المرضى الخاضعين لعمليات الجراحة وكبار السن ومرضى الأمراض المزمنة هم الفئات الأكثر تضررًا من هذه المشكلة، حيث واجهوا أكبر صعوبة في الحصول على الطعام المناسب الذي يدعم تعافيهم مثلما ذكرنا سابقا، في المقابل كان المرضى الأصغر سنًا أقل قلقًا بشأن خيارات

الطعام أو توقيته أو كيفية توصيله، مما يشير إلى أنّ الفئات العمرية والظروف الصحية تلعب دورًا هاما في تجربة تناول الطعام بالمستشفى.

جدول رقم (59): يوضح كفاية كمية الطعام المقدمة حسب المجيب

			كمية الطعام المقدمة كافية					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	4	1	2	11	7	25
		%	16,0%	4,0%	8,0%	44,0%	28,0%	100%
	ممرض	ت	5	10	10	19	6	50
		%	10,0%	20,0%	20,0%	38,0%	12,0%	100%
	مريض	ت	37	26	15	37	15	130
		%	28,5%	20,0%	11,5%	28,5%	11,5%	100%
المجموع		ت	46	37	27	67	28	205
		%	22,4%	18,0%	13,2%	32,7%	13,7%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
18,08			08		0,02		دال (توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على أنّ المؤسسة تقدم فيها كمية طعام كافية وتقدر بـ(32,7%)، خاصة الأطباء بنسبة (44,0%) والممرضين بنسبة (38,0%)، مقابل نسبة (22,4%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على أنها تقدم كمية طعام كافية، خاصة المرضى بنسبة (28,5%)، ونسبة (18,0%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على تقديم كمية طعام كافية، خاصة الممرضين والمرضى بنسبة (20,0%)، مقابل نسبة (13,7%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على تقديم كمية طعام كافية، خاصة الممرضين بنسبة (28,0%)، في حين سجلت نسبة (13,2%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أنها تقدم كمية طعام كافية خاصة الممرضين بنسبة (20,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة وافقوا على أن المؤسسة تقدم كمية طعام كافية خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(18,08) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,02)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول كفاية كمية الطعام المقدمة بالمؤسسة حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أنّ الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على كفايتها.

إذا: كمية الطعام التي تقدمها المؤسسة كافية، حيث يتلقى كل مريض ثلاث وجبات رئيسية يومياً (الفطور، الغداء، العشاء) إلا في حالات الخضوع لأنظمة غذائية علاجية خاصة، ففي بعض الحالات الطبية يخضع المرضى لتقييدات غذائية محددة سواء من حيث نوعية الأطعمة المسموح بها أو الممنوعة، أو حتى الامتناع الكامل عن الأكل والشرب لفترات مؤقتة كما هو مطلوب قبل العمليات الجراحية أو كجزء من بروتوكولات علاجية معينة لإراحة الجهاز الهضمي.

من ناحية، تكشف نسبة 28.5%من المرضى الذين "لم يوافقوا بشدة" على كفاية كمية الطعام عن مشكلة جوهرية تتجاوز مجرد الأرقام، هذه النسبة توضح أن عددًا منهم لم يتلقوا كمية كافية من الأطعمة لتلبية احتياجاتهم اليومية والشعور بالشبع، ويؤكد هذا القصور ما ذكره أحد المبحوثين "**وجبة الغداء مناسبة نوعًا ما، أما وجبة العشاء فغير كاملة**"، هذا التصريح يشير تحديدًا إلى أن الخلل يكمن في وجبة العشاء التي تُعتبر غير مكتملة أو غير كافية، على الرغم من أن وجبة الغداء كانت مرضية نسبيًا.

يشير عدم تقبل بعض المرضى لكميات الطعام في المستشفى إلى وجود فجوة بين توقعاتهم واحتياجاتهم وما يقدم لهم، وما يُثير الانتباه أنّ نقص التغذية قد يتفاقم مع طول مدة الإقامة لدى البعض، تحمل هذه الملاحظة تفسيرات من بينها: يعتمد المرضى على الدعم الخارجي حيث يقوم الأهل والأصدقاء بتقديم الطعام والمساعدة أثناء الأكل، يميل المرضى الذين يقضون فترات أطول في المستشفى إلى التكيف مع النقص، مما يجعلهم أكثر استعدادًا للتعامل مع الصعوبات المحتملة مقارنة بمرضى الإقامة القصيرة، هذا التكيف لا يعني الرضا ولكن هو غالبًا نتيجة لعدم وجود بدائل أخرى.

ومع ذلك، فإنّ هذا التقييم لا ينف أهمية مراجعة نوعية ومحتوى الوجبات المقدمة، مع الأخذ في الاعتبار الفروق الفردية بين المرضى ومدد إقاماتهم لضمان توافقها الكامل مع المعايير الغذائية والصحية المطلوبة خاصةً للذين يعانون من حالات مرضية تستوجب أنظمة غذائية دقيقة ومحددة.

جدول رقم (60): يوضح تحسين الوجبات الغذائية المقدمة لصحة المرضى حسب المجيب

			الوجبات الغذائية المقدمة تحسّن صحة المرضى				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
المجيب	طبيب	ت	4	4	6	6	5	25
		%	16,0%	16,0%	24,0%	24,0%	20,0%	100%
	ممرض	ت	6	16	15	11	2	50
		%	12,0%	32,0%	30,0%	22,0%	4,0%	100%
	مريض	ت	44	23	29	24	10	130

		%	33,8%	17,7%	22,3%	18,5%	7,7%	100%
المجموع		ت	54	43	50	41	17	205
		%	26,3%	21,0%	24,4%	20,0%	8,3%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
18,19		08		0,02		غير دال (لا توجد فروق)		

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا بشدة على أن الوجبات الغذائية المقدمة بالمؤسسة تحسن صحة المرضى وتقدر بـ(26,3%) خاصة المرضى بنسبة (33,8%)، في حين سجلت نسبة (24,4%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أن الوجبات الغذائية المقدمة تحسن صحة المرضى، خاصة الممرضين بنسبة (30,0%)، أما نسبة (21,0%) من المبحوثين الذين فلم يوافقوا على أن الوجبات الغذائية المقدمة تحسن صحة المرضى، خاصة الممرضين بنسبة (32,0%)، مقابل نسبة (20,0%) من المبحوثين الذين وافقوا على أن الوجبات الغذائية المقدمة تحسن صحة المرضى، خاصة الأطباء بنسبة (24,0%) والممرضين بنسبة (22,0%)، ونسبة (8,3%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على أن الوجبات الغذائية المقدمة تحسن صحة المرضى خاصة الأطباء بنسبة (20,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة بغض النظر عن المجيب لم يوافقوا بشدة على أنّ الوجبات الغذائية المقدمة بالمؤسسة تحسن صحة المرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(18,19) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,02)، مما يعني أنه لا توجد فروق في اجابات أفراد العينة حول تحسين الوجبات الغذائية المقدمة لصحة المرضى حسب المجيب، فكل المبحوثين من أطباء وممرضين ومرضى يؤكدون على عدم تحسينها.

إذا: الوجبات الغذائية المقدمة بالمؤسسة لا تحسن صحة المرضى المقيمين، هذا التقييم يعكس أنّ النظام الغذائي المتبع في المستشفى غير متوازن أو غير كافٍ لتلبية الاحتياجات الغذائية الضرورية، فإذا كانت الوجبات لا تتوفر على العناصر الغذائية الأساسية بكميات كافية فإن ذلك يؤثر سلبًا على مناعة المرضى وقدرتهم على مقاومة الأمراض ومدة استجابتهم للعلاج، وبالتالي يعيق تحسن حالتهم الصحية العامة ويطيل فترة مكوثهم في المستشفى، على سبيل المثال تبين أبحاث أنّ عدم رضا المرضى عن الطعام – غالبًا بسبب نقص الكمية أو الجودة – يقلل من استهلاكهم له، مما يعرضهم لخطر سوء التغذية، أشارت دراسة قام بها Michael Hiesmayr وزملاءه حول "سوء التغذية في المستشفيات: دعوة إلى العمل السياسي: منظور يوم الصحة العامة والتغذية"، بأنّ توفير الطعام لا يُعتبر جزءًا من مسؤوليات الرعاية

الصحية ولا جزءًا من الميزانية الطبية، ولكنه عادةً ما يكون جزءًا من الميزانية الإدارية للمستشفى، وكما أوضحنا سابقا في الجانب النظري أنّ قسم التغذية لابد وأن يتعاون مع الطاقم الطبي والإداري لتوفير غذاء صحي يتماشى مع احتياجات المرضى، في الوقت نفسه يجب على إدارة المستشفى أن تدرك أهمية خدمات التغذية الجيدة في تعزيز العلاقات الاجتماعية.

هذه الفجوات تتطلب الاستناد إلى معايير التغذية العلاجية التي تؤكد على ضرورة تخصيص الوجبات حسب كل حالة مرضية، زيادة الوعي بجميع الجوانب المتعلقة بإدارة مخاطر التغذية لجميع أصحاب المصلحة، اقتراح عمليات رعاية غذائية سهلة وموحدة، مسؤوليات محددة داخل المستشفيات، إنشاء خطط مناسبة، والاستمرار في الرعاية الغذائية المناسبة بعد الخروج لمنع المزيد من التدهور.

3.4. عرض وتحليل البيانات الخاصة بالنظافة

جدول رقم (61): يوضح تغيير المناشف والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها حسب المجيب

			تُغيّر المناشف والبياضات بانتظام، ويتم التأكد من نظافتها وتعقيمها				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	11	8	1	5	0	25
		%	44,0%	32,0%	4,0%	20,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	5	18	15	10	2	50
		%	10,0%	36,0%	30,0%	20,0%	4,0%	100%
	مريض	ت	54	28	18	18	12	130
		%	41,5%	21,5%	13,8%	13,8%	9,2%	100%
المجموع		ت	70	54	34	33	14	205
		%	34,1%	26,3%	16,6%	16,1%	6,8%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
27,45			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا بشدة على أن المؤسسة تُغير فيها المناشف والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها وتقدر بـ(34,1%) خاصة الأطباء بنسبة (44,0%) والمرضى بنسبة (41,5%)، وتليها نسبة (26,3%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على تغيير المناشف والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها خاصة الممرضين بنسبة (36,0%) والأطباء بنسبة (32,0%)، في حين سجلت نسبة (16,6%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تغيير المناشف

والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها، خاصة الممرضين بنسبة (30,0%)، مقابل نسبة (16,1%) من المبحوثين الذين وافقوا على تغيير المناشف والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها خاصة الأطباء والممرضين بنسبة (20,0%)، ونسبة (6,8%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على تغيير المناشف والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها خاصة المرضى بنسبة (9,2%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة لم يوافقوا على تغيير المناشف والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها خاصة الأطباء والمرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(27,45) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول تغيير المؤسسة للمناشف والبياضات بانتظام مع التأكد من نظافتها وتعقيمها حسب المجيب لصالح الأطباء والمرضى، أي أن الأطباء والمرضى هم من يؤكد أكثر على عدم تغييرها.

يمكن تفسير عدم الانتظام في تغيير المناشف والبياضات وعدم التأكد من نظافتها وتعقيمها في المؤسسة كمؤشر على اختلالات متعددة المستويات، فمن الناحية الإدارية تبرز مشكلة ضعف آليات الرقابة والمتابعة الفعالة إلى الإهمال المُتكرر للمهام اليومية بسبب غياب المحاسبة، أما على الصعيد المالي فإنّ نقص التمويل المخصص لشراء المستلزمات الأساسية التي يفترض أن توفرها المؤسسة للمرضى، وتوظيف الكوادر الكافية يشكل عائقاً أساسيا، ومن ناحية أخرى يساهم انخفاض الوعي الصحي لدى بعض العاملين وضعف الحوافز المادية والمعنوية وغياب ثقافة الجودة في تفاقم المشكلة.

خلال الزيارات الميدانية التي قمنا بها في بعض المصالح بهدف التقييم الميداني، تبين أنّ نسبة تتراوح بين 70-80% من المناشف وغطاءات الأسرة المستخدمة هي في الواقع ممتلكات شخصية للمرضى تم جلبها من منازلهم بدلاً من أن توفرها المؤسسة، أما الأفرشة فقد أكد بعض المبحوثين أنهم يجدونها في بعض الأحيان ملطخة بقطرات الدماء دون أن يتم تغييرها، وفي مرات أخرى لا يتم تغييرها إلا نادراً، مما يثير نفور واشمئزاز المرضى الذين يلجؤون لتغيير أفرشة المستشفى بأفرشة يصطحبها أهاليهم وأقاربهم، لذلك طالب العديد منهم بـ **"لابد من تغيير المناشف والبياضات والأفرشة"**.

ومن هنا، لابد من إعادة النظر في سياسة توفير المستلزمات الطبية الأساسية، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة تحقيق التوازن بين معايير مكافحة العدوى من جهة والاعتبارات الإنسانية والراحة النفسية للمرضى من جهة أخرى بما يضمن تقديم رعاية صحية شاملة وآمنة.

جدول رقم (62): يوضح تنظيف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري حسب المجيب

			تُنظّف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
المجيب	طبيب	ت	15	5	0	5	0	25
		%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	18	10	12	3	7	50
		%	36,0%	20,0%	24,0%	6,0%	14,0%	100%
	مريض	ت	27	30	9	51	13	130
		%	20,8%	23,1%	6,9%	39,2%	10,0%	100%
المجموع		ت	60	45	21	59	20	205
		%	29,3%	22,0%	10,2%	28,8%	9,8%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
43,44			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا بشدة على تنظيف الأرضيات والأسطح في المؤسسة بشكل منتظم ودوري وتقدر بـ(29,3%) خاصة الأطباء بنسبة (60,0%) والممرضين بنسبة (36,0%)، مقابل نسبة (28,8%) من المبحوثين الذين وافقوا على تنظيف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري، خاصة المرضى بنسبة (39,2%)، وتليها نسبة (22,0%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على تنظيف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري خاصة المرضى بنسبة (23,1%)، في حين سجلت نسبة (10,2%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تنظيف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري، خاصة الممرضين بنسبة (24,0%)، أما نسبة (9,8%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على تنظيف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري، خاصة الممرضين بنسبة (14,0%) والمرضى بنسبة (10,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة لم يوافقوا بشدة على أن المؤسسة تنظف فيها الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(43,44) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول تنظيف المؤسسة للأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على عدم تنظيفها.

إذا: الأرضيات والأسطح في المؤسسة لا تنظف بشكل منتظم ودوري، وما يُؤكد هذا الواقع المتردي

قيام مرافقي المرضى بتنظيف أرضية غرف مرضاهم بأنفسهم بشكل متكرر، وهي ملاحظة صادمة تُؤكد أنّ المرضى وذويهم يجدون أنفسهم مضطرين للقيام بمهام هي في صميم مسؤوليات المستشفى، إلى جانب الافتقار لآليات الرقابة والمتابعة، وما يؤكد ذلك تصريحات المبحوثين **"يجب تشديد الرقابة على عمال النظافة وممرضي المناوبة الليلية"، "لابد من تشديد الرقابة على عمال النظافة"، "التكوين الجيد لعمال النظافة"**، و**"الرقابة والالتزام بإجراءات النظافة..."**، هذه المطالب تشير إلى مشكلة أعمق تتجاوز نقص الموارد لتشمل غياب الإشراف الفعال، ضعف التدريب المقدم للموظفين، القصور في تطبيق آليات الرقابة الصارمة، وضعف الالتزام بالبروتوكولات، من ناحية أخرى على الرغم من وجود جدول زمني يُفترض أن يشمل دورات تنظيف صباحية ومسائية إلا أنّ الملاحظة الميدانية كشفت عن أزمة نظافة ووجود نقص فادح في عدد المنظفات، وما أكد لنا ذلك تصريح العديد من المبحوثين سواء الأطباء أو الممرضين أو المرضى **"ضرورة توفير المزيد من المنظفات ذات سن صغير من أجل النظافة اللازمة"، "زيادة عدد عمال النظافة"، "يجب توفير المنظفات"**، و**"الإكثار من عمال النظافة"**، كما تشير التصريحات القوية والمباشرة **"لابد من تنظيف الغرف"، "التأكيد على النظافة"، "لا نظافة"، "النظافة ثم النظافة ثم النظافة"، و"يجب توفر أهم عنصر للصحة ألا وهو النظافة"** إلى استياء عميق وإلحاح شديد بضرورة معالجة مشكلة النظافة بشكل فوري، كما لاحظنا أن طريقة التنظيف كانت سريعة جدا وسطحية ناهيك عن سلوك المنظفات العدواني في بعض الأحيان والصراخ على المرضى المقيمين، وعبارات الزجر والنرفزة المتواصلة وغير ذلك مما صرح به بعض المبحوثين شفويا عن سلوك بعض المنظفات، طبعا ليس كلهن ولكن البعض منهن.

تختلف مستويات النظافة داخل المؤسسة محل الدراسة باختلاف المصالح والأقسام، حيث لوحظ وجود تباين واضح بين الأقسام الطبية، فبينما تظهر بعض المصالح مثل مصلحة الأمراض المعدية بمستوى مقبول من النظافة، نجد أنّ مصالح أخرى تعاني من إشكالية كبيرة في هذا الجانب، لاسيما قسم الجراحة العامة وقسم الطب الداخلي، حيث ينتشر العديد من الحشرات حسب ما شاهدناه بأعيننا وتصريحات إحدى المبحوثات **"القطط، القرلو(الصراصير)، الطلاء المتآكل المتقشر..."**، وصرحت أخريات بـ **"يجب توفير النظافة والقضاء على الحشرات المنتشرة"، "يجب إيجاد حل للحشرات الموجودة بالمستشفى"**، و**"الحشرات متكاثرة لقرلو"**، هذه التصريحات تدل صراحة على خلل وأزمة حادة في مستوى النظافة بالمؤسسة، مما يُعرّض سلامة المرضى والعاملين للخطر المباشر، ويُقوّض الثقة في نوعية الرعاية المقدمة، وفي هذا الصدد، قالت **كيلي آن نايلور** مديرة قسم المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والمناخ والبيئة والطاقة والحد من مخاطر الكوارث في اليونيسف: "تُشكل المستشفيات والعيادات التي تفتقر إلى المياه النظيفة

وخدمات النظافة والصرف الصحي الأساسية فخًا مُحتملًا للأمهات الحوامل والمواليد الجدد والأطفال"، وأضافت: "إذا لم يتمكن مقدمو الرعاية الصحية من الوصول إلى خدمات النظافة الصحية فلن تتوفر للمرضى مرافق رعاية صحية".

وبالتالي، مع تزايد الوعي أهمية البيئة الصحية الآمنة يُصبح هذا القصور في النظافة إشارة واضحة للحاجة المُلحة إلى تدخلات جذرية لضمان بيئة علاجية تُلبي أبسط معايير السلامة والجودة.

جدول رقم (63): يوضح نظافة دورات المياه وأمانة أبوابها حسب المجيب

			دورات المياه نظيفة وأبوابها آمنة					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	7	7	5	6	0	25
		%	28,0%	28,0%	20,0%	24,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	8	13	10	13	6	50
		%	16,0%	26,0%	20,0%	26,0%	12,0%	100%
	مريض	ت	62	22	14	17	15	130
		%	47,7%	16,9%	10,8%	13,1%	11,5%	100%
المجموع		ت	77	42	29	36	21	205
		%	37,6%	20,5%	14,1%	17,6%	10,2%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
22,48			08		0,00		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا بشدة على أن دورات مياه المؤسسة نظيفة وأبوابها آمنة وتقدر بـ(37,6%) خاصة المرضى بنسبة (47,7%)، وتليها نسبة (20,5%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على أن دورات المياه نظيفة وأبوابها آمنة خاصة الأطباء بنسبة (28,0%) والممرضين بنسبة (26,0%)، مقابل نسبة (17,6%) من المبحوثين الذين وافقوا على أن دورات المياه نظيفة وأبوابها آمنة خاصة الممرضين بنسبة (26,0%) والأطباء بنسبة (24,0%)، في حين سجلت نسبة (14,1%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على أن دورات المياه نظيفة وأبوابها آمنة خاصة الأطباء الممرضين بنسبة (20,0%)، أما نسبة (10,2%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على أن دورات المياه نظيفة وأبوابها آمنة خاصة المرضى بنسبة (11,5%) والممرضين بنسبة (12,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة لم يوافقوا على أنّ دورات المياه المؤسسة نظيفة

وأبوابها آمنة خاصة المرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(22,48) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول نظافة دورات المياه وأمانة أبوابها حسب المجيب لصالح المرضى، أي أن المرضى هم من يؤكد أكثر على عدم نظافتها وأمنها.

إذا: إنّ عدم نظافة دورات المياه وعدم أمان أبوابها في المؤسسة يمثل انتهاكًا للمعايير الأساسية للنظافة والسلامة التي يجب أن تكون حاضرة في أي مرفق صحي، تتفاقم خطورة هذه المشكلة نظراً للازدحام الذي تتميز به البيئة الاستشفائية، حيث تعج بالأفراد المختلفين الذين يتنقلون بين مختلف مصالحها وغرفها، يعني أنّ مختلف الأسطح يمكن أن تكون ملوثة ثم نظيفة ثم ملوثة مرة أخرى على مدار اليوم، فمن الناحية الصحية تشكل دورات المياه غير النظيفة بؤرا لتكاثر الجراثيم والبكتيريا لأنها مكانًا شديد الحساسية، مما يرفع بشكل كبير من خطر انتقال العدوى بين المرضى والزوار وحتى الكادر الطبي، أظهرت دراسة من مركز أبحاث الخدمات الصحية أن تصورات المرضى للنظافة كانت مرتبطة بشكل كبير برضائهم العام عن إقامتهم في المستشفى، وفي هذا الصدد قال Gregory Gardner مدير الخدمات البيئية في مستشفى أدفنت هيلثفيش ميموريال بفلوريدا: "**يُحدد ردهة المستشفى ودورات المياه انطباع الناس عن منشأتك**".

عبر العديد من المبحوثين عن استيائهم الشديد من خلال تصريحات مثل: "**النظافة الدورية للحمامات غائبة تمامًا**"، و"**تحتاج إلى تغيير كلي في نظام النظافة، خاصة في المراحيض**"، بالإضافة إلى مطالبهم بـ "**تنظيف دورات المياه بشكل منتظم وفعال**" و"**تحسين نظافة المحيط العام والمرافق الصحية**"، هذه الأصوات تعكس واقعًا مأساويًا يتطلب تدخلًا عاجلاً من السلطات المعنية لفرض معايير النظافة والسلامة، وتعزيز الرقابة على نظافة المرافق لأنّ لها دور كبير وفعال في جعل عمال المستشفى سواء كانوا من مقدمي الخدمة أو عمال النظافة وكذا الزائرين للمستشفى من أهل المريض وحتى المرضى أنفسهم يحافظون على نظافته، لأنّ المستشفى والمصالح الطبية من المفروض أن تكون المثل الأعلى للنظافة، فإذا تقدمنا خطوة إلى الأمام في سبيل النظافة لابتعدنا 100 خطوة عن المرض، ومن هذا المنطلق أوضحت الدكتورة ماريا نيرا مديرة إدارة البيئة وتغير المناخ والصحة في منظمة الصحة العالمية أنّه لا يمكن ضمان النظافة في مرافق الرعاية الصحية دون زيادة الاستثمار في التدابير الأساسية التي تشمل: المياه النظيفة والمراحيض النظيفة والإدارة الآمنة لنفايات الرعاية الصحية، أما الأبواب غير الآمنة فهي تُمثل انتهاكًا لخصوصية وكرامة المرضى والزوار خاصةً في بيئة حساسة كالمستشفى.

مما سبق يمكن القول، إن دورات المياه غير النظيفة تُثير القلق، حيث يتساءل المرضى: "إذا لم

يتمكنوا من الحفاظ على نظافة دورات المياه، فكيف يُمكنني الوثوق بهم فيما يتعلق بصحتي؟"، لذلك ينبغي الاهتمام بضمان مرافق صرف صحي كافية ونظيفة في المؤسسة الاستشفائية، ولتحقيق ذلك يتعين على صانعي السياسات تخصيص الموارد اللازمة لزيادة عدد المراحيض الصالحة للاستخدام بما يتناسب مع عدد المستفيدين، وتوفير طاقم صيانة متخصص لضمان نظافة هذه المرافق بشكل مستمر، وهو ما يتطلب في المقابل قيادة فعّالة من قِبل إدارة المستشفى لتطبيق هذه الإجراءات بفعالية وكفاءة.

جدول رقم (64): يوضح توفّر المستشفى على مستلزمات النظافة كالماء والصابون حسب المجيب

			يتوفّر بالمستشفى مستلزمات النظافة كالماء والصابون					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	5	11	7	2	0	25
		%	20,0%	44,0%	28,0%	8,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	6	8	11	15	10	50
		%	12,0%	16,0%	22,0%	30,0%	20,0%	100%
	مريض	ت	60	26	13	20	11	130
		%	46,2%	20,0%	10,0%	15,4%	8,5%	100%
المجموع		ت	71	45	31	37	21	205
		%	34,6%	22,0%	15,1%	18,0%	10,2%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
40,53			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا بشدة على أنّ المؤسسة تتوفّر على مستلزمات النظافة كالماء والصابون وتقدر بـ(34,6%) خاصة المرضى بنسبة (46,2%)، وتليها نسبة (22,0%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على توفر مستلزمات النظافة كالماء والصابون خاصة الأطباء بنسبة (44,0%)، مقابل نسبة (18,0%) من المبحوثين الذين وافقوا على توفر مستلزمات النظافة كالماء والصابون، خاصة الممرضين بنسبة (30,0%)، في حين سجلت نسبة (15,1%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على توفر مستلزمات النظافة كالماء والصابون خاصة الأطباء بنسبة (28,0%) والممرضين بنسبة (22,0%)، أما نسبة (10,2%) من المبحوثين الذين فوافقوا بشدة على توفر مستلزمات النظافة كالماء والصابون، خاصة الممرضين بنسبة (20,0%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة لم يوافقوا على أنّ المؤسسة تتوفّر على مستلزمات

النظافة كالماء والصابون خاصة المرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(40,53) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول توفّر مستلزمات النظافة كالماء والصابون حسب المجيب لصالح المرضى، أي أنّ المرضى هم من يؤكد أكثر على عدم توفرها.

