

جامعة الجزائر(2)  
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية  
قسم علم النفس، علوم التربية و الأطفونيا

الموضوع

دراسة أرغنومية للاتصالات الوظيفية بين الطبيب  
و الممرض أثناء نشاط التسطير الطبي  
في وحدة الانعاش

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و الموارد البشرية.

تحت إشراف الدكتورة:  
زاهي شهرزاد

إعداد الطالبة :  
مزياني كنيا

السنة الجامعية 2014 /2015

## كلمة شكر

أتقدم بالشكر و العرفان الى الأستاذة المشرفة **الدكتورة زاهي شهرزاد** من خلال توجيهاتها الهادفة و مساعداتها القيمة لنا و صبرها علينا من أجل تكويننا و اتمام هذا العمل.

أشكر اللجنة المناقشة التي شرفتنا بقبولها لمناقشة و تقييم هذا العمل.

كما أتوجه بتشكراتي العميقة لموظفي جناح الاستعجالات الطبية الجراحية بالمركز الاستشفائي الجامعي " مصطفى باشا" و بالأخص الذين يزاولون عملهم في وحدة الاستشفاء قصير المدة " الانعاش" و على رأسهم الأستاذ **الدكتور سالمى** لتقبلهم وتعاونهم معنا للقيام بالدراسة الميدانية.

أشكر كذلك كل أفراد عائلتي الذين ساندوني و شجعوني لإنجاز هذا العمل المتواضع.

الى كل أعضاء فرق البحث في مخبر التربية، التكوين و العمل، الى أصدقائي، زملائي الذين ساعدوني من قريب أو من بعيد ، تشكراتي الخالصة.

6	مقدمة
11	الفصل الأول: أرغنوميا المستشفيات
12	1. التدخل الأرغنومي في الميدان الاستشفائي
12	1.1 تعريف الأرغنوميا
14	2.1 الأرغنوميا في المستشفى
15	3.1 تطور أرغنوميا المستشفيات
17	4.1 أمن المريض: هدف أرغنوميا المستشفيات
19	5.1 أهم ركائز البحث في أرغنوميا المستشفيات
21	2. التدخل الأرغنومي في وحدات الانعاش
21	1.2 ميدان الانعاش
22	2.2 بعض الوضعيات المرضية المعالجة في وحدة الانعاش
23	3.2 وضعيات العمل في وحدة الانعاش
26	الفصل الثاني: التسطير الطبي محور العمل الاستشفائي
27	1. التسطير في عالم الشغل
27	1.1 تعريف التسطير
28	2.1 سيرورة التسطير و مصادره
31	3.1 مستويات و علاقات التسطير
33	4.1 دراسة ملفات التسطير
35	2. التسطير في عالم الطب
35	1.2 دراسات العمل الطبي
37	2.2 خصائص العمل الاستشفائي
41	3.2 التسطير الطبي في وحدات الانعاش
43	4.2 التسطير الطبي الآلي
46	الفصل الثالث: البعد الجماعي لنشاط التسطير
47	1. التسطير عمل جماعي
48	1.1 العمل الجماعي
49	2.1 جماعة العمل

50.....	3.1	مظاهر العمل الجماعي
52.....	4.1	متطلبات تحقيق فعالية العمل الجماعي
54.....	5.1	منهجية دراسة العمل الجماعي
56.....	2.	الاتصالات الوظيفية عماد نشاط التسطير
57.....	1.2	تعريف الاتصالات
59.....	2.2	عناصر العملية الاتصالية داخل التنظيم
61.....	3.2	وظائف الاتصالات و أصنافها
64.....	4.2	السياق كمعدل الاتصالات
66.....	5.2	أشكال الاتصالات في العمل
68.....	6.2	دراسة الاتصالات في العمل الطبي
70.....		الفصل الرابع: التسطير الطبي في وحدة الانعاش: نتائج الدراسة الأولية
71.....	1.	منهجية الدراسة الأولية
67.....	1.1	مراحل الدراسة
68.....	2.1	مكان الدراسة
74.....	2.	نتائج الدراسة الأولية
74.....	1.2	جناح الاستعجالات الطبية الجراحية
76.....	2.2	ظروف العمل في وحدة الانعاش
84.....	3.2	المهام الرسمية
87.....	4.2	التسطير الطبي
95.....		الخلاصة
98.....		الفصل الخامس: اشكالية البحث و الفرضيات
99.....	1.	الاشكالية
103.....	2.	الفرضيات
105.....		الفصل السادس: منهجية الدراسة الأساسية
105.....	1.	مكان و عينة الدراسة
105.....	1.1	مكان الدراسة
105.....	1.2	عينة الدراسة
108.....	2.	التقنيات المعتمدة و الاجراءات المتبعة
115.....	3.	أدوات تحليل المعطيات

116.....	الفصل السابع: عرض، تحليل و مناقشة النتائج
117.....	1. عرض و تحليل النتائج.....
117.....	1.1 شكل الاتصال الذي يعتمد عليه الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية.....
120.....	2.1 سلوك الممرض تجاه طلب الطبيب.....
123.....	3.1 المعلومات التي تحتويها بطاقة العلاج.....
126.....	4.1 استعمال الممرض لمعلومات بطاقة العلاج.....
129.....	5.1 أسباب عدم استعمال بطاقة المراقبة.....
131.....	6.1 نشاط بحث الطبيب عن المعلومات.....
134.....	7.1 تأثر أمن المريض بغياب الاتصالات الكتابية.....
136.....	2 . مناقشة النتائج.....
144.....	خاتمة.....

قائمة المراجع

الملاحق

## I- فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
79	خصائص الفرقة الطبية و الفرقة المعالجة في الفترة الصباحية	1
81	التنظيم الزمني و المكاني لعمل الطاقم الطبي في أيام الأسبوع	2
82	التنظيم الزمني و المكاني لعمل الطاقم الطبي في يومي آخر الاسبوع	3
83	التنظيم الزمني و المكاني لعمل الفرقة شبه طبية	4
106	أفراد عينة البحث	5
108	توزيع عدد فترات ملاحظة تسطير الفحوص شبه طبية على أيام الملاحظة	6
109	شبكة ملاحظة شكل الاتصال الذي يعتمد عليه الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية	7
110	شبكة ملاحظة سلوك الممرض تجاه طلب الطبيب	8
112	شبكة ملاحظة استعمال الممرض لبطاقة العلاج	9
113	توزيع عدد وضعيات ملاحظة نشاط بحث الطبيب عن المعلومات تبعاً لأيام العمل	10
114	شبكة ملاحظة نشاط بحث الطبيب عن المعلومات	11
115	ملخص عن منهجية الدراسة الأساسية	12
117	شكل الاتصال الذي يعتمد عليه الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية	13
118	توزيع تسطير الفحوص شبه طبية في الفترات المختلفة	14
120	عدد الملاحظات المسجلة لسلوك الممرض في الفترات المختلفة	15
121	سلوك الممرض تجاه طلب الطبيب	16
121	سلوك الممرض تجاه شكل طلب الطبيب	17
122	أسباب عدم التنفيذ، تأجيل أو تنفيذ من موظف آخر لطلبات الطبيب	18
125	المعلومات المدونة على بطاقة العلاج	19
126	معلومات بطاقة العلاج التي يستعملها الممرض	20
128	رأي الممرضين حول محتوى بطاقة العلاج	21
129	فوائد بطاقة المراقبة	22
130	أسباب عدم تدوين المعلومات على بطاقة المراقبة	23
131	المعلومات التي يبحث عنها الطبيب و مصدرها	24
134	الأحداث التي جمعناها	25

## II- فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
75	جناح الاستعجالات الطبية الجراحية في المركز الاستشفائي الجامعي؛ مصطفى باشا	1
75	الطابق الأرضي لجناح الاستعجالات الطبية الجراحية: الاستعجالات	2
77	التنظيم الفيزيقي لوحدة الانعاش	3
90	توزيع عمل التكفل الصحي بين الطبيب و الممرض	4
92	عمل التسطير الطبي من الناحية الرسمية	5
94	عمل التسطير الطبي من الناحية الفعلية	6

## مقدمة

عرفت السنوات الأخيرة ، انتقال اهتمام الارغنوميا بالنشاط الفردي إلى الاهتمام بالنشاط الجماعي و هذا تماشيا مع تغير طبيعة العمل التي أصبحت أكثر تعقيدا وتمارس تحت المزيد من الضغوط الاقتصادية و الاجتماعية، لذا أصبح العمل يمارس في إطار جماعي. يكتسي العمل الجماعي أهمية أكبر في الأنساق الديناميكية المتميزة بالمخاطر و بوضعيات عمل تتطور و تتغير فيها السيرورة عبر الزمن حتى بدون تدخل المنفذ ( Cellier و De keyser،1996) فيتأثر النشاط بمدى تفاعل العمال فيما بينهم.

تفطن الباحثون من خلال دراسة الأخطاء التي تسببت في حوادث بل و حتى كوارث إنسانية و مادية ضخمة ( حادثة تشرنوبيل، سقوط الطائرات، الخ) إلى ضرورة الاهتمام بعوامل فعالية الأنساق الديناميكية كالعوامل التنظيمية أو العوامل الإنسانية أو العوامل التقنية؛ و برز عامل الاتصال بين الأعضاء كعامل ذو وزن ثقيل في ضمان فعالية النشاط الجماعي حيث يضمن التنسيق الجيد للقرارات الفردية، الإشتراك في المعلومات، الحل الجماعي للمشاكل الجديدة و كذا توفير محيط علائقي جيد للعمل (Karsenty و Lacoste،2004،ص233). لهذا ارتكز اهتمام الباحثين في علم النفس العمل و التنظيم و كذلك الارغنوميا على دراسة و تحليل الاتصال الذي تحتاج إليه جماعة العمل لتحقيق التنسيق و الفعالية.

من بين ميادين العمل الديناميكي التي تمت دراستها ،نجد الميدان النووي، ميدان الطيران الحربي و المدني، الملاحة البحرية و الميدان الاستشفائي الذي تربطه علاقات قديمة بالممارسات الاتصالية Pigeaud (1988). فيوفر المستشفى محيط عمل أين وثائق الاتصالات تدعم الأفعال. كما نجد عدة وثائق تميز هذا الميدان عن غيره كالملف الطبي، وثائق التسطير، الوصفة الطبية، الملف العلاجي، الخ. لأنه هناك حاجة تقنية،إدارية و كذا إلزام قانوني لاستعمال هذه الوثائق، وبالتالي فالاتصالات الكتابية في التنظيم الاستشفائي لا توثق فقط الأفعال إنما ترخصها كذلك (Fraenkel،1993) .

أثار العمل الطبي في المستشفى فضول عدة باحثين، فتشعبت وتنوعت الدراسات التي تناولته. في الآونة الأخيرة تمت دراسته باعتباره نشاطا ديناميكيا من عدة باحثين مثل Rogalski (2003) ، Grangeat (2006). كما تمت دراسته من البعد الجماعي من طرف Rogalski (1995)، Fassina و Ben chekroun (2000) و Grangeat و Ben chekroun (2005).

بالنسبة للخاصية الأولى فيعود اقتران النشاط الطبي بنشاط تسيير سيرورة المراقبة و الإشراف على الوضعية الديناميكية إلى سنوات 1990 (Fleizser و آخرون، 1995 ؛ Xiao، 1994). حيث يهدف نشاط الطبيب الى ضمان الرعاية الصحية للمريض ، هذا الأخير الذي يعتبر موضوع العمل الطبي و الذي يتصف بتركيبة فيزيولوجية إنسانية معقدة، حساسة و متداخلة تؤثر على بعضها البعض. يتأثر التحكم في الحالة الصحية للمريض بعدة عوامل منها العوامل الاجتماعية، العوامل النفسية ، العوامل الاقتصادية و كذا عمل الفرقة الاستشفائية. إضافة إلى أن الميدان الطبي ميدان حساس و حرج و ذو مخاطر فقد يؤدي الخطأ فيه إلى تدهور الحالة الصحية للمريض أو حتى هلاكه. دون أن ننسى أهمية عامل الوقت، حيث يعمل الطبيب تحت ضغط العامل الزمني الذي يؤثر على التغيرات البيولوجية للإنسان.

يزداد النشاط الطبي تعقيدا في المستشفيات ، إذ تتطلب الوضعية من الطاقم الطبي الاعتناء بعدة مرضى أي مراقبة العديد من السيرورات الفردية المختلفة بالتوازي و في نفس الوقت ، مع الأخذ بعين الاعتبار الارغامات و مختلف التحديات للمصالح المتدخلة (الإدارة، المخبر، الصيدلية، الخ). هذه الحاجات المعقدة و المشاكل الحالية في ميدان الصحة تستلزم وضع استراتيجيات علاجية تعتمد على النشاط الجماعي، و هذا ما يفسر الخاصية الثانية للعمل الطبي في المستشفى.

ان نشاط التسطير الطبي هو لب التكفل الصحي بالمرضى في المستشفيات، و يتمثل في كل ما يسطره الطبيب من علاج، حمية أو أدوية لتطبيقها على المرضى ( Larousse médical ، 2002). لهذا النشاط أهمية أكبر في وحدات الانعاش، أين تكون الحالة الصحية للمرضى متدهورة تتطلب متابعة مستمرة و تسطير دقيق لكل حالة فردية . تستدعي هذه الوضعية توزيع نشاط التسطير الطبي على عدة مختصين بين مخطط و منفذ ؛ و من بين مختلف موظفي الصحة، نجد الأطباء و المرضى مطالبين أكثر من غيرهم بتنسيق نشاطاتهم.



يساعد التجانس في جماعة العمل على بناء مرجعية مشتركة لوضعيات العمل و هذا ما يلعب دورا أساسيا في تحقيق فعالية الجماعة (Leplat، 1988، 1991، 1997، Terssac و Chabaud، 1990). تتميز الفرقة الاستشفائية بعدم التجانس في الأعضاء، فهناك اختلاف بين الطبيب و الممرض في التكوين و المعارف الا أنه يجمعهما هدف مشترك و المتمثل في تقديم رعاية صحية جيدة و آمنة للمرضى و هذا ما يدفع إلى الاعتماد على توزيع العمل بينهم عموديا. ان تكوين الطبيب و معارفه، تضعه في المستوى الأعلى حيث يضع الخطة الطبية و يسطرها في شكل تعليمات للممرض الذي يسمح له تكوينه و كفاءته المهنية من تنفيذ تلك الأوامر و مراقبة تأثيراتها على المريض.

يتطلب هذا التكفل الصحي بالمريض تتابع سيرورة (le processus) التسطير الطبي الذي يهدف في تشخيص الحالة، تسطير العلاج و تطبيقه ثم متابعة و ترقب استجابة المريض للعلاج لاتخاذ القرار المناسب بالتدخل. لذا و لتحقيق هذا الهدف، يعتمد الأطباء و الممرضين على تبادل الكم الهائل من المعلومات المتنوعة و المتغيرة بإتقان الممارسات التحريرية في ظل تغيرات الوضعيات التي يتدخلون عليها و كذا تغير المتدخلين.

أثارت هذه الوضعية فضول عدة باحثين اتخذوا الاتصال في الميدان الطبي كموضوع لدراساتهم، نذكر من بينها Grosjean و Lacoste (1999) ، Patel و Ariocha (2001) ، Pelayo (2007) و boucheix و آخرون (2008). كما توصلوا إلى إثبات أهمية الاتصالات في تفعيل النشاط الطبي و ضمان الرعاية الصحية و الأمانة للمريض، فأمن المريض و أمن الفرقة الاستشفائية يتعلقان بكمية و نوعية الاتصالات المتبادلة بين أعضاء جماعة العمل ( Nascimento ، 2009، ص92) أما Luytla ، فقد وجد أنه يمكن لخطأ في الاتصال أن يؤثر سلبا على نوعية العلاج، فحتى و إن كان الاتصال بين الطبيب و الممرض يمثل 2% من النشاط الطبي اليومي للأعضاء إلا أنه مسؤول عن 37% من الأخطاء المسجلة. للاتصالات الكتابية أهمية أكبر في وحدات الانعاش، فإلى جانب نقل المعلومات، تضمن كذلك أثر لأفعال المتدخلين، و هذا ما يساهم في استمرارية العلاج و عدم ضياع المعلومات.

لهذا نسعى من خلال بحثنا هذا إلى دراسة نشاط التسطير الطبي بتسليط الضوء على الاتصالات التي تتم بين الطبيب و الممرض أثناء القيام به و هذا في وحدات الإنعاش التي تتميز بطبيعة عمل ديناميكية و جماعية، إضافة إلى كون المرضى في حالة صحية جد حرجة، كما تختلف العلة المرضية من مريض إلى آخر. لذا يستدعي التكفل الصحي بهم ضبط جميع معايير التدخل لتحقيق الفعالية و الجودة في الرعاية الصحية.

يهدف إبراز النشاطات الاتصالية المتبادلة بين الطبيب و الممرض أثناء التسطير الطبي و مدى أهميتها في تحقيق فعالية عمل الفرقة الاستشفائية و كذا تقديم رعاية صحية جيدة و آمنة للمرضى. سنقوم بهذه الدراسة التي سنحاول من خلالها الاعتماد على المنهجية الأرخنومية بالتطرق الى الوضعية الفعلية للنشاط الاتصالي بين الطبيب و الممرض أثناء التسطير الطبي .

تنقسم هذه الدراسة إلى سبعة فصول. سنعرض الإطار النظري الذي تدرج فيه هذه الدراسة في ثلاثة فصول ثم نعرض إلى نتائج الدراسة الأولية التي شملت وضعية العمل في وحدة الإنعاش وكذا نشاط التسطير الطبي. ساعدتنا المعطيات النظرية و نتائج الدراسة الأولية في بناء إشكالية البحث و فرضياته، لنعرض بعدها منهجية و نتائج الدراسة الأساسية و مناقشتها و تقديم في الأخير خاتمة البحث.

يتناول الفصل الأول أرخنوميا المستشفيات الميدان العام للدراسة ، نقدم من خلاله معلومات حول الأرخنوميا و كذا معلومات حول التنظيم الاستشفائي لنعرض في الأخير وضعية العمل في وحدات الإنعاش.

نتطرق في الفصل الثاني إلى موضوع الدراسة و المتمثل في نشاط التسطير الطبي، بالتعرف على مفهوم نشاط التسطير في الأرخنوميا، ثم نؤكد على مفهوم التسطير الطبي بالتطرق إلى الدراسات الأولية للنشاط الطبي، بعدها تقديم خصائص العمل الطبي في المستشفيات. لنحدد بعد ذلك تعريف التسطير الطبي و أخطاء التسطير في وحدات الإنعاش، لنختم هذا الفصل بآخر التطورات في ميدان التسطير الطبي الآلي.

في الفصل الثالث، نعرض نشاط التسطير الطبي في بعده الجماعي، حيث يتطلب هذا النشاط تدخل ما لا يقل عن عاملين، المتمثلان في أبسط الحالات في الطبيب و الممرض. لذا يتناول هذا الفصل أولاً التسطير كعمل جماعي فنقدم تعريف العمل الجماعي، جماعة العمل ثم ننتقل الى عرض مظاهره و متطلبات تحقيق الفعالية في هذه الأعمال ، و كذا منهجية دراسته. بما أن التسطير الطبي يركز على الاتصالات المتبادلة بين جماعة العمل، فالعنصر الثاني الذي سنتناوله في هذا الفصل هو الاتصالات الوظيفية التي أصبحت محل اهتمام عدة علوم على غرار علم النفس الأروغومي لما لها من أهمية في تحقيق الفعالية في النشاطات الجماعية.

قبل الشروع في الدراسة الأساسية، نقوم بدراسة أولية للتعرف على ميدان البحث وجمع معلومات حول وضعية العمل في وحدة الإنعاش في الفصل الرابع الذي سنقدم من خلاله، مراحل الدراسة الأولية و مكان إجرائها، إضافة الى النتائج التي توصلنا إليها.

هذه المرجعية النظرية و النتائج التي توصلنا إليها من خلال الدراسة الأولية، قادتنا إلى بناء إشكالية للبحث. هذا ما نقدمه في إشكالية البحث و فرضياته في الفصل الخامس.

نقدم في الفصل السادس، منهجية الدراسة الأساسية التي حاولنا من خلالها التحقق من فرضيات البحث. فنقدم في هذا الفصل مكان و عينة الدراسة، التقنيات المعتمدة و الإجراءات المتبعة و كذا أدوات تحليل النتائج المتحصل عليها.

في الفصل السابع و الأخير من الدراسة، نقوم بعرض النتائج المتوصل إليها، كما نقوم بتحليلها و مناقشتها، سنقدم في الأخير خاتمة البحث التي تشمل حدود بحثنا و الآفاق الدراسية المستقبلية. لنختم بتقديم قائمة المراجع و الملاحق.

# الفصل الأول

## أرغنوميا المستشفيات

نتطرق في الفصل الأول من دراستنا إلى الميدان العام الذي تتدرج فيه الدراسة و الذي هو ارغنوميا المستشفيات. نتناول من خلاله التدخل الأرغنومي في الميدان الاستشفائي بتقديم تعريف الارغنوميا عامة ثم نتعرض بأكثر تفاصيل إلى الأرغنوميا في المستشفى. لنقوم بعد ذلك بتحديد ميدان موضوع الدراسة ألا و هو التدخل الأرغنومي في وحدات الانعاش.

### 1. التدخل الارغنومي في الميدان الاستشفائي

اشتقت كلمة الأرغنوميا من الكلمة اليونانية (ergon) و التي تعني العمل ، و كلمة (nomos) التي تعني القواعد، لتدل بذلك كلمة الأرغنوميا على قواعد العمل أو علم العمل. سنقدم فيما يلي تعريف الأرغنوميا عامة و الذي اعتمده جمعيات الأرغنومية ثم نتطرق بأكثر تفاصيل إلى أرغنوميا المستشفيات.

#### 1.1 تعريف الأرغنوميا

حسب الجمعية الدولية للأرغنوميا سنة (2000) "الأرغنوميا هي علم يهدف إلى الفهم الأساسي للتفاعلات الانسانية مع المكونات الأخرى للنسق، فهي المهنة التي تطبق المبادئ النظرية ، المعطيات و المناهج بهدف تحسين رفاهية العمال و الرفع من المردودية في الأنساق. يساهم ممارسو الأرغنوميا و الأرغنوميون في التخطيط، التصميم و تقييم المهمات ،المهن، المنتوجات، التنظيمات ،محيط العمل و الأنساق بصفة عامة بهدف جعلها ملائمة مع حاجات، حدود و قدرات الأشخاص الذين سيستعملونها" ( Falzon ، 2004، ص 19).فتهتم الارغنوميا باستخدام المعارف العلمية المتعلقة بالإنسان والضرورية لتصميم أدوات، آلات وأجهزة لاستعمالها من أكبر عدد من العمال، مع ضمان الرفاهية، الأمن والفعالية.

تتمثل المعارف العلمية المتعلقة بالإنسان في أبعاد الجسم، المعارف الفيزيولوجية، النفسية، البيوميكانيكية، الاجتماعية، الخ لذا نجد تدخل عدة علوم في بناء الارغنوميا على غرار علم النفس، الاجتماع، الطب، البيولوجيا، الهندسة، الخ ويقصد بالتجهيزات كل ما هو تقني، علائقي، تنظيمي وفضائي. إضافة إلى هذه المعارف، تعتمد الارغنوميا على مجموعة من منهجيات التدخل تسمح

لها بدراسة الواقع والنشاط الفعلي أثناء تنفيذ المهام الرسمية، بهدف تصحيح وضعية ما أو تصميم وضعيات جديدة ( M.Estryn-béhar، 2011، ص2).

حسب الجمعية الدولية للأرغنومية (2000) فهناك ثلاثة ميادين للتخصص في الأرغنومية. تشير هذه الميادين الى أشكال كفاءات الأرغنوميين المكتسبة عن طريق التكوين أو الممارسة. ورغم أنه يمكن للمختص الأرغنومي أن يملك الكفاءات الثلاث إلا أنه يفضل أو يميل الى تخصص معين. تتمثل هذه الميادين في:

- الأرغنومية الفيزيائية: يهتم التخصص بالخصائص البنوية، الفيزيولوجية، البيوميكانيكية و كذا أبعاد جسم الانسان في علاقتها بالنشاط الفيزيولوجي. تتمثل أغلب المواضيع التي تمت دراستها في هذا التخصص، في وضعيات العمل، الحركات المكررة، الاضطرابات العظمية العظلية ( TMS)، تهيئة مراكز العمل و كذا المسائل المتعلقة بالأمن و الصحة.
- الأرغنومية المعرفية: يهتم هذا التخصص بالسيرورات الذهنية كالادراك، الذاكرة، التفكير و الاستجابات الحركية و تأثيراتها على التفاعلات بين الأفراد و المكونات الأخرى للنسق. من أهم المواضيع التي تمت دراستها نجد العبء الذهني، اتخاذ القرار، التفاعلات انسان – آلة، الضغط المهني، المصادقية الانسانية و كذا التكوين.
- الأرغنومية التنظيمية: تهدف الأرغنومية التنظيمية الى تطوير الأنساق السوسيو تقنية في بنيتها التنظيمية، قواعدها و سيروراتها. تتمثل أهم المواضيع التي تمت دراستها في الاتصالات، تسيير موارد الجماعات، العمل الجماعي، تنظيم و تصميم ساعات العمل، الثقافة التنظيمية و كذا التسيير بالجودة.

تسعى الأرغنوما لتحقيق هدفين متميزين ز متكاملين. يتجه الهدف الأول نحو المؤسسات و التنظيمات، من خلال محاولة الأرغنوميا للرفع من مردودية هذه الأنساق بالتأثير الايجابي على الفعالية، الانتاجية، الأمن، الجودة و الديمومة. أما الهدف الثاني فهو باتجاه العمال، حيث تعمل الأرغنوميا على تحسين ظروف عمل العمال بالاهتمام برفاهيتهم، الأمن، الصحة، الرضا الوظيفي، الاهتمامات المهنية، الخ.

تستغل الأرغنوميا هذا الثراء في المعارف و هذه الأهداف المنشودة لدخول عدة ميادين تطبيقية كالميدان النووي، ميدان الصناعات الثقيلة، مراكز المراقبة، سيطرة السيارات، الميادين الخدماتية كالميدان الاستشفائي الذي هو ميدان دراستنا.

## 2.1 الأرغنوميا في المستشفى

تهدف الارغنوميا في القطاع الصناعي إلى تحسين ظروف العمل والرفع من الإنتاجية، وتساهم في القطاع الصحي في تحسين ظروف العمل والتحكم في المصاريف وتوفير رعاية صحية جيدة و أمانة للمريض. ولقد عرف التدخل الارغنومي في المستشفى تأخرا مقارنة مع التدخل في الصناعة، لأن فكرة العمل الاستشفائي كانت تتمحور حول المريض الذي هو موضوع عمل مختلف عن موضوع العمل في القطاع الصناعي أي المنتج. إضافة إلى ذلك، فالقطاع الصحي كان تابعا للشؤون الدينية والتضامن في البلدان المتقدمة على غرار فرنسا، وأن أغلب العمال هم نساء متطوعات، لذا فلم تظهر بوادر الاهتمام به إلى أن جاءت الارغنوميا لترتبط بين ظروف العمل في المستشفى وجودة الرعاية الصحية الموفرة. فدخلت الميدان الاستشفائي نتيجة لطلبات استعجالية حيث كان العمل متميزا بالإرهاك والإجهاد. من هنا اهتم الباحثين في الأرغنوميا بتحليل النشاطات الطبية قصد تحليل نشاط العاملين في الميدان الصحي. (Beuskart-Anceaux، 2006، zéphir) و اعداد برامج التكوين (Grass و آخرون، 2007).

تختلف مواضيع طلب التدخل الأرغنومي في المؤسسات الاستشفائية باختلاف المصدر فنجد العمال يطلبونها لدراسة وضعيات عمل كترديد عبء العمل، توزيع العمل، الخ. أما المرضى فيشتكون من اللانسانية في التعامل، العزلة، الخ. و تلجأ الادارة الى التدخل الأرغنومي لدراسة التغيب المستمر، تصميم وثائق العمل، الخ (A.Drouin وأخريين، 2013).

## 3.1 تطور أرغنوميا المستشفيات

يمكن تقسيم الحقب الزمنية التي مر بها تطور أرغنوميا المستشفيات إلى ثلاثة وهي دراسات قبل 1991، تنظيم الملتقى الدولي الأول حول أرغنوميا المستشفيات و دراسات بعد 1991.

## 1-3-1 دراسات قبل 1991

لقد ساهم أطباء العمل في دراسة ظروف العمل وتأثيرها على العامل في المستشفى كما ساعد اختصاص علم الأوبئة و الوقاية من الأمراض (Epidémiologie) على تبيان مدى وجود بعض المشاكل في الميدان الطبي انطلاقا من المعالجة الاحصائية للوضعيات. كما كانت هناك محاولات فردية لتحسين ظروف العمل، ونذكر candille (1962) الذي طالب بالمعاملة الإنسانية انطلاقا من توفير ظروف حياة مهنية حسنة للمرضين، مبينا ارغامات الوضعيات التي يعملون فيها. تلت هذه الدراسة تقرير شامل قدمه Bouret وDetry في السنة الموالية يبينان أهمية دراسة مراكز العمل في المستشفيات.

في سنة 1966 نشر Alix وColl نتائج لدراسة حول ظروف العمل والمحيط الذي يعمل فيه عمال المستشفيات، وقدموا توصيات تضم تدخلات أرغنومية. ولقد ذكر المكتب الدولي للعمل (BIT)، في دراسة حول ظروف عمل الممرضين سنة 1971 أن هناك تناقض، حيث هؤلاء العمال، الذين تقتضي طبيعة عملهم حماية حياة وصحة الآخرين، لم يتوصلوا بعد في غالب الحالات على حل مشاكل تتعلق بأمنهم في العمل. أما في بلجيكا، فلقد اعتبر معهد تحسين ظروف العمل (IACT) سنة (1982) أن الدراسات حول تحسين ظروف العمل في الميدان الصحي بقيت مجرد حبر على ورق و لم تترجم الى إنجازات رغم كثرتها، كما افترض أنه يمكن ألا تكون ظروف العمل في التنظيم الاستشفائي هي فقط المتواجدة في المحك إنما قد تكون النوعية الصحية المقدمة أيضا في خطر.

وفي مارس 1987، نظمت جمعية الأرغنوميا للغة الفرنسية لقاء في باريس حول موضوع "ارغنوميا العمل الاستشفائي" والتي قدم خلالها، لأول مرة محاضرة حول منهجية دراسة نشاط الممرضين أثناء المراقبة في وحدة العلاج المكثف والتي قدمها J.Christol و آخرون (1987)



فأوضحوا صعوبة النشاط اعتبارا للكّم الهائل من المعلومات التي يجب إدراكها وتعقده تبعا لمعالجة هذه المعلومات.

ومنذ سنة 1988 ، تمت عدة دراسات في سويسرا حول نقص العمال في الميدان الاستشفائي في محاولة لوضع استراتيجيات مستقبلية حول ظروف العمل، التكوين والكفاءة المهنية.

### 2.3.1 الملتقى الدولي الأول حول ارغونوميا المستشفيات سنة 1991

في الفترة الممتدة بين ( 8-10 ) جويلية ( 1991 )، وعلى هامش المؤتمر الحادي عشر للجمعية الدولية للأرغونوميا الذي أقيم في فرنسا، نظمت الجمعية ملتقى حول " الارغونوميا في المستشفى" شارك فيه أربع مائة ( 400 ) باحث، قادم من تسع عشر ( 19 ) بلد، حيث قدمت من خلاله أكثر من مائة وعشرون ( 120 ) محاضرة كتابية وشفهية ، ولقد صرح Vincent - مدير المستشفيات في وزارة الصحة بفرنسا آنذاك- أثناء افتتاح الملتقى أن "ظروف العمل تؤثر مباشرة على رضا العمال وعلاقتهم المهنية. وهذان يعتبران عاملين أساسيين لنوعية التكفل الصحي المقدم للمريض في المستشفيات" (Estryin-behar، مرجع سابق، ص 15)

ولقد تناول الملتقى مواضيع تمحورت حول العمل في المستشفى على غرار الظروف الفيزيائية، نماذج إدماج الأرغونومي في المستشفى، تصميم المستشفيات، النشاط الاستشفائي الجماعي، حوادث العمل، تنظيم ساعات العمل، الخ وترجم هذا الملتقى إلى كتاب "الأرغونوميا في المستشفى" نشر باللغتين الفرنسية والانجليزية سنة 1992 (M.Pottier، 2013)

### 3.3.1 تطور الارغونوميا في المستشفيات بعد 1991

حسب Sperandio (2013) يتميز تطور الارغونوميا في المستشفيات في الفترة ما بين 1990 و2012 بما يلي:

- تنوع كبير لمواضيع البحث والتدخلات.
- اتساع نماذج التدخل المتخذة وكذا المعايير الأرغونومية المعتمدة.
- تنوع المجتمعات المدروسة واتساعها (المرضى، الطبيب، الإداري، المريض، الخ).

- فتح مناصب عمل الارغنوميين في المستشفيات.

- تعدد اختصاصات المساهمة. عن (A.Drouin وآخرون مرجع سابق).

لا نلتزم انقطاع للمواضيع المدروسة عن سابقتها، وإنما هناك تجديد واستمرارية، حيث تعلقنا بالطلبات الأولى بعد الملتقى الأول بتشخيص الوضعيات أو تقديم تكوين لتحليل ظروف العمل (Villate و آخرون، 1993؛ Barthelot و آخرون، 1994). لمواكبة التطور التكنولوجي، اتجهت الطلبات فيما بعد نحو مشاريع تألية الخدمات الإدارية والصحية في المستشفيات (Lautier و Tessier، 1996)، ثم تلتها اهتمام الارغنوميين بتصميم المستشفيات والهندسة المعمارية لأن لظروف العمل والحياة المهنية علاقة وطيدة بالمبنى المتواجدة فيه، وفي هذه الناحية نجد دراسات Daniellou (1999) و Asstass (2003).

ورغم هذا التنوع في المواضيع والتدخلات لتشمل المعاينات، الخدمات اللوجستية (المطبخ، التعقيم، الطباعة، الخ)، الخدمات الإدارية (الاستقبال، التوجيه، الخ)، الخدمات التقنية (مخبر التحاليل، الأشعة، جناح العمليات الجراحية، الخ)، الخدمات الاستشفائية، الخ. كل هذا، إلا أنه يبقى مشوار طويل أمام الارغنوميا لأنه عليها كذلك مواكبة التطور في المواضيع على غرار دراسة موضوع المعالجة الطبية عن بعد (Télémédecine) وكذلك الطب الرقمي (Médecine numérique).

#### 4.1 أمن المريض: هدف أرغنوميا المستشفيات

أشرنا فيما سبق أن هدف التدخل الارغنومي في المستشفى هو تحسين ظروف العمل فيه و هذا ما تم توضيحه من خلال مواضيع الدراسات المتنوعة التي ذكرناها، اضافة الى هذا تهدف الارغنوميا في المستشفيات الى توفير عناية صحية آمنة، فما المقصود بأمن المريض؟

يعتبر نشر تقرير "to err is human" من المعهد الطبي Institut of Medecine في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1999، نقطة بداية الاهتمام و الوعي الجماعي بضرورة تحسين أمن المريض حيث بيّن للعالم المقدار العالي للأحداث غير المرغوب فيها (les évènements indésirables) التي تحدث في الميدان الطبي. كما يشير تقرير الكونغرس الأمريكي بأن الأخطاء الطبية قد تؤدي بحياة 44000 إلى 98000 مريض سنويا في المستشفيات الأمريكية (Ettori و

Marty (2003)، أي ما يعادل اصطدام طائرتي بوينغ من نوع 747 كل ثلاثة أيام. منذ ذلك الحين أصبح مستوى اللأمن للممارسات العلاجية غير مقبول.

يقصد بأمن المريض تواجده في مأمن عن الإصابات و الحوادث، هذا الذي يمكن تحقيقه بتفادي الأحداث غير المرغوب فيها و ندل هذه العبارة الأخيرة عن كل ضرر أو أذية ناتجة عن التكفل الطبي و ليست لها علاقة بتعقد المرض (Leape، 2004). يستعمل كثيرا هذا المصطلح أو adverse event باللغة الانجليزية في الميدان الطبي للإشارة إلى وجود فارق بالنسبة إلى الميدان المرجعي (Le domaine de référence) فالحدث غير المرغوب المتعلق بالعلاج يمكن تعريفه على أنه حدث غير ملائم للمريض، ناتج عن استراتيجيات، عن أفعال وقائية، عن التشخيص أو عن العلاج (N.Adélaide، 2009، ص18). كما نجد في أدبيات الموضوع عبارة "حدث غير مرغوب خطير" أو جسيم الذي يشير إلى حدة أو خطورة الحدث، فهو ذو طبيعة سلبية على المريض قد يسبب في تمديد فترة استشفائه، عدم القدرة العلاجية أو حتى الخطورة على حياته، و يرتبط بالاجراءات الوقائية، التشخيص أو العلاج (Amalberti، 2006).

تختلف حدة خطورة الحدث غير المرغوب فيه حسب تأثيره على المريض و على صحته، فقد يكون عابرا دون ترك أثر سلبي عليه و هنا يسميه Carthy و اخرون (2001) شبه حدث " Presque accident" و الذي يقول عنه Meah (2008، ص26) "كل فارق عما هو منتظر كان من الممكن أن يؤثر سلبا على الشخص ". قد يكون عدم التأثير بفضل التدخل العلاجي في الوقت المناسب لتفادي الضرر، أو لأن الحدث غير مضر. كما نجد في أعلى مستوى الأحداث، الحدث الذي يؤدي بحياة المريض (N.Adélaide، المرجع السابق).

هناك مقاربة تقول أنه ليس كل حدث غير مرغوب فيه ناتج عن خطأ في تخطيط أو تنفيذ العلاج، كما أنه ليس لكل خطأ طبي تأثير سلبي على المريض، و من هنا نجد صفة الاجتناب، حيث تعتبر الاحداث الناتجة عن العمل العلاجي بالأحداث التي يمكن تجنبها و تفاديها (Kohn، Corrigan و Donaldson، 2002)، أما الأحداث التي تخرج عن نطاق العلاج فهي أحداث لا يمكن تجنبها (N.Adélaide، المرجع السابق، ص20).

و في الجزائر، نلتمس أن الأسرة العلاجية من القمة الهرمية و المتمثلة في وزارة الصحة و اصلاح المستشفيات الى أبسط موظف في المؤسسات الاستشفائية، تهتم بتحسين ظروف العمل في المستشفيات بهدف تقديم خدمات علاجية مرضية، جيدة و آمنة للمريض. و في هذا الصدد نذكر مشروع بحث TAHINA التي بادرت بها مديرية الخدمات الصحية في الوزارة و التي تم انجازها من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية بمشاركة المؤسسات الاستشفائية في مارس 2003 و التي تناولت وضعية العمل في مصالح الاستعجالات الطبية الجراحية على مستوى الوطن و لقد تم نشر نتائجها في سنة 2006 . أكدت هذه الدراسة على الأوضاع الصعبة التي يعمل فيها موظفو الصحة في أقسام الاستعجالات. ما يميز هذه المبادرات هو الاعتماد الكامل على احصائيات و معطيات طبية نظرية و كذا اهتمامها بمطالب الفرق المعالجة و ليس معطيات ميدانية عن العمل و هذا ما ينقص من العمليانية في اقتراحاتها ، عكس الدراسات الأرغونومية المهمة بأمن المريض و التي تحاول دراسة عمل الفرق الاستشفائية الفعلي و تأثيره على أمن المريض.

أما بالنسبة للدراسات الأرغونومية في المستشفيات، فنجد دراسة تومي (2002) التي اهتمت بنشاط المساعد الطبي في التخدير و الانعاش بدراسة تحليلية لتخطيط الفعل عند المساعد الطبي. أما عمران (2012) فدرس مدى استجابة تكوين المساعدين الطبيين لمتطلبات النشاط الفعلي . كما اهتمت ايت مجبر (2012) بتقييم نوعية بطاقة التخدير التي تمثل وسيلة اتصال بين مختلف المنفذين في المراحل المختلفة للتخدير. ان النقص الملموس في عدد الأطباء المتخصصين في التخدير في الجزائر، أدى الى خلق وضعيات عمل يمارس فيها المساعد الطبي في التخدير و الانعاش نشاط تخدير المرضى لوحده في ظل غياب الطبيب. هذه الوضعية أثارت اهتمام الباحثين الذين درسوا تصور نشاط التخدير عند أطباء التخدير و كذا عند مساعدي الأطباء في التخدير و كيف تتدخل هذه التصورات في تخطيط الأفعال الضرورية لإتمام نشاط التخدير عند كل واحد منهما (Zahi و آخرون، 2013) .

### 5.1 أهم ركائز منهجية البحث في ارغونوميا المستشفيات

يستلزم كل تدخل أرغونومي تحليل العمل أي تحليل المهمة وكذا النشاط وهذا من أجل فهم وضعيات العمل لتغييرها أو تصحيحها. حيث تسمح منهجية تحليل العمل بالحصول على معلومات حول

النشاط الفعلي في العمل. ويرى De Montmollin (1997) أن تحليل العمل يهدف إلى وصف خصائص المهمة والنشاط وتوضيح العلاقة بينهما في الوضعيات المدروسة من أجل تغيير متغيرات المخرجات المتعلقة بنشاط العمال (سلوكات، حركات، وضعيات، استجابات فيسيولوجية، الاتصالات، أثر النشاط، الأداء، الخ) بتغيير متغيرات المدخلات كظروف العمل وخصائصه.

تتمثل المهمة في الهدف أو مجموعة الأهداف التي يجب تحقيقها والظروف المهيأة لذلك وعلى الأرغنومي أن يحدد خصائص الوضعية التي تحدد نشاط العامل:

- المحددات الداخلية: الخصائص النفسية والفيزيولوجية والاجتماعية للعامل
- المحددات الخارجية: وضعية العمل، الأهداف التي يجب تحقيقها، الوسائل التقنية والاجتماعية الموفرة. تنظيم العمل، القواعد والتعليمات، الظروف الفيزيائية، البنية الفضائية، المعايير الكيفية والكمية للأمن. و نقدم كمثال عن ذلك، مهمة مسندة الى الممرضة و المتمثلة في القيام بالفحوص شبه إكلينيكية المتمثلة في سحب الدم من المريض باحترام قواعد النظافة، خصائص المريض وباستعمال أدوات محددة. كما يجب عليها فعل ذلك قبل موعد جمع السحبات . تمثل مجموع هذه القواعد مهمة الممرضة.

أما النشاط، فهو ما يقوم به فعلا العامل كاستجابة للمهمة المسطرة بالعودة إلى المثال ، فيمكن للنشاط أن يتمثل بقيام الممرضة بالتأكد من الوصفات الطبية التي تخولها القيام بالفحوص، ثم تهيء الأجهزة اللازمة لذلك، وحسب عدد الزملاء يتم توزيع العمل. تنتقل الممرضة من مكان لآخر، قد تحدث انقطاعات للإجابة على أسئلة الزملاء أو المريض، وبين كل فحص وآخر، تغير القفزات وتغسل الممرضة يديها في قاعة الممرضات، بعض المرضى يكونون في حالة نفسية مكتئبة أو قلقة لذا على الممرضة أن تسير الوضعية ، الخ. يتضح من خلال هذا المثال الفرق بين المهمة والنشاط، وكما يقول De montmollin (1997) فالمقارنة بين الاجراءات المسطرة والمفروضة والاجراءات المتبعة فعليا، توضح وجود فرق بين العمل المسطر والعمل الفعلي، وهذا ما يبرر ضرورة التدخل الأرغنومي.

