الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي التبسي– تبسة

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

مذكرة بعنوان

دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي

دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية "عالية صالح"

– تبسة –

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاجتماعية

تخصص: تنظيم وتنمية

إعداد الطالبة:

لغبش فردوس

إشراف الأستاذة:

غرايبية فضيلة

لجنة المناقشة

الأستاذ(ة)	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
عمار سيدي إدريس	أستاذ مساعد (أ)	جامعة العربي التبسي	رئيسا
غرايبية فضيلة	أستاذ محاضر (ب)	جامعة العربي التبسي	مشرفا ومقررا
نادية مهري	أستاذ محاضر (ب)	جامعة العربي التبسي	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2017-2018

فهرس الأشكال

الرقم	العنـــــوان	الصفحة
01	التمثيل البياني لمتغير الجنس لدى مرضى عيادة عالية صالح	
02	التمثيل البياني لأفراد العينة حسب متغير السن	
03	التمثيل البياني لمتغير الحالة العائلية لدى مرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح	
04	التمثيل البياني لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح– تبسة	
05	التمثيل البياني لمتغير مكان الإقامة لدى مرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح– تبسة	
06	التمثيل البياني لمتغير المستوى المعيشي لدى مرضى المؤسسة الاستشفائية عالية صالح – تبسة	
07	التمثيل البياني لمتغير المهنة لدى مرضى المؤسسة الاستشفائية عالية صالح– تبسة	

فهرس الجداول

الرقم	العنـــــوان	الصفحة
01	الهياكل الصحية الاستشفائية بولاية تبسة	
02	الهيكل التنظيمي للمؤسسة للمؤسسة الاستشفائية عالية صالح– تبسة	
03	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	
04	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	
05	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية	
06	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	
07	توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان الإقامة	
08	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى المعيشي	
09	توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة	
10	عدد إصابة المريض بالمرض هل يتوجه فورا للطبيب	
11	هل تعالج لأول مرة في المستشفى	
12	ما هي الدوافع التي تحول بينك وبين الذهاب للطبيب	
13	خلال إقامتك بالمستشفى هل حضر الطبيب للكشف عن حالتكم الصحية وقت دخولكم لها	
14	هل أنتم راضون على نوعية الخدمات المقدمة إليكم	
15	بعد تقديم العلاج من طرف الطبيب هل تقوم بشراء الدواء فور تلقي العلاج	
16	هل تلاحظ أنك تحسنت بعد الذهاب للمستشفى	
17	هل المواطن قادر على دفع تكاليف العلاج	
18	هل المدة الزمنية التي يستغرقها المريض لتلقي العلاج من طرف الطبيب المعاين قصيرة أو طويلة	
19	هل الطاقم الطبي وشبه الطبي يسهرون على راحة المرضة أثناء الإقامة بالمشفى	
20	هل الممرضون موجودون باستمرار بالمصلحة	
21	ما الذي دفعك لاختيار العلاج بهذه المستشفى	
22	هل يشعر المرضى بالراحة والطمأنينة عند التعامل مع موظفي المستشفى	
23	هل كان استقبالك من طرف العاملين بالمستشفى	

24	هل يولي الطبيب للمريض اهتماما أثناء العلاج	
25	هل يستقبل الطاقم الطبي وشبه الطبي استفسارات للمرضى وشكواهم	
26	هل يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة في التعامل مع المرضى	
27	هل يتسم العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى	
28	هل هناك محسوبية ومحاباة في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفى	
29	من حيث تقديم الخدمات الصحية للمرضى هل القطاع الصحي العمومي أفضل حسب رأيك من القطاع الخاص	
30	هل تقدم المستشفى الرعاية الصحية بدرجة عالية من الدقة	
31	من خلال علاجك بمستشفى عالية صالح هل ترى حسنا في نوعية الخدمات المقدمة للمرضى	
32	كيف تجدون ظروف استقبالكم بالمستشفى	
33	هل يتمتع الأطباء بالمستشفى بكفاءة عالية	
34	هل تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	
35	هل يتمتع الأطباء بالمستشفى بكفاءة عالية	
36	هل تضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الفروع والأقسام المختصة	
37	هل تملك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية حديثة	
38	هل الأمن بالمستشفى موجود	
39	هل تملك المستشفى سمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع	

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
البسملة	
الاهداء	
الشكر والتقدير	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
المقدمة	
الفصل الأول: الاطار المفاهيمي للدراسة (موضوع واشكالية البحث)	
تمهيد	**12**
أولا: مشكلة البحث	**13**
1- الإشكالية	
2- فرضيات الدراسة	
ثانا: موضوع الدراسة	
1- أهمية الدراسة	
2- أهداف الدراسة	
3- أسباب اختيار الموضوع	
- الأسباب الذاتية	
- الأسباب الموضوعية	
ثالثا: المفاهيم الأساسية للبحث	
1- مفهوم المرض	
2- مفهوم الصحة	
3- مفهوم الخدمات الصحية	
4- مفهوم الرعاية الصحية	
5- مفهوم النظام الصحي	
رابعا: المقارنة النظرية الخاصة للصحة	
- النظرية البنائية الوظيفية	
- النظرية الماركسية	
خامسا: الدراسات السابقة	

1- الدراسات الأجنبية	
2- الدراسات العربية	
3- الدراسات الجزائرية	
4- صعوبات إنجاز موضوع الدراسة	
خلاصة الفصل	
الفصل الثاني: تطوير النظام الصحي في الجزائر	
تمهيد	
أولا: نشأة النظام الصحي في الجزائر	
ثانيا: مراحل النظام الصحي في الجزائر	
2-1- النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال من 1962-1965.	
2-2- النظام الصحي الجزائري من سنة 1965 - 1979.	
2-3- النظام الصحي الجزائري من سنة 1979 - 2007.	
ثالثا: مبادئ وأهداف عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.	
رابعا: مشاريع تطوير الرعاية الصحية في الجزائر.	
خامسا: إصلاح النظام الصحي في الجزائر	
1- أهداف مشروع الإصلاح وملفاته	
سادسا: تمثلات الصحة والمرض عبر التاريخ بالجزائر.	
سابعا: الاختلالات المميزة للنظام الصحي في الجزائر	
خلاصة الفصل	
الفصل الثالث: البعد السوسيولوجي: الصحة - المرض - الرعاية الصحية	
تمهيد	
أولا: الوعي الصحي	
ثانيا: مفهوم المرض	
ثالثا: تصنيف الأمراض	
رابعا: أنواع الأمراض	
خامسا: العناصر الأساسية للرعاية الصحية	
سادسا: مستويات الرعاية الصحية	
1- الرعاية الصحية الأولية	
2- الرعاية الصحية الثانوية	
3- الرعاية الصحية التأهيلية	

سابعا: أنواع الخدمات الصحية	
ثامنا: عناصر جودة الخدمات والرعاية الصحية	
تاسعا: المتغيرات المؤثرة في تحليل الرعاية الطبية	
عاشرا: الصحة الوقائية والصحة العلاجية	
1- الصحة الوقائية	
1-2- مستويات الصحة الوقائية	
- رفع المستوى الصحي للأفراد	
- الوقاية النوعية من الأمراض	
- الاكتشاف المبكر للمرض وتقديم العلاج الممثل	
- منع حدوث مضاعفات والحد منها	
- الإعداد البدني والتأهيلي النفسي والاجتماعي	
2- الصحة العلاجية	
2-2- مراحل الإصابة بالمرض	
- مرحلة الحضانة	
- مرحلة ظهور الأمراض	
- مرحلة النقاهة	
خلاصة الفصل	
الفصل الرابع: مجالات ومنهج الدراسة	
تمهيد	
أولا: مجالات الدراسات	
1- المجال المكاني	
2- المجال الزماني	
3- المجال البشري	
أ- مجتمع الدراسة	
ب- العينة	
ج- خصائص العينة	
ثانيا: منهج الدراسة	
1- نوع الدراسة	
2- المنهج الوصفي	
3- المنهج المقارن	

4- أدوات جمع البيانات الميدانية	
أ- الملاحظة	
ب- المقابلة	
ج- الاستمارة	
د- الوثائق والسجلات	
و- الأساليب الإحصائية	
خلاصة الفصل	
الفصل الخامس: عرض وتحليل بيانات ونتائج الدراسة في ضوء الفرضيات	
تمهيد	
أولا: تحليل بيانات الفرضية الأولى: تساعد توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية	
ثانيا: تحليل بيانات الفرضية الثانية: تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي	
ثالثا: تحليل بيانات الفرضية الثالثة: تؤثر نوعية الخدمات الصحية المقدمة في تحسين نوعية العلاج	
رابعا: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
1- نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى	
2- نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية	
3- نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثالثة	
خامسا: التوصيات والاقتراحات	
الخاتمة	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	
ملخص الدراسة باللغة الانجليزية	
الملاحق	

المقدمة:

إن من أهم قضايا التنمية التي أثارت جدل الكثير من الباحثين، قضية الرعاية الصحية، لذلك نجد أن الدول تعمل على النهوض بالقطاع الصحي وتولي له أهمية كبيرة من خلال برامج الرعاية والخدمات الصحية، حيث يعد هذا القطاع من أهم القطاعات التي تعمل كل دول العالم على الاهتمام والرقي بها، فنجد أن الأمم المتحدة عمدت على إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948، وكان الهدف منها هو الدفع من مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من خلال تحسين في نوعية الخدمات المقدمة لهم، وعلى الرغم من انتشار التطورات التقنية والتكنولوجية في أواسط مختلفة إلا أننا نجد أن هناك ضغوطات على مؤسسات الخدمات الصحية في زمن زادت فيه الأمراض المزمنة مما أدى إلى تزايد وتنوع في الطلب على الرعاية الصحية.

إن الجزائر مثلها مثل باقي دول العالم تواجه زيادة في الاحتياجات الصحية التي تتطلب جهودا متواصلة للتحكم في هذا القطاع والنهوض به حيث صخرة الدولة نفقات كبيرة على هذا القطاع وفي هذا السياق نجد أن هذه المؤسسات تبرز خدمات خاصة تميزها عن غيرها من المؤسسات لتعلقها بحياة الإنسان فإننا نجد أن المستشفى كغيرها من المنظمات تعمل على مسايرة التطورات الحاصلة حيث نجد أنها تعيش تحولات كبيرة واكتبها إصلاحات وتحولات كبيرة وهامة، والتي سعت من خلالها إلى الدفع من مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

إن تحقيق مبدأ الصحية في المؤسسات الصحية تحرص عليه كل الدول وجميع شعوب العالم وهذا ما تؤكد عليه منظمة الصحة العالمية، كما أن الدولة الجزائرية من بين الدول التي تدعم القطاع الصحي العمومي والخاص لتعمل على دفع عجلة التنمية الصحية للمواطنين بصفة خاصة ومن أجل الوصول لأهداف القطاع الصحي في تحقيق تنمية بصفة عامة وفي شتى المجالات.

وعلى هذا الأساس تم تقسم موضوع الدراسة للفصول التالية:

خصص الفصل الأول للإطار المفاهيمي الذي تضمن مشكلة البحث حيث تم تحديدنا للإشكالية والتساؤلات التي أثارتها الدراسة، وفرضياتها والتي قسمناها بدورها إلى فرضية عامة وفرضيات جزئية لتأتي بعد ذلك أهمية الدراسة وكذا أسباب اختيار الموضوع و أهداف الدراسة التي تسعى للوصول إليها، كما اعتمدنا في هذه الدراسة على وضع مفاهيم ومصطلحات لإزالة الغموض و أبرزها الصحة، المرض الخدمات الصحية، القطاع الصحي العمومي

وكذلك قد تطرقنا إلى المقاربة النظرية والتكنولوجية المشابهة لموضوع دراستنا لنصل في الأخير إلى عرض الصعوبات التي واجهتنا في دراستنا.

خصص الفصل الثاني إلى التطورات الحاصلة في النظام الصحي في الجزائر من خلال أننا تناولنا فيه نشأته وتطوره عبر عدة مراحل مختلفة بداية من السنوات الأولى للاستقلال 1962 والتي قامت الجزائر فيها بالنهوض بهذا القطاع من خلال الإصلاحات والبرامج التنموية لتحقيق تنمية صحية وكذلك مختلف المراحل التي مرت بها الدولة الجزائرية، كما اعتمدنا على شرح مبادئ و أهداف عملية إصلاح المنظومة الصحية وكذا مختلف المشاريع التي تخص القطاع الصحي وعرضنا عملية إصلاح النظام الصحي من خلال أهداف هذا المشروع وملفاته وكذا التمثلات الصحية والمرض عبر التاريخ وتطرقنا أيضا إلى الإختلالات المميزة لهذا القطاع.

وتناولنا في الفصل الثالث إلى البعد الاجتماعي للصحة والمرض وكذا الوعي الصحي وتصنيف الأمراض وأنواع الأمراض، وكذلك العناصر الأساسية للرعاية الصحية وصولا إلى مستويات الرعاية الصحية من خلال الرعاية الصحية (الأولية– الثانوية–التأهيلية) ةتطرقنا أيضا إلى أنواع الخدمات والرعاية الصحية كما تناولنا المتغيرات المؤثرة في تحليل الرعاية الطبية وكذلك تناولنا الصحة الوقائية والصحة العلاجية.

أما الجانب الميداني للدراسة فتضمنت فصلين حيث تناولنا في الفصل الرابع الإطار المنهجي للدراسة والذي تطرقنا فيه إلى مجالات الدراسة (المجال المكاني، المجال البشري، المجال الزماني)، وكذا تحديد مجتمع الدراسة من خلال اختيار عينة الدراسة وكيفية اختيارها وتعرضنا إلى خصائصها وكذلك التطرق إلى المنهج المتبع في الدراسة واعتمدنا أيضا على الأدوات المنهجية المستخدمة لجمع البيانات من خلال استخدامنا لكلا من الملاحظة والمقابلة والاستمارة وكذا الأساليب الإحصائية وقد اعتمدنا في تحليلنا لمختلف بيانات إلى مرضى المؤسسة الاستشفائية عالية صالح – تبسة .

وخصص الفصل الخامس لعرض وتحليل بيانات ونتائج الدراسة في ضوء الفرضيات حيث ركزنا على تحليل بيانات الفرضية الأولى ، بيانات الفرضية الثانية، وبيانات الفرضية الثالثة كما تطرقنا لأهم نتائج الدراسة ومناقشتها لنختم موضوع دراستنا بخاتمة.

تمهيد:

إن من أهم المواضيع التي لاقت اهتمام الباحثين السوسيولوجيين نجد موضوع الصحة، والذي يعد من المواضيع التي حضيت باهتمام كبير والذي بدوره يحقق تنمية صحية ومن خلال معالجتنا لموضوع دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي قراءة سوسيولوجية لوضعية الصحة بمدينة تبسة، فإنه يفترض علينا حصر الإشكالية الخاصة بالموضوع من خلال عرض تساؤلات الدراسة وفرضياتها، وذكر أهميتها وأهدافها وأسباب اختيار موضوع الدراسة، لذلك خصصنا هذا الفصل لتحديد طبيعة الدراسة وهذا للوصول إلى تحقيق أهداف الدراسة التي تسعى إلى صياغة نتائجها وتعميمها على المجتمع.

كما عملنا في هذا الفصل إلى التطرق لأهم المفاهيم الخاصة بموضوع الصحة ودور الرعاية الصحية المقدمة للمرضى كما تم عرض أهم الأبحاث والدراسات التي تناولت موضوع الدراسة، من خلال تحليل وتغيير هذه الدراسة لمعرفة أهم النتائج التي توصلت لها هذه الدراسات، ضف إلى ذلك تم عرض المقاربة النظرية التي اهتمت بموضوع الرعاية الصحية.

أولا: مشكلة البحث

1- الإشكالية:

تعد الصحة من أهم القضايا الراهنة التي اهتمت بها كل الدول والمجتمعات لاعتبارها حق انساني لابد من توفيره لأفراد المجتمع ككل فهي إذن من المواضيع التي حضيت باهتمام الدراسات والأبحاث السوسيولوجية وتعتبر مؤشر من المؤشرات الأساسية التي تكشف عن نوعية حياة الفرد ومما لاشك فيه أن المرض يعتبر مصدر للألم والمعانات النفسية والجسدية فما أن يصاب الإنسان بها حتى يشعر أن الصحة نعمة لا تدوم ومن هنا فإن المرض يعد مثله مثل كل الحوادث المهمة في حياة الإنسان يحتاج إلى تفسير فما ان تنتاب الفرد أحاسيسا غريبة أو مؤلمة حتى يسارع إلى العلاج باتخاذ الإجراءات الوقائية للحفاظ على صحته وتحسينها وهذا ما يستدعي الحديث عن المجهودات المبذولة من طرف الدولة فقد عملت على تطوير هذا القطاع الحساس ويتجلى ذلك من خلال ضخامة ما تنفقه الجزائر على الرعاية الصحية وما تبذله الدولة من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية وباعتبار أن الصحة هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي وحق أساسي لجميع الشعوب وقد سارعت دول العالم إلى توفير الرعاية الصحية من خلال ترقية مستوى الخدمات هذا القطاع عن طريق الرعاية الجيدة للمرض وكذلك توفير الراحة والمعاملة الحسنة وكل ما يتعلق بتعزيز هذا القطاع من خلال توفير الإمكانيات المادية والبشرية لتحقيق الرفاهية لكل فرد ينتمي إلى مجتمع معين.

إن من أولويات الإنسان التي رعاها منذ نشأة هذا الكون اهتمامه بصحته وصحة مجتمعه، لهذا لم تتوقف المحاولات لتحسين صحة الإنسان ووقايته من الأمراض على مر العصور. حيث تعد الخدمات الصحية من أهم القطاعات التي تهتم بصحة ووقاية الإنسان وسلامة المجتمع من الأمراض ومسبباته.

وعلى الرغم من كل هذا تبقى العناية بالصحة والوقاية من الأمراض الهاجس الذي يؤرق بال المسؤولين في هذا المجال، حيث تعد الصحة من أهم المواضيع والقضايا التي لاقت اهتمام معظم المنظمات الصحية والتي يكون هدفها الأساسي هو تحقيق الرعاية الصحية للمجتمع، ونجد أن معظم الدول تركز في بناء أهدافها على استراتيجيات تعمل من خلالها على تحسين وترقية القطاع الصحي.

وتجدر الإشارة إلى أن الجزائر بعد الاستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية وذلك من خلال جعل العلاج مجاني للمواطنين ونجد أن هذه المبادئ قد لاقت نجاحات واخفاقات عبر مراحل مختلفة التي مرت بها البلاد.

وتلعب الرعاية الصحية دورا هام فهي تعتبر حالة من التوازن الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي والتي تمكن الفرد من العيش حياة مستقرة لاعتبارها جوهر العملية التنموية إذ يعد القطاع الصحي ركيزة أساسية لتحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية، فتقدم الدول واستقرارها الاقتصادي مرهون بتعزيز القطاع الصحي ويتطلب ذلك مجهودات جبارة مادية وبشرية لتحقيق تنمية شاملة.

ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على واقع الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي، وبذلك يمكن إثارة التساؤل الرئيسي والذي مفاده:

هل تساهم الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي في تحسين الوضعية الصحية؟

وتندرج تحته التساؤلات التالية:

- هل تساعد الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية؟
- هل تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي؟
- هل تؤثر نوعية الخدمات الصحية المقدمة في تحسين نوعية العلاج؟

- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

تساهم الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي في تحسين الوضعية الصحية.

الفرضيات الجزئية:

الفرضية الجزئية الأولى:

تساعد توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية.

الفرضية الجزئية الثانية:

تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي.

الفرضية الجزئية الثالثة:

تؤثر نوعية الخدمات الصحية المقدمة في تحسين نوعية العلاج.

ثانيا: موضوع الدراسة:

1- أهمية الدراسة:

إن صحة الفرد مطلب أساسي من مطالب الحياة إذ تعتبر استثمار كبير ومقوم أساسي للمجتمع كما هو أيضا ضرورة من ضروريات التنمية إذ يهدف للوصول إلى تحقيق رعاية صحية سليمة للمرضى من خلال التركيز على تطبيق البرامج العلاجية والوقائية للإرتقاء بالصحة عن طريق الوقاية من الأمراض وكافحتها والتحكم فيها والتقليل منها خاصة في المجتمعات الفقيرة، إذ تعتبر محور أساسي لتحقيق التنمية التي تنتهجها الدول حيث تعتبر الحفاظ على صحة الفرد وسلامته من الإصابة بالأمراض عن طريق الوقاية منه ومكافحته والقضاء عليه.

2- أهداف الدراسة:

إن من بين أهداف الدراسة هو تحسين بأهمية الرعاية الصحية حيث أن هذا الموضوع يمس جميع الفئات، لأن الحياة كلها تنطلق من هذه المرحلة لذلك يجب أن تدرك بالحيطة والحذر وعليه سنعرض أهم أهداف دراستنا في النقاط التالية:

- تسليط الضوء على وضعية الهياكل والتجهيزات الصحية وكذا معرفة نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

- محاولة معرفة مدى استخدام العلاقات الاجتماعية في القطاع الصحي العمومي.

- محاولة معرفة أهم المعوقات التي يواجهها القطاع الصحي.

- التعرف على طبيعة العلاقة التي تربط الطاقم الصحي بالمرضى، والخدمات العلاجية التي يقدمونها لهم.

3- أسباب إختيار الموضوع:

إن اختيارنا لهذا الموضوع بالذات لم يكن صدفة وإنما جاء لعدة أسباب موضوعية وأخرى ذاتية:

1- أسباب ذاتية:

- رغبتنا الشخصية والملحة في دراسة هذا الموضوع دون غيره.

- إثراء وتوسع العقل المعرفي الشخصي.

- التعرف على التطورات الحاصلة في المنظومة الصحية وهذا من خلال المعاملة وتطور الأجهزة ونظافتها وكذا نظافة المحيط للمرضى المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية والدور الذي يلعبه هذا القطاع في تحقيق تنمية شاملة.

2- أسباب موضوعية:

- وتكمن المبررات الموضوعية في أهمية الموضوع لحد ذاته.

- إن هذا الموضوع جدير بالاهتمام والملاحظة لما يمتازه من سمات بارزة.

- إعطاء صورة عن أهمية القطاع الصحي ومعرفة مدى تطوره في أحداث التنمية.

- معرفة الدور الذي يلعبه القطاع الصحي في دفع عجلة التنمية.

- كون هذا الموضوع لم يحظ بدراسة شاملة ووافية.

ثالثا: المفاهيم الأساسية للبحث

1- الصحة: يعد مفهوم الصحة من المفاهيم الأساسية في دراستنا وهذا لما لها من أهمية كبيرة، ونجد أن هناك وجهات النظر قد اختلفت حول التعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (W.H.O) والتي على أنها: « ليست مجرد غياب والاعتلال أو المرض، أنها تعني أيضا الشعور بالحال أو الوضع الحسن والجيد الكامل في القوى العقلية والفيزيقية والاجتماعية »[1].

كما أنها «حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل، وليس مجرد غياب المرض أو العلة»[2].

وتعرفها أيضا « حالة من الكفاية والسلامة الكفاية الجسمية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض والعجز »[3].

ومن ناحية أخرى، عرفها العالم " بركنز Perkins " الصحة على أنها، « حالة التوازن النسبي لوظائف عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه »[4].

ومن هذا المنطلق يمكن تعريف الصحة إجرائيات من خلال ما يلي:« هي سلامة الجسم من جميع النواحي العقلية والنفسية والاجتماعية حيث تضمن له صحة خالية من الإصابة بأي مرض حتى يتمتع الفرد بحياة سليمة وفي ظل توفر المتطلبات الضرورية لتحقيقها ».

---

(1)- يعقوب يوسف الكندي: «الثقافة والصحة والمرض»، جامعة الكويت، الكويت، 2003، ص 35.

(2)- عبد المجيد الشاعر وآخرون: «علم اجتماع الطبي»، دار البازوري العلمية، عمان الأردن، 2000، ص 36.

(3)- أسماء محمد صالح: «علم اجتماع الطبي»، دار الجنادية، عمان، الأردن، 2009، ص 35.

(4)- إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي: «الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمات الاجتماعية»، سلسة جدران المعرفة، الاسكندرية، 2006، ص 87.

2- المرض:

يعتبر المرض من المفاهيم المهمة في دراستنا ونجد أن هناك تعاريف كثيرة حول هذا المفهوم فقد نجد أن القاموس الانجليزي ويستر قد عرفه على أنه: «المرض باعتباره حالة لن يكون الإنسان معتل الصحة وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض والمعنى الحرفي للمرض الاحتياج للراحة »[1].

ويعرف أيضا:« حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما يكون الشفاء منه صعب أو مستحيل بدون علاج »[2].

ويعرفه الأستاذ إقبال إبراهيم وآخرون المرض على أنه: « يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام لوظيفته خير كما يحدث المرض إذ اختل أو انعدام التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في آداء وظائفها »[3].

3- الخدمات الصحية:

من الواضح أن هناك تعاريف متعددة حسب العاملين في هذا المجال وعلى العموم يمكن تعريف الخدمات الصحية أو الرعاية الطبية على أنها:

- الخدمة الصحية هي "النشاط الذي يقدم المنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى" [4].

وهناك تعريف آخر « الرعاية الطبية تعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضية أو الحكمية التي تقدمها الممرضة للمريض أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية،

---

[1]- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان: «الصحة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي»، دار المعارف الجامعية، مصر، 2004، ص 23.

[2]- أسماء محمد صالح: مرجع سابق، ص 43.

