



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة
الاستعجالات الطبية بالمستشفيات العمومية
- دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بني مسوس -

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل والأرغوميا

إشراف الأستاذ الدكتور:

- مسعود بوطاف

إعداد الطالب:

- عبد الكريم رحالي

السنة الجامعية : 2015/2014



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة
الاستعجالات الطبية بالمستشفيات العمومية
- دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بني مسوس -

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل والأرغوميا

إشراف الأستاذ الدكتور:

- مسعود بوطاف

إعداد الطالب:

- عبد الكريم رحالي

نوقشت من طرف اللجنة العلمية الآتية أسماؤهم:

واحدى عبد المجيد	أستاذ محاضر بجامعة الجزائر-2-	رئيساً
بوطاف مسعود	أستاذ التعليم العالي بجامعة الجزائر-2-	مشرفاً
بوعمامة إسماعين	أستاذ محاضر بجامعة الجزائر-2-	مناقشاً
خطاش ربيعة	أستاذة محاضرة بجامعة الجزائر-2-	مناقشاً

السنة الجامعية : 2015/2014

إفراءى

إلى من علمنى النجاح والصبر
إلى من أفتقده فى مواجهة الصعاب
ولم تمله الدنيا لأرتوى من حنانه.. أبى
وإلى من تتسابق الكلمات لتخرج معبرة عن مكنون ذاتها
من علمتنى وعانيت الصعاب لأصل إلى ما أذا فيه
وعندما تكسونى المصوم أسبح فى بحر حنانها ليخفف من ألامى
إلى روح أمى الطاهرة
إلى زوجتى الغالية: مريم، وقررة عيني ابنتى: أروى هبة الرحمان
إلى أساتذتى
إلى زملاي وزميلاتى
إلى الشموع التى تحترق لتضيء الآخرين
إلى كل من علمنى حرفاً
أهدى هذا البحث المتواضع راجياً من المولى
عز وجل أن يجد القبول والنجاح

شكر و تقدير

الحمد لله الذي ينتهي إليه حمد الحامدين ولديه يزداد شكر الشاكرين، الحمد لله الذي خلق الإنسان وعلمه البيان ، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين. ونشكر الله تعالى أن هدانا للخوض في هذا البحث وأعاننا على إنجازه بتوفيقه، ثم نتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من مدَّ يد العون والمساعدة لإكمال هذا البحث، ونخص بالشكر الأستاذ الدكتور بوطاف مسعود المشرف على الرسالة، الذي أكرمنا بتواضع وحسن تعامله وخلقه وتوجيهاته التي كان لها أبلغ الأثر في تذييل المصاعب وتخطي العقبات، والأستاذ الدكتور بوظريفته حمو رئيس المشروع ومدير مخبر الوقاية والأرغنونيا على الخدمات الجليلية المقدمة من قبله لنا.

كما نشكر السادة اساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا على مساعدتهم المعنوية لنا .

كما نتوجه بالشكر الخاص للعاملين والمرضى بمصلحة الاستعجالات الطبية بمستشفى إسعد حساني ببني مسوس على حسن تجاوزهم وتعاونهم معنا لإنجاز وانجاح هذه الدراسة .
وأقدم الشكر والعرفان بجامعة الجزائر -02- أبو القاسم سعد الله التي فتحت لنا أبوابها ومكتباتها لمساعدتنا في إنهاء دراستنا.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية

بالمستشفى الجامعي بني مسوس ، وصيغت بناءً على هذا الهدف التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات

الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو نظافة البيئة

الداخلية في مصلحة الاستعجالات الطبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو التجهيزات

الطبية وملاءمتها وصيانتها في مصلحة الاستعجالات الطبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو دور التدريب في

تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مفردات الدراسة تبعا لمحاور الدراسة تعزى للمتغيرات الشخصية

(الجنس، المستوى التعليمي) ؟

وللإجابة عن هذه التساؤلات صيغت الفرضيات التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات الاستقبال

والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو نظافة البيئة الداخلية

لمصلحة الاستعجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو التجهيزات الطبية

وملاءمتها وصيانتها في مصلحة الاستعجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو دور التدريب في

تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مفردات الدراسة تبعا لمحاور الدراسة تعزى للمتغيرات الشخصية

(الجنس، المستوى التعليمي).

وقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي، وهذا بغية الوصول إلى معرفة كل حيثيات وجوانب الظاهرة محل الدراسة والتحليل، مستعيناً بأداة الدراسة التي تمثلت في استبيان اشتمل بنوداً ترتبط بمحاور الدراسة، وطبق على عينة الدراسة من العاملين والمرضى التي كان قوامها 140 مفردة وتمّ التوصل إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين متوسط درجات اتجاهات العاملين ومتوسط درجات اتجاهات المرضى في المحور الأول وهو خدمات الاستقبال والتوجيه لصالح عينة العاملين بمتوسط قدره (53.94) مقابل متوسط قدره (31.96) لعينة المرضى.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين متوسط درجات اتجاهات العاملين ومتوسط درجات اتجاهات المرضى في المحور الثاني وهو نظافة البيئة الداخلية لصالح عينة المرضى بمتوسط قدره (54.175) مقابل متوسط قدره (37.7) لعينة العاملين .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين متوسط درجات اتجاهات العاملين ومتوسط درجات اتجاهات المرضى في المحور الثالث وهو التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها لصالح عينة المرضى بمتوسط قدره (58.95) مقابل متوسط قدره (43.97) لعينة العاملين.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات اتجاهات العاملين ومتوسط درجات اتجاهات المرضى في المحور الرابع وهو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية، حيث بلغ متوسط درجات اتجاهات المرضى على هذا البعد (51.55) مقابل متوسط قدره (46.71)، وهو ما يدل على الاتجاهات الايجابية للعاملين والمرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية بمحاورها الأربعة (خدمات التوجيه والاستقبال، نظافة البيئة الداخلية، التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها، دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية) تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس المستوى التعليمي)، حيث كانت نتائج تحليل التباين الأحادي دالة عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بالنسبة لمتغيري (الجنس، المستوى التعليمي) وعلى جميع أبعاد الدراسة.

Résumé de l'étude :

Résumé de l'étude :

Cette étude visait à identifier les tendances des travailleurs et des patients au sujet des services des urgences médicales dans les hôpitaux publics et les moyens de les améliorer. Elles étaient formulées à base des questions suivantes :

1- quelle sont les tendances des travailleurs et des patients au sujet de réception et orientation au service des urgences dans les hôpitaux publics ?

2- quelle sont les tendances des travailleurs et des patients au sujet de l'hygiène interne au service des urgences dans les hôpitaux publics ?

3- quelle sont les tendances des travailleurs et des patients au sujet des équipements médicaux, compatibilités et l'entretien au service des urgences dans les hôpitaux publics ?

4- quelle sont les tendances des travailleurs et des patients au sujet du rôle de la formation pour améliorer le service des urgences dans les hôpitaux publics ?

5- est ce qu'il y a des différences statistiquement significatives entre les singularités de l'étude suivant ses axes et variables personnelles (sexe, niveaux scolaire).

Pour répondre à ses questions on a formulé les suppositions (hypotheses) suivantes :

1- Il y a des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.05$) entre les degrés moyens des tendances des travailleurs et des patients au sujet de réception et orientation au service des urgences dans les hôpitaux publics.

2- Il y a des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.05$) entre les degrés moyens des tendances des travailleurs et des patients au sujet de l'hygiène interne au service des urgences dans les hôpitaux publics .

3- Il y a des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.05$) entre les degrés moyens des tendances des travailleurs et des patients au sujet des équipements médicaux, compatibilités et l'entretien au service des urgences dans les hôpitaux publics.

4- Il y a des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.05$) entre les degrés moyens des tendances des travailleurs et des patients au sujet du rôle de la formation pour améliorer le service des urgences dans les hôpitaux publics .

5- Il ya des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.05$) entre les degrés moyens des tendances singularités de l'étude suivant ses axes et variables personnelles (sexe, niveaux scolaire).

Le chercheur s'est basé sur les méthode descriptive, et ce pour savoir tous les raisonnement et les aspects vus en étude et rallyes en se basant sur une étude représentant une démonstration contenant des points en relation avec les axes de l'étude appliques sur un groupe d'étude (personne) → travailleurs/patrent au nombre de 140 en aboutissant aux résultats suivants :

1- Il ya des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.01$) entre les degrés moyens des tendances des travailleurs et des patients au sujet de réception et orientation au service des urgences dans les hôpitaux publics de (53.94) pour le groupe des travailleurs contre (31.96) pour les patients.

2- Il ya des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.01$) entre les degrés moyens des tendances des travailleurs et des patients au sujet de l'hygiène interne au service des urgences dans les hôpitaux publics de (54.175) pour le groupe des travailleurs contre (37.7) pour le groupe des patient .

3- Il ya des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.01$) entre les degrés moyens des tendances des travailleurs et des patients au sujet des équipements médicaux, compatibilités et l'entretien au service des urgences dans les hôpitaux publics, pour le groupe des patients des (58.95) pour le groupe des travailleurs contre (43.97) pour le groupe des patient .

4- Il n'ya pas des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.05$) entre les degrés moyens des tendances des travailleurs et des patients au sujet du rôle de la formation pour améliorer le service des urgences dans les hôpitaux publics pour le groupe des patients des (51.55) pour le groupe des travailleurs contre (46.71) pour le groupe des patient.

5- Il ya des différences statistiquement significative au niveaux de signification ($\alpha=0.05$) entre les degrés moyens des tendances singularités de l'étude suivant ses axes et variables personnelles (sexe, niveaux scolaire).-

فهرس المحتويات

ب	إهداء
ب	شكر وتقدير
د	ملخص الدراسة
ح	فهرس المحتويات
ص	فهرس الأشكال والرسوم البيانية والمخططات
ق	فهرس الملاحق
1	مقدمة
4	الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة
5	الإشكالية:
8	الفرضيات:
8	مبررات الدراسة
8	* المبررات الذاتية:
8	* المبررات الموضوعية:
9	أهمية البحث:
10	أهداف الدراسة:
10	المفاهيم والمصطلحات:
11	أدبيات الدراسة (الدراسات السابقة):
21	مناقشة الدراسات السابقة ومجالات الإفادة منها
22	الجانب النظري
23	الفصل الأول: خدمات الاستقبال والتوجيه
24	تمهيد:
24	1-الخدمات الصحية:
24	2-فجوات مطابقة الخدمات الصحية:
24	2-1-الفجوة الأولى:

25	2-2-الفجوة الثانية:
25	2-3-الفجوة الثالثة:
25	2-4-الفجوة الرابعة:
25	2-5-الفجوة الخامسة:
25	3-الاستقبال والتوجيه:
27	3-1-تنظيم التدفق في مصلحة الاستعجال:
28	3-2-الإجراءات التنظيمية للاستقبال:
29	3-3-منطقة الاستقبال:
29	3-4-تصميم منطقة الاستقبال:
32	3-5-منطقة الاستقبال والفرز (التصنيف):
32	3-5-1-مهام منطقة الاستقبال:
32	3-5-2-ممرض الاستقبال (مهامه، خصائصه، كفاءاته):
33	3-6-مهام عامة:
33	3-6-1-الاستقبال، التقييم، التصنيف:
33	3-6-2-تحديد منطقة العلاج الملائمة:
33	3-6-3-الإعلام والمساعدة:
34	3-6-4-المراقبة:
34	3-6-5-التعليم:
35	4-الفرز (tri):
35	4-1-معايير استعمال الفرز:
36	4-1-1-التصنيف:
38	4-2-الفرز وقرار مكان العلاج الملائم لحاجة المريض (مفاهيم وأهداف):
38	4-2-1-أهداف الفرز:
38	4-2-2-غاية الفرز:
39	4-3-طريقة تحضير شبكة الفرز:

39	..... خلاصة جزئية
40	..... الفصل الثاني: نظافة البيئة الداخلية
41	..... تمهيد:
42	..... 1-عناصر البيئة الداخلية:
45	..... 2-معايير الحذر العالمية:
48	..... 3-مستويات النظافة لمناطق البيئة الداخلية للمصلحة:
48	..... 3-1-المناطق قليلة الخطورة:
48	..... 3-2-المناطق متوسطة الخطورة:
48	..... 3-3-المناطق شديدة الخطورة:
48	..... 3-3-1-المناطق قليلة الخطورة:
48	..... 3-3-2-المناطق متوسطة الخطورة:
49	..... 3-3-3-المناطق شديدة الخطورة:
50	..... 4-الأساليب المتبعة في غسل الأيدي حسب نوع التدخل:
52	..... 5-النصائح والتعليمات التي ينبغي الالتزام بها أثناء الغسل الروتيني لليدين:
55	..... 6-خطوات غسل اليدين:
55	..... 7-طريقة غسل اليدين:
57	..... 8-نظافة المعدات والأجهزة الطبية.
58	..... 9-تخصيص أماكن معالجة الأجهزة والمعدات الطبية.
58	..... 9-1-في أجنحة المرضى وغرف العمليات:
59	..... 9-2-في منطقة التنظيف والتعقيم:
59	..... 10-علاقة النظافة الاستشفائية بالتصورات الاجتماعية والمهنية (الأرغوميا الذهنية):
62	..... خلاصة جزئية
63	..... الفصل الثالث: التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها
64	..... تمهيد
64	..... 1-مدخلات المنظمات الصحية

64	1-1- المدخلات:
65	1-2- مفاهيم الصيانة
66	3- أهداف صيانة التجهيزات الطبية:
66	4- أشكال الصيانة:
66	4-1- الصيانة غير المخططة:
66	4-2- الصيانة المخططة:
67	4-1-2- الصيانة العلاجية:
67	4-2-2- الصيانة الوقائية:
68	5- مقاييس ومعايير المعدات والتجهيزات الطبية:
69	6- آلية تقييم المعدات والتجهيزات الطبية:
69	7- مهام إدارة مصلحة الاستعجالات الطبية:
70	8- مهام شعبة صيانة التجهيزات الطبية:
71	9- النقص المسجلة في التجهيزات الطبية في المنظمات الصحية:
72	خلاصة جزئية:
73	الفصل الرابع: دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية
74	تمهيد
74	1- مفاهيم عن التدريب
75	2- مبررات ودواعي تدريب الموارد البشرية في المنظمات
76	3- مبادئ التدريب
76	3-1- مبدأ الاستمرارية:
76	3-2- مبدأ توالي الخبرات أو التقدم المنظم:
76	3-3- مبدأ التدرج:
76	3-4- مبدأ الهدف:
76	3-5- مبدأ مواكبة التطور:

76	3-6-مبدأ الواقعية:
76	3-7-مبدأ الشمولية:
77	4-أهداف التدريب
77	4-1-تقليل أوقات أداء المهام:
77	4-2-تغيير سلوك الأفراد:
77	4-3-تحسين معارف ومهارات العاملين:
77	4-4-تنمية الاتجاهات الإيجابية للعاملين:
77	4-5-التقليل من الأخطاء:
77	5-وسائل التدريب
78	6-إدارة العملية التدريبية
79	7-واقع ومكانة التدريب ضمن وظيفة الموارد البشرية
81	8-العوامل المؤثرة في التدريب
81	8-1-شخصية المتدرب ومؤهلاته:
81	8-2-المادة التعليمية:
81	8-3-أساليب التدريب:
81	8-4-بيئة التدريب:
82	9-التدريب السلوكي وأهدافه
83	9-1-تعديل القيم:
84	9-2-تعديل الاتجاهات:
84	9-2-1-المكون المعرفي:
84	9-2-2-المكون الوجداني (الانفعالي):
84	9-2-3-المكون السلوكي:
86	10-البرامج التدريبية واحتياجات المتدربين
86	10-1-البرنامج التدريبي:
86	10-1-1-مراحل البرنامج التدريبي (خطوات العملية التدريبية)

91	..... خلاصة جزئية
92	..... الفصل الخامس: مساهمات الأرنوميا في المستشفيات
93	..... تمهيد:
93	..... 1- موقع ومكانة الأرنومي في بيئة العمل:
93	..... 1-1- باعتباره كاختصاصي:
94	..... 1-2- باعتباره موظف في المنظمة:
95	..... 2- ظروف التدخل الأرنومي:
96	..... 3- واقع الأرنوميا في تصميم المشاريع الاستشفائية:
96	..... 3-1- لماذا؟:
96	..... 3-2- كيف؟:
97	..... 3-1-2- لجنة القيادة:
97	..... 3-2-2- اللجنة التقنية:
97	..... 3-2-3- لجنة المستعملين:
98	..... 4- الشروط الملائمة لمشاركة المستخدمين
98	..... 4-1- الإدارة:
98	..... 4-2- المصممين والمهندسين:
99	..... 4-3- المستخدمون وممثلي النقابات:
99	..... 5- تأثير التدخل الأرنومي في التصميم
99	..... 5-1- تصميم غرف المرضى:
101	..... 5-2- الممرضون والأعوان المساعدون:
102	..... 6- دور الأرنوميا في الوقاية من المخاطر المهنية وتنظيم وتقويم الوظائف في المستشفيات:
102	..... 6-1- الوقاية من المخاطر المهنية في المستشفيات:
102	..... 6-2- تنظيم وتقويم الوظائف في مصلحة الاستجالات الطبية:
105	..... 7- تعدد مهام الأرنومي في المستشفيات
106	..... 8- عبء العمل وأعباء العمل

106.....	8-1- الثمن (الكلفة):
106.....	8-2- ثقل العمل:
107.....	9- تكييف ساعات العمل للعمال
108.....	10- المزامنة الأروغومية لأوقات العمل غير النموذجي
110.....	10-1- تحليل المحتوى:
110.....	10-2- تحليل التعديلات الأروغومية:
110.....	خلاصة جزئية
111.....	الجانب الميداني
112.....	الفصل السادس: منهجية الدراسة والإجراءات الميدانية
113.....	تمهيد:
113.....	1- منهج الدراسة:
113.....	2- مجتمع وعينة الدراسة:
114.....	2-1- التحليل الوصفي للبيانات الشخصية لأفراد عينة البحث:
114.....	2-1-1- توزيع أفراد عينة العاملين:
118.....	2-1-2- توزيع أفراد عينة المرضى:
119.....	3- حدود الدراسة الزمانية والمكانية والبشرية
119.....	3-1- الحدود المكانية:
119.....	3-2- الحدود الزمانية
119.....	3-3- الحدود البشرية:
120.....	4- الدراسة الاستطلاعية:
120.....	4-1- اختيار وتوزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المتغيرات الديمغرافية
121.....	4-2- ضبط الاستبيان قبل التطبيق على العينة الاستطلاعية:
121.....	5- أداة الدراسة وإجراءاتها:
122.....	5-1- بناء أداة الدراسة:
125.....	5-2- صدق أداة الدراسة:

- 126.....1-2-5-الصدق الظاهري للأداة (صدق المحكمين):
- 127.....5-2-2-الصدق البنائي (الاتساق الداخلي) لأداة الدراسة الخاصة بالعاملين والمرضى:
- 131.....5-3-ثبات أداة الدراسة:
- 132.....6-خطوات تطبيق الدراسة الميدانية:
- 132.....7-أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:
- 134.....خلاصة جزئية
- 135.....**الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج واختبار الفرضيات**
- 136.....تمهيد:
- 136.....1-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة:
- 136.....1-1-الإجابة على التساؤل الأول من تساؤلات الدراسة:
- 137.....1-1-1-اتجاهات العاملين نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستجالات الطبية:....
- 141.....1-1-2-اتجاهات المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستجالات الطبية:....
- 144.....1-2-1-الإجابة على التساؤل الثاني من تساؤلات الدراسة:
- 145.....1-2-1-اتجاهات العاملين نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية:....
- 149.....1-2-2-1-اتجاهات المرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية:....
- 152.....1-3-1-الإجابة على التساؤل الثالث من تساؤلات الدراسة:
- 153.....1-3-1-اتجاهات العاملين نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستجالات الطبية:
- 157.....1-3-2-1-اتجاهات المرضى نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستجالات الطبية:
- 160.....1-4-1-الإجابة على التساؤل الرابع من تساؤلات الدراسة:
- 161.....1-4-1-1-اتجاهات العاملين نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية:..
- 165.....1-4-2-1-اتجاهات المرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية:
- 172.....2-اختبار فرضيات الدراسة وتفسيرها:
- 172.....1-2-1-الإجابة على الفرضية الأولى:

173.....	2-2-الإجابة على الفرضية الثانية:
174.....	2-3-الإجابة على الفرضية الثالثة:
175.....	2-4-الإجابة على الفرضية الرابعة:
176.....	2-5-الإجابة على الفرضية الخامسة:
179.....	الفصل الثامن: الاستنتاجات والتوصيات
180.....	تمهيد:
180.....	1-النتائج:
182.....	2-التوصيات:
183.....	المراجع

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
20-17	الدراسات السابقة والنتائج التي خلصت إليها	1
37	نموذج تصنيف مستوى الأولوية ووقت الاستجابة المقترحة	2
39	تقسيم الحالات الطارئة حسب مؤشر درجة الخطورة	3
46	معايير الحذر العالمية	4
51-50	الأساليب المتبعة في غسل الأيدي حسب نوع التدخل	5
52	أهم النصائح والتعليمات التي ينبغي الالتزام بها أثناء الغسل الروتيني لليدين	6
55	خطوات غسل اليدين	7
56	طريقة غسل اليدين	8
68	معايير الرعاية الصحية الأولية المرتبطة بالتجهيزات الطبية	9

75	دواعي التدريب المختلفة	10
82	خصائص المدرب السلوكي	11
89	نماذج لأهم الظواهر التي تدل على وجود احتياج تكويني	12
114	توزيع أفراد عينة العاملين حسب الجنس	13
115	توزيع أفراد عينة العاملين حسب عدد مرات التكوين	14
116	توزيع أفراد عينة العاملين حسب المستوى التعليمي	15
117	توزيع أفراد عينة العاملين حسب سنوات الخبرة	16
118	توزيع أفراد عينة المرضى حسب الجنس	17
118	توزيع أفراد عينة المرضى حسب المستوى التعليمي	18
120	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية	19
122	عدد الاستثمارات الموزعة والمستردة والصالحة وغير الصالحة	20
125	عدد فقرات الاستبانة حسب كل مجال من مجالاتها	21
127	معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الأول مع المتوسط المرجح لهذا المحور	22
128	معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الثاني مع المتوسط المرجح لهذا المحور	23
129	معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الثالث مع المتوسط المرجح لهذا المحور	24
130	معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الرابع مع المتوسط المرجح لهذا المحور	25
130	معاملات الارتباط لكل مجال من مجالات الدراسة	26
131	معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الرابع مع المتوسط المرجح لهذا المحور	27
132	درجات بدائل المقياس الخماسي	28
137	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه	29
140	التكرارات والنسب المئوية للبدائل في المجال الأول	30
141	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه	31
144	اتجاهات المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستجالات الطبية	32
145	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه	33
148	اتجاهات العاملين نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية	34
149	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه	35
152	اتجاهات المرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية	36
153	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه	37
156	اتجاهات العاملين نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستجالات الطبية	38
157	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه	39
160	اتجاهات المرضى نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستجالات الطبية	40

161	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه	41
164	اتجاهات العاملين نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	42
165	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه	43
168	اتجاهات المرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	44
169	ترتيب مجالات أداة الدراسة الخاصة بالعاملين وفق متوسط المتوسطات ومتوسط الانحرافات المعيارية	45
170	ترتيب مجالات أداة الدراسة الخاصة بالمرضى وفق متوسط المتوسطات ومتوسط الانحرافات المعيارية	46
172	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية	47
173	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستعجالات الطبية	48
174	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانته	49
175	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	50
176	نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو أبعاد الدراسة حسب الجنس	51
177	نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو أبعاد الدراسة وفقاً للمستوى التعليمي	52

فهرس الأشكال والرسوم البيانية والمخططات

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	نموذج تصميم لمدخل مصلحة الاستعجالات الطبية	31
02	المواضع التي كثيراً ما يتم إغفالها أثناء عملية غسل اليدين	56
03	خطوات إزالة التلوث	57
04	مسار العمل المتبع لإعادة استخدام الآلات	58
05	أساليب صيانة التجهيزات الطبية	67
06	نموذج ميسك توفيق للتدريب	78
07	تقنيات وإجراءات التدريب والتطوير والعلاقات الموجودة بينها.	79
08	نموذج من 19 خطوة للتدريب والتطوير باستخدام خريطة سير عمليات	80
09	دور الأرغومي باعتباره مختص في الأرغوميا	93
10	دور الأرغومي باعتباره موظف في المنظمة	94
11	آلة يدوية لرفع ونقل المرضى للتخفيف من الجهد العضلي	100

100	آلة كهربائية لرفع ونقل المرضى للتخفيف من الجهد العضلي	12
100	مخطط تحرك الآلة الكهربائية داخل غرف المرضى	13
100	مسار الآلة الكهربائية داخل غرف المرضى	14
109	المزامنة الأروغومية لأوقات العمل	15
115	توزيع أفراد عينة العاملين حسب الجنس	16
115	توزيع أفراد عينة العاملين حسب عدد مرات التكوين	17
116	توزيع أفراد عينة العاملين حسب المستوى التعليمي	18
117	توزيع أفراد عينة العاملين حسب الأقدمية	19
118	توزيع أفراد عينة المرضى حسب الجنس	20
119	توزيع أفراد عينة المرضى حسب المستوى التعليمي	21
140	التكرارات والنسب المئوية للبدائل في المجال الأول	22
144	اتجاهات المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية	23
148	اتجاهات العاملين نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستعجالات الطبية	24
152	اتجاهات المرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستعجالات الطبية	25
156	اتجاهات العاملين نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستعجالات الطبية	26
160	اتجاهات المرضى نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستعجالات الطبية	27
164	اتجاهات العاملين نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	28
168	اتجاهات المرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	29
169	ترتيب مجالات أداة الدراسة الخاصة بالعاملين وفق متوسط المتوسطات ومتوسط الانحرافات المعيارية	30
171	ترتيب مجالات أداة الدراسة الخاصة بالمرضى وفق متوسط المتوسطات ومتوسط الانحرافات المعيارية	31

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	نسخة من ترخيص إجراء الدراسة من طرف المديرية العامة لمستشفى بني مسوس	192
02	أداة الدراسة المستخدمة في جمع البيانات	197-193
03	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال خدمات الاستقبال والتوجيه لعينة العاملين	198
04	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال نظافة البيئة الداخلية لعينة العاملين	198
05	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال التجهيزات الطبية لعينة العاملين	198
06	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال دور التدريب لعينة العاملين	198
07	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال خدمات الاستقبال والتوجيه لعينة المرضى	199

199	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال نظافة البيئة الداخلية لعينة المرضى	08
199	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال التجهيزات الطبية لعينة المرضى	09
199	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال دور التدريب لعينة المرضى	10
200	المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموع مجالات أداة الدراسة لعينتي العاملين والمرضى	11
200	نتائج اختبار(ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو جميع مجالات الدراسة الأربعة	12
200	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لمجموع مجالات أداة الدراسة لعينتي العاملين والمرضى حسب الجنس	13
201	نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو أبعاد الدراسة حسب الجنس	14
201	مقاييس النزعة المركزية والتشتت لمجموع مجالات أداة الدراسة لعينتي العاملين والمرضى حسب المستوى التعليمي	15
202	نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو أبعاد الدراسة حسب المستوى التعليمي	16

مقدمة

تواجه المنظمات الحكومية الخدمية جملة من التغيرات والتحديات الاقتصادية والديمغرافية والاجتماعية والتقنية والثقافية، مما يحتم على هذه المنظمات مواجهة هذه التحديات من خلال اتخاذ الترتيبات اللازمة الآخذة بمفاهيم الإدارة الحديثة التي تمكنها من تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية، وتبني إستراتيجيات ومداخل مختلفة ترفع من مستوى أداء الأجهزة الحكومية الخدمية من خلال التعامل الإيجابي مع التحديات والتحولت العالمية و المحلية وترشيد الإنفاق، وسرعة الإنجاز، وتبسيط الإجراءات، ذلك الأمر الذي يتناسب مع المدخل الشمولي للتطوير الإداري من خلال استغلال مواردها بكفاءة والتحسين المستمر لجودة خدماتها وزيادة رضا عملائها، وتواجه المنظمات الحكومية الخدمية والتي من بينها القطاعات الصحية في العديد من البلدان في الوقت الحاضر نقصا كبيرا على الموارد المخصصة لها، ومن ثم ينبغي على هذه المنظمات استغلال مواردها بكفاءة وفعالية لتلبية احتياجات المستفيدين المتغيرة والمتزايدة، ويقتضي الاستخدام الأمثل لهذه الموارد توافر البيانات الواضحة والدقيقة حول تدفق الموارد وأثرها في نوعية الخدمات الصحية وأدائها (ريز وباركر، 1995: 5).

ولقد احتلت المنظمات التي تقدم الخدمات المتنوعة للمجتمع وغيرها من المنظمات غير الصناعية أهمية كبيرة في الوقت الحاضر، باعتبارها نظم تضيف الكثير إلى الناتج القومي للمجتمعات. ويعتبر المستشفى أحد أشكال هذه المنظمات التي تهدف إلى إنتاج الخدمات الصحية لأفراد المجتمع كما ننظر إليها على أنها منظمة منتجة، حيث تقدم ما يمكن أن يطلق عليه في لغة إدارة الإنتاج، بالصيانة البشرية للموارد الإنسانية المتاحة والمتوقعة في المجتمع.

هذا واجتهد المديرون وعلماء الإدارة (ولاسيما المهتمين بإدارة الموارد البشرية) في البحث عن المحفزات التي تزيد من درجة الرضا العام، ثم انتقل هذا المفهوم إلى المؤسسات الخدمية بصورة رضا العملاء عن الخدمات المقدمة لهم، كالعلاء التجاريين وزبائن المصارف والمتاجر وشركات الطيران والفنادق، فضلاً عن رواد المستشفيات، وتنقسم الخدمات الصحية إلى نوعين:

- الخدمات الوقائية: وهي الخدمات التي تُقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من المرض كنظافة المعدات الطبية والغرف والغذاء والممرات ودورات المياه والأفرشة والأغطية...، حيث بينت دراسة (ياسر العدوان وأحمد عبد الحليم، 1997) التي هدفت إلى التعرف على أهم العوامل المرتبطة بتحقيق رضا المرضى المقيمين في المستشفيات الأردنية، وتوصلت أن الرضا يرتبط بعوامل كان من أهمها: نظافة المستشفى، ووجود تأمين صحي، واهتمام الطبيب في أثناء العلاج، ونوع المستشفى.

- الخدمات العلاجية: وهي الخدمات التي تُقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه، من خلال فحص المريض وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات العلاجية وتقديم الدواء والغذاء الملائمين لحالته، فضلاً عن حسن معاملته لمساعدته على استعادة صحته، حيث بينت دراسة (Talluru, 2003) أنّ المريض يتوقع خلال إقامته في المستشفى ثلاثة أمور هي: الراحة، والرعاية، والعلاج ومن ثم فإن هذه الدراسة حددت عوامل ممكنة تؤثر في مستوى رضا المرضى في المستشفى وهي:

- الموثوقية: وتعني قدرة المستشفى على أداء خدمات يتوقعها المرضى بإتقان ودقة.

- سرعة الاستجابة: وتعني رغبة العاملين في مساعدة المرضى، وتقديم الخدمة بسرعة عند الحاجة إليها.

- سلوك العاملين: وتعني أن يمتلك العاملون اللباقة في السلوك والتعامل اللائق الذي يساعد في منح

الثقة للمريض.

- الاهتمام: ويعني أن يبدي العاملون استعداداً واضحاً لإظهار التعاطف والاهتمام بالمرضى كل على

حدة.

- بنية المستشفى: وتعني مظهر المستشفى المادي، وكذلك التجهيزات والمعدات والمواد اللازمة

ووسائل الاتصال المتاحة وإظهارها بالشكل المطلوب.

إن المستفيد من الخدمات الصحية سواء كان مواطناً (مريضاً محتملاً)، أو كان شخصاً يعاني من

مشكلة حقيقية (مريضاً حقيقياً)، يعد مصدراً للمعلومات أو للحكم على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة

(فيما يتعلق بالخصائص الوقائية، العلاجية، التشخيصية والتنظيمية).

ومن هنا تتجلى قيمة الموضوع المطروح للبحث وهو الخدمات الصحية التي تعتبر مطلباً ملحاً، وموضوعاً عالمياً، وتحتل مكانة مركزية في المؤسسات الإستشفائية، فهي كحق من الحقوق المعترف بها، ومطلب أساسي لكل فرد ومجتمع، والانشغال بصونها، والارتقاء إلى أقصى حد ممكن بها يحظى في الآونة الأخيرة بأولوية كبيرة، حيث تنص المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في فقرتها الأولى أن "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته خاصة على صعيد العناية الطبية...، وله الحق في ما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض، أو العجز، أو الشيخوخة، أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته" (منصف مرزوقي، 2010).

وبناءً على ما جمعناه من تراث نظري قمنا بتقسيم الدراسة إلى فصل تمهيدي وهو الإطار العام للدراسة، وجانب نظري يتضمن خمسة فصول وجانب تطبيقي (منهجية الدراسة والإجراءات الميدانية)، إضافة إلى فصل عرض نتائج الدراسة وتفسيرها، وفصل الاستنتاجات والتوصيات.

الفصل الأول أو ما يعرف بالإطار العام للدراسة أو الخلفية النظرية، والذي يشتمل على الإشكالية، أسباب اختيار الموضوع، أهمية الموضوع النظرية والعملية، أهدافه، الدراسات السابقة، المفاهيم والمصطلحات، والجانب النظري تناولنا خمسة فصول، تضمن الفصل الأول خدمات الاستقبال والتوجيه، والفصل الثاني احتوى على نظافة البيئة الداخلية، وتضمن الفصل الثالث التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها، كما تطرقنا في الفصل الرابع إلى دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية، وخلصنا في الفصل الخامس إلى عرض مساهمات الأروغوميا في المستشفيات.

أما الجانب التطبيقي فتضمن الفصل السادس الذي اشتمل الخطوات المنهجية ممثلة في إجراءات الدراسة الميدانية ووصف لمجتمع وعينة الدراسة، وأداة الدراسة ومحاورها والخصائص السيكمترية لها (صدق الأداة وثباتها)، أما الفصل السابع فاشتمل على عرض نتائج الدراسة بالترتيب حسب فرضياتها ثم تحليل وتفسير نتائجها، والفصل الأخير الذي خصص للاستنتاجات التي ستتوصل إليها الدراسة، بالإضافة إلى التوصيات.

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

الإشكالية

الفرضية العامة

الفرضيات الجزئية

مببرات الدراسة

المببرات الذاتية

المببرات الموضوعية

أهمية البحث

أهداف الدراسة

المفاهيم والمصطلحات

الدراسات السابقة

الإشكالية:

تشكل مصلحة الاستعجال الطبي حجر الزاوية في المؤسسات الاستشفائية من حيث أهميتها ودورها في استقبال العدد الكبير من المرضى للحالات الطارئة في مختلف الأعمار، وبشكل دائم ومستمر، أربعة وعشرون ساعة يوميا، وطيلة أيام الأسبوع، بالرغم من ثبات عدد الموارد البشرية المكلفة بالتكفل الطبي لهذه الحالات، ونظرا لذلك تعاني هذه المصلحة من مشكلات متراكمة، سواء تعلق الأمر بالجانب البشري (الموارد البشرية)، أو بالجانب التنظيمي، وبحكم أن من مهامها استقبال وعلاج المرضى الذين يكونون في حالات طارئة تستدعي سرعة التكفل العلاجي بقبولهم على مستوى المصلحة، أو بتحويلهم إلى داخل أو خارج المستشفى ومع التدفق المستمر للمرضى، يصبح من الصعب التحكم في تسيير تدفقهم، خاصة مع تعدد حالاتهم المرضية وإصاباتهم الجسمية، فتكون المصلحة بذلك في وجه تحديات ومعوقات متعددة منها: تدهور مستوى خدمات الاستقبال والتوجيه، زيادة وقت الانتظار، بطء وعدم فعالية الإجراءات العلاجية وعدم ملاءمتها للحالات المرضية الطارئة، انعدام نظافة البيئة الداخلية للمصلحة مع تزايد عدد المرضى، كما أشارت إلى ذلك دراسة الحيدري (2001) التي هدفت إلى تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى، وتوصلت إلى أن هناك اتجاهات سلبية نحو سرعة إجراءات الاستقبال وتلقي العلاج، كفاءة وخبرة العاملين، نظافة المستشفى ومرافقه، كما رهن تومبسون (1983، Tompson) في دراسة أجراها بالمستشفيات على خمسة عوامل هي: العلاقات بين العاملين والمرضى، وقت الانتظار، إجراءات العلاج إجراءات الزيارة، الحاجات الروحية، واعتبرها معايير لتقييم أداء المستشفيات، ويتبين من هذه الدراسة مدى اعتبار رضا المرضى، وقت الانتظار والإجراءات العلاجية كمؤشرات موضوعية للتقييم، أما ريدنباك وآخرون (1990، Reidenbuck & others) فقد وظيفوا في دراستهم عشرة أبعاد تمّ تقليصها إلى سبعة هي: ثقة المريض، التعاطف مع المريض، جودة المعاملة والعلاج، وقت الانتظار، المظهر المادي، الخدمات الداعمة جوانب الأعمال الأخرى، وتعتبر محاور هذه الدراسات صورة من صور المعوقات المذكورة سابقا

كما أنّ غياب البرامج التدريبية للعاملين بالمصلحة ونقص عدد الموارد البشرية المؤهلة يفاقم وضعية المصلحة، ويرسخ الاتجاهات السلبية للمرضى نحو الخدمات الإستشفائية، حيث أشارت عدّة دراسات إلى أنّ نقص التكوين يعدّ عاملاً أساسياً من عوامل تدني الخدمات الطبية وتزايد المشكلات، من بينها دراسة الغامدي (2006) التي هدفت إلى تقييم أداء موظفي الاستقبال في المستشفيات، وتوصلت إلى وجود نقص في التخطيط في مكاتب الاستقبال التي يعملون بها، وعدم وجود تدريب يلبي احتياجات موظفي الاستقبال، كما أنّ التوصيات التي تضمنتها دراسة عطية (2011) التي هدفت إلى قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات، أكدت على ضرورة توفير دورات تدريبية للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين الخدمات الطبية المقدمة، وبناءً على ما ذكر آنفاً فإن إصلاح وضعية مصلحة الاستعجالات حتى تواكب التطورات والتحديات أصبح أولوية حكومية، إذ أكد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الجزائري (2014) في افتتاحه للملتقى الثاني حول الاستعجالات الطبية والجراحية والنظافة الإستشفائية على ضرورة ترشيد تسيير المؤسسات الصحية الإستشفائية وتحسين الخدمة العمومية وعمل المصالح الاستعجالية وكذا الإجراءات المتخذة من جانب ترقية النظافة الإستشفائية، ذلك أنّ المشكلات التي تواجهها هذه المصلحة ترتبط بعوامل متعددة منها عوامل تصميمية (التصميم الهندسي)، وعوامل مادية (مرتبطة بنوعية الأجهزة والوسائل الطبية، حداتها، فعاليتها، صيانتها)، لذلك فإنّ سياسة تسيير جديدة، وطريقة تنظيم فعالة، وتحليل قابلية استجابة المنظومة الإستشفائية للتزايد غير المتوقع للمرضى، هو من أهم التحديات التي تواجهها المصلحة بشكل دائم، ويعني هذا أنّه وفي خضمّ هذه التحديات فإنّ الاهتمام برضا المرضى لم يعد يعتبر من الأولويات إن لم نقل أنه غير مطروح أصلاً في الوقت الراهن، على طاولة الهيكل التنظيمي للمصلحة، ولا حتى على مستوى المؤسسات الإستشفائية، ذلك أنّ هذه المشكلات تتطلب مقاربة أكثر شمولية لتفعيل التعاون بين مختلف الفاعلين والشركاء في سلسلة النظام الصحي للوقوف عند واقع وتحديات مصلحة الاستعجالات الطبية التي من بينها: خدمات استقبال المرضى، طول وقت الانتظار، نظافة البيئة الداخلية، حالة التجهيزات الطبية، تكوين وتدريب العاملين، ووجهة نظر العاملين والمرضى نحوها، آليات تحسينها، وفي هذا السياق طرحت إشكالية الدراسة على النحو التالي:

- ما اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية في المستشفيات

العمومية؟

وتتدرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات

الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو نظافة

البيئة الداخلية في مصلحة الاستعجالات الطبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو

التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها في مصلحة الاستعجالات الطبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو دور

التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مفردات الدراسة تبعا لمحاور الدراسة تعزى للمتغيرات

الشخصية (الجنس، المستوى التعليمي)؟

الفرضية العامة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستجالات الطبية في المستشفيات العمومية.

الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستجالات الطبية .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو نظافة البيئة الداخلية لمصلحة الاستجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها في مصلحة الاستجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مفردات الدراسة تبعا لمحاور الدراسة تعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، المستوى التعليمي).

مبررات الدراسة

إن لكل بحث أو دراسة مبررات، ويأتي اختيار الموضوع محل الدراسة بناء على مبررين أساسيين هما:

* المبررات الذاتية:

بحكم دارستنا المتخصصة في مجال علم النفس العمل الأروغوميا والتي تهدف بالدرجة الأولى إلى تكيف بيئة العمل للفرد الموجود فيها، حاولنا أن نتناول الموضوع محل الدراسة باعتباره يرتبط بالمنظمات تدخل في مجال التخصص المذكور آنفا.

* المبررات الموضوعية:

تأتي هذه الدراسة كمحاولة لإبراز أهمية الصحة وأبعادها وانعكاساتها على مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية على الفرد والمجتمع وعليه سنتناول دارستنا هذه اعتبارا للمبررات التالية:

- المساهمة في معرفة بعض مواطن الضعف في تطبيق المعايير الأروغومية في المؤسسات الاستشفائية العمومية ووضع حلول عملية انطلاقا من مجال تخصصنا.

- إبراز مدى نجاح أو فشل سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة خلال الفترة المدروسة ومعرفة

الأسباب والمعوقات التي حالت دون الوصول إلى النتائج المرجوة.

- إلقاء الضوء على ظروف العمل التي تميز هذا المصلحة، ومدى تأثيرها على صحة الأفراد الذين يطلبون العلاج من ناحية والسلوك الطبي والشبه الطبي والإداريين والمهنيين من ناحية أخرى.
- سوء التسيير والتنظيم الذي يميز النظام الصحي في الجزائر من خلال بعض الزيارات التي قادتنا إلى بعض المؤسسات الاستشفائية العمومية، وعدم إيلاء الاهتمام الكافي للاستعجالات الطبية في المؤسسات الاستشفائية، والتهاون المسجل من طرف مستخدمي قطاع الصحة والمرضى على السواء.
- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع لما لها من تأثير على العنصر البشري والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.

أهمية البحث:

للاستعجالات الطبية أهمية كبيرة بالنسبة إلى المرضى، مما جعلها تأخذ حيزاً معتبراً من الدراسات والبحوث الميدانية، وكون هذا البحث يلقي الضوء على خدمات الاستعجالات الطبية من خلال استطلاع الآراء والانطباعات الشخصية للمستفيدين من هذه الخدمات في المستشفيات العمومية من جهة، وآراء العاملين بها من جهة أخرى، ويساعد إدارة هذه المستشفيات في استخدام مقياس كمي ملائم لقياس فاعلية الخدمات وتقييم جودتها من وجهة نظر المرضى، مما يتيح الاستفادة منه فيما بعد لتحسين تلك الخدمات، ومن ثم تحقيق تعاون بين المستفيدين والقائمين على هذه المستشفيات، ومنه تنبع أهمية الموضوع من الأمور التالية :

- أهمية مصلحة الاستعجالات الطبية في تقديم الرعاية الصحية للمرضى أمام تزايد الحوادث والإصابات وتنوعها.
- أهمية القطاع الصحي كونه يعتبر من أهم القطاعات الخدمية التي يتوجب العناية والاهتمام بها والمحافظة على جودة خدماتها.
- أهمية الإنسان نفسه كونه المحور الرئيسي في النظام الصحي، ومصدر الطلب على الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية.
- تنبع أهمية هذه الدراسة أيضاً من أهمية المهام والمسؤوليات المنوطة بالكوادر البشرية العاملة داخل المستشفيات خاصة الأطباء والممرضين.

أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة التي سيتم إجراؤها في المستشفى الجامعي مصطفى باشا فيما يلي:

- 1- التعرف على اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية في المستشفيات العمومية.
- 2- التعرف على اتجاهات العاملين والمرضى نحو نظافة البيئة الداخلية لمصلحة الاستعجالات الطبية في المستشفيات العمومية.
- 3- التعرف على اتجاهات العاملين والمرضى نحو التجهيزات الطبية لمصلحة الاستعجالات الطبية في المستشفيات العمومية.
- 4- التعرف على اتجاهات العاملين والمرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية في المستشفيات العمومية.
- 5- وضع بعض المقترحات والاستراتيجيات التي تساعد على تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية وتطوير المستشفيات مستقبلا.

المفاهيم والمصطلحات:

- يعرف الاتجاه على أنه " تنظيم نفسي مستقر للعمليات الإدراكية والمعرفية والوجدانية لدى الفرد ويساهم في تحديد الشكل النهائي للاستجابة الصادرة نحو الأشياء، الأشخاص والمسميات المعنوية، من حيث أن هذه الاستجابة بالقبول أو النفور (إبراهيم مذكور، 1995).
- العاملون: هم الأفراد المعينون بشكل رسمي، ويزاولون نشاطا داخل المنظمة الصحية، ونخص في هذه الدراسة الأطباء وعمال النظافة.
- المرضى: هم الأفراد الذين يعالجون في المستشفى في فترة إجراء الدراسة الميدانية، والذين تتجاوز مدة إقامتهم أكثر من أسبوع.
- الاستعجالات الطبية: هي وحدة تابعة للمركز الاستشفائي (المستشفى) تعمل في توقيت ملائم من طرف فريق متخصص ومدرب ومكرس لخدمة الآخرين، ومدعم بوسائل مناسبة وخاصة، والخدمات تتضمن الاستقبال- الفرز- التقويم- التثبيت- التحقيق- العلاج، وعند الاقتضاء توجيه الفرد إلى المصادر الأكثر تأهيلا والتي تتضمن متابعة العلاج وتواصله. (Marc Afilalo et autres, 2000: 21-24)
- الخدمة: تعرف الخدمة على أنها نشاط يتضمن عنصرا من عدم الملموسية المرتبطة به وهي نشاط يتضمن نوعا من التفاعل مع الزبائن أو مع الممتلكات التي هي في حوزتهم ولا ينتج عن هذا ويمكن حدوث

تغير في الظرف ويمكن ألا يكون النشاط نقل الملكية انتاج الخدمة مرتبطا بمنتوج مادي .
(Payne:1995:7).

أدبيات الدراسة (الدراسات السابقة):

1- دراسة حسان حريستاني ومحمد التركي (1984)، بعنوان انتظار المرضى في العيادات الخارجية لبعض المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض: واقعه وأسبابه، تهدف إلى التعرف على واقع معدلات انتظار المرضى في العيادات الخارجية في مستشفيات مدينة الرياض، من خلال حساب معدلات انتظار المرضى بكل عيادة، كما هدفت الدراسة إلى تحديد أهم الأسباب التي تؤدي إلى انتظار المرضى في العيادات الخارجية لمستشفيات مدينة الرياض (وذلك من وجهة نظر الأطباء العاملين في هذه العيادات، ومن وجهة نظر المراجعين والمترددن على هذه العيادات)، ثم تقديم الحلول الواجب اتباعها للتقليل من معدلات انتظار المرضى في العيادات الخارجية بمستشفيات مدينة الرياض.

وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي من خلال المسح الاجتماعي، وطبقت الدراسة على عينة عشوائية من بين المرضى الذكور المترددن على العيادات الخارجية في المستشفيات المختارة (مستشفى الرياض المركزي ممثلة لمستشفيات وزارة الصحة، ومستشفى الملك عبد العزيز الجامعي ممثلة للمستشفيات التعليمية)، كما طبقت الدراسة على جميع الأطباء العاملين في العيادات الخارجية بالمستشفيات المختارة، وقد توصلت الدراسة إلى أن طول انتظار المرضى في العيادات الخارجية يعود أساساً إلى الأسباب التالية:

- التزايد في حجم المرضى المنتفعين من خدمات العيادات الخارجية.
- عدم وجود نظام لتحديد المواعيد.
- قلة عدد العاملين في العيادات (أطباء وممرضين وفنيين) مقارنة بأعداد المرضى المتزايدة.
- سوء جدولة مواعيد المرضى بصورة تتناسب مع أوقات دوام العمل.
- تأخر المريض عن الموعد المحدد له من قبل العيادة.
- دخول حالات طارئة إلى الطبيب دون أي موعد مسبق.
- تأخر قدوم الأطباء إلى العمل لأسباب فنية أو بسبب إجازة الطبيب السنوية دون وجود بديل له.
- تقديم مواعيد المراجعة دون تحديد عدد معين يتناسب مع عدد العاملين.
- سوء تخطيط هذه العيادات وعدم إجراء دراسات للتعرف على حجم المنتفعين واحتياجاتهم الصحية.

2- دراسة إيفارسون وآخرون (Evarson & al, 1991)، بعنوان دراسات حول رضا المرضى في إيرلندا الشمالية، حيث بينت أن عددا كبيرا من المرضى الذين يشكلون أفراد العينة والبالغ عددهم 300 فردا يرون أن وجود الخدمات الصحية تسير في الواقع نحو الاضمحلال والضعف رغم ما يعلن من تحسينات فيها، فيما ترى الأقلية منهم وجود تحسينات حقيقية في مستوى الخدمات الصحية، وقد أظهرت الدراسة وجود تزايد في العناية الصحية المقدمة للمرضى، إلا أن ذلك يصاحبه تزايد في أعداد المرضى مع ثبات عدد أفراد الكوادر الطبية أو تناقصها وذلك حسب رأي إدارات هذه المستشفيات في سبيل تحقيق زيادة في الكفاءة والإنتاجية.

3- دراسة طعمانة والحراشة (1995) بعنوان أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيد من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق في شمال الأردن، وقد أظهرت الدراسة وجود انطباعات سلبية من النواحي التالية: مدى توافر وسائل الراحة في قاعات الانتظار والنظافة بشكل عام، مدى توافر الأدوية، مدة المشورة بين الطبيب والمريض وتوفر الطعام، كذلك تبين وجود انطباعات سلبية لدى أفراد العينة نحو المشاركة في برامج الرعاية الصحية وخدمات الرعاية الصحية المقدمة خارج المراكز الصحية، في حين تبين وجود اتجاه إيجابي نحو مجال نظم إجراءات العمل ونحو تعامل الطبيب وجهاز التمريض مع المستفيدين.

4- دراسة سيد محمد جاد الرب (1996)، بعنوان إدارة المنظمات الصحية والطبية- منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، وأظهرت هذه الدراسة ميدانياً أن هناك أولويات لأهداف المستشفى وكانت نتيجة الدراسة كما يلي:

- تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية 90%.
- استخدام أحدث الأجهزة 85%.
- الاهتمام بالصحة العامة 75%.
- علاج المرضى 75%.
- نشر الوعي الصحي 75%.
- استقبال الحوادث والطوارئ 70%.
- تطوير الخدمات 65%.
- تدريب العاملين 55%.
- مكافحة تلوث وأمراض البيئة 40%.

5- دراسة العدوان وعبد الحليم (1997) بعنوان العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى في المستشفيات الأردنية، وشملت الدراسة 800 مريضاً من المقيمين في المستشفيات الحكومية والخاصة والبالغ عددها 62 مستشفى، وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط بين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية ومدى اهتمام الطبيب أثناء المعالجة وفترة الانتظار ومعاملة موظفي المستشفى للمرضى، وبيّنت الدراسة بأن عاملي نظافة المستشفى ونوع المستشفى كان لهما الأثر الأكبر في تحقيق الرضا لدى أفراد العينة، كما أظهرت الدراسة تباين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة بين المحافظات حسب نوع المستشفى، إذ كان مستوى الرضا متقارباً لكلا النوعين من المستشفيات في محافظة عمان فقط، وكان الرضا أعلى بدرجة ملحوظة في باقي المحافظات بالنسبة للمستشفيات الخاصة عنها في الحكومية.

6- دراسة تنجيلومقلي (1999) بعنوان: رضا المرضى عن الخدمات الطبية في المستشفيات التركية العامة والخاصة، حيث قام بإجراء دراسة على المرضى في غرف التنويم في خمسة مستشفيات عامة ومستشفين خاصين، وتبين في هذه الدراسة أن هناك بعض الفروق الجوهرية بين هذه المستشفيات وفقاً للتالي:

- تفوقت المستشفيات العامة على نظيرتها الخاصة في درجة رضا المرضى عن تعاون الأطباء واتجاهاتهم الايجابية، وخدمة التدبير المنزلي، وتعاون جهاز الشؤون الإدارية والخدمات المساندة.
- ومن جانب آخر، سجلت المستشفيات الخاصة متوسطات أعلى من المستشفيات العامة عن رضا المرضى عن مهارة وخبرة وسلوك وتدريب جهاز التمريض، تعاون جهاز الاستقبال، وتعاون الجهاز الخاص بالتشخيص، (مثل الأشعة...الخ).

7- دراسة الشلبي (1999) بعنوان مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها، هدفت هذه الدراسة إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين بالمستشفيات الحكومية الأردنية في مراكز المحافظات وذلك للتعرف على الاتجاهات التقييمية المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي في الأردن سواء كانت متعلقة بالمباني ذاتها أو الكوادر البشرية أو التجهيزات الطبية وغير الطبية أو العلاجات والأدوية أو الإجراءات الإدارية، وتوصلت الدراسة إلى أن ملاءمة مواقع مباني المستشفيات الحكومية الأردنية وتجهيزاتها في مراكز المحافظات كان متوسطاً، وعدم وجود أداة لسياسة تنسيقية للمعلومات حال دون إيجاد صنع سياسة فعّالة عبر ترتيبات التمويل وإيصال الخدمة.

8- دراسة حيدر (2001)، بعنوان تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة تحليلية لآراء واتجاهات المرضى الراقدين في مستشفى الكندي التعليمي في بغداد، هدفت الدراسة إلى قياس رضا المرضى الراقدين، وتحديد العوامل الأكثر أهمية في المسؤولية عن تحقيقه وأثر العوامل الديمغرافية في تباين مستوياته عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة، وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك اتجاهات إيجابية في تحسين مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى الراقدين عن كفاية إدارة المستشفى ومستوى الأسعار والأجور ونظافة المستشفى ومرافقها وإجراءات تنظيم زيارة عائلهم، وسرعة إجراءات الاستقبال وتلقي العلاج، وكفاءة خبرة الطبيب المعالج والعاملين، وحسب معاملتهم وتمتعهم بالراحة والهدوء، وقد أوصت الدراسة بضرورة اهتمام إدارة المستشفى بجوانب الخدمة الصحية منها الأخلاق التي قد تتسبب في ضعف أداء الخدمة وتكاملها، وكذلك المراجعة الدورية لمستويات الأسعار وأجور العلاج والاهتمام بنوعية الطعام وتسريع إجراءات الدخول.

9- دراسة عبد الحليم ومرعي (2001) بعنوان مستوى الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية، هدفت الدراسة إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية الأردنية في مراكز المحافظات المنتشرة في أرجاء المملكة وذلك في سبيل الوقوف على الاتجاهات التقييمية المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحية في القطاع الحكومي الصحي في الأردن سواء كانت متعلقة بالمباني ذاتها والكوادر البشرية، والتجهيزات الطبية وغير الطبية، والعلاجات، والأدوية والإجراءات الإدارية، وقد توصلت الدراسة إلى وجود تباين في آراء أفراد عينة الدراسة تعزى إلى العوامل الديمغرافية لهم، إلى وجود تباين مهم في المستويات المبحوثة تعزى إلى موقع المستشفى وحجمه من جهة وإلى كونه تعليمياً وتخصصياً أو غير تخصصي من جهة أخرى.

10- دراسة العتيبي (2002) بعنوان مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرفة التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت، هدفت الدراسة إلى مقارنة جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات العامة والخاصة للمرضى في غرفة التنويم، تكونت عينة الدراسة من (400) مريض ومريضة تمت مقارنة (200) منهم في خمسة مستشفيات عامة و(200) الآخرين في أربعة مستشفيات خاصة، توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الرضى عن جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات الخاصة (91.8%) أكبر من نسبة الراضين عن جودة الخدمة في المستشفيات العامة (3.8%)، كما وجدت الدراسة فروقا دالة إحصائية في مستويات الرضا عن أبعاد جودة الخدمة الصحية (الأطباء، الممرضات، الخدمات المعاونة) بين المستشفيات الخاصة، وأخيراً تمثلت أهم محددات جودة الخدمة الصحية

في المستشفيات العامة في الخدمات المعاونة والمرضات والأطباء في اقتصار هذه المحددات على متغيرين هما الخدمات المعاونة والمرضات في قطاع المستشفيات الخاصة.

11- دراسة مختار (2003) بعنوان دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة

تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة الفعلية بمستشفى الملك فهد العام من جهة، كما هدفت إلى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة الفعلية وجودة الخدمة الطبية المتوقعة، وتم اتباع المنهج الوصفي المقارن في إعداد البحث، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

1-توجد فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة

الفعلية وجودة الخدمة الطبية المتوقعة في كافة المتغيرات ماعدا متغير (المعلومات والاتصالات وتقنياتها).