إذا: تعاني المؤسسة من نقص حاد في مستلزمات النظافة الأساسية خصوصًا الماء والصابون، هذا النقص يُضعف بشكل كبير القدرة على ضمان النظافة الشخصية داخل المؤسسة، سواء لمقدمي الخدمة قبل وبعد التعامل مع المرضى أو للمرضى والزوار على حد سواء، وقد عبّر المبحوثين عن هذا الواقع المأساوي بقولهم:**"يجب توفير مواد النظافة"، "وسائل النظافة غير كافية"**، و**"ينبغي توفير مواد التنظيف"**، هذا النقص لا يعكس فقط إهمالاً للبروتوكولات الصحية، ولكن يُهدد سلامة المرضى والعاملين ويزيد من خطر تفشي الأمراض داخل المؤسسة الصحية.

تكشف الإحصائيات العالمية أنّ نصف المرافق الصحية فقط في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل مزودة بشبكات مياه وأنّ ثلثها يفتقر إلى مراحيض كافية، وما يقرب من 40% منها لا يتوفر بها صابون لغسل اليدين، علاوة على ذلك لا يستطيع سوى 2% من هذه المرافق تقديم خدمات متكاملة من خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة وإدارة النفايات، يؤكد المدير العام لمنظمة الصحة العالمية على خطورة هذا الوضع مشبهًا العمل في مرفق صحي يفتقر للمياه والصرف الصحي والنظافة بإرسال الممرضات والأطباء للعمل دون معدات الحماية الشخصية، كما حذرت المديرة التنفيذية لليونيسف **هنريتا فور** من أنّ إرسال العاملين في مجال الرعاية الصحية والأشخاص الذين يحتاجون إلى العلاج إلى مرافق تفتقر للمياه النظيفة أو المراحيض الآمنة أو حتى الصابون يعرض حياتهم للخطر بشكل مباشر، وعلى الرغم من أنّ توفير المياه والصرف الصحي والنظافة يُعد أمرًا هاما لسلامة العاملين الصحيين والمرضى على حد سواء إلا أنه من المثير للقلق أنّ هذه الخدمات غالبًا ما لا تُعطى الأولوية اللازمة، وبالتالي إن هذا النقص في أبسط مقومات النظافة يؤثر سلبًا على صحة المرضى وراحتهم ويرسم صورة سلبية عن جودة خدمات المؤسسة الاستشفائية.

هذا عن النظافة والموقف من الخدمات المقدمة، فكيف هو الحال بالنسبة لشعورهم بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة بالمستشفى؟ معطيات الجدول الآتي ستوضح ذلك.

جدول رقم (65): يوضح الشعور بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة بالمستشفى حسب المجيب

	هناك شعور بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة	المجموع

			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	8	6	7	4	0	25
		%	32,0%	24,0%	28,0%	16,0%	0,0%	100%
	ممرض	ت	9	7	15	13	6	50
		%	18,0%	14,0%	30,0%	26,0%	12,0%	100%
	مريض	ت	62	22	15	20	11	130
		%	47,7%	16,9%	11,5%	15,4%	8,5%	100%
المجموع		ت	79	35	37	37	17	205
		%	38,5%	17,1%	18,0%	18,0%	8,3%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
23,16			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا بشدة على شعورهم بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة بالمؤسسة وتقدر بـ(38,5%) خاصة المرضى بنسبة (47,7%)، في حين سجلت نسبة (18,0%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على شعورهم بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة، خاصة الممرضين بنسبة (30,0%) والأطباء بنسبة (28,0%)، أما نسبة (18,0%) أيضا من المبحوثين فوافقوا على شعورهم بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة خاصة الممرضين بنسبة (26,0%)، مقابل نسبة (17,1%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على شعورهم بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة، خاصة الأطباء بنسبة (24,0%)، وفي المقابل أيضا سجلت نسبة (8,3%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على شعورهم بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة خاصة الممرضين بنسبة (12,0%) والمرضى بنسبة (8,5%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة لم يوافقوا على شعورهم بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة بالمؤسسة خاصة المرضى؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(23,16) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول الشعور بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة حسب المجيب لصالح المرضى، أي أن المرضى هم من يؤكد أكثر على عدم شعورهم بالاطمئنان.

إذا غياب شعور الاطمئنان والرضا لدى المستفيدين من الخدمات الصحية بالمؤسسة تجاه إجراءات النظافة يشير إلى فجوة عميقة بين ما هو متوقع وما هو مُقدم على أرض الواقع، هذا الشعور السلبي ليس

مجرد انطباع عابر، بل هو نتاج مباشر لتجارب ملموسة واجهها المرضى المقيمين داخل المرفق الصحي.

إنّ السبب الأول لعدم شعور المرضى بالراحة في مكان تلقيهم العلاج وهو أمر يؤكده المبحوثين يرجع بشكل أساسي إلى ظروف العلاج الصعبة التي واجهوها أثناء فترة إقامتهم، يبدأ هذا الإحساس بعدم الارتياح من النقص الحاد في مستلزمات النظافة الأساسية، وهي مشكلة تتفاقم بسبب العدد الكبير من المرضى الذي يفوق القدرة الاستيعابية للمستشفى، يضاف إلى ذلك النقص في الآلات والمعدات والوسائل الطبية الضرورية، هذه العوامل مجتمعة تخلق جوًا من عدم الرضا وتُعيق عملية الشفاء وتُقلل من ثقة المرضى في الخدمات المقدمة لهم.

5. عرض وتحليل بيانات العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى*

1.5. عرض وتحليل البيانات الخاصة بالعلاقة بين طبيب – مريض

جدول رقم (66): يوضح منح الأطباء الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم حسب المجيب

			يمنح الطبيب الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	0	10	14	1	25
		%	0,0%	0,0%	40,0%	56,0%	4,0%	100%
	ممرض	ت	0	5	6	25	14	50
		%	0,0%	10,0%	12,0%	50,0%	28,0%	100%
	مريض	ت	21	30	12	54	13	130
		%	16,2%	23,1%	9,2%	41,5%	10,0%	100%
المجموع		ت	21	35	28	93	28	205
		%	10,2%	17,1%	13,7%	45,4%	13,7%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
47,05			08		0,00		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على منح الأطباء بالمؤسسة الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم وتقدر بـ(45,4%) خاصة الأطباء بنسبة (56,0%) والممرضين بنسبة (50,0%)، مقابل نسبة (17,1%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على منح

*ملاحظة: أراء المبحوثين المدرجة في التحليل كانت من خلال تصريحاتهم المباشرة والملاحظات الميدانية.

الأطباء بالمؤسسة الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم خاصة المرضى بنسبة (23,1%)، في حين سجلت نسبة (13,7%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على منح الأطباء الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم، خاصة الأطباء بنسبة (28,0%)، وذات النسبة أي (13,7%) من المبحوثين وافقوا بشدة على منح الأطباء الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم، خاصة الممرضين بنسبة (40,0%)، مقابل نسبة (10,2%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على منح الأطباء الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم خاصة المرضى بنسبة (16,2%).

وعليه يمكن القول أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على منح الأطباء بالمؤسسة الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(47,05) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول منح الأطباء الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على منحهم.

إذا: أطباء المؤسسة يمنحون الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم، ذلك أنه من الضروري عند استقبال الطبيب للمريض أن يتعامل معه باهتمام كبير، لأن المريض يرى في الطبيب أملاً لشفائه حيث يأخذ كل كلمة يسمعها من الطبيب بأهمية كبيرة بل ويتأثر بها، إنّ علاقة الطبيب بالمريض علاقة سامية وفريدة من نوعها، لذلك من الأهمية أن يتقن الطبيب فن الاستماع للمريض، وتقدير أحاسيسه ومشاعره وإعطاء الوقت الكافي للشرح وعدم التعلل بضيق الوقت، وهذا دون شك يساعد على بناء رصيد عالٍ من الثقة بين الطبيب والمريض والرفع من شعور المريض بالرضا والتقدير والأمان... ولا شك بأنّه يقع على الطبيب مسؤولية إعطاء الأمل والتفاؤل للمريض بإزالة الهم وتخفيف وقع المرض، وفي هذا الصدد قالت الدكتورة **ميلاني سلون** المؤلفة الرئيسية للدراسة من قسم الصحة العامة والرعاية الأولية بجامعة كامبريدج: "من المهم للغاية أن نستمع إلى آراء المرضى والتفسيرات الخاصة بأعراضهم خاصةً أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة وأن نقدرها، فهم في نهاية المطاف من يعرفون معنى التعايش مع حالتهم، ولكننا نحتاج أيضًا إلى ضمان حصول الأطباء على الوقت الكافي لدراسة أعراض كل مريض بشكل كامل، وهو أمرٌ يُمثل تحديًا في ظل قيود الأنظمة الصحية الحالية".

في بعض الأحيان يتوقف الأمر بشكل كبير على طبيعة الأسئلة التي يطرحها الطبيب والمعلومات

التي يسعى للحصول عليها، فليس من المجدي ترك المرضى يتحدثون بلا هدف، فبعض المرضى خاصة كبار السن يأتون بقائمة طويلة من الشكاوى لأنهم يشعرون بأن عائلاتهم لا يستمعون إليهم، وقد تكون الحياة مملة جدًا بالنسبة لهم؛ وهي حالة عامة تحدث بالفعل، كما يعتمد الأمر على ما إذا كان هذا المريض جديدًا أم مألوفًا لدى الطبيب... في ظل كل ذلك وقت الطبيب ثمين للغاية.

من هنا، إنّ الاستماع يبني علاقة وثيقة بين الطبيب والمرضى ويخلق بيئة علاجية مريحة للمريض، انطلاقا من أنّ العلاج النفسي نصف العلاج بالنسبة لأي مرض، حيث أظهرت الدراسات أنّ معظم الشكاوى المقدمة ضد الأطباء لا علاقة لها بمهاراتهم الطبية، بل تتعلق غالبًا بضعف التواصل أو انعدامه.

جدول رقم (67): يوضح منح الأطباء فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم حسب المجيب

			يمنح الطبيب المرضى فرصة المشاركة في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	19	4	1	1	25
		%	0,0%	76,0%	16,0%	4,0%	4,0%	100%
	ممرض	ت	3	18	9	7	13	50
		%	6,0%	36,0%	18,0%	14,0%	26,0%	100%
	مريض	ت	21	44	21	29	15	130
		%	16,2%	33,8%	16,2%	22,3%	11,5%	100%
المجموع		ت	24	81	34	37	29	205
		%	11,7%	39,5%	16,6%	18,0%	14,1%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
28,13			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين لم يوافقوا على منح الطبيب بالمؤسسة فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم وتقدر بـ(39,5%) خاصة الأطباء بنسبة (76,0%)، مقابل نسبة (18,0%) من المبحوثين الذين وافقوا على منح الأطباء فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم، خاصة المرضى بنسبة (22,3%)، في حين سجلت نسبة (16,6%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على منح الأطباء فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم، خاصة الممرضين بنسبة (18,0%)، أما نسبة (14,1%) من المبحوثين فوافقوا بشدة على منح الأطباء فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم، خاصة الممرضين بنسبة (26,0%)، مقابل نسبة

(11,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على منح الأطباء فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم، خاصة المرضى بنسبة (16,2%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة لم يوافقوا على منح الأطباء بالمؤسسة فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم خاصة الأطباء؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(28,13) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات أفراد العينة حول عدم منح الطبيب فرصة مشاركة المرضى في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم حسب المجيب، أي أن الأطباء هم من يؤكد ذلك.

تشير حقيقة أنّ أكثر من نصف أفراد العينة لم يوافقوا على منح الأطباء فرصة إشراك المرضى في اتخاذ قرارات العلاج إلى التنشئة المهنية للأطباء، فغالبًا ما يعكس هذا الرفض تمسكًا بخبرتهم العلمية فبدلاً من أن تكون عملية تشاركية يتبادل الطبيب والمريض المعارف ويتفقان على طريقة العلاج الأنسب، نجد أنّ الطبيب غالبًا ما يتخذ القرارات المتعلقة بعلاج المريض بمفرده، من وجهة النظر هذه يُصبح المريض متلقٍ للتعليمات مما قد يُضعف من شعوره بالمسؤولية تجاه صحته ويُقلل بدوره من امتثاله للعلاج، حسب تصريحات المبحوثين يتضح أنّ المرضى غالبًا ما يرغبون في إبداء رأيهم في العلاج وينوون الالتزام بالخيار الذي يعكس تفضيلاتهم الشخصية.

يجب الانتباه إلى أنّ هناك العديد من العوامل التي تؤثر بشكل كبير على فعالية عملية صنع القرار المشترك، من جانب مقدمي الرعاية (الأطباء والممرضين) يتوقف الأمر على مستوى التدريب والحوافز، أما بالنسبة للمرضى فإن قدرتهم على المشاركة تتأثر بمستوى فهمهم وثقافتهم الصحية، إضافة إلى ذلك تلعب العوامل المتعلقة بالعلاج نفسه دوراً هاما، حيث تحدد خيارات العلاج المتاحة والآثار السلبية المحتملة للعلاج، وشدة ونوع المرض طبيعة ومدى المشاركة في اتخاذ القرار، لذلك يجب تقوية العلاقة بين المريض والطبيب باتخاذ خطوات تمكن المرضى من المشاركة الفعالة في القرارات العلاجية، وهو ما أكدته دراسة (بن مغنية قادة، 2017) التي أشارت إلى أن عدم امتثال المرضى للعلاج يرتبط غالبًا بمشاركتهم المحدودة في أي قرارات تُتخذ.

جدول رقم (68): يوضح شرح الأطباء نتائج الفحوصات للمرضى حسب المجيب

			يشرح الطبيب نتائج فحوصات المرضى				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	1	0	3	19	2	25

		%	4,0%	0,0%	12,0%	76,0%	8,0%	100%
	ممرض	ت	1	3	10	23	13	50
		%	2,0%	6,0%	20,0%	46,0%	26,0%	100%
	مريض	ت	17	28	18	51	16	130
		%	13,1%	21,5%	13,8%	39,2%	12,3%	100%
المجموع		ت	19	31	31	93	31	205
		%	9,3%	15,1%	15,1%	45,4%	15,1%	100%
قيمة كا^2		درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
28,47		08		0,00		دال (توجد فروق)		

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على شرح أطباء المؤسسة نتائج الفحوصات للمرضى وتقدر بـ(45,4%) خاصة الأطباء بنسبة (76,0%) والممرضين بنسبة (46,0%)، وتليها نسبة (15,1%) من المبحوثين وافقوا بشدة على شرح الأطباء نتائج الفحوصات للمرضى خاصة الممرضين بنسبة (26,0%)، في حين سجلت نفس النسبة أي (15,1%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على شرح الأطباء لنتائج الفحوصات للمرضى، خاصة الممرضين بنسبة (20,0%)، أما ذات النسبة (15,1%) من المبحوثين فلم يوافقوا على شرح الأطباء لنتائج الفحوصات للمرضى خاصة المرضى بنسبة (21,5%)، ونسبة (9,3%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على شرح الأطباء نتائج الفحوصات للمرضى خاصة المرضى أيضا بنسبة (13,1%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على شرح الأطباء لنتائج الفحوصات للمرضى خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(28,47) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول شرح الأطباء لنتائج الفحوصات للمرضى حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على شرحهم.

إذا: يعدّ اهتمام الأطباء في المؤسسة بشرح نتائج الفحوصات الطبية للمرضى دليل على وعيهم بأهمية تمكين المريض من فهم حالته الصحية، هذا الفهم يُسهم في تعزيز التزامه بالعلاج الموصوف وتقليل مستويات القلق والتوتر لديه.

في الواقع، هناك أدلة توضح أنّ المرضى والأطباء لديهم وجهات نظر متضاربة حول استراتيجيات شرح نتائج الفحوصات، حيث يفضل المرضى الإخطار الفوري مقابل تخوف الأطباء من تفسير نتائج

الفحوصات غير الطبيعية ذات الدلالة السريرية، حيث يركزون على عدة تحديات محتملة، أولاً يبرز قلقهم من التأثير النفسي على المرضى خاصةً عند تلقي نتائج مقلقة قد يؤدي إلى ارتباك أو تفاقم القلق لديهم، ثانياً يُشيرون إلى محدودية فهم المرضى للنتائج الطبية المعقدة، مما قد يدفعهم إلى البحث عن تفسيرات غير دقيقة عبر مصادر غير موثوقة، ثالثاً يخشى الأطباء من توجه بعض المرضى إلى اتخاذ إجراءات علاجية عاجلة دون استشارة الطبيب المعالج، مما قد يعرّضهم لمخاطر صحية بسبب سوء تفسير النتائج، لذلك يلجأ العديد من الأطباء في الممارسات السائدة إلى إبلاغ أحد أفراد عائلة المريض بنتائج الفحوصات التشخيصية – خاصةً تلك الحرجة منها مثل اكتشاف أورام أو أمراض خطيرة – بدلًا من إطلاع المريض مباشرةً، وذلك انطلاقاً من اعتبارات ثقافية واجتماعية ونفسية، يعكس هذا السلوك التقاليد المجتمعية التي تضع الأسرة كطرف أساسي في العملية العلاجية، ومن جهةٍ أخرى الحساسية النفسية للمرضى الذين قد لا يكونون مستعدين لتلقي أخبار صادمة عن حالتهم الصحية، وبذلك يمتد دور الطبيب أكثر إلى تقديم الدعم النفسي والمعرفي للمريض.

جدول رقم (69): يوضح استعمال الأطباء مصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى حسب المجيب

			يستعمل الطبيب مصطلحات واضحة مفهومة					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	1	2	18	4	25
		%	0,0%	4,0%	8,0%	72,0%	16,0%	100%
	ممرض	ت	0	0	5	31	14	50
		%	0,0%	0,0%	10,0%	62,0%	28,0%	100%
	مريض	ت	24	27	15	50	14	130
		%	18,5%	20,8%	11,5%	38,5%	10,8%	100%
المجموع		ت	24	28	22	99	32	205
		%	11,7%	13,7%	10,7%	48,3%	15,6%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
41,80			08		0,00		دال (توجد فروق)	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على استعمال الأطباء بالمؤسسة مصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى وتقدر بـ(48,3%) خاصة الأطباء بنسبة (72,0%) والممرضين بنسبة (62,0%)، وتليها نسبة (15,6%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على استعمال الأطباء

لمصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى خاصة الممرضين بنسبة (28,0%) والأطباء بنسبة (16,0%)، مقابل نسبة (13,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على استعمال الأطباء لمصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى، خاصة المرضى بنسبة (20,8%)، ونسبة (11,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على استعمال الأطباء لمصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى خاصة المرضى أيضا بنسبة (18,5%)، أما نسبة (10,7%) من المبحوثين فوافقوا نوعا ما على استعمال الأطباء لمصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى خاصة المرضى بنسبة (11,5%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على استعمال الأطباء لمصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(41,80) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات المستقصين حول استعمال الأطباء لمصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على استعمالهم.

إذا: الأطباء بالمؤسسة يستعملون مصطلحات واضحة مفهومة مع المرضى، حيث تُعد اللغة أداة أساسية للتفاعل في جميع جوانب الحياة بما في ذلك المجال الصحي، يرتبط التفكير ارتباطًا وثيقًا باللغة، إذ تكتسب الأفكار وجودها الواقعي من خلالها، ولأنها عماد التواصل الاجتماعي فإنّ لها دورًا هاما في العلاقة بين المرضى والأطباء، فعندما تكون اللغة مفهومة وواضحة يتمكن المرضى من استيعاب الإرشادات الطبية وطريقة تناول الدواء بشكل صحيح، لذا يفضل بعض الأطباء التحدث بالعامية (الدارجة) لتسهيل التواصل مع مرضاهم وضمان فهمهم الكامل للعلاج.

بالمقابل، لوحِظ أن بعض المرضى يواجهون صعوبة فهم المصطلحات الطبية المعقدة وغير المألوفة التي يستخدمها الأطباء، حتى بعض الأطباء في تخصصات مختلفة قد يجدون صعوبة في فهم هذه المصطلحات فما بالك بالمرضى الذين قد لا تكون خلفيتهم العلمية ذات صلة بالطب، يزداد الأمر تعقيدًا عندما يتحدث الأطباء باللغة الفرنسية دون مراعاة فهمهم، وذلك راجع في الغالب إلى التكوين الأكاديمي فكثير منهم يتقن الفرنسية، عندما يقدم الأطباء معلومات متعددة دفعة واحدة كالتفاصيل المتعلقة بالقلب والكلى والكبد والرئة، الأدوية، التغذية، الفحوصات المطلوبة، ومواعيد المراجعة، يجد المريض الذي غالبًا ما يكون منهكًا بسبب المرض صعوبة بالغة في استيعاب هذه المعلومات وكيفية التعامل معها، لذلك من الضروري أن يقوم الطبيب بتبسيط الشرح وتقديمه بطريقة تتناسب مع ذهنية المريض وثقافته، كما يجب على الطبيب أن يستفسر من المريض عن مدى حاجته لتوضيح إضافي، وأن يدرك أهمية إعطاء المريض

الفرصة لطلب التوضيح حتى لو لم يبادر المريض بذلك، وبالتالي فإنّ اختيار اللغة المناسبة ليس مجرد تفضيل، بل هو ضرورة لضمان رعاية صحية فعالة محورها المرضى.

جدول رقم (70): يوضح محافظة الأطباء على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى حسب المجيب

			يُحافظ الطبيب على سرية معلومات المرضى الطبية والاجتماعية					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	0	1	11	13	25
		%	0,0%	0,0%	4,0%	44,0%	52,0%	100%
	ممرض	ت	0	2	4	20	24	50
		%	0,0%	4,0%	8,0%	40,0%	48,0%	100%
	مريض	ت	16	14	22	54	24	130
		%	12,3%	10,8%	16,9%	41,5%	18,5%	100%
المجموع		ت	16	16	27	85	61	205
		%	7,8%	7,8%	13,2%	41,5%	29,8%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
32,96			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على محافظة الأطباء بالمؤسسة على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى وتقدر بـ(41,5%) خاصة الأطباء بنسبة (44,0%) والمرضى بنسبة (41,5%)، وتليها نسبة (29,8%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على محافظة الأطباء على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى خاصة الأطباء بنسبة (52,0%)، والممرضين بنسبة (48,0%)، في حين سجلت نسبة (13,2%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على محافظة الأطباء على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى خاصة المرضى بنسبة (16,9%)، مقابل نسبة (7,8%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على محافظة الأطباء على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى، خاصة المرضى بنسبة (12,3%)، ونسبة (7,8%) أيضا من المبحوثين الذين لم يوافقوا على محافظة الأطباء على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى خاصة المرضى أيضا بنسبة (10,8%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب ثلاثة أرباع من أفراد العينة وافقوا على محافظة الأطباء على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة

بـ(32,96) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول محافظة الأطباء على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أنّ الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على سريتها.

إذا: الأطباء بالمؤسسة يحافظون على سرية المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى، وهي مسألة أخلاقية بالغة الأهمية لحماية مكانتهم وتجنب التبعات القانونية التي قد تؤثر على أدائهم المهني، إنَّ سرية المعلومات الصحية التي يمتلكها الطبيب لا تؤثر فقط على قراراته وعلاقته بالمريض من أبعاد اجتماعية ونفسية، ولكن تلعب دورًا هاما في تعزيز موقع الطبيب كطرف مهيمن في العلاقة العلاجية، ففي بعض الأحيان يكون الطبيب هو الوحيد الذي يعلم تفاصيل صحية أو سلوكيات خاصة يفضل المريض إبقاءها سرًا حتى عن أقرب الناس إليه.

من هنا، تعتبر سرية المريض ضرورية لنجاح العلاقة بين الطبيب والمريض، وهي مسؤولية تقع على عاتق مقدمي الرعاية الصحية، فعندما يثق المرضى في أنّ معلوماتهم الصحية الشخصية ستبقى آمنة يصبحون أكثر صراحةً وانفتاحًا بشأن تاريخهم الطبي وأعراضهم ومخاوفهم الأخرى، مما يسمح بتشخيصات وعلاجات أفضل، وبالتالي يُعدّ احترام حقوق خصوصية المرضى مطلبًا أخلاقيًا، كما أنه واجب قانوني في العديد من الدول.

جدول رقم (71): يوضح الشعور بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء حسب المجيب

			هناك شعور بالارتياح والأمان بعد التعامل مع الأطباء				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	1	4	14	6	25
		%	0,0%	4,0%	16,0%	56,0%	24,0%	100%
	ممرض	ت	0	2	5	23	20	50
		%	0,0%	4,0%	10,0%	46,0%	40,0%	100%
	مريض	ت	26	18	15	53	18	130
		%	20,0%	13,8%	11,5%	40,8%	13,8%	100%
المجموع		ت	26	21	24	90	44	205
		%	12,7%	10,2%	11,7%	43,9%	21,5%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	

32,79	08	0,00	دال (توجد فروق)

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على شعورهم بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء بالمؤسسة وتقدر بـ(43,9%) خاصة الأطباء بنسبة (56,0%) والممرضين بنسبة (46,0%)، وتليها نسبة (21,5%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على شعورهم بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء خاصة الممرضين بنسبة (40,0%) والأطباء بنسبة (24,0%)، مقابل نسبة (12,7%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على شعورهم بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء خاصة المرضى بنسبة (20,0%)، في حين سجلت نسبة (11,7%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على شعورهم بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء خاصة الأطباء بنسبة (16,0%)، أما نسبة (10,2%) من المبحوثين فلم يوافقوا على شعورهم بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء خاصة المرضى بنسبة (13,8%).

مما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على شعورهم بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(32,79) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات المستقصين حول الشعور بالارتياح والأمان عند التعامل مع الأطباء حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على شعورهم.

إذا: يشعر المرضى بمستوى من الأمان والارتياح أثناء التعامل مع الأطباء عند تلقي الخدمات الصحية بالمؤسسة، إذ تُعتبر راحة المريض – بجوانبها الجسدية والعاطفية والنفسية – عاملاً هاما في تشكيل تجربته العلاجية، هذا الاهتمام لا يقتصر أثره على تحسين المؤشرات الصحية فحسب، ولكن يمتد لتعزيز الثقة بين المريض والطبيب.