[3]- إقبال إبراهيم مخلوف: «العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية»، الاسكندرية، دار المعارف الجامعية، 1999، ص 49.

[4]- فوزي شعبان مذكور: «تسويق الخدمات الصحية»، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص 97.

حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل. وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية »[1].

من خلال التعاريف السابقة وكتعريف إجرائي لمفهوم الخدمات الصحية يمكن القول أنها:« هي جملة البرامج والنشاطات العلاجية التي تتخذها الدول من أجل توفير كافة الخدمات العلاجية لضمان تحقيق التقدم الجيد والأمثل لهذه الخدمات الصحية ».

4- مفهوم الرعاية الصحية:

لقد ركزت المنظمة العالمية للصحة لإنجاح البرامج تحقيق الصحة العامة للجميع على الرعاية الصحية والتي تعمل كافة الهياكل الصحية على توفيرها للمواطنين فهي تمثل النواة الأولى والمحور الرئيسي لأي نظام صحي تسعى كل دولة على تطبيقه لتعزيز منظومتها الصحية.

ويمكن تعريف الرعاية الصحية بأنها « تقديم الخدمات الصحية الشاملة بأبعادها النفسية والاجتماعية والعضوية بما يكفل للفرد والجماعة حالة صحية جيدة تمكنهم من الحياة بأساليب مقبولة ...»[2].

[1]- عبد المجيد الشاعر وآخرون: «الرعاية الصحية الأولية»، دار اليازوري، ط1، عمان، الأردن، 2000، ص 11.

[2]- غرايبية فضيلة: «دور الصحة في تنمية المجتمع قراءة سوسيولوجية لوضعية الصحة بمدينة تبسة»، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، علم الاجتماع تخصص تنمية بشرية، جامعة باجي مختار عنابة، 2015-2016، ص 36-37.

رابعا: المقاربات النظرية الخاصة بالصحة

تعتبر النظريات من أهم الدعائم لأي بحث علمي ودراسة علمية إذ ينبغي الرجوع إلى الأصل الذي يساهم في إثراء هذا الميدان بدراسات متعددة، حيث نجد أن المقاربات النظرية كان لها أهمية كبيرة في توسيع المعرفة، حيث تعد هذه الإسهامات النظرية بمثابة مرجع يعتمد عليه الدارسين.

نظرية "فيوليت داغر V.Dagher" ترى هذه النظرية بأن الحق في الصحة لا يكون بعيدا عن بقية الحقوق، فجميع البشر يتمتعون بحقوق عدة منها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية وهو السبيل لتمتعهم بحق الصحة وهذا ما جعل صاحبة النظرية تدافع على الوسط الطبي وأن الأغلبية من الأمراض التي يعاني منها البشر انتهاك لحقوق البشر هي انتهاك لحقوق البشر والانسانية ككل، فالتسمم والتدخين والكحول كان وراءها شركات عملاقة تعمل على حثهم على التدخين وهذا يرجع كله إلى نتائج اجتماعية واقتصادية فمرض الملايين من الناس وهو المرض الذي ينجم عن التسمم الحاصل جراء التدخين والكحول واستعمالهم المتكرر والمتزايد[1].

النظرية البنائية الوظيفية:

إن الأصول الفكرية للنظرية البنائية الوظيفية يعود إلى أعمال المؤسسين الآباء لعلم الاجتماع، ومن أبرز ممثلي الاتحاد النظري هو العالم " ايميل دوركايم I.Durkhein" في مجال الصحة والمرض تحدث دوركايم على الحالة المرضية للمجتمع من خلال الاهتمام بالبناء الاجتماعي والصفات الاجتماعية للجماعات والعلاقات الاجتماعية التي تربط الأفراد والجماعات ببعضهم البعض، فالمحددات الاجتماعية أو كما أطلق عليها أميل دوركايم الحقائق الاجتماعية لها دور كبير في تحديد النسق القيمي والأعراف والتقاليد والقوانين التي تحكم الأفراد وعلاقاتهم الاجتماعية والتي تعمل على استقرار الأفراد وتكاملهم النفسي والاجتماعي في حين "تالكوت بارسونز T.Parsons" يقول «الصحة هي حالة من الطاقة الكاملة للفرد، يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تم تنشأته على تأديتها بصورة مثالية، والمرض بمثل عبء على المجتمع واستقراره من خلال تحقيق الجانب الصحي للأفراد ليتمكنوا من إنجاز أدوارهم الاجتماعية وبصورة جيدة تمكنهم من الحصول على حقوقهم. لذلك فهو في دراسته ركز على ضرورة التقليل من حجم الإصابة بالمرض، وضرورة خلق أدوار اجتماعية يقوم بها كل من المريض والأطباء معا لتحقيق مبدأ الصحة العامة ».

[1]– فيوليت داغر: «حق الصحة من حقوق الإنسان»، ط1، الدار العربية الأوروبية للنشر، سوريا، 2004، ص 12.

فبناء المجتمع يتطلب تكامل مختلف الأنساق الاجتماعية ولا يكون هذا إلا إذا تم تحقيق مطلب الصحة، وقال في ذلك « إن الاهتمام البالغ الذي في هذا المجتمع، مثل قيم النشاط والمشاركة في الحياة العامة، ولذلك حرض الأفراد على حالتهم الصحية يعد مطلب وظيفي لأنه يساعد المجتمع على أداء وظائفه ويتوافق مع قيم السعي وراء التفوق والإنجاز » فبارسونز أكد أهمية صحة الأفراد وسلامتهم من المرض لبناء مجتمع سليم معافي لأداء أدوارهم ووظائفهم الاجتماعية بكل نجاح وثقة.

قد تأثر بارسونز في دراسته لموضوع العلاقة بين الصحة والمرض والوظيفية بجملة من العلماء وأبرزهم: "مالونفسكي Malinovski" و "راد كليف براون Rad cliffe–Brown" و "لنتون Linton"، كما تأثر بأستاذه عالم الفيسيولوجيا "هندرسون" في دراسته عن مفهوم العلاقات بين الطبيب والمريض، كما استخدم بارسونز مفهوم الدور المرضي وربطه بالأدوار البنائية، ومفهوم الالتزام بالدور من أجل التكامل النسق الاجتماعي.

فبالاضافة إلى ما ذكره أستاذه هندرسون، ومالونفسكي من أن الطب هو عبارة عن نسق اجتماعي يتكامل من خلال الدور الذي يقوم به كل من الطبيب والمريض، يقول بارسونز أن الصحة هي الركيزة الأساسية في علم الاجتماع وليس المرض وهو بذلك يضع متطلب وظيفي بنائي للنسق الاجتماعي والمتعلق بعمليات التفكير بالاضافة إلى الفعل الاجتماعي، فالبناء الاجتماعي حسب ما جاء به بارسونز هو عبارة عن وحدات تتكامل فيما بينها من خلال مختلف الأدوار التي تقوم به هذه الوحدات والتي تهدف أساسا إلى الحفاظ على توازن وتكامل مختلف العمليات الوظيفية للبناء الاجتماعي لتحقيق استمرار المجتمع. فلا بد من التركيز على موضوع الصحة بدلا من المرض لأن أساس تكامل مختلف الأنساق والوحدات الاجتماعية من خلال جملة الأنشطة والتفاعل بين الأفراد والجماعات يؤدي بالضرورة إلى تحقيقها.

كما أن النظرية البنائية الوظيفية يمكن الاعتماد عليها في الدراسة الاجتماعية للمؤسسة الطبية كالمستشفى وذلك من خلال التطرق إلى الأنساق العمومية والأفقية للمستشفى، والعلاقات داخل هذا التنظيم التي تقوم بين الأفراد، وكما نعلم أن المؤسسة الطبية (المستشفى) تعتمد على مبادئ وقيم البيروقراطية التي أكد عليها العالم الاجتماعي "ماكس فيبر" في كتابه المشهور « نظرية التنظيم الاجتماعي والاقتصادي »[1].

[1]– غرايبية فضيلة: مرجع سابق، ص 42 ص 43.

خامسا: الدراسات السابقة:

تعمل الدراسات السابقة على تدعيم البحث العلمي إذ نجد لها أهمية كبيرة في توفير معلومات وتدعيم البحث بالشواهد والوقائع والبيانات التي لها علاقة والدراسة الحالية، وسنحاول إدراج الدراسات والأبحاث وذلك من خلال أن نفهم موضوع دراستنا «دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي ».

1- الدراسات الأجنبية:

الدراسة الأولى: دراسة "A.B.Hollingshead" و "F.C.Redlich" حول الطبقة الاجتماعية والعلاج النفسي.

تهدف إلى التحقق من الفرضية التالية: "هناك علاقة بين نوع العلاج المنصوح به Préconisé للمريض وانتمائه الاجتماعي".

فالهدف من صياغة هذه الفرضية هو معرفة ما إذا كانت المكانة الاجتماعية هي التي تحدد نوع ومكان العلاج، فالمؤسسة العلاجية ونوع العلاج المقدم للمريض تتحكم فيها الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها هذا المريض، وقد تم تحديد نوع ومكان العلاج حسب الباحثين في:

- علاجات نفسانية مقدمة من قبل أطباء خواص.
- علاجات مقدمة بمستشفيات خاصة.
- علاجات مقدمة بمستشفيات عمومية.
- علاجات مقدمة بمستشفيات مخصصة لقدامى المقاتلين.
- علاجات مقدمة بمراكز نفسانية.

أما عينة الدراسة فقد شملت 1891 مريضا، أما مجال الدراسة والهياكل التي تم اختيارها، والتي تم فيها العلاج فكانت 70 هيكلا موزعة كالتالي: 10 مستشفيات خاصة 07 مراكز نفسانية، 06 مستشفيات عامة، 05 مستشفيات لقدامى المقاتلين، 42 طبيب خاص.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

* هناك علاقة بين مكان العلاج وتشخيص الطبيب النفساني، فنوع التشخيص عامل محدد ومتحكم في اختيار مكان العلاج، حيث أن 87% من المرضى المصابين بالعصاب يعالجون بمصالح خارجية، 91% من المرضى المصابين بمرض عقلي يعالجون بالمستشفيات العمومية.

* الطبقة الاجتماعية هي التي تحدد مكان العلاج حيث توصلت الدراسة إلى أن الطبقة الأولى يعالجون عند طبقة خواص ومستشفيات خاصة، والمرضى الذين ينتمون إلى الطبقة الثانية كذلك يعالجون عند أطباء خواص ومستشفيات خاصة، الطبقة الثالثة يعالجون عند أطباء خواص، إلا أن 21% منهم يعالجون بمراكز، و 02% بمستشفيات خاصة، و 06 مستشفيات عمومية، أما بالنسبة لمرضى الطبقة الرابعة يعالجون عند أطباء خواص، وهي أقل من نسبة مرضى الطبقة الثالثة.

* وخلاصة الدراسة توصل الباحثان إلى أنه هناك علاقة بين الانتماء الطبقي للمرضى، والالتحاق بالهياكل الصحية.

2- الدراسات العربية:

الدراسة الأولى: دراسة مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فعالية الخدمة الصحية، من وجهة نظر جمهور المراجعين دراسة تطبيقية على مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية – محافظات قطاع غزة[1].

حيث تدور إشكالية الدراسة حول: نظام الرعاية الصحية الأولى وكيفية تقديمها للمجتمع حيث تعتبر أول ما يتم الاتصال به من قبل الأفراد وأي مواطن له حق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة والمستمرة ويجب أن يكون المريض هو مركز للاهتمام وأن الإدارة بوزارة الصحة الفلسطينية يصعب عملها بنجاح دون تنظيم إداري ونجد أن التفوق يعتمد أساسا على العنصر البشري.

وجاءت مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية: ما مستوى مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فعالية الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية؟

في حين اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي والذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع حيث يهتم بوضعها وصف دقيق.

---

[1]- غرايبية فضيلة: «دور الصحة في تنمية المجتمع قراءة سوسيولوجية لوضعية الصحة بمدينة تبسة»، مرجع سابق، ص 45 ص 46.

ويتكون مجتمع الدراسة من جميع المسجلين في مراكز الرعاية الأولية محل الدراسة والبالغ عددهم 89358 فردا.

قام الباحث باستخدام عينة الطبقة العشوائية غير المنتظمة حيث تم اختيار العينة حسب محافظات قطاع غزة ومستوى مراكز الرعاية.

- جاءت نتائج الدراسة حول مستوى مهارات التعامل مع الجمهور لدى الكادر الصحي بشكل عام جيد.

- نتائج متعلقة بمستوى فعالية الخدمة الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الأولية.

- والنتائج التي توصلت إليها الدراسة على مستوى فعالية الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية سواء تتعلق برضا الجمهور أو تحسين المخرجات الصحية تعتبر جيدة[1].

3- الدراسات الجزائرية:

الدراسة الأولى: دراسة حول جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة[2].

جاءت إشكالية الموضوع حول قطاع الخدمات الصحية والرعاية الطبية بالجزائر حيث لاقت تطورات كبيرة خلال العقدين الأخيرين وتزامنت مع التغيرات والتطورات الاقتصادية والاجتماعية التي يشهدها المجتمع الجزائري بشكل عام وأبرزها الاستثمار الوطني والأجنبي في هذا القطاع الحساس، ومن خلال ما تنفقه الدولة من مجهودات في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية إلا أن القطاع بقي عرضة المشاكل التي كان لها أثر سلبي على تطوير الخدمات الصحية ومستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمواطنين.

ونجد تساؤلات الدراسة كالآتي:

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

---

[1]- أيمن زكي سعيد كردية: "مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فعالية الخدمة الصحية من وجهة نظر جمهور المراجعين دراسة تطبيقية على مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية"، محافظات قطاع غزة، أطروحة مقدمة للحصول على درجة ماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، 2011.

[2]- عتيق عائشة: "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية – دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة"، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، 2011-2012.

– ما مفهوم الخدمات الصحية؟ وما هي طبيعة المزيج التسويقي للخدمات الصحية؟

– إلى أي مدى يتم تطبيق الجودة وتحسين خدمات القطاع الصحي؟

– ما هي أبعاد جودة الخدمات الصحية؟

– ما المقصود برضا المريض؟

– ما هو سلوك المريض كمستهلك للخدمات الصحية وما هي العوامل المؤثرة فيه؟

اعتمدت الباحثة على منهج يستند في جوهره على الوصف والتحليل وهو منهج وسط يعتمد على الملاحظة الشخصية باللغة العربية والأجنبية، وكانت عينة الدراسة على المرضى.

وكانت نتائج الدراسة حول المؤشرات المهنية والخاصة بالمريض وأن العوامل مثل العصر والجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية.

– المستشفى يقوم بتسهيل إجراءات العمل قدر الإمكان وهذا لضمان وسرعة وسهولة تقديم الخدمة الصحية إضافة إلى رغبة العاملين في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى وسرعة استجابتهم لطلباتهم وهو ما يؤكد رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية بعد الاستجابة.

شعور المرضى بالأمان في التعامل مع العاملين في المستشفى وتمتع الأطباء بالمهارات اللازمة، والأدب وحسن الخلق الذي يتميز به العاملين، بدل على أن الضمان يتوفر في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.

– اتضح أن معظم المرضى غير راضين عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسة ويعزز ذلك النقص الواضح في عامل النظافة، وعدم توفر الأجهزة الطبية والمعدات التقنية الحديثة، إضافة إلى عدم استفادة المرضى من جميع الأدوية التي تخص علاجهم ما يجعلهم يشترونها من صيدليات خاصة وهذا ما يؤثر سلبا على رضاهم.

ونجد أن من أهم العوامل المؤثرة على رضا المريض أيضا البعد الجوهري في جودة الخدمات وهو ما يعد التعاطف الذي كان ايجابيا في هذه الدراسة كون أغلبية المرضى تفوق أعمارهم 40 سنة، فإشعار

المريض بالاهتمام والعناية الذاتية به تولد لديه قدرا كبير من الرضا والولاء والانتماء للمستشفى الذي يعالج به.

4- صعوبات إنجاز موضوع الدراسة:

من الطبيعي أن يكون هناك صعوبات في إنجاز أي بحث علمي، هذه الصعوبات إما أن تكون من جهة الباحث نفسه أو من طبيعة البحث، فإعداد أي موضوع يتطلب جهدا واتقانا كبيرين من قبل الباحث ليقدم في النهاية بحثا أكاديميا بالمواصفات المطلوبة، ومنه فقد واجهتني بعض الصعوبات وهي كالآتي:

- المجهود والوقت الكبيرين الذي استلزمهما البحث عن المصادر والمراجع التي تخدم موضوع بحثي بشكل دقيق، مما جعل الوقت يضيع على حساب إنجاز البحث في الفترة المحددة له.

- العمل على هذا الموضوع بالذات صعب علي الإحاطة بمجمل المعلومات والمراجع المتعلقة به، فالموضوع في حد ذاته واسع ومتشعب ويمس عدة جوانب.

- عدم تمكني من تنسيق وقتي بشكل جيد للعمل على إنجاز هذا الموضوع في الوقت المناسب، فقد استهلكت مدة طويلة في جميع المراجع ثم الإحاطة بالموضوع بدقة، مما ضيع علي الوقت وأخذت فترة طويلة للبداية في كتابة البحث.

- عدم توفر المراجع والكتب الكافية حول الموضوع وهذا ما صعب علي إنجاز البحث.

- عدم تحميلي أي من الدراسات السابقة والمشابهة لموضوعي، التي تساعد الباحث على فهم موضوعه وتبعده عن الوقوع في فخ التكرار لما درس من قبل.

- صعوبة مقابلة مدير المؤسسة الاستشفائية "عالية صالح" للحصول على الموافقة للبدء في العمل الميداني، وكذا صعوبة الحصول على المعلومات من المستشفى محل الدراسة.

- ومن الصعوبات الشخصية التي واجهتني حملي الذي صعب عليا التنقل في جمع المعلومات وكذا مشقة السفر من مدينة الونزة إلى ولاية تبسة لقيامي بجمع المعلومات من المكتبات والتنقل المستمر للقيام بالجانب التطبيقي والوقوف على قدم وساق لكتابة المذكرة تفاديا للأخطاء الإملائية والتكرارات.

خلاصة الفصل الأول:

من خلال عرض هذا الفصل وتحديد مشكلة الدراسة التي تهتم بموضوع دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي، وكما قمنا بصياغة التساؤل الرئيسي والذي يندرج تحته جملة من التساؤلات الفرعية وحددناها في ثلاث أسئلة، وبالاعتماد على الخطوات المنهجية الخاصة بالدراسة من خلال تحديد للمفاهيم المتعلقة بموضوع الدراسة وتطرقنا للمقاربات النظرية التي احتوتها دراستنا لنصل إلى ختام هذا الفصل بعرض أهم الدراسات السابقة والتي تناولت أحد عناصر بحثنا من خلال دراسة أجنبية، الدراسات العربية فالدراسات الجزائرية، ومن خلال مناقشتها وتقييمها للوصول إلى نقاط التشابه والاختلاف بينها وبين دراستنا.

تمهيد:

بعد استقلال الجزائر وجدت الدولة نفسها في وضعية مزرية سواء على المستوى الاقتصادي أو الاجتماعي أو الثقافي، حيث كان على المسؤولين أن يعملوا على البحث عن الطرق التي تسمح لهم بالخروج من الأزمة التي كانت فيها البلاد تدريجيا والنهوض بتنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية شاملة في كل المجالات، حيث نجد أن الجزائر قد عملت على تطبيق مجموعة من الإصلاحات في مجال المؤسسات الصحية التي نجدها تلعب دورا كبيرا في تحقيق التوازن الاجتماعي حيث شهدت هذه المؤسسات الصحية عدة تغيرات وعبر مراحل، ومن خلال هذا الطرح سنتطرق في هذا الفصل على أهم هذه المراحل، وكما سنعرض المشاريع التي تعرضت لها الدولة من أجل النهوض بهذا القطاع.

أولا: نشأة النظام الصحي في الجزائر:

إن النواة الأولى لنشأة النظام الصحي في الجزائر مقترن بوقائع الثورة التحريرية أو قيامها، فكان متعدد الخدمات والوظائف ولم يقتصر أدائه على إسعاف أفراد الجيش الوطني الجزائري وتقديم العلاج لهم، بل تعددت مهامهم إلى أكثر من ذلك فلقد اهتم النظام الصحي بتقديم العلاج وتوفير الأدوية للمرضى والمصابين[1].

بدأ النظام الصحي إذن في الجزائر كمؤسسة أو هيئة تعمل على توفير الخدمات التحريرية رغم الظروف التي كانت تتميز بها الدولة في تلك الفترة الأولى في اندلاع الثورة التحريرية رغم الظروف الصعبة التي كانت تتميز بها الدولة في تلك الفترة.

ونظرا لمحدودية الموارد البشرية والمادية لتقديم العلاج انحصرت وظائف النظام الصحي في ثلاثة أنشطة أساسية تتمثل في نشاط علاجي يتضمن تشخيص طبي وعلاجي للمرضى، وكذا إجراء عمليات جراحية إن استلزمت الحالة المرضية نشاط وقائي، ونشاط تكويني مكثف للشبه الطبيين. وهذه المراحل مهدت لرسم الخطوط النهائية للمنظومة الصحية بعد نهاية الحرب الفرنسية[2].

ثانيا: مراحل النظام الصحي في الجزائر:

إن النظام الصحي في الجزائر قد شهد تطور كبير حيث شهدت عدة تقسيمات بحيث يمكن رصد ثلاث مراحل والتي تتمثل في:

2-1- النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال من 1962 - 1965:

ورثت الجزائر سنة 1962م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجزائر، وهران، قسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب

---

[1]- غرايبية فضيلة: "دور الصحة في تنمية المجتمع قراءة سوسيولوجية لوضعية الصحة بمدينة تبسة"، مرجع سابق، ص 133.

[2]- غرايبية فضيلة: نفس المرجع، ص 135.

المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، كما كان هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب[1].

ويمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في:

- هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين (2200) طبيب و (2700) ممرض وممرضة.

- حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان آنذاك 08 أطباء لكل (100000) ساكن، كما كان عدد الصيادلة حوالي 50 صيدلي و(30) طبيب أسنان فقط.

- النقص الكبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.

- سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية[2].

ومن أجل التخلص من هذه المشاكل رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم إستراتيجية مع كل تحفظ، من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق، وتمثلت هذه الإستراتيجية في المحاور التالية:

- الوقاية: حيث أن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح واحترام معايير النظافة.

- علاج الأمراض: ولتحقيق ذلك ثم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاقات الضرورية ابتداءا من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.

---

(1)- نور الدين حاروش: «إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية»، دار الكتابة للنشر والتوزيع، الجزائر، ط1، 2009، ص 69.

(2)- حبيبة قشي: «آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة»، جامعة محمد خيضر بسكر، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم الاقتصادية، 2006-2007، ص 120.

– التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية[1].

2-2- النظام الصحي الجزائري من سنة 1965 – 1979:

مع بداية المخطط الوطني وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964 وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة عام 1966 أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي وكذا انشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967 – 1969 [2].

وما يميز هذه المرحلة التاريخية من جهة الهياكل القاعدية، هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 – 1979 محاولة من المسؤولين منح الأولوية العلاج الأولى، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي، والهدف من هذه الهياكل القاعدية، هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974[3].

ومن ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك انصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، فبعد تمركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبرى وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي التمريض.

ولقد كان قرار مجانية الطب المتعلقة بإنشاء قانون الطب المجاني[4]، كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني. وانطلاقا من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية

---

[1]– نور الدين حاروش: «إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية»، مرجع سابق، ص 71.

[2]– نور الدين حاروش: مرجع سابق، ص 73.

[3]– بن لوصيف زين الدين: «تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة»، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر، 2003، ص 139.

[4]– الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادرة بتاريخ 01 جانفي 1974، ص 2.

يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

وما يقدم كإنتقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حيث أهميتها، وانعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام أن لنا تسميته بنظام، بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان، وفي النهاية نشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني، علما بأنها مرتبطة بالمرحلة القادمة التي تتناولها في دراسة خاصة بها[1].

2-3- النظام الصحي الجزائري من سنة 1979-2007:

اعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على ما يلي:

- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف السياسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976.

- إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأدوار ليست فقط وزارة الصحة وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة، لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.

- تكامل جميع الهياكل مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة[2].

وما ميز هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية وفي نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية كما نصت عليه المادة 51 من الدستور سالف الذكر والتي تقول إن الرعاية الصحية حق المواطنين فتكفل الدولة سيكون في الوقاية والتكفل بالمعوزين والتكوين مع البحث في العلوم الطبية.

---

[1]- نور الدين حاروش: مرجع سابق، ص 136.

[2]- نور الدين حاروش: مرجع سابق، ص 81.

أما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي والحكومة الجزائرية، كما كانت مرحلة 1980-1995 عبارة عن تقييم السياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر ومن ضمنها السياسة الصحية بحيث نجد الحكومة الجزائرية عملت على وضع الخطوط الرئيسية السياسية الواجب اتباعها في المستقبل.

أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدي بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، وهذا الأخير "النظام أو المجتمع التعاقدي" الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المؤسسة أو المستشفى الصحية من المواطن.

كما عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين، أما المؤشرات الصحية الخاصة سنة 2005، فقد عرفت بعض التحسن دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة بـ 91% من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات[1] الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة استراتيجية ناجحة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية ... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج[2].

[1]- نور الدين حاروش: مرجع سابق، ص 138.

[2]- المرجع سابق، ص 138.