2-لا توجد فروق جوهرية بين كل من اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة

المقدمة الفعلية في كافة المتغيرات ماعدا متغير (المعلومات والاتصالات وتقنياتها) ومتغير (المبنى وتجهيزاته والتسهيلات).

3-لا تختلف اتجاهات رؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة الفعلية باختلاف خصائصهم

الديمغرافية، بينما بالنسبة لاتجاهات المرضى المقيمين وجد اختلاف وفقاً لخصائص أو متغيرات العمر والمؤهل الدراسي.

12-دراسة المعموري (2006)، بعنوان: واقع إدارة أقسام الطوارئ في مستشفيات دائرة صحة بغداد

الرصافة وآفاق التطوير.

انصب هدف البحث على دراسة واقع عمل أقسام الطوارئ ، وتقويمه في إطار إعداد الخطط المتكاملة

لعملها، وتحليل مدى وجود اختلاف في أقسام الطوارئ بالمستشفيات المختارة لعينة البحث، وهي كل من

الكندي التعليمي، العلوية للولادة، أطفال العلوية، وابن النفيس للأمراض القلبية وأمراض الأوعية الدموية،

وهدف البحث إلى التوصل إلى أساليب محددة في إدارة قسم الطوارئ، وتنظيم العمل فيه تستمد قواعدها

الأساسية من علم الإدارة والواقع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي تعمل فيه المستشفيات، وتوصل

البحث إلى أن نقاط الضعف في عمل أقسام الطوارئ أكثر من نقاط القوة، فضلا عن اعتماد أقسام الطوارئ

في المستشفيات العراقية طريقة المحاولة والخطأ في عملها ، وأن توجيه العمل بإجراءات وبرامج الطوارئ

والحوادث لم يكن مركزيا ورسميا، فضلا عن عدم وجود إدارة طوارئ طبية مركزية على مستوى الوزارة ودوائر

الصحة، كما لم تتعامل وزارة الصحة ودوائر صحة بغداد الرصافة مع نظام الطوارئ بشكل علمي ينسجم مع المعايير الدولية.

13-دراسة مصلح عطية (2011) بعنوان قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العامة في مدينة قلقيلية، هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العامة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعاً لمتغيرات الدراسة.

أظهرت النتائج أن استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمة الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة وعلى الدرجة الكلية، ووجد فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية قوة الاستجابة، الأمان والثقة والتعاطف تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات كان من ضمنها العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة وتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين الخدمات الطبية المقدمة.

14-دراسة الحسيني (2012)، بعنوان: **تقييم مشكلات وآفاق تطوير شعب الطوارئ في المستشفيات.**

يهدف هذا البحث إلى تحليل واقع الحال للوقوف على أهم المعوقات والسلبيات، وإيجاز الأسباب اللازمة للنهوض بواقع الخدمات الصحية والرعاية الطبية نحو الأفضل، من خلال السيطرة على العبء الإداري المتزايد على إدارة المنظمات الصحية. وتتجسد أهميته في تقويم استعداد الإدارة الصحية في محافظة بابل والمستشفيات التابعة لها في إيجاد أنسب الأساليب لتخطيط الخدمة الصحية في شعب الطوارئ والتصدي للظروف البيئية الخارجية، مثل مشكلات الارهاب والحوادث أو بعض الأمراض التي قد تظهر وتشكل تحديات للوضع الصحي والمناسبات الدينية الكبيرة، وتوصل البحث إلى عدم كفاية الردهات والأسرة التي تستوعب المراجعين إلى المستشفيات في الحالات الطارئة، إذ أن السعة السريرية لا تتناسب وحجم السكان ، وعدم توافر اختصاص طب الطوارئ في الردهات.

وقد وضع الباحث جدولاً يوضح فيه الدراسات السابقة والنتائج التي خلصت إليها:

جدول رقم (01) يوضح الدراسات السابقة والنتائج التي خلصت إليها

م	الباحث	موضوع البحث	نتائج البحث
1	دراسة حسان حرساني ومحمد التركي (1984).	انتظار المرضى في العيادات الخارجية لبعض المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض: واقعه وأسبابه	تهدف إلى التعرف على واقع معدلات انتظار المرضى في العيادات الخارجية في مستشفيات مدينة الرياض، وتوصلت الدراسة إلى أن طول انتظار المرضى في العيادات الخارجية يعود أساساً إلى الأسباب التالية: - التزايد في حجم المرضى المنتفعين من خدمات العيادات الخارجية. - عدم وجود نظام لتحديد المواعيد. - قلة عدد العاملين في العيادات (أطباء وممرضين وفنيين) مقارنة بأعداد المرضى المتزايدة. - سوء جدولة مواعيد المرضى بصورة تتناسب مع أوقات دوام العمل. - تأخر المريض عن الموعد المحدد له من قبل العيادة. - دخول حالات طارئة إلى الطبيب دون أي موعد مسبق. - تأخر قدوم الأطباء إلى العمل لأسباب فنية أو بسبب إجازة الطبيب السنوية دون وجود بديل له. - تقديم مواعيد المراجعة دون تحديد عدد معين يتناسب مع عدد العاملين. - سوء تخطيط هذه العيادات وعدم إجراء دراسات للتعرف على حجم المنتفعين واحتياجاتهم الصحية
2	دراسة إيفاسون وآخرون (Evason et al,) (1991)	دراسات حول رضا المرضى في إيرلندا الشمالية	حيث بينت أن عددا كبيرا من المرضى الذين يشكلون أفراد العينة والبالغ عددهم 300 فردا يرون أن وجود الخدمات الصحية تسير في الواقع نحو الاضمحلال والضعف رغم ما يعلن من تحسينات فيها، فيما ترى الأقلية منهم وجود تحسينات حقيقية في مستوى الخدمات الصحية، وقد أظهرت الدراسة وجود تزايد في العناية الصحية المقدمة للمرضى، إلا أن ذلك يصاحبه تزايد في أعداد المرضى مع ثبات عدد أفراد الكوادر الطبية أو تناقصها وذلك حسب رأي إدارات هذه المستشفيات في سبيل تحقيق زيادة في الكفاءة والإنتاجية.
3	دراسة طعامنة والحراشة (1995)	أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيد من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق في شمال الأردن	هدفت إلى التعرف على أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيد من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق في شمال الأردن ، وقد أظهرت الدراسة وجود انطباعات سلبية من النواحي التالية: مدى توافر وسائل الراحة في قاعات الانتظار والنظافة بشكل عام، مدى توافر الأدوية، مدة المشورة بين الطبيب والمريض وتوفر الطعام، كذلك تبين وجود انطباعات سلبية لدى أفراد العينة نحو المشاركة في برامج الرعاية الصحية وخدمات الرعاية الصحية المقدمة خارج المراكز الصحية، في حين تبين وجود اتجاه إيجابي نحو مجال نظم إجراءات العمل ونحو تعامل الطبيب وجهاز التمريض مع المستفيدين.
4	دراسة سيد محمد جاد الرب	إدارة المنظمات الصحية والطبية-	هدفت إلى التعرف على إدارة المنظمات الصحية والطبية في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة،

<p>وأظهرت هذه الدراسة ميدانياً أن هناك أولويات لأهداف المستشفى وكانت نتيجة الدراسة كما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية 90%. - استخدام أحدث الأجهزة 85%. - الاهتمام بالصحة العامة 75%. - علاج المرضى 75%. - نشر الوعي الصحي 75%. - استقبال الحوادث والطوارئ 70%. - تطوير الخدمات 65%. - تدريب العاملين 55%. - مكافحة تلوث وأمراض البيئة 40%. 	<p>منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة</p>	<p>(1996)</p>	
<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى في المستشفيات الأردنية، وشملت الدراسة 800 مريضاً من المقيمين في المستشفيات الحكومية والخاصة والبالغ عددها 62 مستشفى، وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط بين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية ومدى اهتمام الطبيب أثناء المعالجة وفترة الانتظار ومعاملة موظفي المستشفى للمرضى، وبيّنت الدراسة بأن عاملي نظافة المستشفى ونوع المستشفى كان لهما الأثر الأكبر في تحقيق الرضا لدى أفراد العينة، كما أظهرت الدراسة تباين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة بين المحافظات حسب نوع المستشفى، إذ كان مستوى الرضا متقارباً لكلا النوعين من المستشفيات في محافظة عمان فقط، وكان الرضا أعلى بدرجة ملحوظة في باقي المحافظات بالنسبة للمستشفيات الخاصة عنها في الحكومية.</p>	<p>العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى في المستشفيات الأردنية</p>	<p>دراسة العدوان وعبد الحليم (1997)</p>	<p>5</p>
<p>هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على رضا المرضى في غرف التنويم في خمسة مستشفيات عامة ومستشفين خاصين.</p> <p>وتوصلت الدراسة إلى أن هناك بعض الفروق الجوهرية بين هذه المستشفيات وفقاً للتالي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تفوقت المستشفيات العامة على نظيرتها الخاصة في درجة رضا المرضى عن تعاون الأطباء واتجاهاتهم الايجابية، وخدمة التدبير المنزلي، وتعاون جهاز الشؤون الإدارية والخدمات المساندة. - ومن جانب آخر، سجلت المستشفيات الخاصة متوسطات أعلى من المستشفيات العامة عن رضا المرضى عن مهارة وخبرة وسلوك وتدريب جهاز التمريض، تعاون جهاز الاستقبال، وتعاون الجهاز الخاص بالتشخيص، (مثل الأشعة...الخ). 	<p>رضا المرضى عن الخدمات الطبية في المستشفيات التركية العامة والخاصة</p>	<p>دراسة تجيلومغلي (tengilimoglu, 1999)</p>	<p>6</p>
<p>هدفت هذه الدراسة إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين بالمستشفيات الحكومية الأردنية في مراكز المحافظات وذلك للتعرف على الاتجاهات التقييمية المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي في الأردن سواء كانت متعلقة بالمباني ذاتها أو الكوادر البشرية أو التجهيزات الطبية وغير الطبية أو العلاجات والأدوية أو الإجراءات الإدارية، وتوصلت الدراسة إلى أن ملاءمة مواقع</p>	<p>مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية دراسة تقييمية</p>	<p>دراسة الشلبي (1999)</p>	<p>7</p>

		من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها	مباني المستشفيات الحكومية الأردنية وتجهيزاتها في مراكز المحافظات كان متوسطاً، وعدم وجود أداة لسياسة تنسيقية للمعلومات حال دون إيجاد صنع سياسة فعّالة عبر ترتيبات التمويل وإيصال الخدمة.
8	دراسة حيدر (2001)	تقويم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة تحليلية لآراء واتجاهات المرضى الراقدين في مستشفى الكندي التعليمي في بغداد	هدفت الدراسة إلى قياس رضا المرضى الراقدين، وتحديد العوامل الأكثر أهمية في المسؤولية عن تحقيقه وأثر العوامل الديمغرافية في تباين مستوياته عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة، وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك اتجاهاً إيجابياً في تحسين مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى الراقدين عن كفاية إدارة المستشفى ومستوى الأسعار والأجور ونظافة المستشفى ومرافقها وإجراءات تنظيم زيارة عوائلهم، وسرعة إجراءات الاستقبال وتلقي العلاج، وكفاءة خبرة الطبيب المعالج والعاملين، وحسب معاملتهم وتمتعهم بالراحة والهدوء، وقد أوصت الدراسة بضرورة اهتمام إدارة المستشفى بجوانب الخدمة الصحية منها الأخلاق التي قد تتسبب في ضعف أداء الخدمة وتكاملها، وكذلك المراجعة الدورية لمستويات الأسعار وأجور العلاج والاهتمام بنوعية الطعام وتسريع إجراءات الدخول.
9	دراسة عبد الحليم ومرعي (2001)	مستوى الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية	هدفت الدراسة إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية الأردنية في مراكز المحافظات المنتشرة في أرجاء المملكة وذلك في سبيل الوقوف على الاتجاهات التقييمية المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحية في القطاع الحكومي الصحي في الأردن سواء كانت متعلقة بالمباني ذاتها والكوادر البشرية، والتجهيزات الطبية وغير الطبية، والعلاجات، والأدوية والإجراءات الإدارية، وقد توصلت الدراسة إلى وجود تباين في آراء أفراد عينة الدراسة تعزى إلى العوامل الديمغرافية لهم، إلى وجود تباين مهم في المستويات المبحوثة تعزى إلى موقع المستشفى وحجمه من جهة وإلى كونه تعليمياً وتخصصياً أو غير تخصصي من جهة أخرى.
10	دراسة العتيبي (2002)	مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرفة التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت	هدفت الدراسة إلى مقارنة جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات العامة والخاصة للمرضى في غرفة التنويم، تكونت عينة الدراسة من (400) مريض ومريضة تمت مقارنة (200) منهم في خمسة مستشفيات عامة و(200) الآخرين في أربعة مستشفيات خاصة، توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الرضى عن جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات الخاصة (91.8%) أكبر من نسبة الراضين عن جودة الخدمة في المستشفيات العامة (3.8%)، كما وجدت الدراسة فروقا دالة إحصائية في مستويات الرضا عن أبعاد جودة الخدمة الصحية (الأطباء، الممرضات، الخدمات المعاونة) بين المستشفيات الخاصة، وأخيراً تمثلت أهم محددات جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العامة في الخدمات المعاونة والممرضات والأطباء في اقتصار هذه المحددات على متغيرين هما الخدمات المعاونة للممرضات في قطاع المستشفيات الخاصة.
11	دراسة مختار (2003)	دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة	هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة الفعلية بمستشفى الملك فهد العام من جهة، كما هدفت إلى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة الفعلية وجودة الخدمة الطبية المتوقعة، وتم اتباع المنهج الوصفي المقارن في إعداد البحث، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: 1- توجد فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة الفعلية وجودة الخدمة الطبية المتوقعة في كافة المتغيرات ماعدا متغير(المعلومات والاتصالات وتقنياتها). 2- لا توجد فروق جوهرية بين كل من اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة

<p>الخدمة المقدمة الفعلية في كافة المتغيرات ماعدا متغير (المعلومات والاتصالات وتقنياتها) ومتغير (المبنى وتجهيزاته والتسهيلات).</p> <p>3- لا تختلف اتجاهات رؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة الفعلية باختلاف خصائصهم الديمغرافية، بينما بالنسبة لاتجاهات المرضى المقيمين وجد اختلاف وفقاً لخصائص أو متغيرات العمر والمؤهل الدراسي.</p>			
<p>هدفت هذه الدراسة إلى التوصل إلى أساليب محددة في إدارة قسم الطوارئ، وتنظيم العمل فيه تستمد قواعدها الأساسية من علم الإدارة والواقع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي تعمل فيه المستشفيات.</p> <p>وتوصلت الدراسة إلى أن نقاط الضعف في عمل أقسام الطوارئ أكثر من نقاط القوة، فضلاً عن اعتماد أقسام الطوارئ في المستشفيات العراقية طريقة المحاولة والخطأ في عملها، وأن توجيه العمل بإجراءات وبرامج الطوارئ والحوادث لم يكن مركزياً ورسمياً، فضلاً عن عدم وجود إدارة طوارئ طبية مركزية على مستوى الوزارة ودوائر الصحة، كما لم تتعامل وزارة الصحة ودوائر صحة بغداد الرصافة مع نظام الطوارئ بشكل علمي ينسجم مع المعايير الدولية.</p>	<p>واقع إدارة أقسام الطوارئ في مستشفيات دائرة صحة بغداد الرصافة وآفاق التطوير.</p>	<p>دراسة المعموري (2006)</p>	<p>12</p>
<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العامة في مدينة قفيلية، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعاً لمتغيرات الدراسة.</p> <p>أظهرت النتائج أن استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمة الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة وعلى الدرجة الكلية، ووجد فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية قوة الاستجابة، الأمان والثقة والتعاطف تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات كان من ضمنها العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة وتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين الخدمات الطبية المقدمة.</p>	<p>قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العامة في مدينة قفيلية</p>	<p>دراسة مصلح عطية (2011)</p>	<p>13</p>
<p>هدفت هذه الدراسة إلى تحليل واقع الحال للوقوف على أهم المعوقات والسلبات، وإيجاد الأسباب اللازمة للنهوض بواقع الخدمات الصحية والرعاية الطبية نحو الأفضل، من خلال السيطرة على العبء الإداري المتزايد على إدارة المنظمات الصحية.</p> <p>وتوصلت الدراسة إلى عدم كفاية الردهات والأسرة التي تستوعب المراجعين إلى المستشفيات في الحالات الطارئة، إذ أن السعة السريرية لا تتناسب وحجم السكان، وعدم توافر اختصاص طب الطوارئ في الردهات.</p>	<p>تقييم مشكلات وآفاق تطوير شعب الطوارئ في المستشفيات</p>	<p>دراسة الحسيني (2012)</p>	<p>14</p>

مناقشة الدراسات السابقة ومجالات الإفادة منها

من خلال عرض الدراسات السابقة آنفاً، فضلاً عن الأدبيات الأخرى التي اطلعنا عليها والتعرف على الكثير من الأسس النظرية والعملية التي ساعدته في بلورة منهجية البحث، ووضع أسس الجانب النظري والعملية، وأن هذه الدراسات تعددت أهدافها وتساؤلاتها ومحاورها ونتائجها، ونظراً لما لهذا الموضوع من تأثير كبير على أهداف المستشفي، يمكن إيجازها بما يأتي:

1- يتفق البحث الحالي مع غالبية الدراسات السابقة في استعمال منهج البحث وهو المنهج الوصفي كما يتفق من حيث استعمال أداة البحث لجمع المعلومات، وهي الاستبانة، فضلاً عن المقابلات الشخصية المهمة.

2- أما فيما يتعلق بمجالات الإفادة من الدراسات السابقة، إذ تشكل تلك الدراسات دعامة أساسية من دعائم المنهج العلمي، وعنصر رئيس من عناصر البحث الناضج والمتكامل، فقد أفاد الباحث من تلك الدراسات في إثراء الجانب النظري للبحث، وأكسبه التراكم العلمي والمعرفي الحديث مزيداً من الفهم لتحديد مشكلة دراسته تحديداً منهجياً، مما يلغي الغموض والتكرار، ويكسبه الأهمية العلمية والمنهجية اللاتقة والمفيدة.

3- وأفاد الباحث من خلال اطلاعه على تلك الدراسات في بناء أداة البحث اللازمة لجمع المعلومات والبيانات والإفادة من المقاييس والعبارات التي تم تطبيقها، والتعرف على الأساليب الإحصائية وتفسير النتائج التي أسفرت عنها دراسته بشكل علمي ودقيق.

الجانب النظري

الفصل الأول: خدمات الاستقبال والتوجيه

الفصل الثاني: نظافة البيئة الداخلية

الفصل الثالث: التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها

الفصل الرابع: دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة

الاستعجالات الطبية

الفصل الخامس: مساهمات الأرغنوميا في المستشفيات

الفصل الأول: خدمات الاستقبال والتوجيه

تمهيد

1-الخدمات الصحية

2-فجوات مطابقة الخدمات الصحية

3-الاستقبال والتوجيه

3-1-تنظيم التدفق في مصلحة الاستعجالات

3-2-الإجراءات التنظيمية للاستقبال

3-3-منطقة الاستقبال

3-4-تصميم منطقة الاستقبال

3-5-منطقة الاستقبال والفرز(التصنيف)

3-6-مهام عامة

4-الفرز (tri)

4-1-معايير استعمال الفرز

4-2-الفرز وقرار مكان العلاج الملائم لحاجة المريض (مفاهيم

وأهداف)

4-3-طريقة تحضير شبكة الفرز

5-خلاصة جزئية

تمهيد:

تعتبر خدمات الاستقبال والتوجيه من أهم الخدمات التي يتم تقديمها للمرضى من طرف ممرضى الاستقبال وعلى أساسها يتحدد مدى رضاهم عن الخدمات الكلية للمصلحة، وقد أدخلت العديد من التقنيات فيما يتعلق بهذه الخدمة في البلدان المتقدمة منها: الفرز، التصنيف وفق نماذج ذات معايير عالمية.

1-الخدمات الصحية:

لقد عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق للخدمات على أنها: "منتجات غير ملموسة أو على الأقل هي كذلك إلى حد كبير، فإذا كانت غير ملموسة بشكل كامل فإنه يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستعمل، ولا يتم نقلها أو تخزينها، وهي تقنى بسرعة" (حداد وسويدان، 1998: 250).

وتتميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات بمجموعة من الخصائص نختصرها فيما يلي:

- أنها ذات منفعة عامة، حيث يستفيد منها الأفراد والمنظمات والهيئات.
- تتأثر بالنصوص التشريعية والتنظيمية التي تقرها الدولة سواء من حيث المنهج أو من حيث المضمون أو الوسيلة.
- تصف بالتنوع لأنها ذات صلة بحياة الإنسان وشفائه، لذلك وجب أن تكون معايير تقييم الأداء عالية
- صعوبة ضبط معايير دقيقة لقياس كفاءة الخدمة الصحية لأن من خصائصها عدم الملموسية. (البكري، 2005: 59).

2-فجوات مطابقة الخدمات الصحية:

إن من خصائص الخدمة الصحية كما ذكرنا أنفا هي النوعية، ووجود اختلاف في الاتجاهات والآراء حولها يعني انخفاضا في مستوى الخدمات في المؤسسات الصحية، ومن بين هذه الفجوات (البكري، 2005: 215-216):

2-1-الفجوة الأولى:

تظهر نتيجة وجود فروق ذات دلالة بين ما يتوقعه المستفيد من الخدمة وبين ما تدرجه إدارة المنظمة حول هذه التوقعات، وتتبع الفجوة من عدم معرفة الإدارة لاحتياجات المرضى ورغباتهم

2-2- الفجوة الثانية:

وتكون نتيجة وجود فرق ذات دلالة بين ما تدركه إدارة المنظمة الصحية لمواصفات الخدمة المقدمة للزبون، وبين توقعات الخدمة الفعلية المقدمة للزبون، ويعود ذلك لعدم قدرة المنظمة على ترجمة هذه التوقعات بسبب عوامل مادية ترتبط بموارد المنظمة، أو عوامل تنظيمية.

2-3- الفجوة الثالثة:

وتعني وجود اختلاف بين ما تدركه المنظمة وبين مواصفات الخدمة كما هي في الواقع، ويرتبط بتدني مستوى الأداء والمهارات المتعلقة بأعوان الصحة، أو ترتبط بعوامل نفسية

2-4- الفجوة الرابعة:

تدل على وجود اختلاف بين ما يتم تقديمه من خدمات للمستفيدين، وبين ما هو مصرح به، ويعني ذلك فقدان الثقة والمصادقية في طاقم المنظمة الصحية.

2-5- الفجوة الخامسة:

تتجلى في الاختلاف بين ما يدركه المرضى حول نوعية الخدمة الصحية وبين ما كانوا يتوقعونه، وينتج عنه عدم الرضا وكثرة الشكاوى.

3- الاستقبال والتوجيه:

لضمان أحسن سيولة في مرور المرضى، وحتى لا تعجّ المصلحة بهم، وتجنب الانتظار الطويل للمرضى، يكون من المهم إيلاء أهمية كبيرة لمنطقة الاستقبال والتوجيه وتعد خدمة الاستقبال والتوجيه في المستشفيات عامّة وفي مصلحة الاستعجال الطبي خاصة أول جهاز مسؤول عن استقبال المرضى ومن ثمّ توجيههم إلى الأقسام والمصالح الطبية التي تتلاءم مع الحالة التي يعاني منها هؤلاء المرضى، وهذا ما يعرف في لغة الطب بتصنيف الحالات المرضية أو فرزها حسب درجة الخطورة (حالات حوادث المرور، حالات القصور الكلوي الحاد، حالات ارتفاع السكر في الدم، التسممات الغذائية، الجلطات الدموية، ...)، وحالة المريض (حالة عادية، حالة مرض مزمن، حالة استعجالية، ...)، ويرتبط أداء أعوان الاستقبال بعوامل ترتبط بهم أنفسهم (عوامل بشرية) التي تتبع من خصائص الأفراد كالعوامل الذهنية، والاجتماعية، والعاطفية، والخبرة العلمية السابقة، والتعليم والتدريب حيث أوضح عبد الباقي (2000: 362) الدلائل التي يمكن اعتبارها مؤشرات لوجود احتياجات تكوينية للعاملين بالمؤسسات الاستشفائية، وقد ترتبط ببيئة العمل (عوامل تنظيمية) وهي جميع العوامل التي تتعلق بجوانب العمل كالمشرف والزملاء، وتقويم المكافأة، وتقويم العمل، والهيك

التنظيمي، وسياسات المنظمة وغيرها (العديلي، 1995)، أما (السلمي، 1998) فقد صنف العوامل التي تؤثر على أعوان الخدمات إلى عوامل فنية (التقدم التكنولوجي، نوعية التجهيزات المستخدمة، طرق العمل وأساليبه)، وأخرى بشرية (المعرفة، التعليم، الخبرة، التدريب، عوامل تؤثر على الرغبة في العمل من إرضاء لحاجات الإنسان العامل وما يتطلبه من وراء العمل).

وتتجلى هذه العوامل في الدراسة التي قام بها (حريستاني و التركي، 1985) والتي هدفت إلى التعرف على واقع معدلات انتظار المرضى في العيادات الخارجية في مستشفيات مدينة الرياض، من خلال حساب معدلات الانتظار بكل عيادة، كما هدفت إلى تحديد أهم الأسباب التي تؤدي إلى انتظار المرضى في العيادات الخارجية لمستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر الأطباء العاملين في هذه العيادات والمراجعين لها، لتقديم حلول عملية تقلص من أوقات الانتظار، واستخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة حيث تم تطبيق أداة البحث على عينة عشوائية للمراجعين الذكور المترددين على هذه العيادات من جهة، وجميع الأطباء العاملين فيها من جهة أخرى، وتوصلت الدراسة إلى أن طول الانتظار يعود إلى الأسباب التالية:

- تزايد عدد المرضى المنتفعين من خدمات العيادات الخارجية
- عدم وجود نظام لتحديد المواعيد
- قلة عدد العاملين في العيادات (أطباء وممرضين وفنيين) مقارنة بعدد المرضى المتزايد
- سوء جدولة مواعيد المرضى بصورة تتناسب مع أوقات دوام العمل
- تأخر المريض عن الموعد المحدد له من قبل العيادة
- تأخر قدوم الأطباء إلى العمل لأسباب فنية أو بسبب إجازة الطبيب السنوية دون وجود بديل له
- وفي نفس المحور في دراستنا والمتعلق بخدمات الاستقبال والتوجيه ولتوضيح أهميته في مصلحة الاستجالات بصفة خاصة وفي المستشفيات بصفة عامة ندرج الدراسة التي قامت بها وفاء الطامي (2000)، التي هدفت إلى التعرف على رأي المستفيدين (المراجعات والمنومات) في نوعية الخدمات المقدمة إليهن في أقسام النساء والولادة المختارة، والتعرف على رأي الأطباء في العمل وظروف العمل ونوعية الخدمات المقدمة في هذه الأقسام، واستخلاص محددات فعالية أقسام النساء والولادة بالمستشفيات المختارة.
- واعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي وثلاثة استبيانات (قياس رضا الأطباء، قياس رضا المراجعات، قياس رضا المنومات) لجمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة المدروسة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- المشكلات التي تحد من فاعلية أقسام النساء والولادة من وجهة نظر المراجعات هي: عدم الدقة في المواعيد، طول مدة الانتظار، تباعد المواعيد، تغيير الأطباء، أماكن الانتظار غير المريحة.

- المشكلات التي تحد من فاعلية أقسام النساء والولادة من وجهة نظر الأطباء هي: طول ساعات العمل، كثرة عدد المراجعات، عدم وجود حوافز.

3-1-تنظيم التدفق في مصلحة الاستجالات:

ما يلاحظ في هذا المكتب من خلال الزيارات الميدانية هو الضغط الشديد نتيجة التوافد الكثيف للمرضى سواء القادمين بأنفسهم أو الذين جلبتهم سيارات الإسعاف أو الحماية المدنية، ويعود السبب في ذلك إلى الخدمات المجانية التي تقدمه مصلحة الاستجالات الطبية طيلة أيام السنة دون توقف، ومن هنا تأتي أهمية تعاون جهاز الاستقبال وخبرته في التعامل اليومي مع هذه الوضعيات

ويرى (dominique,2012:25) من اطلاعه على العديد من الدراسات أن مصلحة الاستجالات لا

يمكن أن تركز على وظيفتين في آن معا وهما:

- التكفل بالمرضى في الحدود القصوى، ودون وجود لوقت انتظار ممتد

- إطالة وقت التكفل الطبي يرتد على نوعية الخدمات.

ومنه فإن رضا المرضى وأداء العاملين في المصلحة يبين عدم فعاليتها في التكفل العلاجي السريع، ضف إلى ذلك فإن مدة النشاط الممتدة على مدار الأيام والأسابيع دون راحة منتجة تضاعف المشكلات على نوعية الخدمات القصوى والدنيا، كما يؤثر التنظيم الداخلي للمصلحة على تدفق ومرور المرضى، هذا التنظيم لا بد أن يجيب على معايير تنظيمية، وتطبيق جيد للتعليمات، وأرضية ملائمة لتحسين وتنظيم الخدمات، ويتم التحقق من ذلك من خلال التقويم العلمي لخدمات المصلحة، وجميع من يستخدمها (عاملين، مرضى) معني بهذه الأرضية لأنها تسهل تدفق المرضى داخل المصلحة، خاصة فيما يتعلق بتكفل الأطباء بتصنيف المرضى في منطقة الاستقبال وتوجيههم إذا اقتضى الأمر إلى مصالح أخرى في المستشفى، كما أن وجود ممرض منظم في منطقة الاستقبال هو تطبيق لتوصية مهنية، نظرا للدور الذي يلعبه في تصنيف المرضى في الحالات الحرجة، ومنه تقليل وقت انتظار المرضى قبل عرضهم للفحص الطبي.

ويلعب تصميم المصلحة دورا هاما في مراقبة المرضى الحاضرين عبر مختلف مراحل تلقي العلاج، وتجنيبهم العودة على مناطق في المصلحة ليست ذات أهمية في حالتهم (تجنب الدوران)، ويوجز (dominique,2012: 25-26) جملة من الحلول لمشكلة الاكتظاظ والتدفق الكبير للمرضى على مصلحة الاستجالات نذكر منها:

- التكفل السريع بالحالات التي لا تحمل خطرا كبيرا وأنيا، وليست بحاجة إلى فحوص إضافية ضرورية، ولا تتجاوز فترة مكوثها ساعة واحدة، وبذلك تسرع عملية التكفل العلاجي والتقليل من الضغط

والاكتظاظ بالمصلحة، وقد بينت الإجراءات العملية في مثل هذه الحالات نجاعة هذه الطريقة في تحسين خدمات المصلحة.

- أما فيما يتعلق بالمرضى الذين يأتون إلى المصلحة بواسطة سيارات الإسعاف أو الحماية المدنية، ويكونون في وضعية استلقاء عادة، يتطلب إحضار الحملات وتدخل المسعفين وقتاً أطول، وهو ما يزيد في وقت الانتظار والتكفل بباقي المرضى، ومن هنا تأتي أهمية عدد أعوان الصحة في المصلحة من جهة، وتكوينهم وتدريبهم على التعامل السريع في مثل هذه الحالات من جهة أخرى.

- أهمية وجود طبيب لتصنيف المرضى في منطقة الاستقبال، حيث يسهل ذلك سيرورة المرضى بالمصلحة، وتوجيههم حسب الحالة، وتسهيل الاتصال والربط بين أقسام المصلحة.

- تحسين وتقليل خدمة الفحوص الإضافية لتسهيل انتقال المرضى، وتقليل حالات الانتظار، كما هو الحال في قسم الأشعة والتصوير والتحليل البيولوجي.

- ملاءمة عدد العاملين لتدفق المرضى، ويكون ذلك عبر معرفة دقيقة لتدفق المرضى اليومي والأسبوعي والسنوي، مع الأخذ في الحسبان الحالات الاستثنائية (كوارث طبيعية، تسممات غذائية جماعية)، تمكن هذه الملاءمة من تيسير ومرونة أعمال قد تكون أحيانا صعبة مع ظروف لعمل الشاقة للعاملين في مصلحة الاستعجالات.

- في العديد من الحالات يمر المرضى إلى مصلحة الاستعجالات رغم أنهم ليسوا في حالة استعجالية، ومنه فإن تنظيم شبكة التكفل العلاجي بين مختلف المصالح بما فيها مصلحة الاستعجالات يعتبر من الإجراءات التنظيمية الفعالة، ومن هنا يتبين أن مصلحة الاستعجالات ليست مستشفى داخل مستشفى، وإنما تكمن أهميتها في إعطاء فعالية أكثر للتكفل العلاجي وسرعة الاستجابة للحالات الطارئة.

3-2- الإجراءات التنظيمية للاستقبال:

1- تجميع المعطيات: قبل أن يشرع الممرض المنظم للاستقبال في تحديد مكان العلاج الملائم لاحتياجات المرضى، يجب على الممرض أن يلاحظ وينقط العناصر التالية لتدقيق درجة الاستعجال وهي:

- سبب القدوم إلى المصلحة مستخرج من عند المريض (شكوى، أعراض، ملاحظة سلوكية)
- ظروف القدوم المفاجئ (بداية الأعراض، تطورها، خطورتها).
- السوابق ذات الصلة بالمرض (حساسية، ارتفاع درجة الحرارة).
- العلاجات الخاصة الحالية (ارتفاع ضغط الدم، السكري، ...).

- وبناءً على هذه المعطيات أخذ قياسات للمؤشرات الحيوية كضغط الدم، ضربات القلب، درجة الحرارة، الوتيرة التنفسية، نسبة السكر في الدم، تقويم الألم (عام أو محلي، وقت البدء، شدة الألم)، وهذا التصرف عادة ما يكون في حالات المرضى الذين لا يعانون إصابات أو جروح خطيرة.

2-نقل المعطيات: بناءً على ما سبق يكون ممرض الاستقبال قادر على نقل مركب العناصر المجمعة على الحاسب الآلي، مع إعطاء أهمية قصوى للعناصر التي تبدو ذات قيمة، ليتخذ بعدها قرار مكان العلاج المناسب حسب حاجات المريض، وإذا وجدت شبكة الفرز فإنه يمكن الاعتماد عليها في تحديد درجة الخطورة، مع العلم أنه لا يمكن لممرض الاستقبال أن يقوم بالتشخيص الطبي، أو يحل محل الطبيب، وإنما يقوم فقط بتسجيل المؤشرات الفعالة التي قام بتجميعها عن طريق المقابلة أو الملاحظة أو شبكة الفرز.
(حداد وسويدان، 1998: 250).

3-3-منطقة الاستقبال:

تعتبر الحلقة الأولى في سلسلة العلاج، والمدخل الرئيسي الأول من خارج المصلحة والمستشفى إلى داخله، وأول من يستقبل المرضى عند دخولهم إليها هم أعوان الصحة المكلفين بالاستقبال، ويعتبر ذلك جزءاً أساسياً، حيث يحدد الانطباع العام للمرضى حول خدمات الاستقبال والتوجيه من جهة، ومستوى التكفل العلاجي من جهة أخرى، ذلك أن هذه المنطقة لا بد أن تلبى الهدف من إنشائها ألا وهو حسن الاستقبال والتوجيه والإصغاء لانشغالات المرضى مهما كان عددهم أو حالاتهم المرضية،

3-4-تصميم منطقة الاستقبال:

يخضع تصميمها لعوامل بشرية بالدرجة الأولى وعوامل تنظيمية، ويرتبط التصميم بالجانب البشري من حيث الأخذ في الحسبان العدد الهائل من المراجعين لهذه المصلحة في السنة حيث قدر في فرنسا بحوالي 10 مليون مراجع سنوياً (Stéphanie & al, 2004: 63-74)

وهو ما يحتم أن يكون الفضاء الداخلي لمنطقة الاستقبال واسعة لتجنب الاكتظاظ بها، كما لا ننسى أن المرضى الوافدين إليها يختلفون في السن (الأطفال، الراشدين، المسنون) والجنس (الذكور، الإناث) ودرجة خطورة الحالة (خفيفة، متوسطة، شديدة)، ومدى وجود إعاقات حركية ودرجتها (خفيفة، متوسطة، شديدة). كما يمكن تجهيزها بكاميرات لتعطي معلومات عن حالة المنطقة للمسؤولين بالمصلحة للتدخل في حالات الاكتظاظ أو تقصير أعوان الاستقبال في أداء الخدمة، خاصة أثناء المداومة الليلية.

3-4-1-مدخل الراجلين:

إذا علمنا أن أغلب الحالات الاستعجالية يأتي أصحابها بأنفسهم أو رفقة عائلاتهم، فإن هذا المدخل لابد أن يلبي المعايير التالية:

- أن يكون المدخل مخصص فقط للراجلين، ولا يستغل لأي أغراض أخرى؛
- أن يكون هدف مستعمليه هو تلقي الخدمة؛
- أن يكون مفصول تماما عن أي مداخل لأغراض أخرى؛
- الانفتاح التلقائي للأبواب الخارجية للمدخل، لتسهيل دخول وخروج المرضى.

3-4-2-مدخل سيارات الإسعاف:

وهو مخصص لإدخال الحالات الطارئة أو إخراجها، وهو مفصول تماما عن مدخل الراجلين ومرتبطة بمنطقة الاستقبال، ويكون واسعاً بحيث يوفر إمكانية توقف عدة سيارات إسعاف في آن واحد عند الضرورة كما في حالات حوادث المرور الجماعية أو الكوارث الطبيعية أو حالة التسممات الغذائية، ويكون لمنطقة الاستقبال والتوجيه رؤية لكل من مدخل الراجلين ومدخل سيارات الإسعاف.

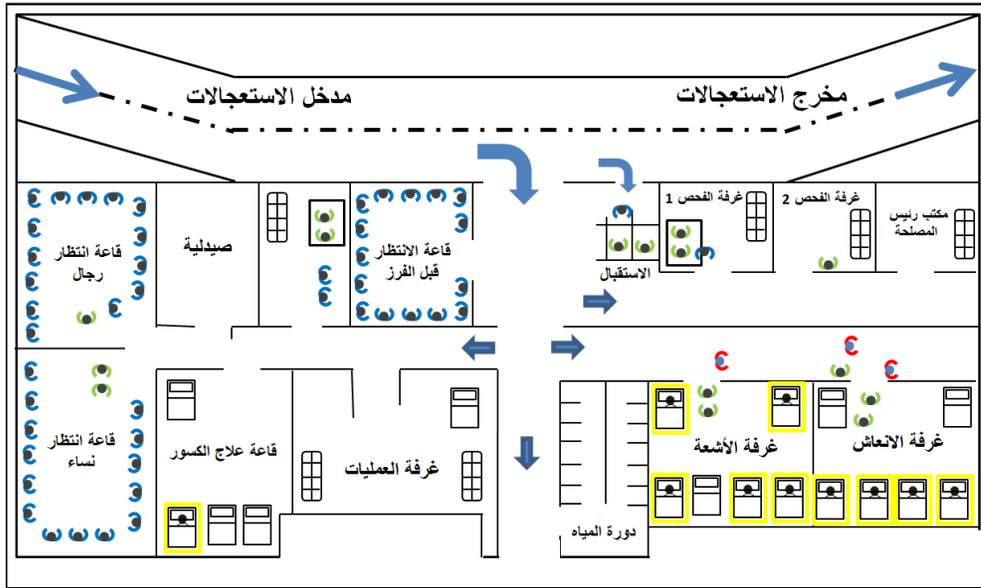
كما تعتبر منطقة الاستقبال والتوجيه أول نقطة اتصال للمرضى ببيئة المستشفى، وتتموقع بالقرب من الجناح الإداري الذي يكون مسؤولاً عن تسجيل الحالات المرضية وفرزها وإعداد الملف الطبي لكل حالة منها، ومن بين المعايير التي ترتبط بهذه المنطقة:

- سرعة التعرف على هوية الوافدين إلى المصلحة؛
- ملاءمة تصميمها لكل الحالات الطارئة (الراجلين، المنقولين)؛
- متخصصة فقط في فرز الحالات الطارئة؛
- المدخل الوحيد في المصلحة المخصص للتوجيه نحو الفحص والعلاج؛
- إمكانية المراقبة المباشرة وغير المباشرة لمختلف مناطق التكفل، الانتظار، الدخول؛
- رابط مباشر للاتصال مع قسم العلاج؛
- احتوائها على مساحة واسعة للتمكن من إجراء علاجات أولية في حالة العدد الكبير للمرضى في وقت واحد.

وإذا علمنا أن منطقة الاستقبال لابد أن تكون مهيأة لمهمة استقبال كل الحالات (مهمة الخدمة العامة يجب أن تؤخذ في الحسبان)، وأمام التزايد الكبير لأعداد الوافدين تزايد مشكلات الانسداد والاحتقان، وتقل نوعية الخدمة التي تقدمها منطقة الاستقبال خاصة، ومصلحة الاستعجالات الطبية عامة، ومن هنا وكنتيجة

لما سبق ذكره فإن منطقة الاستقبال تكون بحاجة ملحة لأدوات المساعدة في اتخاذ القرارات للوصول إلى مردودية جيدة، وضمان أفضل الخدمات من حيث النوعية والتلاؤم، وهذا ممكن التحقق من خلال مقارنة أرغومية تركز على التعاون بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي عموماً وفي مصلحة الاستجالات خاصة، لأن ترك الأمور على ما هي عليه يؤدي إلى تقادم الوضعيات الراهنة وتدهورها، ويعتبر المخطط المرفق حلاً من الحلول الأرخومية، الذي يبين تصميم مدخل ومخرج إحدى مصالحي الاستجالات الطبية ويوضح الشكل التالي نموذجاً مقترحاً لتصميم منطقة الاستقبال في مصلحة الاستجالات.

شكل رقم (01): نموذج تصميم لمداخل ومصالح الاستجالات الطبية



حيث أن عمليات الاستقبال للحالات الطارئة، ككل العمليات تتضمن: المداخل (للمرضى الذين يسعون للعلاج)، المخارج (للمرضى الذين تلقوا العلاج)، وحتى لا تكون هناك مشكلة ازدحام عند مدخل منطقة الاستقبال، يفضل أن تفصل المداخل إلى داخل مصلحة الاستجالات الطبية عن المخارج إلى خارج مصلحة الاستجالات الطبية، كما يفصل مدخل سيارات الإسعاف بشكل كامل عن مدخل الرجال لتجنب الزحمة والاحتفاظ والعوائق، حيث يكتسي هذا التدخل الأرخومي أهمية قصوى خاصة في حالات الأعداد الكبيرة للوافدين كما هو الحال في حالات حوادث المرور الجماعية، الكوارث الطبيعية، ويرجع التزايد الهائل في أعداد الوافدين إلى المستشفيات ومصالح الاستجالات في الآونة الأخيرة

(3) (Stéphanie et al.) إلى افتراضين أساسيين، أولهما يتعلق بتغيير السلوكات الصحية للأشخاص عما كان عليه في العقود السابقة، وثانيهما نقص عروض العلاج في القطاعات الخاصة، وهو ما يجعل الاستجالات الطبية في المؤسسات الاستشفائية العمومية المكان المفضل لغالبية المرضى.

3-5- منطقة الاستقبال والفرز (التصنيف):

تتضمن تصنيف المرضى الوافدين إلى المصلحة حسب عدة معايير، والتسجيل الأولي وذلك قبل البدء في العلاج، وتعتبر نواة مركزية تحدد وضعية الوافدين، كما تحوي قاعة لانتظار المرضى، وفضاء للكراسي المتحركة والنقالات ومكانا مخصصا لأعوان الأمن داخل المصلحة، ويضمن التصميم الجيد للمنطقة عدم وجود حواجز مرئية بين ممرضى الاستقبال وممرضى التصنيف وأعوان الأمن، وذلك لتسهيل التواصل بينهم أو التدخل في حالة الضرورة، كما تتضمن هذه المنطقة قاعة لأهالي المرضى قريبة من قاعة انتظار المرضى

- التحديد الواضح لمنطقة الاستقبال، التسجيل، التوجيه، ودورها؛
- تقريب موقع الأمن من منطقة الاستقبال أو دمجها؛
- ربط الاستقبال مع باقي مكونات المستشفى.

3-5-1 مهام منطقة الاستقبال:

تقدم هذه المنطقة خدمات الاستقبال والتسجيل للمرضى الوافدين لمصلحة الاستجالات، وتتمثل

مهامها في النقاط التالية:

- استقبال المرضى الوافدين إلى المصلحة؛
- تسجيل المرضى في سجل المرضى أو في الحاسب الآلي؛
- تصنيف المرضى حسب الحالة؛
- إدخال بيانات العلاج بعد نهاية العلاج لكل مريض؛
- فتح ملفات طبية للمرضى الوافدين للمصلحة لأول مرة؛
- تجديد الملفات الطبية للذين سبق وتلقوا العلاج على مستوى المصلحة.

3-5-2 ممرض الاستقبال (مهامه، خصائصه، كفاءاته):

إن الانتقال من مفهوم ممرض الاستقبال الذي كان سائدا في السابق إلى مفهوم جديد هو ممرض منسق (منظم) لمنطقة الاستقبال، يتطابق مع التطورات والتحديات التي تواجه مصلحة الاستجالات الطبية وقد ظهر حديثا في كل من فرنسا، بريطانيا، سويسرا، بلجيكا، وقبل ذلك في كل من كندا والولايات المتحدة الأمريكية، يهدف المفهوم الجديد لتحسين تسيير تدفق المرضى، وتقليص وقت الانتظار، وتحسين نوعية الخدمات، فاعتمدت هذه الدول لهذا الغرض تحرير تقارير دورية عن وضعية الاستقبال ونوعيتها، تتبع بعد ذلك بتحقيقات للتعرف على الأسباب وإيجاد الحلول، التي من بينها تحديد المسؤوليات وتلقي ممرض

الاستقبال لتكوين متخصص للرفع من كفاءاتهم، مع ضمان استمراريته، بهدف التكفل السريع بالمرضى، وتقليص أوقات الانتظار، ويعرف الممرض في هذه الحالة بالمرضى الخبير، مع الاهتمام بالظروف المادية والتنظيمية بالمصلحة، التي تساعد الممرضين على أداء واجبهم على أحسن صورة وتبدأ مهمة الممرض المنظم منذ لحظة وصول المرضى ومرافقيهم إلى المصلحة، بتحديد احتياجاته الصحية، وأولويته في العلاج، واتخاذ قرار القسم الملائم لوضعيته (الأشعة، العلاج، الانتظار...)، مع التنسيق الدائم مع طبيب الاستعجالات حول وضعيات المرضى حسب الأولوية في تلقي العلاج، ومع باقي الفاعلين في المصلحة.

ومن مهام الممرض المنظم للاستقبال:

3-6-6-مهام عامة:

- الاستقبال الفردي للمرضى منذ لحظة وصولهم ومرافقيهم، التقييم والتصنيف؛
- تحديد قسم العلاج الملائم للمريض حسب حالته؛
- الإعلام والمساعدة؛
- مراقبة منطقة الاستقبال؛
- التعليم.

ويأتي توضيح هذه المهام فيما يلي:

3-6-1-الاستقبال، التقييم، التصنيف:

بمعنى إجراء علاج علائقي بين الممرض والمريض، حتى يفهم ويتقبل العلاج في أفضل الشروط المتوفرة، ويتضمن ذلك تسيير القلق، الإعلام، الإصغاء، الراحة والرفاهية، الإقامة بالمصلحة، التكفل بالألم. أما التصنيف فيتم إجراؤه انطلاقاً من وسيلة علمية مطبقة في المصلحة، وبالاعتماد على بروتوكول مكتوب وموقع من طرف المسؤول الطبي (أي أن التصنيف لا يكون بشكل عشوائي).

3-6-2-تحديد منطقة العلاج الملائمة:

بمساعدة الطبيب المرجعي للاستعجالات وبناءً على حالة المريض المستخلصة من الوثائق التي قد يحملها معه، أو من خلال سجله الطبي السابق على مستوى المصلحة، أو من خلال المعاينة الأولية (المقابلة، الملاحظة).

3-6-3-الإعلام والمساعدة:

إعلام المريض ومرافقيه بضرورة وتنظيم العلاج، عمل المصلحة، مدة وأسباب الانتظار المتوقع.

3-6-4-المراقبة:

تساعد البنية الداخلية لمصلحة الاستعجالات وتقسيم فضاءاتها والعوازل الزجاجية برؤية واضحة للمرض الاستقبال وعون الأمن في المصلحة ومراقبة حركة وحالة المرضى ومرافقيهم.

3-6-5-التعليم:

يؤطر ممرض الاستعجالات انطلاقاً من مجال تخصصه الممرضين المتربصين الذين سيعملون مستقبلاً في هذه المصلحة.

أمّا عن الكفاءات التي لا بد أن تتوفر في ممرض الاستقبال فيمكن إيجازها فيما يلي:
*التكوين والتأهيل المطلوب:

- يكون حاملاً لمؤهل دولة في التمريض؛
- قد تلقى تكويناً نوعياً في الهيئات المختصة بالصحة؛
- الخبرات والمعارف الخاصة المطلوبة؛
- يملك خبرة مهنية في مجال الاستعجالات (الطوارئ) لمدة عامين على الأقل؛
- معرفة متطلبات الاستعجالات ومختلف الحالات المرضية المعنية بالاستعجالات؛
- معرفة النصوص التنظيمية والتشريعية المعمول بها؛
- معرفة كيفية التحكم في قلق وعدوانية المرضى أو مرافقيهم؛
- يعلم استعمال الوسائل الموجودة حسب وضع المريض في إطار التكفل العلاجي بالألم؛
- امتلاك المعارف التالية أو اكتسابها من خلال التكوين: استعمال الأدوات العلمية المتاحة في تصنيف المرضى، استعمال حزمة الإعلام الآلي لتسيير الاستعجالات.

* معرفة بنية المستشفى الخارجية والداخلية.

* أخلاق المهنة:

- التحلي بالعادات الحميدة؛
- امتلاك رد فعل ضروري للملاحظة واتخاذ القرار؛
- التقويم والأخذ في الحسبان عبء العمل في المصلحة؛
- الحضور بلباس المهنة، ولغة محترمة موزونة.

(L'accueil de l'urgence : 1-9)

4-الفـرز (tri):

يعرف حسب القاموس الفرنسي (la rousse, 2001) بأنه: "اختيار عناصر ما من بين مجموعة من عناصر أخرى، أي الانتقاء والتوزيع بناء على معايير معينة".

ويعرف حسب (le petit robert,2000) بأنه: "الاختيار من بين عناصر أخرى، وبعد الفحص والتوزيع إلى عدة مجموعات دون إقصاء أحد".

ومنذ فتح أول مصلحة للاستعجالات ظهر مفهوم الفرز قبل مفهوم التقسيم (مجلة الجمعية الكندية لأطباء الاستعجالات، 1999)، وكان بطريقة ذاتية وغير مرتبط باستراتيجية استقبال ممنهجة في شكله البسيط. (Ancelin,2001).

وقد استعمل الفرز أول مرة في الجانب العسكري لتصنيف الحالات المفجعة في الحرب، وتضمن سيرورة تتكون من التعريف، التقويم، التقسيم للمشكلات الصحية للمصابين الذين حضروا لمصلحة الاستعجالات الطبية وفق معايير معروفة تسمح بتحديد الاستجابة الأكثر ملاءمة لحاجاته في حدود الوقت المقبول.

مع العلم أن المفهوم حديث نوعاً ما، وليس موجوداً في النصوص التنظيمية والتشريعية للعديد من الدول، إذ يتم الاعتماد على طرق تقليدية في استقبال وتوجيه المرضى مبنية على أولوية الحضور بغض النظر عن حالاتهم الصحية كالتحاور مع المريض أو مرافقيه عن الحالة التي يعاني منها، إلا أنه مطبق بشكل نظامي في دول أخرى، فسيرورة الفرز مكونة كما قلنا سابقاً من تقويم المريض، وتحديد الحالة الطارئة التي يعاني منها وفق تقسيم محدد مسبقاً، وتصنيف مختصر للمعلومات المتحصل عليها، والحالة العامة للمريض وقياس مؤشرات الحيوية والأعراض البادية عليه، ويهدف كل ذلك إلى اتخاذ حكم عيادي حول درجة الخطورة الكامنة للمشكلة الصحية للمريض، وسنأتي بنوع من التفصيل لمعايير استعمال الفرز.

4-1-معايير استعمال الفرز:

تهدف هذه المعايير لضمان أحسن تكفل بالمريض طيلة مدة إقامته، بدءاً بمعاينة مختصرة للقدوم المتزامن للعديد من المرضى تسمح بالتعرف على من هم في حاجة إلى تدخل آني وفرزهم قبل التسجيل الإداري للتحديد السريع لدرجة الاستعجال، وهذا ما يسمح بتقديم العلاج الطبي حسب ظروف المريض وحالته الطارئة، والوقت الممنوح لكل مريض يجب أن يسمح بتقويم كل الحالات بعد دقائق فقط من قدومهم، وهو عملية مستمرة غير منقطعة حسب توالي قدوم المرضى، كما أنها سريعة وغير مشتتة بمهام أخرى للممرض، وكل الوثائق المتعلقة بالفرز تملأ بطريقة آلية بسيطة لتسريع العملية.

وتتجلى أهمية ما يعرف بسلم الفرز بإنشاء علاقة بين احتياجات المريض للعلاج والمدة المقبولة لتنفيذ العلاج المطلوب، والهدف الرئيسي للفرز هو تحديد أفضل مدة زمنية مرغوبة والتي تكون محصورة بين أول قدوم للمريض وعرضه للفحص الطبي، مع التركيز على مؤشرات أثناء عملية الفرز وهي: المنفعة، المصادقية، الوجهة، وهي مفاهيم هامة لا بد من احترامها عند تطبيق سلم الفرز.

4-1-1-1- التصنيف:

يعتبر هذا المفهوم واحد من السيرورات المكونة للفرز، وحسب أدبيات الدراسة التي تم الاطلاع عليها، فإنه هناك نوعان أساسيان من تصنيف الحالات الطارئة:

(Ordre des infirmières et infirmiers des Québec, 1995 :1-16)

- 1- الاستعجالات المطلقة: التي يكون فيها التكفل الطبي والعلاج آنياً، لأن الإنذار بالخطر المهدد للحياة يكون قد بدأ، أي ان الوقت في مثل هذه الحالات يكون عاملاً حاسماً.
- 2- الاستعجالات المستمرة: يكون فيها التكفل الطبي والعلاج ضروريان، لكن الوقت لا يشكل عاملاً حاسماً.

أمّا عن مستويات التصنيف، هناك عدّة حالات نذكر منها:

- التصنيف بالأرقام: تصنف الحالات الطارئة حسب درجة الخطورة بأرقام (1، 2، 3، 4، 5).
- التصنيف بالكلمات: تصنف الحالات الطارئة حسب درجة الخطورة بكلمات (آني، طارئ جداً، طارئ، غير طارئ)

ويعتمد هذا التصنيف على تقسيم مبني مسبقاً، ومقبول من طرف الممرضين والأطباء، ويجب بطريقة فعالة على الحاجات العلاجية للمرضى.

4-1-1-1- نماذج التصنيف:

4-1-1-1- النموذج الأسترالي:

تعتبر مصلحة الاستعجالات الأسترالية من الأوائل التي استخدمت نموذج الفرز لـ (Ipswich)، وكان فيزجيرالد (Fitzgerald) قد طور وفحص جدول نقاط من خمسة مستويات، وركز على الزمن الأمثل للتدخل الطبي، ومن خلال هذا العمل تمّ تعديل سلم الفرز، وعرف من طرف كلية الطب الأسترالية، ورسخت هذه الفكرة بشكل سريع في كل من الاستعجالات الطبية الأسترالية والنيوزيلندية، وقد احتوى النموذج على خمسة مستويات، فالمستوى الأول مثلاً هو الأكثر صرامة، يتطلب تدخلاً فوراً للفريق الطبي لوجود خطر مهدد لحياة المريض بناء على المؤشرات الحيوية، ويوجد وصف دقيق لكل مستوى، وقائمة للحالات العيادية

الموافقة، وذلك من خلال البحوث الميدانية لعدد من الخبراء في الصحة، وهذه القائمة ليست شاملة، وإنما تطبق بشكل محدد، حيث في حالة مريض يحمل عدّة أعراض، قد يوضع في مستويات مختلفة وفق أعراض حالته الصحي، ومنه يكون التقويم صعب، مع العلم أن سلم الفرز يحوي وثيقة بها معلومات مهمة عن المريض، تاريخ وزمن التقويم الأولي، اسم الممرض المعني بالفرز، شكوى المريض وتاريخه المرضي، وملاحظات الممرض عن حالة المريض

(European journal of emergency medicine, 6: 145-146)

4-1-1-1-2-النموذج الكندي:

تمّ إنجازه بالاعتماد على قواعد الأولوية إلى خمسة مستويات كما في النموذج الأسترالي وهي: فوري(آني)، طارئ جداً، طارئ، طارئ بدرجة أقل، غير طارئ. وبني نموذج التقسيم هذا بالاعتماد على الحضور المألوف للحالات المرضية، ومستوى الاستجابة المنتظرة، والتكلفة المتوقعة لكل أولوية، مع العلم أنّ هذا النموذج يضمن تطبيقاً ونتائج موحدة في مختلف مصالح الاستجالات.