تبين من خلال ما سبق، أن التناولات الأرغنومية في الميدان الاستشفائي بدأت مع بداية التسعينات رغم أهمية هذه المؤسسة في المجتمع. فاهتمت الارغنوميا بدراسة النشاط الطبي من عدة نواحي

كالارغامات العديدة التي يتم فيها العمل، أو الأمراض العظمية العضلية (TMS) التي قد يسببها ؛ من ناحية التعامل مع أجهزة خطيرة كالأشعة فوق البنفسجية، معالجة المعلومات، التفكير و التشخيص، القرار العلاجي، الخبرة الطبية، الخ. و هذا بغض النظر عن الميدان، فلقد اهتمت الأرغنوميا بوضعيات العمل داخل قاعات العمليات الجراحية، أقسام التخدير، أقسام الطب النسائي و الولادة، أقسام الاستعجالات، أقسام الانعاش، الخ لصعوبة ظروف العمل المسجلة فيها. حسب Estryin-behar (2011) فلقد سجلت الظروف الصعبة في العمل في ما لا يقل عن 30% من الأقسام الاستشفائية، و كانت أقسام الانعاش هي الأقسام التي سجل فيها أكبر قيمة بنسبة 72%.

## 2. التدخل الأرغنومي في وحدات الانعاش

للتطرق الى التدخل الأرغنومي في وحدات الانعاش، نتعرف على ميدان الانعاش ثم نبين أهميته من خلال تنوع الوضعيات المرضية التي تعالج فيها، في الأخير نبرز خصائص العمل في هذه الوحدات.

### 1.2 ميدان الانعاش

استعملت كلمة "انعاش" لأول مرة من طرف الطبيب الفرنسي Hamburger سنة 1953 و تشير إلى مجموعة من الوسائل التي يستعملها الأطباء المختصين في الانعاش حتى يتمكنوا من إعادة الوظائف الحياتية (les fonctions vitales) الى حالتها الطبيعية أو على الأقل مراقبتها، حيث تكون هذه الوظائف في عجز أو خلل و هي وضعيات قد تحدث نتيجة لإصابة نفسية، دماغية، حالة طبية أو جراحية و هذا في انتظار الشفاء (N'dahirou, 2008، ص3). فالانعاش تخصص طبي يتعلق بتعديل الاتزان الوظيفي (homéostasie) و لقد تطور بالتوازي مع تخصص التخدير لاستعمالهما لأجهزة تقنية متماثلة و متكاملة.

تتكفل وحدة الانعاش بحالة مرضى قد يفقدون قدرتهم (autonomie) في التحكم بالأعضاء كالقلب، الرئتين، الكبد أو الكليتين و عادة ما يتصفون بانعدام الحركة، مخدرون، تحت أجهزة مراقبة ventilés، Scopés و intubés، فعجز الأجهزة الداخلية كجهاز التنفس أو الاطراح يجعل من التوقع الحياتي (pronostic vital) منخفض، لذا يتطلب عناية تركز على مراقبة مستمرة طيلة اليوم و في كل أيام الأسبوع و دون خلل.

في بعض الأحيان يكون المرضى مقيدون و مربوطون حتى لا ينزعوا الأجهزة في حالة اللاراتياح (Guernier، 2012، ص9). لذا ينظم العمل داخل الوحدة على امتداد الأربع و العشرون ساعة في اليوم حتى يضمنوا المراقبة و الحفاظ على الوظائف الحياتية للمريض.

تختلف وحدة الانعاش عن غيرها من وحدات المستشفى كونها تعتبر مكان بارد و مقلق يمكن مقارنته بخلية النحل في كثرة الضجيج، العمل، العمال، كما تتميز الوحدة بصعوبة و ثقل العمل التقني (Grosclaude، 2002، ص219). قام Gautier بدراسة توصل من خلالها أنه في وحدة الانعاش هناك اهتمام خاص بمحيط عمل الفرقة الاستشفائية فالضوضاء الصادرة عن الأجهزة التقنية دائمة الحضور، فلقد أحصى De chambost (1994) اثنان و عشرون (22) جهاز مختلف يصدر انذارات صوتية مختلفة لهذا يعتبر مستوى الضوضاء في هذه الوحدات غير مقبول (Estryn-behar، مرجع سابق). كما أن الإضاءة جد قوية، لهذا يقول Grosclaude (المرجع السابق) عن وحدة الانعاش أنها عالم آخر غريب و مثير.

## 2.2 بعض الوضعيات المرضية المعالجة في وحدة الانعاش

تتكفل الفرق الاستشفائية في وحدة الانعاش برعاية صحة المرضى الذين يعانون من ضعف في الوظائف الحياتية، وهذا ما تسببه وضعيات مرضية مختلفة، نذكر منها:

- الغيبوبة (coma): تتمثل في فقدان الوعي و الحيرة نتيجة لصدمة ما، فهي في الغالب تعرف بغياب الحياة العلائقية (الوعي و الاحساس) مع الحفاظ بالوظائف الحياتية. و لقد ميّز الطب بين أربع مستويات للغيبوبة تتسلسل من عدم الاستجابة سوى للمثيرات الموجهة إلى الغيبوبة الفاتكة أو بالأحرى حالة الموت الدماغى و التي تسجل حين تكون حياة المريض مستمرة فقط بفضل الأجهزة التقنية.

- النوبات الاضطرابية (convulsions): أزمات أو تشنجات عضلية غير إرادية تحدث بسبب ارتفاع الحمى أو الجفاف الداخلي، الإصابة الدماغية، نقص نسبة السكر في الدم، الخ

- ضعف التنفس (la détresse respiratoire): تتمثل في النقص الحاد في القدرة على التنفس و عادة ما يكون سريع التطور، يسببه إصابة المحول الرئوي (parenchyma pulmonary) أو اضطراب ميكانيكي. ان لم يعالج بسرعة قد يسبب في أزمة قلبية مفاجئة و آثار عصبية خطيرة.

- التسممات ( les intoxications ): عبارة عن تلقي الجسم لمواد ضارة قد يكون سبب ادخالها هو تناول أدوية غير ملائمة أو تناول مأكولات فاسدة.
  - انسداد المسارات الهوائية ( Encombrement bronchique ): سببه الافرازات التي تتجمع في المسارات الهوائية في الرئة ما يؤدي إلى صعوبة في التنفس و خاصة في الأمراض العصبية العضلية.
  - الحمى (la fièvre): هي بلوغ درجة حرارة الجسم لأكثر من 37°م قد يكون سببها هو الالتهابات، التلوثات أو حتى جفاف الجسم.
- أمام هذه الوضعيات المختلفة ، يجد الطاقم الاستشفائي في وحدة الانعاش ضرورة للاستعلام بالقرب من التخصصات الأخرى ،لهذا عادة ما نجد أطباء غير المختصين في الانعاش في هذه الوحدة و هذا لدراسة الحالة المرضية و تقديم توصيات علاجية.
- إضافة إلى ذلك، بيولوجية الإنسان و المرض تتأثران بعدة عوامل ،لذا على الفرقة الاستشفائية الانتباه إلى أدق المتغيرات في الوضعيات المرضية.
- ان تنوع الحالات التي تتكفل بها الوحدة جعل من صيدلية وحدة الانعاش ثرية حيث نجد عدة أنواع من الأدوية التي تستعمل في هذه الوحدة .هذا التنوع في الأدوية يتطلب تسطير دقيق للوقاية من المضاعفات الناجمة عن التفاعل بين الأدوية؛ هذا التدقيق الذي يضمنه التخطيط الصحي الجيد و التنفيذ في الوقت المناسب وهذا ما يصعب تحقيقه في ظل التغيرات المفاجئة و التدخلات السريعة على الحالة اذ تتم عملية الرعاية الصحية في وحدة الانعاش بطريقتين :بالتخطيط و التدخل السريع (S.Le May،1995).

### 3.2 وضعيات العمل في وحدة الانعاش

التمس الباحثون ارتفاع عدد الوفيات المسجلة في وحدات الانعاش فلقد تم تسجيل أكثر من 50% من الوفيات في مستشفيات فرنسا التي تحدث في وحدات الانعاش Lemaire (2003). كما كان ميدان الانعاش مثيرا لدراسات و كتابات منذ النصف الثاني من القرن الماضي ،فاهتم الباحثون بقرار إنهاء الحياة فيها مثل دراسة B.Glaser و Strauss (1956) و D.Sudnow (1967) في الولايات المتحدة الامريكية، و كذا مؤخرا دراسات Gisquet (2004)؛ Paillet (2007) . هذه



الدراسات المختلفة أدت إلى القيام بدراسات سوسولوجية رغم قلتها حول العلاقة المهنية بين الفرقة الطبية و المريض المحتضر (Castra، 2003، عن N.Kentish-barnes، 2007).

إن الوضع المتمسم بالضغوط العملية و الزمنية جعل الوحدة مكانا للصراعات بين مختلف موظفي الصحة. أجريت في هذا الإطار دراسة شملت أربعة و عشرون (24) بلدا و ضمت ثلاثمائة و ثلاثة و عشرون (323) وحدة انعاش و سبعة آلاف و أربع مائة و ثمانية و تسعون (7498) موظف في الصحة؛ فتوصلت فرقة البحث E.Azoulay و آخرون (2006) إلى أن 32،6% من الصراعات تنشأ بين الطبيب و الممرض و أغلب أسباب الصراع تتمثل في أسباب نفسية كالحقد أو الكره، عدم الثقة وكذا خلل في الاتصالات 33%. كما ينعكس جو العمل على العمل بحد ذاته والوضعية الصحية للمرضى، فقد أشار Knaus و آخرون (1986) إلى أن نسبة الوافيات في وحدات الانعاش يقل كلما كان العمل الجماعي بين الطبيب و الممرض يتم في تعاون و تنسيق.

كما نجد دراسات تتناول الأخطاء المرتكبة في هذه الوحدات. بالاعتماد على منهجية ارغونومية، قام Donchin و آخرون بدراسة طبيعة و أسباب الأخطاء الإنسانية في وحدات الانعاش في المستشفيات الجامعية سنة 2003. استمدت الدراسة معطياتها من إفصاح الطاقم الاستشفائي بالأخطاء و كذا دراسة النشاط اليومي لتسليط الضوء على التكفل الصحي اليومي لعينة من المرضى. توصل الباحثون إلى أن أغلب الأخطاء تعود إلى مشاكل في الاتصالات بين الطبيب و الممرض فبالرغم من أن النشاط الاتصالي الشفهي بين الطبيب و الممرض لا يمثل سوى 2% من النشاط اليومي إلا أنه وراء 37% من الأخطاء المسجلة. لهذا يعتبر Hoonakker (2008) أنه بما أن العمل في هذه الوحدات يتميز بالفجائية و كثرة الانقطاعات فلا يصلح الاعتماد على الشكل الشفهي في التواصل بين الطبيب و الممرض رغم انه المفضل لديهم حسب ما بينته دراسات Moss و آخرون (2002)، و إلا قد يسبب في أخطاء طبية مثل ما بينته نتائج دراسات (Schoop، 1999؛ Coeira و آخرون، 2002) كما جاء في تقرير TJC (The Joint Commission) سنة 2007 أن ثلثي الحوادث الهامة التي قد تؤدي إلى وافيات في هذه الوحدات ما بين 1995 و 2005 تتعلق بالاتصالات.

يبقى ميدان الاستشفاء و خاصة وحدات الانعاش ميدان خصب، ثري و مثري للقيام بدراسات ارغونومية لتعدد المشاكل و مصادرها و وضعيات العمل المتنوعة و المتغيرة التي يمكن أن نجدها

فيه. إضافة إلى ذلك هناك حاجة ماسة إلى الاهتمام بهذا الميدان لحساسية موضوع العمل فيه و المتمثل في الإنسان المريض و الذي تعمل الفرقة الاستشفائية على إعادته إلى الحالة الصحية الطبيعية الجيدة و هذا ما يبرر ضرورة التدخل الأرغنومي لتوفير ظروف عمل فعالة و آمنة.

أما في بحثنا هذا فسنتناول العمل الطبي في المستشفى انطلاقا من نشاط التسطير الطبي الذي يميز العمل في هذا الميدان فهو محور التكفل الصحي بالمريض أثناء استشفائه، كما تنطلق أهم الأفعال التي تقام على المريض كالفحوص شبه طبية و تقديم العلاج من تسطيرات طبية مختلفة و هذا ما سنبينه بأكثر تفاصيل في الفصل الثاني.

## الفصل الثاني

التسطين الطبي محور العمل الاستشفائي

نحاول في هذا الفصل حصر الموضوع الذي سندرسه و هو نشاط التسطير الطبي، فنتبع مسارا يشمل التعرف على مفهوم نشاط التسطير في الأرغونوميا ثم نوكد على مفهوم التسطير الطبي بالتطرق الى الدراسات التي تناولت النشاط الطبي، ثم خصائص العمل الاستشفائي. لنحدد بعد ذلك تعريف التسطير الطبي و أخطاء التسطير في وحدات الانعاش و في الأخير نعرض آخر التطورات في الميدان بالتسطير الطبي الآلي .

### 1. التسطير في عالم الشغل

اهتمت ارغونوميا اللغة الفرنسية بالتسطير في ميدان العمل منذ بداياتها فيعتبر من أساسيات تحليل العمل الذي يركز على تحليل العمل الرسمي المسطر و تحليل العمل الفعلي المنجز. تبقى المهمة المسطرة مرجع الباحثين الذين يستدلون به عن وجود فارق في النشاط عما هو منتظر، كما يركز عليه لتصميم وضعيات عمل جديدة أو لتكوين العمال.

#### 1.1 تعريف التسطير

يحظى التسطير بأهمية كبيرة في عالم الشغل مهما اختلفت طبيعة العمل؛ بسيطة أو معقدة، تقنية أو تنظيمية، التنفيذ أو التصميم، أعمال إنتاجية أو أعمال خدماتية. و يعتبر Savoyant و Mayen (2002) أن الوسائل التسطيرية ( Les artefacts prescriptifs ) هي عبارة عن منظمات النشاط ، تهدف الى تحديد الأهداف و الاجراءات أي المعالم المصممة للتوجيه. أما بالنسبة ل Cellier و آخرون(1997) فهذه التسطيرات ثلاثة أدوار أساسية في العمل، و المتمثلة في قيادة الأفعال، مرجعية للمهمة المسطرة و كذا تلعب دور مساعد للذاكرة العملية.

بالرغم من أن المقاربة الأرغونومية تنادي بتقليص الوثائق في العمل وفتح مجال أمام تطوير كفاءات العامل دون تقييده بإجراءات و تعليمات الا انه عند ادراك وجود فارق بين كفاءة العامل المستهدف و متطلبات المهمة و ارغاماتها؛ و أنه لا يمكن الاعتماد على تكييف المهمة للعامل أو تكوين هذا الأخير لتصحيح الفارق بسبب ديناميكية الوضعية العملية و تغييرها، في هذه الحالة يتم وضع تسطيرات يستند عليها العامل. فملفات التسطير (Les documents prescriptifs) هي وثائق تقنية تهدف الى توجيه الأفعال و تحديد ما يجب فعله لتنفيذ مهمة ما؛ فتؤثر على نماذج التفكير، محركات و قيم الأفراد الذين سينفذونها انطلاقا مما تحمل من قيم ، نوايا و رؤيا المسطرين فهي

تلعب حلقة وصل بين المسطر و المنفذ. و يطلق على وثائق التسطير عدة تسميات حسب ميدان العمل، كالتعليمات، طرق الاستعمال، التوجيهات، الاجراءات، قواعد الاستعمال، الخ. و يمكن أن تكون مجرد جملة بسيطة مثل (سطر تحت الاجابة المختارة) ، أو قد تكون ملفات تحتوي على عدة صفحات (Leplat، 2004، ص 197) .

اقترح Daniellou و call (2000) تعريف التسطير على أنه أمر بفعل صادر من سلطة. ويفهم من لفظ السلطة الشخص المسؤول، إلا أن السلطات قد تكون متعددة، وبالتالي فالتسطير هو مجموعة الأوامر الصادرة من السلطات. قد يكون مصدر هذه التسطيرات داخلي أو خارجي عن المؤسسة، ولكن وفي كل الحالات، فالشيء المميز للتسطير هو أن مصدره يتواجد خارج جماعة العمال المعنيين وهو مفروض عليهم بكل قوة العلاقة التبعية التي تربطهم بالمسطر، حتى وإن صدرت من تنظيم خارجي أو من زبون ( Berthe و Cru، 2003) أي أن العامل يخضع لعدة مصادر وأشكال من التسطيرات (Agoustini، 2007، ص 12)

## 2.1 سيرورة التسطير و مصادره

في كل ميدان عمل، تظهر عدة أشكال ومصادر مختلفة لتسطيرات يمكن أن تحضر في الوقت ذاته للعامل أثناء انجازه للمهمة. تتميز سيرورة التسطير حسب Hatchuel (1996) ب:

- وجود شخص مصدر أو أشخاص يعتبرون مسطرون، و يكون المسطر مختلف حسب الحالات فقد يتمثل في الزبون، المريض، المنتج، مسئول مؤسسة، مدير مشروع، الخ .
- ضرورة تدخل عدة فاعلين لديهم معارف مختلفة ؛ ففي أبسط الوضعيات أين يتمثل التنظيم الجماعي في الثنائية "مسطر- عامل" نجد معارف المسطر مختلفة عن معارف العامل، فما أدرى بالوضعيات أين يتعدد المتدخلين و المسطرين؟، مثل ما يحدث في ورشات البناء" البناء، المهندس المعماري، الكهربائي، الخ".
- كون كل سيرورة تسطير عبارة عن تحويل التسطير الأدنى إلى تسطير أعلى ؛ فبين التسطير الأولي الذي يعتبره البعض كالسكريبت و نهاية المشروع ، هناك تطور واضح للمعارف المستعملة و التعليمات المقدمة.

● استحالة تحديد كامل و مسبق للمعارف الضرورية للتسطير كما يمكن تغير الفاعلين الذين يضعون التسطير أو يؤثرون عليه مع مرور الزمن.

ويقدم Six (1999) شكلين من التسطيرات: تسطير تصاعدي وتسطير تنازلي . حيث يصدر التسطير التنازلي من البنية التنظيمية، أما التسطير التصاعدي فهو نابع من مواجهة العمال لواقع الوضعية. أي أن التسطير لا يأتي فقط من المصممين، التنظيمات، الإدارة عن طريق التعليمات والأوامر، الطرق العملية، الإجراءات، القواعد والمعايير، ولكن قد ينبع كذلك من الواقع ومن كل ما لا يخضع للشكليات. لهذا ولدراسة وتحديد هذه المصادر، على الباحث الأخذ بعين الاعتبار تعقد وتغير الوضعية خاصة في الأنساق الديناميكية.

حسب الباحث Six (1999؛ عن Daniellou، 2002، ص10)، فإن مصادر التسطير التصاعدي قد تكون:

1. **المادة:** ويقصد بهذا موضوع عمل العامل، وكذا الأدوات التي يستعملها كالتقنيات، الآلات و الأدوات حيث تفرض قواعدا التي قد تكون متناقضة في بعض الأحيان. البعض لا يمكن تجنبها والأخرى أكثر مرونة يمكن للعامل تسييرها إذ يمكن التنبؤ بالتغيرات التي قد تطرأ عليها أثناء نشاطه، ويمكن اعتبار المريض في الميدان الطبي كمادة العمل.

2. **الحي:** تتعلق مباشرة بوضعية العمل، وتتمثل من جهة في المهمة أو جماعة العمل ومن جهة أخرى تتمثل كذلك في الوظائف أو الخصائص الإنسانية (التعب، استراتيجيات الدفاع، الخ) مع ما يسميه Six قوانين الحي والمتمثلة في (السن، الجنس، القدرات، الخ) والتي تؤثر على عمل العامل.

3. **الجانب النفسي:** ويتمثل في اعتماد العامل على ذكائه في مواجهته مع الواقع العملي وهذا ما تناسته التسطيرات التنازلية أو ما لم تأخذه بعين الاعتبار لأنه من المستحيل التنبؤ بكل الوضعيات الواقعية.

4. الجانب الاجتماعي: يشير الجانب الاجتماعي إلى العلاقات التي تنشأ في التنظيمات أو التي يفرضها ميدان العمل، التنسيق بين الخبرات الفردية وكذا التعاون بين الأفراد Maggi (1996) كما تحوي كذلك رغبة الأشخاص في العمل الجماعي، أي أن الجانب الاجتماعي يتمثل في العمل الجماعي وما يتخلله من قواعد "قواعد العمل"، قواعد المهنة "Cru (1995) "القواعد الرسمية" و"القواعد غير كتابية" التي تحدث عنها كل من Reynaud وDe terssac (1992). إضافة إلى هذا، يضم الجانب الاجتماعي القيم الاجتماعية الفردية والتي تضبط تفاعلات العامل مع المعايير الأخرى Schwartz (1998).

هنا تظهر أهمية البعد الجماعي للنشاط، حيث أن العمل ليس مجرد نشاط منظم من طرف المصمم أو المدراء والمؤطرين، إنما العمل الجماعي يعاد تنظيمه من طرف أولئك الذين يقومون به، وهذا التنظيم الجماعي يحوي تسطير لا يمكن الاستغناء عنه لتنفيذ العمل الفعلي و المتمثل في جماعة العمل و خصائصه clot (1999). وهكذا فتقوم جماعة العمل بإعادة تعريف المهمة المسطرة، ومن خلال هذه المصادر المتصاعدة، يبنون ويكتسبون معارف عملية التي تسمح لهم بمواجهة الواقع والمقاومة، ولا يمكن إيجاد هذه المعارف في التسطير التنازلي لصعوبة التنبؤ بكل الوضعيات الممكنة.

يمكن أن يكون التسطير ضمنياً، ونفهمه من خلال التطرق إلى قواعد المهنة، فلا نجد عبارة تصريحية بالمهمة، إنما هي منتظرة وداخلة ضمن أخلاقيات وقواعد المهنة Cru (1995). ان تعدد مصادر التسطير وتنوع التسطيرات التي يتلقاها العامل أثناء تنفيذه للمهمة كثيرة، بعضها مصرح به على وثائق و سندات و البعض الآخر تظل ضمنية، فتدخل في تكوين المحددات الداخلية للمنفذ أو يستتبطها من سلوك زملائه. و حتى لا يحدث صراع بين مختلف هذه التسطيرات يجب توفر شرطين هما:

- الترابط (La cohérence): والمقصود بذلك ألا يكون هنالك تضارب بين تنفيذ التسطيرات المختلفة. و المثال المتردد في هذا الصدد هو تضارب تسطير الإنتاج مع تسطير الأمن، كأن يسطر للعامل أن ينتج عشر علب، و في الوقت نفسه يسطر له أن يستعمل قفازات أثناء عمله. وهنا يجد

العامل الذي يستعمل القفازات و التي تعيقه على انجاز المهمة في صراع بين انتاج عشر علب دون استعمال القفازات، أو استعمال القفازات و انتاج أقل من عشر علب.

• التدرج (La hiérarchie): ليس لكل التسطيرات نفس القدر من الأهمية، و في حالة وجود صراع، سيكون هناك تنازل في مقابل التسطير الأهم. و لقد قدم Collins (1992) شرحا لهذا المشكل و بيّن كيف أنه يمكن للتسطير الضمني أن يكون أهم من التسطير الخارجي المصرح به بقواعد الزامية فقدم مثلا عن سائق الحافلة الذي من بين التسطيرات التي أعطيت له هي ألا يتوقف بين الموضع "أ" و الموضع "ب"، لكن و عند مروره بهذا المسار وجد شخصا ساقطا في وسط الطريق، هنا نجد التسطير الداخلي الضمني و المتمثل في ألا يصدم الأشخاص هو الأهم و هذا ما يجعل السائق لا يستمر في السواعة انما يتوقف. أي أنه بعد موازنة بين التسطير الضمني و التسطير الرسمي المصرح به توصل السائق الى أسبقية و أهمية التسطير الضمني، لذلك خالف القاعدة المسطرة و توقف بين الموضع "أ" و الموضع "ب" (Le plat، مرجع سابق، ص 209).

### 3.1 مستويات و علاقات التسطير

نعرض فيما يلي مستويات التسطير و العلاقات المبنية على أساسه.

#### 1.3.1 مستويات التسطير

بالعودة الى دراسة Agostini (2007)، يوجد مستويين من التسطير هما التسطير الأدنى و التسطير الأعلى.

يتمثل التسطير الأدنى (La sousprescription)، حسب Daniellou (2002) بنقص في التسطير حالات التسطير أين تركز الأهداف، النوايا و كذلك وسائل تحقيقها كليا على عاتق المنفذ دون أن يتخذ كمرجع لعمله قواعد و معايير معروفة. و نذكر بعض الأعمال التي يعتبر فيها التسطير الأدنى مثل البيع، الاستقبال، التنشيط، الخ و بالنسبة للقطاع الصناعي (مهن الدراسات، الإصلاح و الصيانة، الخ). نلاحظ أن العامل المشترك بين هذه المهن هو أنه تقام في محيط منفتح و غير مضبوط بدقة. لذا يعتمد المسطر على تعلم العامل و لا نعني بهذا أن التسطير يماثل تعلم العامل و إنما يتخذه كمؤشر ليلم بالظروف المتناقضة و يضع أولوياته ليحقق الهدف المنشود.



وكان التسطير في هذه الحالة عبارة عن رهان يضعه المسطر ليحققه المنفذ مثل "يجب إعادة الآلة إلى وضعيتها دون تغيير هذا الجزء-يجب استقبال الزبائن الأجانب بأكثر لباقة -يجب مراقبة درجة حرارة هذه الأعضاء و إذا استلزم الأمر قم بفصله عن الجهاز، الخ"

و يضيف Daniellou (2002) أن هذا النوع من التسطير قد يكون سببا في خلق مشاكل صحية و يضرب مثلا عن ذلك عمال الخدمات الاجتماعية الذين تحدث عنهم Logeay و Pizet (1993).

و يؤدي الخلل في هذا التسطير الى أزمات حسب Hatchuel (1996، ص 114) تتمثل في:

- محاولة المسطر لضبط خيالي لنشاط العامل أو الإنقاص من استقلاليتيه.
- وضعيات عمل مستحيلة للعامل بسبب الغموض و العمومية و عدم الدقة في التسطير.

أما التسطير الأعلى (La surprescription)، فيتمثل في محاولة الضبط الكامل للنشاط، و هو ما يعرف بالتسطير التايلوري والذي يعرفه Hatchuel (1996) ب "فعل مادي أو غير مادي يقوم به المصمم بهدف جعل العمل قابل للتسطير أو التنبؤ" ( ص 117) و كلما ارتفع مستوى الضبط يميل تصميم العمل إلى تنظيم كامل يفرض ظروف نادرة التغير.

### 2.3.1 نظريات العلاقات المبنية على أساس التسطير

تتمثل في علاقة المسطر بالعامل، و يسمى Hatchuel (المرجع السابق، ص 107) علاقة مسطرة في جماعة عمل بين اثنين "أ" و "ب" عندما يتحقق شرطان هما:

- أن يكون جزء على الأقل من نشاط العامل "ب" مسطر من طرف "أ" و الذي يعتبر المسطر.
  - أن يقبل "ب" هذا التسطير كمبدأ لعلاقته ب "أ".
- و هذا مثل ما يحدث في نشاط الممرض في المستشفى، حيث يكون جزء من نشاطه مسطر من طرف الطبيب.

و التسطير الجيد هو التسطير الذي يتحقق من خلاله تعاون مبني على أساس وجهات نظر مختلفة. فمن منظور المسطر فالتسطير الجيد هو التسطير الذي يجعل العامل "ب" يقوم بفعل مرض له. أما من منظور العامل "ب" فالتسطير الجيد هو معرفة يعترف بها كمنبه مثير و ضروري للقيام بفعله

و الذي يسمح له بإرضاء المسطر "أ". أي أن التسطير الجيد ما هو إلا مستوى مثالي معرفي علائقي ضمني لسيرورة التعاون.

حسب مستوى التسطير ينشأ نوعين من العلاقات، علاقات قوية و علاقات ضعيفة .

تحدث علاقة التسطير القوية بين المسطر و العامل عندما يكون التسطير أعلى أي أن المسطر يضع تعليمات دقيقة استنادا على علمه الكامل لعمل العامل فيقوم بضبط نشاطه و يحدد حريات تدخلاته.

أما علاقة التسطير الضعيفة، فتنشأ عندما يكون التسطير أدنى، فتكون التعليمات عامة، غامضة، أو ناقصة، و تترك الحرية للعامل حتى يقوم بنشاطه. لتوضح أكثر لمستويات التسطير و العلاقات التي تنشأ من خلاله، نقدم مثالا عن سائق المترو و سائق الحافلة اللذان يتلقيان تسطيرات مختلفة. تمثل الأنفاق عالم سائق المترو و حدوده التي سطرها المصممون، كما حدد المسطرون التجهيزات اللازمة، السرعة الملائمة، أماكن التوقف، الخ. فهو عالم مضبوط و منظم لدرجة أن منذ عشرين(20) سنة ظهر ما يسمى بالمترو دون سائق و الذي يشتغل الآن. أي أن قوة العلاقة المسطرة أدت إلى القدرة على استبدال العامل الإنساني بالعامل الآلي.

أما سائق الحافلة، فيعمل في ظروف مغايرة ، كما أن فكرة الحافلة دون سائق ليست للتطبيق الفوري. فنشاط السائق هنا يتم في عالم منفتح كليا، لا يمكن التنبؤ بديناميكيته. فنجد عدة مستعملي الطريق كالسيارات، المشاة، الحافلات، الحيوانات، الخ و على السائق التعامل معهم، كما أنه على السائق تنظيم الوضعية داخل الحافلة، الرد على بعض تساؤلات الركاب، الانتباه الى حالة الطرقات، الخ. كل هذا يجعل من التسطير أدنى و ينشأ عن ذلك علاقة تسطير ضعيفة بين المسطر و سائق الحافلة.

#### 4.1 دراسة ملفات التسطير

التسطير هو وسيلة مساعدة رمزية، ينتجها نشاط انساني Rabardel (1995) بهدف التأثير على نشاط المنفذ الذي يتلقاه. أو بالأحرى بهدف فرض اتجاه محدد لنشاطه، بتحديد الأهداف،

الاجراءات و المؤشرات التي توجهه. وبهذا و حسب ما يقول Clot (1999) فاستجابة المنفذ للتسطير المقدم له تمثل حوارا بين نشاط المسطر و نشاط المنفذ.

عند حدوث فارق بين المهمة المسطرة و نشاط المنفذ ينتج ما يسمى بالانحرافات، وقد لا تؤدي هذه الانحرافات دائما الى حوادث أو كوارث، انما التساهلات و التقبل المتزايد للفارق يؤدي الى اعتبار هذه الانحرافات فعل طبيعى و عادي مثل ما بينته الباحثة Vaughan (2001) عندما درست حادث La navette Challenger. وحسب Bourrier (1999) فهناك نوعين من الفوارق، فوارق بالنسبة للموجود و تتمثل في فوارق بسبب خطأ في التفسير، فوارق بسبب خطأ في التكيف و فوارق بسبب المخالفة. أما النوع الثاني فيتمثل في فوارق بالارتجال.

يشير مفهوم الوثائق المسطرة الى مصطلحين هما "الوثيقة" و "التسطير"، و لقد ميّز Ghiglione و Richard (1994) بين النصوص النظرية الاكاديمية التي تهدف الى الفهم بغرض الحفظ و النصوص التسطيرية التي تهدف الى الفهم بغرض الفعل. و في هذا الصدد، قام Kohler و آخرون (2000) بدراسة تجريبية حول قراءة وصفة طبية، فبعد مقارنة قراءة نفس الوصفات بهدف التخزين و قراءتها بهدف انجاز التعليمات، بيّن الباحثون ان القارئ لا يعتمد على نفس النشاطات. ففي الحالة الأولى يهتم القارئ ببنية النص، أما في الحالة الثانية فيهتم بنموذج الوضعية.

و حسب Leplat (2004، ص198) فلدراسة هذه الوثائق على الأرغومي أن يدرك مثل المصمم و المنفذ أن وثيقة التسطير لا تشرح بالكامل و بالتفصيل المهمة، و لتقييمها يتم دراسة نوعية الوساطة الوظيفية التي تؤديها بين المصمم و المنفذ بالنظر في مدى تطابق الوثيقة مع ما يود المسطر أن يتم تنفيذه، و النظر في مدى تكيف الوثيقة مع كفاءة المنفذ و ظروف تنفيذ المهمة.

أي أنه يقترح دراسة داخلية و خارجية لوثيقة التسطير، حيث ترجع الدراسة الداخلية الى دراسة محتوى الوثيقة باعتبارها وسيلة اتصال بين المسطر و المنفذ، أما الدراسة الخارجية فتشير الى استعمال الوثيقة و تطبيق التسطير. و لتحقيق هذا الأخير يتحدث Le plat (2004) دائما

عن شرطين هما القبول و القدرة على الاطلاع. يتمثل القبول في اعتراف المنفذ بأهمية و ضرورة وثيقة التسطير و أن يعتبرها جزء لا يتجزء من عمله، و هذا الذي يتحقق ب:

- قبول ثمن أو تكلفة التنفيذ أو الجهد المطلوب لتطبيق التسطير.

- الفهم الجيد للإجراءات و التعليمات المسطرة.

- الثقة بفعالية الاجراء المسطر و الاعتراف بقدرة التسطير على تحقيق نتائج ايجابية .

أما القدرة على الاطلاع على وثيقة التسطير، فيتم دراسته انطلاقا من دراسة نوعية السند و محتوى الوثيقة، أي ان لوبلا يقترح دراسة وثنائك التسطير من منطلق كونها وسيلة اتصال وظيفية بين جماعة العمل.

## 2. التسطير في عالم الطب

يعتبر التسطير الطبي محور الأفعال في المستشفى. فاذا كان يرمز الى العلاقة المهنية المبنية بين الطبيب و المريض في العيادات الخاصة ، فهو في المستشفى الرابط بين الخطة الطبية التي يضعها الطبيب و نشاط الممرض على المريض خاصة في الوضعيات المتسمة بغياب و عي المريض. للإحاطة بهذا الموضوع، نقدم الدراسات التي تناولت العمل الطبي ، ثم نقدم خصائص العمل الاستشفائي ، و بعدها التسطير الطبي و الأخطاء المرتكبة في وحدات الانعاش لتعرض في الأخير الى التسطير الطبي الآلي .

### 1.2 دراسات العمل الطبي

كانت الدراسات الأولية للعمل الطبي تنصب في دراسة نشاط التشخيص فاهتمت عدة اختصاصات بدراسته، نجد في المقدمة الطب بدراسة الفعالية و الأمن فيه، المنطق باعتباره علم أشكال التفكير، علم النفس المعرفي لاهتمامه بالسيرورات الذهنية لنشاط التفكير، الاعلام الآلي في محاولة لميدان الذكاء الاصطناعي وضع أنساق مساعدة لاتخاذ القرار، و كذا الأرغوميا كعلم يهتم بدراسة النشاط و العمل مهما كانت طبيعتهما.

تتميز مختلف هذه الدراسات باعتمادها على دراسة تشخيصات منجزة من قبل، فلا تقدم هذه المنهجية صورة حقيقية حول السيرورة الفعلية لنشاط الأطباء أثناء التشخيص. فمثلا في الوضعيات المدروسة فالمعلومات اللازمة لوضع التشخيص متوفرة و مقدمة للطبيب في تنظيم معين و بالتالي فقرار العلاج في الوضعيات المدروسة ليس له أهمية كبيرة باختلاف الواقع، الذي و في أغلب الحالات ،على الطبيب أن يبحث عن هذه المعلومات و يقوم بمعالجتها و فرزها ( معلومات ناقصة، معلومات متأخرة، معلومات غير منتظرة، معلومات غير لازمة، الخ) بهدف اتخاذ القرار المناسب بالنسبة للعلاج.

اضافة إلى هذا ، فلا توضح الدراسات السابقة البعد الديناميكي لسيرورة نشاط التشخيص الطبي و اتخاذ القرار، و لم يتم الإشارة في هذه الدراسات الى البعد الجماعي للعمل الطبي و الذي يتضح جليا في التكفل الصحي بالمريض في المستشفيات. و لكل هذه الأسباب و غيرها، اتجهت البحوث بعدها (Rasmussen، 1986، Hoc و Amalberti، 1995، 1994، Boreham و آخرون، 1996، 1992) الى دراسة التشخيص كنشاط موجه بالفعل (activité orientée par l'action) في سياقها الطبيعي و ليس كموضوع مستقل، فلقد أدرك الباحثون أن النشاط الطبي لا يتوقف على وضع التشخيص المناسب بل يتعدى ذلك فيتمثل نشاط الطبيب في مراقبة تطور سيرورة ديناميكية (السيرورة الفيزيولوجية) و التحكم في حدود الممكن بأبعاد هذه السيرورة الفيزيولوجية و التنبؤ بتغيراتها. و للقيام بذلك يحتاج الطبيب إلى معلومات يحصل عليها من المنفذين الآخرين . إضافة إلى ذلك، فتطور حالة المريض بين معاينتين طبيبتين الذي لا يتعلق بالعلاج، يظفي الصفة الديناميكية للنشاط الطبي (Ecoiffier و آخرون، 2003).

لهذا تطورت وتتوعدت الدراسات التي تتناول موضوع العمل الاستشفائي، فوجد دراسات تناولته من منظور العمل الجماعي (Rogalski، 1995، Hatchuel، 1996، Ben chekroun و Fassin، 2000، Ben chekroun و Grangeat، 2005) أو كعمل في وضعية ديناميكية (Rogalski، 2003، Grangeat، 2005)، كنشاط لتسيير أنساق تكنولوجيا عالية (Samurçay و Hoc، 1988، Pastré، 1999، Hoc و آخرون، 2004). كما نجد باحثين آخرين يتخذون منظور علم النفس الأروغومي لدراسة العمل الطبي، و نذكر في هذا الصدد دراسات Faure و

Beuskart- و Anceaux ، Boreham ، Gonzalez (1988)، وآخرون (1992، 1996)، و Grof و zéphir (2002) و آخرون (2004) .

## 2.2 خصائص العمل الاستشفائي

بعدما تبين تعدد الأبعاد التي تؤثر الدراسات حول العمل الاستشفائي، نقوم فيما يلي بعرض أهم خصائص هذا العمل بالعودة الى نتائج مختلف الدراسات.

1.2.2 العمل الاستشفائي عمل يتأثر بالسيرورات الزمنية: يتم نشاط الفرقة الطبية والفرقة المعالجة في ظروف زمنية مميزة تتطلب توفير تنسيق زمني للأفعال داخل الوحدة و ما بين الوحدات. تتطلب سيرورة الشفاء تنظيم زمني معين للأفعال أي المزامنة الزمنية للأفعال، وقد يستمر لعدة أيام دون انقطاع، مع العلم أن ديناميكية المرض قد تتطور دون تدخل الفاعلين، إضافة إلى ذلك، على جماعة العمل تنظيم عملها على حساب كل مريض. فكل حالة تختلف عن غيرها في التطور الصحي، وبالتالي فتوزيع زمن التدخل له علاقة كذلك بعدد ونوعية المرضى الذين يجب معالجتهم في مدة معينة.

إضافة الى هذا، وجود عدة فرق متخصصة يتطلب من الأعضاء تنسيق أفعالهم مع نشاط الجماعة الأخرى. فيتعلق نشاط الاطباء بنشاط المرضى وهؤلاء بغيرهم كنشاط عمال المخبر، الصيدلية أو عمال من الادارة. هذا الارتباط يؤدي إلى انقطاع في النشاط واضطراب في سيرورة العلاج ( Gadbois و آخرون، 1992).

يبرز تأثير العامل الزمني في العمل الطبي كذلك في وضعيات الاستعجالية. إن الطبيعة الديناميكية لبيولوجية الانسان المريض، تجعل الفرق الاستشفائية في مواجهة حالات فجائية غير منتظرة، وهذا ما يولد وضعيات لحل مشكل واتخاذ قرار عاجل، وعلى المنفذين فرز الحلول الواردة واختيار الحل المناسب وتطبيقه (Housiaux, 1988 و Dekeyser, 1996).

ميزة أخرى للعمل الطبي و المتعلقة بالتغيرات الزمنية التنظيم التناوبي في العمل الاستشفائي. لضمان استمرارية العلاج خلال الأربع والعشرون ساعة في اليوم وطيلة أيام الاستشفاء، تضطر

إدارة المستشفى، الاعتماد على تنظيم عمل تناوبي بين الفرق النهارية والفرق الليلية وعليها تقديم الخدمة الصحية في كل زمان فلا يعرف المرض عطلا ولا إجازات.

وبما أن الإيقاع البيولوجي للإنسان يختلف بين الفترة الصباحية والمسائية، فقد توه كل من Gadbois (2001) و Estyn-béhar و Bonnet (1992) إلى ضرورة توفير ظروف ملائمة لعمل الفرق الليلية غير الظروف الموفرة في الفترة الصباحية (Falzon، مرجع سابق، ص607).

2.2.2. العمل الاستشفائي عمل انساني: إن الاهتمام بالجانب الإنساني للعلاج قبل القيام بالمعالجة الطبية أو التقنية يساعد إلى حد كبير على شفاء المريض، لأن هذا الأخير ليس مجرد مجموع من الخلايا، بل هو إنسان له أحاسيسه وعواطفه و حاجاته وعلاقاته و اتجاهاته. فأصبح موضوع العلاقة بين الفرقة الاستشفائية والمريض يمثل أهمية كبيرة ، و ذلك نتيجة لاعتراف الكثيرين بأن العلاقات الحقيقية في نفسها تمثل نوعا من العلاج الفعال ، و قد أشارت أبحاث عديدة إلى التأثير الإيجابي للعلاقات الاجتماعية بين الفرقة العلاجية و المرضى داخل المستشفى، وذلك بتوفير المساندة العاطفية التي يمكن أن تؤدي إلى تخفيف الضغط و الضيق الذي يشعر به المريض عندما يكون في حالة خطرة مثلا (فاطمة الزهراء براحيل، 2009).

و هكذا يجد موظف الصحة نفسه في مواجهة نفسية مريض صعبة للتسيير ، و هذا ما يتطلب منه قوة تحمل و شخصية متفهمة لعدة تغيرات نفسية كالفرح، الولادة، الموت، الأسى، القلق، الترقب، الخ وهذا ما يجعلهم يضعون استراتيجيات لمواجهة هذه التغيرات النفسية.

3.2.2 العمل الاستشفائي عمل تقني: يستقطب العمل الاستشفائي والطبي خاصة، فضول التقنيين الذين يبدعون أجهزة تساعد الطاقم الطبي والمعالج على رعاية المريض. وتتنوع تقنية الأجهزة المستعملة من البسيطة كالإبرة الكهربائية (seringue électrique) إلى المعقدة كجهاز تصفية الدم (Hémodialyseur) وفي بعض الأحيان أجهزة ذات تقنية عالية كالإنساق المساعدة لاتخاذ القرار فأول نموذج لنسق مساعد على التشخيص تم وضعه سنة 1974، وهو نسق خبير Mycin الذي يساعد على تشخيص أمراض الالتهابات (infectieuse) والعلاج المناسب، ثم تلتها عدة أنساق. وتجدر الإشارة أن هناك أجهزة تتطلب تدخل عدة فاعلين ما يستلزم تسيير منظم لأفعالهم.