إنّ مقولة **أبقراط** "الشفاء أحيانًا، والتخفيف كثيرًا، والراحة دائمًا" مألوفة للكثيرين، تشير إلى أنّ الطب فن وعلم يتطلب التعاطف والإنسانية بقدر ما يتطلب المعرفة والمهارة، أشارت العديد من الأبحاث إلى أنّ المرضى الذين يشعرون بالراحة والرعاية في بيئة الرعاية الصحية يكونون أكثر التزامًا بخطط العلاج والحفاظ على علاقة إيجابية مع مقدمي الخدمة الصحية، فالراحة تعزز الثقة مما يسمح للمرضى بمشاركة مخاوفهم بصراحة أكبر، وقد ثبت أن التواصل الفعال أساسي في تحسين الرعاية التي تركز على المرضى، فبمجرد القيام بأفعال بسيطة مثل مناداة المرضى بأسمائهم وتقديم أنفسهم بوضوح بدايةً من الأفعال البسيطة مثل

مناداة المرضى بأسمائهم وتقديم أنفسهم بوضوح، يتولد أثر إيجابي على تصور المريض تجاه الرعاية، كما أنه في لحظات القلق يمكن للأطباء بدء محادثات حول مواضيع غير طبية للمساعدة في تخفيف التوتر.

ولكن عندما يُصرح المرضى بعبارات مثل **"لابد من حسن الخلق أولًا والثقافة الطبية ثانيًا"**، أو **"لابد من الاحترام والتزام الطبيب بعمله وتقديم كافة النصائح"**، و**"الكلام الطيب من قبل الأطباء"**، فإنهم في الواقع يُشيرون إلى غياب جوانب حيوية في التعامل داخل المؤسسة، هذه التصريحات هي تعبير صريح عن احتياجات أساسية لم تُلبَّ بشكل كافٍ، وهي بمثابة دعوة مباشرة لتحسين جودة التفاعل الإنساني بين الطاقم الطبي والمرضى في المؤسسة قيد الدراسة، إن المرضى يُطالبون بمعاملة أكثر إنسانية تتجاوز الجانب العلاجي البحت لترتكز على الأخلاق والاحترام المتبادل واللباقة في التواصل، لأنهم يرون بأن هذه الجوانب هي التي تُسهم بشكل كبير في شعورهم بالأمان والارتياح وتجعلهم جزءًا لا يتجزأ من رحلة علاجهم، ومما يؤكد هذه الأهمية التقارير التي تُظهر أن نسبة كبيرة من الأخطاء الطبية خاصة أثناء نقل المرضى تنتج عن ضعف التواصل.

وبالتالي، تُعتبر الراحة جانبًا مُحددًا لتجارب المرضى ومؤشرًا على الجودة والسلامة العامة للرعاية، والمؤسسة التي تفشل في تقديم رعاية عالية الجودة تتضمن تعزيز الراحة أو تسمح بحدوث معاناة يمكن تجنبها كشكل من أشكال الأذى، تكون قد خذلت مرضاها وعائلاتهم الذين اعتمدوا عليها في تقديم رعاية شاملة، لذلك يجب على قادة الرعاية الصحية تبني إطار عمل يدعم ثقافة تركز على راحة المرضى، بدءاً من الرسالة القائلة بأن الرعاية المتعلقة بالراحة عمل أساسي يشمل استجابة رحيمة للضيق الإنساني.

2.5. عرض وتحليل البيانات الخاصة بالعلاقة بين ممرض – مريض

جدول رقم (72): يوضح استقبال الممرضون للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه حسب المجيب

			يستقبل الممرض المرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	0	2	18	5	25
		%	0,0%	0,0%	8,0%	72,0%	20,0%	100%
	ممرض	ت	2	1	2	22	23	50
		%	4,0%	2,0%	4,0%	44,0%	46,0%	100%
	مريض	ت	33	26	14	37	20	130
		%	25,4%	20,0%	10,8%	28,5%	15,4%	100%
المجموع		ت	35	27	18	77	48	205

	%	17,1%	13,2%	8,8%	37,6%	23,4%	100%
قيمة كا^2	درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار		
54,98	08		0,00		دال (توجد فروق)		

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على استقبال الممرضين للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه وتقدر بـ(37,6%) خاصة الأطباء بنسبة (72,0%) والممرضين بنسبة (44,0%)، وتليها نسبة (23,4%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على استقبال الممرضين للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه، خاصة الممرضين بنسبة (46,0%)، مقابل نسبة (17,1%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على استقبال الممرضين للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه خاصة المرضى بنسبة (25,4%)، ونسبة (13,2%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على استقبال الممرضين للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه خاصة المرضى أيضا بنسبة (20,0%)، أما نسبة (8,8%) من المبحوثين فوافقوا نوعا ما على استقبال الممرضين للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه خاصة المرضى بنسبة (10,8%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على استقبال الممرضين للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(54,98) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات المستقصين حول استقبال الممرضين للمرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على الاستقبال الجيد.

إذا: الممرضون بالمؤسسة يستقبلون المرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه، وهذا يعكس جوهر مهنة التمريض التي تتطلب تفانيًا كبيرًا وعملًا دؤوبًا، إن الابتسامة خطوةً أولى نحو دورة السعادة، فهي لا تحتاج إلى أي لغة؛ عالمية ومقبولة في جميع الثقافات، إنّها شيء لا يُكتسب أو يُدرّس، تمثل عنصرًا هاما في سلوك الممرضات الرحيم ضمن بيئة العمل التي تتطلب تفاعلات مكثفة مع عدد كبير من الأفراد.

خلال زياراتنا الميدانية وجولاتنا أثناء توزيع استمارات الاستبيان لمسنا عن كثب تجربة المرضى وسجلنا ملاحظات من المبحوثين، كان من أبرز هذه التصريحات **"الوجه البشوش يساعد على رفع المعنويات للمرضى"**، تحمل هذه العبارة دلالات عميقة حول الأثر النفسي للتفاعل البشري ضمن البيئة الاستشفائية، حيث تكشف أن الرعاية الصحية تتجاوز الجانب العلاجي لتشمل الأبعاد الإنسانية والمعنوية، تُظهر الأبحاث أنّ الابتسامة والتعامل الودي من قبل الطاقم شبه الطبي يمكن أن يُحدثا تأثيرًا علاجيًا ملموسًا يخفف الألم ويقلل من مستويات القلق لدى المرضى وأسرهم ويغرس الأمل في نفوسهم، بناءً عليه

إن تأثير الابتسامة يتجاوز مجرد التعبير عن القبول؛ فالوجه البشوش ينقل رسالة طمأنينة واهتمام مما يجعله جزءًا لا يتجزأ من عملية الشفاء.

مما سبق، يُعتبر التعاطف والرحمة عنصرين مهمين في علاج المرضى لا سيما أنّ الانطباع الأول غالبًا ما يصعب تغييره، لذلك ينبغي على الممرضين والممرضات أن يتحلوا بيقظة عالية خلال التفاعل الأولي مع المرضى وأن يتبنوا أسلوب "التواجد في اللحظة" لإيلاء اهتمام كامل بالمريض، وبالتالي إنّ ممارسة فن الابتسام أثناء خدمة الآخرين أمرٌ بالغ الأهمية لجعل هذه المهنة نبيلةً على أرض الواقع.

جدول رقم (73): يوضح استجابة الممرضون لطلبات المرضى بشكل فوري حسب المجيب

			يستجيب الممرضون لطلبات المرضى بشكل فوري					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	2	7	14	2	25
		%	0,0%	8,0%	28,0%	56,0%	8,0%	100%
	ممرض	ت	0	4	3	27	16	50
		%	0,0%	8,0%	6,0%	54,0%	32,0%	100%
	مريض	ت	38	24	18	36	14	130
		%	29,2%	18,5%	13,8%	27,7%	10,8%	100%
المجموع		ت	38	30	28	77	32	205
		%	18,5%	14,6%	13,7%	37,6%	15,6%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
52,11			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا بشدة على استجابة الممرضين بالمؤسسة لطلبات المرضى بشكل فوري وتقدر بـ(37,6%) خاصة الأطباء بنسبة (56,0%) والممرضين بنسبة (54,0%)، مقابل نسبة (18,5%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على استجابة الممرضين لطلبات المرضى بشكل فوري خاصة المرضى بنسبة (29,2%)، وفي المقابل أيضا سجلت نسبة (15,6%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على استجابة الممرضين لطلبات المرضى بشكل فوري خاصة الممرضين بنسبة (32,0%)، مقابل نسبة (14,6%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على استجابة الممرضين لطلبات المرضى بشكل فوري، خاصة المرضى بنسبة (18,5%)، أما نسبة (13,7%) من المبحوثين فوافقوا نوعا ما على

استجابة الممرضين لطلبات المرضى بشكل فوري، خاصة الأطباء بنسبة (28,0%) والمرضى بنسبة (13,8%).

ومما سبق نستنتج أنّ: أكثر من نصف أفراد العينة وافقوا على استجابة الممرضين لطلبات المرضى بشكل فوري خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا2 المقدرة بـ(52,11) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول استجابة الممرضين لطلبات المرضى بشكل فوري حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على استجابتهم.

إذا: يُظهر الممرضون في المؤسسة استجابة فورية لطلبات المرضى، وهو ما أكده الأطباء والممرضون أنفسهم، تعكس هذه الاستجابة اهتمامهم بتخفيف معاناة المرضى، يعتبر هذا التفاعل السريع والفعال بين الممرض والمريض عاملاً رئيسياً في تسريع الشفاء والحد من المضاعفات وضمان سلامة المرضى خلال فترة رعايتهم.

لكن الباحث السوسيولوجي لا يقف عند هذا الحد، ففي المقابل تم تسجيل نسبة (29,2%) من المرضى بعدم موافقتهم بشدة على استجابة الممرضين لطلباتهم بشكل فوري، مما يشير إلى وجود فجوة بين تصور مقدمي الرعاية الصحية والمستفيدين منها، ومن بين أسباب عدم استجابة الممرض حسب رأي المرضى ما يلي: عدم الاهتمام وليس لديه الوقت، الادعاء بأنه مشغول بمريض آخر، الممرض يدعي أنّه الوحيد في المصلحة ولا يستطيع أن يلبي جميع طلبات المرضى في آن واحد، يهتم إلا إذا كانت حالة المريض سيئة، تراكم الأعمال والطلب عليه، الضغط واكتظاظ المرضى وقلة الممرضين ولد ضغطاً عند بعض الممرضين مما أخر من استجابتهم فأثار هذا استياء المرضى، الاهتمام أكثر بالحالات الخطرة والاستعجالية، غياب أخلاقيات المهنة وعدم التفهم، وذلك حسب تصريح إحدى المبحوثات **"العامل الرئيسي هو أنك تكون قافز وحاذق وتعرف تهدر وتكون واعر جدا جدا جدا وأن لا تسمح لهم باحتقارك وإذلالك من أجل العلاج، الساكت على حقه شيطان أخرص..."**، هذه العبارة ليست مجرد شكوى عابرة، ولكنها صيحة استغاثة تعكس نظرة المريض بأنّ الحصول على الرعاية ليس مجرد الانتظار بصبر.

من هنا، كلما طال الوقت اللازم لبدء التدخل التمريضي المناسب زادت خطورة حالة المريض، لذا فإن السرعة والاستجابة الجوهرية ضرورية، وإنما ليس على حساب الدقة، إنه توازن دقيق، والدقة هي الأساس وحتى مع سنوات من التعليم والخبرة في التمريض فإن صقل هذا التوازن باستمرار أمر بالغ الأهمية.

جدول رقم (74): يوضح حرص الممرضين على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى حسب المجيب

			يحرص الممرضون على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
المجيب	طبيب	ت	0	1	2	18	4	25
		%	0,0%	4,0%	8,0%	72,0%	16,0%	100%
	ممرض	ت	0	2	3	28	17	50
		%	0,0%	4,0%	6,0%	56,0%	34,0%	100%
	مريض	ت	31	26	16	42	15	130
		%	23,8%	20,0%	12,3%	32,3%	11,5%	100%
المجموع		ت	31	29	21	88	36	205
		%	15,1%	14,1%	10,2%	42,9%	17,6%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
48,77			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على حرص الممرضين بالمؤسسة على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى وتقدر بـ(42,9%) خاصة الأطباء بنسبة (72,0%) والممرضين بنسبة (56,0%)، وتليها نسبة (17,6%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على حرص الممرضين لتقديم خدمات صحية دون أخطاء من المرة الأولى خاصة الممرضين بنسبة (34,0%)، مقابل نسبة (15,1%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على حرص الممرضين بتقديم خدمات صحية دون أخطاء من المرة الأولى خاصة المرضى بنسبة (23,8%)، ونسبة (14,1%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على حرص الممرضين بتقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى خاصة المرضى أيضا بنسبة (20,0%)، أما نسبة (10,2%) من المبحوثين فوافقوا نوعا ما على حرص الممرضين بتقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى، خاصة المرضى بنسبة (12,3%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على حرص الممرضين بتقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(48,77) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول حرص الممرضين على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أنّ الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على حرصهم.

إذا: يحرص الممرضون في المؤسسة على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من أول مرة، ويمكن أن يعزى ذلك لبعض الأسباب، فمن ناحية هناك نسبة (58.0%) كما ذكرنا سابقا من الممرضين ممن تتراوح أعمارهم بين 20 و30 سنة، مما يشير إلى وجود كوادر شابة تلقوا تأهيلاً مهنياً مناسباً في المعهد الوطني للتكوين العالي للشبه الطبي، مما وفر لهم أساساً معرفياً وعملياً كافياً، كما يتمتعون بالحماس المهني والحيوية والقدرة على التكيف لتنفيذ المهام بشكل معقول باعتبارهم أكثر تقبلاً للتعليمات الجديدة، حيث يدرك بعض الممرضين – خاصة في هذه الفئة العمرية النشطة – أنّ تقديم خدمة خالية من الأخطاء من أول مرة ليس مجرد معيار مهني، بل هو واجب إنساني وأخلاقي أساسي يضمن سلامة المرضى ورفاهيتهم، كما أنّ هناك محاولة لاتباع بعض الإجراءات الموضوعة لتقليل الأخطاء بمساعدة كبار الممرضين الذين يتمتعون بروح المسؤولية ويساهمون في كثير من الأحيان في تصحيح أي قصور على الفور، وفي هذا السياق تؤكد دراسة (L. Avadhani ، 2020) أهمية نقل الخبرات والمعارف من الموظفين ذوي التجربة إلى الأطقم الجديدة لتجنب حدوث الأخطاء المهنية.

ومع أنّ الخدمة لا تخل تماماً من الأخطاء إلا أن مطالبة المبحوثين بـ **"إحضار كفاءات مهنية"**، تعكس الحاجة إلى وجود طاقم مؤهل يمتلك المهارات والمعرفة اللازمة لتقديم رعاية فعّالة، كما أن التصريح بـ **"تغيير جميع المسؤولين في المستشفى بأشخاص ذو كفاءة"**، و**" يجب أن يكون هناك القائم على مسؤولية المستشفى"** يعد مؤشرًا على أن المشكلة تكمن كذلك في ضعف الإدارة والقيادة، وأن الحل يتمثل في تسليم المسؤولية لأشخاص مؤهلين قادرين على اتخاذ قرارات فعّالة وتوجيه الموارد وإدارة الطاقم بمهنية.

جدول رقم (75): يوضح تعامل الممرضين باحترام مع المرضى حسب المجيب

			يتعامل الممرضون باحترام مع المرضى					المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	0	2	15	8	25
		%	0,0%	0,0%	8,0%	60,0%	32,0%	100%
	ممرض	ت	2	0	1	24	23	50
		%	4,0%	0,0%	2,0%	48,0%	46,0%	100%
	مريض	ت	39	23	13	38	17	130
		%	30,0%	17,7%	10,0%	29,2%	13,1%	100%
المجموع		ت	41	23	16	77	48	205
		%	20,0%	11,2%	7,8%	37,6%	23,4%	100%

قيمة كا^2	درجات الحرية	مستوى الدلالة	القرار
58,94	08	0,00	دال (توجد فروق)

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على تعامل الممرضين بالمؤسسة باحترام مع المرضى وتقدر بـ(37,6%) خاصة الأطباء بنسبة (60,0%) والممرضين بنسبة (48,0%)، وتليها نسبة (23,4%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على تعامل الممرضين باحترام مع المرضى خاصة الممرضين بنسبة (46,0%) والأطباء بنسبة (32,0%)، مقابل نسبة (20,0%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على تعامل الممرضين باحترام مع المرضى خاصة المرضى بنسبة (30,0%)، ونسبة (11,2%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على تعامل الممرضين باحترام مع المرضى خاصة المرضى أيضا بنسبة (17,7%)، في حين سجلت نسبة (7,8%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة وافقوا نوعا ما وافقوا بشدة على تعامل الممرضين باحترام مع المرضى خاصة المرضى بنسبة (10,0%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على تعامل الممرضين باحترام مع المرضى خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(58,94) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات المبحوثين حول تعامل الممرضين باحترام مع المرضى حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على احترامهم للمرضى.

إذا: الممرضون والممرضات بالمؤسسة يتعاملون باحترام مع المرضى، ذلك أنّ المعاملة الحسنة والاحترام من أخلاقيات المهن الطبية التي تفرض على مقدمي الخدمات الصحية الاهتمام الكامل بالمرضى، يبرز دور الممرضين في هذا السياق بشكل خاص نظرًا لاحتكاكهم المباشر والمستمر بمختلف الفئات العمرية والاجتماعية، وبدون شك أنّ الناس يختلفون في أمراضهم من حيث طبيعة المرض وشدة الألم والقدرة على التحمل وطرق التعبير عن المعاناة، وبالتالي كل حالة تتطلب معاملة خاصة؛ فمعاملة الأطفال المرضى تختلف عن الشباب، وتتباين المعاملة بين الرجال والنساء، وكلاهما يختلف عن المسنين، مما يؤكد على ضرورة التفهم العميق والاختيار الدقيق لطريقة التواصل والرعاية لتناسب خصوصية كل حالة.

من ناحية أخرى، الباحث السوسيولوجي لا يقف عند هذا الحد؛ وذلك من خلال ما يظهر جليا في تصريحات معظم المبحوثين **"لابد من المعاملة الحسنة"، "حسن المعاملة"، "المعاملة الحسنة والعمل بالإنسانية مع توضيح الأمور للمريض من الأولويات"، "لخلق علاقة طيبة يتطلب الصبر والشجاعة"، "احضار كفاءات مهنية"، "الاحترام المتبادل"، "الأدب والأخلاق"، "التربية والإنسانية قبل الدواء"،**

"تفهم الحالة الصحية والنفسية"، **"التعامل الحسن"**، و**"حسن الخلق والرحمة"**، تكشف هذه الآراء عن وجود قصور ملموس في جودة التفاعل بين المرضى ومقدمي الرعاية، فمن وجهة نظر المشاركين لا تكتمل الرعاية الصحية الفعالة إلا بدمج القيم الإنسانية، حيث يُنظر إلى حسن المعاملة والتواصل الفعال على أنهما لا يقلان أهمية عن العلاج الطبي نفسه في رحلة شفاء المريض.

وفي ذات السياق، لاحظنا كذلك تذمر بعض المرضى من سوء تعامل بعض الممرضين والممرضات، وذلك يشير بوضوح إلى الفجوة بين المبادئ النبيلة والأهداف الإنسانية لمهنة التمريض وما يُطبق أحيانًا على أرض الواقع، وما يؤكد ذلك تصريحات بعض المبحوثين "**العمل بضمير**"، "**إحياء الضمير المهني**"، **"العمل بضمير وأن هذه المهنة نبيلة والهدف رضا الله"**، "**صراعات، رضا الله في العمل**" و"**نيل رضا الله**" التي توضح أن هناك قصوراً في الالتزام الأخلاقي والمسؤولية الذاتية، فعلى الرغم من وجود تحديات تواجه الممرضين لكن تذكيرهم بالهدف الأسمى وهو رضا الله يجب أن يكون دافعًا لتجاوز هذه الصراعات والالتزام بالمعاملة الحسنة، بما ينعكس ذلك إيجابًا على تجربة المرضى ويُعزز من الثقة في الطاقم التمريضي، ومن ناحية أخرى صرح البعض منهم بأنّ بعض الممرضين يهملون شكاوى المرضى ويتجاهلون استفساراتهم، ويفتقرون إلى اللطف والاحترام في شرح حالات المرضى، إضافة إلى عدم منحهم الوقت الكافي، هذه السلوكيات تزيد من قلق المرضى وخوفهم وشعورهم بالعزلة، خاصةً وأنّ المرضى يلجؤون إلى المستشفى بحثًا عن علاجٍ يُحسِّن وضعهم الصحي ويُخفف من معاناتهم.

وبالمقابل، قد يرجع سوء تعامل بعض الممرضين إلى الاستياء الناتج عن تدني الأجور والظروف العملية الصعبة، مما يؤثر سلباً على أدائهم المهني وحماسهم للعمل، فتصريحات الممرضين المبحوثين مثل **"لابد من تحسين ظروف العمل"** تشير إلى أنهم يواجهون تحديات في بيئة عملهم الحالية، مثل الأعباء الوظيفية (دوامات طويلة، نقص في العاملين)، البيئة المادية غير الملائمة (نقص المعدات، مخاطر العدوى، تدني معايير السلامة)، ومن الواضح أن بيئة العمل الجيدة مهمة في تحقيق سلامة المرضى والموظفين، ولا يمكن للممرضين تقديم خدمات عالية الجودة إلا إذا وفرت بيئة العمل الظروف التي تدعمهم، وذلك حسب ما أشارت إليه العديد من الدراسات بأن بيئات العمل السلبية والمخاطر المهنية تؤثر سلبا على الممرضين مما قد يؤدي إلى فقدان التركيز وتراجع الشغف وأحيانا ترك المهنة، لذلك من الضروري توفير بيئة عمل إيجابية تشجع على الأداء المتميز وتجذب الكفاءات إلى المهنة.

أما تصريحات المطالبة بـ**"رفع الأجور لكي نرفع من مستوى عملنا"**، و**"رفع الأجور"** فتعكس بأنّ تحسين الدخل سيرفع من جودة الخدمة، إذ أنّ الأجر يُعد حافزًا أساسيًا للالتزام والتفاني، أما

التصريح **"الاعتناء بالعمال من الناحية المادية والمعنوية لأن الوضع لا يُطاق"** فيشير بوضوح إلى أن المشكلة القائمة تتمثل في الجانب المادي (زيادة الرواتب، الحوافز) والجانب المعنوي (الدعم النفسي، تحسين الظروف)، وبالتالي إن إهمال مطالبهم قد يؤدي إلى مزيد من التدهور في الأداء أو حتى نزوح الكوادر الصحية لأن رسالة الممرضين واضحة: الاستثمار في رفاهيتهم هو استثمار في جودة الرعاية الصحية.

من هنا يمكن القول، إن العلاقة بين الممرض والمريض هي الركيزة الأساسية في الارتقاء بجودة الرعاية الصحية، وفي هذا السياق تؤكد دراسة (Wantong Xue & Catrina Heffernan, 2021) على أن التواصل العلاجي الفعّال يرتكز على الاحترام المتبادل والمشاركة في إدارة القضايا الصحية التي تهم المريض.

جدول رقم (76): يوضح تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي حسب المجيب

			يُقدّم الممرض الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	0	1	0	19	5	25
		%	0,0%	4,0%	0,0%	76,0%	20,0%	100%
	ممرض	ت	0	2	5	25	18	50
		%	0,0%	4,0%	10,0%	50,0%	36,0%	100%
	مريض	ت	32	19	21	37	21	130
		%	24,6%	14,6%	16,2%	28,5%	16,2%	100%
المجموع		ت	32	22	26	81	44	205
		%	15,6%	10,7%	12,7%	39,5%	21,5%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
48,63			08		0,00		دال (توجد فروق)	

يوضح هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا على تقديم الممرضين بالمؤسسة الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي وتقدر بـ(39,5%) خاصة الأطباء بنسبة (76,0%) والممرضين بنسبة (50,0%)، وتليها نسبة (21,5%) من المبحوثين الذين وافقوا بشدة على تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي خاصة الممرضين بنسبة (36,0%)، مقابل نسبة (15,6%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي خاصة المرضى بنسبة (24,6%)، في حين سجلت نسبة (12,7%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم

الاجتماعي، خاصة المرضى بنسبة (16,2%)، أما نسبة (10,7%) من المبحوثين فلم يوافقوا على تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي خاصة المرضى بنسبة (14,6%).

وعليه يمكن القول أنّ: بالتقريب ثلثي أفراد العينة وافقوا على تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي خاصة الأطباء والممرضين؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(48,63) وهي دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات أفراد العينة حول تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي حسب المجيب لصالح الأطباء والممرضين، أي أن الأطباء والممرضين هم من يؤكد أكثر على تقديمها.

إذا: يشير تقديم الممرضين الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي خاصة الأطباء والممرضين إلى رفض أي شكل من أشكال التمييز العنصري أو الطبقي بالمؤسسة، وهذا يعكس وعيًا بأهمية التعامل الإنساني مع المرضى بعيدًا عن أي اعتبارات غير مهنية، حيث يُمنح لجميع المرضى في بيئة الرعاية فرصًا متساوية بغض النظر عن وضعهم المادي أو الاجتماعي، وهذا ما أكده أحدث تقرير "مستقبل التمريض (2021)" الذي أعدته الأكاديمية الوطنية للعلوم والهندسة والطب على أنّه ينبغي أن تكون أولوية التمريض هي تحقيق العدالة الصحية وضمان تمتع جميع الأفراد – بغض النظر عن هويتهم أو مكان إقامتهم أو دخلهم – بحياة صحية قدر الإمكان.