جدول رقم (02) يوضح نموذج تصنيف مستوى الأولوية ووقت الاستجابة المقترحة

المعدل المتوقع للقبول	نسبة الاستجابة المنتظرة	المدة قبل التكفل الطبي	المستوى
90% - 70%	98%	آني	الأولوية 1: العناية المركزة
70% - 40%	95%	15 دقيقة	الأولوية 2: مستعجل جداً
40% - 20%	90%	30 دقيقة	الأولوية 3: مستعجل
20% - 10%	85%	60 دقيقة	الأولوية 4: أقل استعجالاً
10% - 0%	80%	120 دقيقة	الأولوية 5: غير مستعجل

المصدر: Référentiel (I.O.A) , 2004 :45. 'Infirmière Organisateur de l'Accueil

كما أنّ هذا النموذج يفرق بين التقويم الذاتي الذي يعتمد على الأعراض الظاهرة فقط، والتقويم الموضوعي الذي يركز على أولوية الحالة العامة، ودرجة الشدّة (تقويم الألم)، الحلة الوجدانية، مقاس المؤشرات الحيوية.

(journal de l'association canadienne des médecins d'urgences, 1999 ;1(3): 1-28)

4-1-1-1-3-النموذج السويسري:

اشتق هذا النموذج من النموذج الكندي، ومن خلال كشف لمدة أربعة أسابيع للحالات التي تمّ مواجهتها في منطقة الاستقبال بمصلحة الاستجالات، ويتضمن أربعة مستويات هي:

حاد (بالغ الخطورة)، طارئ، شبه طارئ، غير طارئ، وقد بدأ تطبيق هذا النموذج عام 1997. (Simon. J, féry.s, 2001:1-10).

ويعتبر هذا النموذج تقويماً أولياً يعتمد على تصنيف المعطيات لتحديد درجة الخطورة لكل مريض، وأولوية العلاج حسب المشكلات الصحية، وبعدها يتم توجيهه إلى فريق طبي متعدد التخصصات لمتابعة العلاج.

ومما سبق ذكره يمكن القول إن هذه النماذج تعطي للممرض المنظم للاستقبال القدرة على إصدار حكم عيادي، وأخذ قرارات سريعة متلائمة مع حالة المريض، وضمان رضا المرضى الوافدين إلى مصلحة الاستجالات، والسير الحسن لمختلف الأقسام التابعة لها.

4-2-الفرز وقرار مكان العلاج الملائم لحاجة المريض (مفاهيم وأهداف):

4-2-1-أهداف الفرز:

تتجلى الأهداف الأساسية لفرز وانتقاء المرضى عند قدومهم هي:

1-التحليل السريع لسبب القدوم إلى المصلحة من طرف مختص في الصحة؛

2-تقويم الاحتياجات للعلاج وأوليئته؛

3-تسهيل تسيير تدفق المرضى؛

4-تحسين مدة الانتظار.

4-2-2-غاية الفرز:

الفرز الحقيقي يمكن من توجيه المرضى إلى المصادر الملائمة في المدة الملائمة، وتقوم عملية الفرز

على عدة نقاط داخلية وخارجية نذكر منها:

- سياسة المصلحة (النظام الداخلي للمصلحة)؛

- الوضعية الجغرافية لمصلحة الاستجالات (قربها أو بعدها من التجمعات السكانية)؛

- التركيبة والحالة التقنية للمعدات والفريق الطبي؛

- طبيعة المجتمع الوافد إلى المصلحة؛

- الموارد البشرية للمصلحة.

4-3- طريقة تحضير شبكة الفرز:

- المرحلة الأولى: يتم فيها تحديد وجدولة أسباب القدوم إلى المصلحة، والأعراض الظاهرة على كل فئة (التصنيف إلى فئات).

- المرحلة الثانية: يتم تقسيم الحالات الطارئة حسب مؤشر درجة الخطورة.

مثال:

جدول رقم (03) يوضح تقسيم الحالات الطارئة حسب مؤشر درجة الخطورة

الرمز (مؤشر)	درجة الخطورة	الزمن
الرمز 1	حالة طارئة مطلقة	0
الرمز 2	حالة طارئة آنية	أقل من 20 دقيقة
الرمز 3	حالة طارئة حقيقية	من 20 دقيقة إلى 1 ساعة
الرمز 4	حالة طارئة من خلال استشارة	مدة غير محددة (متغيرة حسب التدفق)

المصدر: Infirmière Organisateur de l'Accueil، 14: 2004 (I.O.A) Référentiel

- المرحلة الثالثة: تحديد الإجراءات المتخذة لكل حالة، خاصة الحالات الطارئة جداً، التي من بينها مكان العلاج المناسب، سيرورة المعلومات، التكفل العلاجي.

مثال توضيحي: في حالة فقدان الوعي لإحدى الحالات الطارئة، فإنه يتم اتخاذ الإجراءات التالية:

- تمديده في وضعية جانبية كوضعية آمنة؛

- الإنذار بالحالة الطارئة والتوجه نحو منطقة الاستقبال؛

- تحديد القسم الملائم للعلاج.

- المرحلة الرابعة: وسيلة الفرز القاعدية يجب أن تخضع للنمذجة قبل وضعها حيز التطبيق، وبعد

اختبار ملاءمتها وصلاحياتها، تصبح موثوقة من طرف أعوان الصحة، مع ضرورة إجراء تقييم دوري للأداة شكلاً ومضموناً، مع الأخذ بعين الاعتبار الأحداث المرتبطة بالاستقبال، ومدى رضا المستفيدين، واحتياجات المصلحة.

خلاصة جزئية

مما سبق يتبين لنا أهمية منطقة الاستقبال في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية خاصة والمؤسسات الاستشفائية عامة، ولا يتأتى ذلك إلا في وجود عاملين مدربين على تقديم هذه الخدمات من استقبال وتصنيف وفرز حسب درجة الخطورة، وتجنب الانتظار الطويل للمرضى نظراً للحالة التي هم عليها، والخبرة في التعامل مع التدفق الكبير للمرضى خاصة في حالات حوادث المرور والكوارث الطبيعية.

الفصل الثاني: نظافة البيئة الداخلية

تمهيد:

- 1-عناصر البيئة الداخلية
- 2-معايير الحذر العالمية
- 3-مستويات النظافة لمناطق البيئة الداخلية للمصلحة
 - 3-1-المناطق قليلة الخطورة
 - 3-2-المناطق متوسطة الخطورة
 - 3-3-المناطق شديدة الخطورة
- 4-الأساليب المتبعة في غسل الأيدي حسب نوع التدخل
- 5-النصائح والتعليمات التي ينبغي الالتزام بها أثناء الغسل الروتيني

للأيدي

- 6-خطوات غسل اليدين
- 7-طريقة غسل اليدين
- 8-نظافة المعدات والأجهزة الطبية
- 9-تخصيص أماكن معالجة الأجهزة والمعدات الطبية
- 10-علاقة النظافة الاستشفائية بالتصورات الاجتماعية والمهنية

(الأرغنوميا الذهنية)

خلاصة جزئية

تمهيد:

تعتبر نظافة منشآت الرعاية الصحية أمراً ضرورياً من أجل صحة وسلامة المرضى والعاملين فيها وزوارها فضلاً عن صحة وسلامة المجتمع ككل، فالنظافة بشكل عام تعكس المستوى العام للمستشفيات والتي يجب أن تكون على مستوى عال، وتعكس الوجه الحضاري والاقتصادي الذي تأمل الدولة الوصول إليه إذ أنها من الدعائم التي يعتمد عليها لمنع تفشي العدوى، ويعتبر التنظيف اليومي ضرورياً لضمان سلامة بيئة المستشفى التي يجب أن تكون نظيفة وخالية من النفايات، حيث تعاني بعض المستشفيات والمستوصفات سوءاً في خدمات النظافة سواء في الغرف، أو دورات المياه، أو الممرات الداخلية للمرفق الطبي ومن ثم فإن غرض التنظيف اليومي هو إزالة تلك النفايات، وفضلاً عن الجانب الوقائي، فإن المنشأة النظيفة تظهر في أحسن صورها مما يساعد على رفع الروح المعنوية لدى المرضى والعاملين، وتعتبر النظافة في المؤسسات الصحية من المعايير الأساسية التي ينبغي الأخذ بها والتأكد من مراعاتها، كما أنها عامل من العوامل التي تؤخذ في الحسبان عند الرغبة في دراسة اتجاهات المرضى ورضاهم عن مستوى الخدمات الصحية، ونجدها في مؤشرات الجودة الصحية ضمن ما يعرف بالخدمات الساندة أو الملموسية التي تعتبر إحدى أبعاد جودة الخدمات الصحية، وتعرف على أنها التنظيف العام للأسطح والمحافظة على النظافة وإزالة المواد العضوية والأتربة والقاذورات داخل المنشآت الصحية، وتهدف إلى تأمين بيئة نظيفة خالية من الميكروبات ومصادر العدوى داخلها، ومن مبررات التطرق إلى هذه النقطة في الدراسة هو الآثار السلبية لهذه المشكلة على العنصر البشري داخل المؤسسة الاستشفائية سواء كانوا عاملين أو مرضى أو مرافقين للمرضى، كما أنّ الكثير من الأمراض المعدية والمتقلة تكون عادة بسبب انعدام النظافة، وقد بينت الدراسات والملاحظات اليومية إصابة أشخاص بأمراض لم يكونوا يحملونها وذلك بمجرد إقامتهم في المستشفى، وتعتبر العدوى المكتسبة داخل المنشآت الصحية ومخاطرها التي يمتد أثرها للمرضى ومقدمي الخدمة الصحية والزوار، تحدياً يواجه الفريق الطبي داخل منشآتنا الصحية، كما أنها تؤدي إلى مضاعفة الفترات الزمنية لإقامة المرضى بالمستشفيات وما ينتج عن ذلك من مضاعفات صحية واقتصادية.

ولا تقتصر أعمال النظافة على المطابخ والأغذية فقط بل كذلك على غرف العمليات وملابس الفريق الطبي والأرضيات والحمامات ودورات المياه ويجب أن تشمل مباني وجدران المستشفى من الداخل والخارج والنوافذ والأبواب والأسقف والأثاث وأسرة المرضى وحواجز الأسرة والستائر ومثبتات الضوء والحدائق والأفنية ومخازن الأغذية، ومن العوامل التي تسبب مشكلة النظافة في المستشفيات ومصالحها المختلفة التي من بينها

مصاحبة الاستجابات الطبية هي نقص التدريب لعمال النظافة في كيفية التعامل مع النفايات الطبية المختلفة.

1- عناصر البيئة الداخلية:

يشير مصطلح " نظافة البيئة الداخلية" إلى التنظيف العام للأسطح الموجودة بالبيئة والمحافظة على النظافة داخل منشآت الرعاية الصحية، ويمكن تعريفها بأنها عملية إزالة المواد العضوية والأتربة والقاذورات مما يؤدي إلى التخلص من نسبة كبيرة من الميكروبات، تليها عملية تجفيف شاملة.

ومن الضروري أن يتمتع العاملون في نظافة البيئة بدرجة عالية من التدريب المتخصص، فهم أكثر عرضةً من غيرهم للإصابة بالعدوى نظراً لتعرضهم للدم والسوائل والإفرازات أثناء العمل، ومن ثم يجب أن يتمتعوا بتدريب جيد على استخدام الوسائل وأساليب التحكم في العدوى من خلال التعليم والتدريب.

وقد بينت دراسة أجراها الخطيب (2003) أنّ تصرفات عمال النظافة التي لا تتناسب مع طبيعة عملهم وقد تعود بالضرر على صحتهم وصحة العاملين والمرضى ونظافة البيئة الداخلية للمستشفى، ومن هذه التصرفات:

- يستعمل عمال النظافة أحياناً الكفوف ولا يغيرونها، وأحياناً لا يلبسون كفوفاً؛
- قد يضع عامل النظافة يده على رأسه أو وجهه أثناء تعامله مع النفايات الطبية؛
- طريقة حمل عمال النظافة للأكياس أحياناً تكون خطأً، فهم يجرونها على الأرض مثلاً؛
- بعد التنظيف وأثناء لبس الكفوف يرفع بعض عمال النظافة الغسيل النظيف؛
- أحياناً لا يعلم بعض العمال نوعية النفايات التي يتعاملون معه؛
- أحياناً ترى الدم يسيل على الأرض دون انتباه من عمال النظافة؛
- أحياناً يخلطون الغسيل الملوث مع التنظيف؛
- أحياناً إذا تسرب الدم فإنهم يتعاملون معه بشكل عادي ولا يستعملون مواد تعقيم؛
- يحمل عمال النظافة الأكياس بأيديهم لنقلها، وأحياناً يضعونها على الأرض، والأصل وضعها في عربات خاصة، وقد يعود السبب في ذلك أحياناً إلى عدم توفر مثل تلك العربات؛
- بعض العمال يمسح الأرض وبعدها يمسح المكاتب بنفس الممسحة؛
- أحياناً يحمل العمال النفايات من سلة غير ممثلة إلى سلة أخرى بأيديهم، وأحياناً يضغطونها بأيديهم؛

- أحياناً ينظف عامل النظافة في غرفة مريض مصاب بمرض معدي، وبعد ذلك ينتقل إلى غرفة مريض آخر دون عمل ما يمنع العدوى، وبذلك قد يضر بنفسه وبالمرضى الآخرين.

وفي دراسة أجراها (الفيشاوي، 2001: 3) ذكر فيها جملة من الحقائق المتعلقة بالنفايات الطبية التي تؤثر سلباً على نظافة البيئة الداخلية للمؤسسات الاستشفائية منها:

- غياب الوعي عند العاملين بضرورة التخلص من النفايات الطبية الملوثة؛
- انعدام الكفاءة في جمع النفايات وفرزها ومعالجتها والتخلص منها؛
- غياب آلية علمية لفصل النفايات العادية عن الملوثة؛
- ترك النفايات الملوثة في أوعية وسلات مكشوفة، ومن ثم رميها مع القمامة؛
- افتقار عمال النظافة إلى أساليب التعامل الآمن مع النفايات بعدم ارتداء الملابس الواقية أو الأحذية الخاصة أو وضع الكمامات أو ارتداء القفازات.

ومع أنّ هذه التصرفات لا تعني جميع عمال النظافة، إلا أنها قد تتكرر من بعضهم عن قصد أو عن غير قصد، وهو ما يؤثر سلباً على نظافة البيئة الداخلية للمستشفيات، وتزيد عوامل أخرى مجتمعة من نفسي مشكلة النظافة في البيئة الداخلية لمصلحة الاستعجالات نذكر منها:

- كثرة أعداد المرضى الوافدين للمصلحة باختلاف حالاتهم المرضية وكثرة تحركاتهم، واحتمال نقلهم للعدوى؛

- تلوث الأدوات والوسائل الطبية المستعملة في المصلحة، وعدم العناية بها؛

- عدم توفر المياه أو نقصها في مختلف مرافق المصلحة؛

- انخفاض مستوى النظافة العامة والشخصية للعاملين والمرضى؛

- عدم اتباع الإجراءات اللازمة للتخلص من النفايات مع تراكمها؛

- عدم وجود تعليمات واضحة ودقيقة ومستمرة تتعلق بأداء أعوان النظافة لمهامهم اليومية.

ولا شك أنّ العبء الأكبر فيما يخص مشكلة انعدام النظافة يرتبط بدور ومهام عمال النظافة، والذين

ربطوا بدورهم المشكلة بعدم توفر الأدوات اللازمة من جهة، وعدم تعاون الزوار والمرضى والمرافقين من جهة

أخرى (الخطيب، 2003: 34)، وقد بينت نفس الدراسة أنّ التدريب يعتبر عاملاً حاسماً في نجاح عمال

النظافة في تأدية مهامهم، ذلك أن استقدام موظفين جدد أو تكليف القدامى منهم بمهام جديدة أو تطوير

السياسات القائمة تطرح حتماً عنصر التدريب كحل للمشكلات التي يواجهونها أثناء تأدية مهامهم، ومن

خصائص العملية التدريبية في هذا الإطار ما يلي:

- أن يكون عمليا وفي الموقع؛
- أن يكون في شكل أنشطة ونقاشات مفتوحة؛
- أن يسهم في استيعاب مفاهيم وإجراءات السلامة والصحة في أماكن العمل؛
- أن يوضح أساليب العمل التي تخفض خطر الإصابة إلى الحد الأدنى؛
- أن يحدد المسؤولية الفردية في تطبيق قواعد السلامة في موقع العمل؛
- أن يتواجد بمنشآت الرعاية الصحية عدد كاف من عمال النظافة وذلك للحصول على بيئة نظيفة والمحافظة عليها؛
- تدريب العمال المسؤولين عن نظافة معدات رعاية المرضى تدريباً خاصاً حول طرق التنظيف الصحيحة، ويراعى تكون هناك إرشادات مكتوبة عن كيفية وسياسات التنظيف؛
- متابعة أعمال النظافة عقب الانتهاء منها لضمان القيام بها على الوجه الصحيح.
- ومن السياسات التي تقع على عاتق مسؤولي مصلحة الاستعجالات الطبية:
- توفير العدد الكافي من عمال النظافة لضمان الحصول على بيئة نظيفة داخل المركز؛
- تدريب العمال المسؤولين على طرق التنظيف الصحيحة؛
- متابعة أعمال النظافة؛
- توفير محاليل التنظيف والمطهرات الملائمة والأدوات اللازمة.
- أمّا عن الإجراءات التي تقع على عاتق عمال النظافة أثناء تأدية مهامهم فهي (إجراءات وسياسات الوقاية من العدوى في المراكز الصحية:100-101):
- ارتداء القفازات شديدة التحمل وكذلك وسائل الوقاية الشخصية عند القيام بعملية التنظيف.
- أن يبدأ التنظيف من الأماكن الأقل اتساخ وصولاً إلى الأماكن الأكثر اتساخاً وتغسل الأسطح من الأعلى إلى الأسفل وتنظف الأشياء الثابتة العالية أولاً مع الاتجاه إلى الأسفل؛
- استخدام الدلك والفرك باستعمال قطعة قماش مبللة للتخلص من الأتربة؛
- مسح الأرضيات بالماء والمنظفات ثم تجفيفها؛
- استبدال محاليل التنظيف عندما يصبح المحلول متسخاً؛
- استخدام دلوين مختلفين عند تنظيف كل من الأسطح أو الأرضيات يحتوي أحدهما على المنظف والآخر على مياه الشطف، وتبدأ عملية التنظيف باستخدام المنظف ثم الشطف بالماء وتجفف الأسطح؛

- غسل وعاء التنظيف بعد استعماله ويشطف ويحفظ جافاً؛
 - غسل قطعة القماش المستخدمة للتنظيف بماء شديد الحرارة يحتوي على منظف وذلك بصفة يومية؛
 - تنظيف المراحيض يوميا لعدة مرات والغرف مرة واحدة يوميا والجدران مرة واحدة أسبوعي؛
 - تحضير المحلول المطهر حسب تعليمات الشركة المصنعة؛
 - عدم خلط المحاليل المطهرة مع بعضها البعض تفاديا لإنتاج غازات سامة قد تؤدي عامل التنظيف؛
 - تنظيف المماسح باستمرار وعدم تركها داخل المحلول؛
 - تغيير الممسحة كلما تغير لونها إلى الغامق أو كلما تمزقت خيوطها؛
 - الفصل بين الأدوات الملوثة وبين النظيفة؛
 - جمع النفايات والتخلص منها بالطريقة السليمة (إدارة النفايات)؛
 - ارتداء القفازات شديدة التحمل عند تنظيف الدم والسوائل الأخرى.
- أمّا فيما يخص التعامل مع الأفرشة والأغطية، فإنّ على عمال النظافة القيام بالآتي (النظافة العامة للمستشفيات: 3-4):

- جمع الأفرشة والأغطية النظيفة في أكياس ذات لون معين ووضعها في مكان خاص؛
- جمع الأفرشة والأغطية غير النظيفة في أكياس ذات لون مغاير وضعها بعيدا عن الأفرشة النظيفة؛
- جمع الأفرشة والأغطية الخاصة بالمرضى المعزولين في أكياس بلون يختلف عن سابقه؛
- تنظيف قسم الغسيل والكي مرة أو أكثر يوميا؛
- الفصل بين مناطق وضع الأفرشة النظيفة وغير النظيفة؛
- تخزين الأفرشة والأغطية في غرف تخزين جيدة التهوية؛
- تنظيف وتطهير عربات حمل الأفرشة والأغطية وتخزينها في أماكن نظيفة.

2-معايير الحذر العالمية:

- إنّ الحفاظ على بيئة آمنة ونظيفة وصحية في مصلحة الاستجابات الطبية يتطلب بالضرورة الالتزام بما يعرف بمعايير الحذر العالمية والتي يتضمنها الجدول التالي:
- (العبدلات وآخرون، 2006:14-16).

جدول رقم (04) يوضح معايير الحذر العالمية

<p>* يجب أن يتم غسل اليدين قبل تقديم الطعام والشراب وقبل مغادرة مكان العمل مع الأغشية المخاطية والدم والإفرازات وسوائل الجسم أو الأشياء الملوثة وبعد خلع القفازات.</p> <p>* يتم غسل اليدين بصابون عادي في حالات الغسل العادي (الروتيني).</p> <p>* استخدام المطهرات أو الدلك بالكحول عند تعذر غسل اليدين الروتيني.</p> <p>* غسل اليدين الجراحي والذي يسبق إجراء العمليات الجراحية والتدخلات العميقة.</p>	1- غسل اليدين
<p>* استخدام وسائل وقاية تقي مقدم الخدمة الصحية من انتقال العدوى إليه بسبب تلوث الدم أو بسوائل الجسم.</p> <p>* تشمل وسائل الوقاية الشخصية على القفازات بأنواعها الثلاث، والكمامات، وواقبات العين، والعباءات والمنزرة، والتي تستخدم أثناء تنفيذ بعض الإجراءات الطبية التي تؤدي إلى تناثر رذاذ الدم أو سوائل الجسم المختلفة.</p> <p>* يجب اتباع الطرق السليمة عند ارتداء هذه المعدات وعند خلعها.</p>	2-معدات الوقاية الشخصية
<p>هي مجموعة الممارسات والأساليب التي يجب أن تتبع قبل وخلال الإجراءات الطبية السريرية والجراحية وتشمل على ما يلي:</p> <p>* استخدام الملابس الخاصة بالجراحة والتدخلات الطبية حسب نوع التدخل.</p> <p>* الغسيل الجراحي وارتداء القفازات المعقمة.</p> <p>* تعقيم المكان والحفاظ على هذا التعقيم وتطهير مكان التدخل والمحافظة على تعقيم العناصر المستخدمة (السوائل، الأجهزة) وعدم إعادة استخدامها.</p> <p>* اتباع الإجراءات اللازمة لتقليل تلوث الأدوات الطبية الدقيقة أثناء عمليات الحقن أو الرعاية بالمرضى أو أثناء صيانتها.</p>	3-الأساليب المانعة للتلوث
<p>* يجب التأكد من أن الأدوات التي يعاد استخدامها مع مريض آخر قد تم تنظيفها وتطهيرها وتعقيمها جيداً.</p>	4-معالجة الأدوات والمعدات الطبية
<p>* يجب أن تتأكد من أن المستشفى تتمتع بخدمات وإجراءات نظامية كافية فيما يخص تنظيف وتطهير كل الأسطح والأماكن.</p>	5-نظافة البيئة والتدبير المنزلي
<p>* التأكد من عدم كسر الأدوات الحادة أو ثنيها أو إعادة تغطيتها إلا عند الحاجة الماسة باستخدام طريقة اليد الواحدة.</p> <p>* التخلص من جميع الأدوات الحادة في أوعية مضادة للثقب فور استخدامها.</p> <p>* ارتداء القفازات السميكة عند التخلص من جميع الأدوات الحادة.</p> <p>* اتباع إجراءات ما بعد التعرض للوخز واستشارة الطبيب للتقييم.</p> <p>* فرز النفايات الطبية وغير الطبية متبعاً للسياسات المعدة لذلك ومستخدماً الأكياس الخاصة لذلك.</p> <p>* جمع النفايات في مكان مخصص متبعاً التعليمات الصحية لذلك.</p> <p>* التخلص من النفايات بناءً على المصادر المتوفرة في المركز والتي تعتمد وحدة العدى في وزارة الصحة.</p>	6-إدارة النفايات الطبية والتخلص الآمن من الأدوات الحادة

المصدر: العبدلات وآخرون (2006)، إجراءات وسياسات الوقاية من العدوى في المراكز الصحية الأولية، وزارة الصحة، الأردن

إنّ هذه المعايير هي في الأصل مقاييس يتم التأكد من خلالها على مدى توفر المنشآت الصحية على الحد الأدنى من الخدمات التي تمكن من وقاية العاملين والمرضى والزوار والحفاظ على أمنهم وسلامتهم، ولا يتأتى ذلك إلاّ من خلال اتباع الإجراءات والسياسات المذكورة سابقاً للوقاية من العدوى في المراكز الصحية، والتي على عاتق العاملين بالمصلحة كلّ حسب اختصاصه ومهامه، فالمشرفون على النظافة تتمثل واجباتهم في (بن عبد الرحمن وآخرون، 2003: 131):

- القيام بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع أعمال النظافة في المستشفى؛
- إعداد دليل إجراءات العمل الخاصة بالنظافة والعمل على تحديثه بين الحين والآخر؛
- وضع برامج التعليم والتدريب المستمر للعاملين في أعمال النظافة؛
- التنسيق مع مختلف أقسام المصلحة لتطبيق برنامج النظافة وحل المشاكل التي تظهر؛
- التنسيق مع الأقسام المختصة لتوفير مواد التنظيف والأدوات والأجهزة اللازمة واختيار أجود الأصناف منها؛
- الإشراف على تطبيق برنامج الصيانة الوقائية لأجهزة التشميع والشفط والغسيل وغيرها والتنسيق مع قسم الصيانة لإصلاحها عند العطل؛

- الإشراف على تطبيق برنامج السلامة العامة أثناء العمل؛
- الإشراف على السجلات الخاصة بأعمال النظافة والتدبير المنزلي؛
- رفع تقارير دورية عن نشاطات الوحدة لرئيس القسم؛
- المشاركة في برامج الجودة النوعية ومراقبة العدوى بالمستشفى والإشراف على تطبيق ما يخص وحدة النظافة منها؛

- القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

أما مراقبو النظافة فإنّ مهامهم تنحصر في (بن عبد الرحمن، 2003: 132):

- وضع برنامج العمل اليومي والأسبوعي وتوزيع الواجبات على عمال النظافة؛
- القيام بجولات على أقسام ومرافق المستشفى للتأكد من نظافتها؛
- التنسيق مع عمال النظافة للتأكد من تواجد كل منهم في مكان عمله وتطبيقه إجراءات العمل؛
- تدريب عمال النظافة على كيفية استعمال مواد وأدوات وأجهزة التنظيف وكيفية تطبيق دليل إجراءات العمل وإجراءات السلامة العامة؛
- مراقبة تنفيذ برامج النظافة الدورية العامة مثل التشميع والتعقيم؛
- تقييم مستوى أداء عمال النظافة ورفع التوصيات إلى المشرف؛
- جدولة الإجازات السنوية لعمال النظافة؛
- المحافظة على السجلات والقيود بدوام العمال وإجازاتهم؛
- إعداد تقرير النظافة اليومي ورفعها للمشرف؛
- القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

3- مستويات النظافة لمناطق البيئة الداخلية للمصلحة

معلوم أنّ مستويات النظافة للمناطق المختلفة بمصلحة الاستعجالات الطبية تختلف باختلاف درجة خطورة المنطقة، حيث نجد (www.salamaty.com):

3-1- المناطق قليلة الخطورة:

صالات الانتظار والأماكن الإدارية، وعادة ما تخلو هذه الأجزاء من التلوث بالدم وسوائل الجسم المحملة بالميكروبات الناقلة للعدوى ومن ثم يقل بها خطر الإصابة، وعادة ما يجدي معها التنظيف العادي . كما في نظافة المنزل . وبصفة عامة يمكن تنظيف تلك الأماكن بقطعة قماش مبللة بالماء والمادة المنظفة .

3-2- المناطق متوسطة الخطورة:

غرف وأجنحة المرضى كأماكن رعاية المرضى غير المصابين بعدوى وغير المعرضين إلى حد كبير للإصابة بعدوى، وتنظف تلك الأماكن باتباع طريقة لا تسمح بإثارة الأتربة وذلك باستخدام قطعة قماش مبللة بمنظف، ولا ينصح باستخدام المكانس الكهربائية أو الكنس الجاف، وتستخدم محاليل التنظيف لتحسين جودة النظافة، ويتعين استخدام مادة مطهرة عند إزالة بقع الدم وسوائل الجسم الأخرى من على الأسطح .

3-3- المناطق شديدة الخطورة:

تتمثل في أماكن الرعاية الخاصة (أجنحة العزل ووحدات الرعاية المركزة وغرف العمليات ووحدة الغسيل الكلوي الخ). ترتفع نسبة التلوث بالميكروبات المعدية في هذه المناطق بشكل كبير، والأهم من ذلك هو احتمال انتقال العدوى لكل من المرضى والعاملين بالمستشفى، وتراعى العناية الخاصة عند تنظيف تلك المناطق حيث يستخدم محلول منظف وأدوات تنظيف خاصة بهذه الأماكن. ويتم استخدام المطهرات بشكل أوسع عند الحاجة.

أمّا عن عدد مرات التنظيف

3-3-1- المناطق قليلة الخطورة:

مرة واحدة يومياً أو أكثر إذا لزم الأمر .

3-3-2- المناطق متوسطة الخطورة:

مرتين يومياً على الأقل وكلما لزم الأمر مثل تنظيفها عقب الزيارات أو عند الحاجة للتخلص الفوري من المواد العضوية .

3-3-3- المناطق شديدة الخطورة:

تكون الحاجة للتنظيف أكبر كما يجب مراعاة أن تتظف هذه الأماكن بعناية بين كل مريض وآخر وفي آخر اليوم، ويجب أن تضع سياسة التنظيف المطبقة في الاعتبار التنظيف الفوري عند حدوث أي تلوث مثل انسكاب الدم، القيء، البول، البراز وسوائل الجسم الأخرى.

وخلال الملتقى الوطني الأول حول تسيير الأخطار وتحسين الخدمات الصحية عبر المستشفيات بسطيف (www.kawalisse.com)

أكد المختص في النظافة الاستشفائية السيد نافع تيمسولين بسطيف على ضرورة جعل من مكافحة الجراثيم والميكروبات في الوسط الاستشفائي هدفا أساسيا عبر كل المؤسسات الاستشفائية للتقليل من انتقال العدوى، وعلى أهمية ترسيخ ثقافة سلوكية لغسل اليدين بالطرق الموصى بها عالميا وذلك في أوساط المهنيين وكل العاملين في القطاع الصحي خاصة ممن لديهم احتكاك مباشر بالمريض، اعتبر أن النظافة الاستشفائية تركز بالدرجة الأولى على نظافة اليدين كون أن اليدين المتسبب الأساسي في انتقال عدوى الجراثيم والفيروسات من مريض إلى مريض أو من المريض إلى المهنيين في حد ذاتهم، إضافة إلى فتح باب التكوين المتواصل و ترسيخ عادات وسلوكيات جديدة للعاملين، ومن جهته أشار الدكتور صلاح الدين عريف من المستشفى الجامعي عبد النور سعادنة بسطيف إلى أن الجزائر وضعت برنامجا وطنيا يهدف إلى محاربة الأمراض في الأوساط الاستشفائية وذلك من خلال اقتناء وتوفير جميع المعدات والأجهزة والوسائل اللازمة لتحسين النظافة في المحيط الاستشفائي، وأكد على النظافة في المحيط الاستشفائي والغسل والملابس المستخدمة في العمل الطبي حيث تطرق إلى ضرورة إتباع التعليمات اللازمة للحفاظ على نظافة هذه الوسائل والمعدات كاختيار مواد معقمة وذات مواصفات عالية وإتباع طرق وتقنيات و بروتوكولات حديثة للتخلص من جميع الميكروبات وتحقيق نظافة أكيدة، وعن إشكالية نفايات الاستعمال الطبي التي تفرزها مخابر المستشفيات أضاف نفس المحاضر أنها تعتبر من أهم المشاكل التي تعيق النظافة داخل المستشفيات والتي قد تتسبب في مشاكل صحية كبيرة، ولفت الانتباه في هذا الصدد إلى أنه من الضروري أن يتم معالجتها قبل التخلص منها في هذه المستشفيات في حد ذاتها للتقليل من معدل الأمراض المعدية وتطوير الخدمات الصحية و بالتالي الرفع من مستوى النظافة الاستشفائية.

كما تحدثت ممثلة أحد المخابر الفرنسية للنظافة الاستشفائية على ضرورة استعمال مواد خاصة ومضادة بأقسام المصالح الطبية مشيرة إلى أن الصابون العادي لا يحقق النظافة المطلوبة لأنه غير مضاد للجراثيم باعتباره مستعملا دائما فيما تتوفر مواد سائلة أخرى على مواصفات عالية.

4-الأساليب المتبعة في غسل الأيدي حسب نوع التدخل:

ومن بين أهم الجوانب التي تؤخذ في الاعتبار فيم يخص نظافة البيئة الداخلية لمصلحة الاستجابات الطبية هي النظافة الشخصية وغسل الأيدي، إذ تعتبر الأيدي من أكثر وسائل نقل العدوى، وغسلها من أهم الإجراءات التي تمنع انتشارها، ويكون بالماء والصابون والمواد المطهرة كالكحول، ويكون لزاماً على جميع الأطباء وهيئة التمريض والعاملين والمتدربين تنظيف الأيدي بالأساليب السليمة والوقت المحدد وحسب نوع التدخل، والجدول التالي يوضح مختلف هذه العمليات (دليل إرشادي مبسط عن مكافحة العدوى في المستشفيات، 2013: 5-6).

جدول رقم (05): الأساليب المتبعة في غسل الأيدي حسب نوع التدخل

الأسلوب	أحوال (توقيتات) تنظيف اليدين	التأثير على الميكروبات المتواجدة على اليدين	المواد المطهرة	سرعة التأثير المضاد للميكروبات	الأثر المتبقي
الغسل الروتيني لليدين	<ul style="list-style-type: none"> * قبل بدء العمل. * قبل وبعد أي تعامل مع المريض غير عميق لا يخترق دفاعات الجسم. * بعد الاجراءات التي تتزايد فيها احتمالات تلوث اليدين بالميكروبات مثل التعامل مع الأغشية المخاطية والدم وسوائل الجسم والافرازات. * بعد القيام بالتدخلات العميقة. * بعد لمس الأجسام الصلبة المحتمل تلوثها مثل حاويات قياس البول. * بعد ملامسة أي سطح حول المريض. * قبل وبعد تقديم وتناول الطعام والشراب. * بعد استخدام المراض. * بعد خلع القفازات وقبل مغادرة 	يزيل التلوث الظاهر لليدين ويزيل جزئياً الجراثيم المؤقتة.	الصابون العادي غير المضاد للميكروبات	بطيء	قصير

				العمل.	
يختلف حسب نوع المادة المطهرة المستخدمة.	يختلف حسب نوع المادة المطهرة	الكلوروهيكسيدين 4% أو الأيدوفورات (بوفيدون أيودين 7.5%).	يقضي على الجراثيم المؤقتة ويقلل من تواجد البكتيريا المستوطنة	* تطهير اليدين قبل التدخلات العميقة التي تخترق دفاعات الجسم (التعامل مع الجلد غير السليم أو الأغشية المخاطية) * قبل تضميد الجروح. * قبل رعاية المرضى ضعيفي المناعة. * قبل تحضير المحاليل الوريدية.	الغسل الصحي لليدين
يمتد المفعول بشكل أطول عند استخدام المواد المطهرة مثل الكلوروهيكسيد ين ونقل في حالة الكحول والأيدوفورز.	يختلف حسب نوع المادة المطهرة الكحول أكثر سرعة في التأثير.	الكلوروهيكسيدين أو الأيدوفورات ذلك اليدين بالكحول (شرط أن يسبق ذلك غسل اليدين روتينيا بالماء والصابون.	يقضي على الجراثيم المؤقتة ويقلل من تواجد البكتيريا المستوطنة	* التطهير قبل إجراء العمليات الجراحية. * التطهير قبل إجراء تدخلات اختراقية متعلقة بأماكن معقمة من الجسم. * قبل التدخلات الاختراقية للمرضى ناقصي المناعة. * قبل خلط المحاليل الوريدية.	غسل اليدين الجراحي
قصير المفعول.	الكحول أكثر سرعة في التأثير.	المحلول الكحولي (البروبيلي أو الإيثيلي).	يقضي على الجراثيم المؤقتة ويقلل من تواجد البكتيريا المستوطنة	* يستعمل بدلا من الغسل الروتيني والغسل الصحي لليدين بشرط عدم وجود قاذورات أو تلوث بالدم. * ويستخدم للغسل الجراحي شريطة أن يسبق ذلك غسل اليدين بالماء والصابون.	الدلك الكحول باستخدام

5-النصائح والتعليمات التي ينبغي الالتزام بها أثناء الغسل الروتيني لليدين:

يوضح الجدول التالي النصائح والتعليمات التي ينبغي التقيد بها أثناء الغسل الروتيني لليدين من طرف العاملين في مصلح الاستعجالات الطبية من أطباء وممرضين وأعوان الصحة وعمال النظافة، كل حسب مهامه ومنطقة عمله.

جدول رقم (06): أهم النصائح والتعليمات التي ينبغي الالتزام بها أثناء الغسل الروتيني لليدين

نصائح تتعلق بالغسل الروتيني لليدين:

المجوهرات:

- * يجب أن يتم خلع الخواتم والمجوهرات لضمان تنظيف كافة الأجزاء.
- * تجعل الخواتم عملية ارتداء القفازات صعبة كما قد تتسبب في تمزيقها.

حالة اليدين والأظافر:

- * ينبغي أن تكون الأظافر قصيرة وغير مطلية بطلاء الأظافر.
- * الحفاظ على خلو اليدين والأظافر من أي التهابات.
- * منع استخدام الأظافر الصناعية.

تجفيف اليدين :

هناك عدة طرق لتجفيف اليدين منها الآتي:

- * تعتبر المناديل الورقية هي أفضل طريقة لتجفيف اليدين.
- * يمكن استخدام المناديل القماشية بشرط أن تستخدم لمرة واحدة فقط ولا يعاد استخدامها إلا بعد إعادة معالجتها (بعد غسلها وتجفيفها).

* تجفيف اليدين باستخدام مجففات الهواء الساخن تقلل زمن التجفيف، ومع ذلك لا يمكن استخدامها لأكثر من شخص في وقت واحد، كما أنها تسبب ازعاجا ملحوظا كما أن هناك بعض الأدلة على أن تلك الوسيلة قد تساعد على نقل العدوى عن طريق نشر الرذاذ الملوث ولذلك لا يفضل استخدامها في أماكن الرعاية الصحية.

- * يجب أن توضع الوسيلة المستخدمة في تجفيف اليدين، بحيث تكون في متناول الشخص القائم بغسل اليدين قريبا من الحوض وبمناى عن التلوث بواسطة الرذاذ المتطاير.

الصابون :

- * في حالة استخدام الصابون السائل (المفضل استخدامه) فإنه ينبغي تنظيف حاوية الصابون عندما تصبح فارغة مع إعادة ملئها بكميات صغيرة تكفي يوم واحد، كما يجب إضافة الصابون السائل إلى حاوية نظيفة فارغة تماما من بقايا السائل القديم.
- * في حالة استخدام قطع الصابون (لا يفضل استخدامها)، يجب استخدام الأحجام الصغيرة منها حتى يمكن تغييرها بشكل مستمر مع الأخذ في الاعتبار ضرورة وضع الصابون على صيانة ذات ثقب وتنظيف الصيانة دوريا.

وكما هو معلوم فإنّ مصلحة الاستجالات الطبية تستقبل يوميا عددا كبيرا من الأفراد من أماكن وأعمار وعادات وأمراض وإصابات مختلفة ومتعددة، وتتطلب العناية بهم تدخلا طبيا سواء من الأطباء أو المرضيين، وهو ما يعني حتما لمس المرضى، واحتمال انتقال العدوى من وإلى العاملين والمرضى، وهذا يعني بالضرورة الحرص التام من طرف أعوان الصحة على النظافة الشخصية التي تتضمن نظافة الأيدي بالمطهرات ومواد التنظيف حسب طبيعة التدخل العلاجي، وقد بينت الدراسات أنّ 40% من العاملين في المنشآت الصحية يلتزمون بسياسات غسل الأيدي.

ومن العوامل التي تجعل العاملين لا يلتزمون بسياسة غسل الأيدي (الدليل القومي لمكافحة العدوى،

2008: 37):

- تهيج الجلد أو جفافه بسبب استخدام المواد المطهرة في تنظيف اليدين؛
- ندرة الأحواض أو عدم ملاءمتها؛
- ندرة الصابون؛
- ندرة وسائل التجفيف؛
- كثرة المهام وعدم كفاية الوقت؛
- ندرة العاملين أو ازدحام المستشفى بالمرضى؛
- تصور عدم احتمالية انتقال العدوى من المرضى في حالة عدم غسل الأيدي؛
- الاعتقاد بأن ارتداء القفازات قد يغني عن تنظيف اليدين؛
- افتقاد القدوة الحسنة بين الزملاء أو الرؤساء؛
- التقليل من أهمية تنظيف اليدين؛
- قلة المعرفة بالتعليمات الإرشادية والإجراءات.

وبينت الفحوصات والتحليل الطبية أنّ الجراثيم التي تتواجد على الجلد تقسم إلى قسمين هما (الدليل

القومي لمكافحة العدوى، 2008: 38):

* الجراثيم المقيمة: وتحتوي على العديد من الميكروبات (البكتيريا العصوية والبكتيريا العنقودية)، وهي جراثيم تستوطن الطبقات العميقة في الجلد، ولا يمكن إزالتها بالصابون والمنظفات العادية، بل تتطلب استخدام منظفات تحتوي على مضادات بكتيرية للتخلص منها.

* الجراثيم المؤقتة: وهي ميكروبات ناتجة عن التعامل مع المرضى أو المعدات الطبية أو التواجد في البيئة الداخلية للمستشفى لفترة طويلة، وهي غير موجودة عند أغلب الناس، وهي التي تكون سبباً في انتقال العدوى في المستشفيات سواء عن طريق التلامس المباشر أثناء معالجة المريض، أو عن طريق التعامل مع الأدوات والوسائل التي استعملها أو حتى مع مفرزاته (الدم أو السوائل الأخرى)، ويمكن إزالتها بالتنظيف البسيط والفعال لليدين، أو ما يعرف طبياً بالغسل الروتيني لليدين والذي يشمل الخطوات التالية

(recommandation pour de bonne pratiques d' hygiène dans le services d' accueil des urgences :9-10)

قبل:

- بدء العمل؛
- التعامل مع المريض؛
- ارتداء القفازات؛
- استعمال المعدات والتجهيزات الطبية؛
- الانتقال من مريض إلى آخر.

وبعد:

- التعامل مع المريض؛
- نزع القفازات؛
- استعمال الحمام؛
- تناول الطعام؛

- استعمال المعدات والتجهيزات الطبية؛

- نهاية العمل.

6-خطوات غسل اليدين:

يتضمن غسل اليدين الروتيني خطوات متسلسلة ومرتبطة يمكن توضيحها كما يلي (الدليل القومي

لمكافحة العدوى، 2008: 41-42):

جدول رقم (07): خطوات غسل اليدين

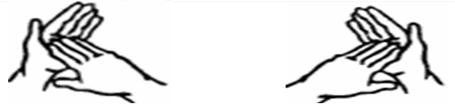
1-خلع جميع المجوهرات والحلي.
2-فتح الصنبور بالكوع أو باليدين.
3-تعريض اليدين لتيار الماء.
4-استخدام أحد المنظفات في عملية الغسل بحيث يصل إلى اليدين بصورة جيدة، على أن يتم ذلك جميع أجزاء اليدين جيدا.
5-يتم وضع الأصابع بشكل متداخل مع تحريكها ذهابا وإيابا لفترة تتراوح من 30-60 ثانية مع الأخذ في الاعتبار زيادة هذه المدة إذا ما كانت اليدين متسختان بصورة واضحة، مع إزالة الأوساخ تحت الأظافر حيث يزيد عدد الجراثيم في هذه المنطقة، يتم ذلك معظم أجزاء اليد مع التركيز على الأجزاء التي يتم إغفالها عادة.
6-شطف اليدين باستخدام ماء الصنبور الجاري حتى يتم إزالة الصابون بالكامل، ويحظر وضع اليدين في الحوض أو الماء الراكد.
7-يتم تجفيف اليدين باستخدام فوطة نظيفة تستخدم لمرة واحدة فقط.
8-يفضل إغلاق الصنبور باستخدام الكوع أو فوطة التجفيف، وذلك بعد الانتهاء من تجفيف اليدين.

7-طريقة غسل اليدين:

إن طريقة غسل اليدين هي الأخرى تكون وفق أسلوب عملي منظم يمكن من الوصول إلى كامل أجزاء

اليدين دون استثناء أو إغفال أي منطقة فيهما.

جدول رقم (08) يوضح طريقة غسل اليدين

الرسم التوضيحي	طريقة الغسل	الخطوة
	- باطن اليد بباطن اليد الأخرى	1
	- باطن اليد اليسرى على ظاهر اليد اليمنى والعكس	2
	- باطن الأصابع على بعضهم البعض	3
	- ظاهر الأصابع بباطن اليد المعاكسة	4
	- الدعك الدائري للإبهام الأيسر وكذلك الأيمن	5
	- الدعك الدائري لباطن اليد اليمنى والعكس	6

وكثيراً ما يتم إغفال مناطق معينة في باطن أو ظاهر اليدين أثناء غسل الأيدي وتكون سبباً في انتقال العدوى في المنشآت الصحية، والشكل التالي يوضح هذه المناطق (الدليل القومي لمكافحة العدوى، 2008: 43):

شكل رقم (02): المواضع التي كثيراً ما يتم إغفالها أثناء عملية غسل اليدين



8- نظافة المعدات والأجهزة الطبية

تعتبر المعدات الطبية من أهم الوسائل اللازمة للعناية بالمرضى، ولا يكتمل عمل الطاقم الطبي بدونها، وفي المقابل تعد من أكثر الوسائل نقلاً للميكروبات والعدوى بين المرضى وأعان الصحة على السواء، ومنه فإنّ تنظيف وتعقيم هذه المعدات وفق قواعد النظافة من الأهمية القصوى، وتهدف نظافة المعدات الطبية إلى إزالة ما علق بها من ملوثات، وتتضمن ثلاث عمليات هي (الدليل القومي لمكافحة العدوى، 2008: 173):

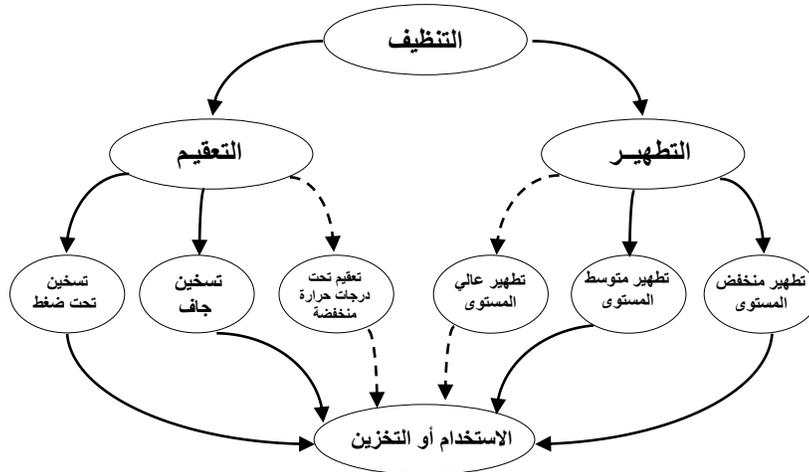
- التنظيف؛
- التطهير؛
- التعقيم.

1-التنظيف: هو أول خطوة يتم القيام بها بعد استعمال المعدات الطبية، وتكون باستخدام مواد تنظيف عادية أو سوائل إنزيمية للتخلص من الأتربة والمواد العضوية والميكروبات.

2-التطهير: تتم باستخدام مواد كيميائية في أغلب الأحيان (محاليل كيميائية)، وقد يستخدم التطهير الفيزيائي كذلك بالحرارة العالية لقتل الميكروبات.

3-التعقيم: يهدف إلى القضاء على كل أنواع الميكروبات بما في ذلك الجرثومية، وتكون باستخدام البخار الضغوط أو التعقيم الحراري الجاف أو التعقيم في درجات الحرارة المنخفضة.

والمخطط التالي يوضح خطوات إزالة التلوث على المعدات الطبية



الشكل رقم (03): خطوات إزالة التلوث

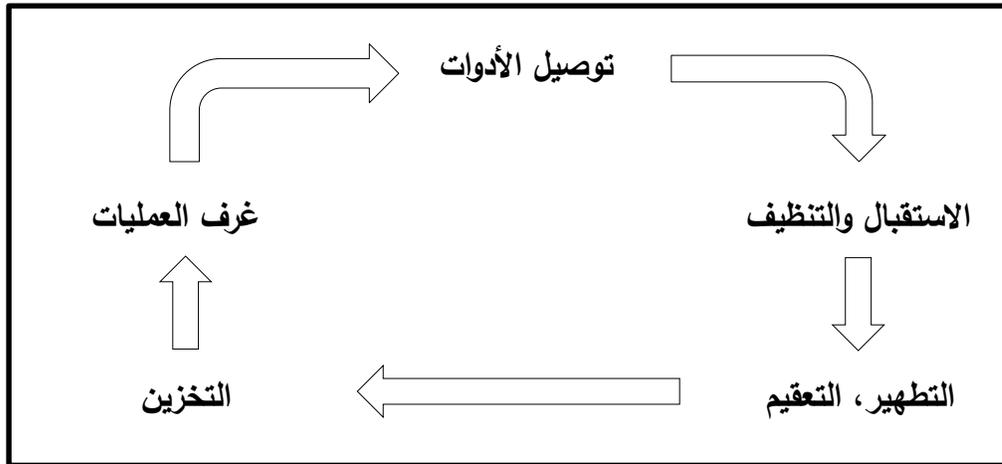
المصدر: الدليل القومي لمكافحة العدوى(2008)، البرنامج القومي لمكافحة العدوى، الجزء الأول، ط2، وزارة الصحة

المصرية، مصر.

9-تخصيص أماكن معالجة الأجهزة والمعدات الطبية

ممّا لا شكّ فيه أنّ نظافة المعدّات الطبيّة تعتبر من أهمّ الخدمات التي ينبغي أن تعطى الأهمية البالغة من طرف إدارة مصلحة الاستعجالات الطبية، خاصة مع الخصوصية التي تتميز بها المصلحة من سيولة وتدفق عدد كبير من المصابين وضرورة سرعة التدخل وعدم وجود الوقت الكافي للتنظيف والصيانة. ومن النقاط التي تؤخذ في الاعتبار بالإضافة إلى تنظيف وتطهير وتعقيم الأجهزة والمعدات الطبية هي تخصيص مكان لتنظيفها وتخزينها، ذلك أن نظافة هذه المعدات غير كاف إذا لم يتوفر المكان الخاص لتخزينها بعد تنظيفها وتعقيمها، ويمكن من خلال الاطلاع على سيرورة استخدام التجهيزات وإعادة استخدامها التعرف على مدى تطبيق معايير العناية بها، وهو ما يعني بالضرورة حماية المرضى من خلال منع انتشار العدوى التي يكمن أن تتسبب فيها انعدام نظافة هذه التجهيزات، ومن الأخطاء التي قد تصادف في مثل هذه الحالات هو أن يكون مكان التنظيف والتخزين واحد، ولا يوجد عازل بينهما، في حين أنه من الوظيفي أن يتم استقبالها في منطقة منعزلة حيث يتم تنظيفها أو تطهيرها أو تعقيمها، ثم نقلها إلى منطقة أخرى بشكل آمن حيث يتم تخزينها إلى حين وقت استعمالها، والمخطط التالي يوضح سيرورة هذه العمليات:

شكل رقم (04): مخطط يوضح مسار العمل المتبع لإعادة استخدام الآلات



9-1- في أجنحة المرضى وغرف العمليات:

يتم الالتزام بالخطوات التالية:

- جمع كل الأدوات والمعدات الملوثة في حاوية مغلقة بإحكام، مع وجود إشارة توضح محتواها؛
- الامتناع عن غسل أي منها في غرف المرضى أو غرف العمليات؛
- نقل الأدوات والمعدات إلى الغرفة المخصصة للتنظيف دون ملاحظة أو تأخير.

9-2- في منطقة التنظيف والتعقيم:

- وضع الأدوات والمعدات الطبية غير النظيفة في الغرفة المخصص للتنظيف؛
- الحرص التام على تنظيف الأدوات والمعدات أو تطهيرها أو تعقيمها حسب ما تقتضيه الضرورة؛
- التأكد من فعالية عمليات التنظيف والتطهير والتعقيم؛
- تخزين المعدات والأدوات في غرفة نظيفة أو إعادتها إلى مناطق الاستعمال مع مراعاة فصل مسار الأدوات النظيفة وغير النظيفة وعدم الخلط بينهما.

وما ينبغي التأكيد عليه كذلك هو ضرورة توفير وسائل الوقاية الجماعية والفردية للقائمين بأعمال تنظيف المعدات الطبية من قفازات شديدة التحمل ومآزر بلاستيكية وواقيات للأعين وواقيات للأقدام وغيرها من عناصر الحماية، وكل ذلك يدخل ضمن ضمان الأمن والسلامة المهنية للعاملين في هذه الأقسام.

10- علاقة النظافة الاستشفائية بالتصورات الاجتماعية والمهنية (الأرغوميا الذهنية):

عند الحديث عن النظافة فإننا نركز على جانبين هامّين هما:

الجانب الأول: ويتضمن الجانب المعرفي وهو مرتبط بالمعرفة النظرية ونعني به مدى تطور المعرفة

لدى أعوان الصّحة في المؤسسات الاستشفائية فيما يخص مبادئ النظافة وأهمية مراعاتها.

الجانب الثاني: ويتضمن الجانب التطبيقي، وهو مرتبط بالممارسة العملية، ونعني به مدى تطبيق

برتوكولات النظافة التي تعلّمها أعوان الصّحة وتدرّبوا عليها في الممارسة العملية اليومية.

وجدير بالذكر أن نشير إلى ربط الباحثين في علم النفس العمل للتصورات الاجتماعية للأفراد في

مهنهم بتصوراتهم المهنية، وقد أشار زيريلو (morlot, 2008: 89-114)

عند استجوابه لطلاب في تخصص علم النفس والتكوين التمريضي أنّ تصوراتهم للنظافة ترتكز على

الوقاية من الأمراض، الراحة، احترام الآخرين، تجنب الروائح الكريهة، وهي عناصر ترتبط بالنظافة الشخصية

اليومية التي تختلف عن النظافة الاستشفائية، أمّا آراء الأطباء فقد تركزت فيما يخص النظافة حول العدوى

المستشفوية، بمعنى أنّ النظافة الاستشفائية مفهوم واسع يعني كل البروتوكولات والأساليب التي يؤدي إتباعها

والتقيد بها إلى منع حدوث العدوى في المستشفيات.

وذهب مورلو (morlot, 2008: 89-114) في دراسته التي أجراها حول التصورات المهنية لأعوان

الصحة نحو النظافة الاستشفائية إلى الافتراض أنّ:

- عندما يمتلك العاملون معرفة وتطبيق مهني للنظافة يقومون بمجموعة أعمال منظمة وفي إطار نشاط جماعي موجه لأهداف محددة، والتي يكون محركها الرئيسي تصوراتهم المهنية المرتبطة بالنظافة الاستشفائية.

- عندما لا يمتلك العاملون معرفة وممارسة مهنية رغم امتلاكهم معرفة وممارسة يومية فيما يخص النظافة، فإن قيامهم بمهامهم تحركها تصوراتهم الاجتماعية فقط (ترتبط بالنظافة الجسمية اليومية).
ومعلوم أن الأفراد العاملين في مهنة معينة تكون لديهم خلفية مسبقة عن المهنة التي سيزاولونها، والتي تكون ما يعرف بالتصورات المهنية لديهم وهي جزء من التصورات الاجتماعية، ومن بين التصورات المهنية في مجال الطب والممارسات المهنية في المنظمات الصحية هي التصورات المتعلقة بالنظافة سواء العامة أو الشخصية.

وترتبط التصورات المهنية الخاصة بالنظافة بعاملين أساسيين هما:

- القنوات الفردية للعاملين بالمؤسسات الاستشفائية.

- التدريب حول طرق الوقاية من العدوى في المستشفيات.

ومن التقنيات المستعملة للتعرف على التصورات المهنية للعاملين بالمستشفيات هي تقنية المقابلة، المطورة من طرف (Vermeersch, 1990-1996)، التي تركز على موضوع التصورات من جهة، وعلى نشاطات المشغلين في مناصب عملهم من جهة أخرى، وتهدف إلى جمع معلومات دقيقة وواضحة حول تصورات الأفراد نحو مهنتهم، والاحتياجات الواجب اتخاذها أثناء أداء مهامهم، وتكشف بالضرورة عن معارف وأفكار الأفراد العاملين فيما يتعلق بالنظافة العامة أو الشخصية في ميدان العمل.

ومما سبق ذكره فإن تصورات العمال حول النظافة تختلف حسب طبيعة المهنة، فنجد أن التصورات المهنية للأطباء تختلف عن التصورات المهنية للمرضيين، كما تختلف عن تصورات باقي أعوان الصحة وعمال النظافة.

ومن الأسئلة التي احتوتها مقابلات للموظفين كان موضوعها التصورات المهنية نحو النظافة (Edith et al, 2009):

- السؤال الأول: ماذا يستحضر لديك مفهوم النظافة (hygiène)؟

- جواب العينة الأولى: يستحضر لي احترام المرضى، (وهو تصور مهني من مستوى أعلى).

- جواب العينة الثانية: يعني نظافة الجسم (الثياب، البدن)، (وهو تصور مهني من مستوى أدنى).