(Falzon، مرجع سابق). كما أدى التطور التكنولوجي الذي مس القطاع الصحي إلى تغييرات في محتوى وتنظيم العمل مع التماس زيادة في المهام الإدارية (Estryn-béhar، مرجع سابق، ص 30)

4.2.2 العمل الاستشفائي عمل جسدي فيزيولوجي: كل حركة أو وضعية، ثابتة كانت أو ديناميكية فهي تتطلب جهد عضلي، ويتميز العمل الاستشفائي بالتنقل بين مختلف غرف المرضى، رفع المرضى ومرافقتهم أو مساعدتهم على التنقل، كل هذه الأفعال قد تسبب في آلام الظهر (Lombalgies) التي تؤدي في بعض الأحيان إلى التوقف عن العمل لذا قد نجد محاولة إدارة المستشفى تكوين الموظفين لوضعية عمل صحيحة (Estryn-Béhar، 1992 و Lortie، 1986)

5.2.2 العمل الاستشفائي عمل معرفي فائق لتعدد المعلومات: يتطلب العمل في مصالح المستشفى، جمع و معالجة المعلومات المعقدة والعديدة والمتغيرة، فكل مريض، ومنذ دخوله المستشفى، يتبادل الفاعلين معلومات حول تطور حالته الصحية لتعديل أفعالهم. فتحيين و الاطلاع على مختلف المعلومات منذ وضع التشخيص إلى غاية اتخاذ القرار بإخراج المريض له ثلاث وظائف كبرى تتمثل في تخزين المعلومات الهامة التي قد يعود إليها المنفذون في أي وقت من التدخل، تبادل معلومات ضرورية لنشاط الآخرين و كذا تخطيط الأفعال والتدخلات لكل حالة (Gadbois و آخرون، 1988).

لضمان أثر الأفعال والحفاظ على هذه المعلومات، يتم الاعتماد على أدوات اتصال، التي قدم كل من Grosjean و Lacoste (1999) دراسة تحليلية حولها توضح إشكالية تصميم هذه الوثائق. وبدخول تكنولوجيا المعلومات والاتصال ميدان الاستشفاء عمدت عدة مستشفيات في البلدان المتقدمة على التنظيم المعلوماتي الآلي والذي تم دراسته دراسة ارغنومية من طرف villemeure و آخرون (2001).

6.2.2 العمل الاستشفائي عمل جماعي: من أهم الخصائص للعمل الطبي في المستشفى، تعدد وتنوع المنفذين، فنجد حالياً أكثر من مائة وخمسون (150) مهنيًا، يختلفون في المهام، الأدوار، الكفاءات يشتغلون في المؤسسات الاستشفائية (Falzon، مرجع سابق، ص 605). فيقوم كل فرد حسب اختصاصه، بتنفيذ مهمة خاصة في ظل هدف مشترك وهو ضمان الرعاية الصحية



للمريض. يتميز البعد الجماعي للعمل في المستشفى بوجود عدة جماعات تستلزم التنسيق فيما بينها مثل (ما بين المصالح)، (مختلف المختصين)، (جماعة نفس التخصص)، (فرقة علاج مريض ما) (Barthe، 2003).

أما Falzon (مرجع سابق، ص 205) فميز بين ثلاثة فرق مختصة والمتمثلة في الإداريين، الأطباء والممرضين (المعالجين). وداخل كل فرقة نجد تسلسل هرمي للمستويات تشترك هذه الفرق في مكان العمل، أجهزة العمل وتتناوب في الزمان وتتكامل وظيفيا حيث تتدخل على نفس المريض (Martin و Gadbois، 2004) عن (Sperandio، 2013، ص286).

هذا التداخل في المهام يؤدي إلى جعل المهام الفردية تتعلق بنشاط الآخرين حيث توجد:

- معلومات ضرورية لتنفيذ المهمة إنما هذه المعلومات بحوزة منفذ آخر.

- أجهزة مشتركة أو مكان تدخل مشترك يستعمل بالأدوار.

- ضرورة تدخل منفذ آخر للمساعدة الجسدية في تنفيذ مهمة لا يستطيع المنفذ الواحد انجازها.

- ضرورة الانتظار لانجاز المهمة بسبب وجود المريض مع مختص آخر وبالتالي.

كما أدى تطور النشاط الطبي في المستشفى الى حدوث قدر كبير من التداخل الوظيفي بين عدد من الفاعلين الذين يشغلون مكانات اجتماعية مهنية متباينة داخل المستشفى. فإجراء عملية جراحية مثلا، يحتاج إلى تظافر جهود فريق عمل يتدرج أعضاؤه من الطبيب الجراح إلى مساعد الممرض، بمعنى أن هناك فارقا كبيرا بين وضع الطبيب ووضع الممرض. ومن الناحية الفنية، وجد أنه كلما زاد تقسيم العمل في المستشفى، فإن الطبيب يتنازل بالضرورة عن أجزاء من وظائفه التاريخية خاصة الحركية منها إلى عاملين من هيئة التمريض أو الفنيين.

رغم هذا التداخل، يبقى الطبيب المنظم و المشرف على مختلف تدخلات موظفي الصحة و الفرقة العلاجية حتى يضمن التكفل الصحي الأمثل بالمريض (Pasi-Delay و Lachaux، 1998؛ Gury و آخرون، 2003).

أوضحت الدراسات التي أجريت في المستشفيات هذا البعد الجماعي للعمل الطبي ، حيث و لوضع التشخيص يحتاج الطبيب إلى معلومات بحوزة زملاء من الأطباء المختصين أو عمال المخبر، و لتنفيذ العلاج تتدخل الفرقة شبه طبية، و لضمان نشاط المراقبة عادة ما يعتمد على المعلومات المستخلصة بعد تطبيق العلاج من الممرضين (Anceaux،2006). فالطب و التمريض مهنتان متميزتان لكنهما مترابطتان و متكاملتان. فيعد الممرض حلقة وصل بين الأطباء و المرضى، و ذلك من خلال تنفيذه لخطة الطبيب و مساعدة المرضى بتقديم شرح مبسط لتشخيص المرض و طرق العلاج. كما أنه يتابع الحالة الصحية للمريض و يعرف تطوراتها لإبلاغ الطبيب بمختلف الملاحظات التي جمعها. و بذلك يساعد الطبيب على الوصول بالمريض الى حالة صحية متحسنة في وقت سريع (براحيل،2009،ص193).

و يعتبر دور الممرض من الأدوار الهامة في المستشفى ، و تتجلى أهمية هذا الدور في احتوائه على العناصر التقنية للعلاج ،بالإضافة إلى العناصر النفسية الاجتماعية فهو واسطة بين الطبيب و المريض و المستمع إلى مطالب هذا الأخير و شكاويه لينقلها بطريقة مهنية الى الطبيب . كما يساهم في شرح الوضعية المرضية و العلاجية للمريض و يحاول التخفيف من حدتها عليه. و هذا ما يجعل الممرض يتحمل قسطا من التكفل الصحي بالمريض و يتقاسم السلطة العلاجية مع الطبيب .

### 3.2 التسطير الطبي في وحدات الانعاش

يعتبر نشاط التسطير الطبي لب العمل الطبي في المستشفيات، حيث تلخص الخطة العلاجية التي يضعها الطبيب والتي سيطبقها و ينفذها الممرض على المريض. و هو نشاط من صلاحيات الطبيب، فهو من يقررها و المسؤول عنها ( Grass و آخرون،2007، ص32) . توجد ثلاثة أنواع من التسطير الطبي التي يقوم بها الطبيب و المتمثلة في تسطير الفحوص التكميلية، تسطير التحاليل المخبرية و تسطير العلاجي الدوائي.

يهدف التسطير الأول والثاني إلى البحث عن المعلومات التي تمكّن من بناء دقيق للتشخيص أو لمراقبة رد فعل المريض للعلاج المطبق. أما تسطير العلاج فيتعلق بالفعل و يهدف إلى تصحيح أو الاحتفاظ بالخطة العلاجية، كما نجد بعض الحالات التي يكون فيها تسطير الدواء بهدف التأكد

من التشخيص. و التسطير الطبي نشاط يرتكز على المعارف و إثباتات علمية، أين على الطبيب أن يطبق أحسن إثبات متوفر لتقديم العلاج (Richardson و آخرون، 1996؛ Adouard و آخرون، 1998)، معتمدا في ذلك على عدة مصادر يستمد الطبيب منها المعلومات اللازمة لإعطاء أوامر طبية مناسبة و تحقيق تسطير جيد مثل:

- التكوين الأولي والتكوين المتواصل ( Lachaux و آخرون، 1998؛ Agoustini و آخرون، 2006).
- الخبرة المكتسبة من خلال الممارسة المهنية ( Prosser و Walley، 2006).
- التعامل مع الأطباء ممثلي الدواء الذين يقومون بالدعاية لدواء معين.
- الزملاء (Pasi-Delay و Lachaux، 1998؛ Sauvagnac و آخرون، 1999؛ Gury و آخرون، 2003).
- الظروف المادية المحلية أثناء ممارسة النشاط (Ray- coquard و آخرون، 2006).
- ارغامات قانونية وتشريعية مؤطرة للمهنة (Grass و آخرون، 2007).

أي نميز ثلاثة محددات أساسية لتسطير الطبيب وهي الخبرة المهنية، المصادر القانونية ووضع العمل. يتطلب التسطير الطبي معالجة معلومات عديدة ترجمتها التفاعلات التي تتم بين الطبيب و الممرض أثناء التسطير الطبي Pelayo (2007). حيث ولكل مريض، يقوم الطبيب بجمع معلومات حول آخر المستجدات والتي حدثت بعد المعاينة الطبية الأخيرة (مثلا نتائج الفحوص شبه اكلينيكية)، وكذا معلومات حول العلاج المتبع ويمكن الحصول على هذه المعلومات بمجرد الاطلاع على ملف الممرض أين يدون كل المعلومات الخاصة بالمريض، والعلاج المطبق خلال الزمن فتسمح هذه المعلومات بإعطاء صورة إجمالية وملخصة حول علاج المريض و هذا ما يمثل تسطير الممرض باتجاه الطبيب أو بالأحرى التسطير التصاعدي فانطلاقا من هذه المعلومات لا يحتاج الطبيب سوى الى معلومات حول قائمة الأدوية المتوفرة مع الإشارة إلى القيمة الاجمالية (La dose entière) لوضع العلاج المناسب. أي أن تسطير الطبي يتم باتجاهين يتمثل الاتجاه

الأول من الطبيب نحو الممرض بهدف تحديد ما يجب القيام به على المريض من فحوص و علاج. أما الاتجاه الثاني فهو من الممرض الى الطبيب بهدف نقل معلومات ذات أهمية كبيرة لاتخاذ القرار المناسب فيما يخص العلاج فسيرورة التسطير تتم اعتمادا على جمع معلومات عامة حول المريض ، العلاج و كذا معلومات دقيقة حول الوضعية، ينتهي المطاف بالطبيب إلى تدوين العلاج للممرض الذي سيقوم بتطبيقه و مراقبة التطورات التي عليه تسجيلها و ابلاغها للطبيب. هذا التبادل للمعلومات يتم في تنظيم محدد لضمان وصول المعلومات و عدم ضياعها في ظل ديناميكية الوضعيات التي يجذب مراقبتها بالتوازي. معظم الأقسام الطبية على غرار قسم الانعاش تخصص وثائق، بطاقات أو ملفات ليستعملها الطبيب و الممرض أثناء نشاط التسطير، لأن غياب المعلومات أو ضياعها أو حتى الخلط بينها قد يؤدي الى أخطاء في سيرورة التسطير.

في دراسة لأسباب أخطاء التسطير الطبي في مصلحة الانعاش الطبية في المستشفى وجد كل من Kopp(2006)؛ Calabresse (2001) و Rothchild(2005) أن ذلك قد يرجع إلى تعدد التسطيرات والتغيرات المتتالية للوضعية أو الى تعدد وتغير المتدخلين.

كما لوحظ التسطير الفائض في هذه الوحدات والذي قد يكون سببه، فضول علمي أو الرغبة في الإلمام بموضوع الحالة، والتخوف من ترك عامل مهم نظرا لخطورة الحالة أو حتى عدم معرفة آثار هذه الفحوص المتكررة. إلا أن هذا التسطير المفرط قد يؤدي إلى آثار سلبية على صحة المريض، كالإصابة بفقر الدم. لذا يقترح le hot (2011) أن يتم تسطير الفحوص التكميلية بعد القيام بالفحص الطبي للرفع من إمكانية الإجابة على الافتراض الموضوع.

#### 4.2 التسطير الطبي الآلي: La prescription médicale informatisée

دخلت تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات الميدان الطبي و خاصة في المستشفيات لمساعدة الفاعلين فيه على تحقيق الفعالية في عملهم. فيما يلي سنتعرض الى التسطير الطبي الآلي و الأنساق المساعدة على اتخاذ القرار.

## 1.4.2 التسطير الآلي عن طريق تدوين الطبيب : Computerized Physician Order

## Entry CPOE

للتخلص من أخطاء التسطير الكتابي وخاصة في وضعيات معينة مثل التي لوحظت أثناء المعاينة الطبية التي يحضرها الممرض حيث يقوم الطبيب بإلقاء العلاج المناسب على الممرض الذي يقوم بتدوينه وهذا ما يسبب في أخطاء التدوين ثم أخطاء العلاج، وضع برنامج C P O E الذي يستلزم تدوين الطبيب بنفسه للتسطير العلاجي، ولقد بينت عدة دراسات (Mahane، 1994؛ AJ.Lee و آخرون، 2002) فعالية هذا البرنامج. قامت Bates وآخرون (2002) بدراسة مقارنة للأخطاء الطبية المتعلقة بالدواء لفترة قبل وبعد الاعتماد على برنامج C P O E. أوضحت الدراسة، انخفاض نسبة الأخطاء ب 55% أي ما يقابل من 10,7 خطأ ل 1000 مريض/يوم إلى 4,86 خطأ. يرجع الباحثون هذه النتائج إلى قدرة البرنامج على الحساب السريع وتنظيم وصفات سهلة؛ إنما وفي الآونة الأخيرة، بينت دراستين أمريكيتين (Igeboechi، 2003؛ Fair، 2004) أن برنامج C P O E يمكن أن يسبب في أخطاء ناتجة عن تكرارات وتأخر تطبيق العلاج من طرف الممرض، وكذا تعدد الانذارات التي يشير إليها البرنامج التي قد تشوش انتباه الطبيب. ولقد ميز (2005) وآخرون Koppel اثني وعشرون وضعية يسبب فيها التسطير الآلي أخطاء في العلاج ثم تم حصرها في أخطاء سببها تعدد المعلومات المقدمة، وأخطاء سببها مشاكل إنسان /آلة. كما أشار Han وآخرون (2006) إلى ارتفاع نسبة الوفيات في مصلحة طب الأطفال من 2,8% قبل الاعتماد على CPOE إلى 6,57% بعد الاعتماد عليه (Bedouch، 2008، ص 55 )

## 2.4.2 أنساق مساعدة على اتخاذ القرار الطبي Computerized Decision Support Systems:

## CDSS

تعمل هذه الأنساق على مساعدة الطبيب في اختيار الدواء، فيتعلق هذا البرنامج عادة بكل مسار الدواء، ويسمح بالتطرق إلى مختلف مراحل التسطير، المعالجة الصيدلانية، تحضير الأدوية وتقديمها للمريض.

أثبتت عدة دراسات (Grass و آخرون، 2003) الميزة الوظيفية لهذا الأنساق والتمثلة في الرفع من كفاءة الأطباء والحد من أخطاء تسطير الدواء. كما سبق وذكرنا أنفاً، فالتكفل بالمريض، يتطلب التحكم في عدة معلومات اكلينيكية وفردية والتي يمكن أن تسهلها الوسائل التكنولوجية من CDSS و CPOE؛ حيث تساهم هذه الوسائل في تخفيض أخطاء تسطير العلاج، عن طريق تنظيم الأفعال (La structuration des actions) واعتراض حدوث الأخطاء (l'interception des erreurs) الاعتماد على معطيات علمية، والمساعدة على اتخاذ القرار المناسب بذلك المريض. إنما ورغم كل هذا، يدعو الباحثون إلى التعامل بتحفظ مع هذه البرامج، وكما يقترح koppel وآخرون (2005) فمن الضروري إرفاق هذه البرامج بالاهتمام بالعوامل الانسانية والتنظيمية للتكفل الصحي (Bedouch، مرجع سابق) .

تبيّن لنا من خلال أدبيات موضوع التسطير الطبي أنه نشاط جماعي يتطلب تدخل منفذين على الأقل، يتعلق الأمر في الوضعية التي نهتم بها بالطبيب و الممرض. يتم التنسيق بين أفعال المتدخلين بالاعتماد على الاتصالات الوظيفية التي هي ركيزة هذا النشاط. لذا سنتناول في الفصل الثالث نشاط التسطير الطبي من كونه عملاً جماعياً يتطلب تدخل منفذين مختلفين كما يركز على الاتصالات الوظيفية المتبادلة بين جماعة العمل.

## الفصل الثالث

### البعد الجماعي لنشاط التسطير

يتطلب التسطير الطبي تدخل الطبيب و الممرض لوضعه و تطبيقه. لذا سنتطرق في هذا الفصل الى البعد الجماعي لنشاط التسطير من خلال التعرض الى التسطير كعمل جماعي و التفصيل في الاتصالات التي يتم بفضلها التنسيق بين أعضاء جماعة العمل. نتناول أولاً التسطير كعمل جماعي بالتطرق الى العمل الجماعي، جماعة العمل، مظاهر العمل الجماعي، متطلبات فعالية العمل الجماعي و كذا منهجية دراسة العمل الجماعي. بما أن هذا التسطير الطبي يركز على وثائق اتصالية تسطيرية، سنتناول الاتصالات الوظيفية التي أصبحت محل اهتمام عدة باحثين في مختلف العلوم، على غرار علم النفس و الارغونوميا و هذا لما لها من أهمية في تحقيق التنسيق و الفعالية في النشاطات الجماعية. سنتناول مفهوم الاتصال، وظائف و أصناف الاتصالات، عناصر العملية الاتصالية، السياق كمعدل للاتصالات و أشكال الاتصالات.

### 1. التسطير عمل جماعي

أصبح العمل الجماعي، منذ قرابة ثلاثون (30) سنة موضوعاً كاملاً للبحث والتدخل في الأرغونوميا و يرجع ذلك إلى التغيرات التكنولوجية والتنظيمية التي يعيشها ميدان العمل. حسب العديد من المراجع، فإن التناولات الأولى للعمل الجماعي في الأرغونوميا قد بدأت مع De Favergel (1969) في كتابه (Les systèmes hommes- machines) وكذلك (1970) في كتابه (l'organisation vivante) لتتوج بعد سنوات بالمؤتمر الخاص بالمظاهر الجماعية للعمل الذي نظمته جمعية الأرغونوميا للغة الفرنسية (SELF). بعدها تلتها عدة بحوث (Weill و Ben chekroun ؛1999، Barthe ؛1998، De lagarza ؛1991،1994،Le plat) (2000،Caroly ؛ 2000،fassina) ميز Ben chekroun و Fassina (2000) بين ثلاثة أنواع من مواضيع البحوث في الارغونوميا والتي تنصب في مجال العمل الجماعي.

اهتم النوع الأول من البحوث بتحديد جماعات العمل التي تبنيها المهمة المسطرة، وحلول دراسة علاقة النشاطات الفردية بالنشاط الجماعي، وكذا النماذج المتبعة لتحقيق الأهداف الشخصية والأهداف الجماعية المشتركة.



استهدف النوع الثاني من الدراسات فهم التفاعلات والتداخلات بين عدة عمال عليهم تسيير وضعيات متغيرة.

أما النوع الثالث، فهو نابع من مبادئ الارغنوميا والمتمثلة في البحث عن الفرق بين المهمة المسطرة لجماعة العمل ونشاطهم الفعلي، ليوضح مدى أهمية التعديلات التي تقوم بها جماعة العمل حتى تضمن الفعالية والأمن. مهما يكن نوع البحث، فالهدف الأول للأرغنوميا هو فهم الديناميكية الجماعية للعمل الفعلي حتى تتمكن من تقديم اقتراحات تصحيحية أو تصميمية (Barthe، 2003، ص51).

### 1.1 العمل الجماعي: Le travail collectif

يتعدى العمل الجماعي مجموع الأعمال الفردية، فهو انجاز مشترك لنفس المهمة من طرف عدة عمال في أماكن وأزمنة قد تكون مشتركة أو مختلفة (Le bris، 2010، ص42). يقصد بالعمل الجماعي إنجاز المهام التي تتطلب الربط بين عدة عمال (Le plat، 1993) أو هو العمل الذي يؤديه مجموعة من العمال يعملون على تحقيق نفس الهدف بالمساعدة فيما بينهم وربط نشاطاتهم. كما يقصد به كذلك تفاعل عاملين أو أكثر، وارتباط أفعالهم (interdependance) وتكيفهم لتحقيق الهدف أو المهمة المشتركة والمتداخلة في الأدوار والوظائف المسندة إليهم (Rogalski، 2005).

فالنشاط الجماعي تسيير للتداخلات (interferances) يتطلب ذلك حسب Hoc (2001) توفر شرطين على الأقل وهما عمل الأفراد على تحقيق أهداف متداخلة، سواء كان التداخل على مستوى النتائج أو على مستوى الاجراءات، ومحاولة معالجة هذه التداخلات حتى يتم انجاز أنشطة الفرد لتسهيل انجاز أنشطة أخرى في المهمة المشتركة.

للعمل الجماعي ثلاثة وظائف أساسية (Schmidt، 1994) والمتمثلة في الوظيفة التزويدية (augmentative)، وهذا يحدث عندما لا يكون العامل لوحده قادر على انجاز مهمته نتيجة كثافة العمل. أما الوظيفة الثانية، فهي الوظيفة الإدماجية (intégrative) عندما يتطلب انجاز العمل تعدد الكفاءات. والوظيفة التفاوضية (débatative) التي تسمح باتخاذ وجهات نظر مشتركة بين أفراد جماعة العمل.

يمكن لأكثر من وظيفة أن تدخل في وضعية عمل معينة، بغض النظر عن عدد أفراد الجماعة. نجد مثلاً، في قيادة طائرات الهليكوبتر بعاملين، الوظيفة التزويدية و الوظيفة الإدماجة لهذا النشاط، فتدخل كفاءة الميكانيكي اضافة الى كفاءة قائد الطائرة لتحقيق هذا الهدف؛ و هذا ما يحدث في وضعيات العمل الطبي في ميادين الجراحة، التخدير أو التكفل الصحي في المستشفيات عامة ( Rogalski، المرجع السابق).

## 2.1 جماعة العمل: Le collectif de travail

من بين أصعب المواضيع لدراسته في تحليل العمل، نجد المسائل المتعلقة بعلاقة ما هو فردي بجماعة العمل في النشاط (Clot، 2006، ص127). تختلف التسميات التي تطلق على جماعة العمل باختلاف الباحثين و الوضعيات المدروسة و التي تتعلق بالفرق ما بين الجماعة الرسمية و الجماعة الفعلية ،بالاستقرار الزمني لأعضائها و كذا بمدى الاشتراك في الأهداف ( Le bris، 2010، ص42). يتحدث Leplat (2000) عن البعد الجماعي للعمل الفردي، أما Ben chekroun و Fassina (2000) فقد اهتمتا بالعمل الجماعي و تطرق كل من cru و dejours (1995) الى جماعة العمل . بالنسبة ل Hucchins (1995) فيعتبر النشاط الفردي مكون بسيط لنسق وظيفي موزع بين العمال والآلات وعكس ذلك هو نظرة Hoc (1996) الذي يشرح ذلك بالمسار الكلاسيكي الذي ينطلق من الفردي إلى الجماعي.

تنشأ جماعة العمل انطلاقاً من قواعد المهنة (règles du métier) ( cru، 1995) وعلاقات الثقة (les relations de confiance) (Alter، 2009) والوسائل الثقافية (les Artefacts culturelles) وتتعلق بكيفية الوجود في علاقة ما والاشتراك في خصائص العمل الجيد. أي أن جماعة العمل لا تمثل بالضرورة الفرقة المسطرة ولا تختصر في فرقة تتكون من مجموعة من الأفراد (Caroly، 2010، ص 372)، انما هي جماعة تبنى من خلال و من أجل العمل. ينتج هذا البناء عن التنفيذ الجماعي للأهداف المسطرة في ظل احترام قواعد المهنة و كذا الأهداف الخاصة بالجماعة و التي يمكن أن تتعلق بصحتهم، أمنهم أو حتى بتسيير نشاطهم ( Le bris، المرجع السابق) فجماعة العمل هي نتيجة لبناء جماعي غير رسمي.

يطرح تنسيق الجهود الفردية ضمن مهمة جماعية اشكالية الظروف المكانية والزمانية للنشاط الجماعي ونعني هنا، امكانية تقاسم نفس فضاء العمل أم لا، حيث يتأثر النشاط الجماعي بإمكانية التفاعل و التعاون المباشر (Coopération en présence)، أم لا في وضعيات تعاون غير المباشر (coopération à distance) ، فتزداد الحاجة إلى الاتصال لتفاعل الأنشطة الفردية في وضعيات التعاون غير المباشر (Rogalski، 2005) .

### 3.1 مظاهر العمل الجماعي

تتعلق أشكال العمل الجماعي بتنظيم المهام داخل الجماعة التي أسندت إليها المهمة الرسمية العامة، فتأخذ أشكالاً متعددة حسب أهداف المنفذين و تنسيقهم لأنشطتهم من حيث الزمان والمكان. تميز Rogalski (المرجع السابق) بين بعدين للعمل الجماعي من المنظور النسقي و المتمثلين في البعد العمودي (La dimension verticale) و البعد الأفقي (La dimension horizontale). يعني البعد الأول وجود مستويين هرميين وظيفيين على الأقل، يتعلق هذا الشكل بالوساطة (la médiation) أين يفوض فيها أحد العمال لعامل أو مجموعة من العمال كل أو جزء من مهامهم التي تتم تحت مسؤوليته. أما البعد الأفقي فيعني تفاعل عمال من نفس المستوى الهرمي فيما بينهم. قدم De la garza و Weill fassina (2000) تعريفات لمختلف مظاهر العمل الجماعي و التي تميز بين التعاون، المشاركة، التعاون في الفعل و المساعدة انطلاقاً من معيار الزمن، الاشتراك في الأهداف، التنسيق، الخ.

#### 1.3.1 التعاون (La coopération)

يقصد بالتعاون التفاعل مع البيئة سواء كانت تقنية أو بشرية قصد الوصول إلى تحقيق هدف مشترك. كما يعني عمل الأفراد على نفس الموضوع لتحقيق هدف مشترك. يسمح التعاون انسان مع انسان بمواجهة تغيرات وضعية العمل ، التعرف واسترجاع الوضعية الآمنة. كما يسمح ببناء فهم مشترك و ربط الأفعال بين أعضاء جماعة العمل (De montmollin، 1997).

يشير Amalberti (1996) إلى أن سيرورة التعاون تتأثر بثلاثة عوامل أساسية للتعقد: البنية السلمية للعمل مثل دور المعلومة المتوفرة في أخذ القرار، شخصية العمال، وطبيعة القيادة

الممارسة من طرف الرؤساء. أما العامل الثاني فهو البنية الوظيفية مثل عدم وضوح الحدود الذي يؤدي إلى الصراع، التطور غير المتزامن بين مختلف الأقسام وفي الأخير، البنية الزمنية التي ترتب وترتبط بين المراحل الكبرى للسيرورة والمزامنة بين جميع مركبات النشاط ( عمران، مرجع سابق، ص 27). تتحدث Rogalski (2005) عن التعاون الموزع ( La coopération distribuée ) أين على المتفاعلين انجاز مهمات جزئية تنطوي في مهمة جماعية مشتركة. مثل عمل الممرض و مساعده على تحضير المريض للقيام بعملية جراحية.

### 2.3.1 المشاركة في الفعل (La co-action)

تتعلق بالوضعيات أين يقوم العمال بأفعال مختلفة و على مواضيع و أشياء مختلفة لبلوغ أهداف مختلفة على المدى القصير، لكن يمكن ضمها في نشاط مشترك على المدى البعيد. فهي حالة محددة من الفعل الجماعي، تتميز بكون لا يشتركون مباشرة في انجاز مهمة محددة، انما يشتركون في موارد معينة كالفضاء، وسائل الاتصالات أو الأدوات و التي تستدعي تعاون الفاعلين لتسيير التداخلات الممكنة (Rogalski، المرجع السابق).

### 3.3.1 المشاركة (La collaboration)

تعني انجاز عمليات مختلفة على موضوع عمل واحد من طرف عمال مختلفين، فترتبط أفعالهم لتحقيق هدف مشترك على المدى القصير أو المتوسط. يتطلب تحقيق المشاركة تدخل عدة وحدات عمل لا تشتغل بالضرورة في نفس المكان، فهي تتعلق بجماعة ما بين الأقسام و كذا ما بين المهن. في حالة المشاركة، تكبر جماعة العمل لتقترب من الشبكة.

### 4.3.1 المساعدة (L'aide et l'entraide)

يقصد بها مساندة شخص آخر بإنجاز فعل أو عمل في مكانه أو عوضا عنه. هذه الوضعية غير الرسمية تحدث عندما يقوم عامل ما بمساعدة عامل آخر دون أن يطلب ذلك منه، انما يستفيد في ربح الوقت . كما يضمن هذا الشكل من الأعمال توزيع عبء العمل ما بين العمال ( Le bris، المرجع السابق، ص46)

#### 4.1 متطلبات تحقيق فعالية العمل الجماعي

توجد شروط يجب توفرها في الأعمال الجماعية لضمان استمرارية النشاطات و تسيير التداخلات في ظل التركيب و التعديلات التي تعرفها هذه الأنواع من الأعمال و التي من بينها المزامنة المعرفية، المزامنة الزمنية و الاتصالات الوظيفية.

**1.4.1 المزامنة المعرفية (La synchronisation cognitive):** أو التصور العملي المشترك (le référentiel opératif commun) يقصد به نظام التصورات الداخلية، الذهنية التي تدخل في الفعل وفي الوضعية المهنية (Weill fassina، Rabardel، Dubois، 1993) كما ارتبط هذا المصطلح بعد مصطلحات أخرى مثل النماذج الذهنية (Les models mentaux) (ريشارد، 1990)، نجد النماذج الذهنية المشتركة (models mentaux communs) عند Rouse و آخرين (1992) و (2001) Le plat. نظرا لأهميته في الأنشطة الجماعية اهتم العديد من الباحثين بهذا المفهوم (Navarro، 2003؛ Le plat، 1997؛ Salembier، 2002).

إن أساس بناء هذا التصور يعود إلى الاشتراك، فحسب Chabaud و Deterssac (1999) فإن "الاشتراك في الكفاءات، الذي يكمل في نفس الوقت التصور الذي يملكه كل فرد عن المهمة التي يجب انجازها، يكون التصور المرجعي المشترك الذي يسمح بالتوفيق بين قرارات كل واحد حسب معارف الآخرين". أي أنه لبناء التصور العملي المشترك من الضروري امتلاك أفراد جماعة العمل لمعرفة مشتركة، لنماذج مشتركة وللغة عملية مشتركة للاتصال، خاصة للقواعد التي تسيير أفعال بعضهم البعض (عمران، مرجع سابق، ص29)

والبناء الجيد للتصور العملي المشترك، يسهل التعاون والعكس بالعكس، فوجود اختلافات في التصورات يؤدي إلى حدوث اضطرابات في النشاط. وتتمثل الفائدة العملية لهذا المفهوم في استغلاله لتصميم وضعيات وأنظمة عمل جماعية، فوضعيات العمل أو أدوات العمل التي تصمم انطلاقا من دراسة المراجع المشتركة لها حظوظ ليتقبلها المنفذون أكبر من تلك التي صممت دون الاعتماد على هذه التصورات (أيت مجبر، 2012، ص 22).

تتميز المعرفة المشتركة هذه بالعملية (opérativité)، أي أنها منظمة على أساس توظيفها للاستجابة لأهداف محددة وظروف إنجاز العمل. ويتم بناء هذا النوع من التصور بالاتصال

اللغوي ثم يصبح عفويا إلا في حالة الأحداث غير المتوقعة ويتعلق الأمر هنا بالمعرفية الموزعة (la cognition distribuée) أين يشترك العمل في نموذج الوضعية والاشتراك في المعارف الضرورية لإنجاز النشاط (Le plat، 2000)

يرى HOC (2002) أن مفهوم الإطار المشترك للمرجع (cadre commun de référence) يعبر عن تصور داخلي يقابله سند (support) خارجي، كما يرى نفس الباحث أن المنفذ عندما يقوم بتقديم عناصر من مرجعه الفردي عن طريق الاتصال لمنفذين آخرين، فإنه يقوم باستخراج (externalisation) المرجع الداخلي له، وبالتالي فالمرجع الداخلي لديه نظير مادي هو المرجع الخارجي المشترك (Sombie وآخرون، 1996). كما أعطت الدراسات حول المراجع المشتركة أمثلة أخرى عن تجسيد (matérialisation) التصور العملي المشترك وهو ما أشار إليه Leplat (1998) عندما عبر عن امكانية تجسيد المرجع المشترك عن طريق لغة مشتركة (Langage commun).

2.4.1 المزامنة الزمنية: Synchronisation temporelle: تتعلق باحترام التتابع الزمني في تنفيذ أفعال مختلف العمال أو المزامنة الزمنية العملية (Synchronisation temp-opérationnelle) بهدف ربط الأفعال (coordination des action) والتي لها وظيفتين:

- ضمان تقسيم المهام بين زملاء النشاط الجماعي.
- ضمان انطلاق، توقف و توازي وتيرة الأفعال التي يجب انجازها (عمران، مرجع سابق، ص 30).

يلعب التخطيط دورا هاما في المزامنة الزمنية للأفعال، فيسمح بإعطاء إطار مشترك للأفعال، الفردية ويقدم امكانية التنبؤ بها، وإلى جانب العمليات المعرفية، نجد دور الاتصال الشفهي في تبادل المعلومات والوصول إلى بناء تصورات مشتركة (Rogalski، 2005).

## 3.4.1 الاتصالات الوظيفية

يعتبر الاتصال محركا لمختلف التفاعلات التي تتم في العمل الجماعي، فيحتاج المنفذون إلى الاتصال فيما بينهم لأداء المهمة الجماعية بهدف توضيح مقاصدهم (intentions) في المهمة وكذلك فهم وترجمة مقاصد الآخرين.

ويعني الاتصال الوظيفي (la communication fonctionnelle) في النشاط الجماعي، الاتصال الذي يهدف إلى التدخل على مواضيع الفعل (les objets de l'action) ووسائل الفعل، وعلى تحويل التصورات الظرفية (circonstancielle) للزملاء الآخرين في الفعل. يمكن أن يكون موجها لإنتاج الموارد (الوسائل، المعارف الجماعية، الوقت، الخ) أو التخفيف من الارغامت، تسيير عبء الفعل وحتى تكوين الافراد المشاركين في الفعل الجماعي (Rogalski، 1998). تهدف الاتصالات وحركة المعلومات إلى تكوين توقعات ونماذج عن الوضعية وهي بدورها تنظم أنشطة المنفذين، وكل انقطاع أو تأخر، في هذه الحركة يكون سببا في تعقد النسق (أيت مجبر، 2012، ص10).

## 5.1 منهجية دراسة العمل الجماعي

لدراسة النشاطات الجماعية، يمكن الاعتماد على نموذج تحليل النشاطات الفردية، مع أخذ بعين الاعتبار الجانب الجماعي للعمل، وذلك بدراسة المتغيرات الخاصة بالمهمة الجماعية، خصائص العمل، النشاط الجماعي، نتائج النشاط على جماعة العمل ودراسة عبء العمل عموما. يوجد تناولين لدراسة النشاطات الجماعية، إما باعتبار جماعة العمل كنسق ووحدة يتناول خصائصه وأشكال سيره، أو باعتبار العمل الجماعي من خلال النشاطات الفردية. رغم التمييز بين التناولين، إلا أنهما في الحقيقة مرتبطين لارتباط الأفعال الفردية بالأفعال الجماعية (Leplat، 2008).

يعتبر التناول الأول جماعة العمل في الفعل الجماعي (l'action collective) كعامل جماعي (opérateur collectif) الذي هو في الحقيقة وهمي على أساس أنه فرد، يتجسد في موضوع نفسي لهذا فإنه يسمى بالعامل الافتراضي (l'opérateur virtuel). يسمح هذا التناول بإبراز الكفاءة الجماعية (La compétence collective) حيث يمكن تناول العامل الجماعي بنماذج العمل الفردي

مثل نموذج Hoc (2001) ونموذج Rasmussen (1986) الذي هو الأكثر استعمالاً (Rogalski، 1998). يعتبر الاتصال المتبادل بين أفراد جماعة العمل، كتشفيهِ و استخراج لما هو داخلي بالنسبة للعامل الافتراضي.

أما التناول الثاني، فيركز على عامل محدد بدراسة التفاعلات مع مواضيع المهمة، ومع العمال الذين يشاركونه نفس الفعل، وتقاطعها مع تحليل تدفق الاتصالات. في هذه الحالة، تظهر أهمية وخصائص ديناميكية التفاعل الوظيفي التي تنتج من تحليل المعرفية الفردية بإدخال المواضيع الاجتماعية لهذه المعرفية (la cognition individuelle). يقوم هذا التناول بدراسة العمل الجماعي بتركيز التحليل على كل عامل على حدى وتحليل العمل الجماعي كنسق من الأفعال الفردية أين يكون لكل عامل نوعين من مواضيع الفعل، مواضيع مهمته والعمال الآخرين.

تظهر هنا كذلك أهمية دراسة تسيير التداخلات (la gestion des interférences) في حالة التعاون الموزع (la coopération distribuée) بين أفراد جماعة العمل، وكذا تفاعل الكفاءات سواء بالوساطة (médiatisation) أو بالإعانة (support) حيث يسمح تحليل تدفق الاتصال بين العمال بتقييم مساهمتهم والشكل الفعلي للعمل الجماعي من حيث ارغامات المهمة الجماعية (Rogalski، 2005، ص 10).

يتطلب التكفل الصحي بالمريض القيام بعدة أفعال من طرف عدة متدخلين، ويمثل التسطير الطبي لب هذا النشاط، والذي يتميز بتفاعلات بين الطبيب والممرض، حيث يسيطر الطبيب الخطة العلاجية ويعمل الممرض على تطبيقها، واعتمادا على الملاحظات والتطورات التي يسجلها الممرض حول حالة المريض، يقوم الطبيب باتخاذ قرارات طبية تتعلق بتعديل الخطة العلاجية أو الاحتفاظ بها.

هذا العمل الجماعي يفرض منطقته المتمثل في التعاون الناشئ بين متفاعلين مختلفين "طبيب وممرض" تربطهم علاقات مهنية هرمية. لذا فنوع العمل الجماعي الذي نهتم بدراسته في بحثنا هذا والمتمثل في نشاط التسطير الطبي هو "تعاون عمودي" بين عمال لديهم نظرة مختلفة، تكوين، كفاءة ومعارف مختلفة ولكنها متداخلة أي أن وظيفة هذا التعاون هي الإدماجية، أي أن التسطير الطبي عمل جماعي بمظهر تعاون عمودي ادماجي (Coopération verticale intégrative).



حسب Pelayo (2010) فيوجد عدد قليل من الدراسات التي نشرت حول هذا الموضوع. يربط هذا النوع من التوزيع بين متفاعلين مختلفين، ما يجعل المعارف والمعلومات التي يملكها كل واحد منهم عن الوضعية تضعه أو تسمح له ببناء تصور جزئي حول السيرورة العلمية (brehmer، 1991) ، فيتطلب الإلمام بالوضعية تناولها من منظور خاص يشمل النظرة الفردية للعملية ونظرة الآخر لها (Rogalski، 1995). لذا على كل واحد من أفراد جماعة العمل (طبيب وممرض) فهم ما يقوم به الآخرين، حتى وإن اختلفوا في تصوراتهم عن الوضعية، أي أن الفعالية في الوضعية تستدعي تصورات ومعارف متطابقة (compatibles) بين الأعضاء (Leplat، 1991) لذا وحتى يتم التوافق بين التصورات، على المتفاعلين إخراج (externaliser) هذه المعارف عن طريق الاتصالات الوظيفية المتبادلة حتى يسمح للآخر بالتعرف عليها.

## 2. الاتصالات الوظيفية عماد نشاط التسطير

يعني علم النفس العمل عناية بالغة بسيكولوجية الاتصال، و لقد خصص عدة أبحاث تهتم بمختلف الاشكاليات التي تتمحور حول الاتصالات (De montmollin، 1983)، إذ يمثل الاتصال حقيقة ميدانية معترف بها في عالم الشغل، و هذا بغض النظر عما إذا كانت طبيعته شفوية أو كتابية، كونه مركز النشاط أو مكوّن طرفي له ؛ حيث نادرا ما نجد وضعيات عمل لا تتطلب من العمّال علاقات اتصالية (Fillietaz، 2005). هذه الحقيقة تبين الدور المهم الذي يلعبه الاتصال في تحقيق فعالية النشاط كما يفصّله (Lacoste، 2001، ص24) عندما يكتب أن "الاتصال يساهم بعمق في المنطق العملي، تسيير المعارف، بناء جماعة العمل، البرمجة الزمنية و المكانية للعمل، نقل التعليمات و كذا تحديث المعايير و القواعد". لذا نجد عدة دراسات تناولت هذا الموضوع، سواء في الميدان الفرنكوفوني لتحليل العمل (Boutet، 1995، Lacoste و Grosjean، 1999؛ Fraenkel و Borzeix، 2001) أو الميدان الانجلوساكسوني لنظريات الخطاب (Drew و Heritage، 1992؛ Robert و Sarangi، 1999؛ Weiss و Wodak، 2002؛ Candlin و Sarangi، 2003).

و يرجع De montmolin (1997، ص71) اهتمام ارغنوميا تحليل النشاط بدراسة الاتصالات في العمل إلى عاملين. يتمثل العامل الأول في وجود وضعيات عمل تعتبر الاتصالات فيها جزء من المهمة التي على العامل انجازها (شباك بيع التذاكر، صيانة الهواتف، الاستشارة الطبية، الخ)، أما

العامل الثاني فيتعلق بكون الاتصال ضروري لضمان التنسيق و بصفة عامة فهو مهم لتنفيذ النشاطات الجماعية.

## 1.2 تعريف الاتصالات

يرى هوفلاند أن الاتصال هو العملية التي ينقل بمقتضاها الفرد القائم بالاتصال مثيرات غالبا ما تكون رموز لغوية بهدف تعديل سلوك الآخرين (مستقبلي الرسالة). في حين يرى تشارلز موريس أن مصطلح الاتصال حينما نتناوله بشكل واسع النطاق فإنه يعني أن توافر شرط المشاركة و التآلف حول قضية معينة سواء بواسطة الرموز أو أي سبل أخرى يحقق الاتصال، و هذا يعني انه حينما يغضب شخص ما و ينتقل ذلك الغضب الى شخص اخر فاننتقال المشاعر بين الأفراد هنا هو اتصال (محمود فتحي عكاشة ، 1999، ص 313).

أما لندبرج فيقول أن كلمة اتصال تستخدم للإشارة إلى التفاعل بواسطة العلامات و الرموز التي قد تكون حركات أو صور أو لغة أو أي شيء آخر يعمل كمنبه للسلوك. كما أن السلوك الناتج عن هذا التفاعل قد لا يحدث لمجرد التعرض للمنبه نفسه، بل لابد من تهيئة الفرد المتلقي ليتقبل المنبه بشكل معين. أما عالم الاجتماع الأمريكي شارل كولي فقد كتب في 1909 في كتابه "التنظيم الاجتماعي" أن الاتصال هو الميكانيزم الذي تتواجد و تتطور من خلاله العلاقات الانسانية و يشمل كل رموز الروح مع وسائل نقلها و الابقاء عليها ،كما يشمل تعابير الوجه، المواقف، الحركات، نبرة الصوت، الكلمات، الطباعة، السكك الحديدية، التلغراف و التلفزيون(ح.شريط، 2000، ص30).