من ناحية أخرى، قدّم عدد من المرضى خلال الجولات الميدانية ملاحظات مؤكدين على ضرورة توفير رعاية صحية متساوية وعادلة للجميع، حيث طالب البعض منهم بـ **"الاهتمام بجميع المرضى دون النظر إلى المصلحة والمستوى الاجتماعي لكل شخص"، "الحرص على خدمتهم دون النظر إلى المستوى المعيشي"، "عدم التمييز بين المرضى"**، و**"كل المرضى سواسية لا للعنصرية"**، هذه التصريحات تشير بوضوح إلى أنّ المرضى يدركون تمامًا أهمية مبدأ المساواة والإنصاف في الخدمات الصحية، ويسعون لضمان أن تُقدم الرعاية بالمؤسسة بناءً على الاحتياجات الطبية بعيدًا عن أي تحيزات تتعلق بالخلفية الاجتماعية والوضع الاقتصادي والانتماءات العرقية أو أي عوامل خارجية أخرى، كما تعكس هذه الأصوات تطلعًا عميقًا لنظام صحي يعامل الجميع بكرامة وعدل.

من هنا، الخدمات الصحية يجب أن تكون متاحة للجميع بشكل عادل دون أي تمييز، وفي هذا السياق أشارت دراسة Barry Hill (2024) حول المساواة في الرعاية الصحية التي نُشرت في مجلة British journal of nursing أنه لا يزال تحقيق العدالة في الرعاية الصحية الذي يُعرّف بأنه تكافؤ

الفرص لجميع الأفراد لتحقيق كامل إمكاناتهم الصحية بغض النظر عن تنوع ظروف الأفراد الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية هدفًا لم يتحقق بالكامل بعد، وبصفتهم مقدمي رعاية صحية يشاركون عن كثب في رعاية المرضى فإنّهم يقفون في طليعة هذا النضال من أجل العدالة في الرعاية الصحية.

جدول رقم (77): يوضح تقديم بعض الممرضين لخدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية حسب المجيب

			بعض الممرضين يقدمون خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية				المجموع
			غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	
المجيب	طبيب	ت	2	4	6	6	7	25
		%	8,0%	16,0%	24,0%	24,0%	28,0%	100%
	ممرض	ت	5	4	16	13	12	50
		%	10,0%	8,0%	32,0%	26,0%	24,0%	100%
	مريض	ت	23	19	26	28	34	130
		%	17,7%	14,6%	20,0%	21,5%	26,2%	100%
المجموع		ت	30	27	48	47	53	205
		%	14,6%	13,2%	23,4%	22,9%	25,9%	100%
قيمة كا^2			درجات الحرية		مستوى الدلالة		القرار	
6,35			08		0,60		غير دال (لا توجد فروق)	

يبين هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين وافقوا بشدة على تقديم بعض الممرضين خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية وتقدر بـ(25,9%) خاصة الأطباء بنسبة (28,0%) والمرضى بنسبة (26,2%)، في حين سجلت نسبة (23,4%) من المبحوثين الذين وافقوا نوعا ما على تقديم بعض الممرضين خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية خاصة الممرضين بنسبة (32,0%) والأطباء بنسبة (24,0%)، أما نسبة (22,9%) من المبحوثين الذين فوافقوا على تقديم بعض الممرضين خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية خاصة الممرضين بنسبة (26,0%) والأطباء بنسبة (24,0%)، مقابل نسبة (14,6%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا بشدة على تقديم بعض الممرضين خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية خاصة المرضى بنسبة (17,7%)، ونسبة (13,2%) من المبحوثين الذين لم يوافقوا على تقديم بعض الممرضين خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية، خاصة الأطباء بنسبة (16,0%) والمرضى بنسبة (14,6%).

ومما سبق نستنتج أنّ: بالتقريب نصف أفراد العينة بغض النظر عن المجيب وافقوا على تقديم بعض الممرضين خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية؛ وما يؤكد ذلك هي قيمة كا^2 المقدرة بـ(6,35) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,60)،

مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في إجابات أفراد العينة حول تقديم بعض الممرضين خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية حسب المجيب، فكل المجيبين من أطباء وممرضين ومرضى يؤكدون ذلك.

إذا: بعض الممرضين يقدمون خدمات مميزة لمرضى معينين بسبب علاقات شخصية، وهو واقع في بعض مؤسسات قطاع الصحة في الجزائر، فكل مرتاد على المؤسسات الاستشفائية يلمس هذه الظاهرة بشكل واضح وجلي بدءا من طوابير الانتظار إلى المماطلة والتعسف في الأداء والمحاباة والمحسوبية والقرابة وغيرها من التعاملات مع المرضى في تلقي العلاج، وهذا من خلال استغلال ظروفهم واستغلال الوظيفة في المستشفى، فكل مقبل على العلاج في المستشفى تجده يسعى إلى البحث عن الواسطة من أجل أن يحظى ببعض التسهيلات أو من أجل الحصول على حقه في العلاج فقط، وهذا الوضع أصبح يمارس بشكل روتيني في مؤسساتنا.

يمكن تفسير ما سبق كذلك من خلال عدة عوامل، اجتماعيًا قد تلعب الروابط العائلية دورًا في توجيه الخدمات، حيث يفضل بعض الأفراد أقاربهم ومعارفهم مما يؤدي إلى تحيز واضح في المعاملة، وقد أكدت شهادات المرضى المبحوثين هذه الحقيقة، فعبارات مثل **"يجب احترام جميع المرضى واجتناب المعارف والمصالح"**، **"عدم التعامل بالمحاباة"**، و**"عدم المعاملة بالمحسوبية حسب الأشخاص"** تؤكد على ضرورة الاحترام الشامل لجميع المرضى، أما عبارة **"لوكان ما تكونش عندك المعريفة، واحد ما يدنق فيك..."** تكشف عن إحباط عميق وخيبة أمل كبيرة تجاه نظام الرعاية الصحية، حيث تشير إلى أن الوصول إلى رعاية جيدة أو اهتمام فوري أو حتى مجرد الاحترام الأساسي داخل المؤسسة لا يستند إلى الحاجة أو الضرورة الطبية، بل يعتمد على العلاقات الشخصية.

هذا السلوك غير الأخلاقي لا يتماش مع مبادئ العدالة التي يجب أن تسود في القطاع الصحي، وما وما يزيد من تعقيد المشكلة هو تواطؤ بعض العمال سواء حراس أمن أو غير ذلك مما صرح به بعض المرضى المبحوثين شفويا مع بعض الممرضين في تسهيل هذه الممارسات، هذه التحالفات تؤدي إلى تهميش المرضى العاديين وتركهم ينتظرون لفترات طويلة للحصول على العلاج أو التحليلات الطبية التي قد تكون حاسمة في تشخيص حالتهم، من الناحية الإدارية فإنّ نقص الموارد وغياب الشكاوى من طرف المرضى خوفا من فقدان الخدمات وضعف الرقابة كما أشرنا سابقا يشجعان على هذه الممارسات خصوصًا إذا تغاضت الإدارة عنها.

وبالتالي، إنّ المستشفى يعاني من مجموعة من التحديات التي تعرقل تقديم رعاية صحية عادلة

وفعالة، المحسوبية إلى جانب غياب الأطر الطبية المتخصصة وسوء التعامل من قبل البعض تساهم في تدهور مستوى الخدمة وتزيد من معاناة المرضى، إذ أصبح الأمر يتطلب التدخل العاجل من خلال تعزيز الشفافية عبر آليات رقابية فعالة، وتدريب الكوادر على مبادئ المساواة، وتحفيزهم بمكافآت مادية ومعنوية، وذلك من أجل اتخاذ الإجراءات العاجلة لإصلاح هذا الوضع وضمان حصول جميع المواطنين على الرعاية الصحية التي يستحقونها دون تمييز.

6. وصف متغيرات الدراسة الميدانية

1.6. مستوى توفر الخدمات الصحية ونوعيتها

جدول رقم (78): يوضح رأي مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى في نوعية الخدمات الصحية العلاجية المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي –مسيلة–

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة	القرار
رأي الأطباء في الخدمات الصحية العلاجية	3,19	0,58	1,64	0,11	غير دال (متوفرة بدرجة متوسطة)
رأي الممرضين في الخدمات الصحية العلاجية	3,40	0,70	4,08	0,00	دال (متوفرة بدرجة كبيرة جدا)
رأي المرضى في الخدمات الصحية العلاجية	3,01	1,03	0,16	0,86	غير دال (متوفرة بدرجة متوسطة)
* يتم اتخاذ القرار عند درجات الحرية (204) ومستوى الخطأ (0,05)؛ استنادا إلى المتوسط الفرضي (03) [5/(5+4+3+2+1)]					

نلاحظ من خلال هذا الجدول تباين آراء المبحوثين حول نوعية الخدمات الصحية العلاجية المتوفرة بالمؤسسة، مقسومة إلى مستويين:

المستوى الأول: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية العلاجية أكبر من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" موجبة ودالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستويات دلالة أقل أو يساوي (0,01)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على توفرها بدرجة كبيرة جدا. وهم:

– **الممرضين**، بمتوسط حسابي قدره (3,40)، وانحراف معياري قدره (0,70)، وقيمة "t" قدرها (4,08).

المستوى الثاني: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية العلاجية قريبة جدا من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" غير دالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة تفوق (0,05)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على توفرها بدرجة متوسطة. وهم:

– **الأطباء**، بمتوسط حسابي قدره (3,19)، وانحراف معياري قدره (0,58)، وقيمة "t" قدرها (1,64).

- **المرضى**، بمتوسط حسابي قدره (3,01)، وانحراف معياري قدره (1,03)، وقيمة "t" قدرها (0,16).

إذا بصفة عامة يمكن القول أن: الممرضين يؤكدون على أن نوعية الخدمات الصحية العلاجية متوفرة بدرجة كبيرة جدا، في حين يؤكد الأطباء والمرضى على أنها متوفرة بدرجة متوسطة، فالأطباء يقيّمون الوضع من منظور سلطتهم المعرفية والمعايير البروتوكولية الصارمة، حيث يقارنون الواقع المتاح بما ينبغي أن يكون عليه الطب الحديث، مما يجعلهم أكثر وعياً بالفجوات الهيكلية والنواقص التقنية، أما المرضى فلا يرتبط تقييمهم للخدمة بالجهد المبذول بقدر ارتباطه بالنتيجة النهائية ومدى استجابة المؤسسة لاحتياجاتهم الإنسانية والجسدية، مما يجعلهم يدركون نقص الرعاية كقصور في الخدمة، وينبع هذا التوافق في التقييم بين الطرفين من وعي مشترك بوجود خلل جوهري في تلبية الاحتياجات الطبية المتغيرة والمعقدة، نظراً للنقص الحاد في بعض الأدوية الأساسية، والافتقار إلى التقنيات الطبية المتطورة، وطول فترات الانتظار، وصعوبة الحصول على المواعيد، وتدني جودة المرافق الصحية، وهي عوامل تتضافر مجتمعة لتُشكل لديهم تصورا بأن مستوى جودة الخدمات لا يزال غير كافٍ.

جدول رقم (79): يوضح رأي مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى في نوعية الخدمات الصحية الوقائية المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي –مسيلة–

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة	القرار
رأي الأطباء في الخدمات الصحية الوقائية	3,35	0,81	2,15	0,04	دال (متوفرة بدرجة كبيرة)
رأي الممرضين في الخدمات الصحية الوقائية	3,57	0,64	6,26	0,00	دال (متوفرة بدرجة كبيرة جدا)
رأي المرضى في الخدمات الصحية الوقائية	2,92	0,95	-0,85	0,39	غير دال (متوفرة بدرجة متوسطة)
* يتم اتخاذ القرار عند درجات الحرية (24)، ومستوى الخطأ (0,05)، استنادا إلى المتوسط الفرضي (03) [5/(5+4+3+2+1)]					

نلاحظ من خلال هذا الجدول تباين آراء المبحوثين حول نوعية الخدمات الصحية الوقائية المتوفرة في المؤسسة، مقسومة إلى ثلاثة مستويات:

المستوى الأول: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية الوقائية أكبر من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" موجبة ودالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستويات دلالة أقل أو يساوي (0,01)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على توفرها بدرجة كبيرة جدا، وهم:

- **الممرضين**، بمتوسط حسابي قدره (3,57)، وانحراف معياري قدره (0,64)، وقيمة "t" قدرها (6,26).

المستوى الثاني: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر الخدمات الصحية الوقائية أكبر من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" موجبة ودالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستويات

دلالة يتراوح من (0,02) إلى (0,05)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على توفرها بدرجة كبيرة. وهم:

- **الأطباء**، بمتوسط حسابي قدره (3,35)، وانحراف معياري قدره (0,81)، وقيمة "t" قدرها (2,15).

المستوى الثالث: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر الخدمات الصحية الوقائية قريبة جدا من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" غير دالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة تفوق (0,05)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على توفرها بدرجة متوسطة. وهم:

- **المرضى**، بمتوسط حسابي قدره (2,92)، وانحراف معياري قدره (0,95)، وقيمة "t" قدرها (0,85-).

إذا بصفة عامة يمكن القول أن: الممرضين يؤكدون على أن نوعية الخدمات الصحية الوقائية متوفرة بدرجة كبيرة جدا، في حين يؤكد الأطباء على أنها متوفرة بدرجة كبيرة، أما المرضى فيؤكدون توفرها بدرجة متوسطة، ويعكس ذلك تجربتهم الشخصية المباشرة التي كشفت عن غياب حملات التوعية والتحسيس، نقص أدوات الوقاية، والضوضاء داخل الأجنحة مما يعيق راحة المرضى، وعدم تلقي البعض نصائح واضحة حول التغذية وممارسة الرياضة، وغياب التوعية بإجراءات السلامة لتجنب الإصابات، وعدم وجود دعم نفسي للمرضى رغم وجود حالات تتطلب ذلك، هذه الثغرات تنعكس سلبًا وبشكل كبير على التجربة الكلية للمرضى مما يؤكد ضرورة تبني خطط فعالة وتكثيف الجهود قصد رفع الوعي الصحي وتحقيق تطور ملموس في جودة الخدمات الوقائية.

جدول رقم (80): يوضح رأي مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى في نوعية الخدمات الصحية الفندقية المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي -مسيلة-

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة	القرار
رأي الأطباء في الخدمات الصحية الفندقية	2,71	0,62	-2,30	0,03	دال (غير متوفرة بدرجة كبيرة)
رأي الممرضين في الخدمات الصحية الفندقية	2,98	0,64	-0,14	0,88	غير دال (متوفرة بدرجة متوسطة)
رأي المرضى في الخدمات الصحية الفندقية	2,58	1,09	-4,35	0,00	دال (غير متوفرة بدرجة كبيرة جدا)

* يتم اتخاذ القرار عند درجات الحرية (24) ومستوى الخطأ (0,05)؛ استنادا إلى المتوسط الفرضي (03) [5/(5+4+3+2+1)]

نلاحظ من خلال هذا الجدول تباين آراء المبحوثين حول نوعية الخدمات الصحية الفندقية المتوفرة بالمؤسسة، مقسومة إلى ثلاثة مستويات:

المستوى الأول: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية الفندقية قريبة جدا من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" غير دالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة تفوق (0,05)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على توفرها بدرجة متوسطة وهم:

- **الممرضين،** بمتوسط حسابي قدره (2,98)، وانحراف معياري قدره (0,64)، وقيمة "t" قدرها (0,14-).

المستوى الثاني: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية الفندقية أصغر من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" سالبة ودالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستويات دلالة يتراوح من (0,02) إلى (0,05) وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على عدم توفرها بدرجة كبيرة. وهم:

- **الأطباء،** بمتوسط حسابي قدره (2,71) وانحراف معياري قدره (0,62)، وقيمة "t" قدرها (2,30-).

المستوى الثالث: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية الفندقية أصغر من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" سالبة ودالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستويات دلالة أقل أو يساوي (0,01)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على عدم توفرها بدرجة كبيرة جدا. وهم:

- **المرضى،** بمتوسط حسابي قدره (2,58)، وانحراف معياري قدره (1,09)، وقيمة "t" قدرها (4,35-).

إذا بصفة عامة يمكن القول أن: النتائج المتوفرة حول نوعية الخدمات الصحية الفندقية تشير إلى وجود إجماع ملحوظ بين جميع الفئات المستهدفة على قصور هذه الخدمات، وإن تباينت درجات التعبير عن هذا القصور، ففي حين يرى الممرضون أنها متوفرة بدرجة متوسطة فإن الأطباء يؤكدون على أنها غير متوفرة بدرجة كبيرة مما يعكس إدراكًا جزئيًا لوجودها ولكنه لا يشير إلى كفاءة عالية، أما المرضى باعتبارهم المستفيد النهائي من هذه الخدمات يؤكدون على أنها غير متوفرة بدرجة كبيرة جدا، وبالتالي فإن تقييمهم هو الأكثر أهمية وحساسية، فأي قصور في النظافة أو جودة الطعام أو الإقامة أو توفر أماكن للترفيه (حدائق، فضاءات خضراء، أماكن للاسترخاء) يؤدي إلى إطالة فترة إقامة المرضى في المستشفى ويؤثر سلباً على حالتهم المعنوية وقدرتهم على التعافي ويعوق فعالية العلاج الطبي ذاته وينعكس سلباً على العلاقة بينهم ومقدمي الخدمة.

جدول رقم (81): يوضح رأي مستخدمي الصحة (الأطباء والممرضين) والمرضى في نوعية الخدمات الصحية المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي -مسيلة-

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة	القرار
رأي الأطباء في نوعية الخدمات الصحية	3,08	0,61	0,70	0,48	غير دال (متوفرة بدرجة متوسطة)
رأي الممرضين في نوعية الخدمات الصحية	3,32	0,57	3,99	0,00	دال (متوفرة بدرجة كبيرة جدا)
رأي المرضى في نوعية الخدمات الصحية	2,84	0,94	1,90-	0,05	دال (غير متوفرة بدرجة كبيرة)

* يتم اتخاذ القرار عند درجات الحرية (24) ومستوى الخطأ (0,05)؛ استنادا إلى المتوسط الفرضي (03) [5/(5+4+3+2+1)]

نلاحظ من خلال هذا الجدول تباين آراء المبحوثين حول نوعية الخدمات الصحية المتوفرة بالمؤسسة، مقسومة إلى ثلاثة مستويات:

المستوى الأول: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية أكبر من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" موجبة ودالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستويات دلالة أقل أو يساوي (0,01)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على توفرها بدرجة كبيرة جدا. وهم:

- **الممرضين،** بمتوسط حسابي قدره (3,32) وانحراف معياري قدره (0,57)، وقيمة "t" قدرها (3,99).

المستوى الثاني: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية قريبة جدا من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" غير دالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة تفوق (0,05)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على توفرها بدرجة متوسطة، وهم:

- **الأطباء ،** بمتوسط حسابي قدره (3,08)، وانحراف معياري قدره (0,61)، وقيمة "t" قدرها (0,70).

المستوى الثالث: قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى توفر نوعية الخدمات الصحية أصغر من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" سالبة ودالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستويات دلالة يتراوح من (0,02) إلى (0,05)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على عدم توفرها بدرجة كبيرة. وهم:

- **المرضى،** بمتوسط حسابي قدره (2,84)، وانحراف معياري قدره (0,94)، وقيمة "t" قدرها (1,90−).

إذا بصفة عامة يمكن القول أن: الممرضين يؤكدون على أن نوعية الخدمات الصحية المقدمة متوفرة بدرجة كبيرة جدا، في حين يؤكد الأطباء على أنها متوفرة بدرجة متوسطة، ذلك أن تقييمهم لا يقتصر على الرعاية اليومية المباشرة، بل يتسع ليشمل المنظومة الصحية ككل، فهم يركزون على النتائج النهائية والتشخيص الدقيق ويدركون جيدًا التحديات النظامية الأوسع نطاقاً التي تعيق تقديم أفضل رعاية ممكنة، هذه التحديات تشمل نقص الموارد المتخصصة وعدم توفر أحدث التقنيات الطبية والضغوط المالية والإدارية التي تؤثر على جودة الخدمات، كما أن مسؤوليتهم القانونية والأخلاقية تجاه صحة المريض تجعلهم أكثر حذرًا فهم يميلون إلى رؤية الجودة من منظور الكمال، وبالتالي يعتبرون أي قصور مهما كان بسيطاً مؤشراً على أن الجودة لا ترقى إلى المستوى المطلوب.

ويظل التقييم الأكثر حدة هو الصادر عن المرضى الذين يؤكدون أن الخدمات غير متوفرة بدرجة كبيرة لأنه يرتكز على تجربة شخصية لا تفصل بين جودة الرعاية الطبية ومستوى الخدمة المقدمة، فبالنسبة

للمريض تشكل التفاصيل اليومية ـ بدءًا من طول الانتظار وصعوبة حجز المواعيد، وصولاً إلى نقص التوجيه والتعاطف من الطاقم المعالِج ـ عناصر جوهرية تحدد انطباعه العام عن المنظومة ككل، وبناءً على ذلك فإن الصعوبات الإجرائية حتى وإن بدت بسيطة أو ثانوية من منظور مقدمي الخدمة فإنها تؤثر سلباً وبشكل مباشر على القبول العام لدى المريض، وتُولد لديه شعوراً بعدم قدرة النظام الصحي على تلبية متطلباته، وما يزيد من عمق هذا الاستياء هو الحالة الصحية والنفسية الصعبة التي يمر بها المريض عادةً، مما يجعله أكثر تأثرًا بأي تقصير أو إجراءات معقدة يواجهها أثناء رحلته العلاجية.

وبالتالي، إن الخدمات المقدمة لا تخل من نقائص وصعوبات كما لا تكون دائمًا متاحة بسهولة ويسر، ويعكس هذا الوضع التباين الجوهري بين الهدف الأساسي للمستشفى في تقديم رعاية صحية والواقع العملي الذي يواجهه المرضى، مما تترسخ مشاعر عدم الثقة والاستياء التي تضعف العلاقة بين المريض والمعالِج، لذا فإن تحسين جودة الخدمات المقدمة يُعد ضرورة حتمية لإعادة بناء هذه الثقة وتلبية التطلعات المجتمعية نحو نظام صحي أكثر كفاءة وإنسانية في ظل بيئة رعاية صحية متزايدة التعقيد.

من خلال النتائج السابقة نجد أنها تتوافق مع دراسة (عبد الملك محمد صديق أبو الحسن، 2018) التي أكدت على عدم كفاية وتدهور المرافق الصحية وغياب التفعيل الفعال لبرامج التثقيف الصحي، كما جاءت النتائج متوافقة مع دراسة (رشيدة كرمبيط، 2018) التي أوضحت أن الاستفادة من الخدمات الصحية في المؤسسات العامة يتطلب توفير إمكانيات مادية متكاملة من حيث التجهيزات الطبية والدوائية والمرافق، كما أظهرت أنه لتحسين الوصول إلى الخدمات وتوفير تغطية وجودة عالية لابد من ضبط المواعيد بدقة، في المقابل اختلفت نتائج هذه الدراسة مع ما ذهبت إليه الباحثة (Sandra Bertezene، 2000) التي حددت حجم المؤسسة واختصاصها والنظام الأساسي كعوامل رئيسية تؤثر على تطبيق إجراءات الجودة، كما أنها تباينت قليلا مع نتائج دراسة (عتيق عائشة، 2012) التي أشارت إلى رضا عام لدى عينة الدراسة عن بعد التعاطف وباقي أبعاد جودة الخدمات الصحية باستثناء الجوانب الملموسة التي تحتاج إلى تحسين.

2.6. طبيعة العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى

جدول رقم (82): يوضح العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي –مسيلة–

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة	القرار
رأي الأطباء في العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى	3,94	0,36	13,06	0,00	دال (جيدة جدا)

رأي الممرضين في العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى	4,05	0,61	12,22	0,00	دال (جيدة جدا)
رأي المرضى في العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى	3,02	1,05	0,28	0,77	غير دال (عادية)
* يتم اتخاذ القرار عند درجات الحرية (129) ومستوى الخطأ (0,05)؛ استنادا إلى المتوسط الفرضي (03) [(1+2+3+4+5)/5]					

نلاحظ من خلال هذا الجدول تباين آراء المبحوثين حول العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى مقسومة إلى مستويين:

المستوى الأول: قيمة المتوسطات الحسابية لطبيعة العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى أكبر من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" موجبة ودالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستويات دلالة أقل أو يساوي (0,01)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على أن طبيعة العلاقة جيدة جدا. وهم:

- **الأطباء**، بمتوسط حسابي قدره (3,94)، وانحراف معياري قدره (0,36)، وقيمة "t" قدرها (13,06).
- **الممرضين**، بمتوسط حسابي قدره (4,05)، وانحراف معياري قدره (0,61)، وقيمة "t" قدرها (12,22).

المستوى الثاني: قيمة المتوسطات الحسابية لطبيعة العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى قريبة جدا من المتوسط الفرضي (03)، وقيمة "t" غير دالة عند درجات الحرية (204)، ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة تفوق (0,05)، وهي تمثل المبحوثين الذين يؤكدون على أن طبيعة العلاقة عادية. وهم:

- **المرضى**، بمتوسط حسابي قدره (3,02)، وانحراف معياري قدره (1,05)، وقيمة "t" قدرها (0,28).

إذا بصفة عامة يمكن القول: أن هناك تباين بين تصورات الأطراف المعنية حول طبيعة العلاقة بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى، إذ تشير البيانات إلى وجود فجوة في تقييم هذه العلاقة، فمن جهة يميل الأطباء والممرضون إلى وصفها بأنها "جيدة جدًا"، وهو ما يعكس الهدف المشترك والموحد المتمثل في تقديم الرعاية للمريض وضمان سلامته، وهو هدف يفرض التنسيق ويتجاوز أي تباينات وظيفية، بالإضافة إلى الاعتماد المتبادل في الأداء السريري؛ حيث يدرك كل منهما أن نجاحه وجودة عمله يعتمدان بشكل مباشر على كفاءة ودقة الطرف الآخر، فالممرض هو المنفذ والمراقب المباشر لخطط الطبيب، هذا الاعتماد يخلق شعورًا بالمسؤولية المشتركة، علاوة على ذلك فإن التواصل المتكرر والمباشر الذي تفرضه طبيعة العمل، والفهم الواضح للأدوار المتكاملة بين الخبرة التشخيصية للطبيب والخبرة العملية للممرض يقوي الثقافة

المؤسسية الإيجابية التي تدعم العمل الجماعي خاصة عند التعامل مع المرضى المقيمين فبينما تُقيد الزيارات القصيرة للمرضى غير المقيمين (التي لا تتجاوز 10 دقائق أو أقل) من فرص إقامة رابطة متينة، تُوفر الإقامة الطويلة في المستشفى نوعا ما إذا توفرت الشروط بيئة للتفاعلات المستمرة واليومية، مع ذلك يجب الانتباه إلى أن هذا التركيز على الأهداف السريرية والكفاءة المهنية قد يتناقض مع نظرة المريض الذي يولي أهمية كبيرة للعوامل الإنسانية والعاطفية كالتعاطف والإنصات.