- السؤال الثاني: ماذا يعني لك احترام المرضى؟

- جواب العينة الأولى: الوقاية من العدوى، توفير الشروط المثلى للراحة.
 - جواب العينة الثانية: تجنب الروائح الكريهة في المستشفى.
- وقد توصل zerilo (46; 2009, Édith et al) إلى وجود أربعة معاني مشتركة بين هذه العينات وهي: الغسل (propreté)، منع العدوى (désinfection)، الميكروب (microbe)، الصابون (savon)، لكن المصطلحين اللذين تحصّلا على أعلى تكرار هما: الغسل (propreté)، منع العدوى (désinfection)، كما أظهرت نتائج دراسته الأثر الواضح للمعارف والممارسة المهنية على التصورات.
- في حين أنّ استجابات ثلاث فئات حول نفس الموضوع في دراسة أخرى وهم:
- الأشخاص المعالجين (إطارات الصحة، الممرضين، الممرضين المساعدين).
 - الطلاب المتخصصون في العلاج التمريضي (السنة الأولى، السنة الثانية، السنة الثالثة).
 - الطلاب غير المتخصصين.
- تلخصت في نتائج الدراسة والتي أظهرت وجود قاعدة ثقافية مشتركة، وبناء عام يركز على التصورات الجماعية والتصورات الاجتماعية، كما أنّ التحليل المعمق لنتائج هذه الدراسة أظهر وجود فروق شاسعة بين التصورات المتعلقة بالنظافة بين الفئات الثلاثة، حيث أنّ:
- المهنيين: يظهرون إرساء تطبيقي لمعارف علمية محددة ودقيقة فيما يخص النظافة.
 - الطلاب المتخصصون: لديهم معارف نسبية حول موضوع النظافة، وتبقى مجردة وقياسية.
 - الطلاب غير المتخصصين: ترتبط تصوراتهم بالنظافة بمدى تطبيقها، وهي محصورة بالنظافة التي تعرف بالتدبير المنزلي (ménage).
- مجموع هذه النتائج يوجهنا للتأكيد على وجود علاقة حسّاسة بين ارتباط المجموعات (الجماعات) الاجتماعية المعتمدة والتصورات الاجتماعية المكوّنة فيما يخص الهدف، واستغلال التصورات الاجتماعية.
- وترتبط الخلفية النظرية لموضوع التصورات الاجتماعية المرتبطة بالجانب المهني بما جاء به موسكو فسكي (93: 2008, morlot et Edith) الذي اعتبر أنّ التصورات الاجتماعية تنتج من الانتماء الجماعي للأفراد (انتماء الأفراد إلى الجماعة)، وتتأرجح بين التصورات الجماعية والتصورات الفردية، وحسب دوركايم (92: 2008, morlot et Edith) فإنّ التصورات الجماعية ثقافية بالدرجة الأولى، وتعود إلى طريقة التفكير المشتركة (التاريخ، العادات، القواعد، المعايير)، التي تنتج من شبكة العلاقات الاجتماعية بين الأفراد والجماعات.

وقد أشار مولينر (morlot et Edith, 2008 : 93) فيما يخص مهنة التمريض عند الطلاب المتكونين، والمبتدئين، والمحترفين أنها تظهر بينيات مختلفة تبعاً للتصورات الموجودة لدى هذه الفئات، وبحث salesse (morlot et Edith, 2008 : 93) لتوضيح سيرورات بناء التصورات الاجتماعية من خلال استبيان وتقنية تداعي الأفكار الشفهي، حيث بينت دراسته أنّ هذه السيرورات متطورة ومرتبطة مباشرة بمستوى المعارف لدى الأفراد ، وميّز عدّة أشكال من المعارف التي تتراوح بين المعارف التصريحية (الوصفية)، والمعارف التطبيقية الذاتية المكثفة.

أمّا عن الأهداف المتوخاة من وراء موضوع التصورات نحو النظافة الاستشفائية فهي:

- فهم نماذج اكتساب المعرفة المتعلقة بالنظافة في إطار التدريب (الجانب المعرفي).

- المراهنة بكل وضوح على تطور هذه المعارف أثناء تطبيقها في الميدان المهني (أداء المهنة)، أي

الجانب التطبيقي.

خلاصة جزئية

من مبررات التطرق إلى النظافة في البيئة الداخلية لمصلحة الاستجابات الطبية هو الآثار السلبية لها على العنصر البشري داخل المؤسسة الاستشفائية سواء كانوا عاملين أو مرضى أو مرافقين للمرضى، كما أنّ الكثير من الأمراض المعدية والمتقلة تكون عادة بسبب انعدام النظافة، وقد بينت الدراسات والملاحظات اليومية إصابة أشخاص بأمراض لم يكونوا يحملونها وذلك بمجرد إقامتهم في المستشفى، وتعتبر العدوى المكتسبة داخل المنشآت الصحية ومخاطرها التي يمتد أثرها للمرضى ومقدمي الخدمة الصحية والزوار، تحدياً يواجه الفريق الطبي داخل منشآتنا الصحية، كما أنها تؤدي إلى مضاعفة الفترات الزمنية لإقامة المرضى بالمستشفيات وما ينتج عن ذلك من مضاعفات صحية واقتصادية.

الفصل الثالث: التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها

تمهيد

1-مدخلات المنظمات الصحية

1-1-المدخلات

1-2-مفاهيم الصيانة

3-أهداف صيانة التجهيزات الطبية

4-أشكال الصيانة

4-1-الصيانة غير المخططة

4-2-الصيانة المخططة

9-النقائص المسجلة في التجهيزات الطبية في المنظمات الصحية

6-آلية تقييم المعدات والتجهيزات الطبية

7-مهام إدارة مصلحة الاستعجالات الطبية

8-مهام شعبة صيانة التجهيزات الطبية

5-مقاييس ومعايير المعدات والتجهيزات الطبية

تمهيد

تعدّ صيانة البنى التحتية للمستشفيات وأساليب إدارتها من المواضيع التي ينبغي تسخير الجهود للاهتمام بها وإعطائها الاعتبار المطلوبة، وهو ما يتطلب البحث الدائم عن أفضل الأساليب التي تساعد في تقييمها، وباعتبار الأجهزة والمعدات الطبية في المستشفيات عامّةً وفي مصلحة الاستعجالات الطبية خاصّةً من مكّونات البنية التحتية لها، فإنّ جمع معلومات أوسع عن الاتجاهات السائدة نحوها، ومدى صيانتها وتحديثها بما يتوافق مع التطور التكنولوجي الحاصل أمر أساسي، وقد استهلّ مسح عالمي السياسات الخاصة بالأجهزة الطبية وتنظيمها وإدارتها، وكذا المبادئ للشراء أو التبرع والصيانة وتقدير الاحتياجات وتقييم التكنولوجيا الصحيّة، كما حدد المنتدى العالمي للمنظمة العالمية للصحة بشأن الأجهزة الطبية واستعمالها على النحو الملائم (تقرير النظم الصحيّة، 2011).

وهو ما يدلّ على نحو مؤكد أهمية الاهتمام بالتجهيزات الطبية وصيانتها في تحقيق التغطية الشاملة للخدمات الصحيّة في المؤسسات الاستشفائية

1-مدخلات المنظمات الصحيّة

1-1-المدخلات:

إنّ أيّ منظمة إنتاجية كانت أو خدماتية لا بدّ أن تكون لها جملة من الإمكانيات المادية والبشرية والتنظيمية، وتعتبر من المعايير التي يتم اعتمادها في قياس كفاءة هذه المنظمات، ونوع الخدمة التي تقدمها، واتجاهات المستفيدين منها، وتتمثل في:

-المباني؛

-التجهيزات؛

- مستلزمات التشغيل؛

- الموارد المالية الميزان.

بالإضافة إلى الإمكانيات البشرية:

- القوى البشرية؛

- المؤهلات؛

- ترخيص مزاولة المهنة؛

- التدريب؛

- أعداد كافية.

كما لا ننسى المدخلات التنظيمية وهي:

- نظم العمل؛
- السياسات والتدابير اللازمة لإعداد أجزاء نظام الرعاية الصحية؛
- الإجراءات؛
- الوصف الوظيفي؛
- أدلة العمل الإكلينيكية؛
- مسارات العلاج؛
- السجلات الطبية.

ومما سبق ذكره يتبين لنا الأهمية البالغة التي تحتلها التجهيزات الطبية في البنية المادية للمنظمات عامة والمنظمات الخدماتية الصحية بشكل خاص، ومنه فإن الحفاظ عليها وحسن استعمالها من خلال الصيانة الدورية لها بهدف إطالة مدة صلاحيتها، وتجنب الخسائر المادية والأضرار البشرية الناتجة عن أي عطل فيها التي تنعكس سلباً على إنتاجية المصلحة كما ونوعاً وعلى الخدمات الطبية، وهو ما يؤدي حتماً إلى تكوين اتجاهات سلبية للزبائن نحو هذه الخدمات وفعاليتها، ولا شك أن التطور التكنولوجي قد أضاف الكثير فيما يتعلق بنوعية التجهيزات الطبية وسرعة أدائها وسهولة استخدامها، لكن من جانب آخر تميّزت المنتجات الطبية الحديثة بحساسيتها الكبيرة وسرعة عطبها إذا لم تلق الصيانة الكافية والاستعمال الملائم حسب طبيعة المهمة

1-2- مفاهيم الصيانة

إن الصيانة تحمل مفاهيم متعددة قد ترتبط بالأبنية أو بالتجهيزات من خلال المحافظة عليها والصيانة الوقائية والعلاجية لها، ومن بين المفاهيم نورد التالي (ساعاتي، 1998).

- المفهوم الأول:

ترتبط الصيانة بوضع الخطط العامة والتفصيلية لضمان تشغيل التجهيزات والمحافظة عليها حتى تبقى في حالة جيدة وصالحة للاستعمال بما يساهم في تحقيق أهداف المؤسسة.

- المفهوم الثاني:

هي إجراء أو مجموعة من الإجراءات التي تضمن بقاء الآلات والتجهيزات صالحة للاستعمال.

- المفهوم الثالث:

هي الإجراءات التي تتعلق بالتجهيزات، والتي تضمن تحقيق أهداف المنظمة بأقل تكلفة ممكنة.

وما يمكن استخلاصه من خلال هذه المفاهيم هو:

- أنّ الصيانة نشاط يقوم على أساس التخطيط المسبق والمنظم.
- أنّ الصيانة ترتبط ارتباطا وثيقا بأهداف المنظمة.
- أنّ الصيانة تضمن صلاحية الأجهزة كما تضمن استمرارية عملها.

3- أهداف صيانة التجهيزات الطبية:

تتعدد الأهداف من وراء صيانة الأجهزة فمنها ما هو اقتصادي، ومنها ما هو تنظيمي، ومنها ما هو (نعسان، 1999).

- التأكد من الجاهزية التامة لكل المعدات والآلات خاصة في حالة الطوارئ؛
- التأكد من سلامة المرضى والعاملين عند التعامل مع هذه المعدات؛
- انخفاض التكلفة المرتبطة بشراء الأجهزة والآلات؛
- إطالة عمر الأجهزة والمعدات.

4- أشكال الصيانة:

من أهم الأشكال المعروفة فيما يخص صيانة الأجهزة والمعدات نذكر التالي (جاد الرب، 1991):

- الصيانة غير المخططة والصيانة المخططة؛
- الصيانة الداخلية والصيانة الخارجية.

4-1- الصيانة غير المخططة:

وتسمى أيضا صيانة الحالات الطارئة، حيث تكون فجأة ودون استعداد مسبق لها، حيث تتطلب الإصلاح الفوري للأجهزة والمعدات التي تعطلت، وتوقف سرعة إجراء التصليحات على كفاءة فنيي الصيانة، ومدى وجود خطط مسبقة للتدخل في الحالات الطارئة.

4-2- الصيانة المخططة:

هي التي ترتكز على أنشطة معدة مسبقا وفق برنامج مضبوط وجدول زمني دقيق، وتكون عادة بشكل دوري، وتنفذ بشكل آلي ودون الحاجة إلى تأكيد من الإدارة المسؤولة، كما تخضع للتدقيق والتفتيش من الأطراف المخولة.

وتقسم الصيانة المخططة إلى:

4-2-1-الصيانة العلاجية:

تتم في كل حالات الأعطال للأجهزة والمعدات الطبية سواء كانت هذه الأعطال فجائية أو كان من المتوقع حدوثها.

4-2-2-الصيانة الوقائية:

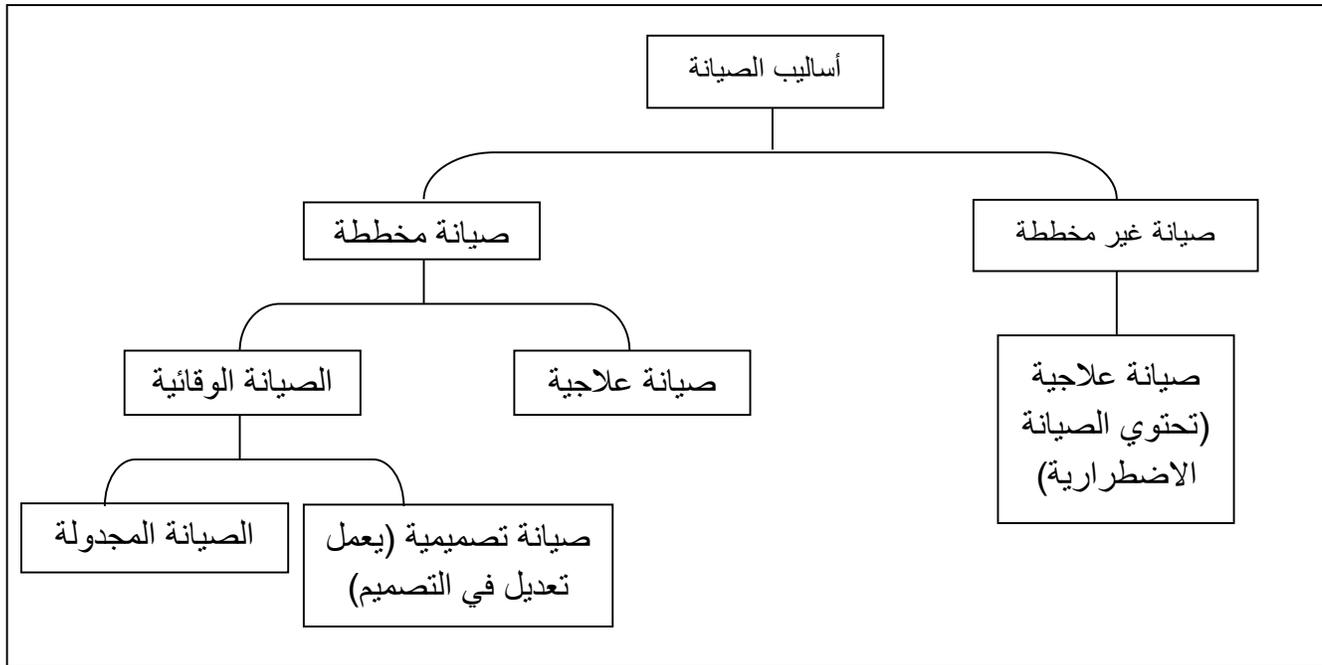
هي الصيانة التي يتم إجراؤها قبل حدوث أي خلل أو عطل في الأجهزة والمعدات الطبية وفق برنامج مسبق لتلافي حدوث مشكلات تقنية في بيئة العمل، وتتضمن بدورها:

4-2-2-1-الصيانة التصحيحية: يتم تنفيذها في حالة تكرار العطل في جهاز طبي ما، وقد يكون

السبب هو خطأ فني من المصنع، فيعمل فنيو الصيانة على إجراء التعديلات اللازمة لاستمرارية الجهاز في العمل.

4-2-2-2-الصيانة المجدولة: تخضع لبرنامج مسطر مسبقاً ووفق جدول زمني دقيق.

شكل رقم (05) يوضح أساليب صيانة التجهيزات الطبية



المصدر: حافظ إبراهيم ناجي (2013)، تقييم إدارة الصيانة لأبنية المستشفيات، كلية الهندسة، مجلة ديالى للعلوم

الهندسية، المجلد السادس، العدد الثالث، ص12.

5-مقاييس ومعايير المعدات والتجهيزات الطبية:

وتعتبر العناية بالتجهيزات الطبية وإدارتها بشكل آمن من المعايير الأساسية للرعاية الصحية، حيث أصبح اقتناؤها يخضع لمعايير ومقاييس أرغنومية، كما أنّ هناك عدّة عوامل ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند اقتناء هذه التجهيزات من بينها: آراء العاملين، الخبرة والمعرفة اللازمة لاستخدامها، المخاطر المحتملة من سوء استعمالها، الصحة والسلامة المهنية، الأبحاث والمستجدات العلمية المتعلقة بها، إضافة إلى عوامل ترتبط بصيانتها منها: الكشوف الدورية، متابعة أدائها ضمن مدة صلاحيتها، الحفاظ عليها ووضعها في مكان آمن وملائم، احتمال حصول أعطال أو أضرار لها.

ومن المقاييس التي يمكن الأخذ بها والمرتبطة بالتجهيزات الطبية:

جدول رقم (09) يوضح معايير الرعاية الصحية الأولية المرتبطة بالتجهيزات الطبية

المستوى	الهدف	المقياس	
الأساسي	الكفاءة	يتّبع المركز اجراءات منهجية محددة لاختيار التجهيزات الطبية	9.1
الأساسي	السلامة	يتّبع المركز اجراءات منهجية محددة، وموثّقة، لإعداد كافة التجهيزات الطبية الجديدة، ولتعويضها Calibrating، والتأكد منها.	9.2
الأساسي	الكفاءة	يتم تدريب الموظفين المعيّنين في المركز على كيفية تشغيل الآلات الجديدة أو المتخصصة.	9.3
الأساسي	السلامة	هناك جدولة محدّدة لمواعيد إجراء الصيانة الوقائية لكافة الآلات والمعدات الطبية في المركز.	9.4
الأساسي	السلامة	يعتمد المركز جداول لمتابعة المعدات الطبية، وتطويرها أو استبدالها متى لزم الأمر.	9.5
الأساسي	السلامة	يعتمد المركز أنظمة للتحقق من مطابقة المعدّات والتجهيزات الطبية المستخدمة للمعايير المطلوبة وإرشادات جهة التصنيع	9.6
الأساسي	الكفاءة	يرتّب المركز عقوداً مع مزوّدين خارجيين لخدمات الصيانة	9.7
الأساسي	السلامة	يتّبع المركز اجراءات منهجية محددة، وموثّقة لإدارة الحوادث المتعلّقة بالتجهيزات والمعدات الطبية، بما في ذلك حالات النتائج العكسية العارضة (Adverse Events) التي تتضمّن نوعاً من الاستخدام الخاطئ	9.8
الأساسي	الكفاءة	يمكن للموظفين في المركز الاتصال بمصدر مطّلع على حيثيات التجهيزات الطبية وتشغيلها، والوصول إليه واستشارته متى لزم الأمر؛ خاصة عند حصول مشاكل.	9.9

المصدر: معايير الرعاية الصحية الأولية (2010)، دائرة الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة العامة، لبنان.

أمّا المعايير الخاصة بالمعدات والتجهيزات الطبية فتتعلق بـ:

- وجود الأجهزة والمعدات واللوازم الضرورية لإجراء كل فحص؛
- وجود بطاقات تعريف لكل الأجهزة والمعدات؛
- إجراء الصيانة الدورية للأجهزة والمعدات الطبية حسب ما هو مقرر من إدارة المصلحة؛
- تقييم حالة الأجهزة والمعدات الطبية ومدى ملاءمتها للاستخدام؛
- وجود معدات طبية وأدوات وأجهزة توفر الوقت وتعطي التشخيص الصحيح لأي حالة مرضية؛
- ضمان فعالية المعدات والتجهيزات وسهولة استخدامها.

(معايير الرعاية الصحية الأولية، 2010: 15)

6-آلية تقييم المعدات والتجهيزات الطبية:

إنّ تقديم الخدمات الصحية لا يتمّ إلاّ في وجود معدات وأجهزة فعالة وآمنة، تعمل بكفاءة وتعطي نتائج صحيحة ودقيقة، ويتمّ تقييم هذه الأجهزة والمعدّات وفق آلية تقييم موضوعية تتضمن (المعايير الوطنية للجودة والاعتماد لمراكز الرعاية الصحية الأولية، 2012: 79):

- التحقق من توفر الأجهزة والمعدات اللازمة لتوفير الخدمات الصحية بكفاءة؛
- التحقق من صلاحية كافة الأجهزة والمعدات للعمل؛
- تأجيل كافة الفحوصات أو عدم إجرائها عند التأكد من عدم صلاحية الأجهزة والمعدات؛
- التحقق من مطابقة الأجهزة والمعدات للمقاييس والمعايير المعمول بها؛
- وجود خطة للتفتيش للاطلاع على حالة التجهيزات وصلاحيتها.

7-مهام إدارة مصلحة الاستعجالات الطبية:

ومن المهام التي تقع على عاتق إدارة مصلحة الاستعجالات الطبية فيما يتعلق بالتجهيزات والمعدات الطبية الآتي:

- وضع المعايير القياسية للأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية؛
- المساهمة في إعداد مواصفات موحدة لمختلف التجهيزات والمعدات الطبية والمراجعة المستمرة لهذه المواصفات؛
- دراسة احتياجات مصلحة الاستعجالات الطبية من الأجهزة والمعدات الطبية؛
- استلام المعدات والأجهزة الطبية الخاصة بالمستشفيات من مصادر توريدها؛
- إجراء الدراسات الخاصة بتقرير مدى صلاحية الأجهزة والمعدات الطبية المستعملة بالمصلحة ووضع خطط صيانتها؛
- إعداد ومتابعة توفير متطلبات برنامج التدريب والتعليم المستمر من التجهيزات والمستلزمات.

(بن عبد الرحمن وآخرون، 2003).

8- مهام شعبة صيانة التجهيزات الطبية:

أمّا المهام المتعلقة بصيانة التجهيزات والمعدات الطبية فتقع على عاتق شعبة الصيانة بالمصلحة،

والتي تتمثل في:

- إعداد وتنفيذ برامج الصيانة الوقائية لجميع الأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية والمباني ومرافق المستشفى المختلفة؛
 - تطبيق الشروط والمواصفات الخاصة بعمليات الصيانة بأنواعها حسب المقاييس والمواصفات المعدة لكل جهاز من المصنع؛
 - إعداد الاحتياجات من قطع الغيار وتحديد مصادر توريدها؛
 - متابعة أعمال التشغيل والصيانة فيما يتعلق بالأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية التي تخضع لعقود تشغيل أو صيانة أو ضمانات من الجهة الموردة؛
 - تقديم الاقتراحات الفنية عند الحاجة لتأمين جهاز معين حول تكلفة تشغيله وجودته؛
 - حفظ المعلومات الكاملة عن جميع الأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية وتشمل المواصفات وتعليمات التشغيل وتاريخ تركيب الجهاز، ومصدره وتدوين أعمال الصيانة والإصلاح لكل جهاز؛
 - تنظيم وتشغيل الورش اللازمة لاصلاح الأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية.
- (بن عبد الرحمن وآخرون، 2003: 79).

إضافة إلى المقاييس والمعايير التي تمّ ذكرها سابقاً، فإنّ على الجهة المخولة بالصيانة الحرص على:

- وجود فئة مؤهلة تتولى صيانة الأعطال والصيانة الدورية لكل جهاز؛
- معرفة فنيي الصيانة بطريقة العمل على كل جهاز وكيفية معايرته؛
- تلقي فنيي الصيانة التدريب الكافي للعمل على الأجهزة والمعدات الطبية؛
- توفير احتياطات السلامة الضرورية للعاملين على صيانة الأجهزة والمعدات؛
- برنامج واضح لإدارة عملية التشغيل والصيانة والمعايير للأجهزة والمعدات.

9- النقائص المسجلة في التجهيزات الطبية في المنظمات الصحية:

تبين من خلال لجان التفتيش التي زارت عدّة مستشفيات على مستوى الوطن وجود الكثير من النقائص على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية، ومن أهمها:

- نقص التجهيزات الطبية كسيارات الإسعاف وأجهزة الكشف وتجهيزات المخابر؛

- قدم التجهيزات على مستوى أقسام مصلحة الاستعجالات الطبية؛

- نقالات المرضى في وضعية يرثى لها (الصدأ، الدم الجاف على النقالات، نظام المكابح معطل).

وبناءً على ما سبق قدمت لجان التفتيش جملة من التوصيات تتعلق بمصلحة الاستعجالات الطبية،

نذكر منها ما يتعلق بالتجهيزات الطبية:

- إنّ مصلحة الاستعجالات الطبية هي المصلحة التي تواجه عدد متزايد من المرضى والمصابين الذين

يعانون من أمراض وصدّات، لذا يجب أن تحتوي على وسائل مادية وبشرية لمواجهة المهام المنوطة

بها.

- تجهيز المصلحة بسيارات الإسعاف بالعدد الكافي لنقل وتحويل المرضى.

- ضمان الصيانة للبنية التحتية لمصلحة الاستعجالات الطبية.

- تجديد مجموع التجهيزات (الأسرة، النقالات، الطاولات، الستائر) التي تكون في حالة متلفة أو منقّرة.

- تفعيل دور عاملات النظافة وأعاون الصيانة لضمان نوعية للمرضى.

(ENQUETE NATIONALE SUR LES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES, 2003)

وقد أكدت دراسة (Allen and Catherine, 2004) بعنوان "العوامل المؤثرة على الجودة في الوحدات الطبية" على العوامل الأكثر تأثيراً في جودة العناية الطبية المقدمة إلى مراجعي الوحدات الطبية، وعلى دور الكوادر الطبية والتمريضية التي تقدم العناية إلى المرضى المرعفين، فضلاً عن دور المواد والأجهزة الطبية التي تدعم عمل الكوادر الطبية في الوحدات الصحية، وتوصلت الدراسة إلى ضرورة اهتمام إدارات الوحدات الطبية بموضوع جودة العناية الصحية والعمل على تطبيق إدارة الجودة الشاملة لديها. (الطويل، 2010: 237).

- كما أنّ من الملاحظات المسجلة حول التجهيزات الطبية (الحالة والخدمات الصحية في مصر، 2005) .
 - نقص في تحديث مصلحة الاستجالات الطبية بالأجهزة والمعدات الطبية والتكنولوجيات الحديثة للتشخيص والعلاج.
 - طلب أجهزة ومعدات طبية معقدة وعدم استعمالها لغياب التدريب وقلة وعي مستخدمي هذه الأجهزة.
 - عدم توفر الأجهزة والمعدات الطبية بالقدر الكافي، مما يتسبب في ضعف الخدمات الصحية في المصلحة.
 - ضعف التدابير الوقائية للوقاية من التلوث والعدوى التي قد تنتقل بالأجهزة والمعدات الطبية. والنقاط التي يجب إثارتها في هذا الجانب هي:
 - مدى وجود برنامج متكامل لدى إدارة مصلحة الاستجالات الطبية لتحديث التكنولوجيا المتعلقة بالتجهيزات الطبية.
 - مدى وجود رغبة للشراكة والانفتاح على الخبرات والتجارب العالمية الحديثة.
 - وجود رؤية مستقبلية لتحديد مجالات التحديث الفني والتكنولوجي.
 - مدى التعاون مع منظمات وهيئات البحوث المحلية والعالمية حول خطط التطوير والتغيير.
 - توفر الإمكانيات اللازمة لتطبيق الأساليب التكنولوجية الحديثة على مستوى المصلحة.
 - إتاحة الإدارة الفرصة للكفاءات الداخلية والخارجية لإحداث التغييرات المطلوبة في التجهيزات الموجودة في المصلحة.

خلاصة جزئية:

من خلال المعلومات التي تم سردها فيما يخص التجهيزات والمعدات الطبية، تتجلى أهمية صيانة هذه المعدات واقتنائها بما يتلاءم مع طبيعة المهام المنوطة بمصلحة الاستجالات الطبية، وتحديثها بما يواكب التطور التكنولوجي والتقني الحاصل في إنتاج مثل هذه المعدات، كما أن تدريب العاملين على حسن استعمالها يعتبر من أهم الشروط التي يجب مراعاتها.

الفصل الرابع: دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة

الاستعدادات الطبية

تمهيد

- 1- مفاهيم عن التدريب
- 2- مبررات ودواعي تدريب الموارد البشرية في المنظمات
- 3- مبادئ التدريب
- 4- أهداف التدريب
- 5- وسائل التدريب
- 6- إدارة العملية التدريبية
- 7- واقع ومكانة التدريب ضمن وظيفة الموارد البشرية
- 8- العوامل المؤثرة في التدريب
- 9- التدريب السلوكي وأهدافه
- 10- البرامج التدريبية واحتياجات المتدربين
- 10-1- مراحل البرنامج التدريبي (خطوات العملية التدريبية)

خلاصة جزئية

تمهيد

إنّ تنمية المعارف والمهارات والقدرات وتعديل الاتجاهات والسلوكيات للعاملين يعد من المتطلبات الأساسية للنهوض بالقطاع الصحي وتحقيق التنمية الصحية المرغوبة، ولا يتأتى ذلك إلا من خلال تنفيذ برامج تدريبية مستمرة وبنّاءة يراعى فيها الاختيار الموضوعي للأفراد المعنيين بالتدريب، وتوافق محتوى البرامج التدريبية مع احتياجات العاملين ومتطلبات الوظائف الموكلة إليهم، وقد ألحّت العديد من المنظمات والهيئات الصحية الإقليمية والعالمية على ضرورة التدريب وتمويله وتقويمه لتحقيق النتائج المرجوة من المنظمات الاستشفائية.

1- مفاهيم عن التدريب

- **التدريب:** هو عملية إكساب المعارف والمهارات لمجموعة من الأفراد بغية رفع كفاءتهم المهنية للحصول على أقصى إنتاجية ممكنة. (الشاعر، 1996 : 10).

- **التدريب:** "هو النشاط الخاص باكتساب وزيادة المعرفة والمهارة عند الفرد"

(Edward, 1974: 20)

يعرف زويلف مهدي حسن التدريب بأنها "عملية تعديل إيجابي يتناول سلوك الفرد من الناحية المهنية وذلك لاكتساب المعارف والخبرات التي يحتاج إليها الإنسان وتحصيل المعلومات التي تنقصها والاتجاهات الصالحة للعمل وللإدارة".

(حسن، 2003: 113)

ومما سبق يمكن استنتاج أنّ التدريب:

- نشاط إنساني.
- نشاط مخطط ومقصود.
- إكساب للمعرفة وزيادة للمهارة.
- رفع للكفاءة المهنية.
- استثمار في الموارد البشرية.

2-مبررات ودواعي تدريب الموارد البشرية في المنظمات

إنّ من دواعي التدريب الملحة، والتي تجعله أمراً غاية في الأهمية بالنسبة للفرد والمنظمة ما يلي:
(الحري، 2009: 118)

- ما يشهده العالم من تطورات واكتشافات، واحتياجات الأفراد الدائم والمستمر للاطلاع عليها.
- الثورة التكنولوجية في الميدان الصناعي والخدماتي، وما تتطلبه من مهارات فنية وإدارية مختلفة.
- استمرارية للتكوين ما قبل الخدمة باعتباره مدخلا لممارسة المهنة، والتدريب باعتباره توافقا مع المهنة.

- الفروق الفردية في القدرات والاستعدادات، وما يتطلبه ذلك من ضرورة لمراعاتها.
- التغييرات في حاجة الزبائن.
- تغيير أنظمة وإجراءات العمل.
- النصوص التنظيمية والتشريعية الجديدة.

والجدول الموالي يلخص دواعي ومبررات التدريب كما يراها (58: meignent):

جدول رقم (10): دواعي التدريب المختلفة

1-تدعيم الموجود
* مستوى أداء الفرد في العمل * مستوى أداء الوحدة (نوعية، إنتاجية، ...إلخ)
2-التحضير للمستقبل
* استثمار (آلات، إعلام آلي، ...إلخ) * تغيير في التنظيم * تطور في المهن (الوظائف) * تطور التأهيل (المؤهلات)
3-متابعة الحركة الفردية
* الإدماج * الترقية * الحركة الداخلية * الحركة الخارجية

المصدر: Alain Meignant. Op cit. p58

3- مبادئ التدريب

إن التدريب الفعال هو الذي يبني على أسس وقواعد موضوعية يمكن اعتبارها مدخلات التدريب تضمن تحقق مخرجات فعلية وواقعية تربط ارتباطاً وثيقاً بأهداف التدريب، ومن بينها كما ذكرها أبو النصر (2005: 38-40):

3-1- مبدأ الاستمرارية:

إن التدريب الفعال هو الذي يلزم العامل قبل تسلم العمل (تدريب ما قبل الخدمة)، ويستمر معه منذ بدء الخدمة وخلال تدرجه المهني وتأديته للخدمة (تدريب أثناء الخدمة).

3-2- مبدأ توالي الخبرات أو التقدم المنظم:

إن المجالات التي يشملها التدريب الخاصة برفع كفاءة وأداء الفرد لا يمكن بأي حال أن تعطى دفعة واحدة، وإنما تجزأ محتويات هذه المجالات ويتم إكسابها تدريجياً من خلال البرامج التدريبية التي سيأتي الحديث عنها لاحقاً، ويضمن هذا التدرج حسن الاستيعاب والاستفادة، وإثارة دافعية المتدرب نحو التدريب.

3-3- مبدأ التدرج:

والمقصود بالتدرج هنا أن يبدأ التدريب بتتمية قدرات ومهارات واتجاهات ومعارف المتدربين الأولية في العمل، ومن ثمّ التقدم تصاعدياً نحو الجوانب الأكثر صعوبة وتعقيداً.

3-4- مبدأ الهدف:

يرتبط الهدف من التدريب الذي يتم تحديده مسبقاً والذي يعتبر من مدخلات العملية التدريبية بالاحتياجات الفعلية للمتدربين، ومن الخصائص المتعارف عليها للهدف هو الوضوح والواقعية والإجرائية والقابلية للقياس.

3-5- مبدأ مواكبة التطور:

لا شك أن التطور العلمي والتكنولوجي يمس كل قطاع من القطاعات الإنتاجية والخدماتية، وهو ما يستدعي برامج تدريبية للعاملين في هذه القطاعات لمواكبة التطور الحاصل.

3-6- مبدأ الواقعية:

ينبغي أن يلبي التدريب الاحتياجات الفعلية للمتدربين، وأن يرتبط بما هو حاصل من صعوبات ومشكلات في ميدان العمل.

3-7- مبدأ الشمولية:

يشمل التدريب جميع جوانب الفرد العقلية والمهارية والمعرفية والمهنية، كما يشمل كل العاملين بالمنظمات باختلاف رتبهم ومؤهلاتهم.

4- أهداف التدريب

تعتبر الأهداف من مدخلات أي فعل تربوي أو مهني أو تنظيمي، يجري تحديدها إجرائياً قبل البدء بهذا الفعل، وباعتبار التدريب فعل يسعى إلى تشكيل أو إعادة تشكيل نمط سلوكي ما، فإن أهدافه يمكن حصرها في:

4-1- تقليل أوقات أداء المهام:

حيث ينمي قدرات العاملين ومهاراتهم لتأدية المهام المنوطة بهم في فترات زمنية قياسية وبأقل جهد ممكن، وهذا ما هو مطلوب في المنظمات الخدمية والتي تعتبر مصلحة الاستجالات الطبية من بينها.

4-2- تغيير سلوك الأفراد:

باعتبار الفعل التدريبي هو تشكيل للسلوك فإن ذلك يؤدي حتماً إلى تغيير إيجابي في تصرفات وأداء العاملين، وهو ما يعني تحسن الخدمات، وتنمية الاتجاهات الإيجابية للمرضى نحوها.

4-3- تحيين معارف ومهارات العاملين:

إن التطور العلمي والتكنولوجي الحاصل في الحياة العامّة عموماً لا يستثنى منه النظام الصحي بمؤسساته وهياكله المادية من تجهيزات متطورة وأحياناً بالغة التعقيد توضع بين أيدي العاملين في هذا القطاع الحساس وطرق تسيير حديثة مستنبطة من مختلف المدارس الإدارية، ومنه فإن تدريب العمّال يسمح بتنمية معارفهم وكفاءاتهم بما يتواءم مع هذه التحولات التكنولوجية والتنظيمية.

4-4- تنمية الاتجاهات الإيجابية للعاملين:

لا شك أنّ التدريب يسهم في تكوين الفرد لاتجاهات توصف بالإيجابية نحو عمله ونحو المنظمة التي يعمل بها، ذلك أنّه يحدث نوعاً من التوافق بين العامل ومهنته، ويمنحه شعوراً بالرضا ورغبة بالأداء.

4-5- التقليل من الأخطاء:

يمكن التدريب من أداء العامل للمهام الموكلة إليه دون الوقوع في أخطاء مهنية، أو على الأقل التقليل منها، وهو ما يعني ربح الوقت والجهد، والحفاظ على ممتلكات المنظمة، وعى أمن وسلامة زبائننا.

5- وسائل التدريب

من بين الوسائل الأكثر استعمالاً وتطبيقاً في المجال المهني نذكر:

1- المحاضرات العلمية التي يتولاها المشرفون أو الأساتذة المحاضرون في الاختصاص المقيمون أو الزائرون.

2- الندوات والمؤتمرات العلمية التي تعقد دورياً لمعالجة مواضيع معينة.

3- الدورات العلمية المخصصة للعاملين، والتي تكون وفق برامج تدريبية متخصصة.

4- المناقشات والحوارات التي تعقد في ورش العمل، والتي تكون مخططة وبنّاءة.

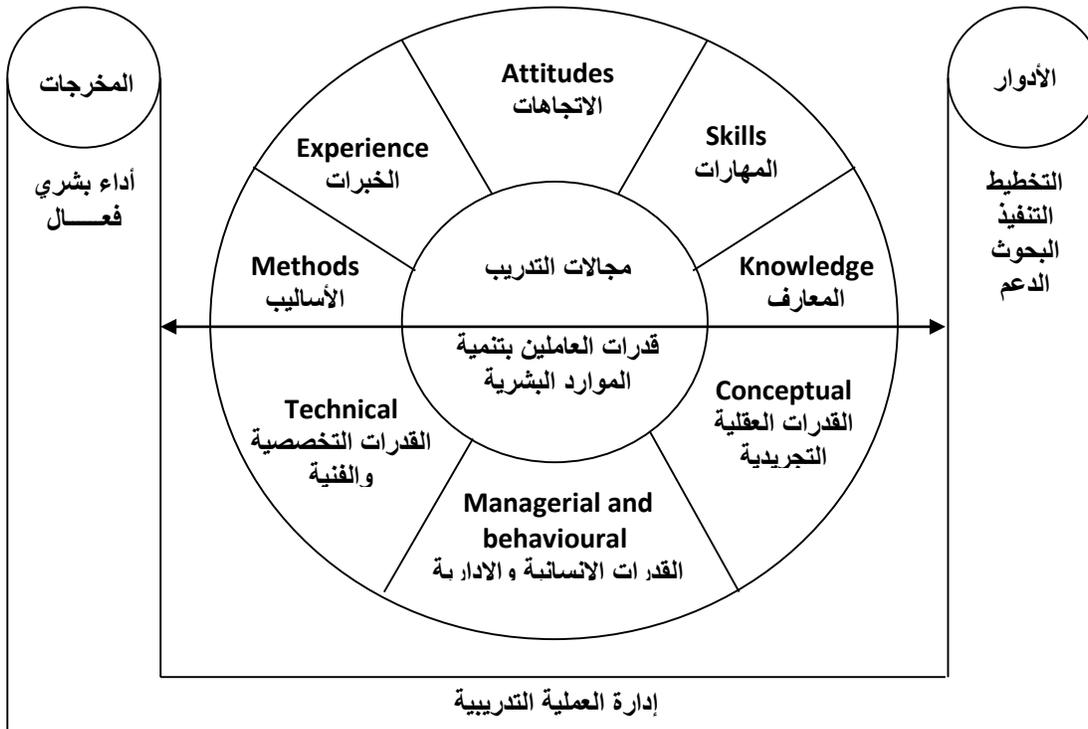
5- الاجتماعات التي تعقد للاطلاع على مواضيع جديدة ترتبط بالمهنة والتعرف على مضامينها من أجل استيعابها وفهم طرق إدارتها.

6- إدارة العملية التدريبية

يتبين من خلال النموذج أدناه أن إدارة العملية التدريبية تركز على جانبين مهمين هما المسؤولون عن تنمية وتطوير الموارد البشرية والذين يفترض أن يمتلكوا طائفة من القدرات العقلية التجريدية (التحليل والتركيب، التفكير الاستدلالي والاستنباطي)، القدرات الإنسانية والإدارية (مهارات الاتصال والتواصل، الإصغاء، إدارة المهام، التدبير والتسيير، التخطيط) القدرات التخصصية والفنية التي تتعلق بالمهنة (خصائصها، متطلباتها، تأثيراتها، المشكلات المرتبطة بها، الحلول الابتكارية) والمتدربون وهم الذين يحتاجون إلى العملية التدريبية لرفع كفاءاتهم في مجالات المعارف (الجوانب المعرفية) والمهارات (الجوانب الأدائية) والاتجاهات (الجوانب النفسية) والخبرات (الجوانب المهنية) والأساليب (الجوانب التقنية)، والهدف النهائي للتدريب يكمن في تحسين الأداء البشري وتوافق الفرد مع مهنته.

كما أنّ إدارة العملية التدريبية تتضمن مدخلات أهمها: تحديد الأهداف وصياغتها إجرائياً، التخطيط للعملية التدريبية، ضبط أساليب تنفيذها، استغلال نتائج البحوث والاستفادة منها، مصادر دعم العملية التدريبية، أمّا مخرجاتها فتربط بشقّين أحدهما تحسين أداء الفرد لمواكبة التطور الحاصل في مهنته، والثاني يتعلق بمصالح المنظمة المادية والمعنوية.

الشكل رقم (06): نموذج ميسك توفيق للتدريب

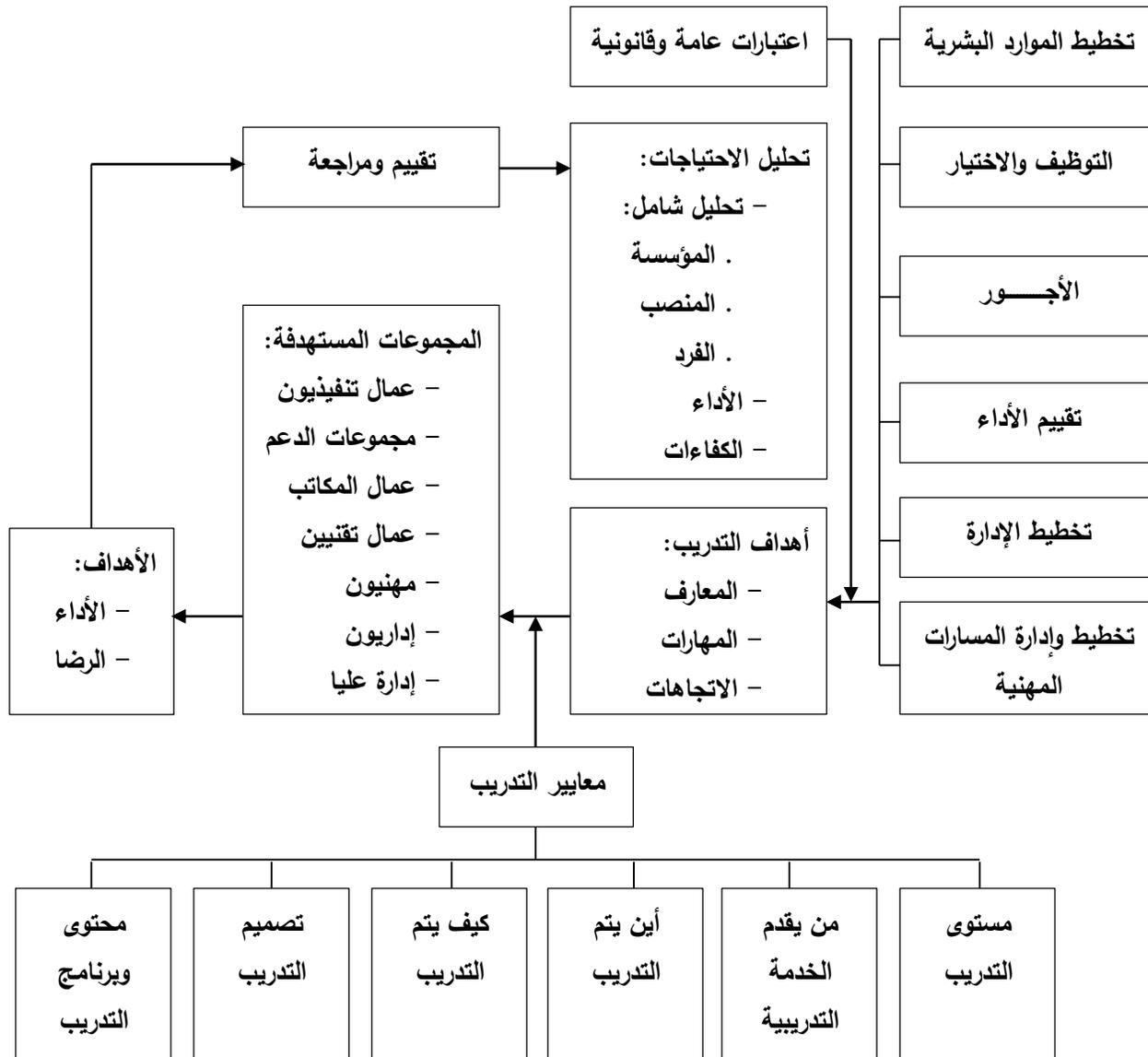


المصدر: عبد الرحمان توفيق، التدريب، مركز الخبرات المهنية للإدارة، مصر، 1994، ص 17.

7- واقع ومكانة التدريب ضمن وظيفة الموارد البشرية

إنّ نشاط تدريب الموارد البشرية لا يقوم بدوره على أكمل وجه إلا إذا كان مرتبطا ارتباطا وثيقا بوظائف و أنشطة الموارد البشرية الأخرى، والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (07): تقنيات وإجراءات التدريب والتطوير والعلاقات الموجودة بينها.



المصدر: Shimon. L. Dolan & Randall. S. Schuler : p 401

دور برامج التدريب في تحسين الموارد البشرية ص(62)45

شكل رقم (08): نموذج من 19 خطوة للتدريب والتطوير باستخدام خريطة سير عمليات



المصدر: ويليام تريسي، ترجمة سعد أحمد الجبالي:73.

8-العوامل المؤثرة في التدريب

لا يختلف اثنان في أنّ أي عملية تعلم تتأثر بعوامل ذاتية ترتبط بشخصية المتعلم وعوامل بيئية ترتبط بالبيئة التي تجرى فيها عملية التعلم، وباعتبار التدريب هو عملية تعلم فإنّه يتأثر بعوامل أشار إليها (الكبيسي، 2004: 79-80)

نذكر منها:

8-1-شخصية المتدرب ومؤهلاته:

تؤثر شخصية المتدرب بجوانبها المعرفية والاجتماعية والانفعالية والنفسية وما تتضمنه من معارف وقدرات واستعدادات ومهارات ودوافع واتجاهات وخبرات ورغبة في الترقية والتأهيل على العملية التدريبية، وعليه فإنّ أخذ القائمين عليها هذه الجوانب أو عدم أخذها في الاعتبار يكون له الأثر البالغ في نجاح أو فشل التدريب وتحقيق أهدافه.

8-2-المادة التعليمية:

إنّ مدى ارتباط محتوى البرامج التدريبية باحتياجات المتدربين، ومدى استيعابهم لها يزيد من فرص تحقيق هذه البرامج لأهدافها من عدمه، كما يسهم في إمكانية تطبيق ما تعلمه المتدربون في ميادين عملهم، فقد تصرف الميزانيات الضخمة على هذه البرامج وتسخر إمكانيات مادية وبشرية هائلة وفي المقابل تبقى النتائج مجرد حبر على ورق.

8-3-أساليب التدريب:

تطغى في العادة الجوانب التطبيقية في أساليب وطرق تنفيذ البرامج التدريبية بحكم أنها ملازمة للمهنة أو الوظيفة أي أنها تكوين أثناء الخدمة، ومنه فإنّ لجوء إدارة الموارد البشرية في تنفيذها للبرامج التدريبية إلى أساليب تدريب عملية ومنهجيات حديثة تتلاءم مع التطور التكنولوجي الحاصل يؤثر إيجاباً في العملية التدريبية.

8-4-بيئة التدريب:

ونعني بها:

- البيئة الفيزيائية (المادية).
- البيئة الثقافية (الاتجاهات السائدة، القيم، العادات).
- البيئة الاجتماعية (علاقات أسرية، علاقات العمل، مناخ المنظمات).

إذ تؤثر عناصر البيئات المذكورة في تشكيل سلوك الأفراد ومنه في عملية التدريب التي تهدف في الأساس إلى تعديل هذا السلوك بما يتناسب مع المهنة أو الوظيفة المشغولة، وقد أشارت نظرية المجال للعالم كورت ليفين إلى هذه الجوانب بوضوح.

9-التدريب السلوكي وأهدافه

وضّح علماء النفس خاصة منهم رواد المدرسة السلوكية أهمية تحديد الأهداف النهائية للعملية التعليمية التي تكون حسبهم أهدافا سلوكية إجرائية قابلة للقياس، ويرى روبرت ماغر وهو أحد رواد التدريب السلوكي ضرورة ذلك حيث يقول " إن لم تكن متأكداً إلى أين ذاهب فسوف تكون عرضة للانتهاء في مكان آخر" (الكبيسي، 2004:61)، كما وضّح "ألبرت وايت" فروقاً بين المدرب السلوكي والمدرب التقليدي يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (11): خصائص المدرب السلوكي

دور المدرب التقليدي	دور المدرب السلوكي
1-يركز على تعلم المضمون والحقائق والمعلومات.	1-يركز على طريقة التعلم (تعلم كيف تتعلم).
2-يتحمل مسؤولية البث فيما يحتاج المتدرب إليه وتحفيزه (تحفيز المتدرب أو المتعلم).	2-يجعل المتدرب يتحمل بكل فعالية المسؤولية عن تعلمه.
3-يقرر ما يحتاج إليه المتدرب، ويقدمه له من خلال المحاضرات، الأفلام...إلخ.	3-يساعد المتدرب على أن يتعلم كيف يكون باحثاً نشطاً عن المعلومات، فيحدد ويستخدم بفعالية الموارد المتوفرة.
4-يتوقع أن يتعلم المتدرب المادة لكي يتذكرها في الامتحانات.	4-يتوقع أن يتعلم المتدرب إيجاد واستعمال المعلومات حسب الحاجة إليها لحل المشاكل.
5-يتوقع أن يقبل المتدرب الأهداف المحددة من طرف الخبراء.	5-يشغل المتدرب في تحديد احتياجاته/ حاجاته وأهدافه/ أهدافه الخاصة في التعلم.
6-يركز على المحاضرات والمناقشات الجماعية والأنشطة الأخرى التي يفودها ويسيطر عليها وقيمتها المدرب.	6-يركز على المناقشات والأنشطة الجماعية التي يقوم بها وقيمتها المتدربون بأنفسهم.

المصدر: عامر خضير حميد الكبيسي، سيكولوجية التدريب: 63.

ويسعى هذا النوع من التدريب إلى تنمية العديد من المهارات (الكبيسي، 2004:65) :

- مهارات حل المشكلات المعترضة في ميدان العمل.
- مهارات الاتصال والتواصل مع الآخرين.
- مهارات مقاومة الضغوط.
- مهارات إدارة الاجتماعات.

تكمّن أهداف التدريب السلوكي في تعديل السلوك أو ما يتحكم فيه، ومنها:

9-1- تعديل القيم:

تعتبر القيم من الموضوعات المهمة في تخصص السلوك التنظيمي، والذي يعنى بدراسة سلوك الأفراد في المنظمات، والعوامل المتحكمة فيه، وطرق تعديله، وباعتبار القيم هي المحدد الرئيسي للسلوك فإنّ تركيز عملية التدريب عليها من الأهمية بمكان، كما أنّ تعديل القيم السالبة وتنمية القيم الموجبة في المنظمات الإنتاجية أو الخدمية يزيد من تحقيقها لأهدافها وأهداف العاملين فيها.

والباحث في هذا الجانب القيمي لا شكّ أنه يجد العديد من التعريفات للقيم، كما يجد ربط بعض العلماء بينها وبين مفاهيم أخرى خاصة الاتجاهات، حيث يرى "أيزينك Eysenck" أنّ ترسيخ الاتجاهات وتفاعلها وخضوعها لعمليات الانتقاء والتعميم يؤدي في النهاية إلى نتيجة عامة متوافقة ومنسجمة تتحول إلى قيم، أمّا "روكيتش Rokeach" فيرى وجود فروق جوهرية بين المفهومين، وفي نظره تعتبر القيم معياراً للسلوك ويمكن تحديدها ولا ترتبط بموقف أو حدث معين بينما لا تعتبر الاتجاهات كذلك، وما يمكن استنباطه من التراث النظري الخاص بهذه المواضيع هو أنّ العلاقة بين القيم والاتجاهات علاقة تكامل فالقيم هي المكون الأساسي والقاعدي للاتجاهات، والاتجاه هو محصلة لمجموعة من القيم.

(عساف، 1994: 122-123).

وتركز المنظمات الناجحة في تدريب أفرادها على هذا الجانب النفسي الهام في شخصية الفرد كما تسعى إلى توحيد وتنمية القيم الموجودة لدى عمالها والتي تخدم أهداف المنظمة ومخرجاتها، وهو ما يسمح ببقاء هذه المنظمات متماسكة وناجحة وتنال رضا زبائنها، فالفرد الذي يجد ما يؤمن به ويعتقده في ميدان عمله ينمو لديه ما يعرف في السلوك التنظيمي بالولاء فيعمل بإخلاص وتفان ودون تقصير لصالح مهنته ومنظّمته، وباعتبار موضوع بحثنا يخص العاملين في المؤسسات الاستشفائية فإنّه ما من شكّ أن يتصف هؤلاء بقيم منها القيم التنظيمية التي تشمل الولاء وحبّ الانتماء والفعالية في العمل والتفاني والاهتمام بالمرضى وتقديم الخدمة ومساندة المرضى والاعتناء بالتجهيزات الطبية وصيانتها وحسن استقبال المرضى

وتوجيههم، وهي قيم يسعى التدريب السلوكي إلى غرسها وتنميتها في العاملين المتدربين ولا يتأتى ذلك إلا بتقديم الحوافز المادية والمعنوية لمن توفرت فيهم هذه القيم وعود بتزقيتهم واستمرارية البرامج التدريبية لصالحهم، ولا شك أنّ الدراسات والبحوث التي تجرى في المؤسسات الاستشفائية حول هذه المواضيع تعطي فكرة عن مدى تحلي أفرادها بها، والعوامل والأسباب التي حالت دون ذلك، وكذا الآليات والأساليب التي من خلالها تنميتها وتطويرها.

9-2-2- تعديل الاتجاهات:

تعتبر الاتجاهات من أهم المكونات النفسية التي لها دور في اختيار الفرد لمهنته وتلاؤمه معها، كما أنها من أهم دوافع السلوك وضوابطه، ويعتمد عليها في فهمه وتفسيره التنبؤ به وعرف ألپورت (allport) الاتجاه بأنه "حالة من الاستعداد العقلي والعصبي التي تكونت خلاله التجارب والخبرات السابقة التي مرّ بها الإنسان والتي تعمل على توجيه الاستجابة نحو الموضوعات والمواقف التي لها علاقة به" (البداينة، 2001: 10)

وتجمع غالبية النظريات أنّ الاتجاه يتضمن ثلاثة مكونات هي:

9-2-1- المكون المعرفي:

ويشمل الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد تجاه موضوع ما، ويكتسب عن طريقه الثقافة والتعليم والتنشئة الاجتماعية.

9-2-2- المكون الوجداني (الانفعالي):

ويشمل المشاعر والعواطف التي يحملها الفرد تجاه موضوع الاتجاه، وتترجم إلى سعادة أو فرح أو قلق أو توتر.

9-2-3- المكون السلوكي:

ويشمل النزعات السلوكية تجاه موضوع الاتجاه بالتأييد أو المعارضة. وممّا سبق ذكره يتجلى دور الاتجاه في حياة الأفراد اليومية والمهنية من خلال تحكمه وتوجيهه للعمليات العقلية والمعرفية والانفعالية، وسلوك الفرد لسلوكات تتناسب معه، واتخاذ القرارات المناسبة في المواقف المختلفة طبقاً لهذا الاتجاه. (أبو جابر والبداينة، 1993: 133-134).

وبما أنّ الاتجاه يكتسبه الفرد ولا يولد معه وذلك من خلال تفاعله مع بيئته المادية والاجتماعية والمهنية فإنّ تنمية الاتجاهات الإيجابية للعاملين بالمؤسسات الاستشفائية نحو المهن التي يشغلونها خاصة ونحو المنظمة عامّة ضرورة يفرضها واقع العمل، ذلك أنّ بيئات العمل تتضمن الكثير من المواقف التي

تؤدي حتماً اتجاهات سلبية نحو المهن والمنظمات نذكر منها عبء العمل وغموض الدور والصراعات وضعف الاتصال وسوء العلاقات ودوريات العمل والتسيير اليومي لحالات مرضية متنوعة، ومنه فإنّ تميمتها إيجاباً لا يتأتى إلا من خلال التدريب بمختلف وسائله سواء المحاضرات أو الندوات أو الملتقيات أو غيرها من وسائل التدريب، حيث يسمح بتكوين المتدربين لاتجاهات إيجابية والشعور بحالة من الاتزان والانسجام وانحصر لحالة التوتر والضيق في بيئة العمل، وهو ما ينعكس إيجاباً على أدائهم الوظيفي سواء ما ارتبط بالمهنة في حد ذاتها أو ما ارتبط بالزيائن(المرضى).