ثالثا: مبادئ وأهداف عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر[1]:

عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر في سياسة عمومية وطنية، اتخذتها السلطات العمومية في تحسين وتطوير قطاع الصحة وتقريب هياكله ومؤسساته الصحية من المواطن الجزائري بهدف التكفل بالصحة العامة للسكان وهذا حسب ما جاء في المادة 51 من الدستور والتي تقوم على: «الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها».

ثم وضع "ميثاق الصحة" سنة 1998 كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية، بحيث يهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح بالنسبة لمبادئ السياسة الصحية فتمثلت فيما يلي:

- حماية الصحة وترقيتها من أجل الحد من اللامساواة وإعطاء الأولوية للصحة في برامج عمل الحكومة.

- الاستفادة من مجانية العلاج والإنصاف والتضامن الوطني.

- إزالة الفوارق الجهوية من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة.

- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن وحماية المحيط.

- وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل.

- تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع.

- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ووضع تدابير تحفيزية.

- إنشاء مجلس وطني للصحة.

---

[1]– دريس أسماء: "تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال فترة (2004–2013)"، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسيات الاقتصادية، العدد 06، 2015، ص 147 ص 148.

ولكن في الواقع نرى أرقاما مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر والتي تسير إلى الأسوأ، بحيث يدفع المواطن ثمن تدني الخدمات وحصة في العلاج، وكشفت آخر الإحصائيات (حسب منظمة الصحة العالمية فيما يخص ترتيب الدول العربية فيما يتعلق بمعدل الإنفاق الحكومي للشخص عام 2012)، عن تذليل النظام الصحي المعتمد في الجزائر، ورحم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية للمواطن الجزائري حيث تنفق الجزائر (234,4 دولار/ الفرد سنة 2012) ضعف ما تنفقه المغرب (63,7 دولار/ الفرد سنة 2012) على قطاع الحة مقابل رعاية صحية جيدة، ونفس الأمر ينطبق على تونس (175,3 دولار/ الفرد سنة 2012). التي جاءت الأولى في تقديم رعاية صحية جيدة لأبنائها، مقارنة بميزانيتها مع الجزائر، ومن خلال الإطلاع على الأرقام التي تعدها مراكز الدراسات والإحصاء نطالع أرقام مخيفة عند واقع الصحة في الجزائر، وهي أرقام مرعبة على الرغم من كونها بعيدة عن مبادئ وأهداف السياسة الصحية التي تبقى شعارات فقط، فكل الأمراض في تزايد مستمر.

– أما الأهداف التي ترمي إليها السلطات العمومية من خلال إصلاح المنظومة الصحية فيمكن إنجازها كما يلي:

1– تحسين قدرات المنظومة الصحية من خلال: تحديث الخريطة الصحية بهدف التوزيع العقلاني والعادل للموارد، إعادة تأهيل وتعزيز المنشآت الصحة الجوارية والفرق الطبية المتنقلة، تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي.

2– إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال: إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة، تحديث مدونة تسيير الأعمال الطبية. [1]

لقد جاء في مقدمة ميثاق المنظمة العالمية للصحة أن: « الحكومة مسؤولة عن صحة شعوبها فعليها أخذ التدابير الصحية والاجتماعية المطلوبة ».

ففي عديد من الدول الإفريقية وخاصة تلك التي عرفت النظام السياسي الاشتراكي كالجزائر فإن المنظومة الصحية كانت دائما تستجيب إلى مقاربة الصحة من منظور الخدمة العامة، على الرغم من توجه الجزائر نحو الانفتاح منذ سنة 1989، وكذا صدور العديد من المراسيم التنفيذية المنظمة للقطاع

[1]– دريس أسماء: مرجع سابق، ص 148.

الخاص في المجال الصحي، إلا أن قانون حماية الصحة وترقيتها لازال يحصل بعض ترسبات المنهج الاشتراكي[1].

رابعا: مشاريع تطوير الرعاية الصحية في الجزائر:

أقرت وزارة الصحة الجزائرية تخصيص 23,4 مليار دولار لمشروعات الرعاية الصحية حتى سنة 2025، حيث تسعى إلى تأسيس وتطوير 700 مؤسسة صحية خلال السنوات الأربعة القادمة، والعمل على سد العجز في عدد الأسرة، الذي تعاني منه معظم الولايات الجنوبية وذلك من خلال افتتاح عدد من المؤسسات الصحية مع بداية 2013، والتي تم تأسيسها وتطويرها مؤخرا، وتتضمن 90 مستشفى عمومي، و80 مؤسسة صحية متخصصة في طب العيون والحروق ومرض السرطان والكلى.

كما تخطط لإنشاء عيادات متعددة الخدمات في القرى والأرياف إضافة إلى 200 عيادة متنقلة للبدو الرحل في الصحراء والمناطق الجبلية.

كما تسعى في ذات الخطة التنموية (2011-2016) إلى تطوير بعض المستشفيات وإنشاء المؤسسات الاستشفائية الجامعية والعمل على توزيعها عبر مختلف الولايات، وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، من خلال إنشاء مستشفين جامعيين في كل من ولايتي ورقلة وبشار ووصل العمل فيها بنسبة 50% حتى الآن، ومن المتوقع البدء في إنشاء مستشفى ثالث بولاية الأغواط في غضون الأشهر القليلة المقبلة، كما تدرس وزارة الصحة مشروع إنشاء أكاديمية للطب بشراكة فرنسية، تسعى للدفع بالبحوث العلمية في قطاع الصحة.

وتسعى الجزائر إلى مضاعفة عدد المراكز الطبية في ولايات الجنوب حيث خصصت 100 مليار دينار لإنجاز نحو 300 عيادة متخصصة و 250 هيكل صحي، وتخصيص 21 مليار دينار للتكفل بالمصابين بالسرطان خلال العام الجاري[2].

---

[1]– دريس أسماء: مرجع سابق، ص 148.

[2]– خامت سعدية، عجو نورة: "تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر، العلوم التجارية تخصص تسويق، معهد العلوم الاقتصادية الأخضرية، 2011-2012، ص 115 ص 116.

خامسا: إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

يعتبر العنصر المميز لسنة 2002 في مجال الصحة في الجزائر تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات[1].

1- أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وتتمثل في الآتي:

- إصلاح عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.

- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.

- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.

- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.

- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

- ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي:

---

[1]- الطاهر الوافي: «التحفيز وأداء الممرضين دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية عالية صالح – بمدينة تبسة»، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم اجتماع تخصص تنظيم وعمل، 2012-2013، ص 106 ص 107.

*** ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:**

تمحور هذا الملف حول دراسة كيفيات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي المالي والتنظيمي.

وتم التعرض إلى كيفيات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

*** ملف الهياكل الاستشفائية:**

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

– تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.

– المساهمة الفعالة للمريض والجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها.

– استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

*** ملف الموارد البشرية:**

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيتهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

*** ملف الموارد المادية:**

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازن بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييس الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل

الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

*** ملف التمويل:**

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية والتسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفواتير بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

*** ملف اشتراك القطاعات:**

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات عديدة من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليها في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب بغض النظر إلى العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموعة الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

سادسا: تمثلات الصحة والمرض عبر التاريخ بالجزائر[1]:

كان للاعتقادات والتصورات الخاصة بالصحة والمرض المتعلقة بالإنسان الذي عاش على أرض الجزائر دورا هاما في تأسيس الديني المبني على الخوف من المجهول وجهل حقيقة الأمور الطبية، حيث نزحت هذه الاعتقادات نحو الطبيعة المقدمة لبعض الممارسات والالتزامات بها رغم تغيير البناء الاجتماعي في كل مرحلة من مراحل تاريخ الجزائر، لكن إعادة إنتاج المجتمع عبر مستويات الإنتاج الرمزي والمعتقدات استمر عبر تواصل الأجيال.

والإشكالية المتعلقة بمفهوم الصحة والمرض يرجع بنا إلى التاريخ القديم للجزائر أي قبل العهد الروماني ثم في مرحلة العهد الروماني وما تميز من بروز الأطباء وهذا لم يخفي استمرار التصورات والتمثلات للأمراض التي ظهرت في تلك المرحلة.

إن الدراسات الجغرافية والمناخية والأنثروبولوجية المتعلقة بتحديد نوع الإنسان الذي وطأ الجزائر منذ القديم، انطلقت من فرضيات الإنسان الجزائري الموجود في قديم، انطلاقا من سلالة مشتي العربي التي اعتبرت أولى السلالات التي وجدت في أرض الجزائر حيث أعطت هذه السلالة أحفادهم اسمهم بربر Les berbères زيادة على دخول شعوب من مناطق أخرى مثل شعوب من أعالي النيل وكذلك العنصر الأسود، حيث أعطى هذا الاختلاط تهيجا من الشعوب التي عرفتها الجزائر عبر تاريخها مثل الفينيقيين والوندال والرومانيين ولأسباب وغير ذلك من الشعوب، إن هذا الاختلاط خاصة مع القبائل العربية أعطى تغيرا من حيث العمق المتعلق بالخصائص الاثنولوجية للجزائر.

تميز العنصر البربري بالزيادة العالية من المواليد والعمر الطويل الخاص وأكد بعض المؤلفين تمتعهم بالصحة وأن الموت لا يحصل إلا بسبب الشيخوخة وكذلك ما تميز به الرومان بطول العمر، وبدخول الرومان إلى الجزائر 125 سنة قبل المسيح تمت الإشارة إلى أول وباء للطاعون خلال هذه السنة، لما خلف هذا الوباء أعداد كبيرة من الضحايا مثل ما خلفه الجراد من مشاكل كبيرة للسكان وللجنود الرومانيين، وجدت أمراض أخرى من بينها الحمى الموتية الأولى في قائمة الأمراض يرجع السبب إلى مرض يسمى حمى المستنقعات وغيرها من الأوبئة والأمراض ومن بين الأمراض التي كانت منتشرة في

---

[1]– بلغواطي أسماء: «دلالات الصحة والمرض في المجتمع الورقلي مرض السرطان أنموذجا دراسة ميدانية أنثروبولوجية»، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، قسم علم اجتماع والديموغرافيا، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2014–2015، ص 17 ص 18.

هذه الحقبة من الزمن الشلل وبعض أمراض الجهاز العصبي كالصراع حيث كان التفسير لهذه الأمراض ينسب إلى جن شرير ووفيات الأطفال كانت جد مرتفعة وهذا بسبب الرضاعة المبكرة التي كانت ممارسة زيادة إلى نوعية المياه المستعملة حيث كانت نصائح الأطباء الذين عاشوا في تلك المرحلة ينصحون بالابتعاد عن هذا النوع من الرضاعة والتي أظهرت وجود تشوهات خلقية للإنسان وهذا في ظل الاعتقادات التي كانت سائدة حيث نسبت إلى قوى شريرة أما في شمال إفريقيا وجد أكثر من ألفين تمثال «لاسكليبيوس» يسمى إله الطب في الأساطير اليونانية مما تبناه الرومان وانتشرت معابده في أنحاء الجزائر، حيث وجدت معابده في مدينة شرشال. أما في المغرب العربي فأغلبية الدراسات تركز على العلوم الإسلامية لأن الدين الإسلامي حث على ضرورة أن يعتني الإنسان بصحته، منها قوله تعالى:«ولا تلقوا بأنفسكم إلى التهلكة». وإذا تتبعنا نظام حياة المسلم من خلال أوامر القرآن الكريم والسنة النبوية فإننا نجده كله نظافة وطهارة تنجي الإنسان من الوقوع في المرض.

إن تاريخ الطب في الجزائر مملوء بأحداث مؤلمة خلال مرحلة الاستعمار، المرحلة الأولى تبدأ من بداية القرن 19م حيث استعمل الطب الرسمي من طرف المستعمر الفرنسي لأغراض سياسية كوسيلة للدعاية وتسريب المعلومات وكوسيلة لقبول ايجابيات الحضارة الغربية، أما المرحلة الثانية من القرن 20م إلى غاية الاستقلال 1962 فقد تميزت بتهميش السكان المحليين بالرغم من وجود بعض المسلمين في معاهد الطب الفرنسي وأمام هذه الوضعية لم يتراجع الطب الشعبي أمام طب المستعمر حيث يلجأ إليه السكان في جميع الأحوال، كما كانت انجازات الأمير عبد القادر في تكوين نسق علاجي حديث يتماشى مع احتياجات السكان. لقد كان للطب التقليدي مجال واسعا من الممارسات خلال القرن 19م وفترة القرن 20م هذا النوع من الطب الوحيد الذي شاع تداوله بين السكان الجزائريين في تلك المرحلة حيث كان هذا الأخير ذو مصدر ديني مبني على أساس النظافة والوقاية من الأمراض. إن شدة ارتباط المجتمع الجزائري بثقافته والاعتقادات الشعبية للصحة والمرض وبالرغم من الخدمة الصحية المتقدمة من طرف إدارة الاستعمار للسكان إلا أنه بدا جليا أن المرض ينحدر في إطارتصور ديني، وظهر هذا عند قبيلة "قبيلة أولاد إبراهيم" أين توفي 50 شخصا وكان تفسيرهم لموتهم أن الله عاقبهم وسبب ذلك أكلهم للمحصول الزراعي "لبني بن الشريف" وكل ما في الأمر هو انتشار وباء الكوليكا سنة 1849.

سابعا: الاختلالات المميزة للنظام الصحي في الجزائر:

يمكن تقسيم هذه الاختلالات إلى ثلاث أقسام[1]:

1- اختلالات متعلقة بالتنظيم:

المؤسسة الاستشفائية هي في الحقيقة مؤسسة ذات طابع خدمي تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري فالعلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة.

أ- من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها.

ب- من خلال خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المخولة لها من قبل التشريع، والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة، أما فيما يخص الاختلالات التنظيمية فيمكن تلخيصها فيما يلي:

- غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم بسبب غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص.

- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث تسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب.

2- إختلالات متعلقة بالتسيير المالي:

لا تعاني المنظومة الجزائرية من قلة الموارد المالية وإنما سوء تسيير الموارد المالية المتاحة هو الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية من أجل مواجهة الطلب المتزايد للعلاج، هذا بالإضافة إلى ما يلي:

- سوء توزيع الموارد المالية المتاحة فهيكلة النفقات والإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرتبة حسب الأولويات.

---

[1]- دريس أسماء: "تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال فترة (2004-2013)"، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسيات الاقتصادية، العدد 06، 2015، ص 146 ص 147.

– غياب التحكم في النفقات (أو التحكم في التسيير) وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية، فوضعية المؤسسة العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد للميزانية تتميز بوضعية التسيير، وهو ما يقيس الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية وفقدان مصداقيتها.

3– إختلالات متعلقة بوسائل التسيير:

أهم خلل في المنظومة الصحية الجزائرية هو سوء التسيير، وهذا العنصر ناتج عن نقائص في النظام الاعلامي الصحي، وكذا التكوين الصحي، بالنسبة للنقطة الأولى، فالنظام الاعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، يرجع هذا الخلل إلى سوء تناول الملفات والتقارير الطبية، وعدم مرونة السجلات الإدارية وانعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز وترتيب الدولة للأمراض، أما النقطة الثانية فإن النظام التكويني في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي وكذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة.

خلاصة الفصل الثاني:

إن الهدف الرئيسي التي تسعى إليه المؤسسات الصحية بالجزائر إلى تحقيق الوسائل البشرية والمالية، كما تعمل الدولة الجزائرية بالتكفل بكافة الطرق من أجل البحث عن الأساليب والوسائل التي ترفع من مردوديتهم وتحافظ على تحقيق هدفها، ونجد أن خير دليل على ذلك هي المراسيم التنفيذية التي قام بها المشرع الجزائري من خلال سن النصوص القانونية التي تخدم القطاع الصحي العمومي إلا أننا نجد أنها على أرض الواقع تبقى مجرد نصوص صادرة وأنها تجد الكثير من الصعوبات لتطبيقها وممارستها وهذا ما سيتبين لنا من خلال الدراسة الميدانية التي سنقوم بها على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية عالية صالح بتبسة.

تمهيد:

تعتبر الصحة من الأولويات التي تسعى كل الدول لتحقيقها من خلال وضع خطط وسياسات تنموية للنهوض بالقطاع الصحي وتطوره، والذي بدوره ينعكس على المجالات والميادين الأخرى ولهذا حاولنا في هذا الفصل التعرض إلى البعد الاجتماعي للصحة وكذا للمرض وأنواعه والتعرض إلى العناصر الأساسية للرعاية الصحية كما تم التطرق إلى مستويات الرعاية الصحية والرعاية العلاجية.

أولا: الوعي الصحي:

يقصد به إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية، وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحبة غيرهم من خلال تحويل الحقائق الصحية السليمة إلى عادات سلوكية تمارس بتلقائية دون أدنى تفكير [1].

طرق نشر الوعي الصحي:

لكي يتم نشر الوعي الصحي لابد أن تتوفر النقاط التالية لدى أفراد المجتمع:

1- فهم واستيعاب أفراد المجتمع أن حل مشكلاتهم الصحية والحفاظ على صحتهم وصحة مجتمعهم هي مسؤوليتهم في المقام الأول قبل أن تكون مسؤولية الجهات الرسمية.

2- إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات الصحية الخاصة بمجتمعاتهم، والمتمثلة في المشكلات الصحية الخاصة بالمجتمع، الأمراض المعدية المنتشرة، معدل الإصابة بهذه الأمراض، أسبابها، أعراضها، طرق انتقالها وكيفية الوقاية منها.

ثانيا: المرض:

عرف المرض عبر العصور بتعريفات مختلفة تتباين فيما بينها تبعا لثقافة وغاية وتخصص ومهنة الشخص الذي عرفه وحسب مجال عملهم وبما يخدم تخصصهم.

تقسيمات المرض:

يقسم المرض حسب تأثره وأعراضه والنواحي التي تتأثر فيه إلى:

أ- **المرض:** عدم شعور الإنسان بالراحة وعدم وعدم استقرار حالته.

ب- الاعتلال: وهو شعور الإنسان بعلة معينة ويختص هذا الجانب الاجتماعي دون غيره.

ج- السقم: حالة مرضية أو أعراض مرضية جسدية (عضوية) نفسية (اجتماعية) تؤثر على أداء وسلوك ونمط معيشة وتصرفات الفرد.

د- الاعاقة: وهو وجود خلل نفسي أو عقلي أو جسمي يمنع الشخص ويقلل من أداء الوظيفة العقلية أو الجسدية لأداء مهمتها على أكمل وجه ويمكن أن يكون تعطيل كامل لهذه الوظيفة [1].

---

[1]- سمير أحمد أبو العيون: "الثقافة الصحية"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2013، ص 23.

ثالثا: تصنيف الأمراض:

صنفت الأمراض حسب درجة انتقال المرض من شخص إلى آخر وحسب خطورة هذه الأمراض في حالة الاختلاط بالمصابين أو في حالة عدم عزلهم والحجز عليهم وهي نوعين:

أ- الأمراض المعدية:

وهي الأمراض التي تنتقل من شخص إلى آخر بواسطة العدوى إما باستخدام أدوات المريض أو نقل الدم ... الخ.

ب- الأمراض غير المعدية:

وهي الأمراض التي لا تسببها الجراثيم وليس لها ناقل أو وسط وإنما يصاب بها الشخص نتيجة عوامل أخرى ناتجة عن طبيعة الجسم ومناعته والظروف الصحية التي يعيش بها[2].

رابعا: أنواع الأمراض:

تقسم الأمراض حسب الطريقة التي تصاب بها أو الفئة التي تصيبها أو العمل أو الفئة العمرية أو تتناقلها من جيل إلى جيل[3].

1- الأمراض المهنية: وهي الأمراض التي تصيب أفرادا بعينهم يمتهنون مهنة واحدة لأن المكان الواحد والسبب الواحد وتقاسمهم الظروف البيئية الواحدة مثل تحجر الرئة للعاملين في الأتربة والأمراض الجلدية للعاملين في الصناعات الكيماوية.

2- الأمراض الوراثية: وهي الأمراض التي تنتقل من السلف إلى الخلف وراثيا من الآباء إلى الأبناء ولا يمكن الشفاء منها مثل مرض السكري أو ضعف الدم.

3- أمراض عائلية: وهي الأمراض التي تصيب عائلات بعينها مثل ارتفاع الضغط وأخيرا حسب دراسات بعض الأمراض وذلك لتشابه الجينات.

4- أمراض خلقية (ولادية): وهي الأمراض التي تصيب الأمراض حديثي الولادة أثناء الولادة مثل خلع الورك (الولادة) الخلقي أو الصُفر.

---

(1)- قدري الشيخ علي، جورج سمور، ماري زايد حداد: "علم اجتماع الطبي"، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2014، ص 99.

(2)-

(3)-قدري الشيخ علي، مرجع سابق، ص 101.

5- أمراض اجتماعية: وهي أمراض تصيب أفراد في المجتمع ناتجة عن كون الفرد ضمن المجتمع مثل القلق والأرق والإدمان.

6- أمراض نفسية (فسيولوجية): وهي أمراض تصيب أفراد نتيجة تعرضهم لضغوط اجتماعية أو الإرهاصات أو ضغط الحياة العصرية.

7- أمراض أخلاقية: وهي أمراض ناتجة عن تناول الأفراد المخدرات والخمور وهي تؤدي إلى الأمراض الاجتماعية مثل الايدز والأمراض الجنسية الناتج عن ممارسة الجنس المحرم.

8- أمراض معدية وسارية: وهي الأمراض التي تنتقل من شخص إلى آخر بوسائط متعددة سبق شرحها مثل:

أ- فيروسية مثل الحصبة وأنفلونزا الطيور.

ب- الفطرية مثل القراع والجدري

ج- بكتيرية مثل الكوليرا.

9- أمراض غير معدية: وهي أمراض شخصية ولا تنتقل بالعدى لآخر مثل: قرحة المعدة، الفشل الكلوي، البروستات.

خامسا: العناصر الأساسية للرعاية الصحية:

تركز الرعاية الصحية الأولية كما لاحظها إعلان المآتا ترتكز على مبادئ ثلاثة:

1- تأمين الرعاية الصحية الأساسية بصورة عامة وشاملة للأفراد والعائلات والمجموعات البشرية وفقا لاحتياجاتهم.

2- إشراك الجماعات في التخطيط والتنفيذ والتقويم الصحيح لهذه الرعاية.

3- تأمين دور فعال للقطاعات الأخرى في النشاطات الصحية، ومن العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية التالية:

1- المستوصف هو الوحدة الأساسية لتنفيذ عدة برامج.

* برنامج التحصين الشامل.

* برنامج الصحة المدرسية.

*برنامج مكافحة الإسهالات عند الأطفال.

* برنامج الإرشاد الصحي.

* برنامج التغذية.

* برنامج العناية بالطفل والأم وتنظيم الأسرة.

* برنامج الاهتمام بالبيئة.

2- المراكز الصحية الأولية: حيث يتوفر العلاج المتخصصين والارتباط بالمستشفى المعني في المنطقة.

3- العنصر البشري.

4- المؤسسات المعنية.

5- الإمكانيات المالية.

6- المستشفى[1].

سادسا: مستويات الرعاية الصحية:

تتضمن الرعاية الصحية ثلاثة مستويات هي:

أ- الرعاية الصحية الأولية:

كثر تداول مصطلح الرعاية الصحية الأولية في مختلف الدراسات الاجتماعية ونظرا لاحتوائها مختلف عناصر الثقافة الصحية، التوعية الصحية، الوقاية الصحية لزم الأمر لإعطاء تعريف لها، فهي إذن «الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيا، وميسرة لجميع الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها، وبروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد، والتي هي نواته ومحوره الرئيسي، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة في المجتمع، وهي المستوى الأول الاتصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي الوطني،

[1]- كامل مهنا: "الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول"، المؤتمر الوطني الأول للهيئات الأهلية في لبنان، قصر الاينسكو، 1999، ص 7 ص 8.

وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس ويعملون، وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة من الرعاية الصحية»[1].

ب- الرعاية الصحية الثانوية:

وتكون هذه الرعاية بعد وقوع الأمراض مباشرة بحيث تقدم المستشفيات كل الإجراءات اللازمة وتعمل على توفير كل الخدمات الصحية والعلاجية للمرضى.

ج- الرعاية الصحية التأهيلية:

تسعى كل الدول على توفير الرعاية الصحية لمواطنيها وبمختلف مستوياتها الثلاث، من أجل النهوض بمستواهم الصحي، وتوعيتهم بأهمية الوقاية من الأمراض، ومنع انتشارها. وذلك من خلال جملة البرامج والحملات الوقائية والتوعوية والتي تحرص على تنفيذها مختصين وأطباء لضمان نشر الثقافة الصحية بين المواطنين[2].

"فالهدف الرئيسي من الرعاية الصحية هو الحفاظ على صحة وسلامة الفرد"[3].

سابعا: أنواع الخدمات الصحية[4]:

أ- المستشفيات:

حيث يمكن أن يكون المستشفى حكوميا أو خاصا أو يتبع قطاعا خيريا أو أهليا أو يتبع منظمات دولية، وتضم المستشفيات العامة في العادة أقساما مختلفة وكادرا وظيفيا مهنيا متخصصة في الشؤون الطبية والإدارية والخدماتية.

ب- المراكز الطبية:

حيث يحتوي المركز الطبي على بعض الخدمات الطبية مثل العيادات المتخصصة والمختبر والأشعة والصيدلية، وفي العادة تكون هذه المراكز إما حكومية أو خاصة أو خيرية أو أهلية.

---

(1)- طلال بن عابد الأحمدي، محمد عوض عثمان: "دراسة تحديد الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض"، مدخل التنمية القوى البشرية، الإدارة العامة للطباعة والنشر، المملكة العربية السعودية، 2004، ص 33 ص 34.