بالمقابل، يرى المرضى أن هذه العلاقة "عادية" وذلك نتاج تفاعل لمجموعة من العوامل أهمها توقعات المريض غير الواقعية التي تشكلها مثلا وسائل الإعلام مما تخلق فجوة كبيرة بين ما يتخيله المريض وما هو متاح في الواقع، ومع ذلك لا تقع المسؤولية كاملة على المريض فبعض من المستخدمين أظهروا سلوكاً غير مهني، ومن الأمثلة على ذلك تجاهل أسئلة المرضى خاصة من قبل الممرضين الذين اقتصر دورهم على إعطاء الأدوية وقياس العلامات الحيوية وعدم إظهار التعاطف، يضاف إلى ذلك شعور بعض الأطباء بالتفوق الذاتي وعدم احترام الوقت وعدم الاهتمام بشكوى المريض مما يزيد من شعور المريض بقلة قيمته، هذا الضعف في التواصل يتفاقم بسبب الاختلافات الثقافية التي قد تجعل المريض لا يفهم عملية الفحص والتشخيص أو يتجاهل التوصيات مما يضعف التفاعل المتبادل، كما يلعب نقص الخدمات الداعمة في نظام الرعاية الصحية دوراً كبيراً في هذا التدهور. إن عدم ملاءمة بيئة العلاج ومحدودية الخيارات المتاحة ونقص الوعي لدى المرضى، إلى جانب ارتفاع عدد المرضى وضيق الوقت، كلها عوامل تُشكل ضغطاً مهنياً مستمراً على الطواقم الطبية، مما يدفعهم إلى تسريع الإجراءات العلاجية ويُقلص فرص بناء علاقة تواصلية متينة، وبناءً على ذلك يصبح من الضروري سد هذه الفجوة الإدراكية من خلال لتطوير استراتيجيات تُعزز ثقافة الرعاية الشاملة وتأخذ في الاعتبار الاحتياجات العاطفية والنفسية والجسدية للمريض.

من خلال النتائج السابقة نجد أنها تتوافق مع دراسة (Wantong Xue & Catrina Heffernan 2021؛ وبن مغنية قادة 2017) التي أكدت نتائجها أن التواصل العلاجي الفعال يرتكز على الاحترام المتبادل والمشاركة الفعالة للمريض في اتخاذ القرارات العلاجية، مما يعد أساساً لنجاح الرعاية وضمان التزامه بها، كما جاءت النتائج متسقة مع أبحاث (Jesús Molina-Mula & Julia Gallo-Estrada، 2020) التي أظهرت أن العلاقة الإيجابية بين الممرض والمريض لا تحسن جودة الرعاية فحسب، بل تُسهم أيضاً في تقليل فترة الإقامة في المستشفى بينما ذهبت أبحاث (L. Avadhani & G. Udayasuriyan 2020) إلى أن أي تقصير في جهود أي طرف يمكن أن يؤثر سلباً على جودة الخدمة المقدمة، مؤكدة

على ضرورة تحلي الطاقم الطبي المساعد بمهارات التواصل الفعال ونقل الخبرات بين الأطقم لتفادي الأخطاء، مما يضمن الحفاظ على مستوى عالٍ من الأداء.

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة

1. مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى: تنعكس الخدمات الصحية العلاجية ذات نوعية بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، يتم قياسها من خلال الجداول الآتية:

جدول رقم (83): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي الأطباء

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	3,539	0,409	/	08,663	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية العلاجية	0,128	0,126	,207	01,014	0,321	غير دال (لا ينعكس)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)		01,028	معامل التحديد (R^2)	0,043		
المعنوية (Sig)		0,321	معامل الارتباط المتعدد (R)	0,207		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية العلاجية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، يتم الاعتماد على معنوية النموذج، قوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

- **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(01,02) وهي غير دالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,32)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا غير معنوي وغير مقبول إحصائيا، أي لا يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا عدم وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

– **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,043)، والتي تدلّ على أن (04,30%) فقط من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية)، والنسبة المتبقية (95,70%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,20) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية ضعيفة بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

– **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية العلاجية تُقدر بـ(01,01) وهي غير دالَّة بمستوى دلالة قدره (0,32)، وهو ما يؤكد على عدم انعكاسها في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية) يقابل تغير بـ(0,12) فقط في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أن: حسب رأي الأطباء الخدمات الصحية العلاجية ذات نوعية لا تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

جدول رقم (84): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي الممرضين

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	02,780	0,395	/	07,032	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية العلاجية	0,375	0,114	0,430	03,301	0,002	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)	10,895		معامل التحديد (R^2)	0,185		

المعنوية (Sig)	0,002	معامل الارتباط المتعدد (R)	0,430

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية العلاجية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، يتم الاعتماد على معنوية النموذج، قوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

- **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(10,89) وهي دالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

- **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,185)، والتي تدلّ على أن (18,50%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية)، والنسبة المتبقية (81,50%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,43) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

- **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية العلاجية تُقدر بـ(03,30) وهي دالَّة بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهو ما يؤكد على انعكاسها الإيجابي الكبير جدا في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية) يقابل تغير بـ(0,37) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تُعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أن: حسب رأي الممرضين الخدمات الصحية العلاجية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

جدول رقم (85): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي المرضى

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	0,855	0,203	/	04,215	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية العلاجية	0,720	0,064	0,707	11,304	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)	127,775		معامل التحديد (R^2)	0,500		
المعنوية (Sig)	0,000		معامل الارتباط المتعدد (R)	0,707		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية العلاجية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى، يتم الاعتماد على معنوية النموذج، قوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

- **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(127,77) وهي دَالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

- **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,50 والتي تدلّ على أن (50,00%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية)، والنسبة المتبقية (50,00%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,70) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

– **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية العلاجية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية العلاجية تُقدر بـ(11,30) وهي دالَّة بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهو ما يؤكد على انعكاسها الإيجابي الكبير جدا في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية العلاجية) يقابل تغير بـ(0,72) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أنّ: حسب رأي المرضى الخدمات الصحية العلاجية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

إذا: الخدمات الصحية العلاجية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، وعليه فالفرضية الجزئية الأولى محققة جزئيا؛ وبالتالي قبولها.

2. مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية: تنعكس الخدمات الصحية الوقائية ذات نوعية بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، يتم قياسها من خلال الجداول الآتية:

جدول رقم (86): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي الأطباء

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	03,357	0,292	/	11,508	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية الوقائية	0,176	0,085	0,397	02,077	0,049	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)		04,315	معامل التحديد (R^2)		0,158	

المعنوية (Sig)	0,049	معامل الارتباط المتعدد (R)	0,397

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية الوقائية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، يتم بالاعتماد على معنوية النموذج، قوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

- **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(04,31) وهي دالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,04)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لتأثير المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

- **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,158)، والتي تدلّ على أن (15,80%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية)، والنسبة المتبقية (94,20%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,39) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

- **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل الخدمات الصحية الوقائية تُقدر بـ(02,07) وهي دَالَّة بمستوى دلالة قدره (0,04)، وهو ما يؤكد على انعكاسها الإيجابي الكبير في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية) يقابل تغير بـ(0,17) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أنّ: حسب رأي الأطباء الخدمات الصحية الوقائية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

جدول رقم (87): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي الممرضين

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	02,310	0,425	/	05,440	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية الوقائية	0,489	0,117	0,517	04,184	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)		17,506	معامل التحديد (R^2)	0,267		
المعنوية (Sig)		0,000	معامل الارتباط المتعدد (R)	0,517		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية الوقائية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين يتم بالاعتماد على معنوية النموذج، قوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

- **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(17,50) وهي دالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير مُفَسّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لتأثير المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

- **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,267)، والتي تدلّ على أن (26,70%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية)، والنسبة المتبقية (73,30%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,51) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

- **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية الوقائية تُقدر بـ(04,18) وهي دالَّة بمستوى دلالة

قدره (0,00)، وهو ما يؤكد على انعكاسها الإيجابي الكبير جدا في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية) يقابل تغير بـ(0,48) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أن: حسب رأي الممرضين الخدمات الصحية الوقائية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

جدول رقم (88): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي المرضى

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	0,658	0,203	/	03,239	0,002	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية الوقائية	0,809	0,066	0,735	12,262	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)	150,357		معامل التحديد (R^2)	0,540		
المعنوية (Sig)	0,000		معامل الارتباط المتعدد (R)	0,735		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية الوقائية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى يتم بالاعتماد على معنوية النموذج، قوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

- **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(150,35) وهي دالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير

مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

– **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,540)، والتي تدلّ على أن (54,00%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية)، والنسبة المتبقية (46,00%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,45) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

– **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الوقائية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية الوقائية تُقدر بـ(12,26) وهي دَالَّة بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهو ما يؤكد على تأثيرها الإيجابي الكبير جدا في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الوقائية) يقابل تغير بـ(0,80) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى المؤسسة محل الدراسة حسب رأي المرضى، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أنّ: حسب رأي الممرضين الخدمات الصحية الوقائية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

إذا: الخدمات الصحية الوقائية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، وعليه فالفرضية الجزئية الثانية محققة بدرجة كبيرة جدا؛ وبالتالي قبولها.

3. مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة: تنعكس الخدمات الصحية الفندقية ذات نوعية بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، يتم قياسها من خلال الجداول الآتية:

جدول رقم (89): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي الأطباء

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار	معاملات "Bêta"	اختبار "T–Test"	القرار

	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	03,764	0,335	/	11,220	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية الفندقية	0,067	0,121	0,115	0,558	0,583	غير دال (لا تنعكس)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)		0,311	معامل التحديد (R^2)	0,013		
المعنوية (Sig)		0,583	معامل الارتباط المتعدد (R)	0,115		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية الفندقية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء يتم بالاعتماد على معنوية النموذج وقوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

– **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(0,31) وهي غير دَالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,58)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا غير معنوي وغير مقبول إحصائيا، أي لا يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا عدم وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

– **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,01)، والتي تدلّ على أن (01,30%) فقط من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية)، والنسبة المتبقية (88,70%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,45) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية ضعيفة جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

– **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية الفندقية تُقدر بـ(0,55) وهي غير دالَّة بمستوى دلالة

قدره (0,58)، وهو ما يؤكد على عدم انعكاسها الإيجابي في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية) يقابل تغير بـ(0,06) فقط في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى المؤسسة حسب رأي الأطباء، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أنّ: حسب رأي الأطباء الخدمات الصحية الفندقية ذات نوعية لا تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

جدول رقم (90): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي الممرضين

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	02,870	0,377	/	07,622	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية الفندقية	0,398	0,123	0,422	03,228	0,002	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)	10,418		معامل التحديد (R^2)	0,178		
المعنوية (Sig)	0,002		معامل الارتباط المتعدد (R)	0,422		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية الفندقية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، يتم بالاعتماد على معنوية النموذج، قوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

– **معنوية النموذج:** تُبيّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(10,41) وهي دالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير مُفَسِّر من

بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

– **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,178)، والتي تدلّ على أن (17,80%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية)، والنسبة المتبقية (82,20%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,42) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

– **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبَيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية الفندقية تُقدر بـ(03,22) وهي دَالَّة بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهو ما يؤكد على انعكاسها الإيجابي الكبير جدا في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية) يقابل تغير بـ(0,39) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أنّ: حسب رأي الممرضين الخدمات الصحية الفندقية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

جدول رقم (91): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي المرضى

المتغيرات المستقلة (المُفَسِرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	01,124	0,153	/	07,328	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
الخدمات الصحية الفندقية	0,737	0,055	0,766	13,472	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)

المعنوية الكلية للنموذج		القوة التفسيرية للنموذج	
قيمة (F)	181,498	معامل التحديد (R^2)	0,586
المعنوية (Sig)	0,000	معامل الارتباط المتعدد (R)	0,766

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية الفندقية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى يتم بالاعتماد على معنوية النموذج وقوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

- **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(181,49) وهي دَالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

- **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,586)، والتي تدلّ على أن (58,60%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية)، والنسبة المتبقية (41,40%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,76) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

- **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية الفندقية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبَيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية الفندقية تُقدر بـ(13,47) وهي دَالَّة بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهو ما يؤكد على انعكاسها الإيجابي الكبير جدا في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية الفندقية) يقابل تغير بـ(0,73) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة

جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أنّ: حسب رأي المرضى الخدمات الصحية الفندقية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

إذا: الخدمات الصحية الفندقية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، وعليه فالفرضية الجزئية الثالثة محققة جزئيا؛ وبالتالي قبولها.

4. مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية: تنعكس الخدمات الصحية ذات نوعية بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، يتم قياسها من خلال الجداول الآتية:

جدول رقم (92): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي الأطباء

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	03,430	0,372	/	09,210	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
نوعية الخدمات الصحية	0,167	0,118	0,283	01,413	0,171	غير دال (لا تنعكس)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)	01,998		معامل التحديد (R^2)	0,080		
المعنوية (Sig)	0,171		معامل الارتباط المتعدد (R)	0,283		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، يتم بالاعتماد على معنوية النموذج، قوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

ـ **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(01,99) وهي غير دَالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,17)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا غير معنوي وغير مقبول إحصائيا، أي لا

يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا عدم وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

– **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,080)، والتي تدلّ على أن (08,00%) فقط من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية)، والنسبة المتبقية (92,00%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,28) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية ضعيفة بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

– **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبَيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية تُقدر بـ(01,41) وهي غير دَالَّة بمستوى دلالة قدره (0,17)، وهو ما يؤكد على عدم انعكاسها الإيجابي في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية) يقابل تغير بـ(0,16) فقط في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الأطباء، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أنّ: حسب رأي الأطباء الخدمات الصحية ذات نوعية لا تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

جدول رقم (93): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي الممرضين

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	02,160	0,442	/	04,885	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
نوعية الخدمات الصحية	0,572	0,131	0,532	04,356	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)

المعنوية الكلية للنموذج		القوة التفسيرية للنموذج	
قيمة (F)	18,977	معامل التحديد (R^2)	0,286
المعنوية (Sig)	0,000	معامل الارتباط المتعدد (R)	0,532

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين يتم بالاعتماد على معنوية النموذج وقوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

– **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(18,97) وهي دالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).

– **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,286)، والتي تدلّ على أن (28,60%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية)، والنسبة المتبقية (71,40%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,53) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

– **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية تُقدر بـ(04,35) وهي دَالَّة بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهو ما يؤكد على انعكاسها الإيجابي الكبير جدا في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية) يقابل تغير بـ(0,57) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي الممرضين، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أن: حسب رأي الممرضين الخدمات الصحية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي

وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

جدول رقم (94): نتائج اختبار الانحدار الخطي البسيط لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة حسب رأي المرضى

المتغيرات المستقلة (المُفَسِّرَة)	معادلة الانحدار		معاملات "Bêta"	اختبار "T-Test"		القرار
	المعاملات "B"	الخطأ المعياري		قيمة "T"	مستوى الدلالة	
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	0,495	0,177	/	02,801	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
نوعية الخدمات الصحية	0,891	0,059	0,800	15,108	0,000	دال (تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا)
المعنوية الكلية للنموذج			القوة التفسيرية للنموذج			
قيمة (F)	228,244		معامل التحديد (R^2)	0,641		
المعنوية (Sig)	0,000		معامل الارتباط المتعدد (R)	0,800		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات برنامج (Spss.26)

لتحليل وتفسير نتائج معادلة الانحدار الخطي البسيط بين نوعية الخدمات الصحية والعلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى يتم بالاعتماد على معنوية النموذج وقوته التفسيرية ومعنوية المتغيرات المستقلة كما يأتي:

- **معنوية النموذج:** تُبيِّن نتائج الجدول أعلاه أن إحصائية "F" تقدر بـ(228,24) وهي دَالَّة إحصائيا بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهذا ما يؤكد أن النموذج إجمالا معنوي مقبول إحصائيا، أي يوجد مُتغير مُفَسِّر من بين المتغيرات المفسِّرة له تأثير معنوي على المتغير التابع، وأيضا وجود دلالة إحصائية لانعكاس المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية) على المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى).
- **القوة التفسيرية للنموذج:** تُقاس القوة التفسيرية للنموذج من خلال قيمة معامل التحديد "R2" المقدرة بـ(0,641)، والتي تدلّ على أن (64,10%) من التباين في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى) يُفَسِرُه المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية)، والنسبة المتبقية (35,90%) تعود إلى عوامل أخرى لم تُدْرَجْ في النموذج؛ كما أن معامل الارتباط "R" الذي بلغت قيمته (0,80) يدل على وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية جدا بين المتغير المستقل للنموذج والمتغير التابع.

– **معنوية المتغيرات المستقلة:** أثبت اختبار معنوية النموذج وجود دلالة إحصائية لانعكاس نوعية الخدمات الصحية على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، فوفقا للنتائج المبينة في الجدول أعلاه يَتَبيَّن أن قيمة "T" للمتغير المستقل نوعية الخدمات الصحية تُقدر بـ(15,10) وهي دَالَّة بمستوى دلالة قدره (0,00)، وهو ما يؤكد على انعكاسها الإيجابي الكبير جدا في العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى، فحسب قيمة المعاملات "B" فإن التغير بوحدة واحدة في المتغير المستقل (نوعية الخدمات الصحية) يقابل تغير بـ(0,89) في المتغير التابع (العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى)، مع تسجيل وجود عوامل أخرى لم تعنى بها هذه الدراسة (الثابت) تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا أيضا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى حسب رأي المرضى، إذ بلغت مستوى دلالتها (0,00).

ومما سبق نستنتج أن: حسب رأي المرضى الخدمات الصحية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

وعلى ضوء ما تقدم نستطيع القول أن:

حسب رأي الأطباء الخدمات الصحية ذات نوعية سواء كانت علاجية أوقائية أو فندقية لا تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، ذلك أن نوعية الخدمات الصحية وحدها ليست كافية لضمان علاقة إيجابية، بل تتوقف العلاقة على عوامل إنسانية أهم من جودة الخدمة نفسها، فالتوقعات المبالغ فيها من قبل بعض المرضى فيما يتعلق بالخدمات الصحية المقدمة قد تؤدي إلى شعورهم بالإحباط مما يضر بالعلاقة حتى لو كان العلاج مميزًا، كما أن الضغط الكبير على الأطباء يمنعهم من إقامة تواصل فعال يُشعر المريض بالاهتمام، بالإضافة إلى ذلك يرى الأطباء أن العلاقة بين المريض والطبيب تتوقف على أخلاقيات التعامل التي تشمل الاحترام وتقدير جهود الطاقم الطبي والصدق في تقديم المعلومات عن حالته والالتزام بالإرشادات الطبية واحترام وقت الطبيب، من هذا المنطلق إن العلاقة الجيدة ليست مجرد خدمة عالية الجودة بل هي شراكة بين طرفين.

أما حسب رأي الممرضين والمرضى الخدمات الصحية ذات نوعية سواء كانت علاجية أو وقائية أو فندقية تنعكس بشكل إيجابي وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى، هذا يعني أن جودة الخدمات المقدمة هي الركيزة التي تُبنى عليها الثقة المتبادلة وتُعزز من فعالية العلاقة، فكلما كانت هذه الخدمة أكثر تميزًا وجودة زادت مشاعر المريض بالرضا والأمان، مما يعزز الثقة والتعاون ويقوي العلاقة، وعلى النقيض فإن نقص الموارد يؤدي إلى زيادة الصراع مما يؤثر سلبًا على هذه العلاقة.

إذا: الخدمات الصحية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة

والمرضى، وعليه فالفرضية الرئيسية محققة جزئيا؛ وبالتالي قبولها.

وبمقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات السابقة، نجد دراسة (عمر عبد ثجيل، 2016) التي ركزت على التفاعل والسلوك الداخلي بين الملاك الطبي والتمريضي كمتغير يؤثر على الجودة حيث أظهرت أن التعاون هو السائد بينهم ويؤثر بشكل إيجابي على جودة الخدمة الصحية، وأن الصراع له تأثير سلبي على أبعاد محددة (بعد الاعتمادية والتعاطف والاستجابة والملموسية) من الجودة، جاءت دراستنا لتأخذ منحى مختلف حيث ركزت على أن نوعية الخدمة كعامل يحدد العلاقة بين المستخدمين والمرضى، وقد كشفت النتائج عن وجود تباين كبير في تقييم جودة الخدمات الصحية بين الأطراف الثلاثة (الأطباء، الممرضين، المرضى)، وأثبتت أن هذه الجودة تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بينهم، مما يشير إلى أن تحسين الخدمة هو عامل أساسي في بناء علاقات إيجابية، وبذلك فإن الدراستين تكملان بعضهما البعض؛ فبينما تؤكد دراسة ثجيل أن العلاقات الجيدة تؤدي إلى جودة أفضل تشير دراستنا إلى أن جودة الخدمة هي التي تؤدي إلى علاقات جيدة.

5. النتائج العامة للدراسة

بعد عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية ومناقشتها في ضوء الفرضيات توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج، يمكن عرضها فيمايلي:

- نوعية الخدمات الصحية متوفرة بدرجة كبيرة جدا حسب الممرضون، ومتوفرة بدرجة متوسطة حسب الأطباء، أما المرضى فقد أكدوا على أنها غير متوفرة بدرجة كبيرة.
- طبيعة العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى جيدة جدا حسب الأطباء والممرضين، أما المرضى فقد أكدوا على أنها عادية.
- الخدمات الصحية العلاجية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.
- الخدمات الصحية الوقائية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.
- الخدمات الصحية الفندقية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.
- الخدمات الصحية ذات نوعية تنعكس بشكل إيجابي على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

ومما سبق يمكن القول إن: نوعية الخدمات الصحية تنعكس إيجابا وبدرجة كبيرة جدا على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى.

الـخـاتـمة:

انطلاقاً من فكرة أن المؤسسة الاستشفائية ليست مجرد كيان مادي بل هي نسق اجتماعي متكامل، يتضح أن نتائج الدراسة قد أكدت هذه الرؤية، فالنتائج التي تم التوصل إليها لا تقتصر على تحليل المشكلات السطحية التي تواجه القطاع الصحي، بل تتعمق في جوهر الموضوع لتُشير بوضوح إلى أن الخلل الأعمق يكمن في نوعية الخدمات المقدمة وإهمال الجوانب الإنسانية والاجتماعية في عملية الرعاية.

لقد أوضحت الدراسة أن التحديات التي تعاني منها المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر من نقص الأدوية والمعدات إلى الاختلالات التنظيمية هي مؤشرات لمشكلة أساسية تتمثل في فشل المنظومة في تلبية توقعات المريض المتزايدة، فالمريض اليوم لم يعد متلقيًا للخدمة ولكن أصبح شريكًا فاعلًا يمتلك وعيًا وقدرة على التقييم ويطالب بحقوقه في بيئة علاجية مريحة وداعمة، هذا التحول في دور المريض هو نتيجة طبيعية لتطور وسائل التواصل التي سهّلت عليه الحصول على المعلومات، مما يفرض كذلك على مقدمي الرعاية الصحية إعادة بناء العلاقة على أساس الاحترام والثقة والمشاركة، وفي هذا الإطار كشفت نتائج الدراسة الميدانية في مستشفى الزهراوي بالمسيلة عن وجود قصور في البنية التحتية بسبب النقص في الأدوية الضرورية والافتقار إلى الأجهزة الطبية الحديثة (مثل أجهزة الأشعة المقطعية والرنين المغناطيسي)، كما أكدت على عدم توفر الأطباء المتخصصين في الجراحة، وعدم تقديم المستشفى لكافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى، ويتجاوز هذا النقص الجانب الطبي ليشمل الجوانب الوقائية فقد تبين من نتائج الدراسة أن المؤسسة لا توفر أدوات الوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات، كما تفتقر إلى وسائل الراحة الأساسية كالأثاث الجيد في الغرف وأجهزة التلفاز، بالإضافة إلى عدم توفر مستلزمات النظافة كالصابون في دورات المياه.

إن النتائج التي خلصت إليها الدراسة تُشير بوضوح إلى أن جودة الخدمات الصحية هي المحدد الأساسي في تحديد نجاح وفشل المؤسسة الاستشفائية، فقد تبين أن العلاقة بين الطبيب والممرض والمريض تتأثر بشكل مباشر بنوعية الخدمة المقدمة فإذا كانت البيئة العلاجية نظيفة والوجبات الغذائية ذات جودة مقبولة فإن هذه العوامل تُعزز من ثقة المريض وتُساهم في تحقيق نتائج علاجية أفضل، ومن ناحية أخرى فإن سوء المعاملة أو غياب التعاطف يُعد مشكلة لا تقل خطورة عن النقص في الأدوية فهي تُؤدي إلى استياء المرضى وتُضعف مصداقية المؤسسة في نظر المجتمع، مما يُعرقل الهدف الأساسي للرعاية الصحية.

وفي ضوء ما سبق، يصبح من الضروري اعتماد استراتيجية شاملة للنوعية في المنظومة الصحية

بالجزائر تهدف إلى تحقيق توازن بين تطوير البنية التحتية والارتقاء بالكفاءات البشرية من خلال تعزيز المهارات التواصلية والعاطفية، وترسيخ ثقافة الاحترام المتبادل، ومشاركة المريض الفعالة في قرارات العلاج، والتأكيد على أهمية اعتبار المؤسسة الاستشفائية جزءاً لا يتجزأ من النسيج الاجتماعي المحيط لضمان تقديم رعاية صحية شاملة ومستدامة تلبي تطلعات المجتمع وتواكب المعايير المهنية المتقدمة.

وفي الختام، تُؤكد هذه الدراسة أن التنمية الشاملة للمجتمع لا يمكن أن تتحقق دون وجود قطاع صحي يتمتع بالنوعية والكفاءة، وإن الاستثمار في الجودة والاهتمام بالبعد الإنساني هو استثمار في مستقبل الأفراد والمجتمع ككل، وهو السبيل الوحيد لبناء نظام صحي قادر على مواجهة تحديات الحاضر والمستقبل بفعالية.