وتركز المدرسة السلوكية لتنمية الاتجاهات الإيجابية نحو التدريب على التعزيز الإيجابي والذي تعتبر الحوافز بنوعها المادية والمعنوية من أهمها، ونعني بها المكافآت التي تمنحها الإدارة لموظفيها لتحقيق أداء أفضل، وهو ما يحقق أهداف الفرد والمنظمة معاً.

وعرّف (العديلي، 1983) الحوافز أنها "الإمكانات المتاحة في البيئة المحيطة بالفرد، والتي يمكنه الحصول عليها أو استخدامها لتحريك دوافعه نحو سلوك معين، وأدائه نشاط أو أنشطة محددة بالشكل والأسلوب الذي يشبع رغباته أو حاجاته أو توقعاته".

وتقسم الحوافز إلى حوافز مادية وأخرى معنوية، فالحوافز المادية هي التي تسمح بإشباع حاجات العامل الأساسية، وتدفعه لبذل المزيد من الجهد في وظيفته، ومنها الزيادة في الراتب، العلاوات، الترقيات، المشاركة في الأرباح، حيث أكد فريدريك تايلور صاحب مدرسة الإدارة العلمية على أهمية الحوافز المالية في زيادة الإنتاج في زمن أقل (دراسة الحركة والزمن، نظام التعاقد المالي) أمّا الحوافز المعنوية فهي لا تقل أهمية من الحوافز المادية، وهي تسمح بتلبية حاجات العامل النفسية والاجتماعية، منها تحقيق الذات وتقديرها، رفع الروح المعنوية، التعاون، التقبل الاجتماعي، تطوير علاقات العمل، الاحترام المتبادل، وهو ما أكدته التون مايو صاحب مدرسة العلاقات الإنسانية، الذي ركز الاهتمام على العوامل الاجتماعية والإنسانية في بيئة العمل.

ومن بين الشروط التي ينبغي توفرها في الحوافز حتى تؤتي ثمارها في العملية التدريبية هي:

(الحارثي، 1999).

- أن ترتبط الحوافز بأهداف العاملين والمنظمة معاً.
- أن تكون هناك صلة وثيقة بين الحافز والهدف، لأنّ الحوافز هي التي تحرك السلوك نحو هدف معين.

- أن تستخدم من طرف المنظمة في الوقت الملائم.

- أن تحرص المنظمة على استمرارية الحوافز، وهو ما يضمن استمرارية الرغبة في التدريب، والنوعية في الأداء.

- أن تتناسب الحوافز سواء المادية أو المعنوية مع الجهد المبذول للعاملين في المنظمة. ونظراً لما يكتسبه التدريب من أهمية للمنظمة ولل فرد، فإن ربطه بالحوافز سيعود في الغالب لصالح المنظمة ولصالح العامل، وهو ما يؤدي حتماً إلى تحقيق الأهداف التي سطرته المنظمة من وراء العملية التدريبية.

10- البرامج التدريبية واحتياجات المتدربين

10-1- البرنامج التدريبي:

"هو الأداة التي تربط بين الاحتياجات التدريبية وبين الأهداف المطلوب تحقيقها من التدريب، والمادة العلمية والوسائل والأساليب التدريبية بهدف تنمية الموارد البشرية لأجل تحقيق أهداف الفرد والمنظمة" (عبد الفتاح، 1996: 12).

10-1-1- مراحل البرنامج التدريبي (خطوات العملية التدريبية)

لا يمكن لأي برنامج أن يحقق النجاح ويبلغ أهدافه المسطرة دون تخطيط دقيق ومقارنة موضوعية لما هو كائن بما يجب أن يكون، وباعتبار العملية التدريبية برنامجاً تدريبياً له مدخلات وعمليات ومخرجات فإن أغلب الدراسات حددت مراحل (خطوات) للبرنامج التدريبي هي: -جمع وتحليل المعلومات-تحديد الاحتياجات التدريبية - تصميم البرامج التدريبية - تنفيذ البرامج التدريبية - تقويم البرامج التدريبية.

10-1-1-1- جمع وتحليل المعلومات:

هي أول خطوة يجري القيام بها بغية إعداد البرامج التدريبية، وتتضمن جمع بيانات ومعطيات عن كل ما له صلة بالعملية التدريبية، سواء ارتبطت هذه المعلومات بالمنظمة أو بالعاملين بها، كما تكون هذه الخطوة جزءاً متكاملًا من نظام المعلومات التوفر لدى إدارة الموارد البشرية بالمنظمة وعملية مستمرة وشاملة وموضوعية، ذلك أنّ ما يأتي بعدها من مراحل يبني بشكل أساسي عليها، ومن بين المعلومات التي يتم جمعها هي:

10-1-1-1-1- المعلومات والبيانات المتعلقة بالمنظمة: وتشمل

- استحداث أنشطة جديدة.
- استحداث تقسيمات تنظيمية جديدة.
- استحداث وظائف جديدة وإلغاء وظائف قائمة.

- تعديل واجبات ومسؤوليات الوظائف.

- إلغاء تقسيمات تنظيمية قائمة.

- تعديل اختصاصات بعض التقسيمات التنظيمية القائمة.

بالإضافة إلى معلومات ترتبط ب:

- معلومات خاصة بشكل ونوع السلطة داخل المنظمة.

- معلومات عن النظم والإجراءات.

- معلومات عن الأهداف والسياسات.

- معلومات عن الإمكانيات المادية للمنظمة. (السلمي، 1985: 362-363).

10-1-1-1-2-المعلومات والبيانات المتعلقة بالأفراد: وتشمل:

- الاحتياج إلى أفراد ذوي مهارات وقدرات جديدة غير متاحة للعاملين.

- عدم تناسب التأهيل العلمي أو الخبرة العملية لبعض الأفراد مع متطلبات أداء الوظيفة.

- اختلاف مهارات وقدرات العاملين عن متطلبات الوظائف.

- ازدياد معدلات الأخطاء الفردية في أجزاء من العمل أو في بعض الوظائف.

- تزايد معدلات الاستقالة وترك العمل. (السلمي، 1985: 364).

ومن أدوات جمع البيانات: أداة الملاحظة، أداة المقابلة، استمارة الاستبيان، الاختبارات المهنية.

أمّا عن تحليل هذه المعلومات والبيانات فهو عملية غاية في الأهمية، حيث تصنف المعطيات وفق

معايير معينة وبناءً على ما بينته من جوانب ضعف تأتي الخطوات التالية للبرنامج التدريبي.

10-1-1-2- تحديد الاحتياجات التدريبية:

كما ذكرنا آنفاً فإنّ جمع المعلومات تساهم إلى حد كبير في تحديد الجوانب التي هي بحاجة إلى التدريب، ويعرفها شاويش (2005: 237) على أنها " وجود تناقض أو اختلاف حالي أو مستقبلي بين وضع قائم وبين وضع مرغوب فيه في أداء منظمة أو وظيفة أو أفراد في أي من المعارف أو المهارات أو الاتجاهات أو في هذه النواحي جميعاً " .

ويظهر من خلال هذا التعريف أنّ الاحتياجات التدريبية هي تلك الفجوة بين ما هو كائن وبين ما يجب أن يكون، وترتبط بالمنظمة ذاتها أو بالمهنة المشغولة أو بالموارد البشرية والنقص الحاصل في معارفهم (ظهور معلومات وأفكار جديدة غير متوفرة لديهم) أو مهاراتهم (عدم تلاؤم الكفاءات المهنية الحالية مع التطور الحاصل في المنظمة) أو اتجاهاتهم (الأفكار السلبية نحو المهنة أو المنظمة، وما تولده من اتجاهات سلبية تؤثر على الأداء).

وتهدف هذه الخطوة إلى جملة من النقاط ندرجها تباعاً (شاويش، 2004: 235):

- صياغة الأهداف واتخاذ القرارات الخاصة بالبرامج التدريبية.

- التخطيط الدقيق للبرامج التدريبية.

- تقدير الاحتياجات التدريبية للعاملين بالمنظمة.

- تحديد الفئات المعنية بالبرنامج التدريبي.

- ربط العمليات التدريبية بالميدان.

- توفير الوقت والجهد والمال.

- تحديد مجالات التدريب المناسبة للمتدربين.

وقد أوضح عبد الباقي (2000: 362) الدلائل التي يمكن اعتبارها مؤشرات لوجود احتياجات تكوينية في الجدول التالي:

جدول رقم (12): نماذج لأهم الظواهر التي تدل على وجود احتياج تكويني

الظواهر الدالة على وجود احتياج تدريبي	تحليل المعلومات المتوفرة
<ul style="list-style-type: none"> - وجود آلات غير مستخدمة لعدم توافر الأفراد المدربين. - وجود معدات وأجهزة حديثة دون إعداد الأفراد اللازمين لتشغيلها. 	الإمكانات المادية
<ul style="list-style-type: none"> - بطء الإجراءات وتعقدها. - انخفاض الأداء الفعلي عن المعدات المستهدفة. - اشتراك أكثر من فرد في أداء نفس العمل الذي يمكن لفرد واحد أن يؤديه. 	النظم والإجراءات
<ul style="list-style-type: none"> - استحداث وظائف جديدة. - تعديل واجبات ومسؤوليات بعض الوظائف. 	التنظيم الإداري
<ul style="list-style-type: none"> - عدم وضوح الأهداف وعدم إقناع العاملين بها. - تناقض القرارات في موضوعات متشابهة. - الترجمة الخاطئة للسياسات العامة عند تحويلها إلى سياسات فرعية. - تناقض التعليمات التفصيلية للعمل مع السياسات العامة. 	الأهداف والسياسات
<ul style="list-style-type: none"> - زيادة أنواع الخدمات والاحتياج إلى مهارات إضافية من العاملين. - توقع الالتجاء إلى إدخال وسائل تكنولوجية جديدة لمواجهة أعباء العمل. 	تطور النشاط
<ul style="list-style-type: none"> - عدم توافر المعلومات اللازمة للتخطيط واتخاذ القرارات. - كثرة الأخطاء في المعلومات المستخدمة كأساس للتخطيط واتخاذ القرارات. - ارتفاع معدلات شكاوى العملاء. 	ممارسة الوظائف الإدارية
<ul style="list-style-type: none"> - اختلاف قدرات ومهارات العاملين عن متطلبات الوظائف. - اختلاف العلاقات بين الرؤساء والمرؤوسين. - عدم تناسب التأهيل العلمي لبعض الأفراد مع متطلبات الوظيفة. - ازدياد معدلات توقيع الجزاءات على الأفراد. 	الأفراد

المصدر: صلاح الدين محمد عبد الباقي، إدارة الموارد البشرية، 2000: 362.

10-1-1-3- تصميم البرامج التدريبية:

تأتي هذه الخطوة بعد التحديد الدقيق للأفراد الذين هم في حاجة فعلية للتدريب، ويتم بناء البرنامج التدريبي وفق خطوات متسلسلة ومتراصة، تبدأ بمدخلات وأنشطة وعمليات ومخرجات، وتتمثل في:

10-1-1-3-1- تحديد الأهداف:

لا يمكن للبرنامج التدريبي أن يحقق ما هو مرجو منه دون صياغة إجرائية للأهداف، وأن ترتبط بمعايير تستمد من الاحتياجات التدريبية في الخطوة السابقة وفي ضوءها، كما يشترط في الأهداف أن تكون قابلة للقياس، ولا يختلف اثنان في أن الهدف الرئيسي من أي برنامج تدريبي هو تغطية الاحتياجات التي لوحظ نقصها لدى المتدربين.

10-1-1-3-2- تحديد المحتوى: إن المواضيع التي يتضمنها البرنامج التدريبي تشتق في الأصل

من النقص التي تم التعرف عليها من خلال مرحلتها جمع وتحليل المعلومات وتحديد الاحتياجات التدريبية، ولا يمكن بأي حال أن تتعدى محتويات البرنامج التدريبي هذا الإطار وإلا أثر ذلك على العملية التدريبية وعلى أهدافها، كما أن تجزئة هذا البرنامج إلى مواد تدريبية ترتبط كل منها بهدف فرعي محدد مسبقاً يسهل الوصول بالمتدرب إلى الهدف الرئيسي من التدريب.

10-1-1-3-3- ضبط أساليب ووسائل التدريب: في ظل تعدد وتنوع طرق التدريب، يصبح اختيار

أنسبها مرتبط بالهدف من التدريب، ولا يمكن الحكم على وسيلة أنها فعالة أو غير فعالة، بل قد تكون لها أهمية في برنامج وتسقط عنها هذه الأهمية في برنامج آخر، وقد يتطلب برنامج تدريبي عدة وسائل ليحقق الهدف المسطر، ومن بين الأساليب المتبعة في التدريب حسب ما ورد في التراث النظري المتعلق بتدريب الموارد البشرية في المنظمات المحاضرات (تهدف لنقل المعارف والأفكار الجديدة للمتدربين من خلال ما يليه المدرب عليهم أي أنها تتضمن ملقي ومتلقي، وتكون نظرية في الغالب)، الندوات التدريبية (تتميز بأنها أكثر حيوية ونشاط من المحاضرات، كما أنها تسمح بتبادل المعلومات بين المتدربين)، لعب الأدوار (تهدف هذه الطريقة لتدريب الأفراد على الطرق الصحيحة في أداء المهنة وتقمصها فهي بذلك تركز على جانبين أساسيين هما الجانب المهاري والجانب الوجداني)، البريد الوارد (وتتضمن أن يتلقى المتدرب ملفاً بريدياً يحوي بين طياته مشكلات شبيهة بالتي يتلقاها المتدرب في وظيفته، ويكون دور المتدرب هو استخدام أفضل

الأساليب في حل هذه المشكلات)، العصف الذهني (وتعتمد على عرض المدرب لمشكلات واقعية على المتدربين، ويكون عليهم تقديم حلول سريعة ودون تردد في التفكير، وتسمح هذه الطريقة بالتفاعل وإيجاد حلول سواء بالحدس أو الاستبصار)، نمذجة السلوك (هذا الأسلوب مستمد من نظرية التعلم بالنمذجة من خلال مشاهدة المتدربين لفيدويوهات تعرض تأدية أفراد في نفس المهنة لمهام وأدوار قد تكون صعبة بالنسبة للمتدربين، وهو ما يعينهم على أدائها بشكل أسهل مستقبلاً)، الوقائع الحرجة (وهي بالإضافة إلى أنها أداة من أدوات جمع البيانات وسيلة من وسائل التدريب، حيث يتحدد من خلالها الأحداث التي شوهدت في ميدان العمل وتكون بالغة التأثير في النشاط ويتم تحليلها واستخلاص طرق التعامل معها دون الوقوع في أخطاء أو الاستفادة من طريقة الأداء)

10-1-1-4- تنفيذ البرامج التدريبية:

بعد التأكد من التصميم الواقعي والنموذجي للبرنامج التدريبي تأتي مرحلة التنفيذ والتطبيق على أرض الواقع بإشراف المدربين المكلفين به، ومن النقاط التي تؤخذ بعين الاعتبار في هذه المرحلة الجوانب التقنية للعملية (إبلاغ للمتدربين، وضبط مكان وزمان التدريب، وتوفير لوازم العملية التدريبية)، والجوانب النفسية (حسن استقبال المتدربين، إثارة دافعيتهم، التركيز على الروح المعنوية، تنمية الاتجاهات الإيجابية)

10-1-1-5- تقييم البرامج التدريبية:

رغم أن المراحل السابقة تكتسي أهمية بالغة الأثر في البرنامج التدريبي إلا أن الهدف من البرنامج لا يكتمل دون إجراء تقييم صادق وموضوعي للوقوف عند مدى تحقق الأهداف التي سطرت للعملية، والتعرف على نقاط القوة والضعف، والإيجابيات والسلبيات، وذلك بغرض إصدار أحكام منطقية واتخاذ قرارات سليمة فيما يخص البرنامج التدريبي من جميع جوانبه، حيث تشمل وظيفة التقييم كل عناصر العملية التدريبية (المدرّب، المتدرب، البرنامج، الوسائل، الأساليب، المحتوى، الزمان والمكان)، إضافة إلى استغلال هذه المعطيات في تصميم البرامج التدريبية المقبلة.

خلاصة جزئية

تكتسي البرامج التدريبية في المؤسسات الصناعية والخدماتية أهمية بالغة للموارد البشرية، حيث تمكنهم من تطوير معارفهم وخبراتهم، وتجعلهم على اطلاع دائم بمستجدات تقنيات العمل والآلات التي يستعملونها، كما تزيد من توافقهم ورضاهم المهني، وهو ما يعود على هذه المنظمات بالفائدة المادية والمعنوية.

الفصل الخامس: مساهمات الأرغنوميا في المستشفيات

تمهيد:

1- موقع ومكانة الأرغنومي في بيئة العمل:

2- ظروف التدخل الأرغنومي:

3- واقع الأرغنوميا في تصميم المشاريع الاستشفائية:

4- الشروط الملائمة لمشاركة المستخدمين

5- تأثير التدخل الأرغنومي في التصميم

6- دور الأرغنوميا في الوقاية من المخاطر المهنية وتنظيم وتقويم

الوظائف في المستشفيات:

7- تعدد مهام الأرغنومي في المستشفيات

8- عبء العمل وأعباء العمل

9- تكييف ساعات العمل للعمال

10- المزامنة الأرغنومية لأوقات العمل غير النموذجي

خلاصة جزئية

تمهيد:

لقد أصبح دور الأرنغومي في السنوات الأخيرة هاماً في المنظمات الصناعية والخدمية على حدّ سواء وذلك في الدول المتقدمة، إذ لم يعد يقتصر على تقديم المعلومات والتوجيهات، بل تطور إلى تحليل العمل من خلال تحليل المهمة وتحليل النشاط، وتحديد العمل الفعلي من العمل المتوقع إنجازه، وما لذلك من تأثير في مجريات العمل ومتابعة تنفيذه من بدايته إلى نهايته، كما يتجلى دوره في تصميم المشاريع سواء تعلق الأمر بتصميم العمل في حد ذاته، أو بتصميم بيئته، حيث أصبح عضواً رئيسياً في لجنة القيادة في هذه المنظمات، وعند التحدث عن دور الأرنغومي فإننا نتكلم كذلك عن التدخل الأرنغومي كما هو الحال في التصميم الهندسي لبيئات العمل ومكوناتها، ومهما كانت وضعيات العمل فإنّ الرهان على التدخل في التصميم ليس الأخذ في الحسبان الشروط والمواصفات التي تتوفر في العاملين بل التركيز بالدرجة الأولى على ظروف العمل التي يمارس فيها العمال أنشطتهم حتى تتوفر أقصى درجات الراحة والأمن في ميدان العمل.

1- موقع ومكانة الأرنغومي في بيئة العمل:

يتحدد الموقع الأولي للأرنغومي من طلب التدخل الذي يتسلمه، ويمكن تحديد نوعين من التدخل

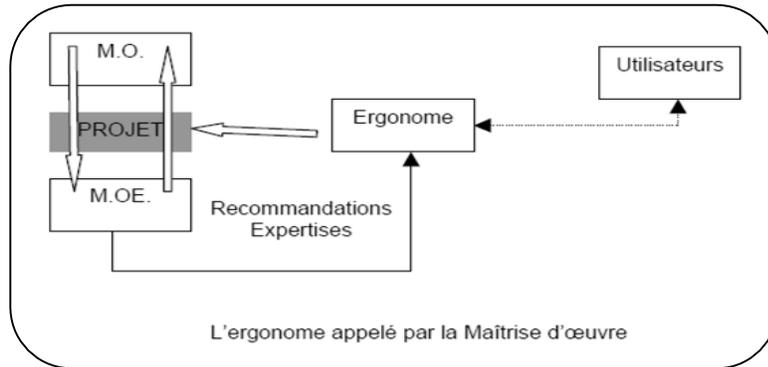
الأرنغومي:

1-1- باعتباره كاختصاصي:

حيث يستدعى الأرنغومي في هذه الحالة بحكم اختصاصه كمستشار له مكتب دراسات خاص ويساهم

في عمليات التصميم والتطوير مع المهندسين والمصممين، كما يوضح المخطط التالي:

مخطط رقم (09) يوضح دور الأرنغومي باعتباره مختص في الأرنغوميا



المصدر:

Compte rendu du congrès self- ace 2001, les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie

وما يلاحظ أنه في المشروع الذي يكون فيه الأرنومي كمستشار يواجه جملة من الصعوبات نذكر منها:

- محدودية التدخل في المشروع في حد ذاته.
 - صعوبة إعادة النظر في المشاريع التي تمت دراستها وحظيت بموافقة هيئة القيادة في المنظمة.
 - مدى تمتع الأرنومي بالسلطة المعنوية التي تمكنه من تمرير مقترحاته حول هذه المشاريع.
- وفي هذه الحالة يتجلى دور الأرنومي في القيام بـ:
- تأسيس شبكة من العلاقات والتفاعلات مع الفاعلين في المنظمة (مهندسين، مصممين، إداريين)، وحتى مع الزبائن.

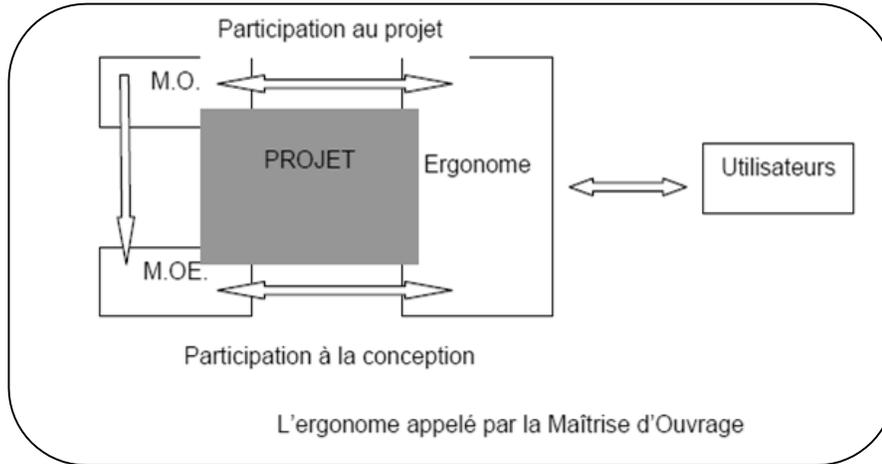
- المساهمة في عمليات التصميم مع الفاعلين من خلال الوصف واتخاذ القرارات.

1-2- باعتباره موظف في المنظمة:

وبناءً على موقعه في المنظمة، يمكن أن يستدعى في:

- مختلف مراحل دراسة وتصميم وتنفيذ المشاريع.
- اقتراح السياسات وتوجيه المشاريع.

مخطط رقم (10) يوضح دور الأرنومي باعتباره موظف في المنظمة



المصدر:

Compte rendu du congrès self- ace 2001, les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie

وبسمح موقع الأرنغومي في هذه الحالة من القيام بما يلي:

- التأثير الفعّال في المشاريع.
- المساهمة الكاملة في سيرورات التصميم.
- خلق ديناميكية اجتماعية من خلال هذه المشاريع.
- يعتبر مرجعية أساسية في تنفيذ أي خطوة من خطوات المشروع.

2- ظروف التدخل الأرنغومي:

لا يمكن أن يتم التدخل الأرنغومي إلا في ظل ظروف تمكن من متابعة وتطوير عمله، والتي نذكر منها:

- التحضير الاجتماعي الذي يحدد قواعد وفضاءات الحوار، حيث يساهم الأرنغومي في خلق أماكن وأوقات تمكن من مواجهة ظروف العمل الحالية والمستقبلية.

- تحديد الحلقات التعديلية في حالة الأزمات، وبناء التوافق من خلال صيغتين أساسيتين هما:

* التعديل الآني (الفوري): في خضم النشاطات اليومية للعمل.

* التعديل المستقبلي: بناءً على المعوقات والمشكلات التي تواجه سيرورة العمل.

وفي حالة عدم وجود نموذج وحيد للتدخل الأرنغومي، فإنه توجد جملة من الظروف والمراحل التي توجه وتبني هذا التدخل الذي لا يمكن أن يكون إلا بمشاركة جميع الفاعلين في المنظمة، بهدف تجاوز العقبات الروتينية، ومنه لا ينظر للمشروع على أنه اجتماع مصطنع للأفراد، وإنما هو تفاوض من أجل التوافق المقبول من طرف الجميع.

والتحليل الاستدلالي للعديد من التدخلات الأرنغومية يمكن من وضع نقاط واضحة وضرورية يمكن

حصرها في:

- الدور الأساسي لموقع ومكانة الأرنغومي في المنظمات.
- ضرورة التفاوض حول ظروف التدخل الأرنغومي.
- تنسيق الشراكة بين مختلف الفاعلين في المنظمة.
- أهمية التدخل الأرنغومي في المنظمة سواء كمستشار أو موظف في المؤسسة.
- صياغة جملة الاقتراحات والحلول، ويبقى دور الإدارة هو اختيار ما يناسبها.
- المساهمة الفاعلة في إحداث توافق بين كل الشركاء للوصول إلى حلول قابلة للتطبيق دون اعتراض من أي طرف.

- المعرفة المسبقة للسياسات والطرق المتبعة في المنظمة.

3-واقع الأرغوميا في تصميم المشاريع الاستشفائية:

يتطلب تنفيذ أي مشروع في المنظمات الإنتاجية أو الخدمية وضع سياق شراكة يمكن من تسهيل تنفيذ هذه المشاريع، وي طرح الأرغومي عادة سؤالين هاميين:

3-1-لماذا؟:

لماذا مشروع التصميم؟ فالمشروع قبل كل شيء هو نشاط تسعى من خلاله لمنظمة إحداث تغييرات في التشغيل والممارسات الحالية، ومنه لا بدّ من إشراك كل أقطاب المنظمة، لأنّ هذا التغيير سيؤثر بشكل عميق في الممارسات التي يكون لها أثر في السياسات المستقبلية، وبحكم أن كل مشروع في المنظمة يرجى له النجاح، ورغم خصوصية كل مشروع فإنه لا بدّ من الأخذ في الحسبان ليس فقط هندسة هذه المشاريع، بل كذلك أساليب التشغيل المستقبلية ، فمثلا إدخال أساليب حديثة في العمل كتكنولوجيا المعلومات يعتبر مشروعاً بالغ الأهمية يتطلب تغييرات كبرى في هيكلية المنظمة وطريقة عمل طاقمها، وتنظيم المهام والقيام بها، ومنه فإنّ شرح آلية عمل هذا المشروع ضرورة قصوى للعاملين حتى يكتب لهذا المشروع النجاح، إضافة إلى ضمان التكوين المناسب الذي يتلاءم مع هذا التغيير، وكذا الدعم الدائم للعاملين طيلة فترة تطبيق المشروع، حتى يتمكن كل المعنيين من القيام بما هو مطلوب منهم .

وما هو متعارف عليه في السلوك التنظيمي هو وجود ما يعرف بمقاومة التغيير من طرف العاملين في حالة وجود أي تغيير تنظيمي مرتقب، بسبب مخاوف من المجهول القادم، ويظهر في هذه الحالة الدور الذي يلعبه الأرغومي في التوفيق بين الطرفين (الإدارة والعاملين)، وتقديم المعلومات اللازمة وطرق تطبيق المشروع وحل المشكلات التي تواجه مثل هذه المشاريع من خلال جمع معلومات وبيانات شاملة عن الظروف الحالية والظروف المستقبلية ، والإمكانيات المتوفرة، والنقائص، والشروط التي ينبغي توفيرها، ولا يتحقق ذلك طبعاً إلا من خلال إجراء دراسة شاملة ومستفيضة، والاعتماد على الجانب النظري ونماذج واقعية لمنظمات أخرى للاستفادة منها، كما لا ننسى أنه من مهامه جمع المعلومات باستخدام تقنيات جمع البيانات المنهجية المعروفة حتى يتمكن من التوصل إلى معلومات واقعية وحقيقية، وتكون الحلول مطابقة لطبيعة المشكلات.

3-2-كيف؟:

لقد أكدت التجارب أنّ أي مشروع لا يمكن تجسيده إلا من خلال مشاركة جميع أطراف المنظمة، ومنه فإنّ العاملين يعتبرون قطباً مهماً وأساسياً في أي مشروع داخل المنظمات.

وفي هذا الإطار لا بدّ من التأكيد على الأطراف الثلاثة الفاعلة في المنظمات الخدمية وهي:

- قطب المصممين، -قطب المنفذين، -قطب المستعملين (المستخدمين والزبائن).

كما يجب توفر ثلاثة أنواع من اللجان (الهيئات) وهي:

3-2-1- لجنة القيادة:

تتشكل من كل العوامل البشرية المعنية، توجه من طرف الإدارة العامة، ويكون دورها اتخاذ قرارات التوجيه للمشاريع.

3-2-2- اللجنة التقنية:

تتشكل من المهنيين المصممين (مهندسين معماريين)، تقاد من طرف رئيس المشروع، يتمثل دورها في تصميم ومتابعة المشاريع المقترحة بالتنسيق مع لجنة القيادة.

3-2-3- لجنة المستعملين:

تتكون من ممثلي الإطارات والعاملين والأطباء المعنيين، يتمثل دورها في تحديد الاحتياجات، إبداء الرأي، اقتراحات التعديل، وذلك من خلال تجاربهم الميدانية.

وما ينبغي التأكيد عليه هو مهام الأرنغومي في التنسيق بين مختلف اللجان، وتحديد الاحتياجات والمتطلبات وكذا العوائق والصعوبات، فهو محاور ومفاوض ومقترح وموجه لمختلف العمليات وبين مختلف اللجان المذكورة آنفاً، ومنه فإن سياق المشاركة يتضمن:

- تقبل التغييرات التنظيمية المستقبلية.

- إعلام العاملين وإشراكهم منذ أول خطوة في إنجاز المشاريع، وتحويل ردود الأفعال كمقاومة التغيير إلى طاقة إبداعية تضمن تحولاً هادئاً ومتناغماً.

- أن تكون سيرورات المشاركة منظمة بالاعتماد على المستعملين الذين يكون لهم دور فاعل في هذه العملية.

- استشارة أعضاء اللجان السابقة تمكن من خفض مخاطر الخطأ، وتحملها من طرف الجميع في حال وقوعها.

4- الشروط الملائمة لمشاركة المستخدمين

وضع بنية التسيير التعاوني من خلال الاستثمار في الموارد البشرية يساهم في خفض التكاليف في الميزانية، لذا من المهم للإدارة العليا التركيز على مشاركة المستخدمين الفعالة بالاستماع لحاجاتهم واحترام آرائهم، ومنه فإنّ الشروط الواجب توفرها للجمع بين مختلف الأطراف هي:

4-1- الإدارة:

من خلال الشفافية وتقاسم المعلومات باستثناء بعض المعلومات ذات الطابع السري، ويكون طلب مشاركة الفاعلين دون تحيز، وهو ما يخلق جوّ من الثقة، ويتجسد في استقرار هيكل المنظمة.

وباختصار يمكن تحديد شروط مشاركة الإدارة في:

- الدعم الدائم للسياسات التعاونية في المنظمة.
- الشفافية في تبادل المعلومات.
- مهارة أعضاء الإدارة المكلفين بالمشاريع في التسيير التعاوني.

4-2- المصممين والمهندسين:

من خلال التفتح والجهوزية لكل استجاب من طرف المستخدمين الفاعلين في المنظمة، كما يظهرون مهارة لشرح مبسط عن الأسئلة التقنية وتحكيم الطلبات التي لا تكون دائماً متقاربة، وباختصار يمكن تحديد شروط مشاركة المصممين والمهندسين في:

- التفتح والجهوزية لاستجابات المستخدمين.
- القدرة والمهارة على الشرح المبسط للمعلومات التقنية
- القدرة على تحكيم الطلبات المختلفة واقتراح توافقات مبدعة.
- معرفة الدينامية الاجتماعية للمنظمة.

4-3- المستخدمون وممثلي النقابات:

إرادة المشاركة لهؤلاء تكون فعلية لتكون آراؤهم واستجاباتهم مسموعة، كما ينبغي أن يكون ممثلو العمال قد تمّ توكيلهم بكل شفافية، حتى لا تكون آراؤهم مجرد توصيات عوض أن تكون آراء يؤخذ بها وتخضع للمناقشة والتحليل للاستفادة منها.

وباختصار يمكن تحديد شروط مشاركة المستخدمين وممثلي النقابات في:

- الإرادة الحقيقية للمشاركة.
- تفويض واضح للجان المشتركة.
- متابعة الشروحات للعاملين.
- التناوب على نصب التفويض.

5- تأثير التدخل الأرنغومي في التصميم

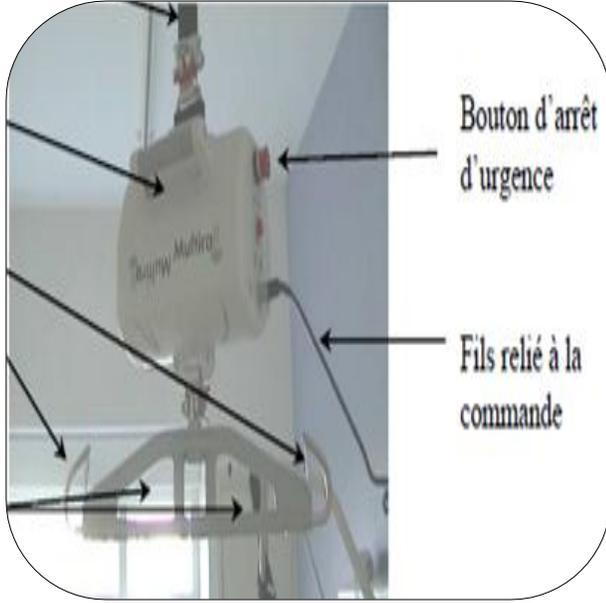
يظهر دور الأرنغومي جلياً من خلال التدخل والمساهمة في تصميم المشاريع كتصميم الأبنية في المؤسسات الاستشفائية من المفهوم الأولي حتى الرؤية النهائية، ومن بين العناصر التي يكون له تدخل فيها:

5-1- تصميم غرف المرضى:

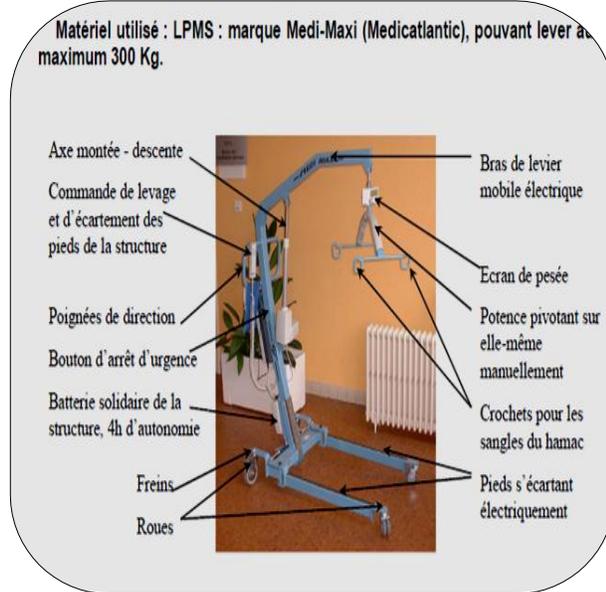
يخضع تصميمها لمقاييس نموذجية منها أبعاد هذه الغرف (الطول والعرض)، وضعية الأسرة وعددها في الغرفة الواحدة، اللوحة التقنية التي تعلق في سرير المريض وتحوي البيانات الخاصة بحالته المرضية ومكان تواجدها على السرير، أبعاد المرافق الصحية داخل الغرفة، مدى وجود دعائم لمساعدة الممرض والأعوان المساعدون على رفع ونقل المرضى ، حيث بينت الدراسات أنّ من بين عوامل الحوادث في المستشفيات هي رفع ونقل المرضى وما يتطلبه من جهد عضلي، ونتيجة الجهد المتكرر فإنّ ذلك أدى إلى حوادث في غرف التنويم، وكان التدخل الأرنغومي في هذه الحالة في بعض المستشفيات الفرنسية هو تركيب آلة في سقف الغرفة تتحرك على سكة مقلوبة، وآلة أخرى متحركة تساعد في رفع المرضى وتحريكهم آلياً دون جهد عضلي شاق.

والأشكال التالية توضح ذلك:

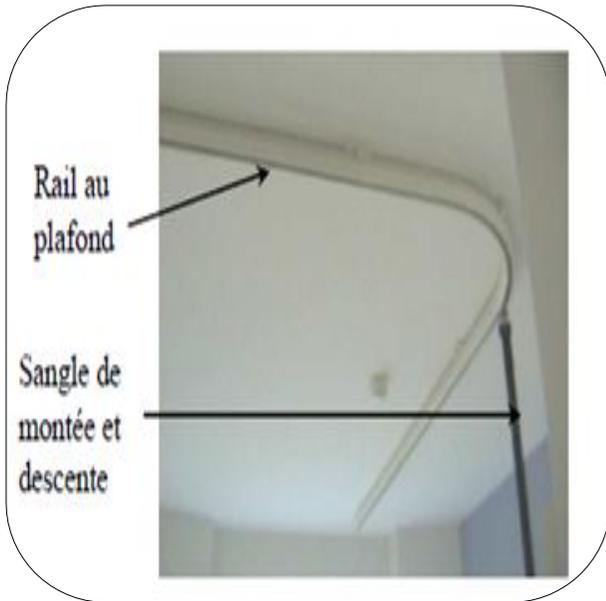
شكل رقم (12) يوضح آلة كهربائية لرفع ونقل المرضى للتخفيف من الجهد العضلي



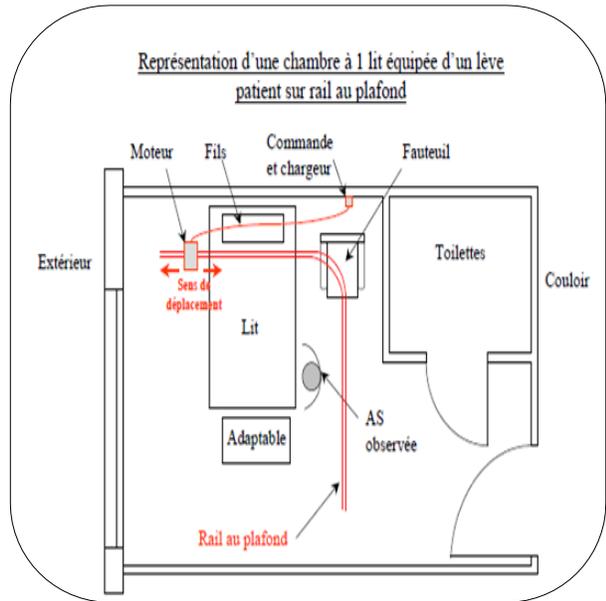
شكل رقم (11) يوضح آلة يدوية لرفع ونقل المرضى للتخفيف من الجهد العضلي



شكل رقم (14) صورة توضح مسار الآلة الكهربائية داخل غرف المرضى



شكل رقم (13) مخطط تحرك الآلة الكهربائية داخل غرف المرضى



المصدر:

- manutention des patients, ergonomie des équipements, système de l'aide à la manutention, troubles musculo squelettiques

بالإضافة إلى وجود أسرة متحركة تسهل نقل المرضى، خاصة أولئك الذين يعانون من عدم القدرة على الحركة.

5-2- المرضون والأعوان المساعدون:

تعاني هذه الفئة من آلام في الظهر نتيجة الحمل العضلي المتكرر للمرضى، ومنه فإنّ تحليل نشاط المررض يمكن من تحديد المشكلات الحقيقية التي يعاني منها جهاز التمريض والمرتبطة بأداء النشاط، وبالتالي البحث عن حلول إجرائية تتناسب مع طبيعة المشكلة من خلال التدخل الأرغومي. ونستخلص مما سبق أنّ:

- الاضطرابات العضلية العظمية لدى فئة الممرضين والأعوام تعود في الغالب للحمل اليدوي للمرضى، وتشكل أهم المشكلات في مجال الصحة والسلامة في ميدان العمل.
- تتجلى الوقاية في اجتناب كل مصادر الإجهاد العضلي من خلال تزويد العاملين بآلات مساعدة.
- تجنب الأحمال الثقيلة بقدر الإمكان في حال عدم القدرة على التخلص من الحمل العضلي للتكاليف التي تنتج من تكيف مركز العمل.

- تدريب العاملين على طرق وأساليب النقل الآمن للمرضى والآلات.
- المساهمة في تصميم وتحسين أداء وسائل العمل (التجهيزات والمعدات الطبية).
- المساهمة في تقويم وتصحيح تصاميم مراكز وأماكن العمل.
- الوقاية من الاضطرابات العضلية العظمية المرتبطة بالمهنة، من خلال الحلول الأرغومية المبتكرة والنخلي عن الطرق التقليدية أثناء أداء المهام، حيث بينت دراسة لودوينغ (Ludwing, 2006) أنّ تحقيقات مصالحي الوقاية والأمن في المستشفيات السويسرية توصلت إلى انخفاض في حوادث العمل المتعلقة بالحمل اليدوي إلى النصف في السنوات الأربع الأخيرة التي تلت علمية تدريب العاملين، وتوفير الوسائل الملائمة للحمل المصممة أرغومياً، ضف إلى ذلك فقد تقلصت مدة إقامة المرضى في المستشفيات من 241 يوماً إلى 45 يوماً خلال الفترة نفسها.

وقد خلص اندرياس مارتنز (Andreas Martens) بصفته مستشاراً لمشاريع الأرغوميا في مختلف المستشفيات والمؤسسات السويسرية خبرته في تأكيده على دور الأرغوميا في:

- ضرورة الأخذ بعين الاعتبار ظروف العمل وتحسينها.
- تحسين عمليات التدريب على الاستخدام الأمثل والصحيح للجسم في سياق العمل.

- تطوير الاستشارات الفردية والجماعية لمساعدة الذين يعانون من آلام الظهر على طرق العمل والجلوس السليم.

ومن المعلوم أن أهمية الأرنوميا في ميدان العمل تتجلى من خلال الأهداف التي تسعى إلى تجسيدها، والتي تتعلق أساساً بالتقليل من التأثيرات السلبية وزيادة التأثيرات الإيجابية على كل من العامل والمنظمة، حيث:

1- بالنسبة للعامل: تختص بالراحة، الأمن، الصحة، الفعالية، الروح المعنوية، الرضا.

2- بالنسبة للمنظمة: تختص بالإنتاجية، المردودية، النوعية، التقليل من حوادث العمل، خفض

التكاليف. (Ergonomie et aménagement de poste de travail, 2005)

6- دور الأرنوميا في الوقاية من المخاطر المهنية وتنظيم وتقويم الوظائف في المستشفيات:

ومن بين مساهماتها في هذا الخصوص:

6-1- الوقاية من المخاطر المهنية في المستشفيات:

وذلك من خلال التعرف على السيرورة الحقيقية للعمل (تحليل النشاط)، حيث يمكن تحديد الظروف التي تؤثر على أداء المهمة، وتوضح المقاربة الأرنومية العلاقة بين المخاطر المهنية والعمل الفعلي، والأفعال والسلوكيات الواجب القيام بها للوقاية من المخاطر المهنية حسب طبيعة المهنة وطبيعة المهمة، وبعبارة أشمل تساهم الأرنوميا في الوقاية من الأمراض المهنية وحوادث العمل، مع العلم أن أهداف الأرنوميا أوسع من مجرد الوقاية من حوادث العمل، حيث تشمل إضافة لذلك توفير أفضل ظروف العمل التي تحدّ من حوادث العمل والأمراض المهنية، كما تسعى إلى تطوير الكفاءات في ميدان العمل، وزيادة الفعالية.

6-2- تنظيم وتقويم الوظائف في مصلحة الاستعجالات الطبية:

يعتبر التكفل بمصلحة الاستعجالات الطبية ضرورة بالغة في النظام الصحي، حيث يكون عدد المرضى الوافدين في تزايد مستمر، سواء في القطاع العام أو الخاص، وقد بينت الإحصائيات أنّ 20% من الذين يتوافدون إلى الاستعجالات تطلب منهم الإقامة في المصلحة، وأنّ 75% منهم يتلقون استشارات طبية عاجلة. (Nouvelle organisation et architecture hospitalières)

لذلك يتطلب الأمر اهتماماً خاصاً بهذه الفئة التي تكون عادة في حالة طارئة، وتنظيم استقبالها بما

يتوافق مع حجم التدفق وخطورة الحالات، وتتجلى مساهمة الأرنوميا في هذه الحالة في:

- التسيير المنتظم للحالات الطارئة من خلال تصنيفها حسب درجة الخطورة.

- التمييز بين الحالات الطارئة الطبية والجراحية.
- التصميم العملي لمداخل المرضى، ومداخل الأقسام والمصالح (الأبعاد والتصميم).
- التأكد أنّ منطقة الاستقبال تتوسط مصلحة الاستجالات الطبية حتى يسهل توجيه المرضى إلى كل الأقسام بسهولة ودون صعوبات.
- التأكيد على وجود مدخل خاص ومستقل من خارج المستشفى نحو مصلحة الاستجالات مباشرة، مع مراقبته باستمرار لضمان الانسيابية وعدم وجود حواجز أو توقف غير ضروري.
- المساهمة في اقتراح تصاميم للأجهزة والمعدات الطبية التي تتلاءم مع طبيعة التدخل العلاجي وطبيعة عمل الممرضين (35: atain)
- المساهمة في تصميم وتطوير المهام، المهن، محيط العمل، بعد دراسة متأنية للأداء النهائي، وتحديد الاحتياجات ومدى ملاءمتها للمهنة والمصلحة.
- الأخذ في الحسبان العوامل النفسية، المعرفية، الاجتماعية، البيئية قبل صياغة أي اقتراحات تتعلق بتصميم وتعديل بيئة العمل.
- تحليل النشاط المكون للعمل يسمح للأرغونومي بـ:
 - * القيام بتشخيص معتمد على الواقع.
 - * تحديد الأسباب الحقيقية الكامنة وراء المشكلة.
 - * اقتراح حلول واقعية.
 - * تقويم المعارف والحلول المقترحة للمشكلة.
- التعرف على الظروف الفيزيقية للعمل في مختلف الأقسام والغرف والمكاتب، ومدى ملاءمتها للمعايير القياسية المحلية والعالمية (إضاءة، حرارة، رطوبة، تهوية)، الحدود الفيزيقية للفضاءات، مخارج الأبنية وحجمها ومدى ملاءمتها لخصوصية المستشفى ومصلحة الاستجالات الطبية.
- الاعتماد على ملاحظات علمية وقابلات شخصية مع العاملين، والمعاينات الواقعية حول مدى ملاءمة فضاءات العمل، خاصة تلك التي تكون غير قابلة للتعديل، وهو ما يتطلب البحث عن بديلة مع مراعاة المعايير الواجب احترامها، كغرف العمليات، التي يكون من غير الممكن تحويلها أو تعديل فضاءها، فالضرورة تقتضي حلولاً بديلة ترتبط بنوعية الآلات والأجهزة الموجودة، وإمكانية تنظيمها وترتيبها بما يتناسب مع طبيعة المهام في هذه الغرفة، وهو ما يتيح حركية وفعالية أكثر وسرعة في تنفيذ المهام وعدم وجود صعوبات وعوائق في الحركة والتنقل.

كما أنّ من أهم مساهمات الأرغنوميا في المؤسسات الصحية هو:

- تقويم مخاطر الإصابات في المستشفيات (السقوط، التصادم).

- تقويم مخاطر آلام الظهر.

- تقويم مخاطر الاضطرابات العضلية العظمية.

- مدى ملاءمة التجهيزات واستعمالها لإرغامات النشاط وانعكاساتها على آلام الظهر.

- الطرق المستخدمة في نقل وتحويل المرضى دون حوادث أو جهد بدني عال.

(Manutentions des patients Ergonomie des équipements - Systèmes d'aide à la manutention Troubles musculo-squelettiques)

وقد بينت إحصائيات فرنسية أنّ 70% من العاملين كانوا عرضة لآلام العمود الفقري مرّة واحدة على الأقل، وأنّ 1/3 منهم توقفوا عن العمل بصفة مؤقتة لهذا السبب، كما أنّ الدراسات المتعلقة بعاملتي الصحة بينت أنّ مجموعة معتبرة منهم يعانون من آلام الظهر خاصة لدى الممرضين الأعوان الذين تتراوح نسبة الإصابة لديهم ما بين 52% و 64% حسب نفس الدراسة، بينما يعاني الممرضون من نفس الآلام بنسبة تتراوح بين 43% و 58% (brinon.c: 6)

وحسب نفس الدراسة فإنّ جهد حمل المرضى يشكل السبب الثاني للحوادث في المستشفيات بعد الأسباب المتعلقة باستعمال الأجهزة والوسائل الطبية الجراحية، وأنّ الممرضين الأعوان يعانون من الحمل الثقيل لأكثر من عشر مرّات في الساعة، وأثبتت دراسة كل من (retsas.A, pinikhana.J, 2000), (brinon.c : 11) ، في المستشفيات الأسترالية أنّ:

- 40.1% من المبحوثين يعانون من إصابات متعلقة بالحمل اليدوي، و 75.9% منهم يعانون من آلام

الظهر.

- 2/3 من إصابات الحمل اليدوي مرتبطة بنشاطات علاج المرضى، و 1/3 من هذه الإصابات غير

مباشرة.

وفي دراسة أرغنومية أخرى قام بها (D. le porgne, 1989: 11) حول المهام المرتبطة بنقل وتحويل المرضى في المستشفيات قد أظهرت أنّ:

- 41% من الحوادث التي تأتي بسبب نقل المرضى تؤدي إلى إصابات في الظهر.

- تدريب العاملين حول كيفية نقل وتحويل المرضى بشكل صحي وآمن تبقى نظرية أكثر منها

تطبيقية.

- الأداء المتعلق بالعوامل البيوميكانيكية وسلوك المريض يؤثر على الأمن أثناء النقل.
 - نقص الأماكن يساهم إلى حد ما في السرعة في النقل اليدوي للمرضى، وهو ما يزيد من الإصابات، ولهذا من الضروري التعرف على الطرق الصحية للحمل والنقل، واستخدام أدوات ملائمة لذلك سواء في غرف التنويم أو في سيارات الإسعاف.
 وحسب نفس المصدر فإنّ المرضى الذين تجاوز سنهم 65 سنة يكونون قد تعرضوا للسقوط ولو مرّة واحدة في السنة (brinon.c: 37-39)، حيث بلغت 2700 مرّة في عام واحد في بيوت العجزة والمستشفيات، وهو ما يقتضي بالضرورة تصميماً أرغونومياً للأرضيات في غرف التنويم والممرات والأقسام المكونة للمستشفى.

7- تعدد مهام الأرغونومي في المستشفيات

توجد عوامل داخلية وخارجية مرتبطة بالوظائف في المستشفيات والتي تؤثر سلباً في أداء العاملين بها، وهو ما يتطلب من الأرغونومي التدخل في مثل هذه المؤسسات، والاستماع إلى مختلف وجهات النظر، والعمل على التحليل المتسلسل لمؤشرات الطوارئ، وذلك بتحديد الأركان التي قامت عليها المشكلة، وصياغة طلب التدخل.

وباعتبار المستشفيات متعددة النشاطات من الاستشارات الطبية إلى التكوين العيادي للطلاب الباحثين، وتسيير تدفق المرضى وإجراء العمليات الجراحية وغيرها، فإنّ التعرف على الصعوبات التي تعترض هذه المؤسسة سواء تعلق الأمر بالعاملين (الغيابات، انخفاض اليقظة، تدني المردود)، أو المؤسسة (كثرة الشكاوى، سوء الخدمات، مشكلات التسيير)، هو من صلب اهتمامات الأرغونومي بالتنسيق مع مصلحة الموارد البشرية إذا تعلق الأمر بالعنصر البشري، من خلال تحليل طلب التدخل، والتحاور مع مختلف الأطراف للصياغة النهائية لطلب التدخل، ويقترح (Maggi, 2003) محورين للقيام بالتدخل، (الأول يرتبط بتعديل النشاط ونتائجه، عبء العمل، الخلل الوظيفي، التوتر بين العمال)، (والثاني يرتبط بالتفسير الأولي لهذه الصعوبات، سرد المشكلات وإعادة تنظيمها، التعرف على السياسات الداخلية، السلوكيات الفردية).

ومن هنا يأتي مفهوم التخصص المتعدد للأرغونوميا، حيث لا تحمل نظرة ثابتة ومحددة كما يرى (cazamion, hubault, noulin, 1996)، وإنما تتكون من تقاطع عدّة آراء ووجهات نظر، وهو بعد أساسي لعمل الأرغونومي، ويتضمن القدرة على التصرف النموذجي والدقيق، واحتواء وتقبل كل الآراء، التعايش والتموقع رغم الاختلاف، من خلال تحديد إطار التدخل، وصياغة المشكلة المراد معالجتها بالتركيز على الجوانب الأساسية وتجاوز الصراعات بين الفاعلين، والإبداع من الشك والارتباك والغموض.

(Ergonomie et santé au travail, 2006 : 245)

8-عبء العمل وأعباء العمل

يتضمن هذا المفهوم جانبين أساسيين هما:

8-1- الثمن (الكلفة):

الذي نعني به الآثار النفسية والجسمية والصحية على العامل، وينشأ من التباعد الحاصل بين الخصائص البيوميكانيكية للفرد وطبيعة المهنة، والتباعد بين موضوعية المعايير والقياسات الذاتية والتقييم الذاتي والتقييم الموضوعي (dejours, 1995) ، ويظهر عبء العمل من طبيعة النشاط نفسه، ويحرك التباعد الحاصل كل فرد للقيام برد فعل تجاه هذا العبء.

(Ergonomie et santé au travail, 2006: 246)

8-2- ثقل العمل:

الذي يطلق عليه تسمية أعباء العمل، والتي تكون قابلة للقياس والتقييم، وفيزيولوجيا الجهد، ودلالة المبادرة الذاتية، واجتماعية مشروع الإنتاج، وزمانية التعلّات والتغيرات، وكل هذه الأبعاد تتضمنها الوضعية الفعلية للعمل.

أمّا الثمن الإنساني الكلي الذي يسعى الأرغونومي لتقويمه حسب (cazation, 1996) فإنه ينتج بالتزامن مع أوزان الأعباء المحمولة طيلة يوم العمل، ومع الإرغامات الذهنية المرتبطة بالمهارات المتعددة والمستمرة الناتجة عن نقص المعرفة للقيام بالفعل مع الزمن، وغياب المشاريع المشتركة والمقسمة للعمل ضمن الخدمة، وغموض الدور في المهن، والمسؤولية المتعلقة بالتأطير.

ويعتبر التدخل الأرغونومي رهان أساسي عندما يكون العبء الكلي زائداً، حيث يؤثر بشكل مباشر في صحة العاملين (التعب، الألم، الإعياء، انخفاض اليقظة)، وعدم فعالية المنظمة.

ومما سبق نستنتج أن عبء العمل هو في الحقيقة حاصل لمجموع أعباء العمل، ولفهم هذه الإشكالية المزدوجة (عبء العمل؟، أعباء العمل؟)، يظهر جلياً مفهوم الصحة في العمل وعلاقتها بفعالية المنظمة، حيث لا يؤثران في الفرد بمفرده بل هي مشكلات جماعية تمسّ مختلف العاملين مهما اختلفت مستوياتهم في المنظمة، ومهما اختلفت الآثار الفيزيولوجية والنفسية لهم، ومهما اختلفت مهامهم.

ويقصد بالتدخل الأرغونومي في هذه الحالة معايشة الآخرين والتعايش معهم ومقابلتهم في نشاطاتهم أثناء تأديتها، والتعرف على معارفهم واقتراحاتهم.

لكن السؤال المطروح: ما هي المشروعات أو الجانب القانوني التي تمكن الأرغونومي من التدخل واتخاذ

خطوات معينة؟

حسب الأرغونوميين، فإنّ هذه المشروعات تتبين في وقتين مختلفين:

- قبل التدخل: حيث يتم تحديد أهداف بعينها، من خلال عناصر التشخيص لمختلف الحالات، وأول مشروعية تأتي من حقه في تحسين ظروف العمل لمختلف المهن والنشاطات.
- بعد التدخل: والتي تعتبر خلاصة لما سبق، ويجب أن تكون الآثار الفعلية للتدخل الأرغونومي واضحة للعيان ومقومة، حيث يكون الهدف النهائي للتدخل هو تكيف بيئة العمل من جهة، وتغيير التصورات السلبية للعمل من جهة أخرى، وذلك من خلال التحليل لكل من النشاط والمهمة، والأخذ بجدية كل وجهات النظر للأطراف داخل المنظمة، وإعطاء حرية التعبير والرأي حتى ولو كانت متضاربة، وهو ما يعطي قيمة حقيقية للتدخل الأرغونومي.

9-تكييف ساعات العمل للعمال

يرتبط هذا التدخل الذي قام به (Generali & Casanova) بالصحة والأمن في ميدان العمل ضمن ما يعرف بالظروف التنظيمية للعمل، وبالضبط تكييف ساعات العمل للمرضيين، وجاء هذا التدخل بطلب من الهيئة المستخدمة لمحاولة فهم الأسباب الحقيقية للمشكلة، مع المشاركة الفعالة للمرضيين واقتراح تعديلات جديدة أكثر ملاءمة حول أوقات العمل، وحيث أنّ النظام المزدوج لساعات العمل العادية وساعات المداومة معقد جداً ، فكل ممرضة تؤدي عملاً حجمه 40 ساعة أسبوعياً، وتتشكل حلقة من خمسة أسابيع مداومة وعشرة أسابيع للعمل العادي بالفرق (خمسة ممرضات في كل فريق)، بمعدل سبع مرّات مداومة في حلقة بإيقاع 24 ساعة عمل لكل 86 ساعة راحة، مع العلم أنّ كل العطل وفترات الراحة تؤخذ ضمن أوقات العمل العادي.