في حين ميّز Cranch Von (1973) بين التفاعل، المعلومة و الاتصال؛ حيث اعتبر المعلومة تلك الوحدة التي يستنتجها العامل من ملاحظة عامل آخر أو آلة أخرى، و أن أثر هذه المعلومة يمكن أن يترجم في سلوك العامل أو الآلة ،عندما يحدث هذا فنتحدث عن التفاعل الذي يعني تأثير عنصر معين على آخر مهما تكن الوسائل المستعملة لإحداث هذا التغيير. أما الاتصال فهو كل وضعية تفاعل خاصة يحددها استعمال الرموز الموضوعية مسبقا للتواصل (Guillevic ، 1999، ص128).

حسب قاموس العلوم المعرفية، يتمثل الاتصال في كل عملية يتم من خلالها نقل معلومة من عنصر إلى آخر. ثم تطوّر هذا المفهوم بفضل دراسات علم النفس المعرفي ليشمل العمليات المعرفية التي يتم من خلالها معالجة المعلومة المنقولة.

أما Ghiglione (1986، ص102) فيعرف فعل الاتصال على أنه بناء جماعي للواقع بالاعتماد على نظام الرموز و كذا بتقبّل لعدد من المبادئ التي تسمح التبادل و عدد من القواعد التي تسيّره. بالنسبة ل Karsenty و Dumazeau (2008، ص227) فالاتصال سيرورة قصدية و استدلالية ، حيث لا يتضح مقصود المرسل بمجرد فقط الفهم الأدبي للرسالة المنقولة بل يتعدّى ذلك وفسّره Sperber و Wilson (1986) بأنه لتحقيق قصد اتصالي ، على الفرد المرسل أن يحدد الحد الأدنى من المؤشرات (الشفهية و غير الشفهية) التي يجب استعمالها حتى يسمح للمستقبل أن يستدل مقصود الرسالة بأقل جهد ممكن.

و يرى Lacoste (1997) أن الاتصال عبارة عن إنتاج و معالجة للمعنى، فالعامل المتلقي يبني تفسيره للرسالة انطلاقاً من مؤشرات يلتقطها من الكلام و من المحيط (Le plat، 2001) أما الاتصالات الوظيفية – و هي ما يسلط الضوء عليها بحثنا هذا – فيعرفها كل من Leplat و Savoyant (1983) على أنها كل الاتصالات التي تتعلق مباشرة بمحتوى العمل المنجز. و يجب التركيز على كلمة "مباشرة" في التعريف المقدم، إذ لا تعتبر الاتصالات ذات الهدف العلانقي الاجتماعي بهدف الالتحام بين العمال من الاتصالات الوظيفية، رغم الدور الذي يمكن أن تلعبه في تحقيق فعالية النشاط الجماعي (Falzon، 1994).

من خلال ما سبق يتبين لنا أن مفهوم الاتصال قد تطور و أصبح يشمل عدة عناصر (المرسل، المستقبل، الرسالة، القناة، الوضعية، الهدف، الوظيفة، الخ). لذا أصبح الحديث اليوم في الارغونوميا عن النشاط الاتصالي لما يميّز من الديناميكية وما يتطلب من عوامل و مهارات لتحقيق فعالية اتصالية؛ هذه الأخيرة التي إذا غابت تترك صعوبات في كيفية تحديد بعض المواضيع، عدم التفاهم أو أخطاء في التفسير التي تثقل الحوارات وبالتالي تسبب في أفعال خاطئة و في بعض الأحيان نتائج وخيمة قد لا يتم اكتشافها مباشرة و بالتالي صعوبة استرجاع الوضعية الآمنة (Dumazeau و Karsenty، مرجع سابق، ص 226).

## 2.2 عناصر العملية الاتصالية داخل التنظيم

حددها د/شوقي ناهي جواد في كتابه "إدارة الأعمال" في ستة عناصر هي على التوالي:

1.2.2 المرسل أو واضع الرموز: في كل عملية اتصال، ينبغي أن يكون هناك مصدر للمعلومات

أي مرسل لها، هذا المصدر هو الذي يرمز رسالته ويختار القناة الاتصالية المناسبة.

2.2.2 المستقبل أو مفسر الرموز: وهو الشخص الذي يفسر رموز الرسالة، ويتم التأكد هنا، على

الاصغاء في الاتصال الشخصي، والانتباه في حالة الاستماع أو المشاهدة، والتمعن عند

القراءة لضمان انتقال المعنى المطلوب.

3.2.2 الرسالة: وهي المضمون والفحوى والرمز والاشارة والألفاظ التي تساهم في نقل المعاني

من المرسل إلى المستقبل وتؤدي إلى حدوث الاستجابة المطلوبة بين الأطراف المعنية

بعملية الاتصال

4.2.2 القناة: هي المسار الذي تتخذه الرسالة، وهي المجرى الذي تتدفق من خلاله المعاني

والألفاظ والمعلومات، لتصل في النهاية إلى المستقبل. ينبغي فحص قدرة كل قناة على نقل

المعلومات مع مراعاة انسيابيتها، سعتها، طولها وارتباطها بالقنوات الأخرى. أهم القنوات

المتاحة حالياً في التنظيمات هي:

المحادثة المباشرة وجها لوجه، الحديث غير المباشر كالمكالمات الهاتفية، الرسائل المكتوبة

كالمخاطبات، المذكرات و المستندات الرسمية كالوثائق و القوانين والتعليمات.

أما حسب اتجاه الرسالة، فنجد أربع أنواع من القنوات: اتصالات نازلة، صاعدة، أفقية و اتصالات

غير رسمية.

## 5.2.2 التغذية العكسية أو رجوع الصدى

الاتصال على نوعيه من الاتجاه، منه ما هو باتجاه واحد، ومنه ما يأخذ اتجاهين اثنين، وبما أن

المرسل يرغب بالتأكد من وصول رسالته، واستجابة الطرف الثاني لها، عليه أن يوفر شبكة

اتصالات مرتدة من المستقبل لاتخاذ الاجراء التصحيحي السليم، وهذه المعلومات المرتدة هي

التغذية العكسية أو (رجع الصدى) التي لها مدلولاتها في العمليات المنظمة وتنفيذ التعليمات، وعموماً، فإن التغذية العكسية السليمة لها خصائص محددة هي:

- **معلومات مساعدة:** بمعنى أن تضيف المعلومات المرتدة شيئاً ما للمعلومات المرسلة في البداية.
- **معلومات وصفية وليست تقييمية:** فإذا استجاب المستقبل بمعلومات وصفية، فإن الاتصال قد حقق الفعالية المنشودة منه، وإذا لجأ المستقبل إلى أسلوب الاستجابة التقييمية أو الحكمية، فإنه يكون بذلك قد قطع الاتصال.
- **معلومات محددة وليست عامة:** إذ يجب أن تكون المعلومات المرتدة من المستقبل محددة وذات علاقة بمضمون الاتصال المقصود، وليست عامة حتى لا تسبب الغموض والتشويش.
- **معلومات متزامنة:** إذا لا يجب أن يكون وصول المعلومات عن طريق التغذية العكسية قبل أو بعد الحاجة إليها، والتزامن يشمل الوقت، المكان والشخص المعني.
- **معلومات غامرة:** الاتصال اللفظي يعتمد كلياً على الذاكرة وعند ورود معلومات، وبكميات كبيرة، فإن ذلك سيحد من فعالية الاستجابة قياساً بالاتصال التحريري، ثم إن ميل الأفراد إلى الاتصال اللفظي يتجه إلى تنقية وتصفية المعلومات الصادرة أو الواردة خلال المحادثة، وإذا قلت قدرتهم على التنقية، فإن ذلك يعني أن هناك صعوبة في استيعاب ما يصدر عن المتحدث لكون رسالته طويلة أو معقدة.

### أهمية التغذية العكسية:

تتمثل أهمية الاسترجاع في تقييم عملية الاتصال، وتتم بعدة طرق منها:

- **الاسترجاع المباشر للمعلومات:** من خلال الاتصال المباشر كما هو الحال في حالة اتصال وجهها لوجه، إلا أن الاختلاف يكمن في اختلاف الشخص الذي يصدر الرسالة بحيث تتبادل الأدوار بين المرسل والمستقبل، ويتم ذلك، إما عن طريق التبادل الشفوي للمعلومات، وإما

عن طريق إصدار تقارير مفصلة عن نتائج الرسائل الأولى بهذه الكيفية يتأكد المرسل من أن المستقبل قد فهم الرسالة، كما أنه يساعد على إثراء العملية الاتصالية واطمأن حلقها. كما تصح هذه الطريقة الرسالة عندما يكون هناك سوء تفاهم أو غموض من خلال تقديم أسئلة تليها مجموعة من الشروحات مما يزيد من وضوح الرسالة.

• **الاسترجاع غير المباشر للمعلومات:** باستعمال وسائل غير مباشرة المتمثلة في التغير الذي يطرأ على مستقبل الرسالة وبنائج العمل.

6.2.2 إدراك وتفهم الرسالة: تبلغ الرسالة مقصودها عندما يكون ارتباط محتوى الرسالة باهتمام المستقبل كبيراً، ويؤثر ذلك في الطريقة التي يمكن لمستقبل الرسالة أن ينظر بها إلى محتوياتها، وبالتالي طريقة تفهمه لها. كما يتأثر الشخص المستقبل في تفهمه للرسالة بخبرته السابقة في التنظيم فضلاً عن انطباعه الحالي عن مرسلها (مزياني، 2008، ص 39).

### 3.2 وظائف الاتصالات و أصنافها:

يتبادل العمال أثناء قيامهم بنشاطاتهم بتبادل اتصالات عديدة و متنوعة فيما بينهم، سنعرض فيما يلي وظائف هذه الاتصالات و أصنافها.

#### 1.3.2 وظائف الاتصال:

حسب Jardilier (1961)، هناك وظيفتان أساسيتان للاتصالات في ميدان العمل هما التحفيزية والعملياتية.

تسمح الوظيفة التحفيزية بتوطيد العلاقات الإجتماعية بين العمال، وكذا توسيع دائرة الحلول التقنية، لأنه يمكن للعامل التعبير عن نشاطه، كما أن لهذا النوع من الاتصالات أثر إيجابي كذلك على العمل، فكما يبين (Dekeyser 1983) فإن الافتقار من الاتصال الاجتماعي يؤدي إلى ضياع النسق.

أما الوظيفة الثانية المتمثلة في العملياتية فهي تضمن الكم المعلوماتي الضروري للتفاعل بين إنسان –إنسان أو إنسان- آلة، لإنجاز عمليات الإنتاج (Guillevic، 1999، ص 300).

حاول Le plat وSavoyant (1983) تبيان وظائف الإتصال من خلال علاقته بالبعد الجماعي للعمل وكذا تنظيم نشاط العمال، فميزوا بين خمسة أنواع من الإتصالات، هي:

- اتصالات التوجيه العام: هي الإتصالات التي تسبق الإنجاز الفعلي للنشاط وتتعلق بالفعل المشترك.

- اتصالات من نوع "تعليق للنشاط الذاتي": عندما يقوم العامل بتشفيه عمله أثناء انجاز هلفعل، فبعض عناصر النشاط تهدف إلى تقديم عناصر ضرورية للعامل الآخر، لإنجاز منسق للعمليات.

- اتصالات إرشادية: أين العامل يعرف عناصر من نشاط الآخر.

- اتصالات الشروع في العمليات، وتتمثل في الاتصالات التي تحدد مواضع تنفيذ العمليات

- اتصالات المراقبة: وهي التي تتم أثناء التنفيذ الجماعي للنشاط، تتمحور حول زمن الانجاز مثل "جاهز؟-نعم-" أو التحقق من التنسيق بين الأفعال والعمليات.

كما قدّم Dinograd (1988) تصنيفا مشابها لما سبق ولكنه أكثر عمومية يشمل اتصالات التنفيذ، الإيضاح، مواجهة الحلول وكذا اتصالات التوجيه .

ولقد اجتمع العلماء على أن الاتصال هو محتوى وعلاقة في الوقت ذاته، فالاتصال يحتوي هدفين متميزين عادة: إيصال محتوى وتحديد العلاقة بين المتصلين ( Marc، 1998، ص 119). أي أنه توجد اتصالات وظيفية، كما نجد اتصالات غير وظيفية مبدئيا والتي يشير إليها كل من (Lacoste و Grosjean، 1999، ص58) بالاتصالات خلال العمل و التي تهدف إلى بناء وتقوية العلاقات الإجتماعية.

### 2.3.2 أصناف الاتصال

يأخذ الاتصال عددا من التصنيفات، سواء كان ذلك على أساس النموذج أو الهدف من عملية الاتصال أو الوسائل المستخدمة أو على أساس الموقف الاتصالي، شكل التلقي أو في ضوء حجم الأفراد ونوعيتهم وسنقدم هنا أحد التصنيفات وهو الأقرب إلى الناحية النفسية الأروغنومية وهي

تصنيف أنواع الاتصال في ضوء علاقتهم بنشاط العمل وحسب De montmollin (1997، ص 73) هي كما يلي:

**أنشطة الاتصال:** هي حوارات تنقل عن طريقها الأهداف، الظروف، البيئة، الميادين المعرفية، العلاقات بين العمال، إلخ. ولا يقتصر العمل على الاتصال المتداول وإنما كل النشاطات القبلية والبعديّة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أثناء الدراسة.

**اتصالات التعاون داخل النشاط:** عبارة عن كلام يتعلق ب"الفعل الجماعي" يضمن التنسيق ويسمح بإنجاز فعل أو جزء من أفعال نشاط الجماعة. عادة ما يكون "كلام فعل" موجه نحو نتائج مباشرة، وتستعمل فيه اللغة العملية. تمت دراسة هذا الصنف من الاتصالات في عدة ميادين مثل (أشغال البناء، المستشفى، قاعة المراقبة، إلخ)، ويعمل هذا الصنف حسب مبادئ التوزيع التي يمكن للدراسة أن تقدم وصف لها (اجتماعية أو ارشادية). تسمح بعض الاتصالات التي تنتمي إلى نفس النشاط العام بالمرور من مرحلة في هذا النشاط إلى مرحلة أخرى، من فعل إلى فعل تابع، وتحتوي مثلا على تقييم وإنهاء لفعل مضى وبرمجة مرحلة مقبلة.

**اتصالات تمرير التعليمات بين العمال:** عادة ما تتم أثناء التناوب، حيث تضمن الاستمرارية في النشاطات تبعا لتتالي الفرق، تكون قصيرة أو مطولة، شفوية أو كتابية، رسمية أو غير رسمية. في المستشفيات مثلا تنقل بين الممرضين تعليمات تتعلق بالمرضى، الأحداث والعلاج، وهي مناسبة أيضا لتبادل الآراء لتطوير المعارف، تقديم معلومات ذات طابع تنظيمي، تعبير عن مشاعر فهي تلعب دورا مهما في الربط في المصلحة.

**الاتصالات للتنسيق بين النشاطات:** هذا الميدان جديد في الدراسة. إلا أن أهميته أصبحت أكثر وضوحا. يتعلق الأمر بجعل المهمات المتنوعة التي يجب أن تتواجد في تنظيم ما متلائمة (compatible) ومتزامنة (synchcne) وكذا جعل النتائج متناسقة (harmoniser les résultats)، اتخاذ قرارات تتعلق بعمال يشغلون مناصب مختلفة، تصليح بعض الاختلالات أو الأخطاء التي قد تؤثر على عدة سيرورات فعلية. هذا التنسيق قد يقوم به العمال أنفسهم أثناء نشاطهم، كما يمكن أن يقوم به المشرف عليهم.



اتصالات ذات هدف اجتماعي: رغم قلة دراساتها من طرف الأرغوميا، إلا أنه من المهم الانتباه إليها أثناء تحليل الواقع، لأن طبيعتها الإيجابية تقوي العلاقة بين الزملاء، تحافظ على روح الجماعة التي بدونها لا يتم المساعدة بين مختلف أعضاء الجماعة (St Hillaire)،

تجدر الإشارة إلى أنه من الوهم تقديم تصنيفا شاملا لدراسة الاتصالات لأنها معقدة ومركبة ومتعددة الوظائف، حيث تستجيب لعدة أهداف، ذات أبعاد معرفية وتعبيرية في الوقت نفسه وقد تساهم في حل مشكل وفي نفس الوقت تقوي العلاقات الاجتماعية.

## 4.2 السياق كمعدل للاتصالات

تسمح دراسة العلاقة بين الاتصال والسياس فهم كيفية تأثير التغيرات التي تطرأ على السياق على الاتصالات. حسب Duguid و Brown (1994) فالسياق مكون أساسي للاتصالات ومنبع هام للبساطة والفعالية، لذا بين عدة باحثين أن هناك ضرورة اشتراك جماعة العمل في نفس السياق لإنجاح عملية الاتصال. أما Marshall و Clark (1981) فقد اعتبروا أنه لا يكفي الاشتراك في نفس السياق للاشتراك في المعلومات، إنما يتطلب ذلك وجود مؤشرات تسمح بالتأكد من الاشتراك في المعلومات (Dumazeau و Karsenty، 2008، ص 226).

بالعودة إلى معجم الارغوميا، يبقى مفهوم السياق غامضا، فنجده يتمثل في مصطلح يستخدم في علم اللسانيات، دون تحديد دقيق للمعنى ويظل عبارة عن وضعية العمل بمجملها. أما (plat، 2001، ص4) فيعتبره كل ما يلعب دورا في النشاط دون أن يكون ذلك منتظرا بالعلن. وبما أننا نهتم بالاتصالات، فيتمثل السياق في الظروف التي قد تغير في الاتصال دون أن تكون لها علاقة مباشرة بها. و للسياق مكونين:

المكون الداخلي: وهو الفضاء الذهني الذي تتطور فيه النشاطات، ويتعلق بالذاكرة العملية وتنشيط بعض المعارف. نجد فيه الأهداف الآتية، التفسيرات السابقة، ما هو منتظر أو التصورات حول الآخر، كل هذا يجعل تلقي بعض المعلومات أسهل من المعلومات الأخرى (Cahour، و 1996، Karsenty) حيث يقوم الفرد بانتقاء المعلومات حسب أهدافه.

المكون الخارجي: يتمثل في الظروف الخارجية للنشاط الاتصالي، ولقد قسم (Cahour، و 1993، Karsenty) هذا المكون إلى قسمين:

- الظروف الفيزيائية: الضوضاء، الضوء...

- الأشياء المادية، الظروف الزمنية، المحيط التقني والتنظيمي، الظروف الاجتماعية، الخ.

أي أن السياق ديناميكي ومتغير فليس تطور النشاط فقط هو الذي يغير الوضعية إنما المواقف أو الوضعية بحد ذاتها. فالسياق هو بناء ذاتي، مقصود، ديناميكي ويتعلق بالمحيط الخارجي (Dumazeau و Karsenty، المرجع السابق، ص227) لذا، ولتحقيق الفعالية الاتصالية، على المرسل أن يتصور سياق المستقبل وكيف رسالته حسب القدرات الاستدلالية لهذا الأخير. فيؤثر السياق على الاتصالات فيظهر كمعدل لمعناها ( Le plat، 2001 ص حيث:

#### 2-4-1 السياق مصدر تسهيل أو إعاقة الاتصالات

نشير هنا إلى السياق الفضائي الذي يلعب دورا هاما في تعديل نوعية أو عدد الاتصالات، وقد بين (بن شكرون، 2000، ص38) أن الظروف الفيزيائية تحدد الامكانيات المشتركة للتشاهد، للاستماع، تبادل الأشياء، التنقل، الاتصال الشفهي أو غير الشفهي، الخ والتي لها دور في ميكانيزمات الاتصالات والتنسيق.

#### 2-4-2 السياق كعنصر لتخصيص معنى الاتصالات

يلعب السياق دورا في تحديد معنى الرسالة المبعوثة، حيث لا تكفي الدلالة اللغوية للكلام لفهم مقصود الرسالة، بل يعتمد الفرد لتفسير الكلام على ثلاثة مصادر للمعلومات هي: معارفه، السياق الموضوعي وكذا النص "الرسالة" (Brossard، 1997) من بين الأمثلة العديدة التي قدمت، نذكر المثال الذي قدمه الباحثان Lacoste و Grosjean (1999). وهو كلام متبادل مسجل بين ممرضتين "إنها تلقي النظرة عليه" (ص16) ، فلفهم هذا المقول، على المحلل أن يستحضر الوضعية بأكملها في تلك اللحظة.

#### 2-4-3 تحويل السياق لتعديل الاتصالات

تظهر أهمية السياق الزمني في نشاطات مراقبة النسق الديناميكي ، إذ على العامل أن يعدل نشاطه بما فيه النشاط الاتصالي حسب التغيرات التي تطرأ على النسق خلال الزمن ولقد أصبح بمقدور الأرغونوميا، إعادة تحديد طبيعة ومكانة الاتصالات في النشاط بفعل التحكم في السياق.

**2-4-4 البناء المشترك للسياق يسهل الاتصالات :** حتى تكون الاتصالات فعالة، من الضروري ضمان سياق مشترك للعمال يشمل هذا السياق، المهمة، مهمة الآخر، الآخر، النماذج التقنية للنسق، قواعد الاستعمال، طرق الاتصال واستخدامها وهذا ما يطلق عليه المرجعية المشتركة والتي تبنى عن طريق التفاعل والتحاور والتي تسهل في عملية الاتصال بين أعضاء الجماعة. ولقد ظهرت أهميته من خلال الكوارث التي تسببها غيابه أو أي خلل فيه مثل ما فسره (Lanir,1991).

## 5.2 أشكال الاتصالات في العمل

تعتبر الاتصالات الشفهية والتحريرية أكثر أشكال الاتصالات شيوعا واستخداما خاصة في الميدان الاستشفائي. ويستخدم الموظفون الاتصال الشفهي أكثر من الاتصال الكتابي وهذا لما تتميز به الاتصالات الشفهية بأنها اتصالات مباشرة وأكثر فعالية في حل الخلافات بين الموظفين وكثيرا ما تكون في صورة محادثة أو خطاب. رغم أن الاتصالات التحريرية قد تحدث مشاكل أقل من الاتصالات الشفهية، إلا أنه من مميزات هذه الأخيرة:

- تعتبر الاتصالات الشفهية اتصالات مباشرة وبسيطة، وأقل صور الاتصالات تكلفة ومضيعة للوقت.
- يمكن أن تخلق الاتصالات الشفهية روح التعاون والمصادقية بين جماعة العمل.
- تتيح الاتصالات الشفهية فرصة طرح الأسئلة والاستفسار عن الأشياء الغامضة.
- تسمح الاتصالات الشفهية بالتفكير التلقائي.
- أما عيوب الاتصالات الشفهية، فهي:
- لا يوجد سجل رسمي تدون فيه الاتصالات الشفهية.
- بالإمكان تفسير الكلمات المنطوقة بطريقة خاطئة أكثر من الكلمات المكتوبة.
- بالإمكان إضافة أو تشويه الرسائل الشفهية عند نقلها خلال التسلسل الهرمي لجماعة العمل مثل (طبيب رئيسي- طبيب مقيم- ممرض).
- لا يمكن نقل روح السلطة بفعالية في الرسائل والمعاملات الشفهية.
- الإجابات الفورية لا تعبر عن تفكير عميق (مزياني، 2008، ص33)

كما يثير استعمال اللغة الطبيعية في الاتصال الشفهي خطر على العمل والعمال، وهذا لما تنتجه من عدم الاتفاق، فجوات في التفاهم بين عمال يعملون على تحقيق هدف مشترك، كما قد يعرقل الفهم السريع والفعال لمقول القول. ويزداد هذا الخطر كلما ازدادت ديناميكية العمل أو اتسام الوضعية العملية بالحساسية والحرص مثل الميدان النووي، مراقبة الطيران، القطاع الصيدلي، الميدان الطب، ألخ (Vergely،2008). كما أن الاعتماد على اللغة الطبيعية في التعامل بين العمال يفتح المجال للعوامل اللغوية والعوامل غير اللغوية للتأثير على فعالية الاتصال. لذا هناك ضرورة لتنظيم هذه اللغة وتسطير قواعدها لخلق لغة معيارية مشفرة ومراقبة للتقليل من اللاتفاهم ولتجنب الأخطاء، مثل ما يتم في ميدان مراقبة النقل الجوي، وتشير (Boutet،1989) إلى أن اختيار الكلمات هو مكون لمعنى الجمل، ورغم أنه ضروري إلا أنه يبقى غير كاف لحدوث اتصال فعال (Vergely،المرجع السابق، ص 5).

أما الاتصالات الكتابية فهي تتميز بما يلي:

- بإمكان استخدام الاتصالات الكتابية كدليل لما حدث أو قيل .
- توفر الاتصالات الكتابية سجلا دائما للرجوع إليه مستقبلا.
- تصاغ الاتصالات الكتابية بدقة وعناية أكبر.
- توفر الاتصالات الكتابية الوقت عند الاتصال بأكثر من شخص في آن واحد.
- تقلل الاتصالات الكتابية من احتمال سوء الفهم أو التفسير الخاطئ.
- بالإمكان نسخ أو تصوير المعلومات بشكل واسع إلى الأفراد أو أقسام كثيرة.
- الاتصالات الكتابية تعد أكثر اعتمادية وموثوقية عند نقل الرسائل المطولة المحتوية على بيانات مالية أو معلومات عن سير العمل سواء كان إنتاج أو مهام أخرى خدمتية.
- بالإمكان مراجعة الاتصالات الكتابية لأجل الدقة المتناهية، الأمر الذي لا يتوفر دائما في الاتصالات الشفهية.

لكن رغم هذا لا تخلو الاتصالات الكتابية من العيوب والمتمثلة في:

- لا يمكن للمرسل التأكد من فهم المتلقي أو المستلم للرسالة.
- بإمكان تسرب الرسائل المكتوبة مما يفقدها أهميتها وفعاليتها.
- تؤدي الاتصالات الكتابية إلى الالتزام بالشكليات أو الرسميات في العلاقات بين الأشخاص.

- قد لا يقرأ المتلقي الرسائل المكتوبة مطلقاً.
- بالإمكان أن تكون كتابة التقارير المطولة مضيعة للوقت (مزياي، 2008).

## 6.2 دراسة الاتصالات في العمل الطبي

إن ارغامات الوضعيات المتغيرة وكذا النماذج الحوارية، تفرض اعتماد منهجية في جمع المعطيات، تجمع بين الملاحظة وتسجيل الاتصالات، فتسجيل الاتصال "سمعي أو بصري" ضروري لجمع تفاصيل الكلام التي بدونها تكون الدراسة تقريبية وليست منتجة. أما الاعتماد على الملاحظة بالاستعانة بورقة وقلم أو مسجل الصوت، يبقى ضروريا لتسجيل النشاطات غير شفوية التي ترافق الاتصال وكذا تغيرات المحيط وبالتالي فهناك منهجية متطورة، تتعلق باختيار الوضعيات التي تسجل فيها الاتصالات، تقديم التسجيل للعمال، تعليمات التسجيل ثم كتابة الكلام (De montmollin، 1997، ص 76).

إن أهمية الاتصالات في فعالية التكفل الطبي وضمان الرعاية الصحية ذات جودة للمرضى أسالت عدة أقلام و أثارت أفكار الباحثين الذين يهتمون بدراسته وتحليله من خلال الوضعيات المختلفة. كدراسة الحوارات بين الممرضات أثناء التناوب و التي قام بها Coiron و Boucheix (2008) أو دراسة الذكاء الجماعي في الاتصالات بين موظفي الصحة و التي قام بها Lacoste و Grosjean سنة (1999) اضافة الى دراسات تناولت اللغة المستعملة مع المرضى و التي ترجمت الى كتاب حول اللغة في المستشفى بين الممارسات الاتصالية و الممارسات العلاجية و الذي نشره معهد اللسانيات و علوم اللغة في سويسرا سنة 2004.

سنقدم فيما يلي دراسة تمت في هذا المنظور ولقد تم اجرائها نتيجة لطلب مقدم من طرف إدارة المستشفيات المختلفة. بهدف تقديم منهجية لدراسة الاتصالات، قامت فرقة البحث المتكونة من (2006) S.Pelayo و A.Loiselet ، J.Rogalski ، F.Anceaux ، M-C Beuscart-zéphir بدراسة تألية مسار الدواء في المستشفيات. يقصد بمسار الدواء "تشخيص المرض، تخطيط العلاج، طلب الدواء الحصول على الدواء. تقديم الدواء للمريض" وبعد دراسة الوضعية، وجد الباحثون أن لتحقيق هذا المسار يتعاون عدة فاعلين مختلفين "طبيب، صيدلي، ممرض" لذا

يعتمدون على الاتصالات الهائلة لتبادل المعلومات من أجل التنسيق بين أفعالهم في ظل الإنقطاعات والتعاون غير المتزامن الذي يتصف به عملهم.

تمثلت المنهجية في وضع محاور لتشفير الاتصالات لفهم علاقات التعاون انطلاقاً من تشفير الحوار. ولقد تم المصادقة عليها لأنها سمحت هذه المنهجية في ختام الدراسة بتحقيق أهداف الدراسة حول ميكانيزمات التعاون ضمن التوزيع العمودي للمهام بين الطبيب والممرض. وكذا تحقيق الأهداف التطبيقية للتدخل الأروغونومي، حيث انتهت فرقة البحث إلى تقديم توصيات تسمح بمراقبة تأثير الأداة التقنية على تنظيم العمل وبالتالي التحقق من فعالية الاتصالات الآلية أثناء وضعها.

من بين أهم الصعوبات التي يواجهها الباحث أثناء تحليل التفاعلات الكلامية التي ترافق نشاط مهني معين هو الضبط بين ما يقال و ما يفعل في نموذج دراسة (Lanza، 2004، ص100). يمكن تناول دراسة الاتصال تحت اطار علم النفس اللغوي، علم الاجتماع، علم اللسانيات و كذا علم النفس الأروغونومي.

نعتمد في دراستنا على المقاربة الارغونومية لتسليط الضوء عن قرب على نشاط التسطير الطبي كونه عمل جماعي يتطلب تدخل على الأقل الطبيب و الممرض للقيام به و يركز على اتصالات وظيفية لتبادل الكم الهائل من المعلومات بهدف ضمان تكفل صحي فعال و آمن للمرضى خاصة في الأقسام التي تتكفل بمرضى في وضعيات حرجة كوحدة الانعاش.

فيسمح المنهج الأروغونومي بالتعرف على الوضعية الفعلية التي يتم فيها هذا النشاط في وحدات الانعاش و هذا ما سنبحث فيه كمرحلة اولى في بحثنا من خلال اجراء دراسة أولية، نبين تفاصيلها في الفصل الموالي.

## الفصل الرابع

التسطير الطبي في وحدة الانعاش:  
نتائج الدراسة الأولية

تقودنا الدراسة الأولية إلى التعرف على ميدان البحث وجمع معطيات أولية حول وضعية العمل في وحدات الإنعاش في المستشفيات الجامعية. فتسمح لنا هذه المعطيات ببناء إشكالية البحث و فرضياته. سنعرض فيما يلي المنهجية المتبعة في هذه الدراسة و مختلف النتائج التي توصلنا إليها.

### 1.1 منهجية الدراسة الأولية

للإلمام بموضوع عمل التسطير الطبي في وحدة الإنعاش، قمنا بالدراسة الأولية على مرحلتين. تهدف المرحلة الأولى إلى التعرف على ميدان البحث بجمع معطيات حول جناح الاستجالات الطبية الجراحية و التفصيل في ظروف العمل في وحدة الإنعاش و كذا المهام الرسمية المسندة إلى الطبيب و الممرض و مساعده. أما المرحلة الثانية فتهدف إلى تحديد نشاط التسطير الطبي في وحدة الإنعاش.

#### 1.1 مراحل الدراسة

تهدف المرحلة الأولى من هذه الدراسة إلى التعرف على ميدان العمل الاستشفائي في وحدة الإنعاش، لذا اتبعنا الخطوات التالية:

- التعرف على جناح الاستجالات الطبية الجراحية و كيفية ظروف العمل و تنظيمه في وحدة الإنعاش بالاعتماد على:

- الملاحظة المفتوحة: انطلقنا بهذه التقنية في البحث الميداني الموجهة نحو التعرف على تنظيم العمل في وحدة الإنعاش في جناح الاستجالات الطبية الجراحية خاصة في صبغته الجماعية مع الاهتمام بالنشاطات الاتصالية المتبادلة بين الموظفين. تطلب فهم الوضعية منا عدة أيام (أربعة أسابيع) من الملاحظة بسبب الديناميكية السريعة للحالات و كذا تغير المتدخلين باستمرار. تمكنا من خلالها ملاحظة العمل على ثمانية عشر مريض في وحدة الإنعاش.



- المقابلة المفتوحة: حتى لا تبقى ملاحظتنا مجرد رأي خاص بنا، اعتمدنا على المقابلة المفتوحة التي قمنا بها مع مختلف المتدخلين (الأطباء المتخصصون، الأطباء المقيمون، الأطباء الداخليون، رؤساء الممرضين، الممرضون، مساعدي الممرضين) الذين ساهموا بشروحهم في توضيح و تفسير الملاحظات.
  - البحث في المهام الرسمية للطبيب، الممرض و مساعده في الجزائر عامة بالاعتماد على على دراسة الوثائق الرسمية التي تنظم العمل في الميدان الطبي و الشبه طبي، و التي تحصلنا عليها من خلال اتصالنا بوزارة الصحة و اصلاح المستشفيات و كذا مركز التكوين في الشبه طبي. قمنا بدراسة الوثائق التالية:
    - الجريدة الرسمية عدد 22 الصادرة بتاريخ 15/05/1991، المرسوم التنفيذي رقم 106/91 المؤرخ في 27/04/1991 و المتضمن للقانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية، معدل و متمم.
    - الجريدة الرسمية عدد 52 الصادرة بتاريخ 08/07/1992، المرسوم التنفيذي رقم 276/92 و المتضمن لمدونة أخلاقيات الطب.
    - الجريدة الرسمية عدد 17 الصادرة بتاريخ 20/03/2011، المرسوم التنفيذي رقم 120/11 و المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية.
    - مرجعية المهن و الوظائف لمهنة الممرض.
    - مرجعية المهن و الوظائف لمهنة مساعد الممرض.
- اضافة الى المعلومات التي جمعناه ، دعمنا النتائج بالتطرق الى التعريف المعتمد في القاموس الطبي Larousse médical (2002).

أما في المرحلة الثانية، فكان هدفنا هو تحديد نشاط التسطير الطبي في وحدة الانعاش، فواصلنا البحث انطلاقاً من نتائج المرحلة السابقة المدعمة بـ:

- ملاحظة منظمة: سمحت لنا المعطيات التي جمعناها في المرحلة الأولى من رسم ملامح عامة لمخطط العمل الاستشفائي في بعده الجماعي ، لكن لتفصيل أكثر و ايضاح التفاعلات بين الطبيب و الممرض اعتمدنا على ملاحظات منظمة باستهداف فهم نشاط التسطير الطبي و الاتصالات المتبادلة بينهما فتابعنا ما يفوق عن عشرين وضعية عمل و حالة مرضية.
- مقابلة موجهة : بعد تنظيم المعلومات التي تحصلنا عليها في مختلف المراحل، أجرينا مقابلة موجهة مع الأطباء المتخصصون المساعدون (خمسة أطباء) و رؤساء الممرضين (رئيسين) للتأكيد على مختلف النتائج بالمصادقة عليها.

## 1. 2 مكان الدراسة

قمنا بإجراء الدراسة الأولية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي "مصطفى باشا" و بالتحديد في جناح الاستعجالات الطبية الجراحية و داخل وحدة الاستشفاء قصير المدة و التي تمثل وحدة الإنعاش في الجناح. جاء اختيارنا لهذا المركز لأهميته على المستوى الوطني حيث يقصد المستشفى مرضى قادمين من جميع ولايات الوطن لموقعه الاستراتيجي، إذ يتواجد المركز في وسط الجزائر العاصمة؛ كما أن طبيعته الجامعية تجعلنا نستنتج أن لهذا المركز هدفين هما توفير الرعاية الصحية للمرضى و كذا تكوين مختلف موظفي الصحة، و هو ما يعني وجود عدة أفراد يتدخلون في التكفل بنفس المريض أثناء مدة استشفائه، في هذه الحالة سيتم توزيع العمل بين مختلف العمال و سيكون الاتصال وسيلة للتنسيق بين جماعة العمل. أما بالنسبة لاختيارنا لجناح الاستعجالات الطبية الجراحية بالتحديد فكان بسبب الطبيعة الديناميكية الاستعجالية التي يتميز بها النشاط الطبي في الجناح حيث ينتظر من المتدخلين في هذا الجناح إتقان جميع الأفعال الطبية و الشبه طبية أي تستدعي كفاءات مهنية عالية. أجرينا الدراسة على مستوى وحدة الانعاش لأن الحالات التي تتكفل بها الوحدة هي حالات حرجة و مختلفة تستدعي ضبط جميع معايير التدخل الجيد لضمان الرعاية الصحية الجيدة و الإبقاء على عمل آمنة للخروج بالمريض من الحالة المتأزمة إلى حالة صحية آمنة .

## 2. نتائج الدراسة الأولية

توصلنا من خلال الدراسة الأولية إلى الحصول على معطيات متعلقة بجناح الاستعجالات الطبية الجراحية، و بتنظيم العمل في وحدة الإنعاش من خلال التطرق إلى المرضى الذين تتكفل بهم الوحدة، التنظيم الفيزيقي، الظروف الاجتماعية و كذا التنظيم الزمني و المكاني لعمل الأطباء و الممرضين. كما توصلنا إلى التعرف على المهام الرسمية المنوطة بالطبيب و الممرض. استخلصنا مخطط يمثل توزيع المهام بين الطبيب و الممرض أثناء التسطير الطبي و الاتصالات المتبادلة بينهما من الناحية الرسمية و الفعلية ما سمح لنا بملاحظة الإختلالات و طرح التساؤلات.

## 2. 1 جناح الاستعجالات الطبية الجراحية

يعتبر جناح الاستعجالات الطبية الجراحية من أهم الأجنحة المتواجدة في المركز الاستشفائي الجامعي، فيمثل بوابة المركز من حيث الموقع ،و يستقبل المرضى القادمين من منازلهم، المستشفيات الأخرى، العيادات الخاصة، الحماية المدنية، الخ. و يتم في هذا الجناح استقبال المرضى لتوجيههم أو معالجتهم. يتكوّن الجناح من أربعة طوابق متخصصة، حيث، خصص الطابق الأرضي لاستقبال المرضى في قاعة الفرز و التكفل بالحالات الاستعجالية في قاعات الاستعجالات القصوى الثلاث(المعينة الاستعجالية، طب العظام، الجراحة الاستعجالية)، كما نجد قاعات للتصوير الإشعاعي و وحدة الاستشفاء قصير المدة و التي تمثل وحدة الانعاش الاستعجالية. أما الطابق الأول فيمثل طابق التخدير و الجراحة فهو مركز العمليات الجراحية، و خصص الطابق الثاني للعلاج المكثف. يبقى الطابق الثالث الذي يحوي المكاتب البيداغوجية أما آخر طابق فهو للأرشيف ( الشكل 01 ).



## 2.2 ظروف العمل في وحدة الانعاش

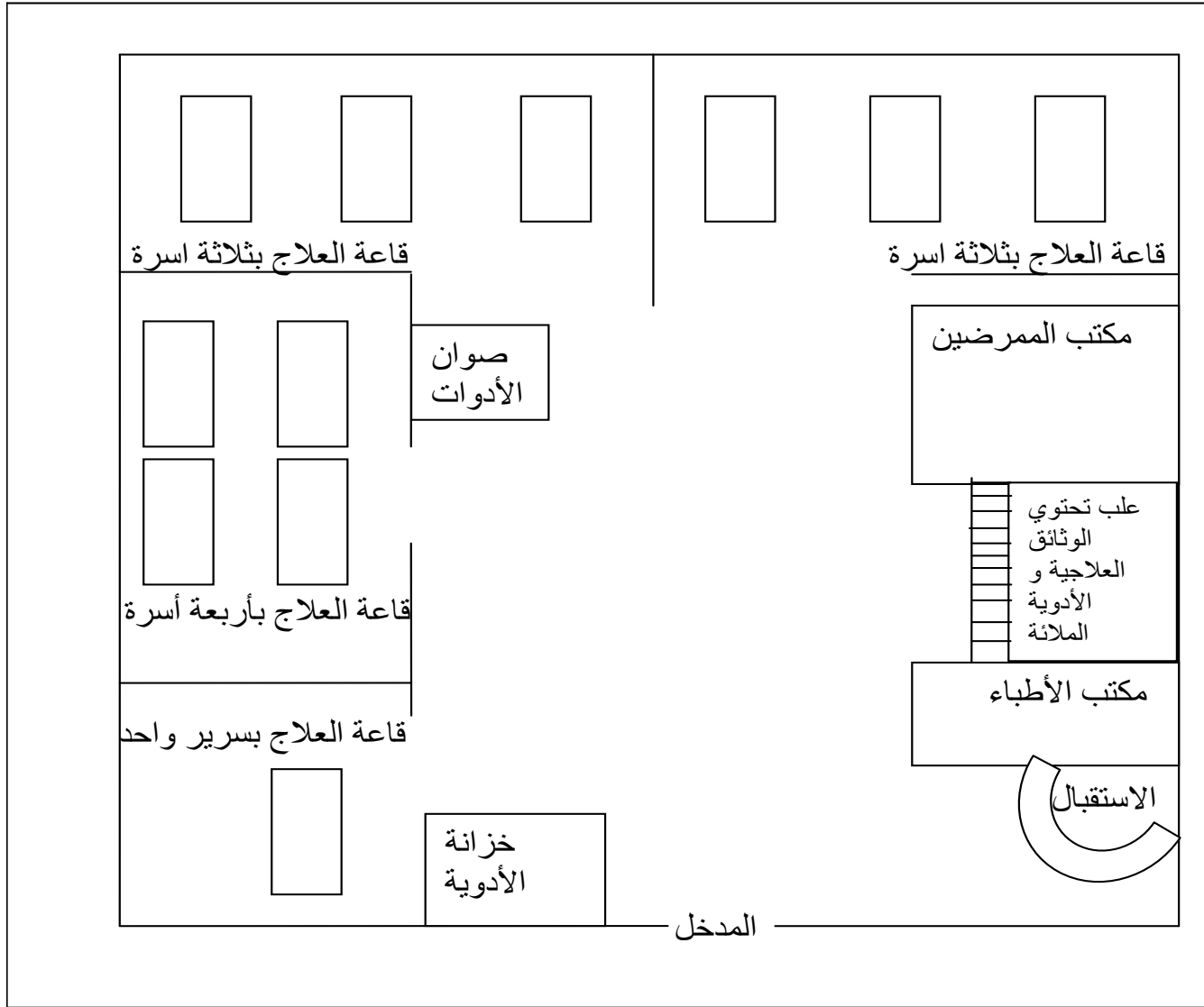
للتعرف على ظروف العمل في وحدة الانعاش نتطرق الى مرضى الوحدة و المسار الذي يعبرونه للوصول الى الوحدة، التنظيم الفيزيقي للوحدة ، الظروف الاجتماعية أو بالأحرى موظفي الوحدة و في الأخير سنعرض التنظيم الزمني و المكاني لعمل الأطباء و الممرضين.