اقتراحات وتوصيات

بناءً على النتائج المتوصل إليها من الدراسة نقدم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات المركزة والمترابطة، والتي تهدف إلى إحداث تحول نوعي في جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، مع التركيز على المريض والكوادر الطبية والتمريضية والبيئة المؤسسية.

- تلعب البيئة المادية دورًا هاما في تعزيز صحة المرضى ورفاهيتهم وتوفير بيئة عمل داعمة للعاملين في القطاع الصحي، لذا من الضروري الاهتمام بالجوانب المعمارية للمبنى (مثل حجم الغرف)، والميزات المحيطة (مثل مستويات الصوت) وتصميم الديكور الداخلي (مثل الأثاث) لخلق بيئة مثالية.
- توفير الأدوية الأساسية والمعدات الطبية الحديثة بما يتوافق مع الاحتياجات المتغيرة للمرضى .
- زيادة تركيز المستشفى على تقديم خدمات صحية خالية من الأخطاء في الفحص والعلاج مع الالتزام بالمواعيد المحددة والسرعة والدقة قدر الإمكان.
- تدريب مقدمي الخدمات (خاصة العاملين في الخطوط الأمامية) على مهارات التعاطف والاهتمام بالجانب النفسي للمرضى والاستماع الفعال لتلبية احتياجاتهم.
- تحسين جودة الطعام المقدم للمرضى وشروط تقديمه، فالوجبات المغذية التي تُقدم في بيئة صحية ومريحة تُساهم بشكل مباشر في تحسين الحالة النفسية للمريض ودعم قدرته على استعادة قوته.
- إسناد مهام النظافة والتعقيم لموظفين متخصصين ذوي تدريب خاص لضمان أعلى مستويات النظافة والوقاية من العدوى.
- إطلاق حملات توعية مستمرة للمرضى والزوار وجميع العاملين لتعزيز ثقافة النظافة واعتبارها مسؤولية جماعية وليست فردية.
- توفير العدد الكافي من عمال النظافة بشكل يتناسب مع حجم المؤسسة والعدد الكبير من المرضى.

- تعزيز الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع بأهمية الالتزام بالنصائح الطبية وقوانين وأنظمة المستشفيات.
- إنشاء أقسام متخصصة للتسويق في المؤسسات الصحية لنشر الثقافة الصحية والوقاية من الأمراض وتعزيز الكشف المبكر، مما يقلل من الطلب على خدمات العلاج المعقدة.
- الاستجابة الفورية لمتطلبات المرضى أولوية قصوى، فهي تعكس الالتزام بالسلامة وتجنب المضاعفات، وتؤكد على أن احتياجات المريض تُعالج دون أي تأخير محتمل.
- لتحقيق التعاون والانسجام بين الأطباء والممرضين من الضروري الاستماع إلى آراء المرضى وإشراكهم في عملية صنع القرار.
- ضرورة تلبية احتياجات الكوادر الطبية والتمريضية وحل مشكلاتهم كشرط أساسي لضمان جودة الخدمات الصحية، لأن تحفيزهم والتخفيف من الضغوط المهنية عنهم وتنمية شعورهم بالولاء للمؤسسة، يساهم بشكل مباشر في تعزيز روح التعاون فيما بينهم.
- تعزيز ودعم ثقافة التعاون داخل المستشفى من خلال إشاعة روح العمل الجماعي من قبل الإدارة.
- الاهتمام بإدارة العلاقة مع المرضى من خلال تكوين قاعدة بيانات رقمية لملفاتهم الصحية، مما يسهل الوصول إلى المعلومات عند الحاجة ويخفض التكاليف على المريض والمؤسسة.
- اعتماد آليات رقابية منهجية ودورية تقوم على المراجعة المستمرة للأداء، مع الاستناد إلى بيانات ومؤشرات دقيقة من السجلات الطبية وملفات المرضى، ويقوم بهذه العملية التقييمية فرق من الخبراء المتخصصين بهدف تشخيص أوجه القصور التشغيلية ووضع خطط تصحيحية فورية لضمان التحسين المستمر لجودة الخدمات المقدمة.
- تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة كضرورة ملحة لتحسين الأداء وتطويره بشكل مستمر، من خلال إنشاء نظام رقابي داخلي فعال يشمل جميع مراحل تقديم الخدمات.
- التوجه نحو التحول الرقمي والاعتماد على التكنولوجيا في سبيل رفع كفاءة الخدمة المقدمة للمرضى مع مواكبة متطلبات العصر من حيث ارتفاع مستوى تطلعات المرضى بمرور الوقت فقد أصبح المريض يتطلع إلى أعلى مستوى من الخدمات.
- دمج تقنيات الذكاء الاصطناعي والتحليل البياني لمعالجة البيانات الصحية، وتقديم توصيات طبية دقيقة، والتنبؤ بالأمراض وتحليل الصور الطبية ومراقبة الحالة الصحية للمريض بشكل مستمر لتوفير رؤى دقيقة حول فعالية العلاج واحتياجات الرعاية المستقبلية.
- إدراج مادة علم الاجتماع ضمن المناهج الأكاديمية لكليات الطب والتمريض لمواجهة القصور الملحوظ

في بعض جوانب الخدمات الصحية وتجاوز العوائق الثقافية والاجتماعية التي تعيق الأداء المهني الأمثل للعاملين في هذا القطاع.

- ضرورة دمج الأخصائي الاجتماعي في المنظومة الصحية، حيث يمثل حلقة وصل مهمة بين العاملين في المجال الصحي والمرضى، مما يسهل عملية التواصل ويساعد على حل المشكلات.

قـائـمة المـراجـع

المراجع باللغة العربية

أ- القرآن الكريم

- **سورة البقرة** (الآية 10)، (الآية195)، (الآية222)
- **سورة النحل** (الآية 18)
- **سورة الشعراء** (الآية 80)

ب- الحديث النبوي الشريف

ت- المعاجم والقواميس:

1. أبي القاسم المعروف بالراغب الأصفهاني الحسين بن محمد. (د.س). **المفردات في غريب القرآن**. بيروت لبنان: دار المعارف للطباعة والنشر والتوزيع.
2. أحمد بن فارس بن زكرياء القزويني الرازي، أبو الحسين. (1979). **معجم مقاييس اللغة**، مادة مرض. الجزء 5. دار الفكر.
3. محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الرازي. (1920). **مختار الصحاح**. القاهرة.
4. محمد رواس قلعجي. (1996). **معجم لغة الفقهاء – عربي – انكليزي – فرنسي**. بيروت – لبنان: دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.
5. **المعجم الوسيط**. (2008). مصر: مكتبة الشروق الدولية.

ث- الـكـتـب:

1. إبراهيم لطفي طلعت، وكمال عبد الحميد الزيات. (د.س) .**النظرية المعاصرة في علم الاجتماع** .القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
2. ابن القيم الجوزية. (1992). **زاد المعاد في هدي خير العباد** .بيروت: مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع.
3. أبي علي ابن سينا. (د.س). القانون في الطب.
4. إحسان محمد الحسن. (2008). **علم الاجتماع الطبي – دراسة تحليلية في طب المجتمع** (الطبعة الأولى). عمان – الأردن: دار وائل للنشر.
5. أحمد خالد عبد المنعم. (2015). **حمورابي (دراسة تاريخية)**.
6. أحمد طاهر مسعود. (2011). **المدخل إلى علم الاجتماع العام**.
7. أحمد عبد الحليم عطية. (1999). **جالينوس في الفكر القديم والمعاصر**. القاهرة: دار أنباء للطباعة والنشر والتوزيع.
8. أحمد عيسى. (2017). **تاريخ البيمارستانات في الإسلام**، مؤسسة هنداوي للنشر.
9. أدريان بالمر. (2020). **مبادىء تسويق الخدمات** .(ترجمة: بهاء شاهين، علا أحمد إصلاح، دعاء شراقي). مجموعة النيل العربية.
10. أديب خلف الملكاوي. (2020). **إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات وأثرها على أداء العاملين**. دار الخليج للنشر والتوزيع.
11. أسماء محمد صالح. (2008). **علم الاجتماع الطبي**. الجنادرية للنشر والتوزيع.

12. إقبال ابراهيم مخلوف. (2000). **الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين**. الاسكندرية – مصر: المكتب الجامعي الحديث.
13. إليزابيث أوج. (1967). **خدمات التمريض في الحاضر والمستقبل**. (نوال السعداوي، المترجمون) القاهرة – نيويورك: نشر بالاشتراك مع مؤسسة فرانلكين للطباعة والنشر .
14. أماني محمد السيد. (2001). **مكتبات المستشفيات**. القاهرة: إيبيس للنشر والتوزيع.
15. آن روني. (2020). **قصة الطب**. الأردن – عمان: دار البيروني للنشر والتوزيع.
16. أنتوني غيدنز، و فيليب صاتن. (2018). **مفاهيم أساسية في علم الاجتماع**. (محمود الذوادي مراجعة سعود المولى، المترجمون) بيروت – لبنان: المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات.
17. إياد عبد الفتاح النسور، و عبد الرحمان بن عبد الله الصغير. (2014). **قضايا وتطبيقات تسويقية معاصرة**. عمان – الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
18. أيمن مزاهرة، و آخرون. (2003). **علم اجتماع الصحة** (الطبعة العربية الأولى). عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
19. بحار سعد عباس علي. (2019). **تأثير المزيج الترويج على الخدمات الصحية**. الاسكندرية: دار التعليم الجامعي.
20. بشير بودية، و طارق قندوز. (2016). **أصول ومضامين تسويق الخدمات** (الطبعة الاولى). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
21. بولنج آن. (2007). **قياس الصحة – عرض لمقاييس جودة الحياة** (الطبعة 1). (ترجمة: حسين حشمت). القاهرة: مجموعة النيل العربية.
22. تالا قطيشات، و آخرون. (2006). **مبادىء في الصحة والسلامة العامة**. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
23. تامر سهيل، و أحمد يونس عمرو. (2014). **خدمات التدبري المنزلي في المستشفيات**.
24. تامر سهيل، و أحمد يونس عمرو. (2014). **خدمات الطعام في المستشفيات**.
25. ثامر ياسر البكري. (د.س). **إدارة المستشفيات** (الطبعة العربية). عمان – الاردن: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.
26. ثامر ياسر البكري. (د.س). **تسويق الخدمات الصحية**. عمان – الاردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
27. جاد الرب سيد محمد. (2008). **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية**. مصر: دار العشرى.
28. جان شارل سورنيا. (2002). **تاريخ الطب من فن المداواة إلى علم التشخيص**. (ابراهيم البجلاتي، المترجمون). مطابع السياسة – الكويت –.
29. جميل عبد المجيد عطية. (2002). **تنظيم صنعة الطب خلال عصور الحضارة العربية الإسلامية**. الرياض: مكتبة العبيكان.
30. جون ويليامز. (2005). **الأخلاقيات الطبية** .(ترجمة: محمد الصالح بن عمار، مراجعة: عبد السلام بن عمار). الوحدة الأخلاقية لجمعية الطب العالمية.
31. حازم محمد عبد الفتاح. (2017). **تسويق الخدمات**. (الطبعة الاولى). الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
32. حسن اسماعيل. (2010). **ألفاظ الحضارة عند أبي حيان التوحيدي**.
33. حسن كمال. (1998). **الطب المصري القديم** (الطبعة الثالثة). الهيئة المصرية العامة للكتاب.
34. حسن نعمة. (2003). **موسوعة الطب القديم – الشفاء بالقران – الطب النبوي (شفاء الأمراض من خلال الأعشاب)** . رشادرس.
35. حسين ذنون علي البياتي. (2009). **المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات – وجهة نظر معاصرة** (الطبعة

الثانية). عمان – الأردن: دار وائل للنشر.

36. حميد الطائي، و بشير العلاق. (2019). **تسويق الخدمات**. دا رالياز وري العلمية للنشر والتوزيع .

37. حنين بن إسحق المتطبب. (1982). **جالينوس إلى غلوقن في التأتي لشفاء الأمراض**، تحقيق الدكتور محمد سليم سالم.

38. خالد أحمد علي محمود. (2019). **تنمية الموارد البشرية عبر تطوير القيادة وتكنولوجيا المعلومات**. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

39. خالد حامد. (2012). **منهجية البحث في العلوم الإجتماعية والإنسانية**. الجزائر: جسور للنشر والتوزيع.

40. دانييل م. ستويل. (2002). **المبيعات والتسويق والتحسين المتواصل: 6 أفضل ممارسات لتحقيق نمو في الإيراد وزيادة ولاء الزبون**. (ترجمة: أسعد كامل الياس). مكتبة العبيكان.

41. راضية رابح بوزيان. (2015). **إدارة الجودة الشاملة ومؤسسات التعليم العالي**. مركز الكتاب الاكاديمي.

42. رجاء وحيد دويدري. (2000). **البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية**. دار الفكر المعاصر. بيروت– لبنان، دار الفكر دمشق – سورية.

43. رشدي قطاش، و آخرون. (2020). **الرعاية الصحية الأولية**. دار اليازوري للنشر والتوزيع.

44. رضوان أنساعد. (2019). **التسويق الصحي بين النظريات والتطبيق**. الجزائر: ألفا للوثائق.

45. رؤوف بوقفة .(2017). **قوانين المؤسسات الصحية**. الجزائر: دار الزنبقة.

46. ريمون كيفي، ولوك فان كمبنهود، (1997). **دليل الباحث في العلوم الاجتماعية**. تعريب يوسف الجباعي. المكتبة العصرية للطباعة والنشر، بيروت.

47. زيد سليمان العدوان، وأحمد عيسى داود. (2016). **النظرية البنائية الاجتماعية وتطبيقاتها في التدريس** (الطبعة الأولى). عمان: مركز ديبونو لتعليم التفكير.

48. سليم بطرس جلدة. (2006). **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية**. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

49. سمر رفقي الرحبي. (2014). **الإدارة السياحية الحديثة**. الزمال للنشر والتوزيع.

50. سمير أحمد أبو العيون. (2013). **الثقافة الصحية** (الطبعة الأولى). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

51. السيد الحسيني. (1977). **النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم** (الطبعة الثانية). دار المعارف بمصر.

52. الشيخ علي قدري، وآخرون. (2008). علم الاجتماع الطبي (الطبعة الاولى). عمان – الاردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

53. شيخة الفجرية. (2019). **القنديل وانعكاس الضوء السوسيوميتا سردية في روايات غالية فهر تيمور آل سعيد**، الآن ناشرون وموزعون.

54. شيراز محمد خضر. (2022). **تسويق الخدمات**، (الطبعة الاولى). دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع.

55. صالح وديد الرشيدي وآخرون. (2023). **الرعاية الصحية الأولية لصحة الفم والأسنان لدى الاطفال وأثرها على المجتمعات الحديثة**.

56. صلاح محمد عبد الحميد.(2012). **الإلام الجديد**، (الطبعة الاولى). القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

57. صلاح محمود ذياب. (2010). **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، (الطبعة الاولى). عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

58. طارق صلاح الدين محمد صالح. (2015). **المسؤولية الجنائية للطبيب المترتبة على إفشاء السر المهني**. دار نشر يسطرون.

59. طاهر حسو الزيباري. (2016). **النظرية السوسيولوجية المعاصرة**. الأردن: دار البيروني للنشر والتوزيع.

60. طلال بن عايد الأحمدي. (2004). **إدارة الرعاية الصحية**. الرياض: الإدارة العامة للنشر والتوزيع.

61. طلعت الدمراش . (2006) .**اقتصاديات الخدمة الصحية** (ط2). القاهرة.
62. عامر النجار . (1994) .**في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية** . القاهرة: دار المعارف.
63. عبد الخالق أحمد باعلوي. (2013). **تسويق الخدمات**، (الطبعة الاولى). صنعاء: جامعة العلوم والتكنولوجيا للكتاب الجماعي.
64. عبد الرحمان محمد الحسن. (2013) . **الجغرافيا الطبية** (الطبعة الأولى). جامعة بخت الرضا – الدويم.
65. عبد السلام بشير الدويبي. (2006). **علم الاجتماع الطبي** . عمان – الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
66. عبد العزيز عبد الله الدخيل. (2012). **معجم مصطلحات الخدمة الإجتماعية والعلوم الإجتماعية** (ط2). عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.
67. عبد اللطيف محمد العبد. (1397هـ – 1977م) **أخلاق الطبيب – رسالة أبي بكر محمد بن زكريا الرازي إلى بعض تلاميذه** – الطبعة الأولى، مكتبة دار التراث، الإسكندرية – القاهرة.
68. عبد الله يوسف أبو زعيزع. (2009). **مبادىء العلاج النفسي**. عمان: دار جليس الزمان.
69. عبد المجيد الشاعر، و أخرون. (2020). **علم الاجتماع الطبي**. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
70. عبد المهدي بواعنة. (2004). **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية** . عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
71. عبد الناصر مرقت. (2007). **إيمحوتب – الطبيب الذي بنى أول الأهرامات**.
72. عبيدات ذوقان، وآخرون. (1984). **البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه**. دار الفكر.
73. علي بن فايز الجحني. (2006). **مدخل إلى العلاقات العامة والإنسانية** (الطبعة الاولى). الرياض – المملكة العربية السعودية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية: مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر .
74. علي سويلم الجازي. (2021). **نظم المعلومات الاستراتيجية ودورها في تحسين جودة الخدمات الحكومية**. دار الخليج للنشر والتوزيع
75. علي سيد اسماعيل. (2020). **تعريب الطب وأثره في الجامعات العربية**. الاسكندرية: دار التعليم الجامعي.
76. علي مكاوي. (1990). علم الاجتماع الطبي – مدخل نظري –(ط 1). دار المعرفة الجامعية.
77. علي مولا: شريعة حمورابي. (2007). ترجمة محمود الأمين، لندن، دار الوراق للنشر.
78. عوض بدير حداد. (1999). **تسويق الخدمات المصرفية**. القاهرة: دار البيان للنشر والتوزيع.
79. غدنز أنتوني. (2005). **علم الاجتماع** (الطبعة 04). (ترجمة: فايز الصياغ). لبنان: المنظمة العربية للترجمة.
80. فروق يعلى. (2022). **الأخطاء الشائعة في تحليل ومعالجة البيانات في العلوم الاجتماعية باستخدام برنامج الـ SPSS** (ط1). سطيف، الجزائر: دار المجد للطباعة والنشر والتوزيع.
81. فريد توفيق نصيرات. (2013). **إدارة المستشفيات**. الأردن: دار المسيرة.
82. فريد راغب النجار. (2015) . **إدارة المستشفيات وشركات الأدوية**. الإسكندرية: الدار الجامعية.
83. فريد كورتل. (2009) . **تسويق الخدمات** .عمان: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع.
84. فؤاد بن غضبان. (2022) . **جغرافية الخدمات** .دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
85. فوزية رمضان أيوب. (1985). **علم الاجتماع الطبي**. القاهرة: مكتبة نهضة الشرق.
86. قاسم نايف علوان المحياوي. (2006). **إدارة الجودة في الخدمات – مفاهيم وعمليات وتطبيقات**.
87. مادلين غراويتز. (1993). **مناهج العلوم الاجتماعية**. ترجمة سام عمار. مراجعة فاطمة الجيوشي. دمشق، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق.

88. مالك بن نبي. (1985). **ميلاد مجتمع – الجزء الأول شبكة العلاقات الإجتماعية**–. (ترجمة: عبد الصبور شاهين) دمشق – سورية: دار الفكر.
89. محمد الجوهري. (2007). **المدخل الى علم الاجتماع**. مصر: دار المعرفة الجامعية.
90. محمد الصيرفي .(2016) .**التسويق الصحي**، (الطبعة الأولى). القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
91. محمد بن محمد بن أحمد القرشي. (1976). **معالم القُربة في أحكام الحِسبة**. مصر : مركز النشر مكتب الإعلام الإسلامي
92. محمد عبابو. (2015). **سوسيولوجيا الصحة** – دراسة نظرية –.
93. محمد عبد الحميد البوشي. (2021). **الإسلام و الطب**. وكالة الصحافة العربية.
94. محمد عبد العال النعيمي، و آخرون. (2015). **طرق ومناهج البحث العلمي**. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.
95. محمد عبد المنعم شعيب. (2014). **إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي: الإدارة المعاصرة نظم المعلومات، نظم اقتصاديات الصحة، نظم الإدارة الموقفية** .دار النشر للجامعة.
96. محمد عبيدات، و آخرون. (1999). **منهجية البحث العلمي** – القواعد ، المراحل ، التطبيقات –. عمان: دار وائل للنشر.
97. محمد عدمان مريزق. (2012). **مداخل في الادارة الصحية**. عمان – الأردن: دار الراية للنشر والتوزيع.
98. محمد عصام طربيه، و شادي أحمد أبو خضرا. (2009). **أساسيات في علم الاجتماع الطبي** (الطبعة الاولى). عمان: دار حمورابي للنشر والتوزيع.
99. محمد محمود مصطفى. (2015). **التسويق الاستراتيجي للخدمات**. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.
100. محمود محمد علي محمد. (2023). **أثر الطب الشرقي القديم على الطب الإغريقي** (الطبعة الأولى).
101. مختار السويفى. (1998). **روائع الأدب العالمي**، مكتبة الدار العربية.
102. المخيمر عبد العزيز ، و الطعامنة محمد. (2007). **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات** – المفاهيم والتطبيقات – . القاهرة: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
103. مروى محمد عبد الحليم. (2016). **استراتيجيات التسويق لخدمات القطاع العام**. المملكة العربية السعودية، معهد الادارة العامة: مركز البحوث.
104. مروى محمد عيد ابراهيم. (2016). **استراتيجيات التسويق لخدمات القطاع العام**. معهد الإدارة العامة، مركز البحوث. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
105. مصطفى ابراهيم عوض، و آخرون. (2005). **الانتروبولوجيا الطبية**. مصر: دار المعرفة الجامعية .
106. مصطفى يوسف كامل. (2021). **إدارة المؤسسات الطبية**. دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع .
107. مضر زهران. (2013). **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية**. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
108. معتصم تركي الضلاعين. (2020). **علم الاجتماع الطبي**. دار الخليج للنشر والتوزيع.
109. مليكة غواري . (2020). **جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية** . دار اليازوري للنشر والتوزيع.
110. موريس أنجرس. (2006). **منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية – تدريبات عملية**. (ترجمة: بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون). الجزائر: دار القصبة للنشر.
111. مؤسسة رواد الترجمة. (1441). **موسوعة المصطلحات الإسلامية – الجزء الثالث** –. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
112. نادية سعيد عيشور وآخرون. (2018). **سوسيولوجيا الصحة في المجتمع الجزائري**. جامعة الجزائر 1: مؤسسة حسين راس الجبل للنشر والتوزيع.
113. نادية محمد السيد عمر. (2003). **علم الاجتماع الطبي (المفهوم والمجالات)**. دار المعرفة الجامعية.

114. ناصر بوكلي حسن. (2022). **الصحة المجتمعية** (الطبعة العربية الاولى). الكويت: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية.

115. نجلاء عاطف خليل. (2006). **في علم الاجتماع الطبي – ثقافة الصحة والمرض**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

116. نعيم العبد عاشور، ورشيد نمر عودة. (2006) .**مبادئ التسويق**. (الطبعة العربية). عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

117. نور الدين حاروش. (2012). **الادارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**. عمان – الاردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

118. نور الدين حاروش. (ديسمبر، 2008). **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**. (الطبعة الأولى). الجزائر: دار كتامة للكتاب.

119. نور الدين حاروش. (2016). **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني**. (الطبعة الأولى). الجزائر: دار الطباعة للنشر والتوزيع.

120. هورست كلينكل. (1990). **حمورابي البابلي وعصره**. ترجمة محمد وحيد خياطه، دار المنارة للدراسات والترجمة والنشر، سوريا.

121. والاس رث. (2010). **النظرية المعاصرة في علم الاجتماع**. (ترجمة: محمد عبد الكريم الحوراني). عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

122. ويليام باينم. (2016). **تاريخ الطب**. (ترجمة: لبنى عماد تركي). مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة.

123. ينفين أحمد غباشي. (2000). **ديناميكية العلاقات العامة الداخلية**، صورة المنشأة، آليات إدارة الأزمات. القاهرة: دارالنهضة العربية.

ج– الأطروحات والرسائل:

1. أحلام دريدي. (2014). **دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية** دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة رزيق يونس (رسالة ماجستير). جامعة محمد خيضر بسكرة.

2. أحمد خليفة محمد الدلابيج. (2015). **جودة الخدمات الصحية المقدمة من مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي من وجهة نظر متلقي الخدمة** (رسالة ماجستير). جامعة آل البيت.

3. إكرام لروي. (2014). **إرادة المريض في العقد الطبي في التشريع الجزائري**، (رسالة ماجستير في القانون الخاص الأساسي). جامعة العقيد دراية – أدرار.

4. حسان بوزيان. (جويلية, 2013). **أثر جودة الخدمات على رضا الزبون** – دراسة ميدانية على مؤسسة اتصالات الجزائر في مدينة العلمة – سطيف (رسالة ماجستير). كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير: جامعة سعد دحلب البليدة.

5. خيرة حابي. (2016). **الاحتراق النفسي لدى الأطباء المختصين** (دراسة تحليلية لممارسي الطب التخصصي في المؤسسات الاستشفائية والعيادات الخاصة لولاية تيارت (أطروحة دكتوراه). جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم.

6. دلال السويسي. (2012). **نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية** – دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة (رسالة ماجستير). جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

7. رشيدة كرمبيط. (2018). **الخدمة الصحية من منظور سوسيولوجي** – دراسة ميدانية بالمؤسستين الاستشفائيتين فرانتز فانون الجامعي وإبراهيم بن عبد الله تيريشين بالبليدة (أطروحة دكتوراه). جامعة الجزائر 3.

8. رضا عمر شنتير. (2013). **النظام القانوني للصحة العمومية**، (أطروحة دكتوراه)، القانون العام، جامعة الجزائر 01 كلية

الحقوق بن عكنون.