ومعلوم أنّ مهام مصلحة الصحة في العمل هو بشكل أساسي الوقاية من خلال تكييف مراكز العمل، ومن خلال الفحوصات الطبية للعاملين، ويتطلب عمل الممرضات الحضور (24ساعة على 24 ساعة) وطيلة أيام الأسبوع لضمان علاج دائم في الاستعجال، كما أنهن لا يحضرن إلا نادراً في الفترات التي تلي المداومة، وهو ما يجعل صعوبة في متابعة مراكز عملهن، وحتى أنه لا يمكن عقد لقاء يجمع كل أفراد المصلحة، حيث تستنفذ المداومات والعمل في نهاية الأسبوع الكثير من العاملين ممّا لا يتيح فرصة للالتقاء بهم.

وخلص هذا التدخل إلى ضرورة العناية بقرارات تغيير ساعات العمل وإعادة تنظيمها، كما أن التشخيص المنجز اظهر واقع توزيع ساعات العمل في المصلحة وأثره على العاملين، ويبرز أهم العوامل المؤثرة على تنظيم ساعات العمل المستقبلي. (Ergonomie et santé au travail, 2006: 385)

ولكي يساهم التدخل الأرغنومي في تطوير خدمة مصلحة الاستعجالات الطبية لا بدّ من تصميم وبناء مشروع للمصلحة يتضمن:

- تحديد الأهداف الواضحة والمشاركة والملائمة، وتحضير مخطط عمل، وتصوير تنظيم للعمل يمكن من إيجاد رؤية موحدة للتغييرات المرتقبة.

- تحديد القيم المشتركة للعمل الجماعي التي ترتبط بالتصورات والبروتوكولات.

- ملاءمة التنظيم العام المقترح للكفاءات الحالية للعاملين وواقع المصلحة.

10-المزامنة الأرغنومية لأوقات العمل غير النموذجي

في دراسة أجراها (romey)، تمحورت حول عدم التوافق المرتبط بدوام العمل الليلي ف المستشفيات، والملاحظات المسجلة في هذا الجانب هو عدم التوافق بين فترات المداومة والإيقاع البيولوجي للفرد، حيث يعاني الأفراد من عدم استقرار فيزيولوجي وسيكوفيزيولوجي (ergonomie et santé au travail,2006: 413) كما أشار إلى ذلك كل من

(Queinnec, Teiger & De Terssac, 1987 ; Smith, Folkard & Fuller, 2003)

وتظهر إرغامات العمل على العامل في مركز العمل الليلي، حيث يكون نشاطه في وقت تكون عضويته غير جاهزة طبيعياً (Bourdouxhe, Queinnec & al., 1998 ; Barthe, Queinnec et Verdier, 2004) بفعل التغييرات الكمية والنوعية للنشاط.

ومنه فإنّ وضع سياق التعديل بعد التعرف على المتطلبات والإنعكاسات على العامل أمر غاية في الأهمية، ومن بين هذه التعديلات:

- تعديل أثر الإيقاع السيكوفيزيولوجي من خلال النشاط الجماعي لوضعيات العمل، وهو ما يسمح بالحفاظ على اليقظة العالية للعاملين خلال المداومة الليلية (Barthe, 1999).

- ربط العلاقة بين كل من نشاط العامل واليقظة في العمل خلال المداومة الليلية للتأكد من فاعلية الفرد في مركز عمله.

وقد قام الباحث بإجراء دراسته على عينة من الممرضين والممرضين المساعدين في إحدى المستشفيات الفرنسية خلال فترة عمل بين التاسعة ليلا والسابعة صباحا، حيث كان النشاط مخطط ومتفق عليه، وكانت الملاحظات باستخدام تقنيات تحليل النشاط التي من بينها (Actogram/Kronos) طيلة عشرة حلقات وخلال سبع ليالي، وتمّ قياس اليقظة بمقاييس هي:

- المقياس الذاتي لليقظة باستخدام (Ratio Alertness Scale, annexe 3) المنجز من طرف Lancry(1989).

- المقياس الموضوعي لليقظة (مقياس زمن الرجوع لمثيرات مرئية، مقياس زمن الرجوع البسيط، اختبار شطب الكلمات).

وكان تطبيق هذه المقاييس أربع مرّات خلال ليلة العمل الواحدة في الأوقات التالية (العاشرة، الواحدة الثالثة، السادسة).

ومن بين أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

- التعديل ما بين الأفراد للنشاط: حيث ظهر ذلك خلال توقع وجود ضغط في العمل، خاصة في الفترة ما بين الثانية والرابعة صباحاً، وهو وقت انخفاض اليقظة المرتبط بالمتطلبات والإرغامات التنظيمية.

- الربط بين النشاط الجماعي واليقظة: حيث لوحظ أنه كلما كان النشاط جماعياً خلال المداومة الليلية كلما زاد ذلك من مستوى اليقظة لدى العاملين، والعكس في حالة النشاطات الفردية حيث تنخفض اليقظة خاصة في نهاية المداومة (خلال الساعات الأخيرة من الليل).

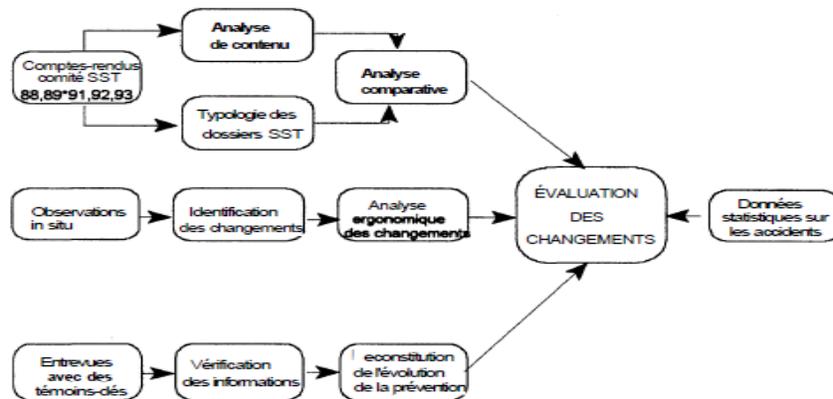
- الأخذ في الاعتبار مجموع الوظائف العقلية (التفكير، اليقظة) خلال أداء الفرد للنشاط الذي يتطلب هذه الوظائف.

الشكل رقم (15) يوضح المزامنة الأرخنومية لأوقات العمل

L'évaluation de la persistance de l'ergonomie participative, se base sur la méthodologie suivante:

- analyse des comptes rendus des réunions du comité de santé sécurité au travail avant et après l'intervention ergonomique
- documentation des mesures de correction ou modification ergonomique implantées après le départ des ergonomes
- analyse des taux de fréquence des lésions au dos
- analyse comparée des résultats dans les deux centres de distributions

Organisation du devis d'analyse



المصدر:

(Marieclaire carpentier et al(1997), ergonomie participative, mode de gestion et de performance en prévention des accédants de travail)

ويمكن تفصيل ذلك كما يلي:

10-1- تحليل المحتوى:

ويشمل سيرورات العمل لكل من العامل في مركز عمله، والمهمة المسؤول عنها، وذلك للتمكن من إيجاد الحلول للمشكلات المعترضة، والمساهمة في تعديلها.

10-2- تحليل التعديلات الأرغومية:

حيث يعتمد التدخل الأرغومي في ميدان العمل على فرضية أنّ تعديل العوامل المسببة للمشكلة في وضعية عمل معينة ينبغي أن تترجم بانخفاض الأضرار المهنية، ويتم اقتراح التعديل الأرغومي بناءً على معطيات من بينها تقرير لجنة الصحة والأمن في العمل. وبإجراء تحليل مقارنة بين النقطتين السابقتين يمكن تصور التعديل الأرغومي الواجب إحداثه في وضعيات العمل التي يواجه فيها العامل مشكلات صحية (آلام الظهر، آلام عضلية-عظمية).

ويمكن أن يتقرر التعديل الأرغومي إلاّ بجمع معلومات كافية عن وضعية العمل، بالتقنيات المنهجية والتي منها الملاحظة المباشرة لمركز ووضعية العمل، والإحصائيات الرسمية لحوادث العمل على مستوى هذه المراكز.

خلاصة جزئية

لقد تطور عمل الأرغومي وأصبح يعتبر من الأطراف الفاعلة في المنظمات، وتعلق عليه آمال كبيرة في إيجاد الحلول الابتكارية لكل ما تتعرض له المنظمة من مشكلات وتحديات، سواء كانت تنظيمية أو اجتماعية أو تقنية، لذلك كان لزاماً عليه أن يكون في مستوى التحديات والمهام الموكلة إليه، وأن يكون تكوينه متعدد التخصصات، وأن ينمي خبراته ومهاراته بالاطلاع الدائم على المعارف والمعلومات الجديدة في مجال عمله.

الجانب الميداني

الفصل السادس: منهجية الدراسة والإجراءات الميدانية

الفصل السادس: منهجية الدراسة والإجراءات الميدانية

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- مجتمع وعينة الدراسة

2-1- التحليل الوصفي للبيانات الشخصية لأفراد عينة البحث

3- حدود الدراسة الزمانية والمكانية والبشرية

3-1- الحدود المكانية

3-2- الحدود الزمانية

3-3- الحدود البشرية

4- الدراسة الاستطلاعية

4-1- اختيار وتوزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المتغيرات

الديمغرافية

4-2- ضبط الاستبيان قبل التطبيق على العينة الاستطلاعية

5- أداة الدراسة وإجراءاتها

5-1- بناء أداة الدراسة

5-2- صدق أداة الدراسة

5-3- ثبات أداة الدراسة

6- خطوات تطبيق الدراسة الميدانية

7- أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات

خلاصة جزئية

تمهيد:

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة، ومنها التعريف بمنهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الاستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

1- منهج الدراسة:

المنهج يعني مجموعة من القواعد العامة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم "إنه الطريقة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم" (بوحوش، 2002)، فاستخدام المناهج و طرق البحث العلمية تختلف حسب طبيعة الموضوع محل الدراسة، ويمكن استعمال مجموعة من المناهج في دراسة مختلف الظواهر وهذا في إطار التكامل المنهجي المتعارف عليه والمعمول به من طرف الباحثين الأكاديميين في مختلف العلوم الإنسانية و الاجتماعية على الخصوص و تكتسي طبيعة البحوث الكمية خصائص معينة تحتم علينا استخدام مجموعة من المناهج، وبالنظر إلى كون موضوع بحثنا هذا يدخل ضمن هذا الإطار سنقوم باستعمال المنهج الوصفي الذي يعتبر من بين المناهج الأكثر شيوعاً و استخداماً في الدراسات الكمية أو ما يسمى بالدراسات المسحية الشاملة، وهذا بغية الوصول إلى معرفة كل حيثيات و جوانب الظاهرة محل الدراسة و التحليل، فالمنهج الوصفي يعرف "بأنه تلك الطريقة العلمية المنظمة التي يعتمدها الباحث في دراسته لظاهرة اجتماعية أو سياسية معينة وفق خطوات بحث معينة يتم بواسطتها تجميع البيانات و المعلومات الضرورية بشأن الظاهرة و تنظيمها و تحليلها من أجل الوصول إلى أسباب و مسببات والعوامل التي تتحكم فيها وبالتالي استخلاص نتائج يمكن تعميمها مستقبلاً" (بوحوش، 2002)، وقياساً على ذلك وجدنا أن هذا المنهج هو الأنسب في دراستنا هذه لما له من دور فعال في وصف و تجميع المعلومات والبيانات حول موضوع الدراسة.

2-مجتمع وعينة الدراسة:

من المعلوم أن حجم العينة يعتمد على حجم المجتمع الإحصائي الأصلي الذي تنتمي إليه هذه العينة، وعلى الرغم من أنه يصعب تحديد قواعد عامة لسحب العينة دون المعرفة الدقيقة بمجتمع العينة الإحصائي، ومن ثم فإن 30 مفردة تبدو الحد الأدنى المطلق الذي يمكن اعتماده لإجراء التحليل الإحصائي للبيانات دون تعميم النتائج (champion, 1971).

كما أن كثيراً من الباحثين يعتقدون أن 100 مفردة تمثل الحد الأدنى لإجراء التحليل الإحصائي الملائم و تعميم النتائج (Bailey, 1995) ، وأخيراً لا حاجة لدراسة المجتمع الأصلي إذا أمكن الحصول

على عينة كبيرة نسبياً و مختارة بشكل عشوائي تمثل المجتمع الأصلي المأخوذة منه، لأن النتائج المستتبطة من دراسة العينة ستطبق إلى حد كبير مع النتائج المستخلصة من دراسة المجتمع الأصلي (العسكري، 2004).

وقد تم اختيار مصلحة الاستعجالات الطبية بالمستشفى الجامعي ببني مسوس كمكان لإجراء الدراسة. وحيث أن العينات تنقسم إلى عينات احتمالية وغير احتمالية (عشوائية وغير عشوائية) فإن تحديد ذلك يرتبط بمجتمع الدراسة، فإن تحققت شروط العينات الاحتمالية فإن الباحث يستطيع استخدامها وإلا يتجه إلى العينات غير الاحتمالية، ومنه وبناءً على أن مجتمع الدراسة شمل كل من العاملين على مستوى هذه المصلحة باختلاف وظائفهم (الأطباء، الممرضون، الأعوان) والذين زالوا نشاطاتهم في هذه المصلحة في الفترة الحالية أو قبلها، إضافة إلى المرضى الذين تلقوا العلاج في نفس المصلحة خلال فترة تطبيق الدراسة الأساسية، وبالتالي عدم القدرة على ضبط كل معالم مجتمع الدراسة فقد استخدم الباحث الطريقة القصدية في اختيار مفردات عينة العاملين، وهي الطريقة نفسها التي استخدمها في اختيار مفردات العينة الثانية وهم المرضى الذين تلقوا العلاج في نفس المصلحة.

2-1- التحليل الوصفي للبيانات الشخصية لأفراد عينة البحث:

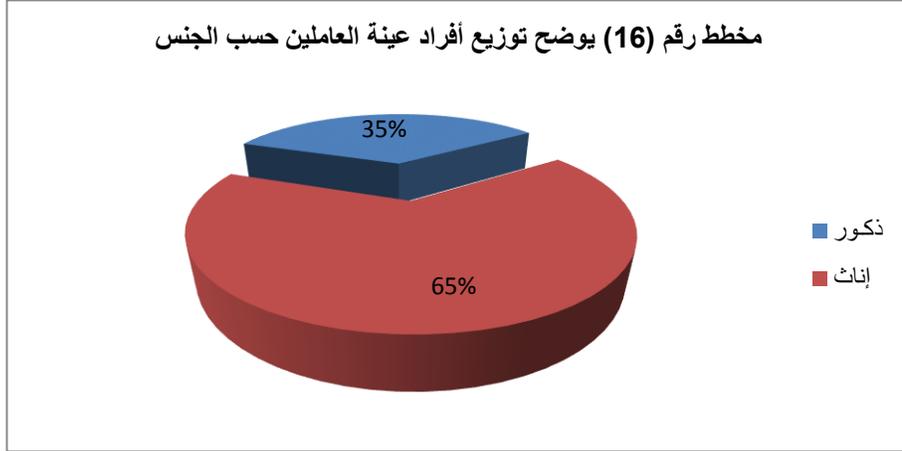
توضح الجداول التالية توزيع أفراد عينة الدراسة (العاملين والمرضى) حسب المتغيرات الديمغرافية:

2-1-1- توزيع أفراد عينة العاملين:

جدول رقم (13) يوضح توزيع أفراد عينة العاملين حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية %
ذكور	14	35 %
إناث	26	65 %
المجموع	40	100 %

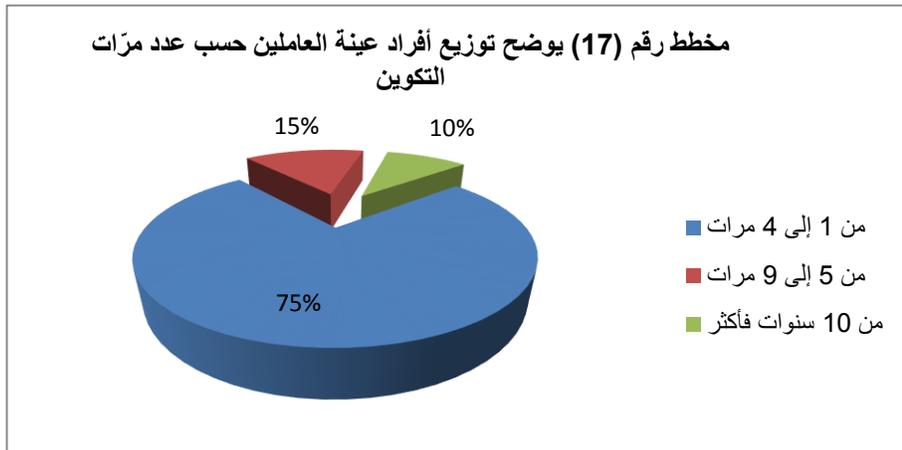
يتضح من الجدول (13) أن نسبة الذكور في عينة العاملين كانت أقل مقارنة بنسبة الإناث، حيث قدرت بـ 35 %، أما نسبة الإناث فقدت بـ 65 %، ويعود ذلك كون أغلب العاملين في مهنة التمريض هم عادة من الإناث، والمخطط التالي يوضح ذلك:



جدول رقم (14) يوضح توزيع أفراد عينة العاملين حسب عدد مرات التكوين

عدد مرات التكوين	العدد	النسبة المئوية %
من 1 إلى 4 مرات	30	75%
من 5 إلى 9 مرات	6	15%
من 10 سنوات فأكثر	4	10%
المجموع	40	100%

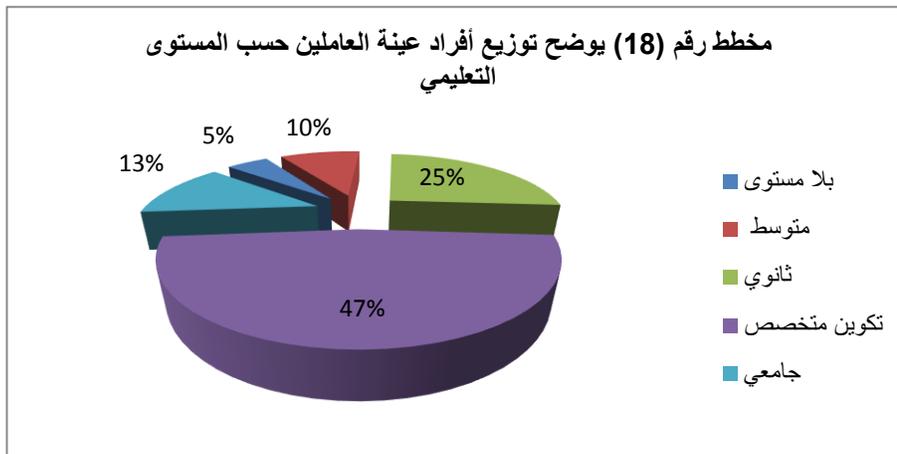
يتضح من الجدول (14) أن النسبة الأكبر كانت لعدد مرات التكوين من 1 إلى 4 مرّات بنسبة 75% تليها عدد مرّات التكوين من 5 إلى 9 مرات بنسبة 15% تليها وبنسبة أقل عدد مرّات التكوين من 10 سنوات فأكثر، والمخطط التالي يوضح ذلك:



جدول رقم (15) يوضح توزيع أفراد عينة العاملين حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية %	العدد	المستوى التعليمي
5%	2	بلا مستوى
10%	4	متوسط
25%	10	ثانوي
47%	19	تكوين متخصص
13%	5	جامعي
100%	40	المجموع

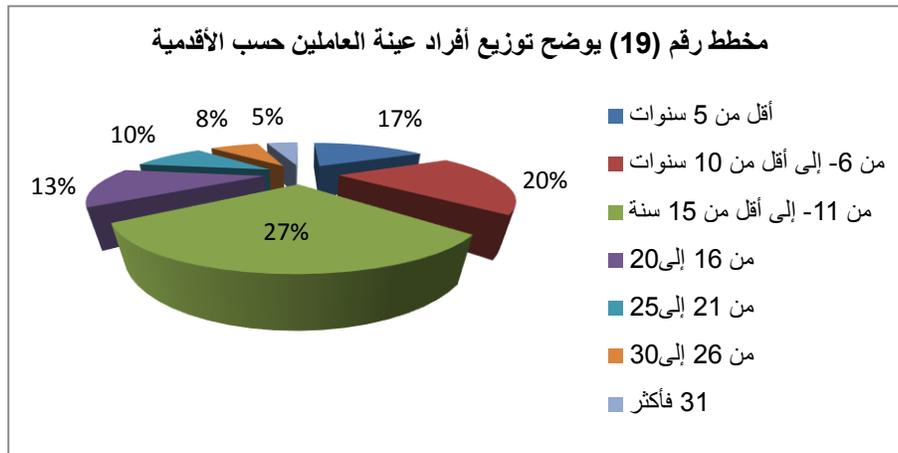
يتضح من الجدول (15) أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة كانت للحاصلين على تكوين متخصص بنسبة 47%، تليها فئة الحاصلين مؤهل ثانوي بنسبة 25%، تليها فئة الحاصلين على دراسات عليا (جامعي) بنسبة 13%، وكانت النسبة للذين لا يملكون أي مستوى بنسبة 5%، والمخطط التالي يوضح ذلك:



جدول رقم (16) يوضح توزيع أفراد عينة العاملين حسب سنوات الخبرة

الأقدمية	العدد	النسبة المئوية %
أقل من 5 سنوات	7	17.5 %
من 6- إلى أقل من 10 سنوات	8	20 %
من 11- إلى أقل من 15 سنة	11	27.5 %
من 16 إلى 20	5	12.5 %
من 21 إلى 25	4	10 %
من 26 إلى 30	3	7.5 %
31 فأكثر	2	5 %
المجموع	40	100%

يتضح من الجدول (16) أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة للذين تتراوح سنوات خبرتهم من (11- إلى أقل من 15 سنة) بنسبة 27.5%، تليها فئة الذين تتراوح خبرتهم (من 6- إلى أقل من 10 سنوات) بنسبة 20%، تليها بنسبة الذين تتراوح سنوات خبرتهم أقل من 05 سنوات، وأقل نسبة كانت للذين تتجاوز سنوات خبرتهم (31 سنة فأكثر) بنسبة 5%، والمخطط التالي يوضح ذلك:

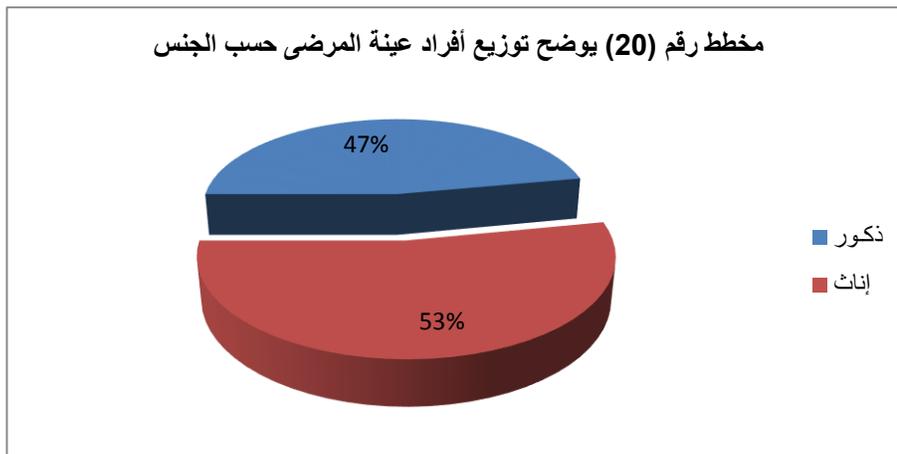


2-1-2- توزيع أفراد عينة المرضى:

أما بالنسبة لعينة المرضى فقد توزعت حسب الخصائص الديمغرافية كما توضحه الجداول التالية:
جدول رقم (17) يوضح توزيع أفراد عينة المرضى حسب الجنس

النسبة المئوية %	العدد	الجنس
47 %	47	ذكور
53 %	53	إناث
100%	100	المجموع

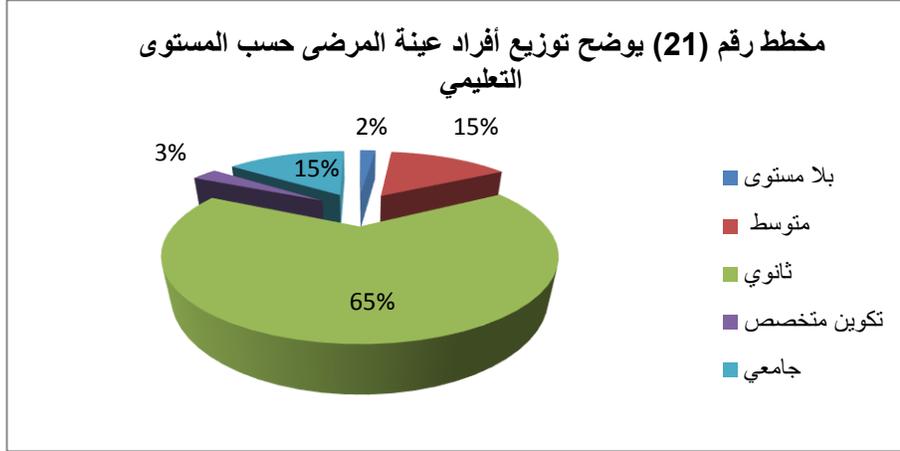
يتضح من الجدول (17) أن نسبة الذكور في عينة المرضى كانت أقل مقارنة بنسبة الإناث، حيث قدرت بـ 47 %، أما نسبة الإناث فقدرت بـ 53 %، والمخطط التالي يوضح ذلك:



جدول رقم (18) يوضح توزيع أفراد عينة المرضى حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية %	العدد	المستوى التعليمي
2 %	2	بلا مستوى
15 %	15	متوسط
65 %	65	ثانوي
3 %	3	تكوين متخصص
15 %	15	جامعي
100%	100	المجموع

يتضح من الجدول (18) أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة كانت للحاصلين على مستوى الثانوي بنسبة 65%، تليها وبنسبة متساوية فئة الحاصلين على المستوى الجامعي والمتوسط بنسبة 15%، وكانت النسبة الأقل للذين لا يملكون أي مستوى بنسبة 2%، والمخطط التالي يوضح ذلك:



3- حدود الدراسة الزمانية والمكانية والبشرية

3-1- الحدود المكانية:

جرت الدراسة في نطاق القطاع العمومي وبالتحديد المؤسسة الاستشفائية إسعد حساني الجامعي ببني مسوس بالجزائر العاصمة، وعلى مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الكائنة بهذا المستشفى.

3-2- الحدود الزمانية

: جرت هذه الدراسة في غضون العام الدراسي الممتد من 2014 إلى 2015، وفي شهري ومارس

وأفريل من نفس العام الدراسي

3-3- الحدود البشرية:

شملت الدراسة العاملين بالمستشفى من أطباء وممرضين وأعوان، بالإضافة إلى المرضى الذين تلقوا

العلاج على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية.

4-الدراسة الاستطلاعية:

بعد النظر في الدراسات السابقة والتي تطرقت إلى أبعاد مشابهة لموضوع الدراسة، والتي هدفت للتعرف على نوعية الخدمات في المؤسسات الاستشفائية، انتقلنا إلى الميدان لتكوين فكرة واضحة حول مجتمع وعينة الدراسة من جهة، ومن جهة أخرى لاستخلاص الجوانب المهمة التي تؤثر سلباً في نوعية الخدمات واستخدامها في صياغة بنود الاستبيان حتى يعبر بصدق عن مشكلة الدراسة، وعلى أساس المعطيات والمعلومات التي تحصلنا عليها، والملاحظة الشخصية لواقع ميدان الدراسة والمتمثل في مصلحة الاستجالات الطبية تمّ اتخاذ عدّة إجراءات نذكر منها:

- إعادة صياغة بعض بنود الاستمارة لتناسب جميع فئات عينة الدراسة بمن فيهم ذوي المستوى التعليمي الأدنى.

- إضافة بعض البنود التي لفت انتباهنا إليها أفراد مجتمع الدراسة.

- تعديل بعض البنود لتناسب مع مختلف فئات عينة الدراسة.

- ترتيب محاور أداة الدراسة لتفعيل تجاوب مفردات عينة الدراسة.

4-1-اختيار وتوزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المتغيرات الديمغرافية

جدول رقم (19) يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية:

المرضى		العاملون		المتغيرات				
النسبة	العدد	النسبة	العدد					
%28.57	2	% 25	2	ذكر	الجنس			
%71.43	5	% 75	6	أنثى				
%28.57	2	00	/	بلا مستوى	المستوى التعليمي			
%14.29	1	00	/	متوسط				
%28.57	2	%25	2	ثانوي				
00	/	%50	4	تكوين متخصص				
%28.57	2	%25	2	جامعي	خاص بالعامين			
			%62.5	5			من 1 إلى 4 مرّات	عدد مرّات
			%37.5	3			من 5 إلى 10 مرّات	التكوين
			00	/			10 فأكثر	الأقدمية
			%12.5	1			أقل من 5 سنوات	
			%37.5	3			من 6- إلى 10 سنوات	
			00	/			من 11- إلى 15 سنة	
			%12.5	1			من 16 إلى 20 سنة	
			%25	2			من 21 إلى 25 سنة	
			00	/			من 26 إلى 30 سنة	
			%12.5	1	31 فأكثر			

4-2- ضبط الاستبيان قبل التطبيق على العينة الاستطلاعية:

إن عملية ضبط الاستبيان قبل تطبيقه على الفئة المستهدفة تُعد عملية هامة لأنها تؤدي إلى أداة قياس علمية يُعتمد عليها في جمع البيانات وبالتالي تعميم النتائج وعملية ضبط الاستبيان تتطلب ما يلي:

أولاً- صدق الاستبيان: ويقصد به أن الاستبيان يقيس ما وضع لقياسه، ولمعرفة ذلك يتم عرض الاستبيان على مجموعة من المختصين في مناهج البحث وإعداد الاستبيانات وكذلك المتخصصون في موضوع البحث

وذلك لإقرار أو حذف أو تعديل أو إضافة فقرات للاستبيان.

ثانياً- تطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية من مجتمع البحث ومن خارج عينة البحث وتكون متفقة في خواصها مع عينة البحث، وذلك لحساب الخصائص السيكومترية للأداة، كما أن تطبيق الاستبيان على

العينة الاستطلاعية يفيد الباحث من عدة نواحي هي:

- تحديد درجة استجابة المبحوثين للاستبيان.

- تساعد في التعرف على الأسئلة الغامضة.

- تساعد في إتاحة الاختبار المبدئي للفروض.

- توضح بعض المشكلات المتعلقة بالجوانب المنهجية والجوانب التصميمية للأداة.

ثالثاً- استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات المتحصل عليها من تطبيق الصورة

الأولية للاستبيان على العينة الاستطلاعية، والتأكد من صدق وثبات أداة الدراسة.

5- أداة الدراسة وإجراءاتها:

بعد حصر العدد الإجمالي لعينة الدراسة قام الباحث بتوفير نفس العدد من استمارات الاستبيان، وتوزيعها على مفردات العينة، مع تقديم الشروحات اللازمة لهم حول كيفية الإجابة عن البنود ومساعدة الأفراد الذين وجدوا صعوبة في قراءتها، ويوضح الجدول التالي عدد الاستمارات التي تم توزيعها، وعدد الاستمارات التي تم استردادها، وعدد غير الصالح منها للتحليل والتي تم استبعادها بسبب عدم جدية الإجابة عليها، وعدم تحقق الشروط المطلوبة للإجابة على الاستمارة، والجدول التالي يلخص كل هذه البيانات مع النسب المئوية للحالات المختلفة:

جدول رقم (20) يوضح عدد الاستثمارات الموزعة والمستردة والصالحة وغير الصالحة

عدد الاستثمارات الصالحة		عدد الاستثمارات غير الصالحة		عدد الاستثمارات المستردة		عدد الاستثمارات الموزعة		العينة
40	العدد	8	العدد	48	العدد	56	العدد	العاملون
%83.33	النسبة	% 16.66	النسبة	85.71	النسبة	100	النسبة	
100	العدد	12	العدد	112	العدد	154	العدد	المرضى
% 89.29	النسبة	% 10.71	النسبة	72.72	النسبة	100	النسبة	

5-1- بناء أداة الدراسة:

بعد الاطلاع على أدبيات الدراسة الحالية والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع هذه الدراسة، قام الباحث بتطوير استبانة في صورتها الأولية، موجهة للعاملين والمرضى للتعرف على اتجاهاتهم نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية، ومن خلال هذه الاستبانة تم جمع البيانات اللازمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة وتحقيق أهدافها.

الاستبانة الأولى: موجهة للعاملين بمصلحة الاستعجالات الطبية بالمستشفى الجامعي بني مسوس

واشتملت هذه الاستبانة على ما يلي:

الجزء الأول: يحتوي على البيانات الأولية للعاملين:

وهي متغيرات تم وضعها في مستوى قياس "اسمي أو ترتيبي"، وشملت على البيانات الأولية (الخصائص الشخصية والوظيفية) للعاملين، انحصرت في: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، وعدد سنوات الخبرة في الوظيفة الحالية للعاملين، وعدد الدورات التدريبية.

الجزء الثاني: ويشمل:

المحور الأول: يتضمن مجموعة من العبارات التي تتعلق بخدمات الاستقبال والتوجيه بمصلحة

الاستعجالات الطبية بالمستشفى من وجهة نظر العاملين:

وهي متغيرات تابعة تم وضعها في مستوى قياس "فتري أو فتوي"، وتكونت من (14) عبارة موجهة

للعاملين، وأعدت لقياس اتجاهات أفراد عينة الدراسة بمصلحة الاستعجالات الطبية...

وقد تبني الباحث في إعداد هذا الجزء الشكل المغلق (Questionnaire Closed) الذي يحدد الاستجابات المحتملة لكل سؤال، وتم استخدام مقياس ليكرت المتدرج ذي النقاط الخمس لقياس العبارات (البند)، بحيث أخذ هذا المقياس الشكل التالي:

(1): معارض بشدة، (2): معارض، (3): محايد، (4): موافق، (5): موافق بشدة.

وطلب من المبحوثين (المستجوبين) تحديد مدى موافقتهم على هذه العبارات.

المحور الثاني: ويتضمن العبارات التي تتعلق بنظافة البيئة الداخلية لمصلحة الاستجابات الطبية:

وتكون من (15) عبارة للتعرف على اتجاهات العاملين نحو نظافة البيئة الداخلية للمصلحة من أقسام وغرف وممرات وأجهزة ومعدات وأغطية وأفرشة، بالإضافة إلى الاتجاه السائد نحو غسل الأيدي وفعاليتها في منع العدوى في المصلحة، كما يتضمن هذا الجزء مدى وجود برامج دورية للتنظيف.

المحور الثالث: ويتضمن العبارات التي تتعلق بالتجهيزات والمعدات الطبية، صيانتها وملاءمتها على

مستوى مصلحة الاستجابات الطبية:

تضمن هذا الجزء (17) عبارة للتعرف على اتجاهات العاملين نحو نظافة الأجهزة والمعدات الطبية، وجود صيانة دورية ومنتظمة لها، حداتها وتطويرها، اشتغال هذه الأجهزة وجهازيتها، ملاءمتها لاحتياجات وخصوصيات المصلحة من جهة وللمعايير المحلية والعامية من جهة أخرى.

المحور الرابع: ويتضمن العبارات التي تتعلق بدور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجابات

الطبية من وجهة نظر العاملين:

وتكون من (15) عبارة هدفت للتعرف على مدى وجود برامج تدريبية للعاملين واستمراريتها، وتلبيتها للاحتياجات المهنية الخاصة بهم، ومدى تنفيذ العاملين للأهداف المتوخاة من العملية التدريبية، والكشف عن دور التدريب في تطوير وتعديل معارف ومهارات العاملين على مستوى المصلحة بما يتلاءم مع متطلباتها وخصوصياتها.

الاستبانة الثانية: موجهة للمرضى الذين تلقوا العلاج على مستوى مصلحة الاستجابات الطبية

بنفس المستشفى.

واشتملت هذه الاستبانة على ما يلي:

الجزء الأول: وهو جزء بسيط جداً ويحتوي على بيانات أولية بسيطة عن المرضى.

وهي متغيرات تم وضعها في مستوى قياس "أسمى"، وشملت على بعض البيانات الأولية البسيطة للمرضى.

الجزء الثاني: ويشمل:

المحور الأول: ويتضمن مجموعة من العبارات التي تتعلق بخدمات الاستقبال والتوجيه بمصلحة

الاستعجالات الطبية بالمستشفى من وجهة نظر المرضى:

وهي متغيرات تابعة تم وضعها في مستوى قياس "فتري أو فتوي"، وتكونت من (14) عبارة موجهة

للمرضى، وأعدت لقياس اتجاهات المرضى بمصلحة الاستعجالات الطبية بهذا المستشفى، وقد تم استخدام

مقياس ليكرت المتدرج ذي النقاط الثلاث لقياس العبارات (البنود) السابقة، بحيث أخذ هذا المقياس الشكل

التالي:

(1): معارض بشدة، (2): معارض، (3): محايد، (4): موافق، (5): موافق بشدة.

وطلب من المبحوثين (المرضى) تحديد مدى موافقتهم على هذه العبارات.

المحور الثاني: ويتضمن العبارات التي تتعلق بنظافة البيئة الداخلية لمصلحة الاستعجالات الطبية:

وتكون من (15) عبارة للتعرف على اتجاهات المرضى نحو نظافة البيئة الداخلية للمصلحة من أقسام

وغرف وممرات وأجهزة ومعدات وأغطية وأفرشة، بالإضافة إلى الاتجاه السائد نحو غسل الأيدي وفعاليتها في

منع العدوى في المصلحة، كما يتضمن هذا الجزء مدى وجود برامج دورية للتنظيف.

المحور الثالث: ويتضمن العبارات التي تتعلق بالتجهيزات والمعدات الطبية، صيانتها وملاءمتها على

مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية:

تضمن هذا الجزء (17) عبارة للتعرف على اتجاهات المرضى نحو نظافة الأجهزة والمعدات الطبية،

وجود صيانة دورية ومنتظمة لها، حداتها وتطويرها، اشتغال هذه الأجهزة وجهازيتها، ملاءمتها لاحتياجات

وخصوصيات المصلحة من جهة وللمعايير المحلية والعالمية من جهة أخرى.

المحور الرابع: ويتضمن العبارات التي تتعلق بدور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية من وجهة نظر المرضى:

وتكون من (15) عبارة هدفت للتعرف على مدى وجود برامج تدريبية للعاملين واستمراريتها، وتلبيتها للاحتياجات المهنية الخاصة بهم، ومدى تنفيذ العاملين للأهداف المتوخاة من العملية التدريبية، والكشف عن دور التدريب في تطوير وتعديل معارف ومهارات العاملين على مستوى المصلحة بما يتلاءم مع متطلباتها وخصوصياتها.

والجدول التالي يوضح عدد فقرات الاستبانة حسب كل مجال من مجالاتها في صورتها الأولية:
جدول رقم (21) يوضح عدد فقرات الاستبانة حسب كل محور من محاورها

النسبة المئوية	عدد الفقرات	المحاور
% 24.20	15	المحور الأول خدمات الاستقبال والتوجيه
% 24.20	15	المحور الثاني نظافة البيئة الداخلية
% 27.40	17	المحور الثالث التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها
% 24.20	15	المحور الرابع دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية
%100	62	المجموع

5-2- صدق أداة الدراسة:

صدق الاستبانة يعني "التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه" (العساف، 1995: 429)، كما يقصد بالصدق "شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 2001: 179).

وقد تأكد الباحث من صدق أداة الدراسة من خلال:

5-2-1- الصدق الظاهري للأداة (صدق المحكمين):

للتأكد من الصدق الظاهري للأداة (صدق المحكمين) تم عرضها في صورتها الأولية على عدد معين من المحكمين بكل من جامعة الجزائر -2-، وجامعة المسيلة، كما أنها عرضت على عدد من المحكمين في مجالات الإحصاء والبحث العلمي.

وقد طلب الباحث من المحكمين إبداء آرائهم في مدى ملاءمة العبارات لقياس ما وضعت لأجله، ومدى وضوح صياغة العبارات، ومدى كفاية العبارات لتغطية كل محور من محاور متغيرات الدراسة الأساسية، هذا بالإضافة إلى اقتراح ما يرونه ضرورياً من تعديل صياغة العبارات، أو حذفها، أو إضافة عبارات جديدة لازمة لأداة الدراسة، وكذلك إبداء آرائهم فيما يتعلق بالبيانات الأولية (الخصائص الشخصية والوظيفية) المطلوبة من المبحوثين، إلى جانب مقياس ليكرت المستخدم في الاستبانة.

واستناداً إلى الملاحظات والتوجيهات التي أبداها المحكمون، قام الباحث بإجراء بعض التعديلات التي اتفق عليها معظم المحكمين، حيث تم تعديل صياغة بعض العبارات، وحذف البعض الآخر منها، وبلغت عدد عبارات الاستبانة في صورتها النهائية كما يلي:

بالنسبة للاستبانة الأولى الموجهة للعاملين: تضمنت (04) عبارات للجزء الأول والخاص

بالمعلومات الشخصية والوظيفية، (14) عبارة خاصة بالتعرف على اتجاهات العاملين نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية، و(15) عبارة للتعرف على اتجاهات العاملين نحو نظافة البيئة الداخلية، و(17) عبارة للتعرف على اتجاهات العاملين نحو الأجهزة والمعدات الطبية وملاءمتها وصيانتها، و(15) عبارة للتعرف على دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية من وجهة نظر العاملين.

وبالنسبة للاستبانة الثانية الموجهة للمرضى: تضمنت (02) عبارات للجزء الأول والخاص

بالمعلومات الشخصية، (14) عبارة خاصة بالتعرف على اتجاهات المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية، و(15) عبارة للتعرف على اتجاهات المرضى نحو نظافة البيئة الداخلية، و(17) عبارة للتعرف على اتجاهات المرضى نحو نظافة الأجهزة والمعدات الطبية، و(15) عبارة للتعرف على دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية من وجهة نظر المرضى.

5-2-2- الصدق البنائي (الاتساق الداخلي) لأداة الدراسة الخاصة بالعاملين والمرضى:

بعد التأكد من الصدق الظاهري لأداة الدراسة الخاصة بالعاملين والمرضى قام الباحث بتطبيقها على عينة استطلاعية عشوائية قوامها (15) فرداً من العاملين والمرضى تم اختيارهم عشوائياً من الأقسام المختلفة بمصلحة الاستعجالات الطبية بمستشفى إسعد حساني ببني مسوس، وذلك من أجل التعرف على مدى الاتساق الداخلي لعبارات هذه الاستبانة من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من عبارات المحور والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه تلك العبارة، وذلك لكل محور من محاور الاستبانة. ويوضح الجدول رقم (22) معاملات ارتباط بيرسون للمحور الأول والخاص بمحور "خدمات الاستقبال والتوجيه" والذي يتكون من (14) عبارة من العبارة رقم (01) إلى العبارة رقم (14).

جدول رقم (22) يوضح: معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الأول مع المتوسط المرجح لهذا

المحور:

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.896	8	0.924	1
0.914	9	0.955	2
0.929	10	0.960	3
0.868	11	0.575	4
0.877	12	0.912	5
0.906	13	0.923	6
0.575	14	0.895	7

يتضح من الجدول رقم (22) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والمتوسط المرجح لعبارات المحور الأول موجبة وقد تراوحت بين (0.929) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (3)، وبين (0.575) في

حدها الأدنى أمام العبارة رقم (14)، وأن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05)، مما يشير بوجه عام إلى الاتساق الداخلي بين عبارات المحور الأول.

أما الجدول رقم (..) فيوضح معاملات ارتباط بيرسون للمحور الثاني والخاص بمحور "نظافة البيئة الداخلية" والذي يتكون من (15) عبارة من العبارة رقم (1) إلى العبارة رقم (15).

جدول رقم (23) يوضح: معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الثاني مع المتوسط المرجح لهذا المحور:

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.927	9	0.966	1
0.901	10	0.890	2
0.958	11	0.964	3
0.892	12	0.937	4
0.896	13	0.632	5
0.923	14	0.890	6
0.959	15	0.933	7
		0.815	8

يتضح من الجدول رقم (23) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والمتوسط المرجح لعبارات

المحور الثاني موجبة وقد تراوحت بين (0.966) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (1)، وبين (0.815) في

حدها الأدنى أمام العبارة رقم (8)، وأن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى معنوية

(0.05)، مما يشير بوجه عام إلى الاتساق الداخلي بين عبارات المحور الثاني.

أما الجدول رقم (24) فيوضح معاملات ارتباط بيرسون للمحور الثالث بـ "نظافة الأجهزة والمعدات الطبية" والذي يتكون من (17) عبارة من العبارة رقم (1) إلى العبارة رقم (17).

جدول رقم (24) يوضح: معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الثالث مع المتوسط المرجح لهذا

المحور:

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.970	10	0.963	1
0.963	11	0.902	2
0.925	12	0.809	3
0.918	13	0.886	4
0.874	14	0.954	5
0.952	158	0.908	6
0.955	16	0.941	7
0.926	17	0.898	8
		0.939	9

يتضح من الجدول رقم (24) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والمتوسط المرجح لعبارات المحور الثالث موجبة وقد تراوحت بين (0.970) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (11)، وبين (0.809) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (3)، وأن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05)، مما يشير بوجه عام إلى الاتساق الداخلي بين عبارات المحور الثالث.

أما الجدول رقم (25) فيوضح معاملات ارتباط بيرسون للمحور الرابع والخاص بمحور "دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية" والذي يتكون من (15) عبارة من العبارة رقم (1) إلى العبارة رقم (15).

جدول رقم (25) يوضح: معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الرابع مع المتوسط المرجح لهذا

المحور:

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.929	9	0.833	1
0.869	10	0.869	2
0.879	11	0.893	3
0.931	12	0.872	4
0.922	13	0.881	5
0.881	14	0.966	6
0.908	15	0.881	7
		0.931	8

يتضح من الجدول رقم (25) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والمتوسط المرجح لعبارة المحور الرابع موجبة وقد تراوحت بين (0.966) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (6)، وبين (0.833) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (1)، وأن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05)، مما يشير بوجه عام إلى الاتساق الداخلي بين عبارات المحور الرابع.

جدول رقم (26) يوضح: معاملات الارتباط لكل محور من محاور الدراسة

م	المحاور	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	التوجيه والاستقبال	0.864	0.05
2	نظافة البيئة الداخلية	0.898	0.05
3	التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها	0.922	0.05
4	دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	0.896	0.05

5-3- ثبات أداة الدراسة:

أما ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) فيعني التأكد من أن الإجابة ستكون واحدة تقريباً لو تكرر تطبيقها على الأشخاص ذاتهم في أوقات مختلفة (العساف، 1995: 430)، ولقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha (α)) للتأكد من ثبات أداة الدراسة، كما يلي:

* قام الباحث بأخذ عينة عشوائية مكونة من (15) من العاملين المرضى وطبق معادلة ألفا كرونباخ على عبارات الاستبانة الـ (15) والتي تقيس اتجاهات العاملين والمرضى وكان معامل الثبات (0.967) مما يدل على مستوى ثبات مرتفع جداً لعبارات هذه الاستبانة.

جدول رقم (27) يوضح: معاملات الارتباط بين درجات عبارات المحور الرابع مع المتوسط المرجح لهذا

المحور:

م	المحاور	معامل ألفا كرونباخ	مستوى الدلالة
1	التوجيه والاستقبال	0.912	0.05
2	نظافة البيئة الداخلية	0.985	0.05
3	التجهيزات الطبية، ملاءمتها وصيانتها	0.990	0.05
4	دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	0.984	0.05

6-خطوات تطبيق الدراسة الميدانية:

بعد التأكد من صدق أداة الدراسة وثباتها عن طريق العينة الاستطلاعية، تم إعدادها في صورتها النهائية، ثم تطبيقها ميدانياً على العينات المختارة من العاملين والمرضى، وقد استغرق التطبيق شهري مارس وأفريل من العام الجاري، وتم وفق الإجراءات (الخطوات) التالية:

- حصل الباحث على خطاب تعريف من جامعة الجزائر-2- يفيد ارتباط الباحث بإعداد رسالة ماجستير خاصة به عن "اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية وطرق تحسينها".

- الحصول على موافقة المسؤولين في مصلحة الاستعجالات الطبية بمستشفى لتطبيق الدراسة ميدانياً على العاملين والمرضى في المصلحة.

واجه الباحث مجموعة من الصعوبات أثناء توزيع الاستبيانات وهي:

- بطء استجابة المبحوثين، وهو ما أخر جمع الاستبيانات وتحليلها في وقتها.

- تردد المرضى في ملء الاستبيان إلا بعد إقناعهم أنّ المعلومات المتحصل عليها لا تستخدم إلا في إطار البحث العلمي، ولا علاقة لها بأي تحقيق أو أغراض أخرى.

7-أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences والتي يرمز لها اختصاراً بالحروف (SPSS)، وفيما يلي مجموعة الأساليب الإحصائية التي قام الباحث باستخدامها:

أتم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسوب الآلي، حيث تمّ ترميز بدائل مقياس ليكرت الخماسي كالتالي:

جدول رقم (28) يوضح درجات بدائل المقياس الخماسي

الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
الإيجابية	5	4	3	2	1
السلبية	1	2	3	4	5

ولتحديد طول خلايا مقياس ليكرت الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم في استبانة العاملين واستبانة المرضى، تم حساب المدى (5-1=4)، ثم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح أي (0.80)، بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا يمكن تفسير قيمة المتوسط للعبارات أو المتوسط العام المرجح للعبارات في هذه الاستبانات كما يلي:

- من 1 إلى أقل من 1.80 يمثل "معارض بشدة" نحو العبارات تقيس اتجاهات العاملين والمرضى في المصلحة، ويمثل "اتجاهاً سلبياً جداً" نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية.
- من 1.80 إلى أقل من 2.60 يمثل "معارض" نحو العبارات تقيس اتجاهات العاملين والمرضى في المصلحة، ويمثل "اتجاهاً سلبياً" لخدمات مصلحة الاستعجالات الطبية.
- من 2.60 إلى أقل من 3.40 يمثل "محايد" نحو العبارات تقيس اتجاهات العاملين والمرضى في المصلحة، ويمثل مستوى "اتجاهاً محايداً" نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية.
- من 3.40 إلى أقل من 4.20 يمثل "موافق" نحو العبارات تقيس اتجاهات العاملين والمرضى في المصلحة، ويمثل "اتجاهاً إيجابياً" نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية.
- من 4.20 إلى أقل من 5 يمثل "موافق بشدة" نحو العبارات تقيس اتجاهات العاملين والمرضى في المصلحة، ويمثل "اتجاهاً إيجابياً جداً" نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية.

ب- تم حساب التكرارات والنسب المئوية والرسومات البيانية للتعرف على الصفات الشخصية والوظيفية لمفردات الدراسة (العاملين، المرضى)، ولتحديد استجابات أفراد الدراسة تجاه عبارات المحاور الرئيسية التي تتضمنها الاستبانتين.

ج- معامل ارتباط بيرسون "ر" (Pearson Correlation Coefficient) بين درجة كل عبارة والمتوسط المرجح لعبارات المحور الذي تنتمي إليه، وذلك لتقدير الاتساق الداخلي لأداة الدراسة (الصدق البنائي) الخاص بمحاور الاستبانة الأربعة الأخرى.

د- تم استخدام معامل ارتباط "ألفا كرونباخ" Alpha Cronbach، لقياس ثبات أداة الدراسة (في الاستبانتين)، والذي يقيس قوة الارتباط بين عبارات أداة الدراسة.

هـ- تم استخدام المتوسط الحسابي Mean، وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد عينة الدراسة عن كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الأساسية إلى جانب المحاور الرئيسية، مع العلم بأنه يفيد

في ترتيب العبارات حسب أعلى متوسط حسابي (كشك، 1996: 89)، علماً بأن تفسير درجة الموافقة للعبارات أو المحور يتم كما سبق وأن أوضحناه في النقطة (1)، (2) من هذا القسم.

و- تم استخدام الانحراف المعياري (Standard Déviation) للتعرف على مدى انحراف استجابات أفراد عينة الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة عن متوسطها الحسابي، ويلاحظ أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات أفراد عينة الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر كلما تركزت الاستجابات وانخفض تشتتها بين المقياس (إذا كان الانحراف المعياري أقل من الواحد الصحيح فيعني تركز الاستجابات وعدم تشتتها، أما إذا كان الانحراف المعياري واحد صحيح أو أعلى فيعني عدم تركز الاستجابات وتشتتها)، علماً بأنه يفيد في ترتيب العبارات حسب المتوسط الحسابي لصالح أقل تشتت عند تساوي المتوسط الحسابي (حسن وآخرون، 2002: 115).

ز- استخدام اختبار (ت) أو اختبار المقارنة بين مجموعتين مستقلتين (Independent-Samples T test)، لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية (والتي تكون عند مستوى دلالة 0.05 فأقل) في التعرف على الفروق بين استجابات أفراد عيني الدراسة (العاملين والمرضى)، والإجابة على فرضيات الدراسة.

س- تم استخدام اختبار (ف) أو تحليل التباين الأحادي (One-Way Anova)، لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية (والتي تكون عند مستوى معنوية 0.05 فأقل) في اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية، تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، المستوى التعليمي).

خلاصة جزئية

قمنا في هذا الفصل بإعطاء تفاصيل حول مجتمع وعينة الدراسة، وتوزيع مفردات الدراسة حسب الخصائص الديمغرافية، وشرح خطوات تطبيق الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، وإعطاء فكرة عن الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة بيانات الدراسة.

الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج واختبار الفرضيات

تمهيد

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

1-1- الإجابة على التساؤل الأول من تساؤلات الدراسة

1-2- الإجابة على التساؤل الثاني من تساؤلات الدراسة

1-3- الإجابة على التساؤل الثالث من تساؤلات الدراسة

1-4- الإجابة على التساؤل الرابع من تساؤلات الدراسة

2- اختبار فرضيات الدراسة وتفسيرها

2-1- الإجابة على الفرضية الأولى

2-2- الإجابة على الفرضية الثانية

2-3- الإجابة على الفرضية الثالثة

2-4- الإجابة على الفرضية الرابعة

2-5- الإجابة على الفرضية الخامسة

خلاصة جزئية

تمهيد:

سيتم في هذا الفصل عرض النتائج المتوصل إليها بعد تطبيق أداة الدراسة، وإجراء مختلف المعالجات الإحصائية، وترتيب البنود المكونة لكل مجال من المجالات وفق المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بهدف تحليلها ومناقشتها، ومن ثم اختبار الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، بالاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

1-1- الإجابة على التساؤل الأول من تساؤلات الدراسة:

ينص التساؤل لأول من تساؤلات الدراسة على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط

درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات التوجيه والاستقبال في مصلحة الاستعجال الطبي؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

والنسب المئوية للتعرف على اتجاهات كل من العاملين والمرضى.

1-1-1- اتجاهات العاملين نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستجالات الطبية:

يوضح الجدول الموالي طبيعة اتجاهات العاملين نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في هذه المصلحة

جدول (29): يوضح التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من

الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه:

م	الفقرة	العدد	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب في الاستبانة	طبيعة الاتجاه
1	حرص جهاز التمريض على تقديم العلاج في أوقات منتظمة	العدد	19	11	2	6	2	3.98	1.271	6	اتجاه إيجابي
		%	47.5	27.5	5	15	5				
2	توفر مقاعد مناسبة في قاعة الانتظار	العدد	10	16	3	7	4	3.53	1.320	10	اتجاه إيجابي
		%	25	40	7.5	17.5	10				
3	تواجد لوحات إرشادية داخل وخارج المصلحة تدل على أماكن توفر الخدمة	العدد	25	14	0	1	0	4.55	0.749	1	اتجاه إيجابي
		%	62.5	35	00	2.5	00				
4	توفير الخدمات على مدار الوقت (24 ساعة).	العدد	22	13	2	3	0	4.35	0.893	3	اتجاه إيجابي
		%	55	32.5	5	7.5	00				
5	الرعاية المثلى للمرضى بطريقة آمنة وفعالة	العدد	26	10	0	3	1	4.43	1.010	2	اتجاه إيجابي
		%	65.5	25	00	7.5	2.5				
6	تحقيق العدالة في الحصول على الخدمة	العدد	19	12	5	3	1	4.13	1.067	5	اتجاه إيجابي
		%	47.5	30	12.5	7.5	2.5				
7	السرعة في التعامل مع الحالات المستعجلة	العدد	13	17	0	7	3	3.75	1.296	9	اتجاه إيجابي
		%	32.5	42.5	00	17.5	7.5				
8	فاعلية نظام متابعة شكاوى المرضى	العدد	9	11	8	7	5	3.30	1.344	12	اتجاه إيجابي
		%	22.5	27.5	2	17.5	12.5				
9	الاستعداد الدائم لمواجهة الأزمات والكوارث	العدد	7	13	9	8	3	3.33	1.207	11	اتجاه إيجابي
		%	17.5	32.5	22.5	20	7.5				
10	التحكم والسيطرة على الوضع في حالة تدفق أعداد كثيرة وفي وقت واحد	العدد	8	14	3	11	4	3.28	1.339	13	اتجاه إيجابي
		%	20	35	7.5	27.5	10				
11	استقبال الحالات الطارئة وتسجيلها وتصنيفها	العدد	16	13	2	6	3	3.83	1.318	8	اتجاه إيجابي
		%	40	32.5	5	15	7.5				
12	دراسة شكاوى المرضى والتكفل بها	العدد	10	12	1	11	6	3.23	1.476	14	اتجاه إيجابي
		%	25	30	2.5	27.5	15				
13	ضمان الإنسيابية في مرور المرضى لمختلف الأقسام حسب الحالة للتقليل من الانتظار	العدد	14	17	4	4	1	3.98	1.050	7	اتجاه إيجابي
		%	35	42	10	10	2.5				
14	تزايد عدد المرضى يضعف نوعية خدمات الاستقبال	العدد	23	12	0	5	0	4.33	0.997	4	اتجاه إيجابي
		%	57.5	30	00	12.5	00				

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة (رقم 3) والمتعلقة بـ "تواجد لوحات إرشادية داخل وخارج المصلحة تدل على أماكن توفر الخدمة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (62.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (35%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (2.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.55)، وانحراف معياري قدره (0.749) وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى.