### 1.2.2 مرضى الوحدة

حاولنا من خلال الشكل 03 في الصفحة تبيان موقع وحدة الانعاش التي تمت فيها الدراسة و يشير السهم المعتمد على مسار المرضى الذين يلتحقون بالوحدة. تتكفل هذه الوحدة بالحالات المرضية الحرجة و غير المستقرة و في أغلب الأحيان يتصف المرضى بفقدان الوعي، كما يعاني أغلبهم من صعوبات في الجهاز التنفسي فيوضعون تحت عمل جهاز اصطناعي تنفسي أو صعوبة في الجهاز القلبي، صعوبة في الجهاز الاطراحي، الخ. بالنسبة للعلة المرضية التي تسببت في التدهور الصحي فتختلف من مريض إلى آخر ، لذا يتطلبون تسطير علاجي مركب و كذا مراقبة مستمرة إلى غاية الخروج من مرحلة الخطر. عادة ما يدخل المرضى الوحدة بعد مرورهم بقاعة الفرز للجناح، حيث يقدم لهم الإسعافات الأولية ، ثم وبعد المراقبة الطبية أثناء الاستشفاء في قاعة للاستعجالات القصوى (Salle Au Urgences Vitales . SAUV) و ملاحظة تدهور الحالة الصحية للمرضى أو على الأقل عدم تحسنها يتم مناقشة الحالات بين الفرقة الطبية العاملة في قاعة الاستعجالات القصوى و الفرقة الطبية العاملة في وحدة الاستشفاء قصير المدة تحت رئاسة الطبيب الرئيس المسؤول عن وحدة الاستشفاء قصير المدة و من ثمة و في حالة توفر سرير شاغر في وحدة الانعاش يتم توجيه المريض الحالة الذي اتفق عليه إلى الوحدة أين يقوم الأطباء بتشخيص المرض و علاجه. عند صعوبة اتخاذ القرار الطبي الملائم يتم استدعاء الطبيب المختص- حسب المرض -من خارج الوحدة أو حتى من خارج الجناح. تجدر الإشارة إلى أن هناك حالات خاصة أين تستقبل الوحدة مرضى قادمين من خارج المستشفى.

## 2.2.2 التنظيم الفيزيقي لوحدة الانعاش

تحتوي الوحدة على أربع قاعات علاجية مجهزة لإحدى عشر (11) مريض، إضافة إلى مكتب خاص بالأطباء و مكتب آخر خاص بالمرمضين. و نقدم صورة مقربة للتنظيم الفيزيائي للوحدة من خلال الشكل 03 الذي يمثل التنظيم الفيزيقي لوحدة الانعاش.



الشكل 03: التنظيم الفيزيقي لوحدة الانعاش

تجدر الإشارة إلى أن جدران قاعات العلاج داخل الوحدة مصنوعة من الزجاج الشفاف، هذا ما يسمح برؤية ما يحدث في القاعة من خارجها و العكس كذلك، حيث يتمكن الطبيب من ملاحظة رد فعل المريض لمثير معين و هو (الطبيب) خارج قاعة العلاج، خاصة إذا تواجد موظف الصحة (طبيباً كان أو ممرضاً) في وسط الوحدة أو أمام مكان الاستقبال فيسمح له هذا الموقع من رؤية غالبية المرضى الذين يتواجدون داخل الوحدة، لذا يمكن لكل من الفرقة الطبية و الفرقة المعالجة الحصول على معلومات بالاعتماد فقط على الملاحظة و المراقبة أو متابعة نشاط الغير وذلك دون سألها عنها أو الاتصال به.

كما تحتوي قاعات العلاج على أجهزة قياس و تسجيل المعايير البيولوجية (Le scope) لكل مريض ، حيث يقوم الطبيب بتعديلها حسب حالة المريض ويلجأ إليها للحصول على مختلف هذه المعطيات. كما تصدر هذه الأجهزة صوتاً يمكن الاعتماد عليه للتعرف على حدوث تغير في الحالة البيولوجية، و بالتالي فيعتبر الجهاز كمصدر آخر للمعلومات عن المريض حتى و لم يراقب المريض عن قرب.

تحتوي خزانة الأدوية على أدوات العلاج و أدوية تستعمل عند الضرورة (ليس استعمال دائم)، تغلق الخزانة و يحتفظ رئيس الممرضين بالمفتاح أو يتركه لدى أحد الممرضين عند خروجه من الوحدة. لذا نجد حالات أين يودّ الطبيب القيام بفعل معين يتطلّب هذه الأدوية لكنّه مطالب أولاً بإيجاد الشخص الذي يحتفظ بمفتاح الخزانة ؛ هذا ما يخلق وضعيات اتصال بهدف الحصول على الأدوية. أما الأدوات المستعملة دائماً مثل القفازات المعقمة، الكحول، القطن، الخ فتوضع في صوان لاستخدام الجميع .

و كما أشرنا إليه في الشكل ،فبين قاعة الممرضين و مكتب الأطباء توضع إحدى عشر علبة مرقمة تحوي العلاج و أدوية المرضى و البطاقات العلاجية الخاصة بكل واحد منهم أي نجد علبة رقم واحد بداخلها أدوية و بطاقة علاج المريض رقم واحد المتواجد في القاعة الأولى، و هكذا دواليك. تعتمد كل من الفرقة الطبية و الشبه طبية على هذه الوثائق في عملها لذا نجد هذه العلب في هذا المكان دائماً ما يجعلها تتعرض إلى تفقد عائلات المرضى أثناء فترة الزيارة .

## 2.2.3 الظروف الاجتماعية

يتأسس وحدة الانعاش البروفيسور رئيس جناح قسم الاستعجالات، و يشرف عليها رئيس الأطباء الأستاذ المساعد مسؤول الوحدة. يتكون الطاقم الطبي من طبيبين متخصصين في الإنعاش مساعدين، طبيب الاستعجالات ، ثلاثة (03) أطباء مقيمين في طور التخصص في الإنعاش "سنة أولى، سنة ثانية، سنة ثالثة" ، أربعة أطباء داخليين و مجموعة من طلبة الطب. إضافة إلى هذا يمكن استدعاء أطباء متخصصين في مرض ما للاستشارة و متابعة حالات خاصة. تجدر الإشارة إلى أن أطباء الوحدات الأخرى من الجناح يأتون إلى الوحدة من حين إلى آخر، كما تتعامل الوحدة باستمرار مع الأطباء المتخصصين في التصوير الإشعاعي. بالنسبة للطاقم الشبه طبي، فيتكوّن من المراقب الرئيسي، رئيس الممرضين، فرقتين للنهار و ثلاثة فرق مسائية، و تتكون الفرقة الواحدة من ممرضين(02) للصحة العمومية و مساعدا (02) ممرض. تتوفر الوحدة على مختص نفساني، مختص اجتماعي، مراقب طبي، ممرض مختص في الدّلك الطبي و متدربين (02) له، الساعي و كذا عمال التنظيف(الجدول 01).

الجدول-01:خصائص الفرقة الطبية و الفرقة المعالجة في الفترة الصباحية

الجنس		العدد	الوظيفة
اناث	ذكور		
00	01	01	رئيس الجناح
00	01	01	الطبيب الأستاذ المساعد
01	02	03	الطبيب المتخصص المساعد
03	00	03	الطبيب المقيم
03	01	04	الطبيب الداخلي
غير محدد	غير محدد	غير محدد	الطبيب الخارجي
08	00	08	ممرض الصحة العمومية
02	00	02	رئيس الممرضين
08	00	08	مساعد الممرض
25<	05 <	30<	المجموع



هذا الكم الهائل من المتدخلين باختلاف تخصصاتهم يبيّن الطبيعة الجماعية لنشاط التكفل الصحي، هذا ما يؤدي إلى خلق عدة معلومات تتعلّق بالمريض يتداولها مختلف المتدخلين، هذا ما يستدعي وجود تنظيم اتصالي لضمان وصول المعلومة المناسبة إلى المتدخل المناسب و عدم ضياعها في ظل الدينامكية و التغيرات التي تطرأ على الوضعية.

#### 4.2.2 التنظيم الزمني و المكاني لعمل الفرقتين (الطبية و الشبه طبية)

يعمل الطاقم الطبي بالتنسيق مع الطاقم شبه طبي على ضمان الرعاية الصحية لإحدى عشر (11) مريض. و يتميّز كلا الطاقمين بعدم الثبات و الاستقرار، إذ يتدخل الأطباء في الوحدات الأخرى للجناح كما أنّ الأطباء المقيمون والداخليون يمارسون نشاطهم الطبي لمدة ستة أشهر ثم يغادرون الوحدة. أما بالنسبة لطاقم التمريض فيعتمد التنظيم التناوبي للعمل، حيث تعمل الفرقة شبه طبية الواحدة يومين متتابعين و ترتاح اليومين التاليين تناوبا مع فرقة أخرى لمدة شهر واحد في الوحدة، ثم تنتقل إلى قاعات الاستعجالات القصوى في الشهر الموالي تبادلا مع الفرقة التي عملت في وحدة الاستعجالات القصوى، و هكذا دواليك.

يبدأ الطبيب نشاطه اليومي في حدود الساعة 9:30 إلى الساعة الرابعة زوالا 16:00، أما الممرض فيعمل من الثامنة صباحا 08:00 إلى الساعة الخامسة 17:00 بعد الزوال.

بعد وصوله إلى الوحدة على الساعة الثامنة (8) صباحا، يتلقّى رئيس الممرضين معلومات حول آخر المستجدات من قبل الممرض الليلي، و هو بدوره يصدر التعليمات المناسبة لطاقمه. يهتم الممرض بنظافة المرضى، فيغير الأغطية و يجهز المرضى لمعاينة الطبيب، هذه العملية حساسة جدا و تتطلب مهارات يدوية و تعامل إنساني مع المريض، و تستمر إلى غاية الساعة الحادية عشر (11). يتخلّل هذه العملية تقديم العلاج المسطر و مراقبة الوضعيات. يقوم بهذا النشاط ممرض واحد مع مساعده على خمسة (05) أو ستة (06) مرضى، أي ما يعادل نصف ساعة من النشاط لكل مريض. دون أن ننسى النشاط التنظيمي الذي يقوم به الممرض، فحسب الوضعية، يعمل على توفير الدواء، تنظيم المحيط، تهيئة الوضعية لعمل الطبيب و عمله.

أما بالنسبة للطبيب فيصل إلى الوحدة على الساعة التاسعة، و يجد الممرضين في أتم نشاط تجهيز المرضى. يطلع على آخر المستجدات من رئيس الممرضين أو الممرض أو الطبيب الليلي إذا بقي، ثم يمر على المرضى و تبعا لآخر المعلومات، يعمل على تعديل العلاج بتقديم تعليمات إلى الممرض و المطالبة بمعلومات إضافية. يتراأس الأطباء المساعدون عمل الأطباء المقيمون الذين يشرفون بدورهم على عمل الأطباء الداخليين ، كما يقومون بتدوين كل العمليات التي تمت على المريض في الملف الطبي الخاص به ، و يهتم كل طبيب مقيم على الأكثر بحالة أربعة (04) مرضى. هذا التقسيم الضمني للمرضى بين الأطباء و بين الممرضين، يضع الممرض في وضعية تتطلب منه التعاون مع عدة أطباء عن عدة مرضى. هذه الطريقة العملية تجعل من حدة النشاط و كمية الاتصالات ترتفع أثناء الفترة الصباحية للعمل.

رغم عدم وجود رسميا لفترات راحة لكلتا الفرقتين، إنما ضمنا، تغتمم الفرقتان فرصة موعد الزيارة الممتد من الساعة الثانية عشر 12:00 إلى غاية الساعة الواحدة و النصف 13:30 للراحة فيخرج بعض الأعضاء من الوحدة تناوبا مع الأعضاء الباقين. يبقى نشاط الوحدة مستمرا في الفترة المسائية و هذا بفضل التناوب بين الفرق الصباحية و الفرق المسائية. و يبين الجدول 02 التنظيم الزمني و المكاني لعمل الطاقم الطبي خلال أيام الأسبوع.

الجدول 02: التنظيم الزمني و المكاني لعمل الطاقم الطبي في أيام الأسبوع.

المسائية			الصباحية			الفرقات الأطباء
المكان	العدد	المدة	المكان	العدد	المدة	
////	////	////	UHCD	3	9_16 سا	الطبيب المساعد
UHCD و POST-OP	1	9_16 سا	UHCD	3	9_16 سا	الطبيب المقيم
UHCD و POST-OP	1	9_16 سا	UHCD	4	9_16 سا	الطبيب الداخلي

أما فيما يخص عمل الفرقة الطبية في يومي آخر الأسبوع (نهاية الأسبوع)، فهو منتظم كما يمثلته الجدول 03.

الجدول 03: التنظيم الزمني و المكاني لعمل الطاقم الطبي في يومي آخر الأسبوع.

آخر الأسبوع			الفترة
المكان	العدد	المدة	الأفراد
///////	///////	///////	الطبيب الرئيس
UHCD & POST-OP	1	10_10 سا	الطبيب المقيم
UHCD & POST-OP	1	10_10 سا	الطبيب الداخلي

يمثل ( UHCD ، Unité d'Hospitalisation de Courte Durée ) وحدة الاستشفاء قصير المدة و المتمثلة في وحدة الانعاش أين أجرينا الدراسة. أما POST-OP فيمثل قاعة ما بعد العمليات المتواجدة في مركز العمليات الجراحية في الطابق الأول. يتبين لنا من خلال هذا التوزيع وضعيتي عمل مختلفتين، تتمثل الأولى في الوضعيات التي تكون طيلة أيام الأسبوع في الفترة الصباحية و المتميزة بالطبيعة الجماعية للنشاط التي يثرها العدد الهائل للمتدخلين. أما الوضعية الثانية فهي عكس الأولى تماما و نجدها في الفترة المسائية لأيام الأسبوع و يومي آخر الأسبوع، و التي تتميز بالعدد القليل للمتدخلين، حيث يعمل طبيب مقيم واحد الذي يعمل على ضمان الرعاية الصحية اللازمة للمرضى المتواجدين في الانعاش و القاعة ما بعد العمليات في الطابق الأول و هذا بمساعدة طبيب داخلي واحد. كلتا الوضعيتان تتطلبان تنظيم اتصالي محكم، حيث يضمن النشاط الاتصالي في الوضعية الأولى تسيير فعال للمعلومات و عدم ضياعها بين أعضاء جماعة العمل. أما في الوضعية الثانية ، فيتدخل الاتصال لاكتساب و تثبيت المعلومات و عدم تداخلها في ظل العدد الهائل للحالات التي على الطبيب متابعتها.

أما بالنسبة للممرضين فينتظم عملهم كما يبينه الجدول 04.

الجدول 04 : التنظيم الزمني و المكاني لعمل الفرقة شبه طبية.

الفترة المسائية			الفترة الصباحية			الفرق الممرضين
المكان	العدد	المدة: يوم كل 3 أيام	المكان	العدد	المدة: يومين متتاليين	
//////////	//////////	////////	UHCD	4	17_8 سا	الفرقة الأولى
//////////	//////////	//////////	UHCD	4	17_8 سا	الفرقة الثانية
UHCD	4	17_8 سا	//////////	//////////	//////////	الفرقة الثالثة
UHCD	4	17_8 سا	//////////	//////////	//////////	الفرقة الرابعة
UHCD	4	17_8 سا	//////////	//////////	//////////	الفرقة الخامسة

يظهر من خلال هذا الجدول التنظيم التناوبي لعمل الممرضين ،حيث تتناوب الفرقتان الصباحيتان في كل يومين لمدة شهر في الوحدة. و تعمل الفرقة الليلية الواحدة من بين الثلاث يوما، لترتاح اليومين المتتاليين و هكذا دواليك. يوضح هذا تنظيم صعوبة النشاط و تعب العمال شبه طبيين. و بما أن المرضى يبقون في الوحدة مهما تغير المتدخلون، أي أنه مثلا في غضون ثلاثة أيام استشفاء في الوحدة يتم الاعتناء بالمريض من طرف على الأقل عشرة ممرضين متناوبين على ذلك، و حتى يستمر علاجهم يتطلب ذلك الاعتماد على نشاط اتصالي يضمن تسيير جيد للمعلومات بين مختلف الأعضاء المتدخلين. و بعد البحث في طريقة نقل المعلومات بينهم تبين لنا ان الفرقة شبه طبية تعتمد فقط على الاتصال الشفهي بينها.

## 2. 3 المهام الرسمية

يسمح لنا التطرق إلى المهام الرسمية لكل من الطبيب و الممرض ،بالتعرف على كيفية توزيع الأفعال رسميا بينهما و هذا ما يؤدي بنا إلى معرفة أشكال التسطير الطبي المسطرة و اكتشاف مواضع الخلل أثناء دراسة النشاط. سنعرض فيما يلي المهمة الرسمية المسندة الى الطبيب، ممرض الصحة العمومية و مساعد الممرض.

## 2. 3. 1 المهمة الرسمية للطبيب

لم يحدد المشرع الجزائري مفهوم العمل الطبي عامة و التسطير الطبي خاصة لكن نجد أن المادة 08 من قانون الصحة و ترقيتها رسمت السياسة العامة لمفهوم العلاج الصحي و الذي يتمثل في تشخيص المرض و علاجه، الوقاية من الأمراض في جميع المستويات ، إعادة تكييف المرضى و التربية الصحية. كما يلاحظ أنه لم يرد تعريفا للعمل الطبي في مدونة أخلاقيات الطب (الجريدة الرسمية عدد 52 سنة 1992 ،المرسوم التنفيذي رقم 276/92 المؤرخ في 1992/07/06 المتضمن لمدونة أخلاقيات الطب الصادر بتاريخ 1992/07/08) باستثناء ما جاء في المادة 16 منها التي حصرت مضمونه في أعمال التشخيص، الوقاية و العلاج.

كما نجد أيضا المواد 19،21 و 54 من القانون الأساسي للممارسين الطبيين (مرسوم تنفيذي رقم 106/91 المؤرخ في 1991/04/27 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية عن الجريدة الرسمية عدد 22 الصادرة بتاريخ 1991/05/15 /معدل و متمم) قد حددت مهام الأطباء و جراحي الأسنان و التي يمكن إجمالها في التشخيص ، العلاج و الوقاية العامة و علم الأوبئة ،التربية الصحية، الخبرة الطبية، الفحوصات الوظيفية ، التحاليل الطبية و البحوث العلمية. أي يشمل العمل الطبي كافة حالات التدخل الطبي و العلاجات الطبية بمختلف أنواعها، و التي تتجه نحو علاج المريض من مرضه و ذلك بقصد تخليصه منه و تخفيف آلامه أو الكشف عن وجوده أو الوقاية من الإصابة به. من خلال ما سبق، يمكن القول بأن مهام الطبيب تنتمي إلى المهام المبهممة و غير الدقيقة من الناحية الشكلية حيث لا نلمس تفصيل في

المهام و الأفعال التي ينتظر من الطبيب القيام بها. و إنما سطرت السلطات مجموعة من الأهداف التي عليه تحقيقها في ظل تواجده في المستشفى.

أما بالنسبة للتعليمات الطبية و باستثناء الحالات الاستعجالية فيشترط أن تكون كتابية تحتوي على اسم الطبيب ، إمضائه و تاريخ إصدارها ، نوع العمل الطبي الواجب أدائه ، كمية الدواء ، أوقات تقديمها، طريقة تنفيذها و مدتها، الخ و كما يشترط أن تكون التعليمات و الأوامر دقيقة مفهومة و مفصلة لا تترك مجالاً للخطأ ؛ كأن يأمر الطبيب الممرض أن يقدم دواء معيناً للمريض دون أن يحذره من عدم إعطائه إياه عن طريق الشريان. و على الطبيب التأكد شخصياً من تنفيذ الممرض لما أمره بأدائه. (ذ.ايت مولود، 2011؛ ص 97) .

أما في القاموس الطبي (Larousse médicale، 2002، ص 830)، فالتسطير الطبي هو كل ما يسطر من طرف الطبيب من علاج ، أدوية، حمية، الخ. فهي وثيقة مكتوبة، يدون فيها ما هو مسطر من طرف الطبيب أي ما يعادل الوصفة الطبية. كل تسطير طبي يرفق إجبارياً بمعلومات حددها قانون الصحة العمومية ؛ فتحتوي على التعريف بالطبيب المسطر (الختم) و التعريف بالمريض (الاسم، اللقب، السن )، تاريخ يوم التسطير، تبيان بوضوح الأدوية، مقدارها، مدة العلاج و إمضاء المسطر.

### 2.3.2 المهمة الرسمية لممرض الصحة العمومية

ينتمي الممرضون إلى موظفين لأسلاك شبه الطبيين، شعبة العلاج، ويزاولون عملهم في مختلف المنشآت الصحية كالمؤسسات العمومية الاستشفائية، المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الخاصة للصحة أو في المنازل. على الممرض ممارسة عدة وظائف تتمثل في الوظيفة التقنية، ووظيفة التنظيم و التسيير، ووظيفة التأطير و التكوين، ووظيفة الإعلام التربوية و الاتصال، ووظيفة البحث، ووظيفة الإدماج و إعادة الإدماج و وظيفة التقييم.

بالعودة إلى الجريدة الرسمية لسنة 2011 عدد 17 و المرسوم التنفيذي رقم 120/11 فيكّلف ممرض الصحة العمومية بإنجاز علاجات التمريض المرتبطة بمهامهم ، على أساس وصفة طبية

أو بحضور طبيب و بناء على بروتوكولات استعجالية مكتوبة في الحالات الاستعجالية القصوى. فيساهم في حماية الصحة الجسمية و العقلية للأشخاص و استرجاعه او ترقيتها ؛ مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى و تقييمها و متابعتها.

كما يضيف المرسوم التنفيذي 11-121 المؤرخ في 20-03-2011 و المتضمن للقانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية المذكور في الجريدة الرسمية التي سبق ذكرها، يضيف أنه على الممرض مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى و تقييمها و متابعتها و كذا القيام بمشروع العلاج و تخطيط النشاطات المرتبطة به و مسك و تحيين الملف العلاجي للمريض.

بالاطلاع على الدليل المرجعي لمهنة التمريض ، وجدنا التفصيل في المهام المسندة إلى الممرض خاصة فيما يتعلق بالنشاطات الصحية التي يمارسونها على المرضى، و النشاطات الخاصة باستعمال الأجهزة التقنية. فنجد نشاطات على الممرض القيام بها دون انتظار تسطير من المسؤولين كاستقبال المريض، تنقية و تطهير الأجهزة، الخ و المهام التي تستدعي تسطير طبي كتقديم الدواء، تنفيذ الضمادات الخاصة و الدوائية، الخ و الحالات التي تتطلب حضور الطبيب كتطبيق و خز الإبر للتعقيم الإجباري ،إضافة إلى المهام التي تستلزم حضور الطبيب إجباريا كتسجيل المخطط الكهرودماعي بعد جهد فيزيائي.

### 3.3.2 المهمة الرسمية لمساعد الممرض

يكلف المساعد في التمريض للصحة العمومية ، لا سيما بالنظافة الجسمية للمرضى و محيطهم و تقديم علاجات التمريض الأساسية ، و القيام بالمهام المرتبطة بالفندقة و حفظ الصحة الاستشفائيين. كما يشاركون في ترتيب التجهيزات. أما مساعد التمريض الرئيسي ،فإضافة إلى المهام المذكورة سابقا ،يكلف بملاحظة و جمع المعطيات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض و تبليغ الملاحظات كتابيا و شفويا من أجل ضمان استمرارية العلاج.

نجد تفاصيل أكثر بالعودة إلى الدليل المرجعي لمهنة مساعد التمريض للصحة العمومية.

تشير الألفاظ المستعملة (يساهم، يشارك) في الجريدة الرسمية إلى وجود مهام متداخلة بين مختلف الأعضاء، و هذا ما يستدعي وجود تنظيم نشاط اتصالي يضمن فعالية هذه المهام الجماعية. و لقد بينت مختلف هذه الوثائق على الشكل الكتابي للاتصال الذي يجب اعتماده بين الموظفين و هذا ما اشرنا اليه من خلال التسطير تحت العبارات الدالة على ذلك كالوصفة الطبية، الملف العلاجي، بروتوكولات استعجالية و كذا الملاحظات الكتابية.

بعدما تعرفنا على ظروف العمل في وحدة الإنعاش و المهام الرسمية للطبيب و الممرض و مساعده، سنقوم فيما يلي بالتطرق الى نشاط التسطير الطبي، في شكله الرسمي و الفعلي. هذا ما يسمح لنا بجمع معلومات أولية حول النشاط الاتصالي المعتمد بين الطبيب و الممرض.

## 4.2 التسطير الطبي

حتى نحصر عمل التسطير الطبي نتعرف أولاً على عمل التكفل الصحي الموزع بين الطبيب و الممرض عامة (الشكل 05). و من ثمة، بالاعتماد على وسائل الاتصال الرسمية المصممة لتنظيم الاتصالات بين الطبيب و الممرض نحدد نشاط التسطير الطبي. بعد تبيان التسطير الطبي الرسمي، ننتقل الى التعرف على نشاط التسطير الطبي الفعلي و الذي توصلنا اليه من خلال ملاحظة الوضعيات الفعلية لممارسة هذا النشاط.

### 1.4.2 التسطير الطبي الرسمي

تعمل الفرقة الاستشفائية المتكونة من أطباء و ممرضين على التكفل بصحة المرضى بالاعتماد على تنظيم و توزيع الأفعال بينهم، طيلة مدة استشفاء المريض في وحدة الإنعاش.

إنَّ أوَّل ما يثير نشاط الممرض هو وجود سرير فارغ (غير مستغل) فيحرص على تنظيفه و تهيئته لاستقبال مريض جديد. أما بالنسبة للطبيب ، فنشاطه عبارة عن استمرار لنشاط ذهني يستمد معلوماته من قراره بإخراج مريض ، و كاستجابة مباشرة إدخال مريض آخر ، هذا القرار الأخير يبينه اعتمادا على تنقله و اتصاله بوحدة الاستعجالات، و أهم عامل يساهم في اختياره هو أهمية المرض ومدى تعقد الحالة الصحية للمريض حيث لا تسمح ظروف الاستعجالات بفك لغز



المرض. حسب خصائص المرض و المريض، يقوم الطبيب بتنبيهه(التنبيه الشفهي 1 في الشكل 05) الممرض لتوفير الأجهزة اللازمة لاستقبال المريض(تحضير جهاز التنفس الاصطناعي لطفل مريض له صعوبة في التنفس، مثلا).

يستقبل الطبيب المريض الجديد ( مرفقا بملفه الطبي والعلاج المتبع) في وحدة الإنعاش، ثم يعرف به للممرض و يقدمه التعليمات التنظيمية كتنظيم الزيارات، طرق تقديم الأكل،،، الخ (اتصال شفهي) . يعمل الممرض على وضع المريض في وضعية صحية مثالية و ينجز الأعمال النظامية الروتينية كوخز المريض لتسجيل مختلف المعايير البيولوجية و كذا تطبيق تعليمات التنظيمية للطبيب، في هذه المرحلة يعمل الممرض على طلب الشروحات و طرح التساؤلات حول الحالة الصحية للمريض حتى يكون تصوّر عملي للوضعية، على أساسه يقوم بمراقبة الحالة. أما الطبيب ، فيقوم بدراسة الحالة اعتمادا على الملف الطبي للمريض أو التشاور مع الطبيب المعالج في الاستعجال أو التحوار مع المريض ان كان واعيا أو مع عائلته. هذه الدراسة تؤدي إلى حالتين:

**الحالة الأولى:** وجود مشكل في التشخيص: في هذه الحالة يقوم الطاقم الطبي بفحص الحالة exploration du cas، حيث يقوم باختبارات إكلينيكية (قياس ضغط الدم ، دقات القلب، الخ) ثم يفترض تشخيص معين اعتمادا على نتائج الاختبارات و دراسة الأعراض. للتأكد من التشخيص يطالب الممرض عن طريق وصفة علاجية بالقيام بالفحوص شبه إكلينيكية ( التحاليل الدموية أو تحاليل فورية)، و انطلاقا من نتائج هذه الفحوص، يحتفظ الطبيب بتشخيص يبني على أساسه العلاج المناسب.

يتجه الطبيب إلى الممرض أو رئيس الممرضين للتساؤل شفويا عن وضعية و وفرة الأدوية المناسبة، و بناء على المعلومات التي يقدمها الممرض يقوم الطبيب بوضع العلاج الذي يجب تطبيقه و على رئيسة الممرضين احضاره من الصيدلية اعتمادا على ملف المريض. يدون الطبيب العلاج على وثيقة العلاج التي يضعها في علبة تحمل رقم سرير المريض.

إضافة إلى الأدوية ، يسجل الطبيب على البطاقة العلاجية المعايير البيولوجية اللازم مراقبتها( حرارة الجسم، الضغط الدموي،،،) . بعد توفير الأدوية ، يعتمد الممرض على البطاقة العلاجية

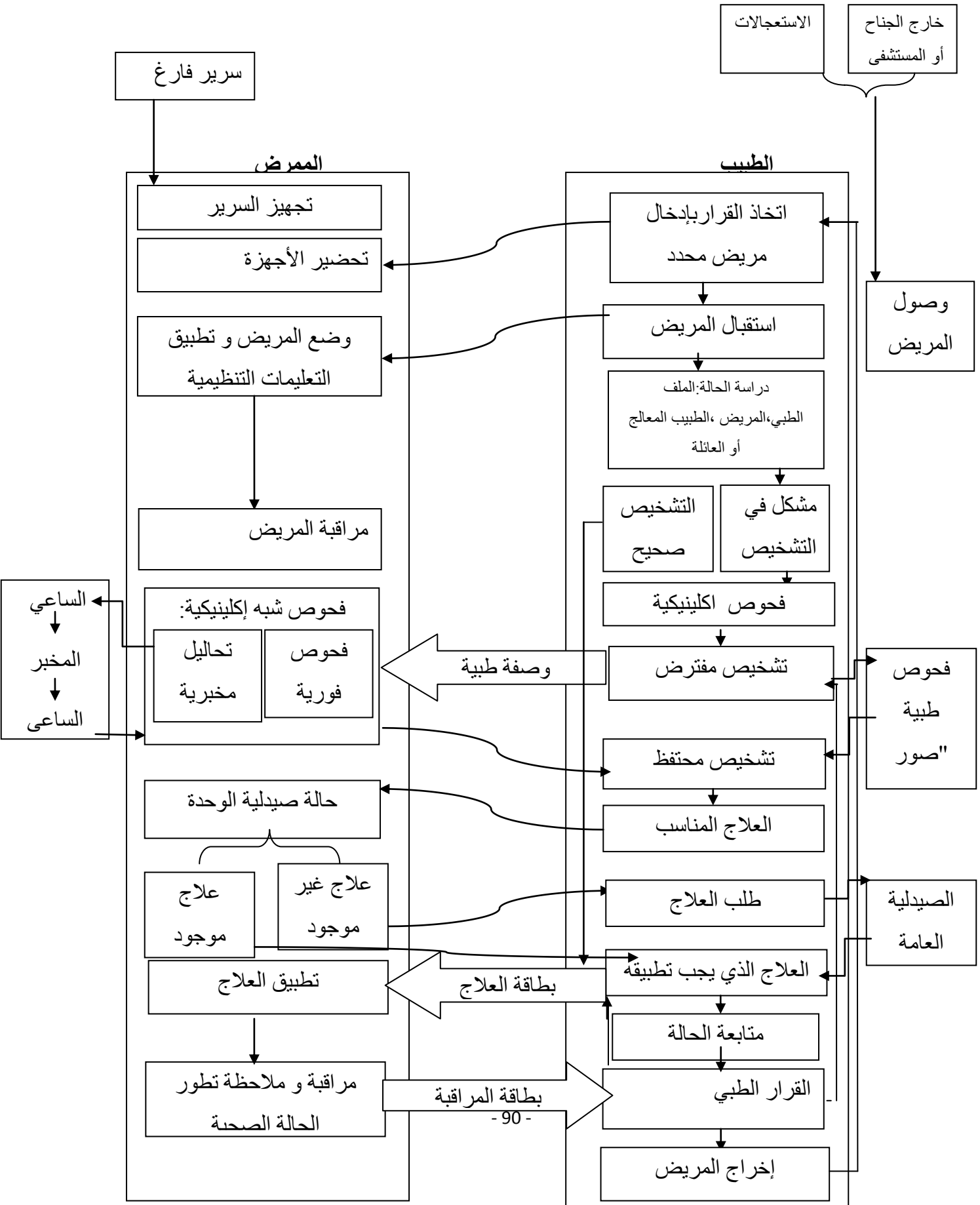
لتنظيم تقديم العلاج، و كذا مراقبة تطور الحالة المرضية ؛ فيسجل كل ملاحظاته و نشاطه على بطاقة المراقبة التي يعتمد عليها الطبيب لاتخاذ القرار الطبي ( مراجعة التشخيص، الاستمرار في العلاج أو إخراج المريض).

**الحالة الثانية:** الاحتفاظ بالتشخيص : تحدث هذه الحالة عندما يكون التشخيص الذي وضعه الطبيب المعالج في الاستجابات صحيح، إنما يستلزم انتظار التطورات لاتخاذ القرار العلاجي ، يدخل المريض في هذه الحالة إلى وحدة الإنعاش مرفوقا بالبطاقة العلاجية، و بعد توفير الأدوية ، يستمر الممرض في تطبيقها و مراقبة الوضعية حسب تعليمات طبيب وحدة الإنعاش.

تجدر الإشارة إلى إمكانية حدوث تعديل في المخطط و هذا حسب الحالة المعالجة، فلا يمثل المخطط الطريقة المعيارية لأي تدخل و إنما في اغلب الحالات هذا ما يتم اتباعه ؛ و نفس الشيء بالنسبة للاتصال بين الطبيب و الممرض، فالأشكال الموضحة هي الأشكال الرسمية و التي ينبغي اتباعها، إنما تظهر حالات فجائية تحول دون تطبيق المعايير.

يمثل الشكل 04 مخطط لعمل التكفل الصحي يبين كيفية توزيع المهام بين الطبيب و الممرض، وتنظيم الاتصال بينهما لضمان التنسيق و تحقيق الهدف المشترك و المتمثل في ضمان الرعاية الصحية للمريض.

الشكل 04: توزيع عمل التكفل الصحي بين الطبيب و الممرض.

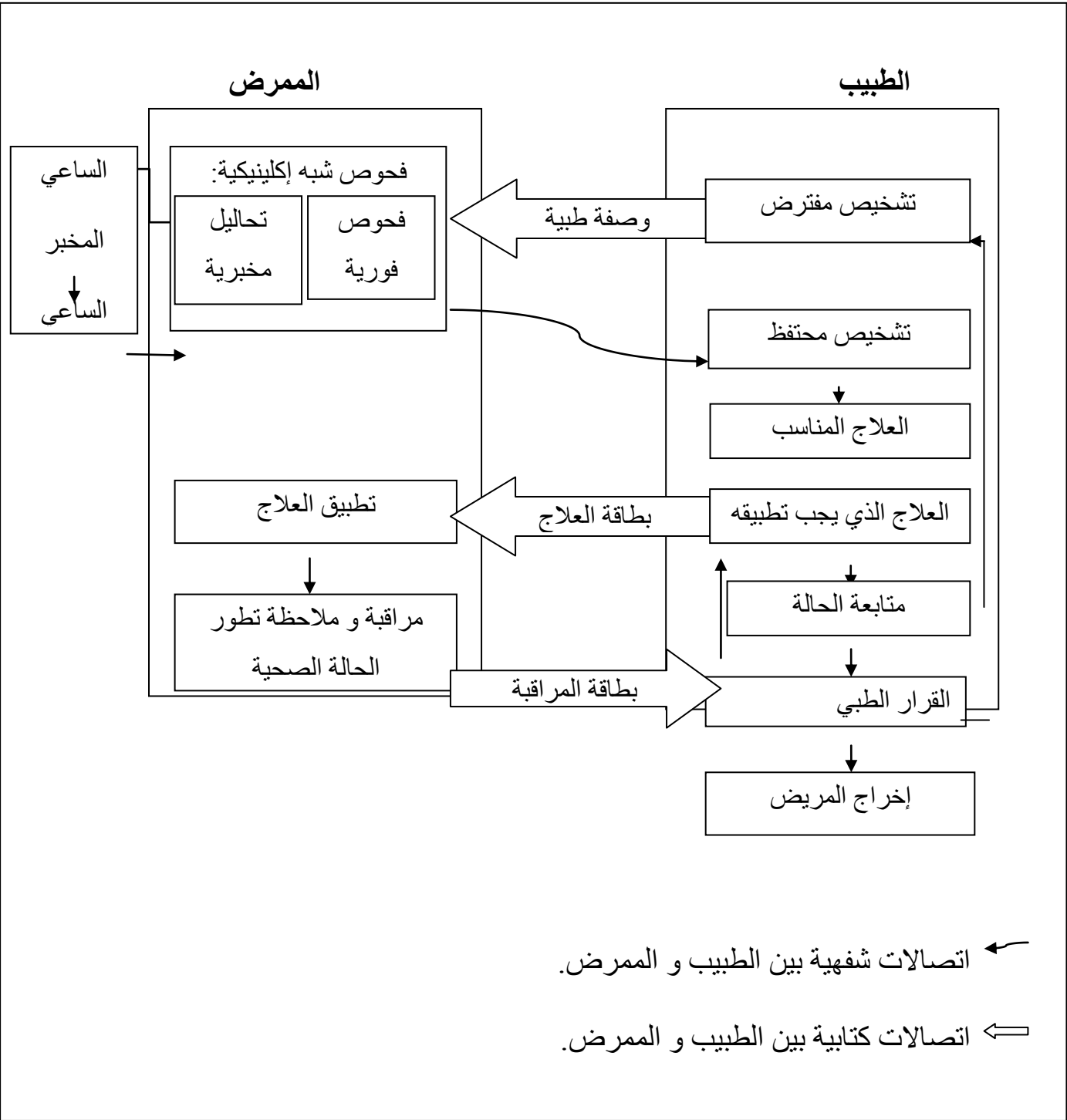


← اتصالات شفوية بين الطبيب و الممرض.

⇐ اتصالات كتابية بين الطبيب و الممرض.

و بما أن التسطير الطبي نشاط جماعي ذو الشكل الكتابي رسميا- حسب ما بينه البحث في الوثائق الرسمية- فنعتبر نشاط التسطير الطبي في وحدة الانعاش بين الطبيب و الممرض انطلاقا من البطاقات المصممة لتبادل المعلومات بينهما، و نتخذها -البطاقات- كمرجع لتحديد مختلف مراحل . بذلك يتمثل عمل التسطير الطبي في المراحل التالية:

- تسطير الفحوص شبه طبية: حيث يطالب الطبيب الممرض بالقيام بالفحوص شبه إكلينيكية اعتمادا على وصفة طبية. تحتوي الوصفة على المعلومات التالية: ختم الطبيب المسطر، اسم و لقب المريض، نوع الفحص المطلوب و اسم الوحدة.
  - تسطير العلاج: يدوّن الطبيب العلاج المناسب مع المعايير التي يجب مراقبتها على بطاقة العلاج لينفذ ذلك الممرض.
  - مراقبة الحالة: يدوّن الممرض نشاطه على بطاقة المراقبة و التي تحوي المعلومات التالية: المعايير التي يجب مراقبتها و النتائج، العلاج المناسب (مع الإشارة إلى تطبيقه من عدمه)، ملاحظات رد فعل المريض للعلاج و كذا الفحوص المطلوبة.
- تمثل المرحلة الأولى و الثانية تسطيرا تنازليا من الطبيب الى الممرض، أما المرحلة الثالثة من التسطير فهي من الشكل التصاعدي من الممرض الى الطبيب. هكذا تتكون سيرورة التسطير بتبادل المعلومات بين الطبيب و الممرض في مختلف مراحل ( الشكل 05).



الشكل 05 : التسطير الطبي من الناحية الرسمية.

## 2.4.2 التسطير الطبي الفعلي

إن تعدد و تنوع الحالات المرضية التي لاحظناها أثناء الدراسة "أكثر من أربعين حالة" صعب في تحديد الاتصالات المعتمدة فعليا بين مختلف المتدخلين، إنما و رغم هذا التنوع إلا أنه توجد ملاحظات مشتركة يمكن الإشارة إليها ، و هي:

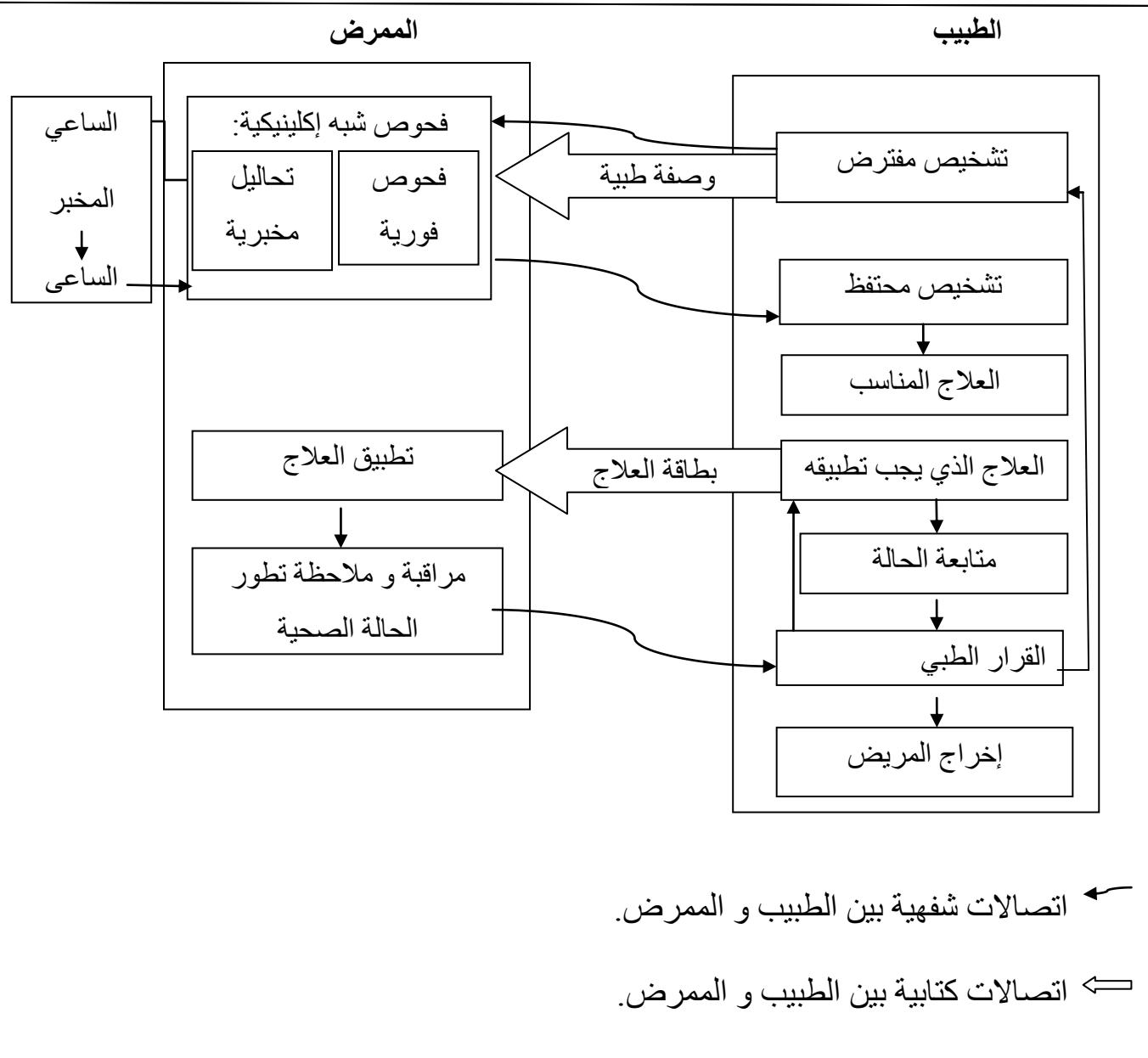
\_ تبادل المعلومات بين عدة متدخلين (كل موظفي الوحدة و حتى موظفي خارج الوحدة).