(2)- أمل البكري وآخرون: "الصحة والسلامة العامة"، دار الفكر، عمان، الأردن، 2002، ص 24.

(3)- محمد توفيق حيضر: "الصحة العامة والسلامة العامة"، دار صفاء، عمان، الأردن، (د.س)، ص 26.

(4)- سعيدة رحامنة: "وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر"، جامعة المسيلة، العدد 11، مارس 2015، ص 219 ص 220 ص 221.

ج- خدمات الإسعاف والطوارئ:

وهي تكون في العادة ضمن المستشفى أو المركز الطبي بحيث تقدم خدمة الإسعاف الأولى للسكان.

د- مراكز رعاية الأمومة والطفولة:

وتكون هذه المراكز في العادة تتبع القطاع الحكومي أو الخاص أو الأهلي تقدم خدماتها العلاجية والوقائية للأم والأطفال.

هـ- مراكز التأهيل والرعاية:

وتشمل مراكز تأهيل المعاقين حركيا ومراكز تأهيل الصم والبكم والمكفوفين ومراكز تأهيل المدمنين ودور المسنين والعجزة.

و- مراكز الطب المخبري:

وهي في العادة مراكز خاصة وتعني بالفحوصات المخبرية.

ز- مراكز الأشعة الطبية:

وهي مراكز خاصة حيث تعنى بالتصوير الإشعاعي الطبي على اختلاف مستوياته.

ح- الصيدليات:

وهي المنشآت التي توفر الأدوية والمستحضرات العلاجية اللازمة للسكان وتتبع القطاع الخاص.

ثامنا: عناصر جودة الخدمات والرعاية الصحية:

1- فعالية الرعاية والمقصود بها:

درجة تحقيق الإجراءات الصحية والعلاجية المستخدمة للنتائج المرجوة منها والأهداف المسطرة أي أن تؤدى الرعاية الصحية إلى تحسن متوسط العمر - متوسط الأمل في الحياة - مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.

2- الملاءمة:

وهي اختيار الإجراءات الصحية لحالة المريض والتي تستجيب لها حالته المرضية في الزمان والمكان.

3- القبول:

يعني قبول المريض وأفراد عائلته والمجتمع برمته الإجراءات والاستخدامات والبرامج الصحية المعتمدة من طرف المستشفى أو الهياكل الصحية الأخرى.

4- إمكانية الحصول على الخدمة الصحة:

وهي أن طالب الخدمة الصحية مهما كان نوعها، كالاستعجال أو الفحص أو الكشف أو التحاليل أو مواعيد الاستشارة والمراجعة والمراقبة يحصل عليها المريض في الوقت المناسب حق لا تتعرض حالته الصحية لمضاعفات أخرى.

5- العدالة:

وهي تقديم العلاج لطالبه وذلك حسب حاجته وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.

6- الكفاءة:

الاستخدام الأمثل للموارد المادية والمالية والبشرية دون التقصير أو الإهمال لاحتياجات المرضى الآخرين الذين سيأتون في المستقبل، لأنه لا أحد يعلم متى يمرض ومتى يحتاج للرعاية الصحية[1].

تاسعا: المتغيرات المؤثرة في تحليل الرعاية الطبية:

يمكن أن نشير إلى مجموعة من المتغيرات الرئيسية التي تؤثر في تحليلنا للرعاية الطبية، وهذه المتغيرات هي:

1- رؤية بعض علامات مرضية أو أعراض معينة وإدراكها والاعتراف بها.

2- جدية أو خطورة الأعراض (تقدير الشخص للخطورة التي تنطوي عليها الأعراض المرضية التي يعاني منها الآن وفي المستقبل)

3- مدى تأثير هذه الأعراض على اختلال وظائف الأسرة والعمل والأنشطة الاجتماعية الأخرى.

4- معدل تكرار الأعراض المرضية

---

[1]- نور الدين حاروش: "الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة"، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص 169 ص 170.

5- مبلغ تسامح الأشخاص إزاء هذه الأعراض

6- المعلومات المتاحة، والمعرفة، والافتراضات الثقافية ومدى الفهم القائم بعملية التقييم.

7- الحاجة الأساسية المؤدية إلى التجاهل المؤقت.

8- الحاجات المتنافسة مع الاستجابات المرضية.

9- التفسيرات المتعارضة التي يمكن وضعها للأعراض المرضية.

10- مدى توافر إمكانيات العلاج وموارده والتكاليف المالية والأعباء النفسية لهذا العلاج[1].

عاشرا: الصحة الوقائية والصحة العلاجية:

أولا: الصحة الوقائية

هي تلك النوعية من الصحة التي تهدف إلى منع حدوث الأمراض.

سبل تحقيق الوقاية من الأمراض[2]:

1- عدم التعرض لمصادر العدوى

2- الابتعاد عن مصادر العدوى

3- رفع مستوى الثقافة الصحية وكذا الوعي الصحي في المجتمع

4- استخدام طرق العزل للمرضى والتطهير للمستشفيات والتحصين للأشخاص المخالطين للمصابين من الأطباء والممرضات وجميع المخالطين للمرضى داخل المستشفيات أو حتى خارجها.

5- رفع المستوى المناعي للمجتمع من خلال التغذية السليمة بالإضافة إلى استخدام التحصينات (اللقاحات) ضد الأمراض المنتشرة في المجتمع.

مستويات الصحة الوقائية:

ويقصد به ترتيب المراحل التي يجب تقديمها للمجتمع لوقاية أفراده من شرور الأمراض المختلفة

---

[1]- محمد علي محمد وآخرون: "دراسات في علم الاجتماع الطبي"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، ص 143.

[2]- سمير أحمد أبو العيون: "الثقافة الصحية"،

1- رفع المستوى الصحي للأفراد:

يتم إجراءات رفع المستوى الصحي للمساهمة في السيطرة على الأمراض الشائعة في المجتمعات وذلك من خلال:

أ- المحافظة على البيئة ورفع مستواها الصحي

ب- رفع المستوى الغذائي للأفراد والمجتمعات والذي يؤدي إلى رفع المستوى المناعي للجسم وبالتالي الوقاية من الأمراض.

ج- رفع مستوى الثقافة الصحية والوعي الصحي في المجتمع.

2- الوقاية النوعية من الأمراض:

يتم عملية الوقاية من الأمراض في المجتمعات من خلال:

أ- تطعيم جميع أفراد المجتمع منه الأمراض المعدية المنتشرة في المجتمع

ب- الوقاية من أمراض سوء التغذية

ج- وقاية العاملين من الأخطار المهنية

3- الاكتشاف المبكر للمرض وتقديم العلاج الأمثل:

ويتم ذلك من خلال التالي:

أ- توفير المراكز الطبية العلاجية للمواطنين

ب- توقيع الكشف الطبي بصفة دورية على الأفراد.

ج- الإبلاغ عند ظهور أية حالة مرضية وخاصة المعدية منها.

4- منع حدوث المضاعفات والحد منها:

ويتم ذلك من خلال استخدام الوسائل التشخيصية الحديثة للوصول إلى التشخيص الصحيح وبالتالي استخدام العلاج الأمثل وذلك للسيطرة على الحالة المرضية ومنع المضاعفات.

5- الإعداد البدني والتأهيل النفسي والاجتماعي:

ويحدث ذلك للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة التعرض للإصابة ولبعض المضاعفات المرضية والحوادث والعيوب الخلقية، لذلك يجب تأهيلهم وإعادة تدريبهم والاستفادة من خبراتهم السابقة قدر المستطاع حتى يكونوا أفرادا منتجين وفاعلين في المجتمع، ليس ذلك فقط، بل وألا يكونوا عالة على مجتمعاتهم التي يعيشون فيها.

ثانيا: الصحة العلاجية

هي تلك النوعية من الصحة التي تهدف إلى علاج المرضى من حالاتهم المرضية التي يعانون منها وصولا إلى الشفاء التام منها والعودة إلى الحالة الصحية الطبيعية[1].

ويتم تحقيق الصحة العلاجية في المجتمع من خلال ما يلي:

1- عرض الحالة على الطبيب المختص.

2- استخدام الوسائل الحديثة في التشخيص.

3- التعامل مع الحالة بالطريقة العلاجية المثلى.

4- التعامل مع كل حالة مرضية بصورة منفردة بحسب طبيعة كل حالة.

مراحل الإصابة بالمرض:

تنقسم مرحلة الإصابة بالمرض إلى مجموعة مراحل هي:

1- مرحلة الحضانة:

هي المرحلة التي تسبق مرحلة ظهور الأعراض وتتميز بالتالي:

أ- مرحلة يحدث فيها الإصابة الفعلية بالمرض.

ب- تتكاثر فيها الميكروبات داخل الجسم ولكن دون ظهور الأعراض المميزة للمرض.

ج- يكون الشخص في هذه الحالة مصدرا لنقل العدوى للمحيطين به، ولذا تعتبر مرحلة الحضانة أكثر خطورة من مرحلة ظهور الأعراض، حيث أن الأفراد المحيطين به يتعاملون معه بصورة طبيعية على أنه شخص سليم ولكنه في حقيقة الأمر مصدر خطير غير مرئي لنقل العدوى الآخرين.

2- مرحلة ظهور الأعراض:

[1]- مرجع سابق، ص 28 ص 29.

وفيها تظهر الأعراض المميزة للمرض ويكون مصدرا للعدوى شأنه في ذلك شأن مرحلة الحضانة وإن كانت مرحلة الحضانة أكثر خطورة كما سبق أن نوهنا عن ذلك.

3- مرحلة النقاهة:

وهي المرحلة التي تلي مرحلة ظهور الأعراض وتتميز بإحدى النهايات التالية:

أ- الشفاء التام للمريض ويصبح شخص معافى طبيعيا.

ب- العجز التام.

ج- موت المريض

وقد يتحول المرض بعد فترة من حالة الحادة إلى الحالة المزمنة في الحالات التالية:

1- عدم الاستجابة للعلاج بدرجة كافية، كما هو الحال في حالة الإصابات التنفسية المتكررة والتي يمكن أن تتحول إلى الربو الشعبي.

2- تأخر اكتشاف المرض أو التعامل معه، كما هو الحال عند الإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي، وهو مرض فيروسي يصيب الكبد كما هو واضح من مسما وهناك ثلاثة أنواع من الالتهاب الكبدي (A,B and C) (أ،ب، ج) فعند إصابة الفرد بالمرض (أ) وتأخر اكتشافها أو علاجها بالطريقة الصحيحة فإن الحالة تتحول إلى الصورة المزمنة من الالتهاب الكبدي (ج) وعندها يتلف الكبد ويصبح غير قادرا على أداء وظائفه الحيوية وتظهر الأعراض المرضية المميزة للمرض وقد يكون عرضة للإصابة بالأورام السرطانية الكبدية.

3- التشخيص الخاطئ للمرض والتعامل الخاطئ معه لفترة طويلة.

4- عدم تنفيذ تعليمات الطبيب.

خلاصة الفصل الثالث:

نستنتج من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل حول البعد الاجتماعي للمرض وتصنيف الأمراض ومستويات الرعاية الصحية فإن المرض نجده يؤثر على الأفراد المحيطين، ومن خلال ذكر مستويات الرعاية الصحية، الرعاية الصحية الأولية الثانوية التأهيلية فإنها تعمل إلى المنع من انتشار الأمراض وتوعية الأفراد بتوخي الحذر من التعامل مع الأفراد المصابين من خلال الوقاية والعلاج، كما نجد أن الرعاية الصحية للمرضى من خلال الفحص والعلاج وتقديم أفضل الخدمات الصحية تسرع من عملية التنمية

تمهيد:

بعد أن قمنا في الفصول النظرية لبحثنا بعرض مشكلة البحث، والتطرق لأهم الجوانب المتعلقة والمرتبطة بها، نحاول من خلال دراستنا الميدانية ترجمة هذه الحقائق إلى معطيات ملموسة وذلك بالاستناد إلى إستراتيجية منهجية متكاملة تمكننا من تحويل المعطيات النظرية إلى حقائق واقعية في ضوء البيانات والمعلومات التي تحصلنا عليها في الميدان ويعد هذا الفصل نقطة البداية من دراستنا الميدانية، حيث نسعى من خلاله إلى توضيح أهم الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها في سبيل تحقيق الأهداف وسنختص في هذا الجزء إلى التعرض إلى مجالات الدراسة الثلاث وهي المجال المكاني، البشري، الزماني ونحدد فيه مجتمع الدراسة والعينة وكيفية اختيارها وخصائصها، وكذلك سنتطرق لمنهجية الدراسة من خلال التعرض لمنهج الدراسة والأدوات المستخدمة في جمع البيانات بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية.

أولا: مجالات الدراسة:

إن عملية تحديد مجالات الدراسة المكانية، البشرية، والزمانية تعتبر من أهم الخطوات المنهجية لتحديد مسار البحث خاصة أثناء تعميم النتائج، فمن خلال تحديد المجال المكاني والزماني للدراسة يساعد ذلك في اختيار العينة ومدى تمثيلها لمجتمع الدراسة وعليه فإن مجالات الدراسة تنقسم إلى:

1- المجال المكاني:

لقد تمت هذه الدراسة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية "عالية صالح" بتبسة، وقد كانت هذه المؤسسة عيادة جراحية تقدم خدماتها لكافة سكان ولاية تبسة وتضم هذه العيادة مصلحة الاستعجالات الطبية.

وفي ضوء التحديد السابق لموضوع البحث المتمثل في:« دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي بالمؤسسة الاستشفائية بمدينة تبسة »، فقد تم التطرق إلى معرفة الهياكل الصحية في الولاية وتوزيعها وكذا إعطاء لمحة عن المؤسسة الاستشفائية العمومية عالية صالح-تبسة.

أ- الهياكل الصحية في الولاية وتوزيعها:

إن ولاية تبسة تتوفر على هياكل وقطاعات صحية تتوزع على مختلف بلدياتها تعمل على توفير الرعاية الصحية للمواطنين وتشمل هذه الهياكل على: 08 مستشفيات و37 عيادة متعددة الخدمات وسنبين من خلال الجدول مختلف الهياكل الصحية التي يحتويها القطاع الصحي العمومي لولاية تبسة.

الجدول رقم (1): يمثل الهياكل الصحية الاستشفائية بولاية تبسة

التسمية	عدد الأسرة	عدد المصالح
المؤسسة الاستشفائية العمومية بئر العاتر (الدكتور تيجاني هدام)	170	07
المؤسسة الاستشفائية العمومية الشريعة (محمد الشبوكي)	150	05
المؤسسة الاستشفائية العمومية العوينات (120 سرير)	132	05
المؤسسة الاستشفائية العمومية مرسط (هوام علي)	90	05
المؤسسة الاستشفائية العمومية الونزة (بوغرارة فؤاد)	120	05
المؤسسة الاستشفائية العمومية تبسة (عالية صالح)	208	09
المؤسسة الاستشفائية العمومية بكارية (بوقرة بولعراس)	252	08
المجموع	1122	44

المصدر: مديرية الصحة لولاية تبسة

نلاحظ من خلال الجدول الذي يمثل الهياكل الصحية الاستشفائية بولاية تبسة، والذي يتوزع على كل من دوائر وبلديات الولاية، حيث نجد أن ولاية تبسة وبالمؤسسة الاستشفائية العمومية عالية صالح تضم 208 سرير وعدد مصالحها 09 مصالح طبية ومن بين أهم هذه المصالح نجد: مصلحة الاستعجالات، مصلحة الحروق، مصلحة جراحة العظام والرضوض ... وتليها المؤسسة الاستشفائية العمومية الدكتور تيجاني هدام بئر العاتر، والتي تضم 07 مصالح و170 سرير، وتليها المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الشبوكي بالشريعة، والتي تضم 05 مصالح و150 سرير، ونجد المؤسسة الاستشفائية العمومية 120 سرير بالعوينات هوام علي بمرسط تملك 90 سرير وعدد مصالحها 05، في حين نجد أن المؤسسة الاستشفائية العمومية بوغرارة فؤاد ببلدية الونزة احتوت على 120 سرير و05 مصالح، كما أن المؤسسة الاستشفائية العمومية بوقرة بولعراس – بكارية تستعيب 252 سرير و08 مصالح.

وبالتالي يمكن القول أن أكثر المؤسسات الاستشفائية استيعاب نجد بوقرة بولعراس من حيث عدد الأسرة وعدد مصالحها 08 في حين نجد أن المؤسسة الاستشفائية عالية صالح تملك 208 سرير وعدد

مصالحها 09 أما في الأخير من حيث طاقم الاستيعاب نجد هوام علي- مرسط 90 سرير فقط و05 مصالح.

ب- لمحة عن المؤسسة الاستشفائية العمومية عالية صالح- تبسة:

حسب صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 02 جمادى الأول عام 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007، والذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وكذا سيرها، ونجد أن الفصل الأول الذي يضم المادة 02 ينص أن المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي. ونجد أن هناك قرار تعديلي رقم 38-61 على المرسوم التنفيذي رقم 140/07 على 17 صفر 1429 الموافق لـ 24 فيفري 2008.

2- المجال الزماني:

إن المجال الزماني للدراسة يتحدد عبر مراحل مرت بها الدراسة وهي كالآتي:

- المرحلة الأولى: مرحلة التفكير في موضوع الدراسة

دامت هذه المرحلة قرابة ثلاثة أشهر أي طيلة العطلة الصيفية إلى غاية 2017/10/15.

- المرحلة الثانية: مرحلة الإطار النظري

بدأت هذه المرحلة من تاريخ الموافقة على موضوع الدراسة من قبل إدارة الجامعة بعد اختيارنا من قبل المشرفة غرايبية فضيلة يوم 2017/11/08 للبدء في عملية وضع الإشكالية وكذا الإطار المفاهيمي للمتغيرات الدراسة وكذا الإطار النظري للدراسة الذي استغرق شهرين إلى غاية 2018/01/08.

- المرحلة الثالثة: مرحلة الدراسة الميدانية

تمثلت هذه المرحلة في الزيارات الاستطلاعية التي استهدفت:

* **مديرية الصحة لولاية تبسة:** بتاريخ 2018/01/15 اعتمدنا في هذه الزيارة على جمع البيانات حول موضوع الصحة حيث حاولنا الإطلاع على المعلومات التي تتوفر عليها الولاية من خلال عدد الهياكل الصحية العمومية والخاصة عبر كل بلديات الولاية.

* **المؤسسة العمومية الاستشفائية عالية صالح- تبسة:** بدأت من الفترة الممتدة من 2018/02/15 إلى غاية 2018/01/20 تم التعرف على الأقسام والوحدات الموجودة في المستشفى وكذا تم زيادة إدارة المستشفى للحصول على معلومات حول الهياكل الموجودة في المستشفى.

وفي الفترة 2018/03/20 تم التصريح بالتربص في المؤسسة العمومية عالية صالح - تبسة بمصلحة الجراحة العامة بالعيادة الجراحية.

* بتاريخ 2018/04/20 تم توزيع الاستمارة الخاصة بمرضى العيادة الجراحية عالية صالح- تبسة حيث قمنا بمساعدة المرضى في ملأ الاستمارة حيث استمرت العملية إلى غاية 2018/01/22.

3- المجال البشري:

أ- مجتمع الدراسة: إن من أهم خطوات البحث العلمي هو تحديد المجال البشري للدراسة والذي من خلاله يتم معرفة المجتمع الأصلي الذي يتم جمع البيانات منه، فمن خلال مجتمع الدراسة يمكن معرفة مدى مصداقية النتائج المتحصل عليها في عملية البحث وكذا معرفة الأدوات البحثية التي سيتم استخدامها لجمع المعلومات التي تخص العينة التي سيتم اختيارها من المجتمع الأصلي للدراسة، إذن فمجال دراستنا ينحصر في المرضى المتواجدين بالمؤسسة الاستشفائية عالية صالح-تبسة- حيث اعتمدنا على اختيار عينة من أفراد هذا المجتمع وتكون هذه العينة المختارة تمثل مجتمع الدراسة أحسن تمثيلا، ويشترط أن يكون هذا الاختيار دقيقا والهدف منه هو الحصول على نتائج قريبة ومشابهة للنتائج التي يمكن التوصل إليها من المجتمع المراد دراسته.

وللتعرف على دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي لابد من تحديدنا لمجتمع الدراسة والذي يعبر عن « مجموعة عناصر لها خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى »[1].

ب- العينة: لقد تم اختيار عينة عشوائية بسيطة بالعيادة الاستشفائية عالية صالح- تبسة، حيث كان المجموع الكلي للمترددين على هذه المؤسسة 120 مريض خلال 03 أشهر، وقد بلغ حجم العينة 50 مريض، بعد أن تم فقد كان حجم العينة النهائي 40 مريض لدى العيادة الاستشفائية عالية صالح - تبسة.

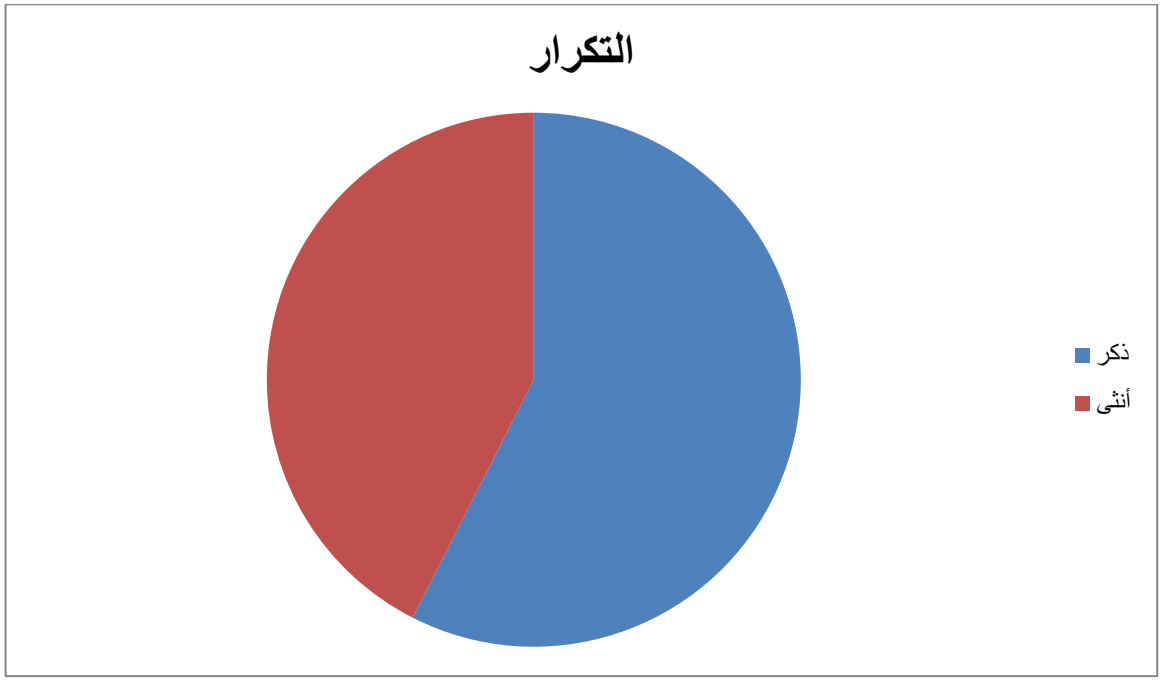
ج- خصائص العينة:

جدول رقم (3): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	23	%57,5
أنثى	17	%42,5
المجموع	40	%78,75

[1]- موريس أنجرس:"**منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية تدريبات عملية**"، تر: بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2004، ص 298.

الشكل رقم (1): التمثيل البياني لمتغير الجنس لدى مرضى عيادة عالية صالح- تبسة



يتبين من الجدول الذي يمثل توزيع أفراد العينة (مرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح- تبسة 40 مريض) حسب متغير الجنس أن نسبة إجمالي الذكور قدر بـ 23 يتوزعون على نسبة 57,5% أما نسبة 42,5% موزعين على 17 من العدد الإجمالي للإناث.

ويرجع هذا الاختلاف وللتفاوت من حيث متغير الجنس ذكور وإناث إلى عدة أسباب حيث أننا نجد أن تحمل المسؤولية الملقاة على عاتق الذكور كتوفير متطلبات الحياة والاهتمام بأفراد الأسرة تحتم عليه العمل المستمر من أجل كسب قوته وقوة أفراد أسرته وتوفير متطلبات العيش الكريم ... الخ، ونجد أن من الأعمال التي يقومون بها تجعلهم أكثر عرضة للمرض مما تنعكس عليه في ممارسة الأنشطة اليومية على خلاف المرأة، وهذا ما ينجم عنه المسارعة في الذهاب للطبيب فور شعوره بالتعب لتلقي العلاج والرعاية المناسبة، ونجد أن بنية الرجل تختلف عن المرأة في تحمل المسؤولية.