- الفقرة (رقم 5) والمتعلقة بـ "الرعاية المثلى للمرضى بطريقة آمنة وفعالة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (65.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (25%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (7.5%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (2.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.43)، وانحراف معياري قدره (1.010) واحتلت بذلك هذه الفقرة المرتبة الثانية

- الفقرة (رقم 4) والمتعلقة بـ "توفير الخدمات على مدار الوقت" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (55%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (32.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (7.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.35)، وانحراف معياري قدره (0.893)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة.

- الفقرة (رقم 14) والمتعلقة بـ "تزايد عدد المرضى يضعف نوعية خدمات الاستقبال" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (57.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (30%)،

في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (12.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.33)، وانحراف معياري قدره (0.997)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة.

- الفقرة (رقم 6) والمتعلقة بـ "تحقيق العدالة في الحصول على الخدمة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (47.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (30%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (10%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.13) وانحراف معياري قدره (1.067)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة.

وقد كانت اتجاهات العامين نحو هذه الفقرات إيجابية جداً، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها والمذكورة سابقاً.

أمّا الفقرات التي احتلت المراتب الأخيرة في هذا المحور، فيمكن الإشارة إلى الثلاث الأخيرة منها وهي:
- الفقرة (رقم 8) والمتعلقة بـ "فاعلية نظام متابعة شكاوى المرضى" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (22.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (27.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (17.5%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (12.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.30)، وانحراف معياري قدره (1.344)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية عشر.

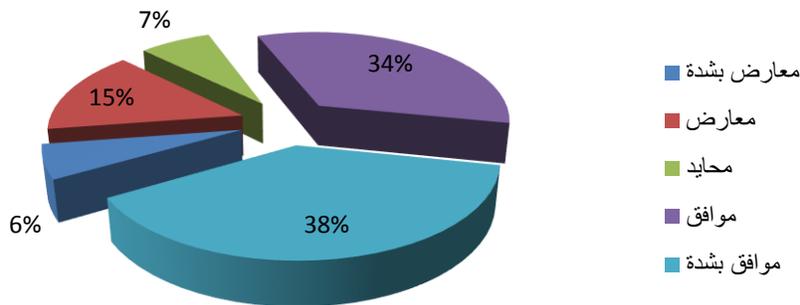
- الفقرة (رقم 10) والمتعلقة بـ "التحكم والسيطرة على الوضع في حالة تدفق أعداد كثيرة في وقت واحد" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (20%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (35%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (27.5%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (10%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.28)، وانحراف معياري قدره (1.339)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة عشر.

- الفقرة (رقم 12) والمتعلقة بـ "دراسة شكاوى المرضى والتكفل بها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (25%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (30%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (27.5%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (15%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.23)، وانحراف معياري قدره (1.476)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأخيرة. وبالرغم من أن اتجاهات العاملين نحو هذه الفقرات كانت إيجابية إلا أنها لم تكن قوية مقارنة باتجاهاتهم نحو نظيراتها الخمس الأولى.

جدول رقم (30) يوضح التكرارات والنسب المئوية للبدائل في المحور الأول

موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
214	188	39	82	33
%38	%34	%7	%15	%6

مخطط رقم (22) يوضح التكرارات والنسب المئوية للبدائل في المحور الأول



1-1-2- اتجاهات المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجالات الطبية:

يوضح الجدول الموالي طبيعة اتجاهات المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في هذه المصلحة.

جدول (31): يوضح التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات

وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه:

م	الفقرة	العدد	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	طبيعة الاتجاه
1	حرص جهاز التمريض على تقديم العلاج في أوقات منتظمة	العدد	8	10	10	47	25	2.29	1.183	6	اتجاه سلبى
		%	8	10	10	47	25				
2	توفر مقاعد مناسبة في قاعة الانتظار	العدد	5	11	8	43	33	2.15	1.149	11	اتجاه سلبى
		%	5	11	8	43	33				
3	تواجد لوحات إرشادية داخل وخارج المصلحة تدل على أماكن توفر الخدمة	العدد	4	8	11	51	28	2.13	1.022	12	اتجاه سلبى
		%	4	8	11	51	28				
4	توفير الخدمات على مدار الوقت (24 ساعة).	العدد	7	12	9	55	17	2.35	1.104	4	اتجاه سلبى
		%	7	12	9	55	17				
5	الرعاية المثلى للمرضى بطريقة آمنة وفعالة	العدد	3	11	8	48	30	2.09	1.045	14	اتجاه سلبى
		%	3	11	8	48	30				
6	تحقيق العدالة في الحصول على الخدمة	العدد	9	10	13	39	29	2.31	1.245	5	اتجاه سلبى
		%	9	10	13	39	29				
7	السرعة في التعامل مع الحالات المستعجلة	العدد	7	12	11	51	19	2.39	1.145	3	اتجاه سلبى
		%	7	12	11	51	19				
8	فاعلية نظام متابعة شكاوى المرضى	العدد	6	14	11	38	31	2.21	1.066	11	اتجاه سلبى
		%	6	14	11	38	31				
9	الاستعداد الدائم لمواجهة الأزمات والكوارث	العدد	9	13	9	36	33	2.26	1.211	10	اتجاه سلبى
		%	9	13	9	36	33				
10	التحكم والسيطرة على الوضع في حالة تدفق أعداد كثيرة وفي وقت واحد	العدد	10	17	8	43	22	2.29	1.297	7	اتجاه سلبى
		%	10	17	8	43	22				
11	استقبال الحالات الطارئة وتسجيلها وتصنيفها	العدد	9	10	17	45	19	2.50	1.283	1	اتجاه سلبى
		%	9	10	17	45	19				
12	دراسة شكاوى المرضى والتكفل بها	العدد	8	12	13	35	32	2.45	1.175	2	اتجاه سلبى
		%	8	12	13	35	32				
13	ضمان الانسيابية في مرور المرضى لمختلف الأقسام حسب الحالة للتقليل من الانتظار	العدد	7	13	9	41	30	2.28	1.240	8	اتجاه سلبى
		%	7	13	9	41	30				
14	تزايد عدد المرضى بضعف نوعية خدمات الاستقبال	العدد	9	9	11	39	32	2.26	1.220	9	اتجاه سلبى
		%	9	9	11	39	32				

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة (رقم 11) والمتعلقة بـ "استقبال الحالات الطارئة وتسجيلها وتصنيفها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (9%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (10%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (17%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (45%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (19%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.50)، وانحراف معياري قدره (1.240)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى.

- الفقرة (رقم 12) والمتعلقة بـ "دراسة شكاوى المرضى والتكفل بها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (8%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (12%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة نسبة (35%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (32%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.45)، وانحراف معياري قدره (1.175)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية.

- الفقرة (رقم 7) والمتعلقة بـ "السرعة في التعامل مع الحالات المستعجلة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (7%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (12%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (51%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (19%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.39)، وانحراف معياري قدره (1.145)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة.

- الفقرة (رقم 4) والمتعلقة بـ "توفير الخدمات على مدار الوقت" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (7%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (12%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (55%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (17%)، وقد بلغ

المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.35)، وانحراف معياري قدره (1.104)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة.

- الفقرة (رقم 6) والمتعلقة بـ "تحقيق العدالة في الحصول على الخدمة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (9%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (10%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (39%)، أما الذين عارضوها بشدة فقد بلغت نسبتهم (29%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.31)، وانحراف معياري قدره (1.245) واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة.

وقد كانت اتجاهات المرضى نحو هذه الفقرات سلبية، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها والمذكورة سابقاً.

أما الفقرات التي احتلت المراتب الأخيرة في هذا المحور، فيمكن الإشارة إلى الثلاث الأخيرة منها وهي:
- الفقرة (رقم 2) والمتعلقة بـ "توفير مقاعد مناسبة في قاعة الانتظار" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (11%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (43%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (33%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.15)، وانحراف معياري قدره (1.149)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية عشر.

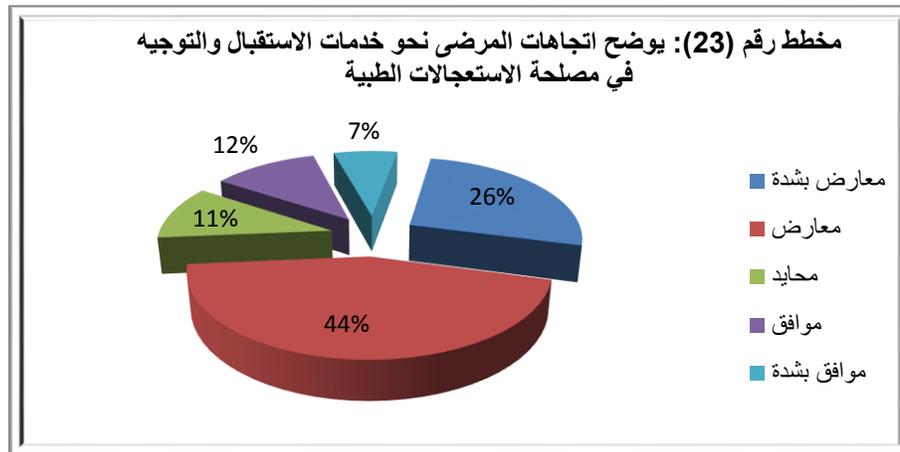
- الفقرة (رقم 3) والمتعلقة بـ "تواجد لوحات إرشادية داخل وخارج المصلحة تدل على أماكن توفر الخدمة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (4%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (8%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (51%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (28%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.13)، وانحراف معياري قدره (1.022)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة عشر.

- الفقرة (رقم 5) والمتعلقة بـ "الرعاية المثلى للمرضى بطريقة آمنة وفعالة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (3%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (11%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (48%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (30%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.09)، وانحراف معياري قدره (1.045)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأخيرة. وقد كانت اتجاهات المرضى نحو هذه الفقرات سلبية جداً مقارنة بالفقرات الخمس الأولى التي كانت اتجاهاتهم نحوها سلبية.

جدول رقم (32): يوضح اتجاهات المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستعجال

الطبية

موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
98	161	149	623	369
%7	%12	%11	%44	%26



1-2- الإجابة على التساؤل الثاني من تساؤلات الدراسة:

ينص التساؤل الثاني من تساؤلات الدراسة على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط

درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستعجال الطبية؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية للتعرف على اتجاهات كل من العاملين والمرضى.

1-2-1- اتجاهات العاملين نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية:

يوضح الجدول الموالي طبيعة اتجاهات العاملين نحو نظافة البيئة الداخلية في هذه المصلحة

جدول (33): يوضح التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات

وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه:

م	الفقرة	العدد	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	طبيعة الاتجاه
1	توثيق أعمال صيانة الأجهزة الطبية وتنظيفها	العدد	11	17	7	3	2	3.80	1.091	9	إيجابي
		%	27.5	42.5	17.5	7.5	5				
2	التجهيزات والمعدات المستخدمة في المستشفى نظيفة ومعقمة	العدد	15	16	0	6	3	3.85	1.292	8	إيجابي
		%	37.5	40	00	15	7.5				
3	الغسل الجيد لليدين من قبل العاملين قبل وبعد التعامل مع المرضى	العدد	21	13	2	3	1	4.25	1.032	3	إيجابي
		%	52.5	32.5	5	7.5	2.5				
4	يحرص العاملون في المصلحة على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام والمظهر	العدد	19	18	0	2	1	4.30	0.911	2	إيجابي
		%	47.5	45	00	5	2.5				
5	توفر المصلحة صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية	العدد	12	21	2	3	2	3.98	1.074	6	إيجابي
		%	32.5	50	5	7.5	5				
6	تمتلك المصلحة دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى	العدد	17	12	4	4	3	3.90	1.277	7	إيجابي
		%	42.5	30	10	10	7.5				
7	الفصل بين الأدوات الملوثة والنظيفة	العدد	15	19	0	4	2	4.03	1.121	5	إيجابي
		%	37.5	47.5	00	10	5				
8	يحرص الموظفين في المستشفى على ارتداء الزي الموحد والنظيف	العدد	18	20	0	2	0	4.35	0.736	1	إيجابي
		%	45	50	00	5	00				
9	تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام	العدد	17	16	3	3	1	4.13	1.017	4	إيجابي
		%	42.5	40	7.5	7.5	2.5				
10	توفر مواد التنظيف ومناسبتها للقسم كما ونوعا	العدد	3	13	3	11	10	2.70	1.363	14	سليبي
		%	7.5	32.5	7.5	27.5	25				
11	عدد عمال النظافة يتناسب مع حجم العمل	العدد	7	9	5	12	7	2.93	1.403	12	سليبي
		%	17.5	22.5	12.5	30	17.5				
12	وجود برنامج دوري مكتوب للنظافة داخل القسم	العدد	5	8	3	13	11	2.58	1.412	15	سليبي
		%	12.5	20	7.5	32.5	27.5				
13	توفير مواد التنظيف المستعملة وحفظها بطريقة صحيحة وبيان معرفة استخدامها	العدد	4	10	6	12	8	2.75	1.316	13	سليبي
		%	10	25	15	30	20				
14	الحمامات والأقسام نظيفة ويتم استخدام مواد تنظيف لإخفاء الروائح	العدد	9	11	2	15	3	3.20	1.363	11	إيجابي
		%	22.5	27.5	5	37.5	7.5				
15	وجود عربات خاصة لنقل الغسيل النظيف وأخرى للغسيل غير النظيف	العدد	8	15	5	11	1	3.45	1.176	10	إيجابي
		%	20	37.5	12.5	27.5	2.5				

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة (رقم 8) والمتعلقة بـ "يحرص الموظفون في المستشفى على ارتداء الزي الموحد والنظيف" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (45%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (50%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.35)، وانحراف معياري قدره (0.736)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى.

- الفقرة (رقم 4) والمتعلقة بـ "يحرص العاملون في المصلحة على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام والمظهر" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (47.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (45%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (5%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (2.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.30)، وانحراف معياري قدره (0.911)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية

- الفقرة (رقم 3) والمتعلقة بـ "الغسل الجيد لليدين من قبل العاملين قبل وبعد التعامل مع المرضى" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (52.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (32.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (2.5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (7.5%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (2.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.25)، وانحراف معياري قدره (1.032)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة.

- الفقرة (رقم 9) والمتعلقة بـ "تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (42.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (40%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (7.5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (7.5%)، في

حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (2.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.13)، وانحراف معياري قدره (1.017)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة.

- الفقرة (رقم 7) والمتعلقة بـ "الفصل بين الأدوات الملوثة والنظيفة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (37.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (47.5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (10%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.03)، وانحراف معياري قدره (1.121)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة.

وقد كانت اتجاهات العاميين نحو هذه الفقرات إيجابية جداً، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها والمذكورة سابقاً.

أما الفقرات التي احتلت المراتب الأخيرة في هذا المحور، فيمكن الإشارة إلى الثلاث الأخيرة منها وهي:

- الفقرة رقم (13) والمتعلقة بـ "توفير مواد التنظيف وحفظها بطريقة صحيحة وبيان معرفة استخدامها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (10%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (25%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (30%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (20%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.25)، وانحراف معياري قدره (1.316)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة عشر.

- الفقرة (رقم 10) والمتعلقة بـ "توفير مواد التنظيف ومناسبتها للقسم كما ونوعاً" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (7.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (32.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (27.5%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (25%)، وقد بلغ

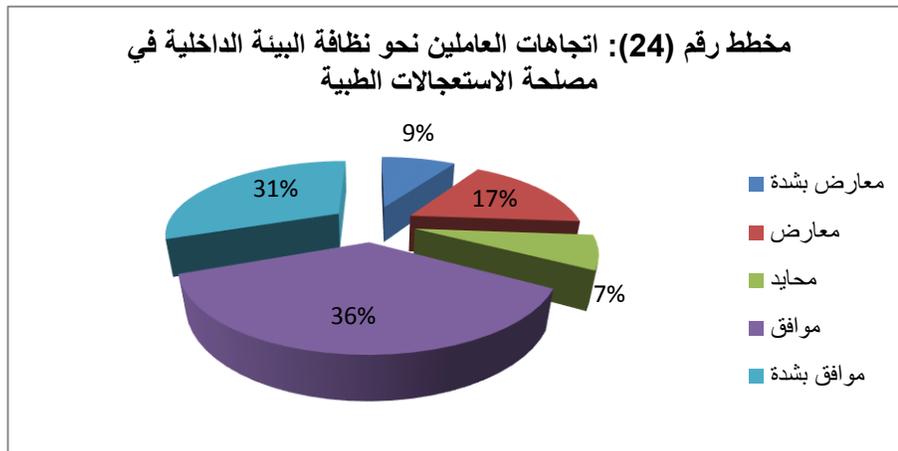
المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.70)، وانحراف معياري قدره (1.363)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة عشر.

- الفقرة (رقم 12) والمتعلقة بـ "وجود برنامج دوري مكتوب للنظافة داخل القسم" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (12.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (20%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (32.5%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (27.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.58)، وانحراف معياري قدره (1.412)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأخيرة.

وقد كانت اتجاهات العاملين نحو هذه الفقرات سلبية.

جدول رقم (34): اتجاهات العاملين نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية

معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة
55	104	42	218	186
9%	17%	7%	36%	31%



1-2-2- اتجاهات المرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية:

يوضح الجدول الموالي طبيعة اتجاهات المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في هذه المصلحة.

جدول (35): يوضح التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات

وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه:

م	الفقرة	العدد	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	طبيعة الاتجاه
1	توثيق أعمال صيانة الأجهزة الطبية وتنظيفها	العدد	9	11	13	45	22	2.40	1.206	8	اتجاه سلبي
		%	9	11	13	45	22				
2	التجهيزات والمعدات المستخدمة في المستشفى نظيفة ومعقمة	العدد	6	14	8	53	19	2.35	1.123	9	اتجاه سلبي
		%	6	14	8	53	19				
3	الغسل الجيد لليدين من قبل العاملين قبل وبعد التعامل مع المرضى	العدد	4	10	12	47	27	2.17	1.064	14	اتجاه سلبي
		%	4	10	12	47	27				
4	يحرص العاملون في المصلحة على درجة عالية من النظافة وحسن الهدام والمظهر	العدد	30	43	5	13	9	2.28	1.272	11	اتجاه سلبي
		%	30	43	5	13	9				
5	توفر المصلحة صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية	العدد	10	15	8	52	15	2.53	1.210	7	اتجاه سلبي
		%	10	15	8	52	15				
6	تمتلك المصلحة دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى	العدد	8	11	9	49	23	2.32	1.180	10	اتجاه سلبي
		%	8	11	9	49	23				
7	الفصل بين الأدوات الملوثة والنظيفة	العدد	19	25	4	30	22	2.89	1.483	2	اتجاه سلبي
		%	19	25	4	30	22				
8	يحرص الموظفين في المستشفى على ارتداء الزي الموحد والنظيف	العدد	28	14	7	14	10	2.58	1.408	5	اتجاه سلبي
		%	28	14	7	14	10				
9	تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام	العدد	17	13	8	32	30	3.63	1.300	1	إيجابي
		%	17	13	8	32	30				
10	توفر مواد التنظيف ومناسبتها للقسم كما ونوعا	العدد	11	19	22	37	11	2.55	1.466	6	اتجاه سلبي
		%	11	19	22	37	11				
11	عدد عمال النظافة يتناسب مع حجم العمل	العدد	7	11	7	46	29	2.82	1.192	3	اتجاه سلبي
		%	7	11	7	46	29				
12	وجود برنامج دوري مكتوب للنظافة داخل القسم	العدد	7	8	16	36	33	2.21	1.183	12	اتجاه سلبي
		%	7	8	16	36	33				
13	توفير مواد التنظيف المستعملة وحفظها بطريقة صحيحة وبيان معرفة استخدامها	العدد	15	17	3	41	24	2.20	1.189	13	اتجاه سلبي
		%	15	17	3	41	24				
14	الحمامات والأقسام نظيفة ويتم استخدام مواد تنظيف لإخفاء الروائح	العدد	6	8	5	49	32	2.07	1.112	15	اتجاه سلبي
		%	6	8	5	49	32				
15	وجود عربات خاصة لنقل الغسيل النظيف وأخرى للغسيل غير النظيف	العدد	16	15	13	35	21	2.70	1.382	4	اتجاه سلبي
		%	16	15	13	35	21				

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة رقم(9) والمتعلقة بـ "تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (17%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (13%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (8%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (32%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (30%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.63)، وانحراف معياري قدره (1.300)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى.

- الفقرة رقم (7) والمتعلقة بـ "الفصل بين الأدوات الملوثة والنظيفة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (19%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (25%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة نسبة (30%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (22%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.89)، وانحراف معياري قدره (1.783)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية.

- الفقرة رقم (11) والمتعلقة بـ "عدد عمال النظافة يتناسب مع حجم العمل" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (7%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (11%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (46%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (29%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.82)، وانحراف معياري قدره (1.192)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة.

- الفقرة رقم(15) والمتعلقة بـ "وجود عربات خاصة لنقل الغسيل النظيف وأخرى للغسيل غير النظيف" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (16%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (15%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (35%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (21%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.70)، وانحراف معياري قدره (1.382)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة.

- الفقرة رقم (8) والمتعلقة بـ "يحرص الموظفون في المستشفى على ارتداء الزي الموحد والنظيف" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (28%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (41%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (30%)، أما الذين عارضوها بشدة فقد بلغت نسبتهم (22%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.58)، وانحراف معياري قدره (1.408) واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة.

وقد كانت اتجاهات المرضى نحو هذه الفقرات سلبية، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها والمذكورة سابقاً، باستثناء الفقرة التاسعة التي كانت اتجاهات المرضى نحوها إيجابية

أما الفقرات التي احتلت المراتب الأخيرة في هذا المحور، فيمكن الإشارة إلى الثلاث الأخيرة منها وهي:

- الفقرة رقم (13) والمتعلقة بـ "توفير مواد التنظيف وحفظها بطريقة صحيحة وبيان استخدامها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (15%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (17%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (41%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (24%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.20)، وانحراف معياري قدره (1.189)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة عشر.

- الفقرة رقم (3) والمتعلقة بـ "الغسل الجيد لليدين من قبل العاملين قبل وبعد التعامل مع المرضى" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (4%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (10%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (47%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (27%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.17)، وانحراف معياري قدره (1.064)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة عشر.

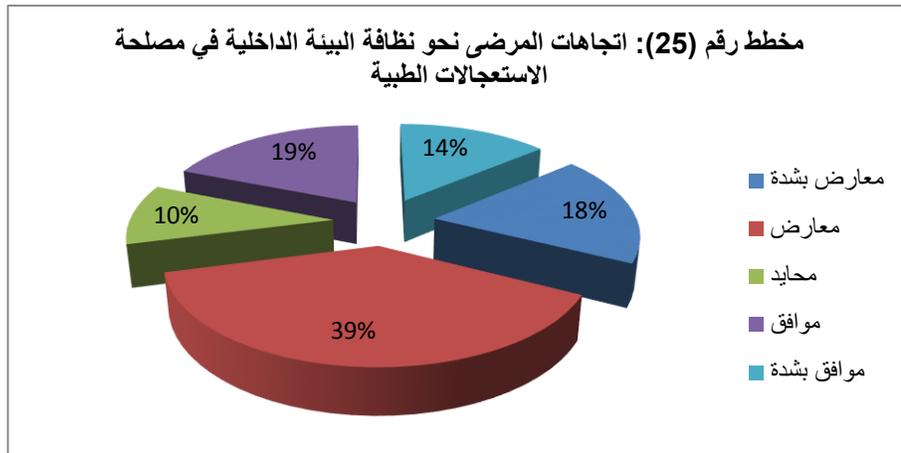
- الفقرة رقم (14) والمتعلقة بـ "الحمامات والأقسام نظيفة ويتم استخدام مواد التنظيف لإخفاء الروائح" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (6%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (8%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (49%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة

(32%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.07)، وانحراف معياري قدره (1.112)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأخيرة.

وقد كانت اتجاهات المرضى نحو هذه الفقرات سلبية جداً مقارنة بالفقرات الخمس الأولى التي كانت اتجاهاتهم نحوها سلبية.

جدول رقم (36): اتجاهات المرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستعجالات الطبية

معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة
257	536	140	261	195
18%	39%	10%	19%	14%



1-3- الإجابة على التساؤل الثالث من تساؤلات الدراسة:

ينص التساؤل الثالث من تساؤلات الدراسة على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستعجالات الطبية؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية للتعرف على اتجاهات كل من العاملين والمرضى.

1-3-1- اتجاهات العاملين نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستعجلات

الطبية:

يوضح الجدول الموالي طبيعة اتجاهات العاملين نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها.

جدول (37): يوضح التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من

الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه:

م	الفقرة	العدد	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	طبيعة الاتجاه
1	تجهيز سيارات الإسعاف وجهزيتها	العدد	16	18	2	3	1	4.13	0.992	2	إيجابي
		%	40	45	5	7.5	2.5				
2	تجهيز غرف الطوارئ بالمصلحة	العدد	12	15	6	5	2	3.75	1.171	4	إيجابي
		%	30	37.5	15	12.5	5				
3	تصميم أقسام المصلحة وفق المعايير العالمية	العدد	11	13	7	6	3	3.58	1.259	6	إيجابي
		%	27.5	32.5	17.5	15	7.5				
4	إعداد قائمة مواصفات لمختلف التجهيزات والمعدات الطبية والصيانة الدورية لها	العدد	12	15	5	6	2	3.73	1.198	5	إيجابي
		%	30	37.5	12.5	15	5				
5	التكفل الدائم باحتياجات المصلحة من التجهيزات والمستلزمات	العدد	9	14	4	10	3	3.40	1.297	11	إيجابي
		%	22.5	35	10	5	7.5				
6	ملاءمة التجهيزات الموجودة في المصلحة لخصوصيات المرضى	العدد	7	12	3	11	7	3.03	1.423	16	إيجابي
		%	17.5	30	7.5	27.5	17.5				
7	تفعيل وتوثيق أعمال صيانة الأجهزة الطبية وتنظيفها	العدد	15	14	2	5	4	3.78	1.349	3	إيجابي
		%	37.5	35	5	12.5	10				
8	وجود آلية التخلص من المواد الكيميائية منتهية الصلاحية بالمختبر والأشعة	العدد	8	9	12	7	4	3.25	1.256	14	إيجابي
		%	20	22.5	30	17.5	10				
9	تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام	العدد	17	19	1	3	0	4.25	0.840	1	إيجابي
		%	42.5	47.5	2.5	7.5	0				
10	اقتناء الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية وفق معيار النوعية	العدد	11	8	7	8	6	3.25	1.446	13	إيجابي
		%	27.5	20	17.5	20	15				
11	أجهزة مستواها رديء	العدد	4	6	4	12	14	2.35	1.369	17	سليبي
		%	10	15	10	30	35				
12	معظم هذه المراكز تستعمل أجهزة مستعملة	العدد	11	12	7	7	3	3.53	1.281	8	إيجابي
		%	27.5	30	17.5	17.5	7.5				
13	عدم توفر المعدات الطبية الجديدة	العدد	13	10	5	6	6	3.45	1.467	9	إيجابي
		%	32.5	25	12.5	15	15				
14	نقص في الأدوات المساعدة والأجهزة الجديدة	العدد	12	14	3	7	4	3.58	1.375	7	إيجابي
		%	30	35	7.5	17.5	10				
15	عدم وجود الأجهزة ذات الكفاءة العالية	العدد	10	13	4	9	4	3.40	1.355	10	إيجابي
		%	25	32.5	10	22.5	10				
16	الأجهزة الجديدة ليست بالمواصفات المطلوبة	العدد	8	13	3	10	6	3.18	1.412	15	إيجابي
		%	20	32.5	7.5	25	15				
17	كثرة الأعطال للتجهيزات وقلة صيانتها	العدد	11	9	8	7	5	3.35	1.388	12	إيجابي
		%	27.5	22.5	20	17.5	12.5				

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة رقم (9) والمتعلقة بـ "تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (42.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (47.5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (7.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.25)، وانحراف معياري قدره (0.840)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى.

- الفقرة رقم (1) والمتعلقة بـ "تجهيز سيارة الإسعاف وجهازيتها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (40%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (45%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (7.5%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (2.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.13)، وانحراف معياري قدره (0.992)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة

الثانية

- الفقرة رقم (7) والمتعلقة بـ "تفعيل وتوثيق أعمال صيانة الأجهزة الطبية وتوثيقها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (37.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (35%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (12.5%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (10%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.78)، وانحراف معياري قدره (1.349)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة.

- الفقرة رقم (2) والمتعلقة بـ "تجهيز غرف الطوارئ بالمصلحة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (30%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (37.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (15%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (12.5%)، في

حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.75) وانحراف معياري قدره (1.171)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة.

- الفقرة رقم (4) والمتعلقة بـ "إعداد قائمة مواصفات لمختلف التجهيزات والمعدات الطبية والصيانة الدورية لها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (30%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (37.5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (15%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.73)، وانحراف معياري قدره (1.198)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة.

وقد كانت اتجاهات العامين نحو هذه الفقرات إيجابية جداً، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها والمذكورة سابقاً.

أما الفقرات التي احتلت المراتب الأخيرة في هذا المحور، فيمكن الإشارة إلى الثلاث الأخيرة منها وهي:

- الفقرة رقم (16) والمتعلقة بـ "الأجهزة الجديدة ليست بالمواصفات المطلوبة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (20%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (32.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (25%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (15%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.18)، وانحراف معياري قدره (1.412)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة عشر.

- الفقرة رقم (6) والمتعلقة بـ "ملاءمة التجهيزات الطبية الموجودة في المصلحة لخصوصيات المرضى" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (17.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (30%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (27.5%)، ونسبة الذين

عارضوها بشدة (17.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.03)، وانحراف معياري قدره (1.423)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة السادسة عشر.

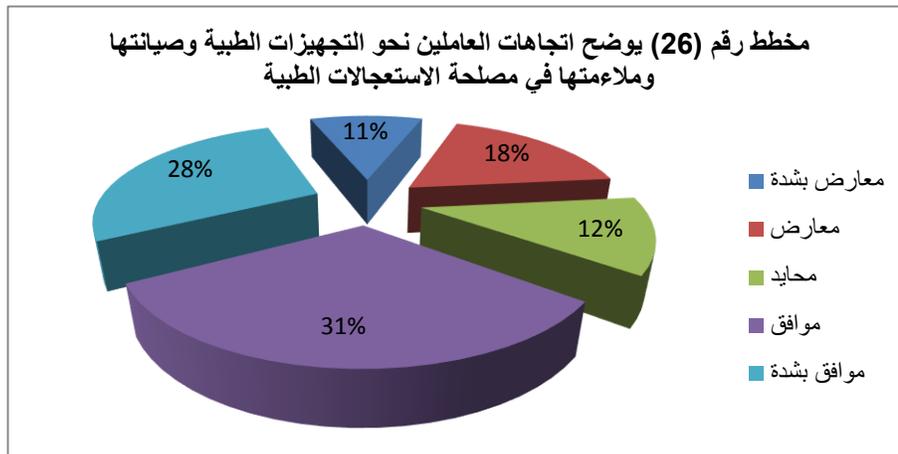
- الفقرة رقم (11) والمتعلقة بـ "أجهزة مستواها رديء" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (10%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (15%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (30%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (35%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.35)، وانحراف معياري قدره (1.369)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأخيرة.

وقد كانت اتجاهات العاملين نحو هذه الفقرات إيجابية باستثناء الفقرة الأخيرة التي كانت اتجاهاتهم نحوها سلبية.

جدول رقم (38) يوضح اتجاهات العاملين نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة

الاستجالات الطبية

معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة
74	122	83	214	187
%11	%18	%12	%31	%28



1-3-2- اتجاهات المرضى نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة الاستجالات

الطبية:

يوضح الجدول الموالي طبيعة اتجاهات المرضى نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في هذه المصلحة.

جدول (39): يوضح التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه:

م	الفترة	العدد	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	طبيعة الاتجاه
1	تجهيز سيارات الإسعاف وجهريتها	العدد	17	16	19	31	17	2.85	1.351	5	اتجاه سلبي
		%	17	16	19	31	17				
2	تجهيز غرف الطوارئ بالمصلحة	العدد	28	20	11	29	22	3.23	1.434	1	إيجابي
		%	28	20	11	29	22				
3	تصميم أقسام المصلحة وفق المعايير العالمية	العدد	5	7	12	42	34	2.07	1.094	17	سلبي
		%	5	7	12	42	34				
4	إعداد قائمة مواصفات لمختلف التجهيزات والمعدات الطبية والصيانة الدورية لها	العدد	15	17	40	15	13	3.06	1.205	2	إيجابي
		%	15	17	40	15	13				
5	التكفل الدائم باحتياجات المصلحة من التجهيزات والمستلزمات	العدد	12	9	10	39	30	2.34	1.327	12	سلبي
		%	12	9	10	39	30				
6	ملاءمة التجهيزات الموجودة في المصلحة لخصوصيات المرضى	العدد	5	11	4	47	33	2.08	1.125	16	سلبي
		%	5	11	4	47	33				
7	تفعيل وتوثيق أعمال صيانة الأجهزة الطبية وتنظيفها	العدد	8	11	13	41	27	2.32	1.213	13	سلبي
		%	8	11	13	41	27				
8	وجود آلية التخلص من المواد الكيميائية منتهية الصلاحية بالمختبر والأشعة	العدد	11	22	33	25	9	3.01	1.133	3	إيجابي
		%	11	22	33	25	9				
9	تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام	العدد	15	16	17	30	22	2.72	1.371	7	سلبي
		%	15	16	17	30	22				
10	اقتناء الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية وفق معيار النوعية	العدد	7	13	9	41	30	2.26	1.220	14	سلبي
		%	7	13	9	41	30				
11	أجهزة مستواها رديء	العدد	4	15	32	27	19	2.64	1.159	9	سلبي
		%	4	15	32	27	19				
12	معظم هذه المراكز تستعمل أجهزة مستعملة	العدد	12	21	13	33	21	2.70	1.337	8	سلبي
		%	12	21	13	33	21				
13	عدم توفر المعدات الطبية الجديدة	العدد	13	19	27	23	18	2.86	1.287	4	سلبي
		%	13	19	27	23	18				
14	نقص في الأدوات المساعدة والأجهزة الجديدة	العدد	12	16	11	32	29	2.50	1.374	10	سلبي
		%	12	16	11	32	29				
15	عدم وجود الأجهزة ذات الكفاءة العالية	العدد	5	11	7	46	31	2.13	1.125	15	سلبي
		%	5	11	7	46	31				
16	الأجهزة الجديدة ليست بالمواصفات المطلوبة	العدد	9	19	9	37	26	2.48	1.306	11	سلبي
		%	9	19	9	37	26				
17	كثرة الأعطال للتجهيزات وقلة صيانتها	العدد	18	17	7	35	23	2.72	1.450	6	سلبي
		%	18	17	7	35	23				

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة رقم (2) والمتعلقة بـ "تجهيز غرف الطوارئ بالمصلحة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (28%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (20%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (11%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (29%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (12%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.23)، وانحراف معياري قدره (1.434)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى.

- الفقرة رقم (4) والمتعلقة بـ "إعداد قائمة مواصفات لمختلف التجهيزات والمعدات الطبية والصيانة الدورية لها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (15%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (17%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة نسبة (15%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (13%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.06)، وانحراف معياري قدره (1.205)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية.

- الفقرة رقم (8) والمتعلقة بـ "وجود آلية للتخلص من المواد الكيميائية منتهية الصلاحية بالمختبر والأشعة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (11%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (22%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (25%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (9%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.01)، وانحراف معياري قدره (1.133)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة.

- الفقرة رقم (13) والمتعلقة بـ "عدم توفر المعدات الطبية الجديدة" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (13%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (19%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (23%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (18%)

وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.86)، وانحراف معياري قدره (1.287)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة.

- الفقرة رقم (1) والمتعلقة بـ "تجهيز سيارة الإسعاف وجهازيتها" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (17%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (16%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (31%)، أما الذين عارضوها بشدة فقد بلغت نسبتهم (17%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.85)، وانحراف معياري قدره (1.351) واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة. وقد كانت اتجاهات المرضى نحو الفقرات الثلاث الأولى إيجابية، بينما كانت اتجاهاتهم نحو الفقرتين الرابعة والخامسة سلبية، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها والمذكورة سابقاً.

أما الفقرات التي احتلت المراتب الأخيرة في هذا المحور، فيمكن الإشارة إلى الثلاث الأخيرة منها وهي:

- الفقرة رقم (15) والمتعلقة بـ "عدم وجود الأجهزة ذات الكفاءة العالية" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (11%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (46%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (31%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.13)، وانحراف معياري قدره (1.125)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة عشر.

- الفقرة رقم (6) والمتعلقة بـ "ملاءمة التجهيزات الموجودة في المصلحة لخصوصيات المرضى" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (11%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (47%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (33%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.08)، وانحراف معياري قدره (1.125)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة السادسة عشر.

- الفقرة رقم (3) والمتعلقة بـ "تصميم غرف الطوارئ وفق المعايير العالمية" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (7%)، في حين بلغت

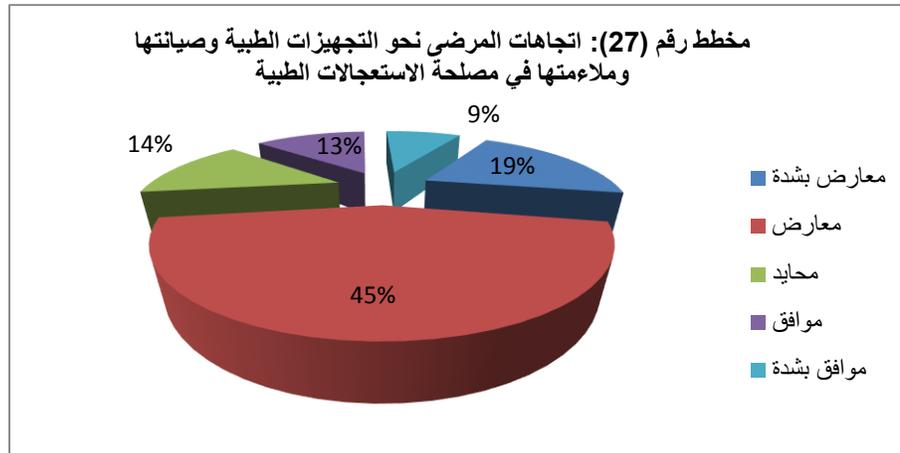
نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (42%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (34%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.07)، وانحراف معياري قدره (1.097)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأخيرة.

وقد كانت اتجاهات المرضى نحو هذه الفقرات سلبية جداً مقارنة بالفقرات الخمس الأولى.

جدول رقم (40): اتجاهات المرضى نحو التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها في مصلحة

الاستجالات الطبية

معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة
394	896	274	260	179
%19	%45	%14	%13	%9



1-4- الإجابة على التساؤل الرابع من تساؤلات الدراسة:

ينص التساؤل الثالث من تساؤلات الدراسة على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط

درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

والنسب المئوية للتعرف على اتجاهات كل من العاملين والمرضى.

1-4-1- اتجاهات العاملين نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجال الطبية:

يوضح الجدول الموالي طبيعة اتجاهات العاملين نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجال الطبية.

جدول (41): يوضح التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه:

م	الفقرة	العدد	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	طبيعة الاتجاه
1	استخدام طرق ووسائل تقليدية في تحديد الاحتياجات التدريبية	العدد	17	19	2	2	0	4.28	0.784	3	اتجاه إيجابي
		%	42.5	47.5	5	5	00				
2	يحدد محتوى العملية التدريبية بالاعتماد على المعلومات المرتبطة باحتياجات العاملين	العدد	6	9	3	13	9	2.75	1.428	13	اتجاه سلبي
		%	15	22.5	7.5	32.5	22.5				
3	تغطي البرامج التدريبية الاحتياجات التدريبية الواقعية للعمل	العدد	7	5	4	15	9	2.65	1.424	15	اتجاه سلبي
		%	17.5	12.5	10	37.5	22.5				
4	تساهم البرامج التدريبية في زيادة معارف ومهارات العاملين المتعلقة بالاستقبال والتوجيه	العدد	15	19	2	3	1	4.10	0.982	4	اتجاه إيجابي
		%	37.5	47.5	5	7.5	2.5				
5	تساهم البرامج التدريبية في تأهيل العاملين على حسن استخدام الأجهزة والمعدات الطبية	العدد	13	18	1	5	3	3.83	1.238	6	اتجاه إيجابي
		%	32.5	45	2.5	12.5	7.5				
6	يشمل التدريب جميع العاملين في مصلحة الاستعجال الطبية	العدد	5	8	4	17	6	2.73	1.301	14	اتجاه سلبي
		%	12.5	20	10	42.5	15				
7	يقلل التدريب من الأخطاء المهنية في بيئة العمل	العدد	17	14	3	4	2	4.00	1.177	5	اتجاه إيجابي
		%	42.5	35	7.5	10	5				
8	يتم تقييم العملية التدريبية بعد نهايتها للتأكد من تحقيقها لأهدافها	العدد	6	8	5	13	8	2.78	1.387	12	اتجاه سلبي
		%	15	20	12.5	32.5	20				
9	يطبق المتدربون المعارف والمهارات التي اكتسبوها في ميدان العمل	العدد	11	13	3	9	4	3.45	1.377	7	اتجاه إيجابي
		%	27.5	32.5	7.5	22.5	10				
10	للمحافظ المادية والمعنوية دور في تحقيق أهداف التدريب	العدد	22	13	0	2	1	4.28	1.062	2	اتجاه إيجابي
		%	55	32.5	00	10	2.5				
11	قلة خبرة إدارة مصلحة الاستعجال الطبية في تحديد الاحتياجات التدريبية	العدد	6	7	15	8	4	3.08	1.185	9	اتجاه إيجابي
		%	15	17.5	37.5	20	10				
12	يتناسب تدريب العاملين مع طبيعة المهام الموكلة إليهم	العدد	3	11	12	13	1	3.05	1.011	10	اتجاه إيجابي
		%	7.5	27.5	30	32.5	2.5				
13	يتم تدريب العاملين بمختلف فئاتهم المهنية والوظيفية	العدد	4	17	9	7	4	3.28	1.154	8	اتجاه إيجابي
		%	10	42.5	22.5	15	10				
14	يساهم التدريب في تحسين خدمات الاستقبال والتوجيه	العدد	22	13	1	4	0	4.33	0.944	1	اتجاه إيجابي
		%	55	32.5	2.5	10	00				
15	تتسم عملية تدريب العاملين بالاستمرارية	العدد	9	7	3	17	4	3.00	1.396	11	اتجاه إيجابي
		%	22.5	17.5	7.5	42.5	10				

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة رقم(14) والمتعلقة بـ "يساهم التدريب في تحسين خدمات الاستقبال والتوجيه" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (55%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (32.5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (10%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.33)، وانحراف معياري قدره (0.944)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى.

- الفقرة رقم(10) والمتعلقة بـ "للحوافز المادية دور في تحقيق أهداف التدريب" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (55%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (32.5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (10%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (2.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.28)، وانحراف معياري قدره (1.062)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية

- الفقرة رقم (1) والمتعلقة بـ "تغطي الاحتياجات التدريبية الاحتياجات الواقعية للعمل" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (42.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (47.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.28)، وانحراف معياري قدره (0.784) واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة.

- الفقرة رقم (4) والمتعلقة بـ "تساهم البرامج التدريبية في زيادة معارف ومهارات العاملين المتعلقة بالاستقبال والتوجيه" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (37.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (47.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (5%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (7.5%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة

(2.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.10)، وانحراف معياري قدره (0.982)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة.

- الفقرة رقم (7) والمتعلقة بـ "يقلل التدريب من الأخطاء المهنية في بيئة العمل" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (42.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (35%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (10%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (4.00)، وانحراف معياري قدره (1.177)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة.

وقد كانت اتجاهات العاملين نحو هذه الفقرات إيجابية جدًا، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها والمذكورة سابقاً.

أما الفقرات التي احتلت المراتب الأخيرة في هذا المحور، فيمكن الإشارة إلى الثلاث الأخيرة منها وهي:

- الفقرة رقم (2) والمتعلقة بـ "يحدد محتوى البرامج التدريبية بالاعتماد على المعلومات المرتبطة باحتياجات العاملين" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (15%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (22.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (32.5%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (22.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.75)، وانحراف معياري قدره (1.428)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة عشر.

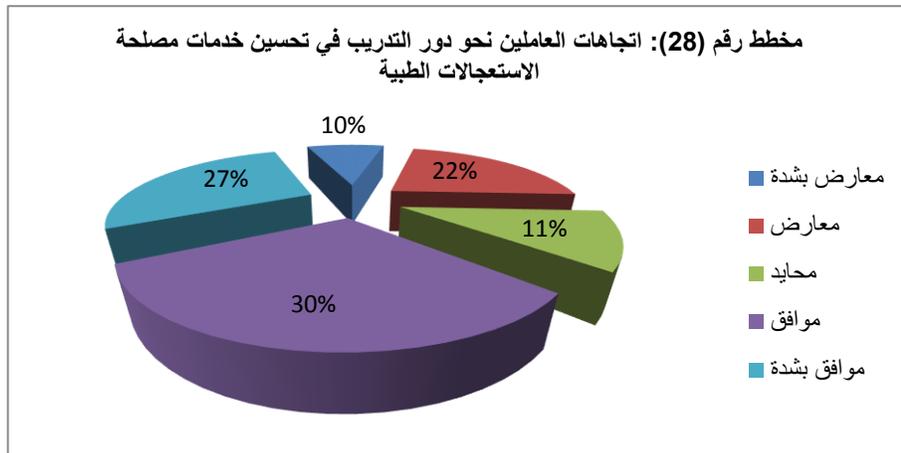
- الفقرة رقم (6) والمتعلقة بـ "يشمل التدريب جميع العاملين في مصلحة الاستجالات الطبية" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (12.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (20%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (42.5%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (15%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.73)، وانحراف معياري قدره (1.301)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة عشر.

- الفقرة رقم(3) والمتعلقة بـ "تغطي البرامج التدريبية الاحتياجات التدريبية الواقعية للعمل" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (17.5%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (12.5%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (37.5%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (22.5%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.65)، وانحراف معياري قدره (1.424)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأخيرة.

وقد كانت اتجاهات العاملين نحو هذه الفقرات الأخيرة سلبية وهو ما يدل على عدم تطابق لبرامج التدريبية مع احتياجات العاملين.

جدول رقم (42): اتجاهات العاملين نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية

موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
163	181	67	132	56
%27	%30	%11	%22	%10



1-4-2- اتجاهات المرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية:

يوضح الجدول الموالي طبيعة اتجاهات المرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية.

جدول (43): يوضح التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل فقرة من

الفقرات وكذلك ترتيبها في المحور وتحديد طبيعة الاتجاه:

م	الفقرة	العدد	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	طبيعة الاتجاه
1	استخدام طرق ووسائل تقليدية في تحديد الاحتياجات التدريبية	العدد	15	16	37	19	13	3.01	1.219	9	اتجاه إيجابي
		%	15	16	37	19	13				
2	يحدد محتوى العملية التدريبية بالاعتماد على المعلومات المرتبطة باحتياجات العاملين	العدد	15	18	19	27	21	2.79	1.365	11	اتجاه سلبي
		%	15	18	19	27	21				
3	تغطي البرامج التدريبية الاحتياجات التدريبية الواقعية للعمل	العدد	12	21	10	32	25	2.62	1.369	13	اتجاه سلبي
		%	12	21	10	32	25				
4	تساهم البرامج التدريبية في زيادة معارف ومهارات العاملين المتعلقة بالاستقبال والتوجيه	العدد	31	43	7	11	8	3.78	1.227	2	اتجاه إيجابي
		%	31	43	7	11	8				
5	تساهم البرامج التدريبية في تأهيل العاملين على حسن استخدام الأجهزة والمعدات الطبية	العدد	37	40	4	13	6	3.89	1.214	1	اتجاه إيجابي
		%	37	40	4	13	6				
6	يشمل التدريب جميع العاملين في مصلحة الاستجالات الطبية	العدد	16	18	35	17	16	3.05	1.250	8	اتجاه إيجابي
		%	16	18	35	17	16				
7	يقلل التدريب من الأخطاء المهنية في بيئة العمل	العدد	29	44	6	11	9	3.72	1.256	3	اتجاه إيجابي
		%	29	44	6	11	9				
8	يتم تقويم العملية التدريبية بعد نهايتها للتأكد من تحقيقها لأهدافها	العدد	12	17	39	19	13	2.96	1.171	10	اتجاه سلبي
		%	12	17	39	19	13				
9	يطبق المتدربون المعارف والمهارات التي اكتسبوها في ميدان العمل	العدد	12	14	3	38	23	2.34	1.380	15	اتجاه سلبي
		%	12	14	3	38	23				
10	للحوافز المادية والمعنوية دور في تحقيق أهداف التدريب	العدد	27	34	6	13	10	3.65	1.282	4	اتجاه إيجابي
		%	27	34	6	13	10				
11	قلة خبرة إدارة مصلحة الاستجالات الطبية في تحديد الاحتياجات التدريبية	العدد	20	43	11	17	9	3.47	1.259	5	اتجاه إيجابي
		%	20	43	11	17	9				
12	يتناسب تدريب العاملين مع طبيعة المهام الموكلة إليهم	العدد	19	19	29	18	15	3.09	1.319	6	اتجاه إيجابي
		%	19	19	29	18	15				
13	يتم تدريب العاملين بمختلف فئاتهم المهنية والوظيفية	العدد	11	13	25	22	19	2.72	1.232	12	اتجاه سلبي
		%	11	13	25	22	19				
14	يساهم التدريب في تحسين خدمات الاستقبال والتوجيه	العدد	12	19	7	37	25	2.56	1.366	14	اتجاه سلبي
		%	12	19	7	37	25				
15	تتسم عملية تدريب العاملين بالاستمرارية	العدد	19	17	28	23	13	3.06	1.301	7	اتجاه إيجابي
		%	19	17	28	23	13				

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة رقم (5) والمتعلقة بـ "تساهم البرامج التدريبية في تأهيل العاملين على حسن استخدام الأجهزة والمعدات الطبية" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (37%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (40%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (19%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.89)، وانحراف معياري قدره (1.214)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى.

- الفقرة رقم (4) والمتعلقة بـ "تساهم البرامج التدريبية في زيادة معارف ومهارات العاملين المتعلقة بالاستقبال والتوجيه" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (31%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (43%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (11%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (8%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.78)، وانحراف معياري قدره (1.227)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية.

- الفقرة رقم (7) والمتعلقة بـ "يقلل التدريب من الأخطاء المهنية في بيئة العمل" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (29%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (44%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (6%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (20%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.72)، وانحراف معياري قدره (1.256)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة.

- الفقرة رقم (10) والمتعلقة بـ "للحواجز المادية والمعنوية دور في تحقيق أهداف التدريب" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (27%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (34%) في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (6%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (13%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (10%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.65)، وانحراف معياري قدره (1.282)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة.

- الفقرة رقم (11) والمتعلقة بـ "قلة خبرة إدارة مصلحة الاستجالات الطبية في تحديد الاحتياجات التدريبية" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (20%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (43%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (17%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (9%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (3.47)، وانحراف معياري قدره (1.259)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة.

وقد كانت اتجاهات المرضى نحو هذه الفقرات إيجابية جداً، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها والمذكورة سابقاً.

أما الفقرات التي احتلت المراتب الأخيرة في هذا المحور، فيمكن الإشارة إلى الثلاث الأخيرة منها وهي:
- الفقرة رقم (13) والمتعلقة بـ "تغطي البرامج التدريبية الاحتياجات التدريبية الواقعية للعمل" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (11%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (13%) في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (22%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (19%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.72)، وانحراف معياري قدره (1.232)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة عشر.

- الفقرة رقم (3) والمتعلقة بـ "يتم تدريب العاملين بمختلف فئاتهم المهنية والوظيفية" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (12%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (21%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (32%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (25%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.62)، وانحراف معياري قدره (1.369)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة عشر.

- الفقرة رقم (9) والمتعلقة بـ "يطبق المتدربون المعارف والمهارات التي اكتسبوها في ميدان العمل" قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (12%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة

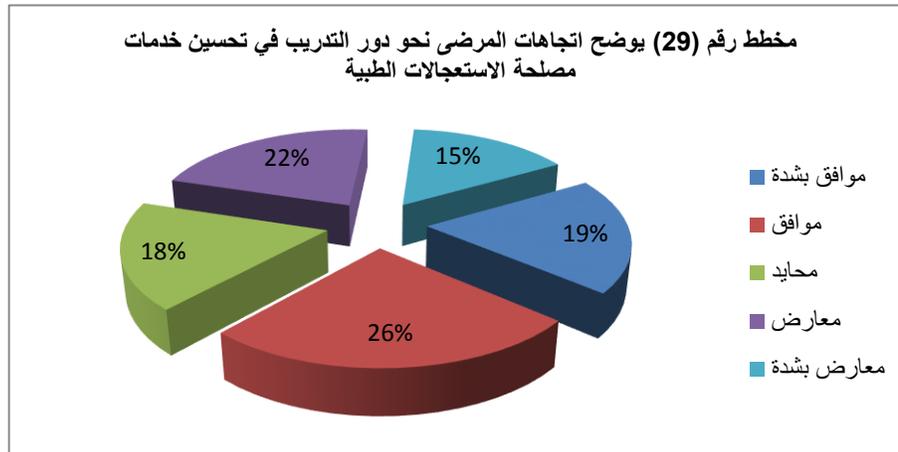
(14%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة (38%)، ونسبة الذين عارضوها بشدة (23%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (2.34)، وانحراف معياري قدره (1.380)، واحتلت هذه الفقرة المرتبة الأخيرة.

وقد كانت اتجاهات المرضى نحو هذه الفقرات الأخيرة سلبية وهو ما يدل على نقص البرامج التدريبية في المصلحة.

جدول رقم (44) يوضح اتجاهات المرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات

الطبية

موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
287	376	266	317	225
%19	%26	%19	%22	%15



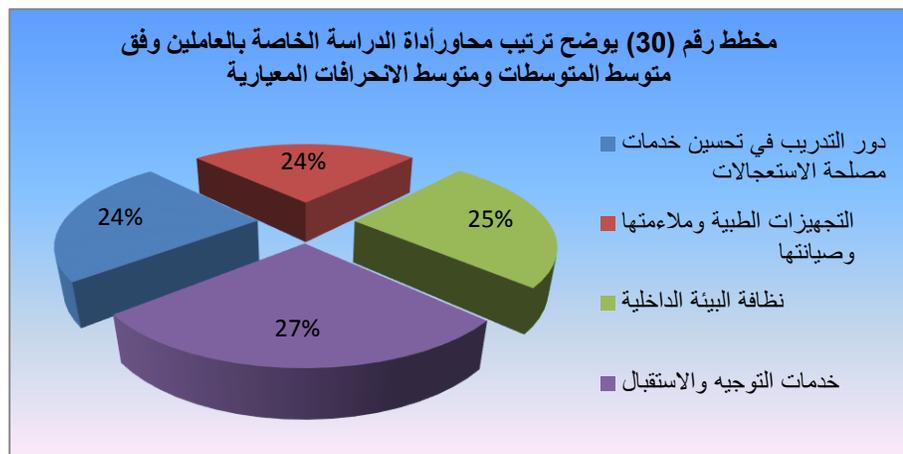
ولإجمال النتائج قام الباحث بحساب مجموع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل محور من محاور الاستبيان، وذلك لترتيب هذه المحاور وفق هذه الإحصاءات:

أ- الاستبيان الخاص بالعاملين:

جدول رقم (45) يوضح ترتيب مجالات أداة الدراسة الخاصة بالعاملين وفق متوسط المتوسطات

ومتوسط الانحرافات المعيارية

رقم المحاور	المحاور	متوسط المتوسطات	متوسط الانحرافات المعيارية	ترتيب المحاور
1	خدمات الاستقبال والتوجيه	3.85	1.167	1
2	نظافة البيئة الداخلية	3.61	1.172	2
3	التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها	3.47	1.286	3
4	دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات	3.43	1.190	4



يتضح من خلال الجدول والمخطط المرفق أن ترتيب محاور الاستبيان الخاص بالعاملين جاء كآتي:

1-المحور الأول: والمتعلق بخدمات التوجيه والاستقبال احتل المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.85)، وانحراف معياري قدره (1.167).

2-المحور الثاني: والمتعلق بنظافة البيئة الداخلية احتل المرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدره (3.61) وانحراف معياري قدره (1.172).

3-المحور الثالث: والمتعلق بالتجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها احتل المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (3.47)، وانحراف معياري قدره (1.286).