\_ أهمية الاتصال بين الطبيب و الممرض للتنسيق بينهما، حيث لاحظنا وجود بعض مراحل التسطير الطبي تركز على فعالية الاتصال(التشخيص المحتفظ، تطبيق العلاج، الخ).

\_ استعمال الشكلين الشفهي و الكتابي في الاتصال خاصة في تسطير الفحوص شبه طبية و كذا بروز الاستعمال الغالب للحوارات الشفهية للاتصال.

\_ الانعدام التام لاستعمال بطاقة المراقبة لجميع الحالات و الاعتماد على الحوارات الشفهية بين الطبيب و الممرض.

يعبر الشكل 06 عن نشاط التسطير الطبي الفعلي الذي يبين أشكال الاتصالات الوظيفية المتبادلة بين الطبيب و الممرض.



الشكل 06: التسطير الطبي الفعلي

يظهر جليا من خلال هذا المخطط الاعتماد على الاتصالات الشفوية و الكتابية لتسطير الفحوص شبه طبية من خلال السهم الغليظ و الذي يشير إلى الوصفة الطبية و السهم الرقيق الذي يمثل الاتصال الشفوي.

من جهة أخرى، يبين المخطط الاستغناء التام عن بطاقة المراقبة و الاكتفاء بالحوارات الشفهية لتبادل المعلومات حول تطور حالة المريض.

رغم الاختلاف الملموس بين الشكل الرسمي للاتصال بين الطبيب و الممرض و الشكل الفعلي للاتصال المتبادل بينهما، إلا أن النشاطات الاتصالية بقيت مهمة في المراحل المختلفة لنشاط التسطير الطبي.

### الخلاصة

ما يمكننا استخلاصه من الدراسة الأولية حول وضعية العمل في وحدة الإنعاش و التسطير الطبي، يمكن إبرازه في ثلاثة نقاط أساسية.

#### • الخاصية الديناميكية للعمل في وحدة الإنعاش

تتسم وضعيات العمل في وحدات الإنعاش بالخاصية الديناميكية حيث لا يمكن تحديد مسبق لأفعال المتدخلين لأنها تتعلق بعدة عوامل أخرى (الأجهزة ، الأدوات ، الوسائل، المرضى، الإدارة، المحيط العام للجناح و الوحدة). إضافة إلى ذلك، لا يتوقف تطور الحالة الصحية للمريض على عمل الطبيب و الممرض إنما تتأثر كذلك بالعوامل الاجتماعية و الاقتصادية و النفسية التي يتواجد فيها. تستدعي الحالة الصحية الحرجة التي يتواجد فيها المريض ضبط مختلف أبعاد التدخل (البشرية، التقنية، التنظيمية) لضمان الرعاية الصحية و المراقبة المستمرة لأن المعالم الحياتية للمريض في وضعية خطيرة. كما لاحظنا أن لتواجد الوحدة داخل جناح الاستعجال و كذا الحالة الحرجة لصحة المريض يضيفان على تدخل الطبي أهمية البعد الزمني، حيث تشتغل المصلحة تحت ضغط زمني لا يمكن التحكم فيه.

#### • الخاصية الجماعية للعمل في وحدة الإنعاش

تبين لنا من الدراسة الأولية أن وضعية العمل في وحدة الإنعاش تتميز بالخاصية الجماعية للعمل، إذ يعمل عدة مختصين في ميدان الصحة (إداريون، أطباء الإنعاش، ممرضين، متخصص في الدلك الطبي، مختص نفساني، عمال التنظيف، الخ) على ضمان السير الجيد للعمل في وحدة



الانعاش؛ و يتعرض المريض أحيانا إلى معاينة أكثر من ثمانية(08) موظفي الصحة (الطبيب الرئيس، طبيب رئيسي، طبيب مقيم، طبيب داخلي، ممرض، مساعد الممرض، اختصاصي الدلك، مساعده، المختص النفساني) في اليوم، و كل واحد منهم يضيف تأثيره على السير العام لصحة المريض. كما لاحظنا كذلك التغير المستمر للفرق الطبية و الفرق شبه طبية المتناوبة على العمل على ضمان الرعاية الصحية للمرضى المختلفين.

إضافة إلى ذلك، يقع على عاتق الفرقة الطبية و الفرقة شبه طبية مسؤولية نشاط تخطيط التسطير الطبي و تطبيقه، لذا تعملان باستمرار بالتعاون بينهما و هذا بالتنسيق بين نشاطاتهما، كل حسب مهامه. و يتم عمل الفرقة بطريقتين؛ إما فجائية، سريعة وموقفية و هذا في الحالات الاستعجالية أو بطريقة منظمة حسب مخطط توزيع عمل التكفل الصحي بالمريض الذي قدمناه و هذا في الحالات المستقرة؛ كما يتسم العمل بعدة حلقات تعديلية تبعا للتطورات التي تطرأ على الوضعية.

#### • ضرورة دراسة النشاط الاتصالي في وحدة الإنعاش

من خلال تقديمنا لنتائج الدراسة الأولية و الخاصة بوضعية عمل الفرقة الطبية و الفرقة الشبه طبية في وحدة الانعاش، تبين لنا أن الوضعية جد حرجة حيث أن صحة المرضى على محك في هذه الوحدة مما يستدعي وضع استراتيجيات تدخل تعتمد على عدة مختصين يتبادلون معلومات حول المريض باستمرار. بالمقابل نجد ان هؤلاء المختصين في تغير مستمر على الأقل خلال يوم من الاستشفاء في الوحدة -مع العلم انه لاحظنا حالات دامت أكثر من خمسة أشهر-.

بالنسبة للنشاط الاتصالي فالنتيجة العامة التي خرجنا بها هي أهميته في تفعيل التكفل الصحي عامة و التسطير الطبي خاصة، كما توصلنا إلى أنه من الشكل الكتابي رسميا و لقد صممت الإدارة ثلاث بطاقات لتحقيق اتصال فعال بين الطبيب و الممرض. إنما الوضعيات الواقعية بينت اعتماد الفرقتين على الاتصال الكتابي و الاتصال الشفهي أثناء عملهما و كذا غياب كامل لاستعمال بطاقة المراقبة رغم أهميتها في اتخاذ القرار الطبي.

هذا الانحراف عما هو مسطر، و الفارق الملاحظ بين ما هو رسمي منتظر و ما هو فعلي وواقع، يدفعنا للتساؤل عن تنظيم النشاط الاتصالي المعتمد بين الفرقة الطبية و الفرقة شبه طبية أثناء التسطير الطبي لضمان التسيير الجيد لهذه المعلومات و بالتالي تنسيق فعال لمهامهما يحفظ أمن و سلامة المريض الذي بين أيديهم، و هذا ما سنتناوله في الدراسة الأساسية.

# الفصل الخامس

## اشكالية الدراسة و الفرضيات

## 1. الإشكالية

إن تعقد حاجات الصحة و المشاكل الحالية التي يعاني منها القطاع الصحي تتطلب وضع استراتيجيات علاجية تعتمد على العمل الجماعي بين عدة مختصين. فالتعاون بين مختلف موظفي الصحة يظلّ مهمًا لتوفير خدمة صحية ذات جودة للمجتمع (Lemay و آخرون، 1995).

يتجلى هذا التعاون في العلاقات القائمة في المستشفى بين كل أفراد المنظمة و بين عدة ثنائيات (طبية- طبية)،(شبه طبية- شبه طبية)،(الفرقة المعالجة - المريض) و (طبية- شبه طبية)، حيث تبنى على أساس هذه العلاقات فعالية التنظيم و تولد تناسق و تعاون المهنيين، بين مختلف مستويات التأهيل للفرق المعالجة داخله و أساسا مع المرضى، فيحقق الأهداف التي تواجد من أجلها المستشفى (علوان،ك،2009).

و تشكّل العلاقات (الطبية- شبه الطبية) أهم ثنائية و حلقة في السلسلة لا يمكن الاستغناء عنها في التنظيم الاستشفائي فهم مطالبون أكثر من غيرهم بالتبادلات ما بين المهن على أساس تقسيم تقني للعمل، كل حسب مؤهلاته و مكانته ضمن النظام الوظيفي التسلسلي الذي ينتمي إليه، و تربطهم علاقات عمل و تعاون نو صبغة عمودية و هذا ما بيناه في الفصل الثالث بالتطرق الى البعد الجماعي لنشاط التسطير. يكتسي هذا التعاون بين الطبيب و الممرض أهمية بالغة و يشكّل رهانا خاصا و مهمًا لسير المصلحة و تنسيقها، و متابعة العلاج بها.

ربط عدة باحثين (Baggs، 1999؛ Manojlovich، 2007؛ Chmalenberg، 2005) التعاون الايجابي بين الطبيب و الممرض بالنتائج الايجابية في ضمان الرعاية الصحية ؛ أما الصعوبة في التعاون بينهما فقد يؤدي إلى أخطاء في العلاج (Kohn، 2000)، حوادث تتعلق بالأمن و الوقاية (Page، 2004) أو حتى وفيات (Tammelleo، 2002).

ارتباط نوع الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات بالتعاون بين الطبيب و الممرض، يفسره التداخل الذي يعرفه نشاط الطبيب و نشاط الممرض. إذ يهتم الطبيب بالإشراف على الحالة الصحية للمريض و تطورها، حيث يضع المخطط العام للتسطير الطبي منذ دخول المريض إلى المصلحة ثم يعدله تبعاً للتطورات التي تحدث أثناء الاستشفاء أي أنه يراقب سياق المريض على

المستوى الاستراتيجي. أما الممرض فيقوم بتنفيذ و تطبيق الخطة العلاجية الموضوعة بعد تخصيصها للمريض و ضمّها إلى وظيفة المصلحة حيث يشرف و يوافق بين السيرورة اللوجستكية (الاهتمام بالمريض) و التنظيم العام للمصلحة، أي يراقب سياق المريض على المستوى التكتيكي (Holnagel، 1993).

حسب Pelayo (2007) يتطلب السير الحسن لنشاط إشراف الطبيب و تنفيذ الممرض اللذان يعتبران نشاطين متداخلين، الاعتماد على نشاط تسيير المعلومات هام جدا و خاصة تنقل و اشتراك في المعلومات بين الأعضاء. هذه الموجة من المعلومات يتم تنقلها إما شفويا عن طريق الاتصال المتزامن و الاعتماد على الحوار المباشر أو كتابيا اعتمادا على التدوين على مختلف الوثائق المصممة لذلك. ولا تعتبر هذه المعلومات المتبادلة مجرد أرشيف إنما هي معلومات حية تستغل في تدعيم النشاط الجماعي و الفردي إما على مستوى التخطيط أو التنسيق في ضمان الرعاية الصحية ( F. Anceaux و Beuscart-zéphir، 2002، Anceaux، Thuilleiz ; Hoc، 2005 ) أو حتى نشاط اتخاذ القرار العلاجي (Anceaux و Beuscart-zéphir، 2003).

يكتسي الاتصال بين الطبيب و الممرض أهمية بالغة في وحدات الانعاش لما تتصف هذه الوحدات بديناميكية الوضعيات و كذا الخطر المحدق بالمرضى، فتحتاج رعاية خاصة و تجهيز معين. يتكفل الطاقم الطبي بمساعدة الممرضين في وحدة الانعاش بحالات خطيرة و مختلفة من المرضى (السن، الجنس، التشخيص المرضي، الوعي) ، تستدعي الإسعاف السريع و العزل عن باقي المرضى و تقديم عناية طبية مركزة. و تخضع معظم أقسام الانعاش لرقابة صارمة و رعاية مستمرة تستمر لطول ساعات اليوم، بل و لعدة أيام متتالية حتى تتحسن حالة المريض (محمد الصيرفي، 2009؛ 18).

يمتاز التسطير الطبي لكل مريض في وحدة الانعاش بالخصوصية و الفردية أي أنه تدخل جديد يتطلب نشاط مغاير لما سبقه. و بالتالي فيتطلب من الطبيب و الممرض معلومات جديدة حول النشاط العلاجي حتى يضمننا رعاية صحية فعالة و آمنة. هذا التعاون الذي يركز على نشاط اتصالي بين الطبيب و الممرض حيث يتم من خلاله تبادل و جمع و معالجة المعلومات المعقدة و المتغيرة و التي تؤثر بشكل ملحوظ على فعالية التدخل (Falzon، 2004، ص608).

بينت دراسة Knaus و آخرون (1986) ودراسة Baggs (1992) أن نسبة الوفايات تقل في وحدات الانعاش المتسمة بالاتصال الجيد بين الطبيب و الممرض. لذا و بفضل مختلف هذه الدراسات التي ذكرناها سابقا، عملت البلدان المتقدمة على تألية الفعل الاتصالي بين الطبيب و الممرض لضمان التقدم و السرعة في التدخلات العلاجية. و لقد تمّت دراسة مستوى فعالية الاتصال الآلي في نشاط التسطير العلاجي من طرف عدة باحثين (Kuperman و Gibson، 2003؛ Bates، Teich، Lee و آخرون، 1999) الذين بينوا أهميته ، رغم ما يسببه من ظهور أخطاء من نوع جديد في النشاط الطبي (Anceaux، 2006، ص192).

إذا تمعنا في وضعية الاتصال بين الطبيب و الممرض فنجدها قد تطورت. فبعد أن كانت مجرد حوارات شفوية تتم بينهما في فترات عشوائية و وضعيات مختلفة، أصبح النشاط الاتصالي – بفضل الدراسات التي بيّنت أهميته في التسطير الطبي- نشاطا منظما بقواعد و أسس. كما يعتمد على تكنولوجيات عالية الجودة لتسيير أفضل للمعلومات المتبادلة ؛ و بعد أن كان الاتصال الكتابي وسيلة لضمان التغطية القانونية أصبح الآن ضرورة لاستمرارية العلاج و فعاليته في ظل تغير المتدخلين.

من خلال نتائج الدراسة الأولية، تبين لنا أن وضعية العمل في وحدة الانعاش تتميز بالديناميكية و الجماعية بتعدد وتغير المتدخلين ؛ هذا ما يستدعي الاهتمام بجميع شروط التدخل الأمن لضمان استمرار خدمة صحية ذات جودة للمرضى و التي من بين هذه الشروط تنظيم النشاط الاتصالي بين الفرقة الطبية و الفرقة المعالجة.

و بالعودة إلى النتائج التي تحصلنا عليها، فلقد اتضح لنا أهمية النشاط الاتصالي في نشاط التسطير الطبي، حيث يعتمد كل من الطبيب و الممرض على تبادل المعلومات لتنفيذ مهامهما. إذ نجد مراحل من التسطير الطبي – إما في التخطيط أو التنفيذ - لا تتم إلا بعد نشاط اتصالي (التشخيص المحفوظ ، تقديم الدواء، الخ). كما تبين لنا كذلك من خلال دراسة الوثائق الرسمية، أن الاتصال الرسمي ذو شكل كتابي حتى في الحالات الاستعجالية. فالطبيب مطالب بتقديم وصفة طبية إلى الممرض لتطبيقها، كما على الممرض و مساعده تبليغ الملاحظات كتابيا (الملف العلاجي) و شفويا للطبيب.

من جهة أخرى توصلنا من خلال الدراسة الأولية، الى أن نشاط التسطير في وحدة الانعاش يكون باتجاهين متعاكسين. يتمثل الاتجاه الأول في التسطير التنازلي من الطبيب نحو الممرض و هذا ما يحدث في الحالتين المتمثلتين في تسطير الفحوص شبه طبية بالاعتماد على وصفة طبية ، و كذا تسطير العلاج بالاعتماد على بطاقة العلاج. أما الاتجاه الثاني فيتعلق بتسطير تصاعدي نابع من الممرض باتجاه الطبيب بتدوين مختلف الملاحظات و المعلومات على بطاقة المراقبة التي يعتمد عليها الطبيب لاتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق بالمريض.

لكن ملاحظتنا لوضعية العمل الفعلية بينت أن الفرقة الطبية و الشبة طبية لا يعتمدون دائما على هذا التنظيم الاتصالي و الأشكال الكتابية أثناء سيرورة التسطير الطبي، انما يعتمدون كثيرا على الاتصالات الشفهية إلى جانب الاتصالات الكتابية، كما تبين لنا أن الممرضون لا يدونون نشاطاتهم على بطاقة المراقبة أي عدم استعمالها بتاتا، فرغم التغير المستمر للمتدخلين بسبب التنظيم الزمني للعمل إلا أنه تغيب في الوحدة بطاقات تضمن بقاء المعلومات و وجود أثر لمختلف الأعمال و الأفعال التي أجريت على المريض. هذا ما قد يسبب في حدوث انقطاع في سير المعلومات و بالتالي بذل جهود في البحث عنها مع العلم أن العمل في وحدة الانعاش هو عمل يمارس تحت ضغوط زمنية متسارعة.

في ظل نتائج الدراسات السابقة ( الفصل الثاني) التي أثبتت أهمية الاتصالات الوظيفية بين الفرق الطبية و المعالجة في تفعيل نشاط التسطير الطبي وتحقيق علاج فعال و آمن للمرضى في وحدات الانعاش، نجد أن هذه الوضعية في العمل هي وضعية إشكال يجب البحث فيها، لذا نطرح التساؤل التالي: هل يتأثر سير التسطير الطبي بالاتصالات الوظيفية المتبادلة بين الطبيب و الممرض؟ هذا التساؤل العام يحوي مجموعة من التساؤلات الجزئية المتعلقة بالتسطير التنازلي النابع من الطبيب باتجاه الممرض بهدف تسطير الفحوص شبه طبية كالتحاليل المخبرية التي تبعث الى المخبر و الفحوص الفورية التي تعرف نتائجها مباشرة (التساؤل 1، التساؤل 2). تساؤلات حول تسطير العلاج بالاعتماد على بطاقة العلاج ( التساؤل 3، التساؤل 4). اضافة الى تساؤلات حول التسطير التصاعدي النابع من الممرض باتجاه الطبيب، و المتمثل في استغلال الممرض لبطاقة المراقبة لتدوين الملاحظات و المعلومات لإبلاغ الطبيب بها، حيث يعتمد هذا الأخير عليها لاتخاذ

القرار المناسب حول مصير المريض ( التساؤل 5، التساؤل 6). لنختم تساؤلاتنا بتساؤل يتعلق بأمن المريض (التساؤل 7).

تتمثل التساؤلات في:

- 1- هل يعتمد الطبيب دائما على الوصفة الطبية لتسطير الفحوص شبه طبية في تسطير الفحوص المخبرية و الفحوص الفورية؟
- 2- هل يختلف سلوك الممرض في حالة ما إذا طالبه الطبيب شفها بالقيام بالفحوص شبه طبية، عن سلوكه عندما يطالبه بذلك بوصفة طبية؟
- 3- ما هي المعلومات التي تحتويها بطاقة العلاج ؟
- 4- ما هي المعلومات التي يستغلها الممرض من بطاقة العلاج في كل نشاط؟
- 5- لماذا لا تستعمل بطاقة المراقبة؟
- 6- في ظل غياب بطاقة المراقبة، على ماذا يعتمد الطبيب للحصول على المعلومات؟
- 7- هل يتأثر أمن مريض وحدة الانعاش بغياب الاتصالات الكتابية؟

## 2. الفرضيات

للإجابة على التساؤلات المطروحة نقترح الفرضيات التالية:

### الفرضية العامة

يتأثر سير التسطير الطبي بالاتصالات الوظيفية المتبادلة بين الطبيب و الممرض.

### الفرضية الإجرائية الأولى

تتمثل أهمية الفحوص شبه إكلينيكية في كونها حاسمة لاتخاذ القرار حول التشخيص المحتفظ، لذا يطالب الطبيب الممرض بإنجازها. بالعودة إلى المصادر الرسمية فان هذه العملية (تسطير الفحوص) يكون كتابيا حتى يضمن التغطية القانونية لنشاط الممرض، هذه الحالة تجعلنا نفترض أن الطبيب يعتمد على الوصفة الطبية دائما لمطالبة الممرض بإنجازها.

### الفرضية الإجرائية الثانية

تحمل الوصفة الطبية صفة الالزامية بكونها وثيقة طلب رسمية، لذا نفترض وجود فرق و اختلاف في سلوك الممرض حسب شكل الاتصال المعتمد لمطالبته بإنجاز الفحوص شبه طبية.



**الفرضية الإجرائية الثالثة**

بما أن بطاقة العلاج هي الوثيقة التي ينقل بها الطبيب الخطة العلاجية المناسبة للمريض ما إلى الممرض لتنفيذ الخطة و مراقبة تطور الحالة الصحية للمريض، فنفترض أنها تحتوي على كل المعلومات الخاصة بالمريض و الخطة العلاجية بالتفصيل.

**الفرضية الإجرائية الرابعة**

تعتبر بطاقة العلاج البطاقة الوحيدة التي تمثل المريض و التي يطلع عليها الممرض، لذا نفترض أن الممرض يستغل جميع معلومات البطاقة للقيام بمختلف نشاطاته ( التعرف على المريض، تطبيق العلاج و مراقبة تطور الحالة الصحية للمريض).

**الفرضية الإجرائية الخامسة**

ان ظروف العمل في وحدة الانعاش جعلت من الفرقة الطبية و الشبه طبية لا تستعملان بطاقة المراقبة.

**الفرضية الإجرائية السادسة**

يحتاج الطبيب الى معلومات لاتخاذ القرار المناسب حول مصير المريض، و في ظل غياب بطاقة المراقبة نفترض أن الطبيب يعتمد على مصادر أخرى للحصول على المعلومات .

**الفرضية الإجرائية السابعة**

يمثل الشكل الكتابي للاتصالات بين الطبيب و الممرض الشكل المنتظر و المصمم و الموضوع في استراتيجيات العلاج ،وغيابه يعتبر خلا وظيفيا، لذا نفترض أن أمن المريض يتأثر بغياب الاتصالات الكتابية.

# الفصل السادس

## منهجية الدراسة الأساسية

نهدف من خلال الدراسة الأساسية إلى التحقق من فرضيات البحث من خلال دراسة مدى تأثير سير التطوير الطبي بالنشاط الاتصالي بين الطبيب والممرض و هذا بدراسة استعمال مختلف الوثائق المصممة لتنظيم النشاط الاتصالي بينهما على غرار الوصفة الطبية، بطاقة العلاج وبطاقة المراقبة أثناء مختلف مراحل التطوير الطبي.

## 1. مكان وعينة الدراسة

سنقدم فيما يلي المكان الذي أجرينا فيه الدراسة و عينة البحث التي اعتمدنا عليها.

### 1.1 مكان الدراسة

أجرينا الدراسة الأساسية في وحدة الانعاش بجناح الاستعجالات الطبية الجراحية في المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا. كما أوضحنا في الفصل الرابع ( الصفحة 103، 104) طبيعة العمل في هذه الوحدة تمتاز بالديناميكية و الجماعية، و كذا التمسنا ارتكاز نشاط تطوير الطبي على الاتصالات الوظيفية المتبادلة بين الطبيب و الممرض. لهذا السبب اخترنا هذه الوحدة لإجراء الدراسة الأساسية.

### 2.1 عينة الدراسة

اعتمدنا في الدراسة الأساسية على عينة تشمل موظفين من الطاقم الطبي و الشبه طبي يزاولون عملهم في وحدة الانعاش، بأعداد و خصائص مختلفة نبينها في الجدول 05.

الجدول 05 : أفراد عينة البحث

أفراد العينة		العدد	معدل الأقدمية /السنوات
الطاقم الطبي	المقيمون	4	2،5
	المتخصصون المساعدون	2	5،5
الطاقم الشبه طبي	الممرضون المبتدئون	6	3،5
	الممرضون ذوي خبرة	2	12،5
	الرئيس المراقب	1	15 <
	مساعدو الممرض	2	3،3

كان اعتمادنا لهذه العينة مربوطا بالوضعيات المدروسة و أهداف دراستها.

- لدراسة شكل الاتصال المعتمد أثناء تسطير الفحوص شبه اكلينيكية، اعتمدنا على ثلاثة(03) أطباء مقيمون في الانعاش و الذين يزاولون عملهم في الوحدة؛ منهم طبيب في السنة الأولى وآخر في السنة الثانية و طبيب في السنة الثالثة، كلهم في نفس التخصص. اعتمدنا على هذه العينة لأننا اعتبرنا المطالبة بإنجاز الفحوص شبه اكلينيكية تسطيرا طبيا عندما يكون الطبيب المقيم أو الطبيب المساعد للرئيس هو من يطالب الممرض بها، و هذا لأن هذين الأخيرين يملكان ختم الطبيب و بالتالي فالتسطير رسمي. بما أن الطبيب المقيم هو الذي يتواجد دائما في الوحدة عكس الطبيب المتخصص الذي يغيب عنها لفترات، اعتمدنا فقط على الأطباء المقيمين في الدراسة.

- لدراسة سلوك الممرض تجاه طلب الطبيب بالقيام بالفحوص شبه اكلينيكية، اعتمدنا على عينة تشمل (3) أطباء مقيمون في الانعاش و الذين يزاولون عملهم في الوحدة لتسجيل الطلب. أما أفراد عينة الممرضين فلقد شملت أربعة (4) ممرضين و (2) مساعدين ممرضين، كان الاعتماد عليهم نتيجة اتباعنا لطلب الطبيب الذي و كما شرحنا في الدراسة الأولية فهو لا يميز بين الممرض و مساعده.

- لدراسة المعلومات المدونة على بطاقة العلاج و المستهدفين منها، اعتمدنا على(3) أطباء، اثنان منهم مساعدان للرئيس و طبيب مقيم في السنة الرابعة من تخصص الانعاش لأنهم الأكثر خبرة في تسطير العلاج.

- لدراسة استعمال بطاقة العلاج من طرف الممرضين، اعتمدنا على(6) ممرضين مبتدئين.

- لدراسة أسباب عدم استعمال بطاقة المراقبة اعتمدنا على (3) أطباء مقيمين يعملون في الوحدة لمعرفة مدى أهمية المعلومات التي توفرها البطاقة. للتعرف على أسباب عدم تدوين المعلومات على البطاقة، اعتمدنا على ثمانية (8) ممرضين الذين يزاولون عملهم في وحدة الانعاش.

- لدراسة نشاط البحث عن المعلومات الذي يقوم به الطبيب في ظل غياب بطاقة المراقبة، اعتمدنا على الممرض الرئيس المراقب للتعرف على المعلومات المنتصر تدوينها على بطاقة المراقبة. كما اعتمدنا على (03) أطباء مقيمين في تخصص الإنعاش و الذين يعملون في وحدة

الإنعاش، اذ يقع على عاتقهم مسؤولية علاج المرضى أمام الطبيب الرئيس و عائلات المرضى.

- لدراسة تأثير غياب الاتصالات الكتابية على أمن المريض، اعتمدنا على طبيبين مساعدين الذين تتجاوز خبرتهما خمس سنوات عمل، و ممرضين ذوي خبرة. استهدفنا أن يكون أفراد العينة ذوي خبرة عمل في الوحدة لأنهم عاشوا وضعيات عمل و أحداث أكثر من غيرهم من الموظفين.

## 2. التقنيات المعتمدة و الإجراءات المتبعة

للتحقق من الفرضيات المختلفة التي اقترحناها ، اعتمدنا على مجموعة من التقنيات و الاجراءات حسب الهدف المنشود من كل تقنية.

### 1.2 شكل الاتصال الذي يعتمد عليه الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية

لدراسة شكل الاتصال الذي يعتمد عليه الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية، اعتمدنا على تقنية الملاحظة المنظمة. قمنا بتسجيل شكل التسطير و نوع الفحص المطلوب في فترات مختلفة (الجدول 06).

الجدول 06: توزيع عدد فترات ملاحظة تسطير الفحوص شبه طبية على أيام الملاحظة

أيام الملاحظة	عدد فترات الملاحظة
يوم بداية الأسبوع	2
يوم المعاينة مع الطبيب الرئيسي	2
يوم عادي	2
المجموع	6

اعتمدنا على الفترات الصباحية لأن كثافة العمل عالية في هذه الفترة (نتائج الدراسة الأولية، صفحة 89)، كما أن مخبر المستشفى يقبل التحاليل في الفترة الصباحية من اليوم.

أما اختيارنا لهذه الأيام فكان للأسباب التالية:

- يوم بداية الأسبوع: يتم ادخال بعض المرضى الى الوحدة في يومي آخر الأسبوع المتميز بقلة عدد الأطباء. في يوم بداية الأسبوع و بعد اكتشاف وجود مرضى جدد، يطلب الطبيب عدة فحوص للتعرف على الحالة المرضية، كما يعتمد الطبيب على هذه الفحوص لتحيين ذاكرته حول المرضى الآخرين الذين انقطع عن مراقبتهم لمدة يومي آخر الأسبوع.
- يوم المعاينة مع الطبيب الرئيسي: تقوم الفرقة الطبية كاملة تحت رئاسة الطبيب الرئيسي المسؤول عن الوحدة بمعاينة المرضى واحد تلو الآخر ومناقشة حالاتهم، فيقوم الطبيب المقيم المسؤول عن الحالة المرضية بتقديم الحالة، ثم يطرح الطبيب الرئيسي الأسئلة و بعد المناقشة يقدم تعليمات لاستمرارية العلاج. بعد هذه المعاينة يطلب الطبيب المقيم فحوصا للمريض استجابة لتعليمات الطبيب الأستاذ المساعد الرئيسي.
- يوم عادي من الأسبوع: رغبة في ملاحظة النشاط في الأيام العادية من العمل، نقوم بدراسة الطلبات .

اعتمدنا على شبكة ملاحظة (جدول 07) لتسجيل الملاحظات.

الجدول 07: شبكة ملاحظة شكل الاتصال المعتمد لتسطير الفحوص شبه طبية:

فحوص فورية	تحاليل مخبرية	نوع الفحص شكل الاتصال
		كتابي
		شفهي

## 2.2 سلوك المرض تجاه تسطير الطبيب للفحوص شبه طبية

لدراسة سلوك المرض تجاه تسطير الطبيب للفحوص شبه طبية اعتمدنا على الملاحظة المنظمة و تسجيل الحوار الناشئ بين الطبيب و الممرض، و ذلك باتباع الخطوات التالية:

- تسجيل طلب القيام بالفحص و شكله بمجرد ملاحظة قيام الطبيب بذلك.

- ملاحظة الممرض المطالب منذ اكتشافه للطلب إلى غاية تنفيذه أو عدم تنفيذه له، مع تسجيل سلوكه على أساس المعايير التالية:
  - ✓ شكل الاستجابة (تنفيذ أو عدم تنفيذ).
  - ✓ زمن الاستجابة (فورا أو مؤجلا). لتحديد الزمن الفوري من الزمن المؤجل ، سألنا الأطباء المقيمين الذين أجمعوا على اعتبار النصف الساعة الأولى التي تمضي بعد الطلب كزمن فوري أما ما يفوق ذلك فيعتبر زمن مؤجل.
  - ✓ استفسارات (موجودة أو غير موجودة).
  - ✓ منفذ الفحص (المنفذ المطالب أو منفذ آخر).
- تسجيل الحوار الناشئ بين الطبيب و الممرض اثر تسطير الفحص.
- وصف وضعية التسطير بالاعتماد على تسجيل المعايير التالية:
  - ✓ تاريخ يوم التسطير و ساعة تسطير الفحص.
  - ✓ هوية الطبيب المسطر و الممرض المسطر له.
  - ✓ مكان تواجد الطبيب المسطر و الممرض المسطر له و مكان تواجد المريض.
  - ✓ موضوع الطلب أو التسطير و شكله.

يمتد زمن الملاحظة من لحظة المطالبة إلى غاية التنفيذ أو عدمه لكل وضعية طلب.

قمنا بالدراسة في يومي بداية الأسبوع، يومي المعاينة الطبية مع الطبيب و يومين عاديين. نسجل الطلب الأول الملاحظ و من ثمة نتابع السلوك و لا نقوم بتسجيل الطلبات المتزامنة الأخرى؛ إنما بعد الانتهاء من الوضعية الأولى الملاحظة و المسجلة، نرتقب حدوث طلب آخر لتسجيله (الجدول 08).

الجدول 08: شبكة ملاحظة سلوك الممرض تجاه طلب الطبيب

منفذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك
منفذ آخر	المنفذ المطالب	غير موجودة	موجودة	مؤجل	فوري	عدم تنفيذ	تنفيذ	شكل الطلب
								كتابي
								شفهي

### 3.2 المعلومات الموجودة في بطاقة العلاج

لدراسة محتوى بطاقة العلاج التي يعتمد عليها الطبيب لتسطير العلاج، قمنا بدراسة تحليلية لمعرفة فئات المعلومات و المعلومات التي تحتويها البطاقة على مرحلتين.

المرحلة الأولى: بهدف معرفة فئات المعلومات و الغرض منها قمنا ب:

- تحليل بطاقة علاج فارغة للتعرف على البنود المنتظر ملؤها.
- إجراء مقابلة مع الأطباء لمعرفة أهمية البنود و المستهدفين منها.

المرحلة الثانية: بهدف معرفة المعلومات المدونة فعليا على بطاقة العلاج، قمنا ب:

- تحليل عشر (10) بطاقات علاج مستعملة مختارة عشوائيا.
- احصاء المعلومات المدونة في العشر بطاقات المدروسة .

### 4.2 استعمال الممرض لمعلومات بطاقة العلاج

لدراسة استعمال الممرض لبطاقة العلاج، اعتمدنا على الملاحظة المدعمة بالتشفيه لنشاط استعمال الممرض لبطاقة العلاج. طلبنا من الممرض أن يذكر لنا بصوت مرتفع المعلومات التي يستخدمها في البطاقة أثناء اطلاعه عليها بهدف القيام بنشاطاته المختلفة. تابعنا ممرضين في يومي عمل مختلفين. لاحظنا ممرضا يتكفل بخمسة مرضى في يوم عمل، ثم في يوم عمل آخر، تابعنا ممرضا يتكفل بستة مرضى. تحصلنا في الأخير على احدى عشر وضعية عمل ملاحظة.

لبناء شبكة الملاحظة اعتمدنا على النشاطات التي يقوم بها الممرض، و من جهة أخرى على المعلومات الموجودة على بطاقة العلاج ( الجدول 09).



الجدول 09: شبكة ملاحظة استعمال الممرض لبطاقة العلاج

النشاطات التي يقوم بها الممرض				المعلومات الموجودة على بطاقة العلاج
مراقبة تطور الحالة	تقديم العلاج	تحضير العلاج	التعرف على المريض	

لمعرفة رأي الممرض حول بطاقة العلاج فيما اذا كانت توفر المعلومات التي يحتاج اليها، اعتمدنا على المقابلة الموجهة مع الممرضين و التي ارتكزت على الأسئلة التالية:

- هل توفر لك بطاقة العلاج المعلومات اللازمة للتعرف على المريض؟
- في حالة الاجابة ب "لا"، ما هي المعلومات الناقصة؟
- كيف تحصل على المعلومات الناقصة؟
- هل توفر لك بطاقة العلاج المعلومات اللازمة عن تحضير العلاج و تطبيقه؟
- في حالة الإجابة ب "لا" ، ما هي المعلومات الناقصة؟
- كيف تحصل على المعلومات الناقصة؟
- هل توفر لك بطاقة العلاج كل المعلومات عن نشاط المراقبة ؟
- في حالة الإجابة ب "لا"، ما هي المعلومات الناقصة؟
- كيف تحصل على المعلومات الناقصة؟
- هل من إضافات، ملاحظات أو اقتراحات تود ذكرها حول محتوى بطاقة العلاج؟

## 5.2 أسباب عدم استعمال بطاقة المراقبة

لمعرفة أسباب عدم استعمال بطاقة المراقبة ، أجرينا مقابلة مع الأطباء و الممرضين.

- سألنا الأطباء: ما هي فوائد بطاقة المراقبة ؟

- سألنا الممرضين: لماذا لا تدون المعلومات على بطاقة المراقبة ؟

## 6.2 بحث الطبيب عن المعلومات

لدراسة نشاط بحث الطبيب عن المعلومات في ظل غياب بطاقة المراقبة اعتمدنا على الملاحظة المنظمة لنشاط بحث الطبيب عن المعلومات في أيام مستهدفة متميزة بكونها أيام جاءت بعد الانقطاع حيث توقعنا بحث الطبيب عن المعلومات، و تتمثل هذه الأيام في:

- يوم بداية الأسبوع: باعتباره يوم يستكمل الطبيب نشاطه بعد انقطاع ليومي آخر الأسبوع.
- يوم ما بعد استراحة المناوبة الليلية: فيستكمل الطبيب نشاطه بعد انقطاع دام يوم كامل في استراحة.
- يوم ما بعد استراحة العمل في الاستعجالات: فيستكمل الطبيب نشاطه بعد انقطاع دام يوم كامل من العمل في الاستعجالات و يوم آخر في استراحة.

لنتحصل في الأخير على ثمانية عشر (18) وضعية ملاحظة عن نشاط بحث الطبيب عن المعلومات ( الجدول 10).

الجدول 10: توزيع عدد وضعيات ملاحظة نشاط بحث الطبيب عن المعلومات تبعا لأيام العمل.

يوم عودة الطبيب الى عمله	عدد الملاحظات
بداية الأسبوع	06
ما بعد استراحة المناوبة الليلية	06
ما بعد استراحة العمل في قاعة الاستعجالات	06
المجموع	18

لبناء شبكة الملاحظة اعتمدنا على:

- اجراء مقابلة مع الممرض المراقب الرئيس لمعرفة جميع المعلومات التي ينتظر تدوينها على بطاقة المراقبة .
- جميع المصادر المحتمل لجوء الطبيب اليها للحصول على المعلومات .

انطلاقا من هذه المعطيات، قمنا ببناء شبكة ملاحظة لتسجيل بحث الطبيب عن المعلومات(الجدول

(11

الجدول 11: شبكة ملاحظة نشاط بحث الطبيب عن المعلومات

المصدر المعلومات	الملف الطبي	بطاقة العلاج	المريض	العائلة	الطبيب الرئيس	الطبيب المناوب	الممرض	scope Le	إجراء الفحص
حول المريض									
التأكد من تقديم العلاج									
رد فعل المريض للعلاج									
المعايير البيولوجية									
نسبة السكر									
منحنى الحرارة									

## 7.2 تأثير غياب الاتصالات الكتابية على أمن المريض

لدراسة تأثير غياب الاتصالات الكتابية على أمن المريض اعتمدنا على تقنية الحوادث الحرجة؛ فنجري مقابلة مع الأطباء و الممرضين مع تقديم التعليمات التالية: " هلا تفضلتم بسرد حوادث عثتموها أو لاحظتم حدوثها، تسببت فيها غياب الشكل الكتابي في الاتصالات بين الطبيب و الممرض و التي أثرت على صحة و أمن المريض".

## 3. أدوات تحليل المعطيات

نعتمد في تحليلنا للمعطيات على التحليل الإحصائي للنتائج بحساب التكرارات والنسب المئوية. بالإضافة إلى التحليل الكيفي لمحتوى الملاحظات، المقابلات، البطاقات بتصنيفها إلى فئات تساعدنا على تنظيم المعطيات و تحليلها.

يمثل الجدول 12 تلخيص المنهجية المعتمدة في الدراسة الأساسية.

الجدول 12: ملخص عن منهجية الدراسة الأساسية

أدوات تحليل المعطيات	التقنيات	خصائص العينة	بهدف معرفة
حساب التكرارات، النسب المئوية.	الملاحظة المنظمة	03 أطباء مقيمين في الانعاش	شكل الاتصال الذي يعتمد عليه الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية
حساب التكرارات، تحليل المحتوى.	الملاحظة المنظمة	03 أطباء مقيمين. 04 ممرضين و 02 مساعد المررض	سلوك الممرض تجاه تسطير الطبيب
حساب التكرارات، تحليل المحتوى	مقابلة موجهة	طبيب مقيم في السنة الرابعة، 02 طبيب مساعد	المعلومات الموجودة في بطاقة العلاج
حساب التكرارات، تحليل المحتوى.	ملاحظة مدعمة بالتشفيه، مقابلة موجهة	06 ممرضين مبتدئين	استعمال الممرض لمعلومات بطاقة العلاج
تحليل المحتوى	مقابلة	03 أطباء مقيمين، 08 ممرضين	أسباب عدم استعمال بطاقة المراقبة
حساب التكرارات	مقابلة، ملاحظة منظمة	المررض المراقب الرئيس، 03 أطباء مقيمين	بحث الطبيب عن المعلومات
تحليل المحتوى	الحوادث الحرجة	02 طبيب مساعد، و 02 ممرض ذوي خبرة	تأثر أمن المريض بغياب الاتصالات الكتابية

# الفصل السابع

## عرض، تحليل و مناقشة النتائج

بعدها تعرضنا في الفصل السابق إلى تقديم منهجية الدراسة الأساسية للبحث والتي أجريناها في وحدة الإنعاش، سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج التي توصلنا إليها وتحليلها. حيث لكل تسطير طبي (تسطير الفحوص شبه طبية، تسطير العلاج، المتابعة العلاجية) بحثنا في نشاطه الاتصالي المعتمد أثناء تبادل المعلومات و كذا ما يترتب عنه من أفعال يعد ذلك سنقوم بمناقشة النتائج التي توصلنا إليها استنادا إلى الدراسات السابقة و الاطار النظري لموضوع البحث.

## 1. عرض و تحليل النتائج

سنقوم فيما يلي بعرض النتائج التي توصلنا إليها و تحليلها.

### 1.1 شكل الاتصال الذي يعتمده الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية

تتمثل الفحوص شبه طبية في الفحوص التكميلية الضرورية لتشخيص الحالة المرضية أو للتأكد من العلاج المقدم. اعتمدنا على مرجعية المهن لمهنة الممرض (الملحق رقم 01) لتحديد الفحوص شبه طبية التي تتطلب التسطير الطبي و التي أخذناها بعين الاعتبار. ميّزنا بين الفحوص المتمثلة في التحاليل المخبرية (TP، FNS، TCK، الخ) حيث تبعت الفحوص إلى المخبر لتحليلها، و الفحوص شبه اكلينيكية الفورية (ECG، sonde gastrique، الخ) أي أن نتائجها تعرف مباشرة من الممرض.

قمنا بتسجيل الطلبات المختلفة بالتميز بين شكل الاتصال المعتمد في التسطير (كتابي أو شفهي) و نوع الفحص المسطر ( تحاليل مخبرية أو فحوص فورية). واعتمدنا للتحليل الاحصائي للنتائج على حساب التكرارات و النسب المئوية (الجدول 13).

### الجدول (13): شكل الاتصال الذي يعتمده الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية.

المجموع		فحوص فورية		تحاليل مخبرية		نوع الفحص شكل الاتصال
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
51,28	20	//////////	//////////	66.64	20	كتابي
48.72	19	100.00	09	33.33	10	شفهي
100.00	39	100.00	09	100.00	30	المجموع

كشفت النتائج المتحصل عليها تنوع أشكال الاتصال المعتمد بين الطبيب و الممرض أثناء تسطير الفحوص شبه طبية حيث من بين (39) تسطير لفحص شبه طبي سجلنا عشرين (20) طلب بالشكل الكتابي أي ما يعادل 51.28% من الطلبات ذات شكل كتابي بحت، في المقابل سجلنا اتصالات شفوية متمثلة في تسعة عشر (19) اتصال أي ما يعادل 48.72% .