9. رمزي العباسي. (2020). **تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة من وجهة نظر الزبون** – دراسة حالة عينة من المؤسسات بولاية عنابة (أطروحة دكتوراه). جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي.
10. رمزي قاسم حسن صالح. (2021). **محددات الطلب على الخدمات الصحية** – دراسة تطبيقية على مدينة الحديدة – (رسالة ماجستير). جامعة صنعاء، كلية التجارة و الاقتصاد .
11. سارة رجيمي. (2023). **دور ذكاء الأعمال في تحقيق جودة الخدمات الصحية**، دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية (أطروحة دكتوراه). ميلة، معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير: المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف.
12. سعاد حمدية. (2011). **استخدام نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة (ABC) في تحديد تكلفة الخدمة الصحية** – دراسة حالة: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (قسم الأشعة) – بسكرة –(رسالة ماجستير) . كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير: جامعة محمد خيضر بسكرة.
13. سعاد شايب. (2007). **الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وطروف العمل** – دراسة ميدانية للأطباء في مستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة – (رسالة ماجستير). كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية: جامعة الجزائر.
14. سعدية خامت. (2020). **الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية** – دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية و الخاثة في الجزائر – (أطروحة دكتوراه). البويرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير: جامعة أكلي محند أولحاج.
15. عائشة لشهب. (2023). **الاتصال الداخلي بالمؤسسة الاستشفائية في ظل استخدام تكنولوجيات الاتصال الحديث ودوره في تحسين الخدمة الصحية** –دراسة ميدانية لعينة من مستخدمي الصحة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجيلالي بن عمر – (أطروحة دكتوراه). الوادي: جامعة الشهيد حمه لخضر.
16. عبد العالي غيشي. (2007). **أهمية نوعية الإتصال في تحسين الخدمات** –دراسة حالة الخدمات المصرفية بمدينة قسنطينة – (رسالة ماجستير). قسنطينة، كلية التسيير و العلوم الاقتصادية و التجارية: جامعة منتوري.
17. عبد الله حمادو. (2020). **أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية** – دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية الجزائرية (أطروحة دكتوراه). جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
18. عبد المنعم بن فرحات. (2018). **انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات** – دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر بسكرة.
19. عبدو عيشوش. (2009). **تسويق الخدمات المصرفية في البنوك الإسلامية** – دراسة حالة – (رسالة ماجستير). جامعة الحاج لخضر – باتنة –، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير: جامعة الحاج لخضر.
20. عزالدين زكي عكيلة. (2013). **أثر مستوى المعيشة على الخدمات الصحية والتعليمية في محافظات غزة** (رسالة ماجستير). الجامعة الاسلامية غزة، كلية الاداب.
21. علي عبد الجليل علي الغزالي. (2014). **جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى** – دراسة ميدانية على المستشفيات العامةالواقعة في نطاق مدينة بنغازي –(رسالة ماجستير). كلية الاقتصاد: جامعة بنغازي.
22. فاروق مداس. (2017). **المؤسسة الاستشفائية ورهان جودة الخدمة الصحية** –دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية بالدويرة الجزائر (أطروحة دكتوراه). جامعة الجزائر 2.
23. فطيمة لبصير. (2008). **واقع العلاقات العامة في البرلمان الجزائري** – مجلس الأمة أنموذجا – (رسالة ماجستير في الإتصال والعلاقات العامة). جامعة منتوري قسنطينة.
24. قادة بن مغنية.(2017). **الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي** – دراسات حالة (أطروحة دكتوراه). كلية العلوم

الاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.

25. ليدية صاحب. (د.س). **علاقة الطبيب بالمريض الخضوع**، التبصير أو التوافق (رسالة ماجستير في القانون). كلية الحقوق جامعة مولود معمري تيزي وزو.
26. محمد بوديسة. (2015). **تأثير جودة الخدمات الفندقية في السياحة دراسة مقارنة الجزائر** – تونس (أطروحة دكتوراه). كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير: جامعة الجزائر.
27. محمد طويل. (2012). **مقاربة سوسيولوجية لانتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري**، دراسة ميدانية على عينة من المرضى المصابين بالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب بمستشفى مصطفى باشا مصلحتي أمراض القلب و السكري (أطروحة دكتوراه). كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية: جامعة الجزائر 2.
28. محمد قايد. (2013). **التنظيم في قطاع الصحة** – دراسة ميدانية للمستشفى الجامعي اسعد حسني بني مسوس –(رسالة ماجستير). جامعة الجزائر 3: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية قسم علم الاجتماع، تخصص تنظيم وعمل.
29. محمد هرماس. (2021). **متطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية** – دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة (أطروحة دكتوراه). جامعة زيان عاشور الجلفة.
30. مكي الحاج. (2022). **العنصر البشري ودوره في تحسين جودة الخدمات الصحية** –دراسة حالة مستشفى طب العيون "صداقة الجزائر – كوبا "الجلفة (أطروحة دكتوراه). تيبازة، معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير: المركز الجامعي مرسلي عبد الله .
31. مليكة طيب سليمان. (2016). **تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض: تطبيق نموذج سرفكوال** – دراسة عينة من المؤسسات الصحية العمومية (أطروحة دكتوراه). جامعة البليدة 2.
32. نجية ضحاك . (2012). **تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحيه بالجزائر دراسه حاله المؤسسات الاستشفائيه في القطاع العمومي** (أطروحة الدكتوراه). جامعه الجزائر 3، كليه العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير.
33. وفاء سلطاني. (2016). **تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها** – دراسة ميدانية بولاية باتنة (أطروحة دكتوراه). جامعة باتنة 1.
34. يوسف حجو. (2022). **دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية** – دراسة حالة (أطروحة دكتوراه). جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف.

ح– المقالات:

1. أروى محمد عبد الله العون وآخرون. (2022). **دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات** الصحية (دراسة تطبيقية على مستشفى السعودي الألماني – عسير). مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، 6(9)، 88–106.
2. إسلام لبصير، وأنيسة العسكري. (2021). **أثر النظافة الاستشفائية والوقاية وجمع النفايات الطبية على رضا الموظفين في المستشفى** –دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالرويبة. المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، 6(1)، 948–974.
3. أسماء بلهادي. (2014). **دور العرب والمسلمين في تطوير علوم الطب وأثره في عصر النهضة الأوروبية الحديثة** .مجلة مشكلات الحضارة، 2(2)، 34–44.
4. أكرم محمود حسن، وزينة غانم العبيدي. (2006). **تبصير المريض في العقد الطبي**. الرافدين للحقوق، 8(30)، 1–73.
5. أمير جيلالي. (2009). **معوقات تسويق الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية**. مجلة علوم الاقتصاد والتسيير

والتجارة، 13(2)، 49-74.

6. أميمة خديجة حميدي، و عبد المجيد لخذاري. (3 .7. 2023). **حماية مستخدمي الصحة في ظل المتغيرات الجديدة.** مجلة البحوث في الحقوق والعلوم السياسية، المجلد 9(العدد 1)، الصفحات 295-313.
7. أمين عبد العزيز حسن. (1993). **الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها.** مجلة الإدارة (العدد الثالث).
8. بختة بطاهر. (30 .6. 2018). **دور التسويق الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية** – مستشفى محمد بوضياف بغليزان نموذجا –. مجلة المنهل الاقتصادي(العدد الأول)، الصفحات 23-38.
9. بن عيشي عمار. (2017). **أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون (المرضى)**، دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة – الجزائر .مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية (العدد السادس)، 7-25.
10. تركي حامد ساعد الحارثي. (4, 2022). **العوامل المؤثرة في تسويق خدمات الرعاية الصحية – دراسة ميدانية على القطاع الصحي بمحافظة الطائف** –. المجلة الالكترونية الشاملة متعددة التخصصات(العدد 46).
11. جميلة مديوني. (2018). **تحليل مكامن القوة والضعف التي تواجه الرعاية الصحية في ظل الظروف الاقتصادية العربية الراهنة.** مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، المجلد 14(العدد 19)، الصفحات 91-110.
12. حمزة كواديك. (15 .9. 2021). **مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين** (عرض تجارب دولية لمؤسسات صحية رائدة). مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية، المجلد 5(العدد 2)، الصفحات 267-284.
13. رشيد سالمي، وعائشة بوسطة. (1 .6, 2014). **أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون.** مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد 3(العدد الخامس)، الصفحات 137-157.
14. رشيدة كرمبيط، و رابح درواش . (د-س). **دور المؤسسة الاستشفائية في تحقيق مطلب الصحة.** مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 7(العدد 1)، الصفحات 98-117.
15. ريضا بن مقلة. (13 .7. 2023). **ثقافة الصحة والمرض لكل من الطبيب والمريض وتأثيرها على العملية العلاجية.** مجلة رفوف – مخبر المخطوطات – جامعة أدرار – الجزائر، المجلد: 11 (العدد 02)، الصفحات 542 – 560.
16. سارة رجيمي، وأبو بكر بوسالم. (2022). **أثر جودة الخدمات الصحية على رضا** المرضى (دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة). مجلة جديد الاقتصاد، 17(1)، 210-232.
17. سعاد بلال محمد العباسي. (2017). **معوقات عمل الاخصائي الاجتماعي الطبي مع جماعات المرضى بالمستشفيات الحكومية بمدينة بريدة.** الصفحات 86-107.
18. سعد هليل العنزي وآخرون. (2022). **العوامل المؤثرة على تفضيل المرضى للقطاع الصحي الخاص** (دراسة تطبيقية في محافظة حفر الباطن). المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، 3.(38)
19. سفيان غواس، و سليمان كعوان. (26 .10. 2021). **تحرير قطاع الخدمات كآلية للتنويع الاقتصادي في الجزائر.** مجلة أبحاث إقتصادية معاصرة، الصفحات 233-250.
20. صباح سفاري، ونزيهة خليل. (2024). **تفسير العلاقة بين نوعية الخدمات الصحية ودرجة الرضا لدى المرضى في المؤسسات الصحية.** مجلة أبحاث، 9(1)، 121-138.
21. صباح سفاري، ونزيهة خليل. (2025). **أثر مستوى الخدمات الصحية على رضا النساء المقيمات المستفيدات من خدمات التوليد**، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد سليمان عميرات –مسيلة– مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد 1، 676-654.
22. صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون. (2011). **قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية**، دراسة تطبيقية في مستشفى

الفيحاء العام .مجلة الدراسات الإدارية، 4(7).

23.ظاهر رداد القرشي، و محمود حسين أبو جمعة. (2020). **أثر الكفاءات البشرية على تسويق الخدمات العلاجية في المستشفيات الأردنية الخاصة من وجهة نظر المرضى غير الأردنيين.** مجلة المثقال للعلوم الإقتصادية والإدارية، المجلد السادس(العدد 2).

24.عامر سليمان ابراهيم أبو شريعة. (1 .12. 2013). **تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية** (خدمات الترفيه وخدمات الزيارة نماذج للدراسة في مستشفى الشفاء). مجلة العبقري. تاريخ الاسترداد 27 2, 2024، من https://www.amazon.com/%D8%A7%D9%84%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A%D8%A9-

25.عامر سليمان إبراهيم أبو شريعة، و وآخرون. (1. 12. 2012). **رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية** (خدمات التغذية وخدمات النظافة نماذج لدراسة مقارنة بين مستشفي الشفاء وغزة الأوروبي). مجلة العلوم الإسلامية.

26.عبد الرحمان بن أحمد الوروري. (د.س). **العلاقة بين الطبيب و المريض وأثرها في تفعيل العلاج وسبل تطويرها** " دراسة ميدانية على عينة من المرضى المنومين بالمستشفى الوطني بالملز – الرياض – ". الجمعية المصرية للقراءة والمعرفة – عضو الجمعية الدولية للمعرفة ILA.

27.عبد القادر دبون. (2012). **دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات** الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة) .مجلة الباحث (العدد 11)، 215-224.

28.عبد الله حمادو، وأحمد بن عيشاوي. (2018). **أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية** (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة). مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، 12(26)، 1-20.

29.عبلة عبد الحميد محمد بخاري ، و ياسمين جمال أبو داود . (19. 1. 2018). **تقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية خلال الفترة 1990-2014.** العلمية للاقتصاد والتجارة، الصفحات 589-648.

30.عصام سمير دلول. (4 .8. 2019). الرقابة وضبط الجودة في نظافة المستشفيات دراسة مقارنة بين "مستشفى العيون و مستشفى الرنتيسي. الصفحات 1-41. تم الاسترداد من https://pulpit.alwatanvoice.com/content/print/498902.html

31.علي لبوخ. (2016). **الممرض داخل المؤسسة الاستشفائية بين هوية المجتمع المحلي والهوية المهنية** دراسة ميدانية لعينة من الممرضين بمصلحة الاستعجالات بالمستشفى الجامعي لمدينة سيدي بلعباس .مجلة المواقف للبحوث والدراسات في المجتمع والتاريخ، 11(1)، 363-391.

32.عمار زيدان ، و حسن بن كادي. (31 .5. 2023). **التجربة الجزائرية في رقمنة القطاع الصحي.** المجلة الدولية للنحوث القانونية والسياسية، المجلد 7(العدد 1)، الصفحات 150-172.

33.عميروش بوشلاغم، منصف شرفي، ونعيمة غلاب. (2017). **دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر** .مجلة دراسات اقتصادية، 1(04)، 312-331.

34.فاطمة الزهراء براحيل. (2009). **دور الطبيب في العلاج الطبي** .التواصل (العدد 24)، 191-203.

35.فاطمة محمد أبوراس، وأمل إمحمد إقيمع. (2022). **التحليل السوسيولوجي لدور الطبيب.** مجلة العلوم الإنسانية (العدد 25).

36.فاطمة مساني. (30 جوان, 2013). **أنماط التفاعل الاجتماعي بين الأطباء و المرضى من منظور سوسيولوجي.** العلوم

الاجتماعية و الإنسانية، المجلد 8، العدد 15، الصفحات 192-160.

37.فاطمة نفيدسة. (فبراير, 2012). **الدور الاجتماعي للمرأة التارقية.** مجلة آفاق، المجلد 4(العدد السادس)، الصفحات 287-261.

38.فاطيمة الزهراء بن يمينة، و عثمان بوزيان. (1. 6. 2018). **نموذج الأداء الفعلي "SERVPERF" لقياس جودة الخدمات البنكية من وجهة نظر الزبون دراسة عينة من زبائن بنك الفلاحة والتنمية الريفية لولاية_** عين تيموشنت_. السياسات الاقتصادية في الجزائر، المجلد 6(العدد 1)، الصفحات 1-18.

39.فريد كورتل، ومحمود بولصباع. (2013). **تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية لميلة من وجهة نظر المرضى** .معارف، 8(15)، 241-272.

40.فهيمة خليفاوي، وزهرة كشرود. (2023). **خصائص الخدمة الصحية وعلاقتها بتنامي ظاهرة العنف في المؤسسات الاستشفائية** – دراسة ميدانية لعاملين بالقطاع الصحي ممن عايشوا الظاهرة .مجلة الوقاية والأرغنوميا، 17.(2)

41.فواد جلال محمود، وعبد الله يوسف طيب. (2019). **أثر الراحة النفسية في التصميم الداخلي لغرف إقامة المرضى في المستشفيات العامة في مدينة السليمانية حالة دراسية**Sulaimani Journal for Engineering Sciences ،. 6(4). 32-13.

42.كمال بوغديري. (2017). **المقاربة الأنثروبولوجية للصحة والمرض.** مجلة البدر، المجلد 09(العدد 11)، الصفحات 507-492.

43.لبنى سناني .(2023). **جودة الخدمات الصحية: مدخل مفاهيمي.** مجلة سوسيولوجيا، 7(1)، 57-68.

44.لخضر بن العيد طاهري. (2021). **أثر الحضارة الإسلامية على الثقافة الصحية في أوروبا خلال القرون الوسطى .** مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 12(1)، 298-321.

45.ليلى بوحديد، و الهام يحياوي. (د.س). **تقييم جودة الخدمات الفندقية ومستوى رضا الزبائن عنها:** دراسة حالة. مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، الصفحات 224-248.

46.محمد بن جمعة، وزوليخة سنوسي. (2023). **الرقمنة لإصلاح المستشفيات العمومية الجزائرية – فرص وتحديات .** مجلة الاقتصاد الجديد، 14(1)، 602-617.

47.محمد بن سالم بن شارع الشمري. (2023). **مشكلات المرضى طويلي الإقامة ودور الأخصائي الاجتماعي في مواجهتها** (دراسة مطبقة في مستشفيات منطقة حائل). مجلة الخدمة الاجتماعية، 77(3)، 15-41.

48.محمد جلاب ، و يسمينة آيت مولود. (31 .12. 2022). **استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الممرضين في ظل جائحة كورونا.** مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الاجتماعية، الصفحات 55-70.

49.محمد علي الشمري. (4, 2017). **تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لعلاج الأمراض المعدية.** المجلة الالكترونية الشاملة متعددة التخصصات(العدد الاول).

50.محمد لمين بن عروس. (2021). **الدور والمكانة الاجتماعية في المجتمع.** مجلة العلوم القانونية والاجتماعية جامعة زيان عاشور بالجلفة الجزائر، 6(4)، 554-574.

51.مريم بورشروش، ولحسن فرطاس. (2021). **الدور الجهوي لحاضرات قسنطينة على مستوى الخدمات الصحية – دراسة تحليلية للمركز الاستشفائي الجامعي بن باديس 2018.** مجلة العلوم الإنسانية، 32(3)، 455-473.

52.مكرم ناصر عبد الرحمن وآخرون. (2021). **دور التغذية العلاجية في تحسين مستوى الخدمات الطبية بالمستشفيات الجامعية في ضوء التخطيط والتنمية.** مجلة كلية السياحة والفنادق، 5(1/2)، 154-168.

53.مها حسن رشيد وآخرون. (2020). **ملامح عامة حول الطب في حضارة بلاد الرافدين في ضوء النصوص المسمارية.**

مجلة إكليل للدراسات الإنسانية، 1(4)، 89-120.

54.مومن بكوش الجموعي، و أحمد جلول. (31 .3. 2021). **التفاعل الإجتماعي ومختلف صوره – مدخل نظري –**. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الإجتماعية، الجزائر : جامعة قاصدي مرباح ورقلة، المجلد 13(العدد 1)، الصفحات 307-318.

55.نجاة فريحة، وفلة غيدة. (2018). **مدى تحقيق التنمية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية بمساهمة للممارسات التسويقية الصحية** – دراسة تطور التغطية الصحية للجزائرAL-RIYADA For Business Economics، 4(2)، 201-218.

56.يونس حمادي علي، وخديجة حسن جاسم .(2020) . **علم الاجتماع الطبي في ميدان الصحة والمرض** .دراسات اجتماعية (العدد 44)، 57-78.

د- الملتقيات:

1.رحماني محمد مختار، و آخرون. (2025). **المسؤولية المدنية للمؤسسات الخاصة للصحة ومهنيي الصحة العاملين بها**، ملتقى دولي يومي 18/17 ديسمبر 2024 بفندق الشيراتون. تأليف شرشالي بوعلام ، مدير بوزارة الصحة، الإطار التنظيمي للمؤسسات الخاصة للصحة. عدد خاص، الصفحات 14- 17. مجلة المحكمة العليا، قسم الوثائق والدراسات القانونية والقضائية.

2.لطفي هلالي، ومحمد ميلودي. (2023). **توجه الجزائر نحو رقمنة قطاع الصحة في سبيل تحقيق جودة الخدمات الصحية**. الملتقى الوطني الأول حول الخدمات الصحية في الجزائر واقعها وآفاق تحسينها. جامعة الجزائر3.

ذ- المحاضرات:

1.عبد العالي دبلة. (2023). **الأساس الإجتماعي للصحة والمرض والطب** – محاضرات لطلبة الدكتوراه تخصص علم الاجتماع الصحة والعمل السنة الأولى، جامعة محمد خيضر بسكرة.

ر- الجرائد والتقارير الرسمية:

1. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية**. 29 جويلية 2018. قانون رقم 18-11 مؤرخ في 18 شوّال عام 1439 الموافق 2 جويلية سنة 2018، يتعلق بالصحة. العدد 46.
2. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية** .13 أوت 2003 . المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 المحدد لأنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية أول نوفمبر بوهران وتنظيمه وسيرها .العدد 48.
3. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية** .17 أفريل 2018. المرسوم الرئاسي 18/114 المتعلق بالقانون الأساسي النموذجي للمستشفى المختلط. العدد 22.
4. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية**. (1996). المرسوم التنفيذي رقم 92-96 المؤرخ في 14 شوال 1416هـ، الموافق لـ 1996/03/03، المتعلق بالتكوين وتحسين الأداء للموظفين. العدد 16.
5. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية**. (1997). المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها. العدد 81.
6. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية**. (1997). المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق ل 2 ديسمبر سنة 1997، يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها. العدد 81.
7. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية**. (2007). المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام

1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. العدد 33.

8. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية.** (2012). قرار وزاري مشترك مؤرخ في 21 صفر عام 1433 الموافق 15 يناير سنة 2012، يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية .العدد 20.

9. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية.** (2013). مرسوم تنفيذي رقم 13-288 مؤرخ في 23 رمضان عام 1434 الموافق أول غشت سنة 2013، يتضمن إنشاء اللجان الاستشارية الاستشفائية الجامعية وتحديد صلاحياتها وتنظيمها وسيرها . العدد 41.

10. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية،** العدد 46، بتاريخ 29 جويلية 2018، القانون رقم 18-11 لعام 2018 المتعلق بالصحة.

11. **المرسوم التنفيذي** رقم 92-276 المؤرخ في 06 جويلية 1992 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب).

12. منظمة الصحة العالمية. (2021). **العناية بمقدمي الرعاية الصحية البرامج الوطنية للصحة المهنية للعاملين الصحيين - موجز السياسات.**

ز - المواقع الإلكترونية:

1. الإذاعة الجزائرية 22 فيفري 2023. **الحكومة تدرس إنشاء 6 مستشفيات متخصصة.** تم الاسترداد في 26 ديسمبر 2023، من: https://news.radioalgerie.dz/ar/node/22164

2. البغدادي 19 أفريل 2022. **الغابة العربية - كيف نظم حمورابي مهنة الطب في بابل.** تم الاسترداد في 18 ديسمبر 2023، من: https://arabfrst.com/xn/threads/7926/#post-171391

3. حاتم البيطار. بلا تاريخ **SlideShare. من Scribd** تم الاسترداد في 2 جانفي 2024، من: https://www.slideshare.net/ssuser434f85/6-pdf-255322214

4. حسن القضاة. **Slideplayer. (2016).** تم الاسترداد في 12 ديسمبر 2023، من: https://slideplayer.com/slide/14697311/

5. مجلة الجودة الصحية 9 أكتوبر 2016. **معوقات تطبيق الجودة في المستشفيات الحكومية.** تم الاسترداد في 27 جانفي 2024، من: https://m-quality.net/?p=13386

6. منظمة الصحة العالمية. (2015). **تقرير حول إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس.** تم الاسترداد في 12 ديسمبر 2023، من: https://www.who.int/ar

7. منظمة الصحة العالمية 17 فيفري 2017. **تقرير حول طرق تحسين جودة الرعاية في المرافق الصحية.** تم الاسترداد في 18 أكتوبر 2023، من:
https://www.who.int/ar/news-room/feature-stories/detail/10-ways-to-improve-the-quality-of-care-in-health-facilities

References in a foreign language

A. Dictionaries

1. **Almaany**. (2010-2024). https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%88%D8%B9%D9%8A%D8%A9/. تاريخ الاسترداد 14 1, 2024.
2. Larousse. (1997). **Dictionnaire de Français**,Larousse Bordas, Limprimerie Maury-Eurolivres à Manchecourt. Imprimé en France.

B.Book

1. A.ZEITHAML VALARIE ،A.PARASURAMAN و ،LEONARDI BERRY .(2018) . **DELIVERING QUALITY SERVICE** - Balancing Customer Perceptions and Expectations .- the United States of America: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
2. Anne-Marie, B., & Chris**, Y**. (2016). **UNDERSTANDING THE SOCIOLOGY OF HEALTH**. london: SAGE Publications India.
3. BERNARD, H. (1990). **L'hôpital et son projet d'entreprise**. Toulouse : édition privat.
4. Caly, F , & Jambert, C. (2002). **La Qualité dans le service, Fondements**, Témoignages, Outils. Economica. 2eme Edition . Paris.
5. CLAUDINE HERZLICH. (2003). **La maladie et la santé comme objets sociologiques**. Paris.
6. djellel, F., & autre. (2004). **l'hopital innovateur de l'innovation medicale a l'innovation de service** . Masson , Paris.
7. François steudler. (1972). Sociologie médicale . Paris: Librairie Armand colin.
8. Jochen Wirtz، و Christopher Lovelock. (2016). **SERVICE MARKETING**. British: World Scientific Co. Inc.
9. Kisling, L., & M. Das, J. (2023). **Prevention Strategies. University of Colorado: StatPearls Publishing LLC.**
10. Mohana Rao, R. (2007**). Service Marketing**. India: Published by Dorling Kindersley (India) Pvt. Ltd., licensees of Pearson Education in South Asia.
11. MYEUNG, B. (s.d**.). Le protecteur de la santé public. Pyongyang** , Corée: Edition on longs étrangères.
12. Paul I ., A., & George V ., C. (2012). **Toward a New Definition of Health PSYCHOSOCIAL DIMENSIONS**. NEW YORK AND LONDON.
13. Saqib, Mohd. Community Mental Health Nursing and Dementia Care. EduGorilla Publication. 2024
14. Smajdor, A., & others. (2022). **MEDICAL ETHICS AND LAW. United Kingdom**: OXFORD UNIVERSITY PRESS.

C.Theses

1. Bergh, D. (2011). **Social Relations and Health . How do the associations vary across contexts and subgroups of individuals**? Karlstad University Studies , Faculty of Social and Life Sciences.
2. BOUADI , S. (Sans année). **le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier, cas EPH AIN ELHAMMAM thèse de magistère en sciences économiques**. TIZI- OUZOU: université Mouloud MAAMRI.