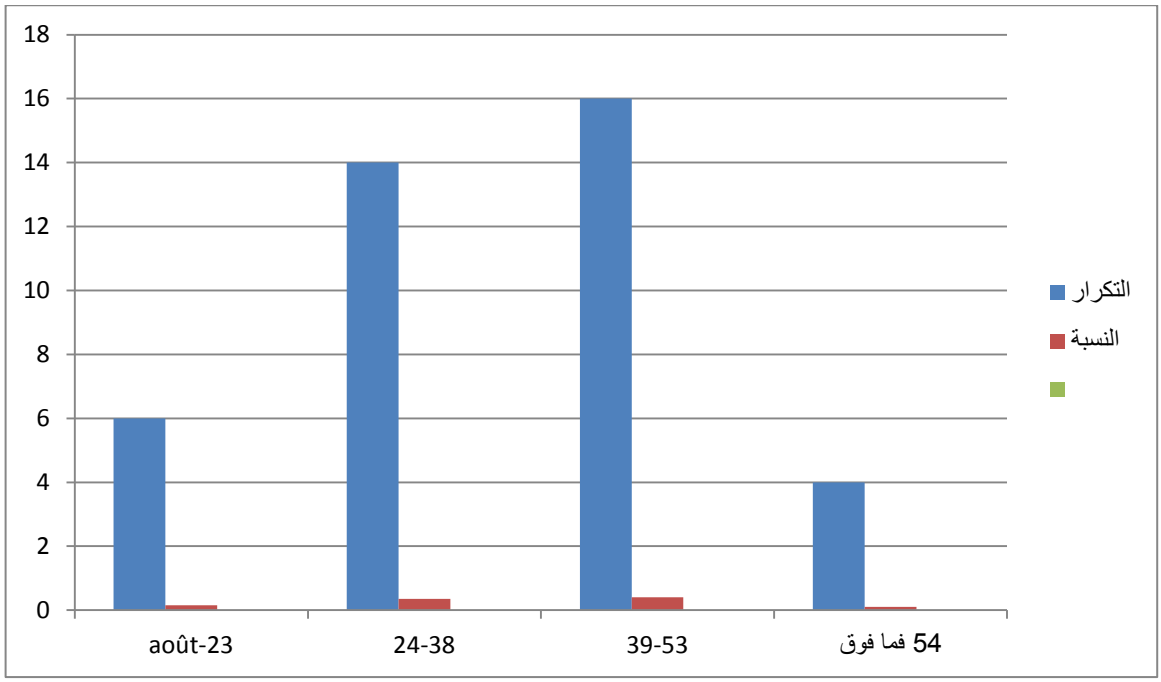
لذا وجب عليهم المحافظة على صحتهم لتحسين حالتهم ونشاطهم اليومي

الجدول رقم (04): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة
23-8	06	%15

38-24	14	%35
53-39	16	%40
54 فما فوق	04	%10
المجموع	40	100

الشكل رقم (02): التمثيل البياني لأفراد العينة حسب متغير السن



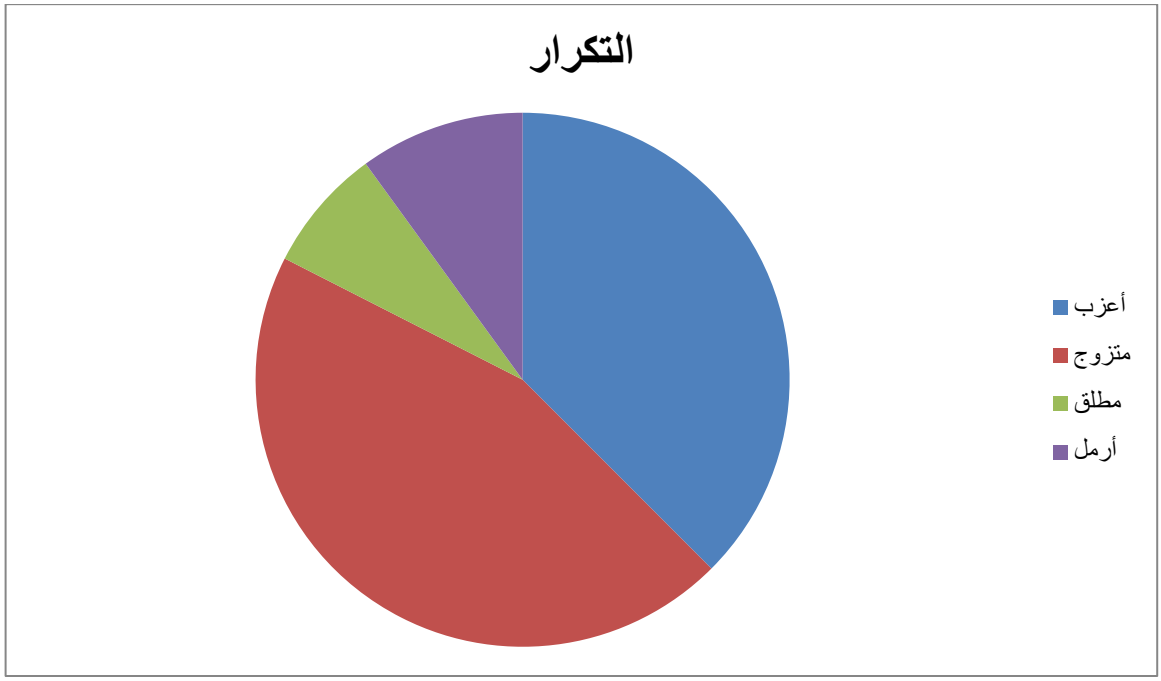
يتبين لنا من خلال الجدول أن نسبة 40% كانت لدى الفئة العمرية (39-53 سنة) تليها النسبة 35% موزعين على 14 مريض وكانت لدى الفئة العمرية (24-38 سنة) ونجد أن النسبة 15 من إجمالي الفئة العمرية (8-23 سنة) وهي الأصغر سنا، كما نجد أن الفئة الأكبر سنا وهي الفئة الأخيرة والأقل تواجد في العيادة والتي توزع على الفئة العمرية (54 سنة-فأكثر) موزعين على نسبة 10%.

وما يمكن قوله بأن متغير السن له دور فعال في الحالة الصحية للأفراد حيث نجد أن من الفئات الأكثر عرضة للمرض هم الفئة العمرية (39-53 سنة) والفئة التي نجدها مرتفعة عن بقية الفئات العمرية الأخرى، كما أن هذه الفئة نجدها تتعرض للمرض أكثر ونجد فيها نسبة الإناث أكثر وذلك راجع إلى أن المرأة تتعرض للعمل والولادة وسوء التغذية، كما نجد أن الفئة العمرية – الأخرى الأقل نسبة نجدها عنده.

الجدول رقم (05): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية

الحالة العائلية	التكرار	النسبة
أعزب	15	%37,5
متزوج	18	%45
مطلق	03	%7,5
أرمل	04	%10
المجموع	40	100

الشكل رقم (03): التمثيل البياني لمتغير الحالة العائلية لدى مرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح-تبسة



يتبين من خلال الجدول أعلاه أن توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية، حيث أن نسبة 45% لدى فئة المتزوجين موزعين على 19 من العدد الإجمالي، أما فئة العازبين فكانت نسبتهم 37.5% موزعين على 15 من العدد الإجمالي.

في حين نجد أن الأرامل بلغت نسبتهم 10% موزعين على 04 من العدد الإجمالي لتكون نسبة 7,5% مسجلة لدى فئة المطلقين.

فمن خلال هذه النتائج يتبين لنا أن متغير الحالة العائلية له الأثر الكبير، حيث نجد أن أكبر نسبة كانت لدى فئة المتزوجين وهذا راجع إلى عدة أسباب من بينها تحسين الخدمات المقدمة في

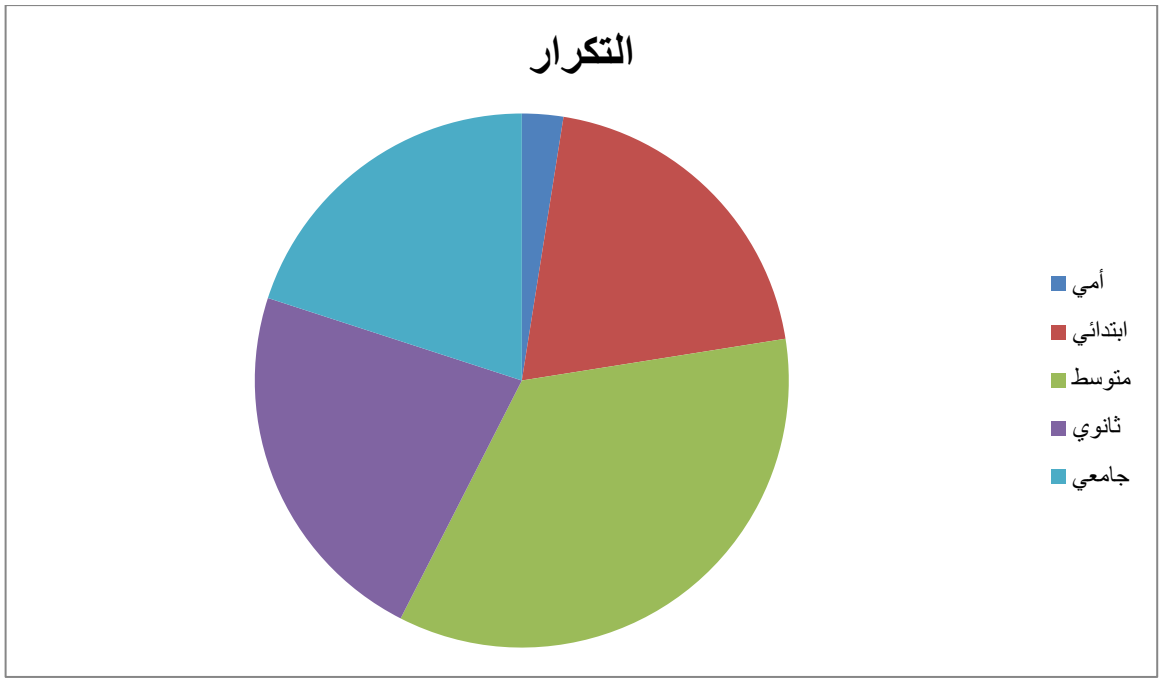
العيادات وكذلك نوعية المرض حيث أن المرأة تتعرض إلى عدة أمراض بسبب الحمل والولادة، وكذلك لنوعية الخدمة المقدمة للمرضى.

أما المطلقين والأرامل فإن نسبتهم ضعيفة جدا بالمقارنة مع الفئات الأخرى وذلك نظرا للحالة الاجتماعية والنفسية التي لها الأثر الكبير على حالتهم الصحية.

الجدول رقم (06): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
أمي	01	%2,5
ابتدائي	08	%20
متوسط	14	%35
ثانوي	09	%22,5
جامعي	08	%20
المجموع	40	100

الشكل رقم (04): التمثيل البياني لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح–تبسة



يتبين لنا من خلال الجدول أن:

نسبة 35% من إجمالي مرضى (العيادة الاستشفائية عالية صالح- تبسة 40 مريض) كانت لدى فئة المتوسط.

أما نسبة 22,5% من إجمالي عدد المرضى موزعة على 09 من العدد الإجمالي كانت لدى فئة الثانوي.

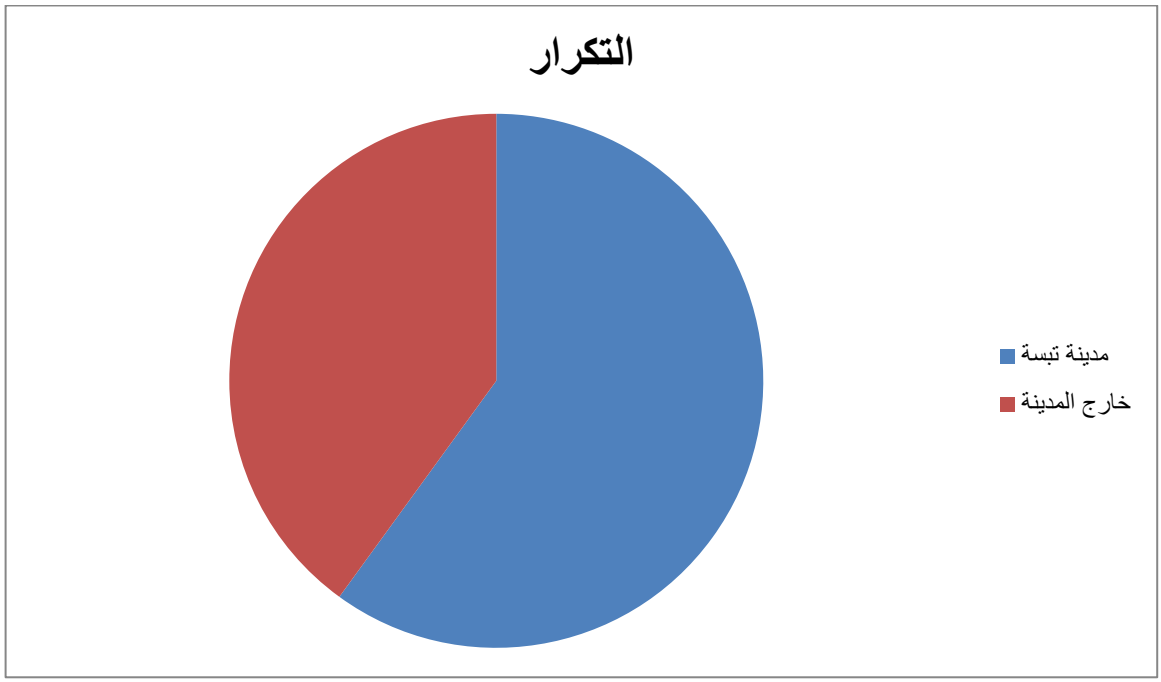
في حين نجد أن من بين 08 مرضى من العدد الإجمالي موزعين على 20% كانت لدى فئتي الجامعي والابتدائي.

أما النسبة 2,5% من إجمالي المرضى نجدهم في فئة الأميين وما يمكن قوله هو أن المستوى التعليمي للمرضى يلعب دور ذا أهمية من حيث إجراء العملية والحصول على العلاج فقد نجد أن هناك اهتمام كبير في العيادة الاستشفائية بالمرضى لذا يسارعون هؤلاء المرضى للذهاب للعيادات على اختلاف مستواهم التعليمي، فنلاحظ من خلال الجدول أن نسبة 35% من العدد الإجمالي كانت لدى فئة المتوسط وهذا راجع إلى أن المستوى التعليمي ليس مقترن بتلقي العلاج.

الجدول رقم (07): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان الإقامة

مكان الاقامة	التكرار	النسبة
مدينة تبسة	24	%60
خارج المدينة	16	%40
المجموع	40	100

الشكل رقم (05): التمثيل البياني لمتغير مكان الإقامة لدى مرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح- تبسة



يعكس لنا الجدول أعلاه المتعلق بمكان الإقامة أن:

إجمالي نسبة 60% من مرضى المتواجدين في العيادة الاستشفائية عالية صالح- تبسة 40 مريض يقيمون في مدينة تبسة وهذا الارتفاع يوحي لنا بالنسبة الكبيرة من السكان المتواجدين فيها.

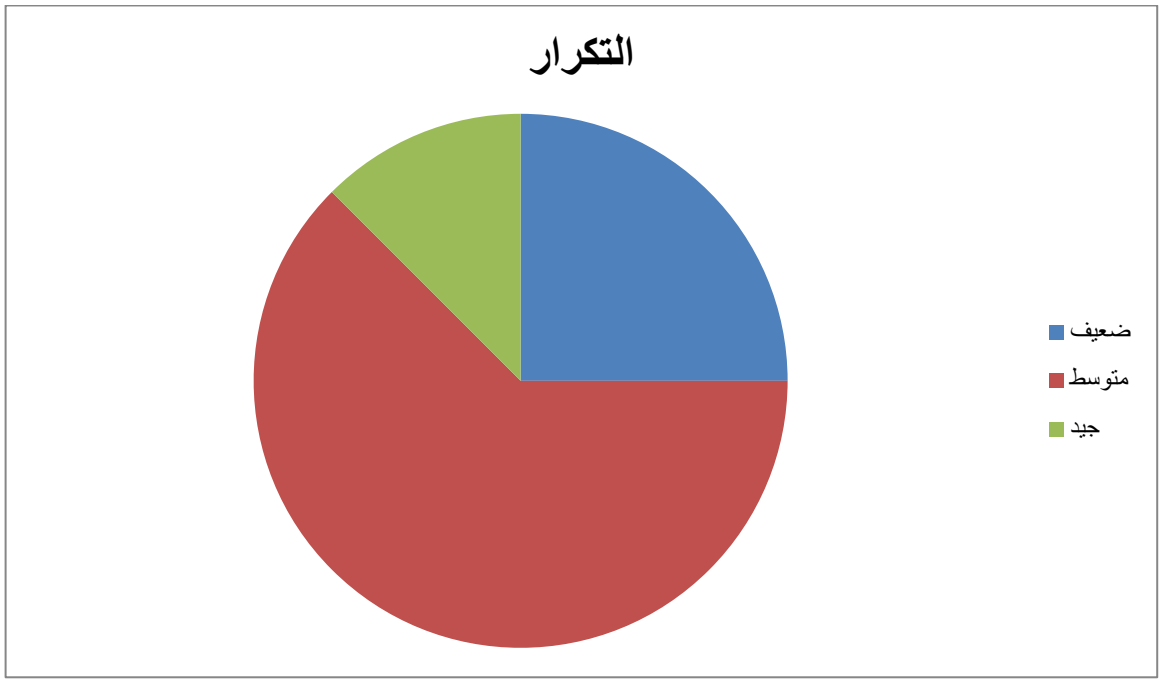
أما نسبة 40% من عدد إجمال مرضى الذين يتنقلون من بلدياتهم للحصول على العلاج.

ومما سبق نستنتج مكان الإقامة يعتبر ذو أهمية كبيرة في حياة الفرد، حيث يعتبر المكان الوحيد الذي يشعر فيه الفرد بالراحة والاستقرار في حياته وهو الذي يقيه من الحر والبرد وهو المكان الذي يحميه من الأذى والأخطار التي تحيط به.

الجدول رقم (08): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى المعيشي

المستوى المعيشي	التكرار	النسبة
ضعيف	10	%25
متوسط	25	%62,5
جيد	05	%12,5
المجموع	40	100

الشكل رقم (06): التمثيل البياني لمتغير المستوى المعيشي لدى مرضى المؤسسة الاستشفائية عالية صالح- تبسة



يتبين لنا من خلال الجدول أن:

نسبة 62,5% من إجمالي عدد مرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح- تبسة حسب 40 مريض موزعة على 25 مريض لدى فئة متوسط.

في حين نجد أن نسبة 25% من إجمالي عدد المرضى موزعى على فئة ضعيف، كما نجد أن فئة جيد موزعة على 12,5%.

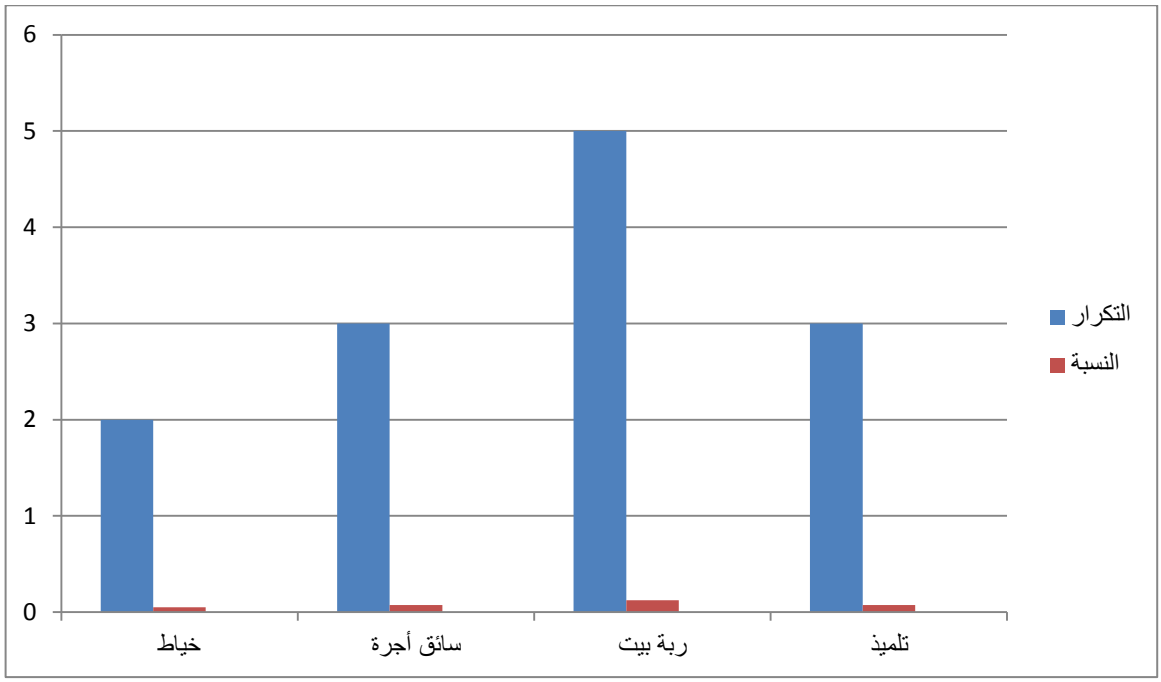
فكلما كان المستوى المعيشي مستقر كلما كانت حالة الأفراد الصحية جيدة ونجد أن معظم الأسر هي في حالة متوسطة وهذا راجع إلى أن المجتمع الذي نعيش فيه أغلبيته يعيش نفس المستوى وأن المستوى المعيشي يؤثر في الحالة أو الوضعية الاجتماعية والاقتصادية وكذا الصحية للفرد والمجتمع.

الجدول رقم (09): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة

المهنة	التكرار	النسبة
خياط	02	%5
سائق أجرة	03	%7,5
ربة بيت	05	%12,5
تلميذ	03	%7,5
بطال	08	%20

تاجر	01	%2,5
متقاعد	03	%7,5
عامل يومي	04	%10
طالب جامعي	01	%2,5
موظف	07	%17,5
شرطي	01	%2,5
مقاول	01	%2,5
دركي	01	%2,5
المجموع	40	100

الشكل رقم (07): التمثيل البياني لمتغير المهنة لدى مرضى المؤسسة الاستشفائية عالية – صالح



يتبين لنا من خلال الجدول أن:

توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة أن نسبة 20% من العدد الاجمالي موزعين على فئة البطالين، تليها 17,5% من النسبة موزعين على 07 مرضى لدى فئة الموظفين.

كما نجد أن نسبة 12,5% من المرضى موزعين على فئة ربات البيوت، في حين نجد أن مهنة عامل يومي نجدها موزعة عند 04 مرضى من العدد الإجمالي بسبة 10%.

تليها نسبة 7,5% من عدد إجمالي المرضى موزعة على عدة مهن ونجد منها سائق أجرى ومتقاعد وكذلك عند التلاميذ.

في حين نجد أن نسبة 5% من عدد اجمال المرضى موزعة عند فئة خياط وفي الأخير نجد أن كل من التاجر والطالب الجامعي والشرطي والمقاول والدركي من المهن التي تحمل نسبة 2,5% من عدد إجمال المرضى.

وما يمكن قوله بأن متغير المهنة له أهمية كبيرة حيث نجد أن الوضع الاقتصادي والاجتماعي ميسور كلما قل الذهاب للعيادة وهذا راجع إلى نوعية الغذاء وكذا الحالة الصحية جيدة على خلاف الفئات الأخرى التي نجدها أكثر عرضة للمرض وهذا راجع إلى قلة الغذاء وكذلك نجدهم أكثر تواجدا في العيادات لتلقيهم العلاج المناسب والفوري لحالتهم الصحية.

ثانيا: منهجية الدراسة:

1- نوع الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة من خلال دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي بالمؤسسة الاستشفائية، فهذه الدراسة تهدف الى اكتشاف الوقائع ووصف الظواهر وصف دقيق ومحاولة الوصول إلى حقائق علمية تجسد نتائج الدراسة بناء على البيانات المتحصل عليها ميدانيا.

2- منهج الدراسة:

انطلاقا من طبيعة الدراسة والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، فنجد أن الوسيلة التي تمكننا من الحصول على كم معرفي بأبسط الجهود، فالوسيلة في ذلك هي المنهج العلمي بكل معطياته لهذا يعتبر المنهج العلمي « هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة والإجابة عن الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث وهو البرنامج الذي يحدد السبيل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها »[1].

كما يمكن تعريفه بأنه « هو أسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج حقيقية معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة »[2].

كما أن اختيار منهج الدراسة يتوقف على طبيعة الموضوع المدروس وكذا متغيراته، فمناهج البحث العلمي تختلف من موضوع لآخر لأن كل موضوع يتلاءم مع منهج معين وبما أن دراسة موضوع "دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي" من الدراسات الوصفية والتي تعتمد على الوصف والتفسير والتحليل في دراسة الظواهر الاجتماعية.

3- المنهج الوصفي: من خلال موضوع بحثنا الذي يركز على "دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي ومن أجل معرفة الدور الذي يقوم به القطاع الصحي العمومي من خلال الخدمات الصحية التي يوفرها للمرضى استخدمنا المنهج الوصفي الذي يمكن تعريفه بأنه:« أسلوب من

---

[1]- محمد شفيق:"**البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية**"،

[2]- ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم:"**مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيقية**"، ط1، دار صفاء، عمان، الأردن، 2000، ص 33.

أساليب التحليل الذي يعتمد على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية وتفسيرها بطريقة موضوعية بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة »[1].

يعتمد المنهج الوصفي على جمع البيانات والمعلومات ويعمل على تفسيرها وتحليلها حسب فرضيات الدراسة للوصول إلى استنتاجات تساهم في تفسير الظاهرة بما يسمح بتوجيهها نحو أهداف الدراسة المتوخاة، وكذا بما يخدم التساؤلات المطروحة في إشكالية البحث.

4- المنهج المقارن: يمكن تعريف المنهج المقارن بأنه «يقوم هذا المنهج على معرفة كيف ولماذا تحدث الظواهر من خلال مقارنتها مع بعضها البعض من حيث أوجه الشبه والاختلاف وذلك من أجل التعرف على العوامل المسببة لحادث أو ظاهرة معينة والظروف المصاحبة لذلك والكشف على الروابط والعلاقات أو أوجه الشبه والاختلاف بين الظواهر، ويتم ذلك كما يرى جون سيتوارت من خلال عدة طرق »[2].