إضافة إلى ذلك كشفت النتائج على أنه أثناء تسطير التحاليل المخبرية يعتمد الطبيب بشكل كبير على الوصفة الطبية، حيث بينت النتائج ان ثلثي الطلبات تتم عن طريق اتصال كتابي و هذا ما يعادل 66.64% أما الاتصال الشفهي فجاء في ثلث الطلبات أي ما يعادل 33.34% .

بالنسبة للفحوص الفورية فيعتمد الطاقم الاستشفائي على الاتصالات الشفهية فقط، حيث سجلنا تسعة (09) فحوص فورية، جاءت كلها شفوية أي 100% .تمثلت الفحوص الفورية المسجلة في حالات قليلة مقارنة بما سجلناه من فحوص تحاليل مخبرية، لأنه عادة ما يقوم الطبيب الداخلي بهذه الفحوص ،فمثلا و على هامش ملاحظتنا سجلنا أكثر من ثلاثين (30) فحص لمخطط كهروقلبي (ECG) قام به الأطباء الداخليون على عكس الممرضين فلم نسجل سوى حالتين من نوع هذا الفحص.

كما بينت النتائج اختلاف عدد الطلبات تبعا للفترة المدروسة، فنظما النتائج في الجدول 14.

#### الجدول(14):توزيع تسطير الفحوص شبه طبية في الفترات المختلفة.

المجموع	الفحوص الفورية		التحاليل المخبرية					
	العدد	النسبة	شفوية	العدد	النسبة	كتابية	العدد	النسبة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
33.33	13	10.26	04	15.38	06	7.96	03	بداية الاسبوع
46.15	18	7.69	03	10.26	04	28.20	11	المعاينة الطبية
20.25	08	5.13	02	7.69	03	7.96	03	عادي
100	39	23.08	09	33.33	13	43.59	17	المجموع

يبين الجدول 14 وجود اختلاف في عدد و نسبة الفحوص المسطرة في فترات الملاحظة المختلفة.

بالنسبة ليوم بداية الأسبوع نلاحظ من خلال النتائج، ارتفاع نسبي في عدد الفحوص المطلوبة، فجاءت بما يعادل 33.33% .تمثل هذه الفترة بالنسبة للأطباء في فترة مواصلة العمل بعد يومي عطلة نهاية الأسبوع. حيث بعد انقطاع المتابعة الطبية للحالة، تعمل الفرقة الطبية على تحيين معلوماتها حول الحالة بطلب إجراء فحوص تكميلية للتحقق من فعالية العلاج، لهذا سجلنا ارتفاع نسبي في النتائج ( 13 فحص). كان يمكن أن تكون النتائج المسجلة أكثر من ذلك، إلا أن خصوصية الوضعية أثناء الملاحظة حالت دون ذلك، حيث:

- سجلنا في فترة تواجدنا حالات مرضية مستقرة ( أكثر من خمسة حالات) دامت أكثر من ثلاثة أسابيع، و هذا ما أدى إلى تعوّد الأطباء على الحالات و لم تتطلب وضعياتهم القيام بفحوص شبه طبية.

- ميّز فترة ملاحظتنا كون الأطباء المناوبين في العطلة الأسبوعية هم أطباء الوحدة ، و بما أنهم يعرفون جميع الحالات بفضل المعاينة الطبية مع الطبيب الرئيس ، فهم يطلبون الفحوص اللازمة في يوم السبت و يجد زملاؤهم في يوم الأحد النتائج جاهزة؛ و بالتالي و حفاظا على صحة المريض يفضل عدم إعادتها.

أما فيما يخص يوم المعاينة الطبية مع الطبيب الأستاذ المساعد فقد جاءت النتائج لتقارب نصف الحالات المسجلة بنسبة 46.15% من الفحوص. تدوم المعاينة الطبية قرابة ساعتين يحضرها إجباريا جميع أطباء الوحدة، و حسب الرغبة للأطباء الآخرين والمهتمين. عادة ما تجرى في يومين في الأسبوع. إلا أن الطبيب الأستاذ المساعد و حرصا منه على تفقد الأوضاع فلقد فاجأ الطاقم الاستشفائي للوحدة أكثر من مرة بطلاته التقيدية و حسب الأوضاع التي يلاحظها يقرر القيام بالمعاينة الجماعية من عدمه.

حرص الطبيب الأستاذ المساعد على إتقان العمل يجعله شديد التفطن و يصل به الحد إلى توبيخ الأطباء إن لم يقوموا بكل ما يلزم للإمام بالحالات التي يتكفلون بها، لذا و تجنبنا لهذه المواقف المحرجة يطالب الأطباء المقيمون الممرضين بالقيام بالفحوص اللازمة، و هكذا فيهيئوا تقارير شاملة عن الحالات ليطلع عليها الطبيب الأستاذ المساعد.



يتمثل العدد الأكبر من تعليمات الطبيب الأستاذ المساعد من نوع التعاون بين المصالح، فبعد معاينة الحالة يقدم توصيات للاتصال بالمصالح المتخصصة كطب أمراض القلب، طب الأعصاب، الخ و يفوض لهم المتابعة المشتركة للحالة، مع التذكير ببعض الفحوص شبه طبية اللازمة.

بما أن الطبيب في تواصل مع مريضه جاءت النتائج المسجلة في الفترة العادية قليلة حيث كانت في حدود 20.52%.

## 1. 2 سلوك الممرض تجاه طلب الطبيب

بهدف التعرف على سلوك الممرض تجاه طلب الطبيب، قمنا بملاحظة سلوك الممرض منذ تعرفه على الطلب إلى غاية تنفيذ الفحص. فكان عدد الملاحظات التي سجلناها هو أربعة عشر (14) ملاحظة خلال ستة (06) فترات ملاحظة (الجدول 15).

الجدول 15: عدد الملاحظات المسجلة لسلوك الممرض في الفترات المختلفة.

المجموع	يوم عادي		يوم المعاينة الطبية		بداية الأسبوع		عدد الملاحظات
	فترة الملاحظة الثانية	فترة الملاحظة الأولى	فترة الملاحظة الثانية	فترة الملاحظة الأولى	فترة الملاحظة الثانية	فترة الملاحظة الأولى	
14	02	02	03	03	02	02	

ميزنا النتائج المتوصل اليها تبعا لشكل الاستجابة، زمن الاستجابة، الاستفسارات و الفرد المنفذ (الجدول 16) .

الجدول 16: سلوك الممرض تجاه طلب الطبيب

المجموع	النسبة %	العدد		
14	50	07	تنفيذ الفحص	شكل الاستجابة
	50	07	عدم تنفيذ الفحص	
14	28,57	04	استجابة فورية	زمن الاستجابة
	71,43	10	استجابة مؤجلة	
14	57,14	08	موجودة	الاستفسارات
	42,86	06	غير موجودة	
14	57,14	08	المنفذ المطالب	منفذ الفحص
	42,86	06	منفذ آخر	

تبين هذه النتائج أن 50% من الطالبات تم تنفيذها بغض النظر عن نوع الاتصال المعتمد أي أن هناك 50% من الطالبات لم تنفذ؛ و سجلنا كذلك ما يفوق عن 71% من الطالبات لم تنفذ خلال النصف الساعة الأول بل أجل تنفيذها، اضافة الى وجود الاستفسارات في ثمانية وضعيات (08) أي ما يعادل 57,14%. سجلنا كذلك ستة (06) طالبات تم تنفيذها من منفذ غير المطالب بها، أي ما يعادل 42,86%.

نقدم فيما يلي هذه النتائج بالتميز بين ملاحظات لسلوك الممرض بعد مطالبة بالقيام بالفحص بالاعتماد على اتصال كتابي و ملاحظات لسلوكه بعد مطالبة شفهي بإجراء الفحص (الجدول 17).

الجدول (17): سلوك الممرض تجاه شكل طلب الطبيب.

تنفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك
آخر	ممرض	لا	نعم	مؤجل	فوري	لا	تنفيذ	شكل الطلب
4	3	3	4	5	2	4	3	كتابي
2	5	3	4	5	2	3	4	شفهي

تبين هذه النتائج أنه لا يوجد فرق بين سلوك الممرض عندما يطالب بإنجاز الفحوص شبه طبية بالاعتماد على اتصال كتابي المتمثل في وصفة طبية أو بالاعتماد على الاتصال الشفهي. فبعد تسجيل لسبعة (07) سلوكيات للممرض بعد تلقيه الوصفة الطبية و سبعة سلوكيات بعد مطالبته شفهيًا بالقيام بالفحوص شبه طبية، أفرزت النتائج على أن سلوك الممرض لا يختلف كثيرا عما إذا طُلب بإجراء الفحوص شبه طبية بالاعتماد على وصفة طبية أو بمطالبته شفهيًا بذلك؛ فبالنسبة لزمان الاستجابة و وجود الاستفسارات فلقد جاءت النتائج متماثلة أما بالنسبة لعامل التنفيذ من عدمه فقد سجلنا اختلافا بدرجة واحدة ، و بالنسبة لهوية المنفذ، سجلنا فرقا في درجتين. و هذا ما يعني عدم وجود اختلافات بين سلوك الممرض المتلقي لطلب كتابي و سلوك الممرض المتلقي لطلب شفهي فيما يخص المعايير التي اتخذناها كمرجع لدراسة السلوك.

اعتمدنا على وصف وضعيات العمل الفعلية و الاستفسارات و الحوارات المسجلة لتفسير هذه النتائج المتمثلة في عدم وجود اختلافات في سلوك الممرض تبعا لشكل الاتصال الذي يعتمده الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية. كشفت لنا تسجيلات الحوار بين الطبيب و الممرض أن أسباب التأجيل أو عدم التنفيذ أو التنفيذ من موظف آخر عديدة ومتنوعة (الجدول 18).

الجدول 18: أسباب عدم تنفيذ، تأجيل أو تنفيذ من موظف آخر لطلبات الطبيب:

السلوك	عدم التنفيذ	تأجيل التنفيذ	منفذ آخر
الأسباب			
طلب شفهي فقط	00	01	01
طلب كتابي فقط	01	01	00
أدوات غير موجودة	02	04	02
غياب المزامنة العملية	02	01	01
وجود منفذ آخر	02	02	05
نفسية الممرض	02	02	02
أمن المريض	01	01	01
ليست من وظائف مستقبل الطلب	00	01	01
المجموع	10	13	13

نشير الى أن نفس السبب قد يكون مفسرا لعدة سلوكيات، كما أنه عدة أسباب قد تجتمع لتحدث سلوكا معيناً فكل وضعية عمل و خصوصيتها.

يؤدي الاتصال الشفهي إلى نسيان الممرض للطلب في ظل التغيرات الديناميكية التي تعرفها وضعية العمل في الوحدة (الوضعية 11 . الملحق 5) .

أما في حالة ما إذا اعتمد على الوصفة الطبية دون تنبيه شفهي فقد لن يعرف بذلك الممرض خاصة ما إذا أنهى عمله مع المريض قبل تجهيز الوصفة مثل ما حدث في الوضعية الرابعة الملاحظة و الوضعية العاشرة (ملحق 5).

هناك الحالة المثالية أين يطالب الممرض بوصفة طبية إضافة إلى الإعلام الشفهي بذلك، لكن رغم ذلك لاحظنا تأجيل في التنفيذ سببه:

- عدم توفر الأدوات الضرورية لذلك كالأنابيب،الحقن، الخ (الوضعيات 14،11،9،4. الملحق 5)
- غياب المزامنة العملية في الطلب ، و لقد سجلنا نوعين من غياب المزامنة و المتمثلة في انتهاء الممرض لعمله مع المريض، أو أن زمن الطلب متأخر عن وقت عمل المخبر (الوضعيات 8،2،10. الملحق 5)
- وجود شخص آخر يمكنه القيام بذلك كالطبيب الداخلي.
- الحالة النفسية للممرض : سجلنا حالات يرفض الممرض القيام بالفحوص بسبب الاحساس بالارهاق أو الانزعاج (الوضعيات 14،12 الملحق 5).
- أمن المريض: من بين الحالات التي سجلناها ، سجلنا حالة أين لم يقم الممرض بالفحوص شبه طبية حفاظا على أمن المريض (الوضعية 1، الملحق 5)
- مستقبل الطلب ليس من مهامه القيام بالفحوص شبه طبية: و هذا ما سجلناه في الوضعية 13 (الملحق 5).

### 1. 3 المعلومات التي تحتويها بطاقة العلاج

إن التعامل الدائم بين الطبيب و الممرض بالاعتماد على بطاقة العلاج جعلنا نهتم بهذه البطاقة، فقمنا بدراسة تحليلية لمعرفة فئات المعلومات و المعلومات التي تحتويها البطاقة.

توصلنا انطلاقا من تحليل بطاقة علاج فارغة الى التعرف على البنود المنتظر ملؤها، و هي: تاريخ التسطير، الوحدة، اسم المريض ولقبه، زمرة دم المريض، هوية طبيب الانعاش، الجراح، التشخيص، العلاج، ساعات تقديم العلاج (الملحق 03) .

و توصلنا من خلال المقابلات التي أجريناها مع الأطباء لمعرفة أهمية كل بند و المستهدفين منه. فبالنسبة ل:

✓ تاريخ التسطير: يرى الأطباء أن تاريخ التسطير مهم جدا لأنه توجد علاجات ذات مدة صلاحية لا يجب تجاوزها أي لا يجب الاستمرار في تقديم ذلك العلاج للمريض، لذا أصر الطبيب الأستاذ المساعد أكثر من مرة على ضرورة تحيين البطاقات يوميا. وهكذا فهذه المعلومة و بالنسبة للأطباء هي مهمة جدا خاصة للممرضين الذين يعملون مع المريض. و كذا للأطباء المناوبين الليليين و المناوبين في العطل الأسبوعية الذين قد يعترضهم موقف لاتخاذ قرار علاجي في فترة مناوبتهم.

✓ اسم و لقب المريض: هي هوية المريض، فالحالات تختلف و يختلف علاج كل مريض عن آخر، لذا فيجب تحديد هوية المريض حتى يتم تجنب الأخطاء بين المرضى. و هذه المعلومات موجهة أكثر للممرض الذي سيقدم العلاج للمريض.

✓ زمرة دم المريض: من بين المعلومات التي تعرّف بالمريض، تظهر أهميتها في الحالات التي تستدعي حقن المريض بالدم (transfusion sanguine)، حيث يجب التأكد من تطابق الدم الذي سيتم حقنه في المريض مع دم المريض. هذه المعلومة موجهة أكثر للممرض الذي سيقوم بالحقن الدموي للمريض.

✓ هوية طبيب الإنعاش: أو بالأحرى الطبيب المسطر، أي أن هذه المعلومة تجعل قارئ البطاقة يتعرف على مصدر التسطير و هذا ما يختصر و يسهل النقاش حول الحالة أثناء البحث عن المعلومات أو للاستفسار عنها. كما أجمع الأطباء على ضرورة التعريف بالطبيب المسطر لضمان التغطية القانونية و تحديد المسؤوليات. فتسهل المعلومة عمل الممرض الذي يبحث عن المسطر لطلب شروحات مثلا.

✓ الطبيب الجراح: في حالة ما كانت الحالة المرضية تتطلب متابعة طبية مشتركة بين طبيب الانعاش و طبيب الجراح فيكتسي التعريف بهذا الأخير نفس القدر من الأهمية التي يحظى بها التعريف بطبيب الانعاش.

✓ التشخيص: يمثل الخلاصة التي توصل إليها الطبيب عن الحالة المرضية و بالتالي ما يفسر العلاج المسطر. هذه المعلومة مهمة لكل من سيعمل بالبطاقة على غرار الممرض.

✓ العلاج: هو سبب وجود البطاقة، يقصد به مجوع الأدوية (الاسم ، المقدار، النوع) التي يجب تقديمها للمريض، وكذا طريقة التقديم. يعتمد على هذه المعلومات الطبيب الذي سيسطر العلاج في غياب الطبيب المعالج، الصيدلي الذي سيوفر العلاج للوحدة و الممرض للقيام بعمله المتمثل في تحضير العلاج و تقديمه للمريض.

✓ ساعات تقديم العلاج: تعتبر الحالات التي تتكفل بها الوحدة حالات مرضية حرجة لذا يتميز العلاج بالدقة الزمنية و هذا ما يفسره وجود هذا البند حيث لا يقدم الدواء في الأوقات التي يرغب فيها الممرض أو المريض إنما يجب العودة إلى ما سطره الطبيب من أزمنة ملائمة لتقديم العلاج.

بهدف معرفة المعلومات التي يدونها الطبيب فعليا على بطاقة العلاج، قمنا بتحليل عشر (10) بطاقات علاج مستعملة، و أحصينا عدد البطاقات التي وجدنا فيها المعلومة مدونة (الجدول 19).

### الجدول 19: المعلومات المدونة على بطاقات العلاج.

عدد البطاقات التي وجدنا فيها المعلومة مدونة	المعلومات
9	تاريخ التسطير
9	الوحدة
10	اسم المريض
10	لقب المريض
00	زمرة دم المريض
00	هوية الطبيب المسطر
00	هوية الجراح
9	التشخيص
10	العلاج
10	ساعات تقديم العلاج
10	رقم السرير
03	السوابق المرضية
08	معايير للمراقبة
08	فترة العلاج

نلاحظ من خلال الجدول 19 وجود بنود لا يتم ملؤها مثل هوية الطبيب المسطر و الطبيب الجراح و كذا الزمرة الدموية للمريض. من جهة أخرى ظهرت معلومات جديدة على البطاقة يدونها الطبيب على هامش البطاقة إضافة إلى المعلومات السابق ذكرها. تتمثل هذه المعلومات المضافة في رقم السرير، السوابق المرضية، فترة العلاج و كذا معايير للمراقبة. رغم هذه الإضافات التي وجدناها إلا أنه لا توضع جميعها في كل البطاقات.

#### 1.4 استعمال الممرض لمعلومات بطاقة العلاج

كان هدفنا التالي بعد القيام بتحليل بطاقة العلاج، التعرف على استعمال الممرض لها بهدف القيام بمختلف نشاطاته كالتعرف على المريض، تحضير الدواء، تقديم الدواء ومراقبة تطور الحالة. بعد تسجيل لإحدى عشر وضعية استعمال لبطاقة العلاج من طرف الممرض تمكنا من جمع المعطيات الكمية التي تشير الى تكرار عدد المرات التي استعمل فيها الممرض معلومات معينة للقيام بنشاط محدد (الجدول 20).

الجدول 20: معلومات بطاقة العلاج التي يستعملها الممرض للقيام بمختلف نشاطاته.

مراقبة الحالة	تقديم العلاج	تحضير العلاج	التعرف على المريض	نشاطات الممرض معلومات بطاقة العلاج
01	11	11	02	تاريخ التسطير
00	03	02	01	الوحدة
00	04	00	03	اسم المريض
03	04	00	00	لقب المريض
00	00	00	00	زمرة دم المريض
00	00	00	00	هوية الطبيب المسطر
00	00	00	00	هوية الجراح
11	08	10	08	التشخيص
02	11	11	03	العلاج
06	11	11	00	ساعات تقديم العلاج
04	04	00	00	معايير للمراقبة
00	11	11	11	رقم السرير
05	03	03	05	السوابق المرضية
09	11	11	01	فترة العلاج

يظهر من هذه النتائج تغير و تنوع المعلومات التي يعتمدها الممرض للقيام بمختلف نشاطاته .

- بالنسبة للتعرف على المريض، بينت النتائج عدم استعمال الممرض لمعلومات معينة كلقب الممرض، ساعات تقديم العلاج، معايير للمراقبة رغم وجودها على البطاقة. الاهتمام الأكبر بمعلومات تتعلق بالتشخيص، رقم السرير و السوابق المرضية. حسب الوضعية فقد يحتاج الممرض الى المعلومات الأخرى كاسم المريض، تاريخ التسطير و فترة العلاج.
  - لتحضير العلاج، يستعمل الممرض معلومات متمثلة في تاريخ التسطير، التشخيص، العلاج، ساعات تقديم العلاج، رقم السرير، فترة العلاج. حسب الوضعية ، قد يحتاج الممرض الى معلومات كاسم الوحدة و المعلومات حول السوابق المرضية.
  - بالنسبة لنشاط تقديم العلاج، تبين النتائج استعمال الممرض لكل المعلومات المدونة على بطاقة العلاج . مهما اختلفت الوضعيات، الا أن الممرض يستعمل معلومات محددة كتاريخ التسطير، التشخيص، العلاج، ساعات تقديم العلاج، رقم السرير، فترة العلاج. اضافة الى هذه المعلومات و حسب الوضعية ، يتأكد الممرض من بعض المعلومات كاسم الممرض ولقبه، اسم الوحدة، معايير للمراقبة و السوابق المرضية.
  - بالنسبة لنشاط المراقبة، يعتمد الممرض على معلومات تتعلق بالتشخيص، ساعات تقديم العلاج، السوابق المرضية، معايير للمراقبة و فترة العلاج.
- كما يظهر الجدول اعتماد الممرض على معلومات أساسية و استغنائها عن معلومات أخرى. حيث أن:

- البنود التي لا يدون الطبيب فيها المعلومات لا يستعملها الممرض (زمرة دم المريض، هوية الطبيب المسطر و هوية الطبيب الجراح) فلقد جاءت التكرارات منعدمة.
- للمعلومات المضافة أهمية كبيرة في عمل الممرض. تبين النتائج استعمال الممرض لمعلومة رقم السرير للتعرف على المريض، تحضير العلاج و كذا لتقديم العلاج في كل وضعيات العمل الملاحظة . كما تبين النتائج استعمال الممرض لمعلومة فترة العلاج للقيام بنشاط تحضير العلاج، تقديم العلاج و مراقبة تطور الحالة.



- لمعلومة معايير للمراقبة التي أضافها الطبيب في الاحدى عشر بطاقة، لم يستعملها الممرض سوى في أربع حالات بهدف تقديم العلاج و مراقبة تطور الحالة.
  - الممرض يهتم بمعلومة السوابق المرضية التي أضافها الطبيب على خمس (05) بطاقات، فلقد استعملها الممرض للقيام بكل نشاطاته.
  - هناك معلومات يجب على الطبيب تدوينها رغم قلة استعمال الممرض لها. تتمثل هذه المعلومات في اسم الوحدة، اسم و لقب المريض فلم يتعدى تكرار استعماله لها أربعة.
- عرفنا بالاعتماد على المقابلة على أن المعلومات التي يحتاجها الممرض للقيام بنشاطاته غالبا ما تكون متوفرة في بطاقة العلاج، الا فيما يخص نشاط مراقبة الحالة أين يلتبس معظم الممرضين نقص المعلومات المساعدة على القيام بهذا النشاط، لذا يعتمدون على مصادر أخرى للحصول عليها (الجدول 21).

الجدول 21: رأي الممرضين حول محتوى بطاقة العلاج

المعلومات نشاط الممرض	المعلومات متوفرة	المعلومات ناقصة	طبيعة المعلومات الناقصة	المصادر التي يلجأ اليها الممرض للحصول على المعلومات
التعرف على المريض	03	01	السوابق المرضية	الأطباء، المريض، حريص المريض
تحضير العلاج	04	00	////////////////////	////////////////////
تقديم العلاج	04	00	////////////////////	////////////////////
مراقبة الحالة	01	03	السوابق المرضية	الأطباء، المريض، حريص المريض

نلاحظ من الجدول، أن الممرض يحتاج الى معلومة السوابق المرضية للمريض للتعرف عليه و بالأخص للقيام بمراقبته، اذ يجد ثلاثة من أربعة ممرضين نقص في المعلومات المدونة على بطاقة العلاج و يعتبرون المعلومة الناقصة متمثلة في السوابق المرضية. يبحث الممرض عن هذه المعلومة عند الأطباء، حريص المريض أو المريض اذا كان واعيا.

## 1. 5 أسباب عدم استعمال بطاقة المراقبة

إن عدم استعمال بطاقة المراقبة جعلنا نبحت عن أهميتها و فوائد استعمالها و كذا أسباب عدم ملئها من خلال إجراء مقابلات مع الأطباء و الممرضين.

كشفت المقابلات مع الأطباء عن بعض الفوائد لبطاقة المراقبة (الجدول 22).

الجدول 22: فوائد بطاقة المراقبة

التكرارات	فوائد بطاقة المراقبة
02	توفر معلومات حية و معلومات قديمة عن حالة المريض
01	تلخص كل الوضعية في بطاقة واحدة
03	تسهل تتبع الحالة من خلال المنحنيات المرسومة

يبين الجدول أن الأطباء في حاجة لبطاقة المراقبة حيث يعتبرونها مهمة و ضرورية من خلال الفوائد العملية التي قدموها عنها.

يعتبر الأطباء أن بطاقة المراقبة توفر لهم معلومات حية و معلومات قديمة عن الحالة، إذ صممت البطاقة لتوفر معلومات على مدى ثلاثة (03) أيام.

تلخص بطاقة المراقبة عدة معلومات (التعريف بالمريض، العلاج الذي يجب تطبيقه، العلاج المطبق، التحاليل المطلوبة و المنجزة، الملاحظات، تسجيل المعايير البيولوجية، منحنى درجة الحرارة، تغيرات نسبة السكر، الفرقة الطبية و العلاجية المكلفة بالحالة، الخ) في وثيقة واحدة.

أشار كل الأطباء المستجوبون الى فائدة خاصة تتمثل في تسهيل تتبع تطور الحالة من خلال المعلومات التي توفرها بطريقة المنحنيات البيانية المرسومة كالتغيرات في درجة حرارة جسم المريض.

من جهة أخرى، سمحت لنا المقابلة مع الممرضين بالتعرف على أسباب عدم كتابة المعلومات على بطاقة المراقبة (الجدول 23).

الجدول 23: أسباب عدم تدوين المعلومات على بطاقة المراقبة.

التكرار	سبب عدم تدوين المعلومات على بطاقة المراقبة
04	عمل مكرر
02	عدم وجود مكان مخصص لبطاقة
03	لا يقرأها الطبيب
02	يتطلب التسجيل على البطاقة مهارات
06	عبء العمل

يظهر من الجدول أن أسباب عدم تدوين المعلومات على بطاقة المراقبة متنوعة و مختلفة. نصف العينة المستجوبة تجد أن التدوين على بطاقة المراقبة عمل مكرر، فالطبيب يطلب من الممرض تقديم له هذه المعلومات شفهيًا للتأكد من المعلومات المدونة على بطاقة المراقبة. عدم وجود موضع مخصص للبطاقة، فحسب ممرضين اثنين، فحتى لو تم ملء البطاقة فلا يوجد أين يضعونها و بالتالي فمصيورها سيكون الضياع أمام التغييرات التي تعرفها وضعيات العمل. أشار ثلاثة ممرضين الى سبب آخر لعدم الكتابة على بطاقة المراقبة و المتمثل في عدم قراءة الأطباء لهذه البطاقة، لذا فيعتبرون ذلك جهداً ضائعاً. يتطلب التسجيل على البطاقة مهارات. قدم ممرضين هذا السبب، بما أن لكل معلومة لون قلم سيالة خاص و طريقة كتابة خاصة (رسم منحنيات، كتابة أرقام، الكتابة بالحروف، الخ) فيعتبران أن نشاط تسجيل المعلومات المختلفة على بطاقة المراقبة مكلف لهم. أشار أغلب الممرضين ( ستة ممرضين من ثمانية) الى أن عبء العمل في الوحدة هو ما يعيقهم على القيام بهذا النشاط. فالتكفل الجيد بالمرضى مع تدوين على بطاقة المراقبة يستدعي وجود أكثر من ممرضين اثنين و مساعدين لهما لإحدى عشر ( 11 ) مريض في الانعاش.

من خلال هذه المعطيات، نستنتج أنه رغم الفوائد التي توفرها بطاقة المراقبة لعمل الأطباء و أهميتها في تفعيل التكفل الصحي بالمريض، إلا أن ظروف عمل الممرضون من محيط و وضعيات عمل صعبة جعلهم لا يدونون على البطاقة مختلف المعلومات.

### 1. 6 نشاط بحث الطبيب عن المعلومات

أدى الغياب المطلق لبطاقة المراقبة بمجموع الأطباء إلى اللجوء إلى وسائل أخرى للحصول على المعلومات التي من المفروض تواجدها على البطاقة. حيث بمجرد وصوله إلى الوحدة يقوم الطبيب بجمع معلومات حول مستجدات الوضعية، وهذا من خلال عدة مصادر كالطبيب المناوب، الملف الطبي، الطبيب الداخلي، الممرض، عائلة المريض، المريض اذا كان واعيا، بطاقة العلاج، أجهزة المراقبة، الخ. استهدفنا في منهجية الدراسة تسجيل ثمانية عشر (18) وضعية بحث الطبيب عن المعلومات، الا أن الطبيب المقيم في السنة الأولى تحصل على عتلة مقدمة للتحضير لاختبارات نهاية السنة، فلم نتمكن سوى من تسجيل ستة عشر (16) وضعية نميز فيها المصادر التي يلجأ الطبيب اليها للحصول على المعلومات (الجدول 24).

### الجدول 24: المعلومات التي يبحث عنها الطبيب و مصدرها.

المصدر معلومات	الوثائق		الأفراد				الأجهزة		
	الملف الطبي	بطاقة العلاج	المريض	حريص المريض	الطبيب المساعد	الطبيب الداخلي	الممرض	Le scope	إجراء الفحص
حول المريض	06	03	00	04	00	06	01	00	07
التأكد من تقديم العلاج	00	00	02	03	00	03	11	00	00
رد فعل المريض للعلاج	00	00	03	04	00	03	04	00	00
المعايير البيولوجية	00	00	00	06	00	03	00	12	00
نسبة السكر	00	00	00	03	00	05	00	00	02
منحنى الحرارة	00	00	00	03	00	06	00	00	02

من خلال الجدول، نلاحظ اعتماد الطبيب على مختلف الوسائل و المصادر الموجودة أمامه لجمع المعلومات.

يعتمد الطبيب على الوثائق المتمثلة في الملف الطبي للمريض و بطاقة العلاج لجمع معلومات حول المريض فقط، و لا يعتمد عليها لمعرفة آخر التطورات كالتأكد من أخذ العلاج و رد فعل المريض له.

من بين الأفراد المتواجدين في الوحدة، يعتمد الطبيب في الغالب اثناء بحثه عن المعلومات على الطبيب الداخلي و حريص المريض. فغياب بطاقة المراقبة جعل الطبيب المعالج يعتمد عليهما، فأصبحا أهم الفاعلين في الوحدة.

لكل مريض، حريص عليه من العائلة يلزمه في الفترة الليلية ونهاية الأسبوع. إذا كان المريض واعيا، يقوم الحريص عليه بعمليات تنظيفه و إطعامه و بالتالي فيحضر لأغلب ما يحدث للمريض. بالتالي فهو و حسب قول أحد الأطباء المساعدون للرئيس يمثل جهاز (le scope) للمريض الذي لا يتعطل. لذا و كما يبين الجدول فيمكن للطبيب الاعتماد عليه للحصول على أي معلومة حول تطور صحة المريض.

أما بالنسبة للطبيب الداخلي و بحكم مستواه التكويني و المهني فيجد نفسه مطالباً أمام الطبيب المقيم الذي يعمل معه و الطبيب الاستاذ المساعد الذي يشرف على تكوينه، أن يلمّ بكل تفاصيل حالة المريض فيلعب دور الطبيب الذي يبحث عن المعلومات و دور الممرض الذي يوفر المعلومات. هذا الازدواج في الدور جعله أكثر الفاعلين في الوحدة و اكتسب روح المسؤولية، لذا اتخذت إدارة الوحدة قرار بجعل الطبيب الداخلي يضمن المناوبة الليلية و العطلية لوحدة الانعاش و وحدة العلاج المكثف لوحده. فأصبح الطبيب الداخلي مجبر أن يتعرف على جميع الحالات بدقة حتى يتدخل بفعالية أثناء مناوبته و هذا ما جعل منه مصدراً أساسياً لكل المعلومات المتعلقة بالمريض.

يبين الجدول أن الممرض يمثل المصدر الأساسي للحصول على المعلومات المتعلقة بالتأكد من تقديم العلاج لمريض حيث سجلنا لجوء الطبيب للممرض للحصول على هذه المعلومة احدى عشر (11) مرة من أصل تسعة عشر ( 19). و يلجأ اليه كذلك للحصول على معلومات متعلقة بالمريض و رد فعله للعلاج، أما باقي المعلومات فلا يسأله عنها.

لم يلجأ الطبيب المقيم الى الطبيب المساعد للحصول على المعلومات، و هذا ما يعبر على وظيفة الطبيب المساعد المتمثلة في الاشراف عن الحالات و تفادي تدهورها بتوجيه الأطباء الآخرين، و ليس بتقديم معلومات عن الحالات حتى و ان كان يملكها.

يظهر الجدول كذلك، اعتماد الطبيب على المريض للحصول على معلومات حول أخذ العلاج و تأثيراته، و هذا ما التمسناه في الحالات التي كان فيها المريض واعيا.

بالنسبة للأجهزة، يبين الجدول اعتماد الاطباء في أغلب الحالات على جهاز Le scope لمعرفة تغيرات المعايير البيولوجية في جسم المريض. فسجلنا 12 وضعية بحث عن هذه المعلومات بالاعتماد على هذا الجهاز.

أما بالنسبة للمعلومات المتعلقة بنسبة السكر في دم المريض و كذا درجة حرارة جسمه، فيقوم الطبيب بإجراء الفحص لمعرفة المقادير مباشرة ، أو يعتمد على حريص المريض و خاصة الطبيب الداخلي.

للحصول على معلومات حول المريض، نلاحظ من الجدول ارتفاع اعتماد الطبيب على نفسه باجراء الفحص مباشرة و هذا ما لاحظناه فيما يسمى بتقييم وعي المريض أو بالأحرى باللغة الفرنسية Scorer le patient

نود الإشارة فقط إلى أنه بالنسبة للمريض الواحد وللمعلومة الواحدة قد يعتمد الطبيب على عدة مصادر مختلفة. و بالنسبة للمعلومة نفسها قد يعتمد الطبيب على مصادر مختلفة حسب اختلاف الوضعيات.

## 1. 7 تأثير أمن المريض بغياب الاتصالات الكتابية

ان التنوع الملموس في النشاط الاتصالي المعتمد بين الطبيب و الممرض و المتميز في أغلب الحالات بغياب الشكل الكتابي في الاتصالات، أدى بنا الى الاهتمام بتأثير ذلك على أمن المريض، فاعتمدنا على تقنية الحوادث الحرجة لتقصي بعض الوقائع. تمكنا من خلال المقابلات جمع سبعة حوادث مختلفة التأثير (الجدول 25).

الجدول 25: الأحداث التي جمعناها.

رقم الحادثة	عدد المرات المسجلة	الحدث
05،04	02	ضياع المعلومات
07	02	نسيان المعلومات
06،03،02	02	الخلط بين المعلومات
01	01	عم الانتباه الى المعلومة

تؤثر هذه الأحداث المختلفة على السيرورة العلاجية و تؤدي الى نشوب حوادث كانت لتسبب في هلاك المريض. حيث:

- يؤدي تبادل المعلومات بالاعتماد على الاتصالات الشفهية الى ضياع المعلومات أو عدم الانتباه اليها و بالتالي يعاد اجراء الفحوص على المرضى (الحدث رقم واحد، اثنان و سبعة في الملحق 07). اعادة الفحوص أو الاختبارات على المريض الذي قد يؤثر سلبيا عليه، حيث لا يتحمل جسمه الضعيف هذه الفحوص المكررة. يقابل اعادة الفحوص التمديد في فترة استشفاء المريض، للتأكد من المعلومات الضائعة و هذا ما يطلب تكاليف و مصاريف علاجية اضافية.
- يؤدي الخلط بين المعلومات الخلط في العلاجات المقدمة أو النتائج، و هذا ما سيؤثر على صحة المريض سلبيا(الحدث رقم 04 في الملحق 07).
- يخلق غياب الاتصال الكتابي صراعات في الوحدة و هذا ما يؤثر سلبا على نفسية المريض: جميع الأحداث التي ذكرناها و حتى العابرة منها أدت الى صراعات داخل الفرقة العلاجية بل في بعض الأحيان تعدتها لتشمل صيدلي المستشفى و مسؤولي الوحدة (الحدث رقم خمسة). كما

لاحظنا انه بعد الحدث و الصراع ،هناك حالات تتبع بإعادة تنظيم لوضعيات العمل، و هذا تخوفا من تكرار الخطأ و عدم القدرة على استرجاع الحالات (الحدث رقم ثلاثة و رقم ستة).

تناولنا في هذا البحث نشاط التسطير الطبي في بعده الجماعي، أين حاولنا ابراز أهمية الاتصالات الوظيفية المتبادلة بين الطبيب و الممرض في تقديم رعاية صحية جيدة و آمنة للمرضى، خاصة في وحدات الانعاش الطبية الجراحية المتمسمة بالوضعية الحرجة و الديناميكية للحالات المعالجة. تكمن أهمية الكم الهائل من المعلومات المتبادلة بين مختلف المتدخلين على غرار الطبيب و الممرض في كونها عماد الأفعال المنجزة لذا سلطنا الضوء على النشاط الاتصالي المعتمد بينهما و تنفيذ الأوامر الطبية تبعا لذلك.

توصلنا من خلال دراستنا إلى أن الفرقة الطبية و الشبه طبية تعتمدان على شكلي الاتصال و المتمثلين في الشفهي و الكتابي، فلقد تبين من الدراسة الاولية الاستغناء التام للمرضين على بطاقة المراقبة و الاكتفاء بتبليغ المعلومات بالاعتماد على الحوارات الشفهية. كما توصلنا من خلال الدراسة الأساسية الى أن الفرقة الطبية تعتمد على الشكليين الشفهي و الكتابي في الاتصال أثناء تسطير الفحوص شبه طبية التكميلية، أما بالنسبة لتسطير العلاج فيعتمد الأطباء على بطاقة العلاج التي وجدناها تحتوي على معلومات اضافية يدونها الطبيب خارج البنود المسطرة.

بحثنا كذلك في تأثير تنوع الأشكال الاتصالية المتبادلة بين الطبيب و الممرض على سيرورة التسطير الطبي. بالنسبة لسلوك الممرض تجاه شكل تسطير الفحوص شبه طبية، توصلنا من خلال الدراسة الى أن القيام بالفحص لا يتأثر كثيرا بشكل الاتصال و انما هناك عوامل تدخل في توجيه سلوك الممرض كالحالة النفسية للممرض و وفرة الأدوات، الخ . أما فيما يتعلق باستعمال بطاقة العلاج فلقد وجدنا أن الممرض ينتقي معلومات محددة أثناء استعماله لها و أن للمعلومات الاضافية أهمية كبيرة لدى عمل الممرض. أما غياب بطاقة المراقبة، فتوصلنا من خلال البحث الى أن ظروف العمل في الوحدة هو ما سبب في ذلك و جعل الاطباء يعتمدون على مصادر اخرى للمعلومات و هذا ما أدى الى توسيع الفرقة المتكفلة بالمريض الواحد بانضمام العائلة و الطبيب الداخلي. هذا الأخير الذي تطورت وضعيته في الوحدة ،فانتقل من كونه متكون في الطب الى طبيب مسؤول عن الحالات و أيضا ممرض المريض حيث يقوم بالمهام التمريضية خاصة فيما



يتعلق بتسجيل الملاحظات باستمرار، فلقد أصبح الطبيب الداخلي المرجع الأساسي لكل ما يتعلق بالمريض.

من هنا تظهر أهمية الاتصالات الوظيفية في تنفيذ الأمر الطبي، فالشكل الكتابي يضمن أثر الفعل و بالتالي القدرة على العودة إلى المعلومة عند الحاجة لها، خاصة في ظل الانقطاعات الزمنية التي تعرفها وضعية العمل مع العلم أن الوضعية المرضية للمريض لا تعترف بالإجازات و العطل. لذا فالاهتمام بتدوين المعلومات المتعلقة بتطور الحالة الصحية للمريض و تبادلها كتابيا بين مختلف المتدخلين على غرار الطبيب و الممرض مؤشر عن مدى الاحترافية و عامل لضمان المتابعة العلاجية و تحقيق الوقاية و الأمن لصحة المريض الذي كما بيناه يتأثر بغياب الاتصالات الكتابية. توصلنا من خلال الدراسة الى أن المريض يتأثر بغياب الاتصالات الكتابية، فتطول مدة استشفائه لإعادة الفحوص و الاختبارات، أو يؤثر على جسمه الضعيف و نفسيته الحساسة الحرجة.

## 2. مناقشة النتائج

بعد عرض النتائج المختلفة التي توصلنا إليها بعد القيام بالدراسة الأساسية، نقوم بتفسيرها من خلال الوضعيات الفعلية الملاحظة و كذا نتائج الدراسات السابقة. و هكذا سنتحقق من فرضيات البحث.

### 2.1 شكل الاتصال الذي يعتمده الطبيب لتسطير الفحوص شبه طبية

تتمحور الفرضية الأولى في بحثنا هذا حول شكل الاتصال الذي يعتمده الطبيب لمطالبة الممرض بالقيام بالفحوص التكميلية الشبه الطبية، حيث افترضنا أن الشكل المعتمد دائما هو الشكل الكتابي الذي يتجسد في الوصفة الطبية.

جاءت النتائج غير ما افترضناه، فالواقع العملي في وحدة الانعاش كشف عن استعمال الشكلين معا في هذه المرحلة من التسطير الطبي بين الطبيب و الممرض، فلقد سجلنا اتصالات شفوية بالنسبة للفحوص التي تعرف نتائجها فورا بعد الفحص و هذا بنسبة كاملة كما سجلنا بعض الحالات أين يتم التواصل شفويا لتسطير الفحوص التي تبعث إلى مخبر التحاليل.

لذا اعتبرنا أن الاتصال المفضل بين الطبيب و الممرض في هذه الحالات هو الاتصال الشفهي و أما الوصفة الطبية فتبقى شكلية لإرسالها إلى المخبر، و هذا ما توصلت إليه الدراسات السابقة

(Moss و آخرون، 2002). تغتنم الفرقة الطبية و الفرقة المعالجة تواجدها في نفس المكان للتحاور لأن التواصل الشفهي ليس مجرد إيصال المعلومات بل هو فرصة لبناء مشترك بهدف تحليل الوضعية و حل المشاكل (Grusnemyer، 1996، 1995؛ Grusnemyer و Tourgan، 1996). كما بينت دراسة Lacoste و Grosjean (1999) أن شكلي الاتصال الشفهي و الكتابي في العمل العلاجي هما شكلين متكاملين في تحقيق متابعة جيدة للمريض، رغم الوظائف المختلفة، حيث تتحول الوظيفة العملية للاتصال بالاعتماد على الوصفة الطبية إلى وظيفة علائقية و اجتماعية بالاعتماد على الاتصال الشفهي. فتستعمل الفرقة الاستشفائية شكلا معينا من الاتصال حسب ارغامات الوضعية (Bourdin، 1994؛ Heurley، 1994؛ Fayol، 1994؛ Alamargot، 1997 و Dansac، 2003).

اضافة الى ذلك ، و كما أشرنا في الفصل الثالث فالاتصالات تتأثر بالسياق المكاني و المحيط. تصميم قاعات الوحدة من جدران من زجاج (نتائج الدراسة الأولية) و تواجد الجميع في المكان ذاته ، يوفر المعلومات نفسها للجميع و يشرك المنفذون في المعطيات ما يؤدي الى الحصول على المعلومة سريع و سهل فيسمح الاتصال الشفهي بالحصول على المعلومات الوظيفية و المؤشرات في حينها. (Navarro، 2001؛ ص301).