D.Articles

1. Aditi , n. (2009). **factors offecting patient satisfaction and health care quality**, international journal of healthcare. vol22(no4).
2. C. Zygourakis, C., & others. (2014, March 29). **What do hotels and hospitals have in common? How we can learn from the hotel industry to take better care of patients. Surgical Neurology International**, pp. 49-53.
3. C.L. Avadhani, & and others. (2020, March). **ROLE OF PARAMEDICAL STAFF AND ITS IMPACT ON PATIENT SATISFACTION AND EXPECTATIONS IN HEALTHCARE SECTOR** – A REVIEW. INTERNATIONAL JOURNAL OF CREATIVE, Volume 8(, Issue 3).
4. Duhart, (., & Charton, B. (1973). **Reforme hospitaliere et soin infirmier sur ordonnance médicale** , Revue Francaise de sociologie. France.

5. Garvin, D. (1987). A**. competing on the eight Dimension of Quality H.B.R.**
6. Gjerberg, E., & Kjølsrød , L. (2000). **The doctor–nurse relationship: How easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse**? Social Science & Medicine. Volume 52 (Issue 2), pp. 189-202. doi:https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00219-7
7. gounaris Spiros و ، boukis Achilleas. (2013). **the role of employee job satisfaction in strengthening customer repurchase Intentions**. journal of services marketing ،vol27(no4).
8. H. Dilek , S. (2018, 3 21). **Hotel Services In Hospitals. Journal of Tourism and Gastronomy Studies**. doi:DOI: 10.21325/jotags.2018.198
9. Harvey, L., & Green, D. (2009, February). **Defining Quality**. Volume 34(Number 1). p. 15)
10. Kaba R, & Sooriakumaran P. (2007, Feb). **The evolution of the doctor-patient relationship**. Int J Surg, 1(5), pp. 57-65. doi:doi: 10.1016/j.ijsu.2006.01.005. Epub 2006 Mar 3. PMID: 17386916.
11. Karima, A., & Wafaa, F. (2011). Nurse **– physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital**. Life Science Journal 8(2), pp. 140-146. Retrieved from http://www.lifesciencesite.
12. Kwame, A., & Pammla , M. (2021, September 03). **A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient way forward**. barriers, facilitators, and the way forward. BMC Nurs. doi:https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2
13. Lari , M., & others. (2019, 9 8). **Comparing the attitude of doctors and nurses toward factor of collaborative relationships**. Journal of Family Medicine and Primary Care, Volume 8(Issue 10), pp. 3263-3267. doi:https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_596_19
14. Molina, M., & Gallo, E. (2020). **Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17(3). doi:https://doi.org/10.3390/ijerph17030835
15. Neuberger J . BMJ. (1999, Jun 26). **Do we need a new word for patients? Lets do away with "patients"**. BMJ. doi:318(7200):1756-7. doi: 10.1136/bmj.318.7200.1756. PMID: 10381717; PMCID: PMC1116090.
16. Parsons, C. A. (2017, 2 15). "**Stratified Sampling**." In Wiley Stats Ref: Statistics Reference Online. doi:DOI: https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat05999.pub2
17. Ramazani et al, A. (2015). **service quality measurements, international journal of acadimic reseach in business and social sciences**. vol 5(no 2).
18. Sulek, Joanne, Metal. (1995). The Impact of Customer Service Management Service. Vol 41 (N° 11).
19. Toh HJ و ،others) .Mar, 2017 .(**Factors associated with prolonged length of stay in older patients** .Singapore Med J .138-134 الصفحات، doi:doi: 10.11622/smedj.2016158. Epub 2016 Sep 9. PMID: 27609507; PMCID: PMC5360868
20. Vouzavali, F. J.,and others. **"The patient is my space"**: Hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care. Nursing in Critical Care, 16(3), 2011, 140-151. https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2011.00447.x **p140)**

E.Government Documents and Reports and Organizations

1. DECLARATION OF ALMA-ATA. (6-12 September 1978**). International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR.
2. Direction de la santé et de la population de la wilaya de Msila. (2023). **Monographie sanitaire.**
3. Exotic pathology society. (2019**). healthcare-related infections and coregiver**

protection. France: available online:http://www.pathexo.fr/doc files/guide_module10.pdf].

F.Websites and electronic resources

1. Anjali Stenquist,**Magnet Nursing: 5 Advantages to Working in a Hospital with This** Designation,RasmussenUniversity,13.4.2020, https://www.rasmussen.edu/degrees/nursing/blog/magnet-nursing/, تاريخ الاسترداد1.4.2025
2. Arcenal, F. (2022, Jul 26). **Characteristics of Healthcare Provider**. Retrieved 2 17, 2024, from scribd: https://www.scribd.com/document/584195960/Characteristics-of-Healthcare-Provider
3. haddad, n. (2024). academia. Consulté le 1 26, 2024, sur https://www.academia.edu: https://www.academia.edu/40551455/%D8%AA%D8%B3%D9%88%D9%8A%D9%82_%D8%A7%D9%84%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A%D8%A9_
4. I'UMVF, C. é. (2011). Rapport sur: **"Hygiène hospitalière"**. France: Université Médicale Virtuelle Francophone.
5. **Organisation mondiale de la santé**. (2014, 2 مايو). منظمة الصحة العالمية: تطبيق العاملين الصحيين للنظافة الصحية الجيدة لليدين يحمي المرضى من العدوى المقاومة للأدوية. Retrieved 2 29, 2024, from https://www.who.int/ar/news/item/03-07-1435-good-hand-hygiene-by-health-workers-protects-patients-from-drug-resistant-infections
6. Relationships, P.-P. (Ed.). (1995 - 2021). **Code of Medical Ethics: Patient-Physician Relationships**. Retrieved 2 17, 2024, from American Medical Association: https://web.archive.org/web/20210602084817/https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/patient-physician-relationships
7. Royal College of Nursing. (December 2023). **RCN New Definition of Nursing**. London.
8. thearabhospital. (2024). Retrieved 2 27, 2024, **from Hospital Hotel Services .Welfare, physical and psychological health, and a new step towards the future:** https://www.thearabhospital.com/%D8%AA%D9%83%D9%86%D9%88%D9%84%D9%88%D8%AC%D9%8A%D8%A7/%D8%A7%D9%84%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D9%81%D9%86%D8%AF%D9%82%D9%8A%D8%A9-%D9%81%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA/
9. United Nations. (2017). **The role of the services economy and trade in structural transformation and inclusive development**. Multi-year Expert Meeting on Trade, Services and Development.Fifth session. 18–20 July 2017.Item 3 of the provisional agenda. Geneva. Retrieved 8 10, 2025
10. who. (2024). **Nursing and midwifery**. Retrieved 5 21, 2024, from https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab_1

الـمـلاحـق:

الملحق رقم (01)

قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
01	نور الدين حاروش	أستاذ التعليم العالي	علوم سياسية وعلاقات دولية	جامعة الجزائر **3**
02	سليمة حفيظي	أستاذ التعليم العالي	علم اجتماع التنمية	جامعة محمد خيضر بسكرة
03	زرفة بولقواس	أستاذ التعليم العالي	علم اجتماع التنظيم والعمل	جامعة محمد خيضر بسكرة
04	فوزية زنقوفي	أستاذ التعليم العالي	علم اجتماع الاتصال	جامعة **08** ماي **1945** قالمة
05	العمري عيسات	أستاذ التعليم العالي	علم اجتماع إدارة الموارد البشرية	جامعة محمد لمين دباغين سطيف **2**
06	فاروق يعلى	أستاذ التعليم العالي	علم اجتماع الحضري	جامعة محمد لمين دباغين سطيف **2**
07	جلال الدين بوعطيط	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العمل والتنظيم	جامعة **20** أوت **1955** سكيكدة

الملحق رقم (02)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر – بسكرة –
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

خاص بالأطباء والممرضين

السادة والسيدات الكرام، السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

تحية طيبة وبعد:

يسعدنا أن نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يدخل في إطار إعداد بحث علمي بعنوان: نوعية الخدمات الصحية وانعكاسها على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى (دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية –مسيلة–)، لاستكمال متطلبات الحصول على أطروحة الدكتوراه، لذا فإني ألتمس منكم أن تبدو آراءكم حول مختلف بنود الاستبيان من خلال الإجابة بكل صدق وموضوعية على جميع الأسئلة، إن سير البحث العلمي ومصداقية نتائجه يعتمد على مدى مساهمتكم وتوافق أجوبتكم مع حقيقة شعوركم وانطباعاتكم.

أجوبتكم ستحظى بالسرية الكاملة والعناية الفائقة، لكم مني كامل الشكر التقدير والاحترام.
ملاحظة: الرجاء وضع علامة (×) في الخانة المناسبة لرأيكم.

إعداد الطالبة:
صباح سفاري

إشراف الدكتورة:
نزيهة خـليل

2025/2024

المحور الأول: البيانات الشخصية

1. الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
2. السن:
   - من 20 إلى 30 سنة ☐
   - من 31 إلى 40 سنة ☐
   - من 41 إلى 50 سنة ☐
   - 51 سنة فأكثر ☐
3. الحالة العائلية: أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق ☐
4. الرتبة: طبيب ☐ ممرض ☐
5. عدد سنوات العمل:
   - أقل من 5 سنوات ☐
   - من 6 سنوات إلى 10 سنوات ☐
   - من 11 سنة إلى 15 سنة ☐
   - 16 سنة فأكثر ☐
6. المصلحة التي أعمل بها: الجراحة العامة ☐ الطب الداخلي ☐ الأمراض المعدية ☐

المحور الثاني: نوعية الخدمات الصحية

1- نوعية الخدمات الصحية العلاجية

الرقم	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
07	يتوفّر بالمستشفى الأدوية التي يحتاجها المرضى					
08	يتوفّر بالمستشفى الأجهزة الطبية ,Ecographie Scaner , IRM					
09	يتوفّر بالمستشفى كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى					
10	يتم إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة					
11	الخدمات الصحية متوفرة على مدار الساعة والأسبوع					
12	يتم الحصول على الفحوصات التشخيصية بسهولة					
13	يتم تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق					
14	وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية قليل					
15	يتوفّر بالمستشفى متخصصين في مختلف الأمراض					
16	يُساهم العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى					
17	الخدمات المقدمة تشمل كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء					

18	يعود المرضى للعلاج مرة أخرى في المستشفى إن اقتضى الأمر					

2- نوعية الخدمات الصحية الوقائية

الرقم	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
19	بيئة المستشفى خالية من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج)					
20	بالمستشفى أدوات للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات					
21	يُقدّم بالمستشفى حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة					
22	تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة					
23	يتم توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات					
24	يخضع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة					
25	تقدم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها					
26	المستشفى يلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية					
27	يُعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة					
28	يرتدي الأطباء والممرضون ملابس واقية					
29	يحرص المختصون بالمستشفى على متابعة التزامي بإجراءات النظافة الشخصية					
30	يُؤكّد الأطباء والممرضون على ضرورة إجراء فحوصات دورية وشاملة سنويًا					

3- نوعية الخدمات الصحية الفندقية

الرقم	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
أ	**<u>الإقامة</u>**					
31	يتوفّر المستشفى على غرف كافية لجميع المرضى					
32	الغرف مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح					
33	تتوافر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف					
34	عدد المرضى في الغرفة الواحدة مناسب					

35	يتوفّر بالمستشفى الأماكن الترفيهية المناسبة					
ب	**التغذية**					
36	يقدم بالمستشفى وجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا لاحتياجاتي الصحية					
37	يتم تقديم الوجبات في الوقت المناسب					
38	كمية الطعام المقدمة كافية					
30	الوجبات الغذائية المقدمة تحسّن صحة المرضى					
ج	**النظافة**					
40	تُغيّر المناشف والبياضات بانتظام، ويتم التأكد من نظافتها وتعقيمها					
41	تُنظّف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري					
42	دورات المياه نظيفة وأبوابها آمنة					
43	يتوفّر بالمستشفى مستلزمات النظافة كالماء والصابون					
44	هناك شعور بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة					

المحور الثالث: العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى

1- طبيب – مريض

الرقم	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
45	يمنح الطبيب الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم					
46	يمنح الطبيب المرضى فرصة المشاركة في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم					
47	يشرح الطبيب نتائج فحوصات المرضى بالتفصيل					
48	يستعمل الطبيب مصطلحات واضحة مفهومة					
49	يُحافظ الطبيب على سرية معلومات المرضى الطبية والاجتماعية					
50	هناك شعور بالارتياح والأمان بعد التعامل مع الأطباء					

2- ممرض – مريض

51	يستقبل الممرض المرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه					
52	يستجيب الممرضون لطلبات المرضى بشكل فوري					
53	يحرص الممرضون على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى					

54	يتعامل الممرضون باحترام مع المرضى					
55	يُقدّم الممرض الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي					
56	بعض الممرضين يقدمون خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية					

شكرا على تفهمكم وتعاونكم

الملحق رقم (03)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر – بسكرة –
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

خاص بالمرضى

السادة والسيدات الكرام، السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

تحية طيبة وبعد:

يسعدنا أن نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يدخل في إطار إعداد بحث علمي بعنوان: نوعية الخدمات الصحية وانعكاسها على العلاقة بين مستخدمي الصحة والمرضى (دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي –مسيلة–)، لاستكمال متطلبات الحصول على أطروحة دكتوراه، لذا فإني ألتمس منكم أن تبدو آراءكم حول مختلف بنود الاستبيان من خلال الإجابة بكل صدق وموضوعية على جميع الأسئلة. إن سير البحث العلمي ومصداقية نتائجه يعتمد على مدى مساهمتكم وتوافق أجوبتكم مع حقيقة شعوركم وانطباعاتكم.

أجوبتكم ستحظى بالسرية الكاملة والعناية الفائقة، لكم مني كامل الشكر والتقدير والاحترام.
ملاحظة: الرجاء وضع علامة (×) في الخانة المناسبة لرأيكم.

إعداد الطالبة: **إشراف الدكتورة:**
صباح سفاري **نزيهة خليل**

2025/2024

المحور الأول: البيانات الشخصية

1- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2- السن:

- من 20 إلى 30 سنة ☐
- من 31 إلى 40 سنة ☐
- من 41 إلى 50 سنة ☐
- 51 سنة فأكثر ☐

3- المستوى التعليمي: ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ دراسات عليا ☐

4- الحالة العائلية: أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق ☐

5- مدة الإقامة:

- أقل من أسبوع ☐
- من أسبوع إلى أقل من شهر ☐
- شهر ☐
- أكثر من شهر ☐

6- المصلحة التي أعالج بها: الجراحة العامة ☐ الطب الداخلي ☐ الأمراض المعدية ☐

المحور الثاني: نوعية الخدمات الصحية

1-نوعية الخدمات الصحية العلاجية

الرقم	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
07	يتوفّر بالمستشفى جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى					
08	يتوفّر بالمستشفى الأجهزة الطبية ,Ecographie Scaner , IRM					
09	يتوفّر بالمستشفى كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى					
10	يتم إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة					
11	الخدمات الصحية متوفرة على مدار الساعة والأسبوع					
12	يتم الحصول على الفحوصات التشخيصية بسهولة					
13	يتم تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق					
14	وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية قليل					
15	يتوفّر بالمستشفى متخصصين في مختلف الأمراض					
16	يُساهم العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى					

17	الخدمات المقدمة تشمل كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء					
18	يعود المرضى للعلاج مرة أخرى في المستشفى إن اقتضى الأمر					

2-نوعية الخدمات الصحية الوقائية

الرقم	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
19	بيئة المستشفى خالية من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، ضجيج)					
20	بالمستشفى أدوات للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات					
21	يُقدّم بالمستشفى حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة					
22	تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة					
23	يتم توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات					
24	يخضع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة					
25	تقدم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها					
26	المستشفى يلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية					
27	يُعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة					
28	يرتدي الأطباء والممرضون ملابس واقية					
29	يحرص المختصون بالمستشفى على متابعة التزامي بإجراءات النظافة الشخصية					
30	يُؤكّد الأطباء والممرضون على ضرورة إجراء فحوصات دورية وشاملة سنويًا					

3- نوعية الخدمات الصحية الفندقية

الرقم	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
أ	**<u>الإقامة</u>**					
31	يتوفّر المستشفى على غرف كافية لجميع المرضى					
32	الغرف مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح					

33	تتوافر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف					
34	عدد المرضى في الغرفة الواحدة مناسب					
35	يتوفّر بالمستشفى الأماكن الترفيهية المناسبة					
ب	**التغذية**					
36	يقدم بالمستشفى وجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا لاحتياجاتي الصحية					
37	يتم تقديم الوجبات في الوقت المناسب					
38	كمية الطعام المقدمة كافية					
30	الوجبات الغذائية المقدمة تحسّن صحة المرضى					
ج	**النظافة**					
40	تُغيّر المناشف والبياضات بانتظام، ويتم التأكد من نظافتها وتعقيمها					
41	تُنظّف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري					
42	دورات المياه نظيفة وأبوابها آمنة					
43	يتوفّر بالمستشفى مستلزمات النظافة كالماء والصابون					
44	هناك شعور بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة					

المحور الثالث: العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى

1-طبيب – مريض

الرقم	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	وافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
45	يمنح الطبيب الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوف المرضى والرد على استفساراتهم					
46	يمنح الطبيب المرضى فرصة المشاركة في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم					
47	يشرح الطبيب نتائج فحوصات المرضى بالتفصيل					
48	يستعمل الطبيب مصطلحات واضحة مفهومة					
49	يُحافظ الطبيب على سرية معلومات المرضى الطبية والاجتماعية					
50	هناك شعور بالارتياح والأمان بعد التعامل مع الأطباء					

2-ممرض – مريض

51	يستقبل الممرض المرضى بابتسامة ودية وبشاشة الوجه					
52	يستجيب الممرضون لطلبات المرضى بشكل فوري					

53	يحرص الممرضون على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى					
54	يتعامل الممرضون باحترام مع المرضى					
55	يُقدّم الممرض الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي					
56	بعض الممرضين يقدمون خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية					

شكرا على تفهمكم وتعاونكم

الملحق رقم (04): يوضح ثبات أداة جمع البيانات

أ- ثبات محور نوعية الخدمات الصحية

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	205	100,0
	Exclus[a]	0	,0
	Total	205	100,0
a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.			

Statistiques de fiabilité		
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments	القرار
,967	38	دال (ثابت)

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
يتوفّر بالمستشفى جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى	109,9122	1009,433	,535	,966
يتوفّر بالمستشفى الأجهزة الطبية Ecographie, Scaner , IRM	110,4244	1013,579	,543	,966
يتوفّر بالمستشفى كافة التحاليل الطبية اللازمة للمرضى	110,2098	1010,216	,588	,966
يتم إخبار المرضى عن موعد تلقي العلاج في أوقات محددة بدقة	109,6195	1005,649	,643	,966
الخدمات الصحية متوفرة على مدار الساعة والأسبوع	109,4878	1000,388	,684	,966
يتم الحصول على الفحوصات التشخيصية بسهولة	109,6439	1003,417	,679	,966
يتم تشخيص الحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق	109,6049	1001,064	,714	,966
وقت انتظار نتائج الفحوصات الطبية قليل	109,6488	1007,945	,642	,966
يتوفّر بالمستشفى متخصصين في مختلف الأمراض	109,3707	1006,587	,631	,966
يُساهم العلاج المقدّم في التخفيف من آلام المرضى	109,2878	1004,304	,648	,966
الخدمات المقدمة تشمل كافة مراحل العلاج من التشخيص حتى الشفاء	109,5805	1000,284	,704	,966
يعود المرضى للعلاج مرة أخرى في المستشفى إن اقتضى الأمر	109,4585	995,279	,702	,966
بيئة المستشفى خالية من الأخطار في جميع أرجائها (ضوضاء، مواد معدية)	110,0878	1013,649	,545	,966

بالمستشفى أدوات للوقاية من العدوى مثل الكمامات والمعقمات	109,8976	1001,014	,669	,966
يُقدّم بالمستشفى حملات تحسيسية عن خطورة الأمراض المنتشرة	110,0390	1000,449	,709	,966
تقدم نصائح وتوجيهات عن التغذية السليمة وممارسة الرياضة	109,7951	997,977	,716	,965
يتم توعية المرضى بالاحتياطات اللازمة لتجنب السقوط والاصابات	109,6439	998,358	,731	,965
يخضع المرضى لفحوصات دورية لقياس مستوى السكر والضغط ودرجة الحرارة	109,4488	1004,013	,655	,966
تقدم جلسات مع طبيب نفسي في حالة احتياج المريض إليها	109,7561	1008,156	,605	,966
المستشفى يلتزم بمعايير التعقيم للأدوات الطبية	109,5268	1002,456	,724	,965
يُعزل المرضى المصابون بأمراض معدية في غرف مخصصة	109,2390	1009,898	,577	,966
يرتدي الأطباء والممرضون ملابس وأقنعة واقية	109,4585	1007,436	,603	,966
يحرص المختصون بالمستشفى على متابعة التزامي بإجراءات النظافة الشخصية	109,7902	1004,039	,654	,966
يُؤكّد الأطباء والممرضون على ضرورة إجراء فحوصات دورية وشاملة سنويًا	109,5024	997,673	,716	,965
يتوفّر المستشفى على غرف كافية لجميع المرضى	110,0146	1010,260	,550	,966
الغرف مزودة بأثاث من النوعية الجيدة من أسرة قابلة للتعديل وفرش مريح	110,3415	1006,981	,597	,966
تتوافر خدمات التدفئة والتكييف داخل الغرف	109,5024	1017,496	,477	,967
عدد المرضى في الغرفة الواحدة مناسب	109,7561	1012,538	,556	,966

يتوفّر بالمستشفى الأماكن الترفيهية المناسبة	110,7512	1014,129	,556	,966
يقدم بالمستشفى وجبات غذائية متنوعة وساخنة وفقًا للاحتياجات الصحية للمرضى	110,1073	995,292	,680	,966
يتم تقديم الوجبات في الوقت المناسب	109,6244	997,422	0,683	,966
كمية الطعام المقدمة كافية	109,8488	989,413	,749	,965
الوجبات الغذائية المقدمة تحسّن صحة المرضى	110,1902	996,116	,731	,965
تُغيّر المناشف والبياضات بانتظام، ويتم التأكد من نظافتها وتعقيمها	110,4683	997,397	,719	,965
تُنظّف الأرضيات والأسطح بشكل منتظم ودوري	110,1268	994,660	,686	,966
دورات المياه نظيفة وأبوابها آمنة	110,3951	999,093	,634	,966
يتوفّر بالمستشفى مستلزمات النظافة كالماء والصابون	110,3463	998,669	,647	,966
هناك شعور بالاطمئنان والرضا عن إجراءات النظافة المقدمة	110,4146	994,509	,705	,966

ب- ثبات محور العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	205	100,0
	Exclus[a]	0	,0
	Total	205	100,0
a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.			

Statistiques de fiabilité		
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments	القرار

دال (ثابت)	12	,942

Statistiques de total des éléments				
	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
يمنح الطبيب الوقت الكافي للاستماع إلى مخاوفي والرد على استفساراتي	37,3317	126,860	,795	,935
يمنح الطبيب فرصة المشاركة في اتخاذ قرارات بشأن علاجي	37,4195	128,147	,720	,937
يشرح الطبيب نتائج فحوصاتي بالتفصيل	37,2634	129,793	,694	,938
يستعمل الطبيب مصطلحات واضحة مفهومة	37,2585	126,840	,773	,936
يُحافظ الطبيب على سرية معلوماتي الطبية والاجتماعية	36,9073	128,663	,742	,937
هناك شعور بالارتياح والأمان بعد التعامل مع الأطباء	37,1707	125,652	,787	,935
يستقبل الممرض بابتسامة ودية وبشاشة الوجه	37,3122	123,902	,765	,936
يستجيب الممرضون لطلباتي بشكل فوري	37,5122	123,065	,826	,933
يحرص الممرضون على تقديم الخدمات الصحية دون أخطاء من المرة الأولى	37,3463	123,933	,819	,934
يتعامل الممرضون باحترام مع جميع المرضى	37,3512	121,523	,819	,934
يُقدّم الممرض الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي	37,2780	124,006	,801	,934
بعض الممرضين يقدمون خدمات مميزة للمرضى بسبب علاقات شخصية	37,3610	137,938	,315	,952

الملحق رقم (05): يوضح صدق أداة جمع البيانات

أ- صدق محور نوعية الخدمات الصحية

Corrélations			
		نوعية الخدمات الصحية	القرار
الخدمات الصحية العلاجية	Corrélation de Pearson	,902**	دال (صادق)

	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	205	
الخدمات الصحية الوقائية	Corrélation de Pearson	,929**	دال (صادق)
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	205	
الخدمات الصحية الفندقية	Corrélation de Pearson	,905**	دال (صادق)
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	205	
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).			

ب- صدق محور العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى

Corrélations			
		العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى	القرار
العلاقة بين طبيب – مريض	Corrélation de Pearson	,931**	دال (صادق)
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	205	
العلاقة بين ممرض – مريض	Corrélation de Pearson	,942**	دال (صادق)
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	205	
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).			

الملحق رقم (06): يوضح طبيعة توزيع بيانات الدراسة الميدانية

Tests de normalité							
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk			القرار
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification	
الخدمات الصحية العلاجية	,055	205	,200*	,987	205	,055	غير دال (التوزيع طبيعي)
الخدمات الصحية الوقائية	,052	205	,200*	,987	205	,066	غير دال (التوزيع طبيعي)

غير دال (التوزيع طبيعي)	,091	205	,988	,200*	205	,056	الخدمات الصحية الفندقية
غير دال (التوزيع طبيعي)	,071	205	,988	,200*	205	,054	نوعية الخدمات الصحية
غير دال (التوزيع طبيعي)	,091	205	,988	,200*	205	,050	العلاقة بين طبيب – مريض
غير دال (التوزيع طبيعي)	,066	205	,987	,200*	205	,051	العلاقة بين ممرض – مريض
غير دال (التوزيع طبيعي)	,070	205	,988	,200*	205	,051	العلاقة بين مستخدمي الصحة (الأطباء، الممرضين) والمرضى
*. Il s'agit d'une borne inférieure de la signification réelle.							
a. Correction de signification de Lilliefors							