فالمنهج المقارن يقوم على مقارنة الظواهر وكيفية حدوثها في الواقع وفي ظل دراستنا حاولنا مقارنة دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي وباختيار المؤسسة الاستشفائية عالية صالح- تبسة، ومن خلال موضوع دراستنا حاولنا معرفة أيهما يعمل على التوصل لتحقيق رعاية صحية للمرضى.

5- أدوات جمع البيانات الميدانية:

قد يستخدم الباحث أكثر من طريقة أو أداة لجمع المعلومات حول مشكلة الدراسة أو للإجابة عن أسئلتها أو لفحص فرضياتها، حيث أن هذه الأدوات المستخدمة التي يعتمد عليها الباحث لا تخرج عن طبيعة الموضوع وعلى هذا الأساس فقد اعتمدنا في دراستنا على الأدوات المنهجية التالية:

أ- **الملاحظة:** تعد الملاحظة واحدة من أقدم وسائل جمع المعلومات، ومن الخطوات المنهجية المستخدمة حيث نجد أن هذه الأداة تعطي معلومات لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال قدرة الباحث على ترجمة وتفسير وتحليل ملاحظاته حول أفراد العينة المبحوثة، وتفيد الملاحظة في الحالات التي ترفض فيها

---

[1]- علي غربي:"**أبجديات المنهجية في كتابة الرسائل الجامعية**"، مطبعة سيرتاكوبي، قسنطينة، الجزائر، 2005، ص 84.

[2]- رابحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم:"**مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق**"، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 56.

مجتمع أو عينة الدراسة التعاون مع الباحث، ويمكن تعريفها بأنها:« عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها، بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف بقصد التفسير وتحديد العلاقات بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته »[1].

فالباحث في هذه المرحلة يقوم بدراسة الجزئيات وملاحظة سلوك الأفراد ملاحظة واقعية حيث تمكننا هذه الأداة في معرفة أقسام ومصالح وكذا التعرف على مختلف الهياكل التابعة للمؤسسة الاستشفائية.

كما أنها الوسيلة التي تحاول بها التحقق من السلوك الظاهري للأشخاص وذلك بمشاهدتهم بينما هم يعبرون عن أنفسهم في مختلف الظروف والمواقف التي اختيرت لتمثل ظروف الحياة العادية أو تمثل مجموعة خاصة من العوامل[2].

وقد تم الاعتماد على الملاحظة باعتبارها الوسيلة التي تساعدنا في التحقق والتواصل وذلك بهدف الحصول على معلومات حول دور الرعاية الصحية للمرضى وكذا محاولة التواصل مع المرضى، عمدنا أيضا إلى ملاحظة العلاقات التي تربط المرضى بمختلف العاملين في القطاع الصحي سواء كانوا في السلك الطبي وشبه الطبي.

ب- المقابلة: تعد المقابلة من أهم الأدوات جمع البيانات حيث تعرف « هي عبارة عن المواجهة أو المعاينة أو الاستجواب، وهي تقوم على الاتصال الشخصي والاجتماع وجها لوجهتين الباحث أو المعاينة المتمرنين معه والمبحوثين كل على حدا وتحت مناقشة موجهة من أجل جمع البيانات التي يريد الباحث الحصول عليها ذلك لغرض معين»[3].

وذلك بهدف الحصول على المعلومات التي يريدها الباحث من المبحوثين وكذا التعرف على ملامح ومشاعر وتصرفات المبحوثين في مواقف معينة، فمن خلال هذه الأداة قمنا بتوجيه مجموعة من

---

[1]- ربحي مصطفى عليان:"**البحث العلمي أسسه مناهجه وأساليبه إجراءاته**"، عمان، الأردن، بين الأفكار الدولية، د.ن، ص 115.

[2]- علي معمر عبد المؤمن:"**البحث في العلوم الاجتماعية الوجيز في أساسيات والمناهج والتقنيات**"، ط1، إدارة مطبوعات للنشر، ليبيا، 2008، ص 227.

[3]- حسين عبد الحميد رشوان:"**أصول البحث العلمي**"، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2003، ص 156.

الأسئلة لكل من المهنيين القطاع الصحي الاستشفائي، ومن بينهم الأطباء والممرضين والمشرفون على مختلف المصالح الاستشفائية للإطلاع على الوضعية الصحية للمواطنين على مختلف هياكل الصحة، وتوجهنا أيضا إلى المرضى وقمنا بتقديم أسئلة تدور حول الخدمات المقدمة من طرف المستشفيات، وحاولنا معرفة المعاملات المقدمة لهم من طرف الأطباء والممرضين وكذا نفقات العلاج وكذا الصعوبات التي يواجهها المرضى أثناء تواجدهم في المستشفى.

وقد اعتمدنا على المقابلة الحرة التي تسمح للمبحوثين بإدلاء آرائهم بسهولة ومرونة« تتميز بالمرونة المطلقة فلا تحدد فيها الأسئلة المخصصة للمبحوثين ولا احتمالات الإجابة، بحيث يترك فيها قدر كبير من الحرية للمبحوثين للإدلاء بآرائهم والمعلومات التي بحوزتهم حول موضوع المقابلة »[1].

فالهدف من المقابلات الغير موجهة هو أن يقوم المبحوث بالاسترسال في المعلومات ودون تقييدهم بالوقت وذلك كله من أجل الحصول على المعلومات الكافية حول موضوع الدراسة، فنوعية المقابلات الغير موجهة تجعل المبحوث يتحدث بتلقائية حول الظروف التي يواجهها لتلقي العلاج داخل المستشفى.

ج- الاستمارة: تعتبر هذه الأداة من أهم الأدوات المنهجية التي يعتمدها الباحث للوصول إلى نتائج علمية حيث نعتمد في هذه الاستمارة على مجموعة من الأسئلة التي يوجهها الباحث إلى المبحوث بهدف الحصول على معلومات حول موضوع الدراسة وتعد الاستمارة الجانب التطبيقي في الدراسة بالإضافة إلى كونها تتيح الفرصة للإجابة على أسئلة الإشكالية، كما تعمل على ضبط المعلومات التي يتحصل عليها الباحث، وقد اعتمدنا على مجموعة من الأسئلة التي تم صياغتها انطلاقا من الجانب النظري للظاهرة المدروسة، حيث قسمت الأسئلة في شكل محاور، حيث اعتمدنا على أسئلة تتطلب الإجابة فيها بـ"نعم" أو "لا" ومنها ما هو مفتوح.

وقد تم الاعتماد على التأكد من صدق الأداة من خلال الاستعانة بعدد من الأساتذة المختصين للتأكد من ما إذا كانت الأسئلة الموضوعة في الاستمارة تخدم الموضوع، حيث أجمع جل المحكمين على

---

[1]- خالد حامد:"**منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والانسانية**"، دار جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008، ص 135.

أن المحاور والتساؤلات الموضوعة في الاستمارة تخدم موضوع الدراسة وتخدم الفرضيات التي صيغت في بداية الدراسة.

اعتمدنا في الدراسة على استمارة موجهة إلى مرضى المؤسسة الاستشفائية عالية صالح- تبسة وقد احتوت هذه الاستمارة على جملة من الأسئلة والتي قدرت بـ 44 سؤالا موزعة على المحاور التالية:

- المحور الأول: المعلومات الشخصية الخاصة بالمريض عددها 07 مرقمة من 01 ألى 07.

- المحور الثاني: تساعد توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تعيين حالتهم الصحية يتضمن هذا المحور 17 سؤالا مرقمة من 08 إلى 24.

- المحور الثالث: تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي يحتوي هذا المحور على 09 أسئلة مرقمة من 25 إلى 33.

- المحور الرابع: تؤثر نوعية الخدمات الصحية المقدمة في تحسين نوعية العلاج تحتوي على 11 أسئلة موزعة ابتداء من 34 حتى 44.

د- الوثائق والسجلات: وقد استخدمنا أثناء دراستنا لجمع المعلومات على وثائق مختلفة والتي تساعدنا على فهم موضوع الدراسة خاصة الوثائق التي تحصلنا عليها من طرف المؤسسة.

والتي توضح لنا الهيكل التنظيمي للمؤسسة وأعداد الأطباء والمصالح الموجودة بالمؤسسة وكذا الأجهزة الطبية المتواجدة بها.

و- الأساليب الإحصائية:

بعد عملية جمع البيانات والمعطيات من خلال الوسائل والأدوات التي تم الاعتماد عليها والتي تحمل مدلول معرفي وعلمي وسوسيولوجي، استخدمنا في دراستنا هذه تحليل البيانات وعرض النتائج المتحصل عليها إلى استعمال أساليب كمية وأخرى كيفية، من خلال استخدام البيانات في جداول بسيطة وأخرى مركبة لوصف العلاقة بين أكثر من متغيرين أما الأسلوب الكيفي فقد تمثل في تحويل الأرقام والنسب من معلومات جافة إلى مدلولات كيفية علمية، وتحليل النتائج وتفسيرها اعتمادا على الجانب النظري للدراسة.

خلاصة الفصل:

لقد اعتمدنا في هذا الفصل على توضيح الخطوات المنهجية الاعتماد عليها في الدراسة وكذا أهم الأدوات المنهجية التي استخدمت في عملية جمع البيانات وتحليلها بالإضافة إلى مجالات الدراسة الثلاثة ألا وهي المجال المكاني والبشري والزماني، وكذا التعرض إلى تحديد مجتمع الدراسة وتحديد عينة الدراسة والمنهج المتبع والأدوات المستخدمة في عملية جمع البيانات.

وقد عملت هذه العناصر إلى معالجة الموضوع ميدانيا، حيث تعمل هذه المرحلة إلى الوصول إلى المرحلة الأخيرة من البحث والمتمثلة في مرحلة عرض وتحليل بيانات الدراسة، ومن ثم التوصل إلى نتائج أسئلة الدراسة.

تمهيد:

لقد كان اهتمامنا في هذا الفصل على عرض وتحليل البيانات وتفسيرها وذلك من خلال اعتمادنا على البيانات الميدانية المتعلقة بمرضى العيادة الاستشفائية عالية صالح- تبسة- الذي تعد من أهم العيادات من حيث المعالج والوحدات وكذا من حيث استقطاب المرضى.

حيث قمنا بأخذ عينة مكونة من العيادة الاستشفائية عالية صالح – تبسة- قدرة بـ 40 مريض، وكان الهدف منها هو معرفة مدى تقديم هذه المؤسسة الرعاية الصحية اللازمة للنهوض بصحة المرضى وعليه سنقوم في هذا الفصل تبويب البيانات بما يتوافق وإشكالية البحث وفرضيات الدراسة، حيث اعتمدنا على خمسة مباحث خصصت المبحث الثالث لتحليل بيانات فرضيات الدراسة تليها مبحث خاص بتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات العامة و الفرضيات الجزئية وقبولها أو رفضها مستخدمين خصائص العينة أما المبحث الخامس فخصص لأهم التوصيات والإقتراحات لنختم بالمبحث الأخير الذي تم فيه عرض القضايا البحثية المستقبلية.

أولا: تحليل بيانات الفرضية الأولى: تساعد توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية.

الجدول رقم (10) يمثل عند إصابة المريض بالمرض هل يتوجه فورا للطبيب

	التكرار	النسبة	إذا كانت الإجابة بـ"نعم" أين يتجه للعلاج			إذا كانت الإجابة بـ"لا"ماهي الأسباب التي تمنع من ذلك		
نعم	22	%55	عند إصابتك للمرض أين يتجه للعلاج	التكرار	النسبة	ماهي الأسباب التي تمنع من الذهاب للطبيب	التكرار	النسبة
لا	18	%45	طب عام	11	%27.5	شراء أدوية من الصيدلية		
			طب خاص	11	%27.5	إستخدام أعشاب طبية	12	%30
						أخرى تذكر	06	%15
المجموع	40	100	المجموع	22	55	المجموع	18	%45

يعكس بيانات الجدول التالي المتعلق عند إصابة المريض هل يتوجه فورا للطبيب حيث جاءت نسبة 55% من إجابات المبحوثين (40 مريض) أكدوا أن عند إصابتهم بالمرض يتوجهوا للطبيب مباشرة لتلقي الرعاية الخاصة وليحصلوا على حالة صحية جيدة في حين نجد أن نسبة 45% من المرضى كانت إجابتهم بالرفض أي عند إصابة المريض بالمرض لا يتجه للطبيب لتلقي العلاج بل يعملوا على استخدام أساليب أخرى.

فالمرضى الذين يتجهوا إلى تلقي العلاج منهم من يذهب للطب العام والطب الخاص وهم كالتالي:

- الطب العام: سجلت نسبة 27.5% حسب تصريح المبحوثين أنهم عند شعورهم بالمرض يذهبوا للطب العام لتلقي العلاج.

- أما الخاص فسبتهم تشابه النسبة الأولى أي 27.5% يلجئوا إلى الطب الخاص عند شعورهم بالمرض فهم يرو أن الطب الخاص يقدم خدمة أحسن من الطب العام.

ومن خلال ما سبق من بيانات الجدول وتصريح المبحوثين لقبولهم بالذهاب للطبيب لتلقي العلاج نستنتج أن أغلب المرضى المتجهين للعيادة الطبية من العلاج فور شعورهم بالمرض لتلقي الرعاية الصحية الكافية لتحسن صحتهم ولتلقي خدمة صحية جيدة.

* أما بالنسبة للمرضى الذين يمتنعوا من الذهاب للطبيب نجد أن لهم أسباب أخرى للحصول على الشفاء فنجد أن هناك مجموعة من الأسباب تمنعهم للذهاب للطبيب لتلقي العلاج.

– استخدام أعشاب طبية: سجلت نسبة 30% يلجئون إلى استخدام أعشاب طبية بدلا من شراء أدوية لأنهم يرون أن أحسن طريقة للحصول على العلاج والراحة هو أن يلجئون للأعشاب بدل الأدوية لأنهم يعتقدون أن الأعشاب تنفعهم ولا تضرهم.

– أخرى تذكر: نجد أن نسبة 15% من المرضى الذين ذكرة عدة أسباب لمنعهم للذهاب للطبيب نذكر منها عدم استخدام أي أعشاب أو الذهاب للطبيب وبقائهم حتى يشفون تماما وتناولهم أغذية صحية تقيهم من المرض وممارستهم الرياضة حتى لا يصابون بالمرض.

* من خلال ما سبق ذكره في البيانات المطروحة في الجدول وتصريحات المبحوثين نجد أن هناك من المرضى من لا يذهب للطبيب بل يعتمد على أسباب أخرى ليشفى من مرضه لأن ذهابهم للطبيب وشرائهم الأدوية لا ينفع صحتهم بل يعتمدون على استخدام أعشاب طبية ويستخدمون أشياء أخرى لحصولهم على الشفاء فهم يرون أن استخدامهم لحمية غذائية وممارسة الرياضة أحسن من ذهابهم للطبيب لأن الأدوية وتنفع وتضر أشياء أخرى و أن الأعشاب الطبية تنفع ولا تضر

الجدول رقم (11): يمثل هل تعالج لأول مرة في المستشفى.

	التكرار	**النسبة**	**إذا كانت الإجابة بـ نعم من أين أخذت طلب العلاج أو الدخول للمستشفى**		
نعم	20	%70	من أين أخذت طلب الدخول للمستشفى	التكرار	النسبة
			طبيب عام	09	% 22
			طبيب خاص	08	% 20
			طبيب استعجالات	11	% 27
لا	12	%30			
المجموع	40	100		28	% 70

عكست بيانات الجدول أعلاه المتعلق هل تعالج لأول مرة في المستشفى حيث جاءت نسبة 70 % من إجابات المبحوثين (40 مريض)أكدوا على أنهم لأول مرة يعالجوا فيها وهي النسبة الأكبروذلك لحالتهم المادية.

– أما نسبة 30% من نسبة المرضى الذين يترددون على الذهاب للمستشفى لتلقي العلاج و أفراد العينة الذين صرحوا بأنهم عالجوا لأول مرة في المستشفى وتلقوا العلاج فيها كانت أسبابهم في ذلك كما يلي:

– طبيب الاستعجالات: جاءت نسبة 27 % التي توضح أن المرضى الذين عالجوا لأول مرة قد أخذوا طلب الدخول للمستشفى لتلقي العلاج اللازم.

– طبيب عام: نجد أن النسبة 22 % من المرضى الذين عالجوا لأول مرة فيها

– طبيب خاص: نجد أفراد العينة قد صرحوا بأن الطبيب الخاص هو الذي قد أخذ منه طلب الدخوا للمستشفى وذلك بنسبة 20 %.

فمن خلال بيانات الجدول نستنتج أن غالبية أفراد العينة يعالجوا لأول مرة في العيادات وذلك لعدم توفر المصاريف و أن طبيب الاستعجالات كان يحمل أكبر نسبة وذلك لمجانية العلاج.

الجدول رقم (12): يمثل ما هي الدوافع التي تحول بينك وبين الذهاب للطبيب

الدوافع التي تحول بينك وبين الذهاب للطبيب	التكرار	النسبة
بعد المسافة	3	% 75
صعوبة التنقل	2	% 5
عدم وجود مصاريف	15	% 37.5
أخرى تذكر	20	% 50
المجموع	40	100

نرى من خلال الجدول أعلاه أن من بين الدوافع التي تحول بين المرضى والذهاب للطبيب نجد عدة أسباب نذكرها كالتالي:

– أخرى تذكر: نجد أن من بين أفراد العينة الذين ذكروا أسباب أخرى للذهاب للطبيب وذلك نسبة 50 %.

– عدم وجود مصاريف العلاج:نجد نسبة 37.5 % من عدد أفراد العينة الذين نجدهم يعيشون في حالة مزرية ولم تكن لهم مصاريف لتلقي العلاج اللازم في المستشفى

– بعد المسافة: إن نسبة 75 %يرون أنهم يجدون صعوبة في الوصول للمستشفى لتلقي الرعاية الصحية

– صعوبة التنقل: نجد نسبة 5 %من أفراد العينة الذين كانت لهم صعوبة التنقل للمستشفى وذلك بسبب عجزهم على التنقل للطبيب نستنتج من خلال الجدول أعلاه أن هناك دوافع أخرى يلجأ إليها المريض والتي تحول بينه وبين الذهاب لتلقي العلاج فالمريض يبحث عن تشخيص لحالته الصحية و أن المريض غير راض عن نوعية الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات.

الجدول رقم (13): يمثل خلال إقامة المرضى بالمستشفى هل حضر الطبيب للكشف عن حالتكم الصحية وقت دخولكم لها

	التكرار	**النسبة**
نعم	31	%77.5
لا	09	%22.5
المجموع	40	100

عكست بيانات الجدول المتعلق خلال إقامة المريض بالمستشفى هل حضر الطبيب للكشف عن حالتكم الصحية وقت دخولكم لها حين جاءت نسبة 77.5% من إجابات المبحوثين (40 مريض) أكدوا أن الطبيب يكشف عن حالتهم الصحية وقت دخولهم للمستشفى، مقابل نسبة 09 % من إجابات المرضى أكدوا أن الطبيب لا يحضر فور دخولهم للمستشفى لتلقي العلاج

الجدول رقم (14): هل أنتم راضون على نوعية الخدمات المقدمة إليكم.

	التكرار	**النسبة**
نعم	24	%60
لا	16	%40
المجموع	40	100

من خلال الجدول المتعلق بـ: هل أنتم راضون على نوعية الخدمات المقدمة إليكم حيث جاءت نسبة 60% من إجابات المبحوثين (40مريض) وأكدوا أن نوعية الخدمات المقدمة إليهم جيدة من حيث الرعاية بصحتهم، ونجد نسبة 40% من المرضى الذين يرون أن الخدمات المقدمة إليهم لا ترضيهم لأنهم يجدون أن الخدمات الصحية التي يقدمونها غير كافية بالنسبة لحالة المرضى.

الجدول رقم (15): يمثل بعد تقديم العلاج من طرف الطبيب هل تقوم براء الدواء فور تلقي العلاج

	التكرار	النسبة	إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل تعتمد في شراءك على		
نعم	24	60	هل تعتمد في شرائك على	التكرار	النسبة
			بطاقة شفاء	07	%29,15
			مصاريف خاصة	12	%50
			استعارة أو تدين	05	%20,83
لا	16	40			
المجموع	40	100		24	100

عكست بيانات الجدول المتعلق بعد تقريم العلاج من طرف الطبيب هل تقوم بشراء الدواء فور تلقي العلاج حيث جاءت نسبة 60% من إجابات المبحوثين (40 مريض) أكدوا أن عند ذهابهم للطبيب لتلقي العلاج يقوموا بشراء الدواء، وحسب إجابات المبحوثين الذين يقوموا بشراء الدواء فنجد أن هناك من يعتمد على شراء دوائه على ما يلي:

– مصاريف خاصة: نجد نسبة 50% من المرضى الذين يعتمدوا على مصاريفهم الخاصة لشراء الدواء للحصول على الشفاء.

– بطاقة شفاء: هناك من بين المبحوثين الذين يعتمدوا على شراء الدواء بالبطاقة وتكون نسبتهم 29,15%.

– استعارة أو تدين: نجد نسبة 20,83% من عدد المبحوثين الذين يعتمدون على شراء الأدوية على هذه الطريقة بسبب الحالة الاجتماعية التي يعيشونها وبالنسبة للمبحوثين الذين لا يعتمدون على شراء الأدوية بعد تلقيهم العلاج نجد نسبتهم 40%.

الجدول رقم(16): يمثل هل تلاحظ أنك تحسنت بعد الذهاب للمستشفى

	التكرار	النسبة
نعم	29	%72,5
لا	11	%27,5
المجموع	40	100

نلاحظ أن نسبة 72,5% من إجابات المبحوثين صرحوا بأنهم أحسوا بالتحسن فور تلقيهم العلاج، في حين نجد نسبة 27,5% يرون أنهم عند تلقيهم العلاج لم يتحسنوا بعد دخولهم المستشفى عالية صالح– تبسة.

الجدول رقم (17): يمثل هل المواطن قادر على دفع تكاليف العلاج

	التكرار	النسبة
نعم	13	%32,5
لا	27	%67,5
المجموع	40	100

من خلال الجدول أعلاه نجد أن نسبة 67,5% من عدد المبحوثين (40 مريض) يرون أن المواطن التبسي غير قادر على دفع تكاليف العلاج في حين نجد نسبة 32,5% من يرون أن المواطن قادر على دفع تكاليف العلاج لأن الحالة الاجتماعية التي يعيشونها جيدا ومن خلال الجدولين السابقين (16، 17)، نستنتج أن أفراد العينة أغلبهم يتحسنوا عنه لأن شرب الدواء يسرع في الشفاء حسب رأيهم.

الجدول رقم(18): هل المدة الزمنية التي يستغرقها المريض لتلقي العلاج من طرف الطبيب المعاين قصيرة أو طويلة

	التكرار	النسبة
مدة قصيرة	16	%40
مدة متوسطة	18	%45
مدة طويلة	06	%15

المجموع	40	100

يبين الجدول أعلاه المتعلق بالمدة الزمنية التي يستغرقها المرضى لتلقي العلاج من طرف الطبيب المعاين.

– نسبة 45% من مرضى المستشفى عالية صالح– تبسة من أفراد العينة (40 مريض) صرحوا بأن المدة المستغرقة لتلقي العلاج هي مدة متوسطة، في حين نجد نسبة 40% نجدها بالنسبة للمدة القصيرة في تلقي العلاج من طرف الطبيب، كما نجد أن نسبة 15% من عدد المرضى يرون أن المدة المستغرقة لتلقي العلاج هي مدة طويلة.

ونستنتج من طرف الجدول أن أغلب المرضى صرحوا حسب رأيهم أن المستغرقة للعلاج بسبب أنهم حالتهم الخطيرة فالطبيب المعاين يسرع للمرضى حسب خطورة المرض.

الجدول رقم(19): هل الطاقم الطبي وشبه الطبي يسهرون على راحة المرضى أثناء الإقامة بالمستشفى

	التكرار	**النسبة**
نعم	24	%60
لا	16	%40
المجموع	40	100

نجد من خلال الجدول أن نسبة 60% من عدد مرضى المستشفى عالية صالح – تبسة (40 مريض) أكدوا أن الطاقم الطبي والشبه طبي يسهرون على المرضى، ونجد نسبة 40% من عدد المرضى يرون عدم وجودهم في المستشفى

الجدول رقم (20): هل الممرضون موجودون باستمرار بالمصلحة

	التكرار	**النسبة**
نعم	31	%77,5
لا	09	%22,5
المجموع	40	100

من خلال الجدول نجد:

– نسبة 77,5% يرون أن الممرضون موجودون باستمرار ويعملون بشكل جدي في عملهم عكس النسبة التي ترى أنهم غير موجودين وهذا نسبة 22,5% من رأي المرضى.

نستنتج حسب الجدولين التاليين أن كل من الطاقم الطبي وشبه الطبي والممرضين موجودين باستمرار وهذا راجع إلى التزامهم في العمل وحبهم لعملهم، وكذا سيرورة العمل جيدة وأن مدير المستشفى يعمل بجد على عكس المصالح الأخرى.

المحور الثالث: تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي

الجدول رقم(21): يمثل ما الذي دفعك لاختيار العلاج بهذه المستشفى.