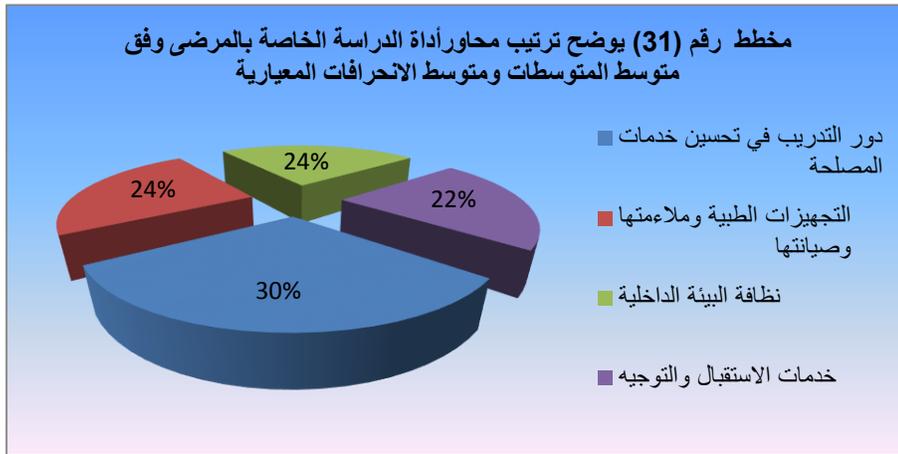
4-المحور الرابع: والمتعلق بدور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية احتل المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي قدره (3.43)، وانحراف معياري قدره (1.190).

ب-الاستبيان الخاص بالمرضى:

جدول رقم (46) يوضح ترتيب محاور أداة الدراسة الخاصة بالمرضى وفق متوسط المتوسطات

ومتوسط الانحرافات المعيارية

رقم المحاور	المحاور	متوسط المتوسطات	متوسط الانحرافات المعيارية	ترتيب المحاور
1	خدمات الاستقبال والتوجيه	2.28	1.211	4
2	نظافة البيئة الداخلية	2.51	1.251	3
3	التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها	2.58	1.265	2
4	دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات	3.12	1.281	1



يتضح من خلال الجدول والمخطط المرفق أن ترتيب محاور الاستبيان الخاص بالمرضى جاء كآتي:

1- المحور الأول: والمتعلق بدور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجال الطبي احتل

المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.12)، وانحراف معياري قدره (1.281).

2- المحور الثاني: والمتعلق بالتجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها احتل المرتبة الثانية بمتوسط

حسابي قدره (2.58)، وانحراف معياري قدره (1.265).

3- المحور الثالث: والمتعلق بنظافة البيئة الداخلية احتل المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (2.51)

وانحراف معياري قدره (1.251).

4- المحور الرابع: والمتعلق بخدمات التوجيه والاستقبال احتل المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي قدره

(2.28)، وانحراف معياري قدره (1.211).

2- اختبار فرضيات الدراسة وتفسيرها:

2-1- الإجابة على الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستجالات الطبية بالمستشفيات العمومية.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) (t-test) لفحص دلالة الفروق وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (47).

جدول رقم (47) يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات

العاملين والمرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه في مصلحة الاستجالات الطبية

الاستنتاج	الدلالة الإحصائية	قيمة (ت)	درجات الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العينة
توجد فروق دالة بين المجموعتين	0.01	**7.429	138	15.407	53.95	40	العاملون
				15.983	31.96	100	المرضى

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (47) إلى أن قيمة اختبار (ت) للفروق بين متوسط درجات اتجاهات العاملين و المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه كانت (7.429) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، وهذا ما يدل على رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل والذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة إيفاسون وآخرون (Evason et al, 1991) والتي توصلت إلى أن عددا كبيرا من المرضى الذين يشكلون أفراد العينة يرون أن الخدمات الصحية تسير نحو الاضمحلال والضعف رغم ما يعلن عنه من تحسينات فيها، فيما ترى الأقلية منهم وجود تحسينات حقيقية في مستوى الخدمات الصحية، واتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة طعامنة والحراشة (1995) التي توصلت إلى وجود انطباعات سلبية لدى المرضى من النواحي التالية (مدى توفر وسائل الراحة في قاعات الانتظار، وخدمات الاستقبال)، كما اتفقت مع دراسة الحسيني

(2012) التي توصلت إلى عدم كفاية الفضاءات الداخلية والأسرة في مصلحة الطوارئ بما يتناسب مع عدد المرضى في الحالات الطارئة.

2-2- الإجابة على الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات

العاملين والمرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية بالمستشفيات العمومية.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) (t-test) لفحص دلالة الفروق وذلك كما هو موضح

في الجدول رقم (48).

جدول رقم (48) يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات

العاملين والمرضى نحو نظافة البيئة الداخلية في مصلحة الاستجالات الطبية

الاستنتاج	الدلالة الإحصائية	قيمة (ت)	درجات الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العينة
توجد فروق دالة بين المجموعتين	0.01	**5.034	138	2.58	54.175	40	العاملون
				1.79	37.700	100	المرضى

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (48) إلى أن قيمة اختبار (ت) للفروق بين متوسط درجات اتجاهات العاملين و المرضى نحو خدمات الاستقبال والتوجيه كانت (5.034) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، وهذا ما يدل على رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل والذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة العتيبي (2002)، والتي توصلت إلى وجود فروق في مستويات الرضا عن الخدمات الصحية في المستشفيات العامة والخاصة خاصة الخدمات المعاونة والتي من بينها نظافة البيئة الداخلية، واتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة حيدر (2001)، التي توصلت إلى جملة من النقاط من بينها الاتجاهات الايجابية للمرضى

نحو تحسين خدمات نظافة البيئة الداخلية ومرافقها، واتفقت مع دراسة العدوان وعبد الحليم (1997)، التي بينت أن عاملي نظافة المستشفى ونوع المستشفى كان لهما الأثر الأكبر في تحقيق الرضا لدى المرضى.

2-3- الإجابة على الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها في مصلحة الاستعجال الطبي بالمستشفيات العمومية.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) (t-test) لفحص دلالة الفروق وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (49).

جدول رقم (49) يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
العاملون	40	58.95	20.95	138	**3.85	0.01	توجد فروق دالة بين المجموعتين
المرضى	100	43.97	20.69				

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (49) إلى أن قيمة اختبار (ت) للفروق بين متوسط درجات اتجاهات العاملين و المرضى نحو التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها كانت (3.85) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، وهذا ما يدل على رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل والذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة جاد الزب (1996) والتي توصلت إلى أن استخدام الأجهزة الحديثة في المستشفيات يعتبر من الأولويات، واتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة الشلبي (1999)، التي توصلت إلى أن مستوى ملاءمة التجهيزات الطبية في المستشفيات كان متوسطاً، كما اتفقت مع دراسة عبد الحليم ومرعي (2001)، التي وجدت تباين بين أفراد عينة الدراسة حول الخدمات الصحية المتعلقة بالمباني والتجهيزات الطبية وغير الطبية

كما اتفقت مع دراسة عطية (2011)، التي أظهرت وجود فروق في استجابات عينة الدراسة مدى توفر مستلزمات المستشفيات سواء الأجهزة أو المعدات الحديثة.

2-4- الإجابة على الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اتجاهات العاملين والمرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية بالمستشفيات العمومية.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) (t-test) لفحص دلالة الفروق وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (50).

جدول رقم (50) يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات

العاملين والمرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
العاملون	40	51.55	16.636	138	1.448	0.150	لا توجد فروق دالة بين المجموعتين
المرضى	100	46.71	18.334				

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (50) إلى أن قيمة اختبار (ت) للفروق بين متوسط درجات اتجاهات العاملين و المرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية كانت (1.448) وهي قيمة غير دالة، وهذا ما يدل على قبول الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة عطية (2011) والتي توصلت إلى دور توفير الدورات التدريبية للعاملين من أجل تحسين الخدمات الطبية ، واتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة مركز البحوث والتوثيق والمعلومات الصحية بوزارة الصحة اليمنية(2003)، التي توصلت إلى أنه كلما كان التدريب على صلة مباشرة بالعمل ويغطي احتياجات العاملين كلما أضاف معارف ومهارات جديدة وتحسّن الأداء، كما اتفقت مع دراسة (tengillimoghi et al, 1999) ، التي توصلت إلى رضا المرضى عن مهارة وخبرة وسلوك وتدريب جهاز التمريض في المستشفيات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العامة.

2-5- الإجابة على الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية بالمستشفيات العمومية بأبعادها الأربعة (خدمات التوجيه والاستقبال، نظافة البيئة الداخلية، التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها، دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية) تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، المستوى التعليمي).

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي) لفحص دلالة الفروق وذلك كما هو

موضح في الجدول رقم (51).

جدول رقم (51) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق بين متوسطات إجابات

أفراد عينة الدراسة نحو أبعاد الدراسة حسب الجنس

أبعاد الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	الدلالة الإحصائية	الفروق
خدمات الاستقبال والتوجيه	بين المجموعات	14283.585	1	14283.585	57.838	0.00	توجد
	داخل المجموعات	34080.158	138	246.958			
	الإجمالي	48363.743	139				
نظافة البيئة الداخلية	بين المجموعات	22557.184	1	22557.184	113.474	0.00	توجد
	داخل المجموعات	27432.609	138	198.787			
	الإجمالي	49989.793	139				
التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها	بين المجموعات	34574.196	1	34574.196	153.908	0.00	توجد
	داخل المجموعات	31162.054	138	225.812			
	الإجمالي	65916.250	139				
دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	بين المجموعات	26848.576	1	26848.576	207.67	0.00	توجد
	داخل المجموعات	17893.216	138	129.661			
	الإجمالي	44741.793	139				

$\alpha = 0.05$

من خلال الجدول السابق رقم (51) الخاص بإجابات أفراد عينة الدراسة وفقاً للجنس وُجد أن الدلالة الإحصائية لجميع أبعاد الدراسة هي قيم أقل من 0.05 مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية بأبعادها الأربعة (خدمات الاستقبال والتوجيه، نظافة البيئة الداخلية، التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها، دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية).

جدول رقم (52) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو أبعاد الدراسة وفقاً للمستوى التعليمي

أبعاد الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفئوية	الدلالة الإحصائية	الفروق
خدمات الاستقبال والتوجيه	بين المجموعات	26508.912	1	6627.228	40.937	0.000	توجد
	داخل المجموعات	21854.831	138	161.888			
	الإجمالي	48363.743	139				
نظافة البيئة الداخلية	بين المجموعات	30507.075	1	7626.769	52.848	0.00	توجد
	داخل المجموعات	19482.718	138	144.316			
	الإجمالي	49989.793	139				
التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها	بين المجموعات	40901.380	1	10225.345	55.184	0.00	توجد
	داخل المجموعات	25014.870	138	185.295			
	الإجمالي	65916.250	139				
دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية	بين المجموعات	32856.793	1	8214.198	39.304	0.00	توجد
	داخل المجموعات	11885.000	138	88.037			
	الإجمالي	44741.793	1239				

$\alpha = 0.05$

من خلال الجدول السابق رقم (52) الخاص بإجابات أفراد عينة الدراسة وفقاً للمستوى التعليمي وُجد أن الدلالة الإحصائية لأبعاد الدراسة هي جميعاً قيماً أقل من 0.05 مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية بأبعادها الأربعة (خدمات الاستقبال والتوجيه، نظافة البيئة الداخلية، التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها، دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية).

من نتائج الجدولين (51) و(52) تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية بالمؤسسات الاستشفائية بأبعادها الأربعة (خدمات التوجيه والاستقبال، نظافة البيئة الداخلية، التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية) تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، المستوى التعليمي)، وهو ما يعني رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل، وهذا ما يتفق مع دراسة منصور (2004) ، التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن مجال الخدمات الفندقية ومتغير (الدخل ومجال الطبيب ومتغير الحالة الاجتماعية) في المستشفيات الحكومية، ودراسة الحمد والشهيب (1991)، وتوصل الباحثان إلى وجود اختلافات (فروق) يعتد بها إحصائياً بين متغيرات (الجنس والمؤهل التعليمي والعمر ومستوى الدخل من جانب)، وبين مستوى رضا أفراد العينة عن الخدمات المختلفة المقدمة لهم بالعيادات الخارجية وخدمات الطوارئ من جانب آخر.

خلاصة جزئية

تناولنا في هذا الفصل عرضاً مفصلاً ودقيقاً عن النتائج التي توصلنا إليها في هذه الدراسة، باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، كما قمنا باختبار فرضيات الدراسة من خلال البيانات المتحصل عليها وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة لكل فرضية من فرضيات الدراسة، بهدف اتخاذ القرار المناسب فيما يخص قبول أو رفض هذه الفرضيات.

الفصل الثامن: الاستنتاجات والتوصيات

تمهيد:

النتائج

التوصيات

تمهيد:

كرّس هذا الفصل لاستعراض النتائج التي توصلت إليها الدراسة، ومن ثمّ التوصل إلى استنتاجات من خلال ما توصلت إليه الدراسة، وكذا التوصيات التي ترتبط بالأفاق المستقبلية للدراسة.

1-النتائج:

ركزت هذه الدراسة باستخدام المنهج الوصفي، ومن خلال استقصاء (140) مبحوثاً من العاملين في الأقسام المختلفة لمصلحة الاستعجالات الطبية والمرضى الذين تلقوا العلاج على مستواها، وذلك للتعرف على اتجاهاتهم نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية وطرق تحسينها، ولتحقيق أهداف الدراسة تمت مراجعة الدراسات السابقة وعرض تحليل البيانات، وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين متوسط درجات اتجاهات العاملين ومتوسط درجات اتجاهات المرضى في المحور الأول وهو خدمات الاستقبال والتوجيه لصالح عينة العاملين بمتوسط قدره (53.94) مقابل متوسط قدره (31.96) لعينة المرضى.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين متوسط درجات اتجاهات العاملين ومتوسط درجات اتجاهات المرضى في المحور الثاني وهو نظافة البيئة الداخلية بمصلحة الاستعجالات الطبية لصالح عينة المرضى بمتوسط قدره (54.175) مقابل متوسط قدره (37.7) لعينة المرضى.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين متوسط درجات اتجاهات العاملين ومتوسط درجات اتجاهات المرضى في المحور الثالث وهو التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها بمصلحة الاستعجالات الطبية لصالح عينة المرضى بمتوسط قدره (58.95) مقابل متوسط قدره (43.97) لعينة المرضى.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات اتجاهات العاملين ومتوسط درجات اتجاهات المرضى في المحور الرابع وهو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة

الاستجالات الطبية، حيث بلغ متوسط درجات اتجاهات المرضى على هذا المحور (51.55) مقابل متوسط قدره (46.71)، وهو ما يدل على الاتجاهات الايجابية للعاملين والمرضى نحو دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستجالات الطبية بالمستشفيات العمومية بأبعادها الأربعة (خدمات التوجيه والاستقبال، نظافة البيئة الداخلية، التجهيزات الطبية وملاءمتها وصيانتها، دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية) تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، المستوى التعليمي)، حيث كانت نتائج تحليل التباين الأحادي دالة عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بالنسبة لمتغيري (الجنس، المستوى التعليمي) وعلى جميع أبعاد الدراسة.

2-التوصيات:

بعد عرض نتائج الدراسة المتوصل إليها، والتي أكدت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات

العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية، وبناءً على ما تمّ التوصل إليه يمكن اقتراح

جملة من التوصيات ذات العلاقة بخدمات مصلحة الاستعجالات الطبية، والمبينة أدناه:

- العمل الجاد على إيجاد آلية واضحة المعالم للتركيز على المرضى والتعرف على احتياجاتهم ورغباتهم بشكل مخطط ومدروس واستخدام الأساليب العلمية في ذلك، وتطوير النظم والعمليات وتعزيز عملية اتخاذ القرارات المستندة على البيانات.

- إبداء الإدارة العليا في وزارة الصحة الاهتمام بشكل أكبر بالأفراد وبناء القدرات ووضع الخطط اللازمة لمنهجة عمليات التدريب والتعليم المستمر وجعلها جزءاً متكاملًا في سياساتها واتباع أساليب علمية في القياس والتقويم لنتائج التدريب وكذلك في صياغة البرامج والخطط التدريبية انطلاقاً من الحاجة وما يتطلبه الوضع في المؤسسة.

- توفير العدد الكافي من أعوان الصحة في أقسام مصلحة الاستعجالات الطبية من (أطباء اختصاص، ممرضين، مساعدي الممرضين)، بما يتلاءم مع العدد المتزايد من الحالات الطارئة على مدار اليوم وطيلة أيام الأسبوع.

- تحديث وتطوير الوسائل الضرورية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية من أجهزة ومعدات طبية في أقسام مصلحة الاستعجالات الطبية، واقتنائها وفق معايير الجودة المحلية والعالمية.

- تدريب العاملين في مصلحة الاستعجالات الطبية على طرق الفرز الطبي المتبع عالمياً في منطقة الاستقبال، بهدف الرفع من مهاراتهم ومعارفهم وتطبيق ما تعلموه ميدانياً لزيادة فعالية هذه المصلحة وتقليل شكاوى المرضى فيما يخصّ سوء الاستقبال والإهمال.

- تدريب عمال النظافة على الطرق الصحيحة في عمليات التنظيف، واستخدام مواد التنظيف ومحاليل التعقيم والتطهير بطريقة آمنة وفعّالة، والحرص الدائم على نظافة الممرّات وغرف المرضى والمرافق الصحية تجنباً لانتشار العدوى.

المراجع

المعاجم والقواميس:

1-إبراهيم، مذكور (1995)، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، مصر.

2-La rousse (2001) ، *Dictionnaire de la Littérature*.

3-Le Robert (2000) ، *Le Petit Robert de la langue française*.

الكتب:

أ-المراجع العربية:

4-البكري، ثامر ياسر (2005) تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر، الطبعة

العربية، عمان، الاردن.

5-الحالة والخدمات الصحية في مصر (2005)، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية،

برنامج السياسات والنظم الصحية، مصر.

6-الدليل القومي لمكافحة العدوى (2008)، ط2، دارة مكافحة العدوى، وزارة الصحة والسكان، مصر.

7-السلمي علي(1998): إدارة الموارد البشرية دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة/مصر.

8-العدلات وآخرون (2006)، إجراءات وسياسات الوقاية من العدوى في المراكز الصحية الأولية،

وزارة الصحة، المملكة الأردنية الهاشمية.

9-العدوان ياسر، عبد الحليم أحمد (1997): العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة

للمريض في المستشفيات الأردنية، أبحاث اليرموك، عمان /الأردن.

10-العديلي، ناصر محمد. " السلوك الإنساني والتنظيمي: منظور كلي مقارن"، معهد الإدارة العامة،

الرياض.

11-العسكري، عبود عبد الله (2004): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، دار التميز،

دمشق/سورية.

12-المعايير الوطنية للجودة والاعتماد لمراكز الرعاية الصحية الأولية (2012)، دائرة تخطيط الجودة،

وزارة الصحة الفلسطينية، فلسطين.

13-تريسي وويليام ر. ترجمة سعد أحمد الجبالي (2004)، تصميم نظم التدريب والتطوير، معهد

الإدارة العامة، الرياض.

14-حريستاني حسان ومحمد التركي (1985)، انتظار المرضى في العيادات الخارجية لبعض

المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض، واقعه وأسبابه، مطابع معهد الإدارة العامة، الرياض/السعودية.

15-خالد بن عبد الرحمن الحسين وآخرون(2003)، دليل الوصف الوظيفي للعاملين بالمستشفيات،

الإدارة العامة للمستشفيات، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

16-دليل إرشادي مبسط عن مكافحة العدوى في المستشفيات (2013)، القاهرة، مصر.

17-ريز أندرو، باركر ديفيد (1995): تحليل التكاليف في برامج الرعاية الصحية الأولية، ترجمة

المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، دليل لتدريب مديري البرامج-الإسكندرية/ مصر.

18-زويلف مهدي حسن (2003)، إدارة الأفراد، دار الصفاء، عمان، الأردن.

19-سيد محمد جاد الرب (1991)، تنظيم وإدارة المستشفيات، مدخل منظم، دار النهضة العربية،

القاهرة.

20-صلاح الدين محمد عبد الباقي(2000)، إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية، الإسكندرية،

مصر.

21- عامر خضير، حميد الكبيسي(2004)، سيكولوجية التدريب، جامعة نايف العربية، مركز الدراسات والبحوث، الرياض.

22- عبد الرحمان إبراهيم الشاعر (1996)، أسس تصميم وتنفيذ البرامج التدريبية، دار تقيف للنشر والتأليف، الرياض، العربية السعودية.

23- عبد الرحمان توفيق (1994)، التدريب، مركز الخبرات المهنية للإدارة، مصر.

24- عبد الإله ساعاتي (1998)، مبادئ إدارة المستشفيات، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.

25- عبد المعطي محمد عساف(1994)، السلوك الإداري والتنظيمي في المنظمات المعاصرة، السعودية/الرياض.

26- عصام أحمد الخطيب (2003)، إدارة النفايات الطبية في فلسطين، دراسة في الوضع القائم، معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين.

27- علي السلمي (1985): إدارة الأفراد والكفاءات الإنتاجية، ط3، مكتب غريب للنشر، القاهرة/مصر.

28- عمار بوحوش (2002): دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، الجزائر، موفم للنشر، الجزائر.

29- غيداء، حميد محمد، مهدي، الهلالي (2011): تقييم جودة الخدمات الصحية على وفق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كلية الإدارة والاقتصاد، بغداد.

30- مدحت محمد أبو النصر (2005)، مفهوم ومراحل وأخلاقيات مهنة التدريب بالمنظمات العربية، انترك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

31-معايير الرعاية الصحية الأولية (2010)، دائرة الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة العامة،

لبنان.

32-ياغي محمد عبد الفتاح (1996)، التدريب الإداري بين النظرية والتدريب، دار الخريجي للنشر

والتوزيع، الرياض، العربية السعودية.

33-مصطفى نجيب شاويش(2005)، إدارة الموارد البشرية-إدارة الأفراد-دار الشروق والتوزيع، عمان،

الأردن .

34-العساف أحمد صالح (1994)، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، العبيكان للطباعة

والتنشر، الرياض، السعودية.

35-عبيدات ذوقان وآخرون (2001)، البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر، عمان،

الأردن

36-كشك محمد بهجت (1996)، مبادئ الإحصاء واستخداماتها في مجالات الخدمة الاجتماعية،

دار الطباعة الحرّة، الإسكندرية، مصر.

37-سيد محمد جاد الرب (1996)، إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار

المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، ص54.

38-شفيق حداد، نظام سويدان(1998) أساسيات التسويق، الطبعة الأولى، دار ومكتبة الحامد للنشر

والتوزيع، عمان.

- 39- A. Payne, Clark, M., H. Peck and M. Christopher (1995) 'Relationship Marketing: Towards a New Paradigm, In: A. Payne (ed.), *Advances in Relationship Marketing*. Kogan Page, London.
- 40- Afilalo, Marc, et autres. (2000). *Guide de gestion de l'unité d'urgence. La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux France*.
- 41- Brinon.c, *manutentions des patients , ergonomie des équipements, système d'aide à la manutentions, troubles musculo-squelettiques*.
- 42- Champion(1971),*Basic Statistics for Social Research*.
- 43- *Démarche de préventions des troubles musculo-squelettiques, départements des risques .*
- 44- Dolan Shimon L et Schuler Randall S (1995), *La gestion des ressources humaines au seuil de l'an 2000, Ed du renouveau pédagogique, Québec*.
- 45- *Ergonomie et santé au travail(2006) , Transformations du travail et perspectives pluridisciplinaires, 41e congrès de la SELF*.
- 46- *Ergonomie participative dans la conception des bâtiments hospitaliers, bâtir pour mieux travailler, collection parc*
- 47- Evarson & al (1991), *explored in pilot study in Northern Ireland Satisfaction Studies: Problems and implications*.
- 48- Filippo Edward (1974), *Personal Management, new york M.C. Graw, Hill Ianc*.
- 49- *Infirmière organisateur de l'accueil (2004), référentiel I.O.A , Brain Storming, SAS*.
- 50- Ludwing. Binkert, Jérôme. faver (2006), *ergonomie à l'hôpital, association Suisse des médecins d'entreprise des établissements des soin (sohf) .*
- 51- *Manutention des patients, ergonomie des équipements, système de l'aide à la manutention, troubles musculo squelettiques*
- 52- Marie-Claire Carpentier et al(1997), *ergonomie participative, mode de gestion et de performance en prévention des accédant de travail*.
- 53- Meignant Alain, *Manager la formation, 6ème édition, Ed Liaison, Paris*.
- 54- Pierre Bailly, Christine Carrère(1995), *Statistiques descriptives Exercices, Collection « Libres Cours Économie », Presses universitaires de Grenoble, Grenoble*.
- 55- *Recommandation pour de bonne pratiques d' hygiène dans le services d' accueil des urgences*.
- 56- Tompson ,AGtt (1983), *The measurement of Patient Perception of Hospital care, Unpublished doctoral thesis v Mist, university of Manchester*.

المجلات والدوريات:

أ- العربية:

- 57- أبو جابر والبداينة (1993)، اتجاهات الطلبة نحو استخدام الحاسوب - دراسة مقارنة- مجلة الخليج، العدد46، مكتب التربية العربي لدول الخليج.
- 58- أكرم أحمد الطويل وآخرون (2010)، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، دراسة استطلاعية في مستشفى ابن الأثير التعليمي، مجلة تنمية الرافدين، المجلد32، العدد100، الموصل، العراق،ص237.
- 59- البداينة ذياب موسى (2001)، تكوين الاتجاه والمعتقد والرأي العام، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث، السعودية، الرياض.
- 60- العتيبي آدم غازي (2002)، مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرف التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 18، العدد 2: 1-36.
- 61- العدوان ياسر وعبد الحليم أحمد (1997)، العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية، مجلة أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13، العدد 1، 303- 319.
- 62- العديلي ناصر محمد (1983)، الدوافع والحوافز والرضا الوظيفي، مجلة معهد الإدارة العامة، العدد36، معهد الإدارة العامة، السعودية/ الرياض.
- 63- حافظ إبراهيم ناجي (2013)، تقييم إدارة الصيانة لأبنية المستشفيات، كلية الهندسة ، مجلة ديالى للعلوم الهندسية، المجلد6، العدد 3،ص12.
- 64- حريستاني حسان والتركي محمد (1984)، انتظار المرضى في العيادات الخارجية لبعض المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض: واقعه وأسبابه، الرياض، مطابع معهد الإدارة العامة، الرياض.
- 65- حنان عبد الرحيم الأحمدى (2007)، تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، الرياض.
- 66- طعمانة محمد والحراشة برجس (1995)، أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق، مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد10، العدد05: 117.

67- عبد الحليم ومرعي فيصل (2001)، مستوى الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية، دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها، مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد 16، العدد 6: 77-118.

68- عصام أحمد الخطيب(2003)، إدارة النفايات الطبية في فلسطين: دراسة في الوضع القائم، معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت - فلسطين.

69- فوزي عبد القادر الفيشاوي (2001)، نفايات للصحة أيضا، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، العدد 20، قسم علوم وتكنولوجيا الأغذية، كلية الزراعة، جامعة أسيوط، مصر.

70- قاسم نعيان (1999)، دراسة حول تقييم أداء شركات الصيانة في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية، معهد الإدارة العامة، عمان، الأردن.

ب-الأجنبية:

71- Ancelin.p,(2001) *modalités pratiques et difficultés de mise en place du triage aux urgences, 4e journées annuelles du CAMU, session sur le tri à l'accueil, bordeaux, France.*

72- Dominique PATERON(2012),*Une organisation des flux au sein des urgences, Service des Urgences, CHU Saint-Antoine, Université Paris 6.P25.*

73- *Ergonomie et aménagement de poste de travail(2005), commission universitaire de sécurité au travail, romande, version1, p1-2(professionnelles, pole d'assistance en ergonomie).*

74- *European journal of emergency medicine; 6: 145-146 .*

75- Evarson, Eileen & Whittington, Dorothy,(1991)"Patient Satisfaction Studies. Problems and Implications Explored In Pilot Study In Northern Irland" *Health Education Journal. Vol. 50, No. 2.*

76- Gentile Stéphanie et al., « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », *Santé Publique, 2004/1 Vol. 16, p. 63-74. DOI : 10.3917/spub.041.0063.*

77- *Journal de l'association canadienne des médecins d'urgences,1999 ;1(3):1-28.*

78- Morlot Rachel et Sales-Wuillemin Edith, « Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière », *Revue internationale de psychologie sociale, 2008/4 Tome 21, p. 89-114)*

79- *Ordre des infirmières et infirmiers des Québec,1995 :1-16.*

80- O'sullivan, Anne,(1983)"Patient Satisfaction: Some Suggestion for Research" *Quality Review Bulletin, PP289-290.*

81- Reidenbuck & others, *Exploring perception of hospital operations by a modificationserviquial*, journal of health caremarketing, Vol.10, No.4, Dec.1990, PP47-55

82- Sales-Wuillemin Édith et al., « La représentation sociale de l'hygiène chez les professionnels de santé : intérêt du recueil par entretien et de l'analyse discursive des opérateurs de liaison issus du modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB) », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2009/2 Numéro 82, p. 43-72).

83- Simon J, Féry S (2001), *Organisation de l'accueil au service des urgences. Hôpital. Cantonal Universitaire, Genève 1-10.*

84- Talluru.S, Prasad.G, (2003), *patient satisfaction: A Comparative Study, Journal of the Academy of Hospital Administration, 1s:7-12*

الرسائل الجامعية:

85- الحارثي درهوم عائض (1999)، رفع كفاءة العاملين وعلاقتها بالحوافز المادية والمعنوية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، السعودية، الرياض.

86- الحيدري عصام محمد خيضر (2001)، تقويم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة تحليلية لآراء واتجاهات المرضى الراقدين في مستشفى الكندي التعليمي في بغداد، بحث دبلوم مستشفيات، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد.

87- الشلبي فيصل (1999)، مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية: دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها، رسالة (غير منشورة)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن: 55.

88- خالد بن سعيد بن أحمد الحربي (2009)، أسس الجودة التعليمية في إعداد وتدريب المعلم من المنظور الإسلامي، رسالة، ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، قسم التربية الإسلامية والمقارنة، جامعة أم القرى، العربية السعودية.

89- عبد الله بن درويش الغامدي (2006)، تقويم أداء موظفي الاستقبال في المستشفيات العسكرية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

90- مختار هيفاء بنت فؤاد (2003)، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية.

91- مصلح عطية (2011)، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، أطروحة دكتوراه، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.

92- وفاء الطامي عبد الله (2000): محددات فعالية أقسام النساء والولادة بمستشفيات مدينة الرياض، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.

التقارير:

أ-العربية:

93- تقرير النظم الصحية (2011)، الاتجاهات والتحديات الراهنة، منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العامة الرابعة والستون، البند 4-13.

94- تقرير لجنة مراقبة المستشفيات البريطانية (2007): منشور في صحيفتي الغارديان وازورفر، جريدة الرياض، العدد 1764.

ب-الأجنبية:

95- *Compte rendu du congrès self- ace 2001, les transformation du travail, enjeux pour l'ergonomie.*

96- *Enquête nationale sur les urgences médico-chirurgicales (2003), principaux reculâtes et recommandations, Institut National de Santé Publique, Ministère de la Santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Algérie.*

المواقع الالكترونية:

97- www.kawalisse.com.

98- www.Moncefmaerzouk.net

99- www.salamaty.com.

الملحق رقم (01): نسخة من ترخيص إجراء الدراسة من طرف المديرية العامة لمستشفى بني مسوس

DAMP
Djaleh

105 AVR 2015
633

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر*2
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

مصلحة الدراسات العليا

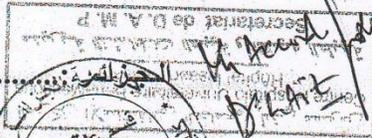
إلى السيد: حيدر الطوارق البشيرة بالسنسني الجامعي بني مسوس
الموضوع:

بحث ميداني حول:

* إتجاهات العاملين و المرضى نحو خدمات مصلحة
الإستعجلات الطبية و طرق تحسينها *

يشرفني سيدي ، أن أطلب من سيادتكم السماح
للطالب (ة) :رحالي عبد الكريم بـ بحث ميداني
في مؤسساتكم و تحيطكم علما ، أن الطالب (ة) المذكور(ة)
يحضر (تحضر) حاليا بحثا على مستوى قسمنا
لنيل شهادة الماجستير في " علم النفس العملي
و الأرخونوميا " .

تقبلوا منا سيدي فائق الإحترام و التقدير.



Avis Favorable sous réserve
de l'accord écrit de l'Administration

الملحق رقم (02): أداة الدراسة المستخدمة في جمع البيانات

إستبانة

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول اتجاهات العاملين والمرضى نحو خدمات مصلحة الاستعجالات الطبية وطرق تحسينها، وذلك للحصول على درجة الماجستير في تخصص علم النفس العمل والأرغوميا ولهذا الغرض طور الباحث استبيان لقياس اتجاهات عينة الدراسة في المستشفيات، والتي تمثلت في العاملين والمرضى. لذا أرجو التكرم بإبداء رأيكم بالإجابة على كل فقرات الاستبيان ، علمًا بأن بدائل الإجابة على الفقرات هي: (موافق بشدة، موافق، محايد ، معارض ، معارض بشدة)، وأحيطكم علما أن معلوماتكم تبقى سرية ولا تستخدم إلا في إطار أهداف هذه الدراسة.

مع خالص الشكر والتقدير

ملاحظة: يرجى وضع علامة (√) أمام الفقرة التي تقتنع بها .

QUESTIONNAIRE

Pour sonder les tendances des agents de la santé du service des urgences médicales

Salutation :

Le chercheur mène une étude sur les **tendances des travailleurs et des patients à l'égard du service d'urgences et les moyens d'améliorer ce service-là**, dans le cadre de l'obtention du diplôme de magister, option : psychologie de travail et l'ergonomie, à cet effet, le chercheur a élaboré et développé un questionnaire pour mesurer les tendances d'un échantillon d'étude dans les hôpitaux, représentés par le personnel et les patients.

Je vous prie de bien vouloir donner votre suggestion sur ce sondage d'opinion, en sachant que les indications de réponses possibles sont: (**Fortement d'accord, d'accord, neutre, contre, fortement contre**). Nous vous informez que votre informations reste confidentiel et n'utilise que l'encadre de les objectifs de cette étude.

Avec mes sincères remerciements

Remarque: S'il vous plaît, cochez (√) devant l'indication qui convient.

أولاً: معلومات عن المستجيب

<input type="checkbox"/> أنثى Femelle		<input type="checkbox"/> ذكر mâle			الجنس sexe		
<input type="checkbox"/> جامعي Universitaire	<input type="checkbox"/> تكوين متخصص formation spéciale	<input type="checkbox"/> ثانوي secondaire	<input type="checkbox"/> متوسط moyen	<input type="checkbox"/> بلا مستوى aucun niveau	المستوى التعليمي Niveau scolaire		
<input type="checkbox"/> 10 فأكثر		<input type="checkbox"/> 9-5		<input type="checkbox"/> 4-1		عدد مرات التكوين Nombre de formation	
<input type="checkbox"/> 31 فأكثر	<input type="checkbox"/> 30-26	<input type="checkbox"/> 25-21	<input type="checkbox"/> 20-16	<input type="checkbox"/> 15-11	<input type="checkbox"/> 10-6		<input type="checkbox"/> 5-1
						مدة الخدمة (بالسنة) Ancienneté (Année)	خاص بالعاملين

الباحث : عبد الكريم رحالي

معارض بشدة fortement contre	معارض contre	محايد neutre	موافق d'accord	موافق بشدة Fortement d'accord	العبارات Les indications	الرقم N°	المجالات Les parties
					- حرص جهاز التمريض على تقديم العلاج في أوقات منتظمة . - Le corps médical prend soin à fournir le traitement en temps réguliers	1	أولاً: خدمات الاستقبال والتوجيه Réception et orientation
					- توفر مقاعد مناسبة في قاعة الانتظار . - Disponibilité des sièges en nombres suffisant dans la salle d'attente	2	
					- تواجد لوحات إرشادية داخل وخارج المصلحة تدل على أماكن توفر الخدمة. - Disponibilité des enseignes à l'intérieur et à l'extérieur pour indiquer où se trouve chaque service	3	
					- توفير الخدمات على مدار الوقت (24 ساعة). - Etre toujours prêt pour faire face aux crises et catastrophes	4	
					- الرعاية المثلى للمرضى بطريقة آمنة وفعالة . - Optimiser les soins pour les patients d'une manière sûre et efficace	5	
					- تحقيق العدالة في الحصول على الخدمة. - Instauration de la justice en soignant les patients	6	
					- السرعة في التعامل مع الحالات المستعجلة - Traitement rapide des cas d'urgence	7	
					- فاعلية نظام متابعة شكاوى المرضى - Suivre efficacement les doléances des patients	8	
					- الاستعداد الدائم لمواجهة الأزمات والكوارث - Disponibilité du service H24	9	
					- التحكم والسيطرة على الوضع في حالة تدفق أعداد كثيرة وفي وقت واحد - Contrôler la situation en cas de flux important des patients	10	
					- استقبال الحالات الطارئة وتسجيلها وتصنيفها - Bien encadrer les cas d'urgence (enregistrer et classer)	11	
					- دراسة شكاوى المرضى والتكفل بها - Etudier et se porter garant pour les doléances	12	
					- ضمان الانسيابية في مرور المرضى لمختلف الأقسام حسب الحالة للتقليل من الانتظار - Bien gérer le flux des patients qui passent entre les services pour diminuer l'attente	13	
					- تزايد عدد المرضى يضعف نوعية خدمات الاستقبال - Un nombre important des patients influe sur la qualité des services réception	14	

					- توثيق أعمال صيانة الأجهزة الطبية وتنظيفها - Documenter la maintenance des appareils médicaux et leur nettoyage	1
					- التجهيزات والمعدات المستخدمة في المستشفى نظيفة ومعقمة - Propreté et désinfection des appareillages	2
					- الغسل الجيد لليدين من قبل العاملين قبل وبعد التعامل مع المرضى - Bien laver les main avant et après contact avec les malades	3
					- يحرص العاملون في المصلحة على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام والمظهر . - Bien prendre soin de l'hygiène et la tenue vestimentaire	4
					- توفر المصلحة صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية . - Disponibilité des salles d'attente propres, conditionnées et suffisantes	5
					- تمتلك المصلحة دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى . - Disponibilité des toilettes propres, saines pour le bien-être des malades	6
					- الفصل بين الأدوات الملوثة والنظيفة - Séparer les instruments infectés de ceux désinfectés	7
					- يحرص الموظفين في المستشفى على ارتداء الزي الموحد والنظيف - Porter une tenue uniforme et propre	8
					- تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام - Nettoyage des instruments après utilisation	9
					- توفر مواد التنظيف ومناسبتها للقسم كما "ونوعا" - Disponibilité des détergents propre au service médical (qualité et quantité)	10
					- عدد عمال النظافة يتناسب مع حجم العمل - Le nombre des agents d'hygiène doit être compatible avec la charge de travail	11
					- وجود برنامج دوري مكتوب للنظافة داخل القسم - Présence d'un planning d'hygiène dans le service	12
					- توفير مواد التنظيف المستعملة وحفظها بطريقة صحيحة وبيان معرفة استخدامها - Disponibilité des détergents et les conserver d'une manière correct et sûre	13
					- الحمامات والأقسام نظيفة ويتم استخدام مواد تنظيف لإخفاء الروائح - Propreté des services et toilettes et utilisation des détergents pour éliminer les mauvaises odeurs	14
					- وجود عربات خاصة لنقل الغسيل النظيف وأخرى للغسيل غير النظيف - Présence des chariots propre pour transporter les linges sales et propres	15

ثانياً: نظافة البيئة الداخلية

Hygiène interne

					- تجهيز سيارات الإسعاف وجهزيتها .	1
					- Equipement des ambulances et leur disponibilité	2
					- تجهيز غرف الطوارئ بالمصلحة	3
					- Equipement des blocs des urgences dans le service	4
					- تصميم أقسام المصلحة وفق المعايير العالمية	5
					- Blocs bien conçus selon les normes	6
					- إعداد قائمة مواصفات لمختلف التجهيزات والمعدات الطبية والصيانة الدورية لها	7
					- Mettre une liste des spécifications des équipements médicaux et leur maintenance périodiques	8
					- التكفل الدائم باحتياجات المصلحة من التجهيزات والمستلزمات	9
					- Se porter garant des besoins des service en équipements et provisions	10
					- ملاءمة التجهيزات الموجودة في المصلحة لخصوصيات المرضى .	11
					- Compatibilité des équipement pour les malades	12
					- تفعيل وتوثيق أعمال صيانة الأجهزة الطبية وتنظيفها	13
					- Documenter la maintenance et le nettoyage des appareils médicaux	14
					- وجود آلية التخلص من المواد الكيميائية منتهية الصلاحية بالمختبر والأشعة	15
					- Disponibilité d'un mécanisme pour se débarrasser des produits chimiques expirés	16
					- تنظيف الأجهزة بعد كل استخدام	17
					- Nettoyages des appareils après utilisation	18
					- اقتناء الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية وفق معيار النوعية	19
					- Choisir des appareils et provisions selon les normes	20
					- أجهزة مستواها رديء	21
					- Appareillage de mauvaise qualité	22
					- معظم هذه المراكز تستعمل أجهزة مستعملة	23
					- Le service des urgences utilise un matériel usé	24
					- عدم توفر المعدات الطبية الجديدة	25
					- La non disponibilité d'un matériel neuf	26
					- نقص في الأدوات المساعدة و الأجهزة الجديدة	27
					- Le manque des outils d'assistance et matériel neuf	28
					- عدم وجود الأجهزة ذات الكفاءة العالية	29
					- Le manque d'un matériel à haute définition	30
					- الأجهزة الجديدة ليست بالمواصفات المطلوبة	31
					- Matériel neuf non compatible selon les normes mondiales	32
					- كثرة الأعطال للتجهيزات وقلة صيانتها	33
					- Matériels en panne et peu maintenus	34

ثالثاً : التجهيزات الطبية وصيانتها وملاءمتها

Maintenance et compatibilité Equipements médicaux,

				<ul style="list-style-type: none"> - استخدام طرق ووسائل تقليدية في تحديد الاحتياجات التدريبية 	1
				<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des moyens classiques pour déterminer le besoins de formation 	
				<ul style="list-style-type: none"> - يحدد محتوى العملية التدريبية بالاعتماد على المعلومات المرتبطة باحتياجات العاملين 	2
				<ul style="list-style-type: none"> - La détermination du contenu de l'opération de formation se base sur les renseignements liés aux besoins des employés 	
				<ul style="list-style-type: none"> - تغطي البرامج التدريبية الاحتياجات التدريبية الواقعية للعمل 	3
				<ul style="list-style-type: none"> - Les programmes de formation convient les besoins réelles du travail 	
				<ul style="list-style-type: none"> - تساهم البرامج التدريبية في زيادة معارف ومهارات العاملين المتعلقة بالاستقبال والتوجيه 	4
				<ul style="list-style-type: none"> - Les programmes de formation contribue a améliorer les connaissances et compétences des employés 	
				<ul style="list-style-type: none"> - تساهم البرامج التدريبية في تأهيل العاملين على حسن استخدام الأجهزة والمعدات الطبية 	5
				<ul style="list-style-type: none"> - Ils contribuent aussi a qualifier les employés à bien utiliser les équipements médicaux 	
				<ul style="list-style-type: none"> - يشمل التدريب جميع العاملين في مصلحة الاستجالات الطبية 	6
				<ul style="list-style-type: none"> - La formation concerne tous le personnel des urgences 	
				<ul style="list-style-type: none"> - يقلل التدريب من الأخطاء المهنية في بيئة العمل 	7
				<ul style="list-style-type: none"> - La formation réduit les fautes professionnelles dans le service 	
				<ul style="list-style-type: none"> - يتم تقويم العملية التدريبية بعد نهايتها للتأكد من تحقيقها لأهدافها 	8
				<ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation du formation se fait à la fin pour s'assurer des objectifs atteints 	
				<ul style="list-style-type: none"> - يطبق المتدربون المعارف والمهارات التي اكتسبوها في ميدان العمل 	9
				<ul style="list-style-type: none"> - Les stagiaires appliquent leurs connaissances et leurs compétences acquises dans le domaine du travail 	
				<ul style="list-style-type: none"> - للحوافز المادية والمعنوية دور في تحقيق أهداف التدريب 	10
				<ul style="list-style-type: none"> - Les motivations matérielles et morales permettent d'attendre les objectifs du formation 	
				<ul style="list-style-type: none"> - قلة خبرة إدارة مصلحة الاستجالات الطبية في تحديد الاحتياجات التدريبية 	11
				<ul style="list-style-type: none"> - Une administration non expérimentée diminue les besoins de formation 	
				<ul style="list-style-type: none"> - يتناسب تدريب العاملين مع طبيعة المهام الموكلة إليهم 	12
				<ul style="list-style-type: none"> - La formation du personnel est proportionnelle avec la nature des tâches qui leur sont assignées 	
				<ul style="list-style-type: none"> - يتم تدريب العاملين بمختلف فئاتهم المهنية والوظيفية 	13
				<ul style="list-style-type: none"> - Former le personnel selon leur catégories 	
				<ul style="list-style-type: none"> - يساهم التدريب في تحسين خدمات الاستقبال والتوجيه 	14
				<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le service de réception et d'orientation par la formation 	
				<ul style="list-style-type: none"> - تتسم عملية تدريب العاملين بالاستمرارية 	15
				<ul style="list-style-type: none"> - La Formation du personnel est caractérisée par la continuité 	

رابعاً: دور التدريب في تحسين خدمات مصلحة الاستجالات الطبية

Rôle de la formation dans l'amélioration du service des urgences médicales

الملحق رقم (03): مقياس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال خدمات الاستقبال والتوجيه لعينة العاملين

Statistics

	a1	a2	a3	a4	a5	a6	a7	a8	a9	a10	a11	a12	a13	a14
N Valid	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Missing	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Mean	3.98	3.53	4.55	4.35	4.43	4.13	3.75	3.30	3.33	3.28	3.83	3.23	3.98	4.33
Median	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	3.50	3.50	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00
Mode	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5
Std. Deviation	1.271	1.320	.749	.893	1.010	1.067	1.296	1.344	1.207	1.339	1.318	1.476	1.050	.997
Sum	159	141	182	174	177	165	150	132	133	131	153	129	159	173

الملحق رقم (04): مقياس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال نظافة البيئة الداخلية لعينة العاملين

Statistics

	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	b9	b10	b11	b12	b13	b14	b15
N Valid	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Missing	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Mean	3.80	3.85	4.25	4.30	3.98	3.90	4.03	4.35	4.13	2.70	2.93	2.58	2.75	3.20	3.45
Median	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	2.00	3.00	2.00	2.50	3.50	4.00
Mode	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	2	2	2	2	4
Std. Deviation	1.091	1.292	1.032	.911	1.074	1.277	1.121	.736	1.017	1.363	1.403	1.412	1.316	1.363	1.176
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sum	152	154	170	172	159	156	161	174	165	108	117	103	110	128	138

الملحق رقم (05): مقياس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال التجهيزات الطبية لعينة العاملين

Statistics

	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	c11	c12	c13	c14	c15	c16	c17
N Valid	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Missing	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Mean	4.13	3.75	3.58	3.73	3.40	3.03	3.78	3.25	4.25	3.25	2.35	3.53	3.45	3.58	3.40	3.18	3.35
Median	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	3.00	2.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.50
Mode	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5	1	4	5	4	4	4	5
Std. Deviation	.992	1.171	1.259	1.198	1.297	1.423	1.349	1.256	.840	1.446	1.369	1.281	1.467	1.357	1.355	1.412	1.388
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sum	165	150	143	149	136	121	151	130	170	130	94	141	138	143	136	127	134

الملحق رقم (06): مقياس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال دور التدريب لعينة العاملين

Statistics

	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15
N Valid	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Missing	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Mean	4.28	2.75	2.65	4.10	3.83	2.73	4.00	2.78	3.45	4.28	3.08	3.05	3.28	4.33	3.00
Median	4.00	2.00	2.00	4.00	4.00	2.00	4.00	2.00	4.00	5.00	3.00	3.00	4.00	5.00	2.00
Mode	4	2	2	4	4	2	5	2	4	5	3	2	4	5	2
Std. Deviation	.784	1.428	1.424	.982	1.238	1.301	1.177	1.387	1.377	1.062	1.185	1.011	1.154	.944	1.396
Minimum	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sum	171	110	106	164	153	109	160	111	138	171	123	122	131	173	120

الملحق رقم (07): مقياس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال خدمات الاستقبال والتوجيه لعينة المرضى

Statistics

	a1	a2	a3	a4	a5	a6	a7	a8	a9	a10	a11	a12	a13	a14
N Valid	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	2.29	2.15	2.13	2.35	2.09	2.31	2.39	2.21	2.26	2.29	2.50	2.45	2.28	2.26
Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
Mode	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Std. Deviation	1.183	1.149	1.022	1.104	1.045	1.245	1.145	1.066	1.211	1.297	1.283	1.175	1.240	1.220
Sum	229	215	213	235	209	231	239	221	226	229	250	245	228	226

الملحق رقم (08): مقياس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال نظافة البيئة الداخلية لعينة المرضى

Statistics

	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	b9	b10	b11	b12	b13	b14	b15
N Valid	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	2.40	2.35	2.17	2.28	2.53	2.32	2.89	3.63	2.55	2.82	2.21	2.20	2.58	2.07	2.70
Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	4.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
Mode	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2
Std. Deviation	1.206	1.123	1.064	1.272	1.210	1.180	1.483	1.300	1.466	1.192	1.183	1.189	1.408	1.112	1.382
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sum	240	235	217	228	253	232	289	363	255	282	221	220	258	207	270

الملحق رقم (09): مقياس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال التجهيزات الطبية لعينة المرضى

Statistics

	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	c11	c12	c13	c14	c15	c16	c17
N Valid	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	2.85	3.23	2.07	3.06	2.34	2.08	2.32	3.01	2.72	2.26	2.64	2.70	2.86	2.50	2.13	2.48	2.72
Median	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00
Mode	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2
Std. Deviation	1.351	1.434	1.094	1.205	1.327	1.125	1.213	1.133	1.371	1.220	1.159	1.337	1.287	1.374	1.125	1.306	1.450
Sum	285	323	207	306	234	208	232	301	272	226	264	270	286	250	213	248	272

الملحق رقم (10): مقياس النزعة المركزية والتشتت لبنود مجال دور التدريب لعينة المرضى

Statistics

	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15
N Valid	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	3.01	2.79	2.62	3.78	3.89	3.05	3.72	2.96	2.34	3.65	3.47	3.09	2.72	2.56	3.06
Median	3.00	3.00	2.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	2.00	4.00	4.00	3.00	3.00	2.00	3.00
Mode	3	2	2	4	4	3	4	3	2	4	4	3	3	2	3
Std. Deviation	1.219	1.365	1.369	1.227	1.214	1.250	1.256	1.171	1.380	1.282	1.259	1.319	1.232	1.366	1.301
Sum	301	279	262	378	389	305	372	296	234	365	347	309	272	256	306

الملحق رقم (11): المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموع مجالات أداة الدراسة لعينتي العاملين والمرضى

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
مجموع بنود خدمات الاستقبال والتوجيه	العاملين	40	53.95	15.407	2.436
	المرضى	100	31.96	15.983	1.598
مجموع بنود النظافة	العاملين	40	54.175	16.3376	2.5832
	المرضى	100	37.700	17.9294	1.7929
مجموع بنود التجهيزات	العاملين	40	58.95	20.950	3.313
	المرضى	100	43.97	20.692	2.069
مجموع بنود دور التدريب في تحسين الخدمات	العاملين	40	51.55	16.636	2.630
	المرضى	100	46.71	18.334	1.833

الملحق رقم (12): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات بين متوسط درجات اتجاهات العاملين و المرضى

نحو جميع مجالات الدراسة الأربعة

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
مجموع بنود خدمات الاستقبال والتوجيه	Equal variances assumed	.007	.931	7.429	138	.000	21.990	2.960	16.137	27.843
	Equal variances not assumed			7.547	74.373	.000	21.990	2.914	16.185	27.795
مجموع بنود النظافة	Equal variances assumed	.216	.643	5.034	138	.000	16.4750	3.2729	10.0035	22.9465
	Equal variances not assumed			5.239	78.454	.000	16.4750	3.1445	10.2154	22.7346
مجموع بنود التجهيزات	Equal variances assumed	.109	.742	3.856	138	.000	14.980	3.885	7.299	22.661
	Equal variances not assumed			3.835	71.107	.000	14.980	3.906	7.192	22.768
مجموع بنود دور التدريب في تحسين الخدمات	Equal variances assumed	.134	.715	1.448	138	.150	4.840	3.343	-1.771-	11.451
	Equal variances not assumed			1.510	78.775	.135	4.840	3.206	-1.542-	11.222

الملحق رقم (13): مقاييس النزعة المركزية والتشتت لمجموع مجالات أداة الدراسة لعينتي العاملين والمرضى

حسب الجنس

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
مجموع بنود خدمات الاستقبال والتوجيه	ذكر	61	49.74	16.338	2.092	45.55	53.92	28	70
	أنثى	79	29.37	15.218	1.712	25.96	32.78	14	63
	Total	140	38.24	18.653	1.576	35.13	41.36	14	70
مجموع بنود النظافة	ذكر	61	56.852	14.8782	1.9050	53.042	60.663	34.0	75.0
	أنثى	79	31.253	13.4693	1.5154	28.236	34.270	15.0	65.0
	Total	140	42.407	18.9641	1.6028	39.238	45.576	15.0	75.0
مجموع بنود التجهيزات	ذكر	61	66.18	15.373	1.968	62.24	70.12	42	85
	أنثى	79	34.41	14.756	1.660	31.10	37.71	17	69
	Total	140	48.25	21.777	1.840	44.61	51.89	17	85
مجموع بنود دور التدريب في تحسين الخدمات	ذكر	61	63.85	9.799	1.255	61.34	66.36	47	75
	أنثى	79	35.92	12.471	1.403	33.13	38.72	15	60
	Total	140	48.09	17.941	1.516	45.09	51.09	15	75

الملحق رقم (14): نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق بين متوسطات إجابات أفراد

عينة الدراسة نحو أبعاد الدراسة حسب الجنس

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
مجموع بنود خدمات الاستقبال والتوجيه	Between Groups	14283.59	1	14283.59	57.838	.000
	Within Groups	34080.16	138	246.958		
	Total	48363.74	139			
مجموع بنود النظافة	Between Groups	22557.18	1	22557.18	113.474	.000
	Within Groups	27432.61	138	198.787		
	Total	49989.79	139			
مجموع بنود التجهيزات	Between Groups	34754.20	1	34754.20	153.908	.000
	Within Groups	31162.05	138	225.812		
	Total	65916.25	139			
مجموع بنود دور التدريب في تحسين الخدمات	Between Groups	26848.58	1	26848.58	207.067	.000
	Within Groups	17893.22	138	129.661		
	Total	44741.79	139			

الملحق رقم (15): مقاييس النزعة المركزية والتشتت لمجموع مجالات أداة الدراسة لعينتي العاملين والمرضى حسب

المستوى التعليمي

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
مجموع بنود خدمات الاستقبال والتوجيه	بداً مستوى	4	70.00	.000	.000	70.00	70.00	70	70
	متوسط	19	61.89	7.133	1.636	58.46	65.33	52	70
	ثانوي	75	34.21	14.549	1.680	30.87	37.56	15	70
	تكوين متخصص	22	45.55	15.051	3.209	38.87	52.22	14	62
	جامعي	20	16.50	5.216	1.166	14.06	18.94	14	32
	Total	140	38.24	18.653	1.576	35.13	41.36	14	70
مجموع بنود النظافة	بداً مستوى	4	75.000	.0000	.0000	75.000	75.000	75.0	75.0
	متوسط	19	69.211	5.0506	1.1587	66.776	71.645	60.0	75.0
	ثانوي	75	39.893	14.3777	1.6602	36.585	43.201	18.0	72.0
	تكوين متخصص	22	44.227	12.4056	2.6449	38.727	49.728	18.0	60.0
	جامعي	20	17.850	5.1019	1.1408	15.462	20.238	15.0	32.0
	Total	140	42.407	18.9641	1.6028	39.238	45.576	15.0	75.0
مجموع بنود التجهيزات	بداً مستوى	4	85.00	.000	.000	85.00	85.00	85	85
	متوسط	19	79.16	5.728	1.314	76.40	81.92	68	85
	ثانوي	75	46.56	16.200	1.871	42.83	50.29	22	84
	تكوين متخصص	22	47.23	15.084	3.216	40.54	53.92	20	67
	جامعي	20	19.00	3.449	.771	17.39	20.61	17	31
	Total	140	48.25	21.777	1.840	44.61	51.89	17	85
مجموع بنود دور التدريب في تحسين الخدمات	بداً مستوى	4	75.00	.000	.000	75.00	75.00	75	75
	متوسط	19	73.05	2.697	.619	71.75	74.35	67	75
	ثانوي	75	49.84	11.459	1.323	47.20	52.48	25	69
	تكوين متخصص	22	42.32	9.063	1.932	38.30	46.34	25	56
	جامعي	20	18.80	4.060	.908	16.90	20.70	15	30
	Total	140	48.09	17.941	1.516	45.09	51.09	15	75

الملحق رقم (16): نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو أبعاد الدراسة حسب المستوى التعليمي

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
مجموع بنود خدمات الاستقبال والتوجيه	Between Groups	26508.91	4	6627.228	40.937	.000
	Within Groups	21854.83	135	161.888		
	Total	48363.74	139			
مجموع بنود النظافة	Between Groups	30507.07	4	7626.769	52.848	.000
	Within Groups	19482.72	135	144.316		
	Total	49989.79	139			
مجموع بنود التجهيزات	Between Groups	40901.38	4	10225.35	55.184	.000
	Within Groups	25014.87	135	185.295		
	Total	65916.25	139			
مجموع بنود دور التدريب في تحسين الخدمات	Between Groups	32856.79	4	8214.198	93.304	.000
	Within Groups	11885.00	135	88.037		
	Total	44741.79	139			