	التكرار	**النسبة**
السمعة الجيدة للمؤسسة	04	%10
تقديم خدمة صحية جيدة في المستشفى	03	%7,5
قرب المستشفى والذي جعلك تعالج بها	12	%30
عمل أحد الأقارب أو المعارف بالمستشفى	06	%15
أخرى تذكر	15	%37,5
المجموع	40	100

نستنتج من خلال الجدول أعلاه أن:

صرح 37,5% من إجابات مرضى العيادة الخاصة عالية صالح– تبسة (40 مريض) أن الذي دفع المرضى للعلاج بهذه العيادة أسباب أخرى نذكر منها أن هذه العيادة المصاريف فيها للعلاج تقل عن باقي العيادات، في حين نجد أن نسبة 30% من إجابات المرضى الذين يرون أن قرب المستشفى هو الذي جعل المرضى يعالجون بهذه العيادة، كما أن نسبة 15% من عدد المبحوثين أكدوا أن السبب الذي جعلهم يعالجون في المستشفى هو أن أحد الأقارب يعمل بهذه العيادة في حين نجد نسبة 10% من إجابة المبحوثين صرحوا لنا بأن سمعة العيادة الجيدة هو السبب الوحيد الذي جعلهم يعالجون بالمؤسسة.

نستنتج من خلال الجدول أن هناك من يرى عدة أسباب تدفعه لاختيار المستشفى التي سيعالج بها كما أن سمعة المؤسسة لها الأثر الكبير في العلاج بالمؤسسة الاستشفائية.

الجدول رقم(22): هل يشعر المرضى بالراحة والطمأنينة عند التعامل مع موظفي المستشفى

	التكرار	النسبة
نعم	26	%65
لا	14	%35
المجموع	40	100

نجد من خلال الجدول أعلاه أن:

نلاحظ أن نسبة 65% من إجابات المبحوثين صرحوا بأنهم يشعروا بالراحة عند التعامل مع موظفي المستشفى، مقابل نسبة 35% من إجابات المرضى لا يشعرون بالطمأنينة عند التعامل مع موظفي المستشفى عالية صالح–تبسة.

الجدول رقم (23): هل كان استقبالك من طرف العاملين بالمستشفى

	التكرار	النسبة
حسن	09	%22,5
نوعا ما	27	%67,5
سيء	04	%10
المجموع	40	100

نجد من خلال الجدول أن نسبة 67,5% من أفراد عينة مرضى العيادة (40 مريض) يرون أن استقبالهم من طرف العاملين في المستشفى كان نوعا ما استقبال حسن، في حين نجد أن نسبة 22,5% من إجابات المبحوثين يرون أن استقبالهم من قبل العاملين كان حسن.

أما نسبة 10% من إجابات المبحوثين يرون أن معاملتهم من طرف العاملين كانت سيئة.

الجدول رقم(24): هل يولي الطبيب للمريض اهتماما أثناء العلاج

	التكرار	النسبة
نعم	30	%75
لا	10	%25
المجموع	40	100

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 75% من أفراد عينة مرضى المستشفى يولي الطبيب لهم اهتماما أثناء العلاج لأن درجة خطورة المرض تستدعي الاهتمام، في حين أن نسبة 25% من إجابات المبحوثين لا يولي لهم الطبيب اهتماما أثناء العلاج وهذا بسبب قلة خطورة مرضهم.

الجدول رقم(25): هل يستقبل الطاقم الطبي وشبه الطبي استفسارات المرضى وشكواهم

	التكرار	النسبة
نعم	19	%47,5
لا	21	%52,5
المجموع	40	100

نجد من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 52,5% من المرضى بالعيادة لا يتم الرد على استفساراتهم وشكواهم، في حين أن نسبة 47,5% من إجابات المبحوثين يتم الرد على استفساراتهم وشكواهم.

الجدول رقم (26): هل يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة في التعامل مع المرضى

	التكرار	النسبة
نعم	20	%50
لا	20	%50
المجموع	40	100

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن نفس النسبة من إجابات المرضى بالمستشفى يرون أن العاملين بالعيادة يتسمون بالروح المرحة في التعامل مع المرضى.

الجدول رقم(27): هل يتسم العاملين في الستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى

	التكرار	النسبة
نعم	29	%72,5

لا	11	%27,5
المجموع	40	100

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 72,5% من إجابات المبحوثين تبين أن العاملين بمستشفى عالية صالح يتسمون بصفات الأدب وحسن المعاملة مع المرضى وهذا جزء من واجبهم المهني

في حين نجد أن نسبة 27,5% من أفراد عينة المرضى يرون أن العاملين في المستشفى لا يتسمون بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.

الجدول رقم (28): هل هناك محسوبية ومحاباة في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفى

	التكرار	**النسبة**
نعم	31	%77,5
لا	09	%22,5
المجموع	40	100

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 77,5% من إجابات المرضى بالمستشفى يرون أن هناك محسوبية ومحاباة في تقديم الخدمة الصحية بسبب القرابة العائلية « مصاهرة، نسب ...» أو العلاقات والروابط الاجتماعية «صداقة – مصالح متبادلة – زمالة– علاقة جيران ...»

في حين أن نسبة 22,5% من إجابات المبحوثين يرون أنه لا يوجد لا محاباة ولا محسوبية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفى لأن هؤلاء العاملين يساوون في تقديم الخدمة الصحية لكل المرضى ويعاملون المرضى معاملة واحدة وهذا هو عين العقل والراجح في العمل بالمستشفى.

الجدول رقم(29): من حيث تقديم الخدمات الصحية للمرضى هل القطاع الصحي العمومي أفضل حسب رأيك من القطاع الخاص

	التكرار	**النسبة**
نعم	06	%15
لا	34	%85
المجموع	40	100

من خلال الجدول أعلاه يظهر من إجابات المبحوثين أن نسبة 85% لا يرون أن القطاع الصحي العمومي أفضل في تقديم الخدمات الصحية للمرضى في حين أن نسبة 15% من آراء المرضى يرون أن القطاع الصحي العمومي أفضل من القطاع الخاص في تقديم الخدمة الصحية للمريض لأن الإمكانيات المادية والمنشآت والآلات الصحية متوفرة في القطاع الصحي العمومي أكثر من في القطاع الخاص ناهيك عن قلة التكاليف والمصاريف التي يدفعها المريض للقطاع الصحي العمومي بالمقارنة مع القطاع الخاص.

المحور الرابع: تؤثر نوعية الخدمات الصحية في تحسين نوعية العلاج

الجدول رقم(30): يمثل هل تقدم المستشفى الرعاية الصحية بدرجة عالية من الدقة

	التكرار	النسبة
نعم	16	%40
لا	24	%60
المجموع	40	100

يوضح الجدول أعلاه المتعلق بتقديم المستشفى الرعاية الصحية بدرجة عالية من الدقة حيث جاءت نسبة 60% أن المؤسسة لا تقدم الرعاية الكافية للمرضى، في حين نجد أن نسبة 40% من عدد المرضى الذين يرون أن المؤسسة الاستشفائية تقدم أفضل الخدمات للمرضى.

الجدول رقم (31): يمثل من خلال علاجك بمستشفى عالية صالح هل ترى تحسن في نوعية الخدمات المقدمة للمرضى

	التكرار	النسبة
نعم	29	%72,5
لا	11	%27,5
المجموع	40	100

عكست بيانات الجدول أعلاه أن:

نجد نسبة 72,5% من إجابات المبحوثين (40 مريض) أن المؤسسة الاستشفائية عالية صالح تقدم أفضل الخدمات للمرضى من خلال الرعاية الصحية الحسنة في حين نجد نسبة 27,5% من

المبحوثين يرون أن هناك تراجع كبير في الخدمات المقدمة للمرضى في المؤسسة الاستشفائية عالية صالح–تبسة.

الجدول رقم(32): كيف تجدون ظروف استقبالكم بالمستشفى

	التكرار	**النسبة**
جيدة	10	%25
متوسطة	24	%60
سيئة	06	%15
المجموع	40	100

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 60% من إجابات المبحوثين ترى أن ظروف استقبالهم بالمستشفى متوسطة، في حين أن 25% من آراء المرضى يرون أن ظروف الاستقبال جيدة بالمستشفى وهذا بسبب حسن معاملة المرضى من طرف العاملين، ويرى البعض الآخر من المرضى بالعيادة أن 15% من إجاباتهم تقول أن ظروف الاستقبال بالمستشفى سيئة.

الجدول رقم (33): هل يتمتع الأطباء بالمستشفى بكفاءة عالية

	التكرار	**النسبة**
نظيفة	31	%77,5
غير نظيفة	09	%22,5
المجموع	40	100

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن 77,5% من نسبة المرضى ترى أن مستشفى عالية صالح نظيفة وهذا بسبب المراقبة المستمرة لعمال النظافة بالمؤسسة الاستشفائية من طرف مدير المستشفى ورؤساء المصالح والإداريين.

في حين أن نسبة 22,5% من إجابات المبحوثين يرون أن المستشفى غير نظيفة بسبب عدم قيام عمال النظافة بالمستشفى بعملهم اليومي والمستمر على أكمل وجه وعدم قيام مسؤولي الصحة بذات المستشفى للقيام بدورات تفقدية للأجنحة.

الجدول رقم(34): هل تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى

	التكرار	**النسبة**
نعم	33	%82,5
لا	07	%17,5
المجموع	40	100

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 82,5% من إجابات المبحوثين يرون أن المستشفى تحافظ على سرية المعلومات المتعلقة بالمرض لأنه جزء لا يتجزأ من أخلاقيات المهنة بالمؤسسات الاستشفائية.

في حين نجد أن نسبة 17,5% من آراء المرضى بالمستشفى يرون أن العيادة لا تحافظ على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.

الجدول رقم (35): هل يتمتع الأطباء بالمستشفى بكفاءة عالية

	التكرار	**النسبة**
نعم	20	%50
لا	20	%50
المجموع	40	100

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن نفس النسبة من إجابات المبحوثين 50% يرون أن الأطباء بالمستشفى يتمتعون بكفاءة عالية وآخرون 50% يرون أن الأطباء بالمستشفى لا يتمتعون بكفاءة عالية.

نستنتج من خلال آراء المرضى بأن المستشفى تحتوي على أطباء لهم خبرة طويلة وكفاءة عالية في الميدان كما يوجد هناك أطباء جدد ومتخرجين حديثا يستمدون المعلومات الطبية ويستقونها من ذوي الكفاءة والخبرة الذين لهم سنوات طوال في قطاع الصحة.

الجدول رقم(36): يمثل هل تضع المستشفى لوحات وعلامات ارشادية تسهل الوصول إلى الفروع والأقسام المختصة

	التكرار	**النسبة**
نعم	39	%97,5
لا	01	%2,5
المجموع	40	100

عكست بيانات الجدول المتعلق تضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الفروع والأقسام المختصة نجد أن نسبة 97,5% من عدد المبحوثين (40 مريض) يؤكدون أن المستشفى يضع لوحات إرشادية لتسهيل الوصول للفرع المراد الوصول إليه، في حين نجد أن نسبة 2,5% من عدد المبحوثين يرون أن المستشفى لا يتوفر بها أي لوحات إرشادية وأنه يصعب عليهم الوصول لأي قسم وأنهم يعتمدون على مسائلة الأفراد المتواجدين في المستشفى للوصول إلى القسم المراد الوصول إليه.

الجدول رقم (37): ويمثل هل تملك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية حديثة

	التكرار	**النسبة**
نعم	22	%55
لا	18	%45
المجموع	40	100

نرى من خلال الجدول المتعلق بالتجهيزات الطبية التي تملكها المستشفى أن نسبة 55% من إجابات المبحوثين يرون أن المستشفى تحتوي على أجهزة طبية حديثة في حين أن نسبة 45% من آراء المرضى يجدون أن المؤسسة الاستشفائية عالية صالح لا تملك أجهزة طبية حديثة.

نستنتج من خلال ذلك أن الأجهزة الطبية دائمة التجديد والاستحداث بسبب تطور المرض واكتشاف أورام جديدة في جسم الإنسان مع العصرنة والتطور التكنولوجي.

الجدول رقم(38): هل الأمن بالمستشفى موجود

	التكرار	**النسبة**
نعم	37	%92,5
لا	03	%7,5
المجموع	40	100

يتبين من خلال إجابات المبحوثين أن نسبة 92,5% يرون أن الأمن بمستشفى عالية صالح موجود، في حين نجد أن نسبة 7,5% من المرضى بالمستشفى يجدون انعدام الأمن بالمؤسسة الاستشفائية.

نستنتج من خلال ذلك أن الأمر الداخلي الخاص بالمستشفيات يكون إجباريا توفره.

الجدول رقم (39): هل تملك المستشفى سمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع

	التكرار	**النسبة**
نعم	33	%82,5
لا	07	%17,5
المجموع	40	100

يتجلى من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 82,5% من إجابات المبحوثين ترى أن مستشفى عالية صالح تتمتع بسمعة جيدة ومكانة لدى أفراد المجتمع، في حين أن 17,5% من آراء المرضى يظهر لهم أن المستشفى ليس لها مكانة ولا سمعة جيدة عند أفراد المجتمع.

نستنتج من خلال ذلك أن مستشفى عالية صالح – تبسة معروفة لدى المجتمع التبسي ومقصودة من جميع البلديات والدوائر المحيطة بالولاية وحتى خارج الولاية وصيتها لاذع وسمعتها جيدة والطاقم الصحي بالمؤسسة الاستشفائية لا يتوقفون عن العمل ليلا نهارا وهذا خير دليل على أن المستشفى لها سمعة جيدة ومكانة لدى أفراد المجتمع.

رابعا: عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

لقد تم تحليل نتائج الدراسة في ظل البيانات الميدانية التي تم الحصول عليها باستخدام الأدوات والتقنيات المعتمد عليها من ملاحظة، استمارة ومقابلة وذلك من خلال وضعها في جداول مركبة وأخرى بسيطة.

فمناقشة نتائج الدراسة يتم في ظل الفرضية العامة، والفرضيات الجزئية وسيتم في الأخير طرح بعض الاقتراحات العملية من أجل تحسين الرعاية الصحية في القطاع الصحي العمومي ليتم تحقيق تنمية صحية في القطاع العام والخاص.

1- نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى:

جاءت نتائج الفرضية حسب جداول مركبة وبسيطة وأساليب إحصائية مستخدمة

أظهرت الدراسة وجود علاقة طردية بين توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى ودورها في تحسين حالتهم الصحية، حيث نجد أن القطاع الصحي يعمل على توفير الإمكانيات للنهوض بهذا القطاع في ضوء تحسين الحالة الصحية للمرضى.

إن نتائج الدراسة تبين أن المؤسسات الاستشفائية تعمل على توفير ورعاية صحية جيدة من أجل صحة المرضى وهذا بنسبة 55% من إجمالي مجموع المرضى، ومثلت نسبة 70% من المرضى الذين فضلوا العلاج بالمستشفى وأن طبيب الاستعجالات هو الذي أخذ منه طلب الدخول للمستشفى بنسبة 27%.

كما تبين الدراسة أن هناك من المرضى يرون أن الطبيب يحضر للكشف عن المرضى وقت دخولهم للمستشفى بنسبة 77,5% بسبب أن المرض يعانون من أمراض خطيرة ويتوجب عليهم الإسراع لعلاجهم.

ضف إلى ذلك أن نسبة 60% من عدد المرضى راضون على الخدمات المقدمة إليهم بسبب اهتمام العاملين بالمرضى في المؤسسة الاستشفائية عالية صالح- تبسة في حين نجد أن نسبة 72,5% من صرحوا أنهم يشعرون بالتحسن بعد الذهاب للعيادة لأنهم قدموا العلاج السليم للمرضى، وأن المواطن قادر على دفع تكاليف العلاج بنسبة 67,5% لأن الحالة الاجتماعية للمرضى تتوافق مع مصاريف العيادة.

ضف إلى ذلك أن العيادات والمستشفيات تساهم في توفير رعاية صحية وتحسين حالة المرضى ومواجهة المرض عن طريق الوقاية والعلاج من خلال توفير الرعاية الصحية الكافية وتقديم العلاج من خلال المتابعة الطبية – الازمة.

فالرعاية الصحية الكافية للمرضى تسرع من الشفاء فنوعية الخدمات المقدمة ذات جودة تعمل على استقرار وتحسين الحالة الصحية للمرضى والنهوض بالقطاع الصحي العمومي فاللجوء إلى المؤسسات الاستشفائية يعتمد على صمعة المؤسسة ونوعية الخدمات التي تقدمها.

وما يستنتج من الدراسة أن المؤسسات الاستشفائية تسعى لتوفير الخدمات الصحية والرعاية الكافية للمرضى والهدف من تحسين ومساهمة هذه المؤسسات في توفير الرعاية هي تحقيق تنمية صحية شاملة في هذا القطاع لأن صحة الإنسان هي أسمى هدف تحاول كل الدول الوصول إليها، ومن خلال ما توصلنا إليه ومن خلال الجداول وما هو ملاحظ أن المؤسسات الاستشفائية تقدم خدمة صحية وتعمل على توفير رعاية صحية لأفراد المجتمع (المرضى.)

وبناءا على ما تم التوصل إليه من خلال الفرضية الجزئية الأولى ووفق ما تم الوصول إليه من نتائج من خلال تحليل البيانات توصلنا إلى أن الفرضية تساعد توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى محققة ميدانيا.

2- نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية:

بالنسبة لنتائج الفرضية الجزئية الثانية التي تقول بوجود علاقة ارتباطية بين العلاقات الاجتماعية وتأثيرها في نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي حيث أكدت نتائج الدراسة إلى أن العلاقات الاجتماعية لها أثر كبير من خلال التسريع في تقديم الرعاية الصحية، وكذا تقديم الأدوية أو المتابعة الطبية اللازمة بسبب علاقة المريض بأحد العاملين سواء الطاقم الطبي والشبه الطبي.

فالمرض ى الذين يختارون الدخول للمستشفى والعلاج فيها بسبب وجود علاقة اجتماعية في المستشفى وهذا ما تؤكده نسبة 65 % من مرضى المؤسسة الاستشفائية عالية صالح – تبسة يحبذون العلاج بها بسبب عمل أحد الأقارب بها كما تقدر نسبة 75 %من يؤكدون أن السبب الذي يجعلهم يتلقوا العلاج في المستشفة.

ضف إلى ذلك أن وجود العلاقات الاجتماعية لها أثر بالغ على نوعية العلاج المقدم للمرضى ونجد أن نتائج الدراسة بينت أن الدافع الذي يدفعهم للعلاج بالمشفى هو العلاقات الاجتماعية وذلك لعمل أحد الأقارب بالمشفى ذلك لتسهيل العلاقات دون أي عائق يقف أمامهم.

وما يمكن أن نستنتجه حسب رأي المبحوثين (المرضى) هو أن العلاقات الاجتماعية هي أحد الأسباب التي جعلتهم يعالجون بالمؤسسة الاستشفائية وأن عمل أحد المعارف بها يمنحهم العلاج الأفضل

على حساب غيرهم، إذ أن هذه العلاقات تسهل العلاج وتسرع في تلقيته، كما أن هذه العلاقات تجعل من المريض محط انتباه العاملين بالمشفى وبسببها يتلقى اهتمام الطاقم الطبي وشبه الطبي بحالتهم الصحية

ومن خلال دراستنا الميدانية نجد أن العلاقات الاجتماعية لها أثر كبير وبالغ في نوعية العلاج والخدمات المقدمة للمرضى حيث نجد أن المريض وانطلاقا من تواجد العلاقات الاجتماعية الكبيرة سواء كانت مع الطبيب أو مع أحد العاملين بالمشفى تجعل من المريض محط أنضار الجميع حيث يعملون على المسارعة في العلاج والسهر على راحته دون غيره كما يولون له الاهتمام من طرف الطاقم الطبي والشبه طبي.

وبناءا على ما تم التوصل إليه من تحليل البيانات نلاحظ أن الفرضية تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي هي فرضية صحيحة ومحققة ميدانيا.

3- نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثالثة:

نستنتج من خلال تحديدنا للبيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة (40 مريض) بالمؤسسة الاستشفائية " عالية صالح- تبسة يتبين لما أن:

من خلال الفرضية الجزائية الثالثة التي تقول بوجود علاقة ارتباطية بين تأثير نوعية الخدمات الصحية للمرضى على تحسين نوعية العلاج فالخدمات المقدمة للمرضى ذات نوعية وجودة تسهل في تحسين العلاج المقدم لهم.

فالمرضى الذين يقصدون العلاج في المؤسسات الاستشفائية يختارونها انطلاقا من نوعية الخدمات المقدمة بها حيث نجد أن نسبة 72.5 %من اجمالي مرضى المؤسسة العمومية الاستشفائة عالية صالح الذين يرون أن الخدمات الطبية المقدمة تعمل على تحسين العلاج وأن المستشفى تعمل على تقديم الرعاية الصحية بدرجة كبيرة من الدقة، وفي المقابل نجد أن نسبة 77,5% من مرضى المؤسسات الاستشفائية يرون أن المؤسسة ترى تحسنا في نوعية الخدمات المقدمة للمرضى، وكانت نسبة 82,5% من المرضى من يجدون أن ظروف استقبالهم كانت متوسطة وتليها الظروف الجيدة للاستقبال، في حين كانت انطباعات المرضى حول نظافة المستشفى كانت بنسبة 50% من العدد الاجمالي للمرضى، وتليها

نسبة 97,5% من عدد المرضى من صرحوا بوجود لوحات وعلامات إرشادية لتسهيل الوصول إلى القسم أو الفرع المختص، في حين نجد أن النسبة 82,5% من بين المبحوثين الذين أكدوا بأن الأمن متوفر وموجود بالمستشفى العمومية وعموما فإن سبب لجوء المرضى إلى المستشفى هو توفير الخدمات الصحية ذات جودة عالية.

ومن خلال دراستنا الميدانية نجد أن الخدمات الصحية لها أثر بالغ على نوعية العلاج حيث أن المريض يلجأ للمستشفيات العمومية لأنها تقدم نوعية رفيعة من العلاج وكذا توفير المؤسسة على التجهيزات والأجهزة الطبية، ونجد أن نوعية العلاج تكمن في إجراء الفحص الطبي اللازم للمرضى، وأن المؤسسة الاستشفائية تقدم التوعية الصحية اللازمة للمرضى من خلال الاستثمارات الطبية وكذا الحقن بالابر وقياس ضغط الدم والسكري للمرضى الذين يعانون من مثل هذه الأمراض.

ومن خلال دراستنا وما تم التوصل إليه من تحليل البيانات نلاحظ أن البيانات المتحصل عليها تبين لنا أن الفرضية تؤثر نوعية الخدمات الصحية المقدمة في تحسين نوعية العلاج صحيحة ومحققة ميدانيا لأن إجابات المرضى تؤكد ذلك، ضف إلى ذلك أن نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى والتي تكمن من خلال الفحص والعلاج وكذا المراقبة الدورية للمرضى عند دخولهم هذه المؤسسات الاستشفائية وتركيب المصل (السيروم) للمرضى وغيرها من الخدمات الصحية تعمل على تحسين نوعية العلاج المقدم إليهم.

4- نتائج الدراسة في ضوء الفرضية العامة:

أظهرت نتائج الدراسة أن الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي تساهم مساهمة كبيرة في تحسين الوضعية، أي أن هناك علاقة إرتباطية بين ما يوفره القطاع الصحي من رعاية صحية سواء تعلق الأمر بالإرشادات والفحص الطبي أو التجهيزات والأجهزة الطبية، من خلال ما يقدمه هذا القطاع من تحسين الخدمات الطبية والنهوض به والذي بدوره يحقق تنمية في المجال الصحي وذلك باعتبار أن الصحة هي حق إنساني.

وباعتبار أن الرعاية الصحية تؤثر في صحة وسلامة الفرد وحمايته من الأمراض حيث أن الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من جودة وكفاءة ونوعية والسرعة في تقديم خدمات الرعاية الصحية حيث نجد أن هذه الخدمات الصحية لها أثر كبير في النهوض بهذا القطاع من خلال تحسين وضعيته الصحية، كما أن الرعاية الصحية للمرضى من خلال تقديم أحسن الخدمات تنمي هذا القطاع، فالسعي وراء توفير الخدمات العلاجية والوقائية كل هذه الظروف تؤدي إلى توفير ضمان حياة صحية لأفراد المجتمع حيث نجد أن كل دول العالم أصبحت تعمل على توفير خدمات الرعاية الصحية للمرضى

خاصة في ظل التغيرات الحاصلة وظهور الأمراض المتعددة أصبحت هناك مساهمة كبيرة من طرف القطاع الصحي في تحسين وضعية المرضى الصحية وتقديم أفضل الخدمات للمرضى

ضف إلى ذلك أن القطاع الصحي يساهم في تحسين الحالة الصحية إذا كان الأمر يتعلق بالأمراض و كيفية مواجهتها عن طريق الوقاية والعلاج و من خلال تقديم الأدوية أو المتابعة الطبية اللازمة التي تتطلبها تلك الحالات المرضية فتحسن هذه الأخيرة مرتبط بمدى ثقافة المجتمع ووعيه أن الوقاية من الأمراض عامل أساسي لاستقرار وضعيته الصحية

وما يستنتج من الدراسة أن المؤسسة الاستشفائية تسعى لتوفير كافة الخدمات الصحية بهدف تحسين الوضعية الصحية لمواطنيها من خلال العمل الدائم والمستمر حتى تحقق تنمية صحية.

ومن خلال ما توصلت إليه الدراسة في المحاور الثلاث ووفق مختلف العمليات الإحصائية المتبعة لكل محور توصلنا إلى النتائج التالية.

تساعد توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية وهي فرضية محققة

ونجد أن الفرضية الجزئية الثانية تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي محققة ميدانيا.

في حين أن الفرضية الجزئية الثالثة القائلة: تؤثر نوعية الخدمات الصحية المقدمة في تحسين نوعية العلاج هي فرضية محققة.

ونظرا لتحقيق الفرضيات الجزئية الثلاث من الاستبيان نرى أنه قد تحقق الغرض الرئيسي تساهم الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي في تحسين الوضعية الصحية.

الخاتمة:

يعد موضوع دراستنا "دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي" من أهم المواضيع التي لاقت اهتمام كبير من طرف الباحثين لسوسيولوجيين، لاعتبار أن الصحة هي هدف أساسي تسعى كل الدول لتوفرها لمواطنيها من خلال تقديم رعاية صحية سليمة، حيث نجد أن دول العالم تسعى لبلوغ هذا الهدف ألا وهو توفير أحسن الخدمات الصحية والوقائية للمرضى.

وعلى الرغم من اهتمام المنظمات العالمية بصحة الإنسان والنهوض بها، من خلال تحسين في نوعية الخدمات وتوفير العلاج اللازم، إلا أننا نجد أن هناك دول لاتزال تجد صعوبة في تقديم الرعاية الصحية في مؤسساتها، وخاصة في المجتمعات التي تفتقر إلى الثقافة الصحية والوعي الصحي والذي بدوره يؤثر على حالته الصحية.

وعليه يمكن القول أن الرعاية الصحية للمرضى شرط أساسي لتحقيق تنمية صحية وأنه على الدولة الجزائرية أن تعمل على تزايد جهود العمل والاهتمام أكثر بصحة وسلامة الفرد والمجتمع، بحيث لابد أن تعمل على توفير كل من الأطباء الأكثر كفاءة والمؤهلين للرفع من دور الصحة وكذا توفير التجهيزات اللازمة والحديثة في القطاع الصحي العمومي.

1- الكتب:

- إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي: "الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمات الاجتماعية"، سلسلة جدران المعرفة، الاسكندرية، 2006.
- أسماء محمد صالح: "علم اجتماع الطبي"، دار الجنادية، عمان، الأردن، 2009.
- إقبال إبراهيم مخلوف: "العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية"، الاسكندرية، دار المعارف الجامعية، 1999.
- الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادرة بتاريخ 01 جانفي 1974.
- أمل البكري وآخرون: "الصحة والسلامة العامة"، دار الفكر، عمان، الأردن، 2002.
- بن لوصيف زين الدين: "تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر، 2003.
- حسين عبد الحميد رشوان:"أصول البحث العلمي"، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2003.
- خالد حامد:"منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والانسانية"، دار جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008.

- دريس أسماء: "تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال فترة (2004-2013)"، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسيات الاقتصادية، العدد 06، 2015.
- رابحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم:"مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق"، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000.
- ربحي مصطفى عليان:"البحث العلمي أسسه مناهجه وأساليبه إجراءاته"، عمان، الأردن، بين الأفكار الدولية، د.ن.
- ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم:"مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيقية"، ط1، دار صفاء، عمان، الأردن، 2000.

- سعيدة رحامنة: "وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر"، جامعة المسيلة، العدد 11، مارس 2015.
- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان: "الصحة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي"، دار المعارف الجامعية، مصر، 2004.
- سمير أحمد أبو العيون: "الثقافة الصحية"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2013.

- طلال بن عابد الأحمدي، محمد عوض عثمان: "دراسة تحديد الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض"، مدخل التنمية القوى البشرية، الإدارة العامة للطباعة والنشر، المملكة العربية السعودية، 2004.
- عبد المجيد الشاعر وآخرون: "الرعاية الصحية الأولية"، دار اليازوري، ط1، عمان، الأردن، 2000.
- عبد المجيد الشاعر وآخرون: "علم اجتماع الطبي"، دار البازوري العلمية، عمان الأردن، 2000.
- علي غربي:"أبجديات المنهجية في كتابة الرسائل الجامعية"، مطبعة سيرتاكوبي، قسنطينة، الجزائر، 2005.
- علي معمر عبد المؤمن:"البحث في العلوم الاجتماعية الوجيز في أساسيات والمناهج والتقنيات"، ط1، إدارة مطبوعات للنشر، ليبيا، 2008.

- فوزي شعبان مذكور: "تسويق الخدمات الصحية"، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998.
- فيوليت داغر: "حق الصحة من حقوق الإنسان"، ط1، الدار العربية الأوروبية للنشر، سوريا، 2004.
- قدري الشيخ علي، جورج سمور، ماري زايد حداد: "علم اجتماع الطبي"، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2014.
- كامل مهنا: "الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول"، المؤتمر الوطني الأول للهيئات الأهلية في لبنان، قصر الاينسكو، 1999.
- محمد توفيق حيضر: "الصحة العامة والسلامة العامة"، دار صفاء، عمان، الأردن، (د.س).
- محمد شفيق:"البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية"،

- محمد علي محمد وآخرون: "دراسات في علم الاجتماع الطبي"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- موريس أنجرس:"منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية تدريبات عملية"، تر: بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2004.

- نور الدين حاروش: "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، دار الكتابة للنشر والتوزيع، الجزائر، ط1، 2009.
- نور الدين حاروش: "الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة"، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012.
- يعقوب يوسف الكندي: "الثقافة والصحة والمرض"، جامعة الكويت، الكويت، 2003.

2- المذكرات والرسائل الجامعية:

- الطاهر الوافي: "التحفيز وأداء الممرضين دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية عالية صالح - بمدينة تبسة"، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم اجتماع تخصص تنظيم وعمل، 2012-2013.
- أيمن زكي سعيد كردية: "مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فعالية الخدمة الصحية من وجهة نظر جمهور المراجعين دراسة تطبيقية على مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية"، محافظات قطاع غزة، أطروحة مقدمة للحصول على درجة ماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، 2011.
- بلغواطي أسماء: "دلالات الصحة والمرض في المجتمع الورقلي مرض السرطان أنموذجا دراسة ميدانية أنثروبولوجية"، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، قسم علم اجتماع والديموغرافيا، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2014-2015.
- حبيبة قشي: "آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة"، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم الاقتصادية، 2006-2007.
- خامت سعدية، عجو نورة: "تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر، العلوم التجارية تخصص تسويق، معهد العلوم الاقتصادية الأخضرية، 2011-2012.
- عتيق عائشة: "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة"، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، 2011-2012.
- غرايبية فضيلة: "دور الصحة في تنمية المجتمع قراءة سوسيولوجية لوضعية الصحة بمدينة تبسة"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، علم الاجتماع تخصص تنمية بشرية، جامعة باجي مختار عنابة، 2015-2016.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

السنة الثانية ماستر **تخصص تنظيم وتنمية**

استمارة بحث موجهة للمرضى بالمؤسسة الإستشفائية عالية صالح – تبسة

دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي

بالمؤسسة الإستشفائية "عالية صالح"

– تبسة –

إعداد الطالبة: **إشراف الأستاذة: غرايبية فضيلة**

– لغبش فردوس

تحية طيبة وبعد:

إن الغرض من هذا البحث هو معرفة دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي في المؤسسة الإستشفائية بتبسة ومن أجل ذلك وضعنا بين أيديكم هذه الاستمارة راجين منكم معاونتنا بالإجابة عن الأسئلة المطروحة، مع العلم أن المعلومات التي يستدلون بها ستستخدم لأغراض علمية فقط ونشكركم على تعاونكم معنا.

*** ملاحظة: الرجاء قراءة الأسئلة بتمعن ووضع إشارة (x) عنه الإجابة التي تراها مناسبة**

ونشكركم على تعاونكم.

المحور الأول: المعلومات الشخصية:

1- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2- السن: .....

3- الحالة العائلية: أعزب (باء) ☐ متزوج(ة) ☐ مطلق(ة) ☐ أرمل(ة) ☐

4- المستوى التعليمي: أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

5- مكان الإقامة: مدينة تبسة ☐ خارج المدينة ☐

6- المستوى المعيشي: ضعيف ☐ متوسط ☐ جيد ☐

7- المهنة: .....

المحور الثاني: تساعد توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية

8- ما المصلحة التي تعالج بها: .....

9- عند إصابتك بالمرض هل تتوجه فورا للطبيب: نعم ☐ لا ☐

10- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" أين تتجه للعلاج؟

- لطبيب عام ☐
- لطبيب خاص ☐

11- إذا كانت الإجابة بـ "لا" ما هي الأسباب التي تمنع من ذلك؟

- شراء أدوية من الصيدلية ☐
- استخدام أعشاب طبية ☐
- أخرى تذكر ☐

12- هل تعالج لأول مرة في المستشفى؟ نعم ☐ لا ☐

13- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" من أين أخذت طلب العلاج أو الدخول للمستشفى؟

- طبيب عام ☐

- طبيب خاص ☐

- طبيب الاستعجالات ☐

14- مدة إقامتك بالمستشفى الاستشفائية: .....

15- ما هي الدوافع التي تحول بينك وبين الذهاب للطبيب؟

- بعد المسافة ☐

- صعوبة التنقل ☐

- عدم وجود مصاريف العلاج ☐

- أخرى تذكر ☐

16- خلال إقامتكم بالمستشفى هل حضر الطبيب للكشف عن حالتكم الصحية وقت دخولكم لها؟

نعم ☐ لا ☐

17- هل أنتم راضون على نوعية الخدمات المقدمة إليكم؟ نعم ☐ لا ☐

18- بعد تقديم العلاج من طرف الطبيب هل تقوم بشراء الدواء فور تلقي العلاج؟

نعم ☐ لا ☐

19- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل تعتمد على شراءك على؟

- بطاقة شفاء ☐

- مصاريف خاصة ☐

- استعارة أو تدين ☐

20- هل تلاحظ أنك تحسنت بعد الذهاب للمستشفى؟ نعم ☐ لا ☐

21- هل المواطن قادر على دفع تكاليف العلاج؟ نعم ☐ لا ☐

22- هل المدة الزمنية التي يستغرقها المريض لتلقي العلاج من طرف الطبيب المعاين قصيرة أو طويلة؟

مدة قصيرة ☐ مدة متوسطة ☐ مدة طويلة ☐

23- هل الطاقم الطبي وشبه الطبي يسهرون على راحة المرضى أثناء الإقامة بالمستشفى؟

نعم ☐ لا ☐

24- هل الممرضون موجودون باستمرار بالمصلحة؟ نعم ☐ لا ☐

المحور الثالث: تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي.

25- ما الذي دفعك لاختيار العلاج بهذه المستشفى؟

1- السمعة الجيدة للمؤسسة ☐

2- تقديم خدمة صحية جيدة في المستشفى ☐

3- قرب المستشفى هو الذي جعلك تعالج بها ☐

4- عمل أحد الأقارب أو المعارف بالمستشفى ☐

5- أخرى تذكر ☐

26- هل يشعر المرضى بالراحة والطمأنينة عند التعامل مع موظفي المستشفى؟

نعم ☐ لا ☐

27- هل كان استقبالك من طرف العاملين بالمستشفى؟

حسن ☐ نوعا ما ☐ سيء ☐

28- هل يولي الطبيب للمريض اهتماما أثناء العلاج؟ نعم ☐ لا ☐

29- هل يستقبل الطاقم الطبي وشبه الطبي استفسارات المرضى وشكواهم؟

نعم ☐ لا ☐

30- هل يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة في التعامل مع المرضى؟

نعم ☐ لا ☐

31- هل يتسم العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى؟

نعم ☐ لا ☐

32- هل هناك محسوبية ومحاباة في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفى؟

نعم ☐ لا ☐

33- حسب رأيك هل القطاع الصحي العمومي أفضل من حيث تقديم الخدمات الصحية للمرضى من القطاع الخاص؟ نعم ☐ لا ☐

المحور الرابع: تؤثر نوعية الخدمات الصحية المقدمة في تحسين نوعية العلاج

34- هل تقدم المستشفى الرعاية الصحية بدرجة عالية من الدقة؟

نعم ☐ لا ☐

35- من خلال علاجك بمستشفى "عالية صالح" هل ترى تحسنا في نوعية الخدمات المقدمة للمرضى؟

نعم ☐ لا ☐

36- كيف تجدون ظروف استقبالكم بالمستشفى؟

جيدة ☐ متوسطة ☐ سيئة ☐

37- ما انطباعكم على نظافة المستشفى؟

نظيفة ☐ ليست نظيفة ☐

38- هل تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى؟

نعم ☐ لا ☐

39- هل يتمتع الأطباء بالمستشفى بكفاءة عالية؟

نعم ☐ لا ☐

40- هل تضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الفروع والأقسام المختصة؟

نعم ☐ لا ☐

41- هل تملك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية حديثة؟

نعم ☐ لا ☐

42- هل تملك المستشفى سمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع؟

نعم ☐ لا ☐

43- هل الأمن بالمستشفى موجود؟

نعم ☐ لا ☐

44- هل يمكن لك أن تفيدنا باقتراحات تتعلق بتحسين العلاج في المستشفى؟

.....

.....

.....

.....

.....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

السنة الثانية ماستر **تخصص تنظيم وتنمية**

استمارة بحث موجهة للمرضى بالمؤسسة الإستشفائية عالية صالح – تبسة

دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي

بالمؤسسة الإستشفائية "عالية صالح"

– تبسة –

إعداد الطالبة: **إشراف الأستاذة: غرايبية فضيلة**

– لغبش فردوس

تحية طيبة وبعد:

إن الغرض من هذا البحث هو معرفة دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي في المؤسسة الإستشفائية بتبسة ومن أجل ذلك وضعنا بين أيديكم هذه الاستمارة راجين منكم معاونتنا بالإجابة عن الأسئلة المطروحة، مع العلم أن المعلومات التي يستدلون بها ستستخدم لأغراض علمية فقط ونشكركم على تعاونكم معنا.

*** ملاحظة: الرجاء قراءة الأسئلة بتمعن ووضع إشارة (x) عنه الإجابة التي تراها مناسبة**

ونشكركم على تعاونكم.

المحور الأول: المعلومات الشخصية:

1- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2- السن: .....

3- الحالة العائلية: أعزب (باء) ☐ متزوج(ة) ☐ مطلق(ة) ☐ أرمل(ة) ☐

4- المستوى التعليمي: أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

5- مكان الإقامة: مدينة تبسة ☐ خارج المدينة ☐

6- المستوى المعيشي: ضعيف ☐ متوسط ☐ جيد ☐

7- المهنة: .....

المحور الثاني: تساعد توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية

8- ما المصلحة التي تعالج بها: .....

9- عند إصابتك بالمرض هل تتوجه فورا لطبيب: نعم ☐ لا ☐

10- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" أين تتجه للعلاج؟

- لطبيب عام ☐

- لطبيب خاص ☐

11- إذا كانت الإجابة بـ "لا" ما هي الأسباب التي تمنع من ذلك؟

- شراء أدوية من الصيدلية ☐

- استخدام أعشاب طبية ☐

- أخرى تذكر ☐

12- هل تعالج لأول مرة في المستشفى؟ ☐ نعم ☐ لا

13- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" من أين أخذت طلب العلاج أو الدخول للمستشفى؟

- طبيب عام ☐

- طبيب خاص ☐

- طبيب الاستعجالات ☐

14- مدة إقامتك بالمستشفى الاستشفائية: .....

15- ما هي الدوافع التي تحول بينك وبين الذهاب للطبيب؟

- بعد المسافة ☐

- صعوبة التنقل ☐

- عدم وجود مصاريف العلاج ☐

- أخرى تذكر ☐

16- خلال إقامتكم بالمستشفى هل حضر الطبيب للكشف عن حالتكم الصحية وقت دخولكم لها؟

☐ نعم ☐ لا

17- هل أنتم راضون على نوعية الخدمات المقدمة إليكم؟ ☐ نعم ☐ لا

18- بعد تقديم العلاج من طرف الطبيب هل تقوم بشراء الدواء فور تلقي العلاج؟

☐ نعم ☐ لا

19- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل تعتمد على شراءك على؟

- بطاقة شفاء ☐

- مصاريف خاصة ☐

- استعارة أو تدين ☐

20- هل تلاحظ أنك تحسنت بعد الذهاب للمستشفى؟ ☐ نعم ☐ لا

21- هل المواطن قادر على دفع تكاليف العلاج؟ ☐ نعم ☐ لا

22- هل المدة الزمنية التي يستغرقها المريض لتلقي العلاج من طرف الطبيب المعاين قصيرة أو طويلة؟

☐ مدة قصيرة ☐ مدة متوسطة ☐ مدة طويلة

23- هل الطاقم الطبي وشبه الطبي يسهرون على راحة المرضى أثناء الإقامة بالمستشفى؟

☐ نعم ☐ لا

24- هل الممرضون موجودون باستمرار بالمصلحة؟ ☐ نعم ☐ لا

المحور الثالث: تؤثر العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في القطاع الصحي العمومي.

25- ما الذي دفعك لاختيار العلاج بهذه المستشفى؟

1- السمعة الجيدة للمؤسسة ☐

☐ تقديم خدمة صحية جيدة في المستشفى

3- ☐ ب المستشفى هو الذي جعلك تعالج بها

4- ☐ ل أحد الأقارب أو المعارف بالمستشفى

5- أخرى تذكر ☐

26- هل يشعر المرضى بالراحة والطمأنينة عند التعامل مع موظفي المستشفى؟

☐ نعم ☐ لا

27- هل كان استقبالك من طرف العاملين بالمستشفى؟

☐ حسن ☐ نوعا ما ☐ سيء

28- هل يولي الطبيب للمريض اهتماما أثناء العلاج؟ نعم ☐ ☐ لا

29- هل يستقبل الطاقم الطبي وشبه الطبي استفسارات المرضى وشكواهم؟

☐ نعم ☐ لا

30- هل يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة في التعامل مع المرضى؟

☐ نعم ☐ لا

31- هل يتسم العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى؟

☐ نعم ☐ لا

32- هل هناك محسوبية ومحاباة في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفى؟

☐ نعم ☐ لا

33- حسب رأيك هل القطاع الصحي العمومي أفضل من حيث تقديم الخدمات الصحية للمرضى من القطاع الخاص؟ نعم ☐ ☐ لا

المحور الرابع: تؤثر نوعية الخدمات الصحية المقدمة في تحسين نوعية العلاج

34- هل تقدم المستشفى الرعاية الصحية بدرجة عالية من الدقة؟

☐ نعم ☐ لا

35- من خلال علاجك بمستشفى "عالية صالح" هل ترى تحسنا في نوعية الخدمات المقدمة للمرضى؟

☐ نعم ☐ لا

36- كيف تجدون ظروف استقبالكم بالمستشفى؟

☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ سيئة

37- ما انطباعكم على نظافة المستشفى؟

☐ نظيفة ☐ ليست نظيفة

38- هل تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى؟

☐ نعم ☐ لا

39- هل يتمتع الأطباء بالمستشفى بكفاءة عالية؟

☐ نعم ☐ لا

40- هل تضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الفروع والأقسام المختصة؟

☐ نعم ☐ لا

41- هل تملك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية حديثة؟

☐ نعم ☐ لا

42- هل تملك المستشفى سمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع؟

☐ نعم ☐ لا

43- هل الأمن بالمستشفى موجود؟

☐ نعم ☐ لا

44- هل يمكن لك أن تفيدنا باقتراحات تتعلق بتحسين العلاج في المستشفى؟

.....

.....

.....

.....

.....

I- INFRASTRUCTURES:

1- Infrastructures publiques:

1.1. Global:

Type d'établissement	Dénomination	Commune	Nombre de lits	Nombre de lits Global
EHS	EHS Mère et enfant Khaldi Abdelaziz	Tébessa	140	140 lits
EPH	EPH Bir El Ater	Bir El Ater	170	1122 lits
	EPH Chéria	Chéria	150	
	EPH El Aouinet	El Aouinet	132	
	EPH Morsott	Morsott	90	
	EPH Ouenza	Ouenza	120	
	EPH Tébessa	Tébessa	208	
	EPH Bekkaria	Bekkaria	252	
EPSP	EPSP Tébessa	Tébessa	45	114 lits
	EPSP Ouenza	Ouenza	15	
	EPSP Chéria	Chéria	24	
	EPSP Bir El Ater	Bir El Ater	04	
	EPSP El Aouinet	El Aouinet	14	
	EPSP Negrine	Negrine	12	
Total				1376 lits

- Nombre de polyclinique: 41
- Nombre de salles de soins: 129
- Nombre de maternités intégrées à une polyclinique: 08
- Maternités autonomes: /

1.2. Infrastructures publiques de proximité (EPSP):

1.2.1. Infrastructures fonctionnelles:

- **Global:**

EPSP	Polyclinique	Salle de soins	Maternité (intégrées à une polyclinique)
EPSP Tébessa	14	36	03
EPSP Chéria	08	31	02
EPSP Bir El Ater	08	14	00
EPSP El Aouinet	03	16	01
EPSP Ouenza	06	14	01
EPSP Negrine	02	08	01
Total	41	119	08

Clinique Alia Salah Tébessa	1- Anatomie pathologie		
	3- Chirurgie générale	55	
	4- Epidémiologie		
	5- Radiologie centrale		
	6- Laboratoire central		
	7- Médecine légale	06	
	9- Ophtalmologie	20	
	10- Orthopédie traumatologique	30	
	11- Oto-rhino-laryngologie	12	
	12- Pharmacie		
Urgence Médico-chirurgicale	13- Urgences Médico-chirurgicales (Extra muros)	45	

	8- Néphrologie Hémodialyse (Extra muros)	30	
	2- Anesthésie Réanimation	10	
	Radiologie		
Clinique Dentaire			

Personnels	**Alia Salah Tébessa**
Médecins Spécialistes	**36**
Médecins Généralistes	**35**
Chirurgiens Dentistes	**13**
Pharmaciens	**1**
Psychologues	**6**
Assistantes Sociales	**0**
Sages Femmes	**0**
Biologie de santé publique	**21**
Paramédicaux de santé public	**223**
Infirmiers Brevetés	**5**
Aides Sognants	**111**
Personnels Administratifs	**52**
Personnels des services - Tech	**59**
Personnels Vacat 8 H 5 H	**92**
Autres Personnels: - Pré emploi -Autres	**33**
Total	**687**

Services	Unités	Nbre de lit	
		Tec	Org
Chirurgie Générale	Homme	19	15
	Femme	18	15
	Neuro	4	4
	Uro	4	4
Orthopédie	Homme	20	7
	Femme	10	4
Anésthésie Réanimation	Anesthésie Réanimation	10	10
Urgences Chirurgicales	Homme	10	6
	Femme	6	7
Urgencs orthopédiques	Homme	10	5
	Femme	7	8
Urgence Médicale		12	10
Hémodialyse			22
Total			

ملخص الدراسة:

دور الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي العمومي دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية عالية صالح – تبسة

إعداد الطالبة: **إشراف الأستاذة:**

لغبش فردوس غرايبية فضيلة

الكلمات المفتاحية: الصحة، المرض، الخدمات الصحية، الرعاية الصحية

لقد هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي حيث انطلقت من تساؤل رئيسي تساهم الرعاية الصحية للمرضى في القطاع الصحي في تحسين الوضعية الصحية وثلاث فرضيات جزئية للبرهنة والتأكيد من العلاقة القائمة بين توفير الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في تحسين حالتهم الصحية وتأثير العلاقات الاجتماعية على نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وتأثير نوعية الخدمات الصحية في تحسين العلاج وقد اعتمدت الدراسة في تحقيق أهدافها على المنهج الوصفي وعلى عينة عشوائية بسيطة 40 مريض في المؤسسة والمتمثلة في الملاحظة والمقابلة والاستمارة إضافة إلى السجلات والوثائق لجمع البيانات والمعلومات اللازمة من واقع المؤسسة الاستشفائية عالية صالح – تبسة، كما استخدمت تقنيات البحث الميداني والمتمثلة في الملاحظة والمقابلة والاستمارة إضافة إلى السجلات والوثائق لجمع البيانات والمعلومات اللازمة من واقع المؤسسة الاستشفائية عالية صالح وفي الأخير يتضح لنا أن هذه الدراسة توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية للمتغيرات.

Résumé de recherche:

Les mots clés: La santé, une maladie, les services de soin, les soins médicaux.

Notre études à pour le but de connaitre la relation entre une maladie et les soins médicaux.

Elle a débuté d'un questionnaire principale. Les soins médicaux participent à la remédiation des patients.

Trois hypothèses partielles pour justifier et confirmer la relation entre les soins médicaux offerts pour les patients à optimiser leurs états sanitaire et le rôle des relations sociales à la qualité de services de soin offertes aux patients ainsi l'effet de la qualité des services à la remédiation.

Notre études à adopté la formules descriptive pour réaliser son objectif ainsi qu'un échantillon au hasard d'un patient au niveau de l'hôpital " AALIA SALLAH"- Tébéssa. Comme on utiliser les techniques de la recherche sur terrain; l'observation en situation, le meeting, le formulaire, plus les registres et les documents pour collecter les informations et les données nécessaires au terrain de l'hôpital "A. Sallah".

Enfin, d'après ces études: On a constaté qu'il y a une relation d'indication statistique des variables.

The Summary:

Key Word: Health, ulness, health services, health care.

The aim of the study is to know the relationship between the role of health care for patients in the public health sector and field study in "Aalia Sallah" hospital Tebessa, where the essentiel question of health care for patients in the health sector is to improve health status and the partial hypotheses to demonstrate and ascertain the existing relationship between the provision of health care provided to patients in improving their health and the impact of social relations on the quality of health services provided to the patients and the influences of the quality of health services on improving the treatment.

The study was adopted in the achievement of its objectives on the descriptive approach and a random sample of 40 (fourty) patients in the hospital of Aalia Sallah- Tebessa. In addition the research techniques used in the field is observation interview and documents to collect data and information required by the institution of Aalia Sallah hospital Tebessa.

Finally, it is clear to us that this study said it exsists a relation with a statistical significance of variables.