## 2.2 سلوك الممرض تجاه شكل طلب الطبيب

افترضنا هنا أن سلوك الممرض يختلف في الحالتين و اتخذنا كمييار للتمييز بين السلوكين: تنفيذ الفحوص من عدمه، زمن التنفيذ، الاستفسارات و هوية المنفذ. بعد تسجيل الملاحظات و تحليلها ، جاءت النتائج لتتفي الفرضية و تبين أن سلوك الممرض لا يختلف باختلاف شكل الاتصال ،فسلوك القيام بالفحوص فعل مبني، و حسب Simon و Newell (1971) فهناك عدة معلومات تدخل في تكوين تصور المشكل و بناء الحل للمشكل. تضاف الى التعليمات و التسطيرات المعلومات التي يملكها العامل حول المحيط كما تندمج مع العناصر الداخلية أي الحالة النفسية للمنفذ (Wibaux، 1992؛ ص28). و من المعروف أن للنشاط جانب ظاهري ملاحظ يتمثل في السلوكات التي يقوم بها العامل في وضعية العمل، و جانب خفي يتمثل في الميكانيزمات التي تسيّر هذه السلوكات أي النشاطات الذهنية (كارناس، 1999) فيتم النشاط على أساس التشويهاات التي يحدثها

العامل على المهمة المسطرة نتيجة للتصور الذهني الذي يقدمه لها العامل.(عمران، مرجع سابق،ص59)

كما أن الفعالية في النشاطات الجماعية ( الفصل الثالث) تكمن في تحقيق خاصية المزامنة العملية في التعاون (Karsenty، 2000، في Navarro، 2001، ص301)، أي أن التواصل مع الممرض أثناء عمله قد يؤدي إلى نتائج ايجابية عكس ما إذا تم مطالبته بعد إنهاء مهامه. كما لا ننسى ان جماعة العمل تتبنى استراتيجيات عمل خاصة بها و هنا نستذكر ما أثبتته دراسة Lacoste و Grosjean (1999) عن الذكاء الجماعي و القدرات الجماعية أين تتبنى جماعة العمل أفعالا تماشيا مع تغيرات الوضعيات. كما يمثل سلوك الممرض استجابة للطلب نشاط مبني على أساس عدة معايير(الفصل الثاني)، و حسب Daniellou(2002) فتنفيذ التسطير لا يتم الا بعد قيام المنفذ بنقاش داخلي ليوافق بين مختلف الضغوطات الممارسة عليه، و هذا ما يطلق عليه Schwartz (2000) بنقاش المعايير فكل المتغيرات تتدخل في تحديد سلوك الممرض فهو ليس بمنفذ جامد للتسطير، بل أن موضوع العمل أو مادته و المتمثلة هنا في الانسان المريض له قوانينه بل في بعض الحالات هو من يضع قوانين العمل، فحالة المريض المتدهورة تجبر الممرض على اتخاذ سلوك بإجراء الفحص من عدمه تحت معيار ضمان سلامته ، رغم التسطير المخالف لذلك.

## 2.3 المعلومات المدونة على بطاقة العلاج

جاءت فرضية البحث الثالثة حول تسطير العلاج لنتناول محتوى بطاقة العلاج، الذي افترضناه كاملا و شاملا. بعدما قمنا بتحليل النتائج يمكن القول أنه لم تتحقق فرضية البحث، حيث وجدنا اختلاف في المعلومات المدونة ،كما سجلنا غياب بعض المعلومات ، و كذا وجود معلومات اضافية على هامش بعض البطاقات.

هذا الاختلاف و التنوع في المعلومات يفسره كل من Mayen و Savoyant(2002) بكون نشاط التسطير نشاط انساني ، يحمل قيم ، نوايا و تصميم العمل حسب منظور المسطر. رغم أن المهمة الرسمية حسب الوثائق الرسمية، في التسطير الطبي و خاصة في الوضعيات الحرجة كوضعية الانعاش ترتكز على التسطير الدقيق(الفصل الثاني) حتى لا يترك مجال الشك و الارتجال للممرض ،فالطبيب هو المسؤول أمام القانون عن حالة المريض(الفصل الرابع) لذا عليه أن يضبط معايير نشاطه و نشاط الممرض.

انما لا يجب أن ننسى أن نشاط تسطير العلاج هو بحد ذاته نشاط نابع من تسطير، فالطبيب الذي يملء بطاقة العلاج هو الطبيب المقيم أو الطبيب الداخلي اللذان في مرحلة التكوين و التعليم من الأطباء المتخصصين و المساعدين. فتوجيهات المسؤولين حول كيفية ملء البطاقة تواجه مع ارغامات الوضعية و نفسية الطبيب الذي يدوّن التسطير، فكما يقول Le plat (2000) فالتسطير قصة فردية تكونها عدة عوامل.

رغم أن التسطير التايلوري الذي تنبثق منه المقاربة الأرخنومية للتسطير (الفصل الثاني) يعتبر التسطير محاولة للتنبؤ و المراقبة الشاملة لما يجب فعله و كيف يجب فعله، و هذا ما يسميه Hatchuel (2000) بالضبط الكامل للنشاط. بينت عدة دراسات أرغنومية الصفة الجنونية و غير المعقولة لهذه الرغبة في الضبط في التسطير و هذا لتنوع الوضعيات و التغيرات التي تحدث أثناء النشاط. و هذا ما يفسر العمل الذي قدمه Le plat (2000) و الذي بيّن من خلاله التشويشات و التغيرات التي تحدث على المهمة المسطرة (مهمة مسطرة، مهمة منتظرة، مهمة معاد النظر فيها، مهمة منجزة، الخ). و هذا ما يخلق مجالاً لحرية المنفذ و اعترافاً بكفاءاته، حيث أن اختيار استعمال مفردات من عدمه هو اختيار للسماح أو لا للآخرين بالاطلاع على هذه المعلومات (Schwartz، 2000، ص74).

يدل اختلاف المعلومات المدونة باختلاف البطاقات على نقص معرفة الطبيب لحدود، كفاءة و حاجات الممرض و هذا ما يدل عن ضعف تكوين سياق الطبيب عن الوضعية (الفصل الثالث) عن المهمة والممرض. اضافة الى هذا التمسنا التسطير القوي و الأعلى في بطاقة العلاج عند تسطير العلاج بوضع معلومات حول العلاج، المقدار، طرق تقديمه، زمن تقديمه فهناك ضبط لنشاط الممرض المتمثل في تحضير و تقديم العلاج، بالتالي تكونت علاقة قوية بين المسطر (الطبيب) و المنفذ (الممرض). أما فيما يخص المعايير التي يجب مراقبتها، فوجدناها غير مضبوطة، اذ لا تشمل سوى المعايير دون ذكر كيفية مراقبتها، أو زمن فعل ذلك، لذا بقيت عامة، فهي من المستوى الأدنى الضعيف الذي أنشأ علاقة ضعيفة (الفصل الثاني) بين الطبيب و الممرض، و هناك تفاوت في تسجيل السوابق المرضية من عدمه بل أكثر من ذلك فلم نجد هوية المسطر و المسطر له في و لا بطاقة و هذا ما يضعف التسطير (الفصل الثاني).

## 2.4 استعمال الممرض لمعلومات بطاقة العلاج

وضعنا كفرضية خامسة للبحث استعمال الممرض لجميع المعلومات الموجودة في بطاقة العلاج للقيام بنشاطاته المتمثلة في التعرف على المريض، تحضير العلاج و تقديمه و كذا مراقبة تطور حالته الصحية. بينت الملاحظات التي أجريناها و المدعمة بالمقابلة مع الممرضين، أن الاعتماد على بطاقة العلاج لا يكون مطلقا انما هناك مصادر يستند كذلك عليها الممرض أثناء القيام بنشاطاته. و بهذا فلم تتحقق فرضية البحث كذلك، فالواقع بين أن الممرض يعتمد على بطاقة العلاج في عمله حسب الوضعيات. فعندما يكون المريض معروفا للممرض يقوم الممرض بترجمة المعلومات المدونة في بطاقة العلاج مباشرة فهو يملك معلومات قابلة للتنفيذ فيسترجعها من ذاكرته العملية، فمعالجة التعليمات يعني استخدام كتل من المعارف النوعية المنظمة في الذاكرة أي يتم استعمال الذاكرة العملية من خلال المعارف العملية و المعارف الاجراءاتية. و تكون أكثر سهولة للاستعلام عندما تكون هناك اشارة في الاجراء المناسب في النص. و لا تنحصر الاستجابة في تنشيط هذه المعارف بل تمثل عملية المعالجة وضية جديدة تحتاج إلى تخصيص الإجراءات (ريتشارد، 1990؛ في، أيت مجبر، 2012؛ ص48).

و لقد اقترح ريتشارد (1996) نموذجا لتفسير الوضعيات غير المألوفة كالوضعيات المتصفة بعدم معرفة الممرض للمريض حيث يعتمد المنفذ على ما يسمى بالعملياتية (opérationnalisation) التي تهدف الى تخصيص ترسيمة تصريحية مخزنة في الذاكرة طويلة المدى و هذا بتخصيص متغيرات الترسيمات العامة. و حسب هوك (hoc 1987) فان فهم النص يؤدي الى بناء تصور معنوي لهذا الأخير ليستخدم في عملية تخطيط الفعل ف كأول مرحلة يتم بناء الهدف ليترجم الى مخطط عام يسمح بمراقبة عمليات التنفيذ و تعديل النشاط (معلومات حول تشخيص الحالة) تتمثل المرحلة الثانية في ادماج المعلومات المتحصل عليها من النص و كذلك المعارف التي قد تكون لدى المنفذ و هكذا تنتج عن عملية القراءة بناء تصور للأفعال الواجب تنفيذها (أيت مجبر، مرجع سابق، ص50). و في حقيقة الأمر فهذا جوهر الارغونوميا و المتمثل في الفارق الملموس بين العمل المسطر الرسمي و العمل المنجز الفعلي (الفصل الأول). ان التسطير الضعيف الذي وجدناه في بطاقة العلاج (الفرضية الثالثة) ترجم الى تهاون الممرض في مراقبة المعايير المسطرة و اللجوء الى موارد و مصادر أخرى للحصول على معلومات تضبط نشاطاته.

## 2.5 أسباب عدم استعمال بطاقة المراقبة

ان متابعة الحالة الصحية للمريض و مراقبتها عنصر مهم في علاجهم، لذا اهتمنا في هذه المرحلة من البحث ببطاقة المراقبة. افترضنا أن غياب استعمال بطاقة المراقبة هو بسبب ظروف العمل في وحدة الانعاش التي لا تساعد على تسجيل مختلف المعلومات عليها. بالاعتماد على المقابلة مع الأطباء للتعرف على أهمية هذه البطاقة، و كذا مقابلة مع الممرضين لمعرفة أسباب عدم ملئها ، توصلنا الى حقيقة تؤكد ما افترضناه. فبطاقة المراقبة مهمة جدا في التسطير الطبي و لا تعوض الأجهزة التقنية فعاليتها، انما ظروف عمل الممرضين ( تكلفة تنفيذ التسطير) هي ما أدت الى عدم ملئها و الاعتماد على الحوارات الشفهية لنقل المعلومات. فنتصف وضعية العمل في الوحدة بوجود أربعة منفيذين ينتمون الى سلك المعالجين و عادة ما نجد ممرضين و مساعدين لهما. تعمل الفرقة المعالجة على الاهتمام بحالة (11) مريض في الانعاش و حسب مسؤول الممرضين فهذا العدد كاف اذا كانت الفرقة الليلية تقوم كذلك بمهامها كما يجب. أما الطبيب الأستاذ المساعد فيجد أن العدد غير كاف. و بالعودة إلى ما لاحظناه يمكن القول أن هذا العدد غير كاف إذا كان كل المرضى غير واعيين و موصولين بأجهزة و بالتالي فمسؤولية رعايتهم تقع على عاتق الممرضين دون العائلة و هذا نادرا ما يحدث. فأكبر عدد من المرضى غير الواعيين في اليوم نفسه و الذين سجلناهم أثناء دراستنا كان خمسة (05) مرضى من إحدى عشر (11) و بالتالي فينهي الممرضون عملهم خلال الفترة الصباحية من العمل. و بالتالي فلا نجد عذر الوقت مقبول لعدم ملء البطاقة. إنما تعتبر مهمة ملء البطاقة مهمة إعلامية بحتة إضافة إلى المهام التطبيقية التنفيذية التي يقوم بها الممرض. فيستعمل الاتصال الكتابي لضمان استمرارية العمل الجماعي في الوضعيات التي تتسم بعدم تحقق المزامنة الزمنية لأفعال المنفيذين. حيث تسمح بطاقة المراقبة بالمتابعة المثلى لتطور حالة المرضى في الوقت الفعلي و الدقيق بتسجيل معايير محددة (Hoc،1996؛ Cellier,Valot& De keyser، 1996) عن (Boucheix،2008؛ص80).

فالتسجيل على بطاقة المراقبة له مميزات الاتصالات التحريرية(الفصل الثالث) كما يضمن:

- وقت أطول و أوفر للمعلومات التي يجب إرسالها.
- قلة الانقطاعات أو عدمها بين المتحاورين أي غياب تشويش العملية الاتصالية.
- للمستقبل كل الحرية في اختيار زمن و سبب البحث عن المعلومة.

إضافة إلى هذا و في غياب المزامنة الزمنية للأفعال تسمح بطاقة المراقبة بالإشراك في المعطيات المتعلقة بمتابعة الحالة و تطورها، تحويل و استعمال بسهولة للمعلومة المشتركة. إضافة الى تنسيق الأفعال و مراقبة الإجراءات و الدمج في المعالجة الجماعية للوضعية بالاتصال مع الآخر و الحفاظ على الوعي المشترك.(Navarro،2001؛ص314).

و لكن و رغم هذه الأهمية، فكما أشارت إليه دراسات Levelt (1989)، و Maasso و Levelt (1991) ، Hays و Nash (1996) و Fayol (1997) ، هناك صعوبة في التدوين حيث يتطلب استراتيجية تحويل المعارف بالأخذ بعين الاعتبار الهدف و المرسل إليه. كما تبينه دراسات علم النفس التجريبي (Fayol،1997؛ Dansac و Almargot،2003) فتسجيل الملاحظات صعب و مكلف ( Boucheix ،مرجع سابق؛ ص98).

إضافة الى هذا، لا ننسى أن تسطير مراقبة المعايير و تدوين النتائج كان ضعيفا( نتائج الفرضية الثالثة) و هذا ما فتح المجال أمام حرية الممرض و ضميره في تنفيذ التسطير من عدمه. و هذا ما أدى الى غياب التسطير التصاعدي (الفصل الثاني) الذي يحتاج إليه الطبيب لاتخاذ القرار المناسب.

## 2.6 نشاط بحث الطبيب عن المعلومات

تظل بطاقة المراقبة مهمة رغم غيابها، لذا وضعنا كفرضية سادسة للبحث ان الطبيب يلجأ الى مصادر أخرى للبحث و الحصول على مختلف المعلومات التي كان من المفروض ايجادها في بطاقة المراقبة. بعد ملاحظة نشاط الطبيب توصلنا الى نتائج تثبت تحقق الفرضية. فغياب البطاقة أدى بالطبيب الى تبني استراتيجيات للتكيف مع هذا الوضع، بتشكيل فرقا جديدة لتخزين المعلومة و قام بتوسيع جماعة العمل المتدخلة (الفصل الثالث). و كما لاحظناه فهو يستغني عن سؤال الممرض حول بعض المعايير "نسبة السكر، درجة الحرارة الجسم، الخ" لمعرفة المسبقة بغياب المعلومة لدى الممرض ، و هذا ما يمكن اعتباره كمخلفات نقص التسطير ( الفرضية الثالثة) و نواتج العمل في ظروف صعبة (الفرضية الخامسة). فأدت هذه الوضعية الى أن يكون الطبيب الداخلي، في الغالب هو من يلعب دور الممرض و هو المطالب بتوفير هذه المعلومات، أي أن مسؤولية و دور الطبيب الداخلي قد تغيرت لتشمل الازدواجية في العمل فهو الطبيب و الممرض ،

و هذا أقرب الى ما توصلت اليه دراسات TAHINA ( الفصل الأول ) التي أكدت أن أكثرية المرضى (38%) الذين يعالجون في الاستجالات الطبية الجراحية تتم متابعتهم ومعالجتهم من طرف الطبيب الداخلي فكونه من جهة في السنة الأخيرة من الدراسات الطبية، تعطى له مسؤولية معالجة المرضى بتحفظ ( مع اشراف المسؤول ). و من جهة أخرى فهو لا يزال في فترة التكوين، لذا يتم وضعه في وضعيات مشكل للبحث عن المعلومات ، ليتقصد بذلك دور الممرض. و أدت هذه الوضعية إلى الحرمان من بناء مشترك متواصل للوضعية بين الطبيب المعالج( الطبيب المقيم) و الممرض رغم أهميته في التدخل في الأعمال الجماعية( الفصل الثالث).

## 7.2 تأثير أمن المريض بغياب الاتصالات الكتابية

اهتمنا في دراستنا و بالأخص في الفرضية الأخيرة من الدراسة بتأثير غياب التسطير الكتابي على أمن المريض، و بعد الاعتماد على تقنية الحوادث الحرجة تأكدنا من تحقق فرضية البحث، رغم تحفظ الموظفين الذين أجرينا معهم المقابلة. فغياب الاتصال الكتابي هو حدث غير مرغوب يختلف تأثيره عن المريض حسب الوضعيات. فهناك حالات تستمد من الخطأ الطبي استراتيجيات لتسيير الخطأ، انما وجدنا حالات تأثرت فيها الحالة الصحية للمريض بإعادة الفحوص و تكرار وغزه بالحقن لأخذ عينات من دمه يؤثر سلبيا على صحته. كما أن الخلط بين المعلومات أو نسيانها قد يؤدي الى الخلط في العلاج أو نسيان تقديمه و هذا ما يمثل مصدر خطر على أمن المريض. كما أشرنا اليها في الفصلين الأول و الثاني من خلال دراسات Donchin (2003)، Azoulay (2006) و Hoonakker (2008) فالاتصالات المتبادلة بين الطبيب و الممرض لها تأثير مباشر على السيرورة العلاجية.

اضافة الى هذا لا ننسى تأثير هذا الخلل في الاتصالات على نجاعة تسيير المؤسسة الاستشفائية ككل. فتمديد فترة استشفاء المرضى يقابله تكاليف اضافية و تقليص الأسرة الشاغرة ما يؤدي الى نقص استقبال مرضى جدد و التكفل بهم رغم حاجتهم لذلك. كما تؤدي صراعات الأطباء و الممرضين بسبب غياب الاتصالات الكتابية الى ارتفاع الضغوط المهنية التي يشعر بها العمال و هذا ما ينقص من فعاليتهم العملية و التي تؤثر بدورها على صحة المريض.



## خاتمة

تناولنا في هذا البحث الاتصالات الوظيفية المتبادلة بين الطبيب و الممرض أثناء نشاط التسطير الطبي في وحدة الانعاش. حيث تتصف وضعية العمل في هذه الوحدات بالديناميكية و الجماعية كغيرها من الوحدات في الميادين الاستشفائية بالإضافة الى كون المرضى في هذه الوحدات يعانون من فقدان السيطرة على الأجهزة الحياتية كجهاز التنفس و القلب، لذا يتطلبون رعاية صحية تركز على مراقبة مستمرة و التحكم في أبعاد التدخل العلاجي. يتم بناء التكفل الصحي بالمرضى في المراكز الاستشفائية بالاعتماد على التسطير الطبي الذي يتم بين الطبيب المخطط و الممرض المنفذ و الذي يعتمد كلياً على الاتصالات الوظيفية المتبادلة بينهما.

تبين لنا من خلال الدراسة أن الشكل الرسمي للاتصالات بين الطبيب و الممرض هي من الشكل الكتابي حتى في الوضعيات الاستعجالية، أما الوضعية الفعلية الميدانية بينت أن الفرقة الاستشفائية من أطباء و ممرضين يدمجون بين الشكل الكتابي و الشكل الشفهي في نشاطهم الاتصالي في وحدة الانعاش و في بعض الأحيان يستغنون تماماً على الاتصالات الكتابية مقابل الاعتماد على الاتصالات الشفهية .

هذه الوضعية رغم أنها المفضلة عند الموظفين، أما تبين لنا من خلال الدراسة أن لها تأثيرات على أفعال و نشاطات جماعة العمل، فتطلب الأمر من الطبيب و الممرض البحث عن المعلومات بالاعتماد على مصادر أخرى و ادماج أفراد آخرين في الفرقة المتكفلة بالمريض على غرار الطبيب الداخلي و عائلة المريض . و لم يتوقف التأثير على هذا الحد ، أما توصلنا من خلال الدراسة الى أن المريض كذلك ، كونه موضوع عمل الفرقة الاستشفائية يتأثر بغياب الاتصالات الكتابية بالتعرض الى وضعيات ممارسة علاجية غير آمنة.

من هنا تظهر أهمية التفكير بضبط و تنظيم النشاطات الاتصالية في وضعيات العمل الجماعي مثل نشاط التسطير الطبي في المراكز الاستشفائية، حيث يساهم في فعالية التنسيق بين الفرق الطبية و الفرق المعالجة خاصة و أن وضعية العمل متميزة بالاستمرارية في الزمن مع تغير و تنوع المتدخلين باستمرار. فلتقديم رعاية صحية مرضية للمواطنين، على المؤسسات الاستشفائية الاهتمام بالنشاط الاتصالي الى جانب الاهتمام بالعوامل البشرية و المادية.

---

سمحت لنا هذه الدراسة بتبيان الوضعية الفعلية الغير مضبوطة للنشاطات الاتصالية المتبادلة بين الفرقة الطبية و الفرقة المعالجة و هذا ما يدفعنا الى التعمق في هذا الموضوع مستقبلا بالاهتمام بدراسة دقيقة للاتصالات الشفهية المتبادلة بين الأطباء و الممرضين بهدف الاجابة عن بعض التساؤلات مثل مدى تطابق الرسالة الشفهية مع الرسالة الكتابية، خاصة في الوضعيات المتصفة بغياب المزامنة العملية و المعرفية للنشاطات و هذا ما يحدث في الفترات المسائية و أيام آخر الأسبوع والعطل.

المراجع

## المراجع باللغة العربية

- أيت مجبر، د. (2012). تقييم نوعية بطاقة التخدير: مساهمة في تحسين أمن المريض. مذكرة ماجستير. جامعة الجزائر.
- أيت مولود، ذ. (2011). المسؤولية المدنية عن أخطاء الفريق الطبي. مذكرة ماجستير. جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
- براحيل، ف. (2009). دور الطبيب و الممرض في العلاج الطبي. مجلة التواصل. عدد 24. جامعة باجي مختار. عنابة.
- تومي، س. (2002). دراسة النشاط في الأنساق الديناميكية؛ تحليل تخطيط الفعل عند المساعد الطبي في التخدير و الانعاش. مذكرة ماجستير. جامعة الجزائر.
- سعد عبد الرحمان. (1983). القياس النفسي. مكتبة الفلاح. الكويت. الطبعة الأولى.
- علوان، ك. (2009). التنظيم الاستشفائي بين القوانين و الممارسة. مذكرة ماجستير. جامعة الجزائر.
- عمران، ح. (2012). تحليل النشاط الفعلي و تطوير الكفاءات المهنية في الوضعيات الديناميكية. مذكرة ماجستير. جامعة الجزائر 2.
- محمد الصيرفي. (2009). ادارة المستشفيات العامة و الخاصة و كيفية تميز العاملين بها. دار الفكر الجامعي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- محمود فتحي عكاشة. (1999). علم النفس الصناعي. مكتبة الاسكندرية. مصر.
- مزياني، ط. (2008). الاتصال الداخلي و علاقته بفعالية عملية اتخاذ القرارات في المؤسسة. مذكرة ماجستير. جامعة الجزائر.

- Agostini, C.(2007).*Lien entre prescription et organisation du travail ; quelles conséquences pour la santé*. Master de recherche en ergonomie. CNAM.
- Anceaux ,F. Beuscart-zéphir M-C et Pelayo S.(2006).*Analyse de l'activité des professionnels de santé*. In Valléry, G et Amalberti ,R(sous la direction). *L'analyse de travail en perspective, influence et évolution*. Ed OCTARES.
- Barthe, B. (2003).*La visibilité de l'activité de l'autrui,composante de la dimension collective de travail de soins*. In Travail et emploi.N°94.
- Bedouch, P.(2008).*Diffusion de bonnes pratiques de prescription ;modélisation des interventions pharmaceutiques*. Thèse de Doctorat en pharmacie clinique. Université LYON 1.
- Boucheix, J-M. et Coiron, M. (2008). *Analyse de l'activité de transmission écrites au cours des relèves de postes à l'hôpital ;évaluation ergonomique de l'usage d'un nouveau format d'écriture*.@ctivités.V5.N°1.
- Caroly, S. (2011). *Activité collective et réélaboration des règles comme ressources pour la sécurité psychique ; le cas de la police nationale*. In Travail humain.V 74.N°4.PUF.France .p-p 365-389 .
- Cellier,J-M, Keyser,V (1996) . *La gestion du temps dans les environnements dynamiques*. Paris. PUF.
- Clot, Y.( 2006).*L'activité entre l'individuel et le collectif ;approche développementale*. In Valléry ,G et Amalberti, R.(sous la direction). *L'analyse de travail en perspective, influence et évolution*. Ed OCTARES.
- Daniellou.(2002).*Le travail des prescriptions*.18eme congrès de la SELF.France.

- De montmollin, M. (1997). *Vocabulaire de l'ergonomie*. OCTARES. Toulouse.
- Drouin, A. et al.(2013). *Ergonomie, travail, conception et santé*. OCTARES. Toulouse.
- Estryn-Béhar , M.(2011).*L'ergonomie hospitalière, théories et pratiques*.OCTARES.France.2eme édition.
- Falzon, P.(1994). *Dialogues fonctionnels et activités collectives*. In Travail humain . V57 .N°4.PUF .France . P-P 299-312.
- Falzon ,P.(2004). *Ergonomie*. Paris. PUF.
- Filliettaz, L. (2005). *L'analyse des actions et des discours en situation de travail ;concepts, méthodes et applications*. Louvain , Peeters, BCILL. Université de Genève.
- Fraenkel ,B.(1993). *Le partage de l'énonciation écrite dans un service hospitalier*. Langage et travail. Cahier N°5 : Langage, activité hospitalière ; dimension négligée.
- Ghiglione, R. (1986). *L'homme communicant*. Paris .Armand colin.
- Grass, A., Grangeat, M. et Allenet, B.(2007). *Analyser l'activité de médecin hospitalier pour concevoir la formation :le cas de prescription de neuroleptiques*.@ctivités.V4.N°1.
- Grosclaude, M. (2002). *Réanimation et coma , soins psychiques et vécu du patient*. Edition MASSON.
- Grosjean, M. et Lacoste, M.( 1999).*communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*. Le travail humain.PUF.France.
- Guernier, S (2012). *La communication en réanimation*. Institut des infirmiers.Caen.France.
- Guillevic ,C. (1999). *Psychologie de travail*. NATHAN. France. 2eme édition.

- Hatchuel ,A. (1996).*Coopération et conception ;variétés et crises des rapports de prescriptions*. In Deterssac G &FriedbergE . Coopération et conception .OCTARES .2eme édition .P-P 101-121.
- Hillaire, St.(2005). *Les problèmes de communication en entreprise : information ou relation ?*.Maitre ès arts.Univ Laval. Quebec.
- Karsenty, L., Dumazeau,C .(2008). *Communications distantes en situations de travail :favoriser l'établissement d'un contexte mutuellement partagé*.In Travail humain .Tome 71.N°3.P-P 225-252 .
- Karsenty, L., Falzon, P.(1993) .*L'analyse de dialogues orientés-taches : introduction à des modèles de la communication*. In Six, F., Vaxevenoglou, X. (ed). Les aspects collectifs du travail .Toulouse .OCTARES.
- Kentish-Barnes, N. (2007). *Mourir à l'heure du médecin ;décision de fin de vie en réanimation*. Revue française de sociologie . 48. N°3.
- Lacoste, M . (2001). *Peut-on travailler sans communiquer ?* .In Borzeix , A. ,Fraenkel, B. (ed).Langage et travail. Paris. Edition de CNRS . P-P 21-53.
- Lanza, D. ,Langchamp, P. , Sefeerdjeli, L., Muller, P.(2004).*Entre paroles et actions ;appréhender la complexité de la coopération en milieu hospitalier*. In Langage de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins .Cahiers de l'ISLL.N°16.
- Le bris, V.(2010). *La continuité des activités de production dans des systèmes postée discontinus*. Thèse de doctorat. Toulouse.
- Le May, S et al .(1995). *Prédicteurs de la collaboration infirmière-médecin ,perception d'infirmières de soins intensifs*. Revue recherches en soins infirmiers.N°43.
- Leplat, J. ( 2004) .*Des éléments pour l'analyse des documents prescriptifs*. @ctivités.V1.N°2.

- Leplat, J.(2001). *La gestion des communications par le contexte. perspective interdisciplinaire sur le travail et la santé(en ligne) . 31/2001.mise en ligne le 25/09/2012 . pistes.revues.org/3755.*
- Luyt,C-E. *Les règles d'or du dialogue médecin infirmier.* Charles-edouard [.Luyt@psl.aphp.fr](mailto:Luyt@psl.aphp.fr)
- Marc.(1998). *Le face à face et ses enjeux.* In CabinPh.La communication ;états de savoirs .Auxerre. Edition des sciences humaines. P-P 118-124.
- Mayen, P . , Savoyant ,A.( 2002). *Formation et prescription ;unereflexion de didactique professionnelle.*18eme congrès de la SELF .France.
- Meah.(2008). *Améliorer la sécurité des organisation de soins , exploiter le retour de l'expérience.* Paris. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier.
- N'Dahirou, M-T.(2008).*La prescription médicale dans le service d'anesthésie-réanimation.* Thèse de Doctorat en pharmacie .Mali.
- Nascimento, A.(2009). *Produire la santé produire la sécurité.* Thèse de doctorat en ergonomie .CNAM.
- Navarro, C.(2001). *Partage de l'information en situation de coopération à distance et nouvelles technologies de la communication ;Bilan de recherches récentes.* In Le travail humain .V 64.N° 4 .PUF. France.P-P 297-319.
- Pelayo,S.,Guerlinger,S. ,Leory, N. , Degroisse, M. , Meaux ,J-J. , Beuscart-zéphir, M-C.(2005). *Analyse cognitive de l'activité prescription thérapeutique .*In journée francophone d'informatiques médicales .Lille.
- Pelayo, S., Loiselet, A., Beuscart-zéphir, M-C. , Rogalski, J ., Anceaux , F. ( 2010).*Proposition méthodologique pour l'analyse de la coopération dans une planification distribuée des taches .*In Travail humain.Tome73.N°4.P-P 293-406 .



- Pigeaud, J.(1988). *Le style d'Hippocrate ou l'écriture fondatrice de la médecine*. Lille. PUL.
- Pottier, M.(2013).*L'ergonomie à l'hôpital ;naissance et début(1960-1990)*. In Drouin A. *Ergonomie :Travail, conception et santé*. OCTARES. P-P 269-277.
- Rogalski, J .( 1998).*Concepts et méthodes d'analyse de processus de coopération dans la gestion collective d'environnements dynamiques*. In Kastulski, k. Trogan, A .Communication interactive dans les groupes de travail.
- Rogalski, J. (2005). *Le travail coopératif dans la réalisation des taches collectives*. In Lautry, J & Richard, J-F (eds) .L'intelligence. Paris. Hermès. P-P 147-159.
- Six, F.(2002).*De la prescription à la préparation du travail ;la dimension sociale du travail*.18eme congrès de la SELF. France.
- Sperandio, J-C.(2013). *L'ergonomie à l'hôpital ;extension thématique (1990-2012)*.In In Drouin ,A. *Ergonomie :Travail, conception et santé*. OCTARES. P-P 281-289.
- Vergely, P.(2008). *Communication professionnelles et usage de la langue naturelle : une question de risque(s)*.In Les enjeux de l'information et de la communication.V2008.N°1.P-P 114-125.
- Veyrac, H., Cellier, J.-M., & Bertrand, A. (1997). *Modèle de l'opérateur et modèle du prescripteur. Le cas des consignes de résolution de situations incidentelles pour les conducteurs de trains*. *Le Travail Humain*, 60(4), 387-408.
- Villatte, R., Gadbois, C., Bourne, J-P., Visier, L.(1993). *Pratique de l'ergonomie à l'hôpital* .INTER edition.
- Zahi, C. ,Toumi, S. ,Amrane, H. (2013) . *Activités et compétences : Comparaison des plans d'action des médecins anesthésistes-réanimateurs et des auxiliaires médicaux au anesthésie réanimation dans*

*un service de chirurgie générale. Revue des sciences humaines.*  
Université Mantouri. Constantine. N° 39 , P-P 19-50 .

المراجع باللغة الانجليزية:

- Azoulay, E et al. (2006). *Prevalence and factors of intensive care units conflicts.*
- Donchin ,Y.(2003). *A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit.*
- Hoonakker.(2008). *Communication in the intensive care unit and the relation with quality of care and patient safety from a nurse perspective.*

## الملاحق

مرجعية المهن و الوظائف  
مهنة التمريض

## الملحق 01

مرجعية المهن و الوظائف:

مهنة التمريض

## LEUX D'EXERCICE

- 1- Structures hospitalières publiques.
- 2- Structures extra - hospitalières publiques.
- 3- Structures Para - Publiques.
- 4- Structures Privées.
- 5- A domicile ( Fonction libérale ).

## I- REFERENTIEL EMPLOI :

### A/ Fonction technique:

- 1 - Activités soins aux malades.
- 2 - Utilisation des appareils.

B/ Fonction d'organisation et de gestion.

C/ Fonction d'encadrement / formation.

D/ Fonction d'information, d'éducation et de communication.

E/ Fonction de recherche.

F/ Fonction d'insertion et de réinsertion.

G/ Fonction d'évaluation.

## II- REFERENTIEL METIER :

### A/ Fonction technique :

#### 1 - Activités soins aux malades :

- a - Activités et soins que l'infirmier diplômé d'Etat est habilité à accomplir dans le cadre de son rôle propre :

L'infirmier a l'initiative de ces soins, organise leurs mises en œuvre, et procède à leurs évaluations; lorsque ces soins sont dispensés dans un établissement ou un service à caractère sanitaire, social ou médico-social, ou à domicile, l'infirmier peut sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration du personnel soignant qu'il encadre, et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers.

- Accueillir le malade.
- Maintenir la liberté des voies aériennes respiratoires, aspirer les sécrétions d'un patient intubé, trachéotomisé ou non.
- Pratiquer la ventilation manuelle instrumentale par masque.
- Participer à la surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire de l'enfant et de l'adulte.
- Administrer l'alimentation par sonde gastrique.
- Changer la sonde d'alimentation gastrique.
- Surveiller et éduquer le malade en matière d'élimination intestinale et urinaire.
- Changer la sonde vésicale.

- Pratiquer les soins et la surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale.
- Préparer et surveiller le repos et le sommeil du malade.
- Pratiquer les soins et éduquer le malade en matière d'hygiène corporelle et de propreté.
- Pratiquer les soins de bouche avec application de produits non médicamenteux.
- Nettoyer, désinfecter et stériliser le matériel.
- Veille aux règles d'hygiène hospitalière.
- Pratiquer les soins et surveiller les patients placés en milieu stérile.
- Utiliser les moyens simples de réchauffement et de refroidissement.
- Pratiquer les soins et surveiller les nouveaux-nés placés en incubateur.
- Installer le patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap.
- Procéder au lever du patient et l'aider à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation.
- Prévenir et soigner les escarres.
- Prévenir les thromboses non médicamenteuses.
- Pratiquer les soins et rechercher les signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un plâtre ou d'un autre moyen d'immobilisation.
- Mesurer et apprécier les principaux paramètres servant à la surveillance de l'état de santé des patients : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observation des manifestations de l'état de conscience.
- Recueillir les données biologiques obtenues par les techniques à la lecture instantanée suivante :
  - Urines : Glycosurie, acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiel en ions Hydrogène (PH).
  - Sang : Glycémie.
- Pratiquer les soins et surveiller les patients en assistance nutritive entérale ou parentérale.
- Préparer le patient en vue d'une intervention notamment soins cutanés pré-opératoires.
- Réaliser et surveiller les pansements simples et bandages.
- Renouveler le matériel de pansement non médicamenteux.
- Vérifier la prise des médicaments et surveiller leurs effets.
- Administrer en aérosol les produits non médicamenteux.

- Surveiller les patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique.
  - Détecter les parasitoses externes et soigner les personnes atteintes.
  - Vérifier le fonctionnement de tous les appareils.
  - Aider les patients à accepter leur traitement.
  - Aider et soutenir psychologiquement le patient.
  - Accompagner le malade et sa famille dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.
  - Participer aux situations d'urgences : Plan ORSEC
- b - L'infirmier diplômé d'Etat est habilité à accomplir sur prescription médicale les soins infirmiers suivants:**
- Administrer les médicaments.
  - Pratiquer les injections: I.M. - I.V - S/C - I.D.
  - Pratiquer et surveiller une perfusion.
  - Placer, surveiller et enlever un cathéter court ou une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou une veine épicrotarienne.
  - Pratiquer un soin de bouche avec application de produits médicamenteux.
  - Pulvériser les médicaments.
  - Pratiquer les aérosols médicamenteux.
  - Pratiquer les bains d'oreilles et les instillations médicamenteuses dans l'oreille.
  - Irriguer l'œil et instiller un collyre.
  - Pratiquer le lavage des sinus par l'intermédiaire de cathéters (fixés par le médecin).
  - Pratiquer les bains médicamenteux.
  - Pratiquer une injection vaginale.
  - Poser une sonde rectale.
  - Pratiquer un lavement évacuateur.
  - Pratiquer une toilette périnéale.
  - Pratiquer un lavage, une instillation et un sondage vésical. (le premier sondage chez l'homme étant réalisé par le médecin).
  - Pratiquer une instillation intra-urétrale.
  - Poser une sonde gastrique en vue de tubage, d'aspiration, de lavage d'estomac, d'alimentation.
  - Administrer de l'oxygène par sonde nasale, masque ou tente.
  - Brancher et surveiller une dialyse péritonéale et rénale, (hémodialyse).



- Pratiquer la surveillance et les soins des malades au cours de l'évacuation sanitaire.
- Pratiquer les prélèvements de sang veineux et capillaire.
- Pratiquer les prélèvements effectués au niveau des téguments, des phanères et des muqueuses.
- Prélever les crachats, les selles et les urines.
- Recueillir les cathéters, les drains et les fils de suture en vue d'analyse.
- Réaliser l'électrocardiogramme.
- Pratiquer les tests tuberculiques.
- Réaliser les pansements spécifiques et médicamenteux.
- Procéder à l'ablation du matériel de suture, de drainage et ablation de mèches.
- Participer aux ponctions à visée diagnostique ou thérapeutique.
- Procéder au lever précoce du malade.
- Pratiquer les soins et surveiller les malades en pré et post opératoire.
- Surveiller l'appareil, l'irrigation d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.
- Réaliser une irrigation d'une plaie, d'une fistule.
- Pratiquer les soins d'une plaie et prévenir la sténose.
- Réaliser les bandages de contention.
- Procéder à l'ablation de plâtre ou d'un autre moyen d'immobilisation.
- Pratiquer les soins de trachéotomie, le premier changement de pansement et de canule étant effectué par un médecin.
- Surveiller les cathéters centraux.
- Mesurer la pression veineuse centrale.
- Pratiquer les soins et la surveillance d'un patient intubé.
- Surveiller les appareils de ventilation artificielle et de monitoring usuels.
- Poser une sonde thermique.
- Surveiller un nouveau né sous photothérapie.
- Installer ou sortir un nouveau né d'un incubateur.
- Surveiller le régime alimentaire du nourrisson présentant des troubles nutritionnels.
- Pratiquer l'insulinothérapie.

c - L'infirmier diplômé d'Etat est habilité à accomplir en présence d'un médecin les soins infirmiers suivants :

- Pratiquer les injections destinées à des vaccinations obligatoires en application du code de la santé publique.
- Prélever du sang artériel pour gazométrie.
- Surveiller et arrêter une ponction d'ascite.

**Présence obligatoire du médecin :**

- Pratiquer les injections et les perfusions des produits d'origine humaine nécessitant un contrôle de compatibilité obligatoire.
- Pratiquer la première injection d'une série d'allergènes.
- Pratiquer une ventilation instrumentale et maintenir la liberté des voies aériennes supérieures.
- Préparer, manipuler et surveiller les appareils de circulation extra corporelle.
- Enregistrer l'électrocardiogramme et l'électroencéphalogramme après épreuve physique sensibilisant, épreuve d'effort ou emploi de médicaments modificateurs.
- Préparer et surveiller une sismothérapie.

**d - En l'absence du médecin:**

- L'infirmier peut mettre en œuvre des protocoles écrits de soins d'urgence déterminés au préalable par le médecin responsable.

**B- Fonction de gestion et d'organisation :**

- Participer à l'organisation d'une unité de soins.
- Organiser et gérer les soins.
- Gérer le dossier de soins infirmiers et participer à la gestion du dossier médical.
- Gérer le matériel.

**C- Fonction d'encadrement /formation :**

- Participer à la formation initiale et continue des personnels de santé.

**D- Fonction d'information, d'éducation et de communication :**

- Participer aux séances d'information, d'éducation et de communication.

E- Fonction de recherche :

- Participer aux projets de recherche initiés par l'établissement, par un groupe ou à titre individuel.

F- Fonction d'insertion et de réinsertion :

- Participer à l'insertion et à la réinsertion des individus dans la vie socio professionnelle.

G- Fonction d'évaluation :

- Participer avec l'équipe soignante à l'évaluation permanente des soins et des activités des services.

Centre Hospitalier Universitaire - Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

ORDONNANCE

N° 04/1000

الملحق 02  
الوصفة الطبية

المركز الاستشفائي الجامعي - مستشفى مصطفى باشا  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE - Hopital Mustapha Pacha

و ط ف ن

Alger, le ..... 20.....

**ORDONNANCE**

N° 00737566

Délivrée par le Docteur : .....  
à N. : ..... Age : .....  
Domicile : .....

Ne laisser jamais les médicaments à la portée des enfants

EXAMENS	SYSTEME INTERNATIONAL		SYSTEME CLASSIQUE	
	RESULTATS	VALEURS USUELLES	RESULTATS	VALEURS USUELLES
Bilirubine totale		< 10 mmol/l		< 10mg/l
Bilirubine directe		< 3 mmol/l		< 3 mg/l
Bilirubine libre		< 13 mmol/l		< 8 mg/l
ASAT				
H		0.17 - 0.81 pkat/l		10 - 50 UI/l
F		0.17 - 0.58 pkat/l		10 - 35 UI/l
ALAT				
H		0.17 - 0.85 pkat/l		10 - 50 UI/l
F		0.17 - 0.58 pkat/l		10 - 35 UI/l
PAL				
L		< 6.40 pkat/l		< 375 UI/l
A		< 2.10 pkat/l		< 125 UI/l
GGT				
H		0.13 - 1.05 pkat/l		8 - 61 UI/l
F		0.08 - 0.60 pkat/l		5 - 36 UI/l
CR				
H		< 2.17 pkat/l		< 190 UI/l
F		< 2.38 pkat/l		< 167 UI/l
LDH				
L - P		2.25 - 3.75 pkat/l		135 - 225 UI/l
F - L		4.00 - 8.00 pkat/l		240 - 480 UI/l
Sang				
Amylase		0.47 - 1.67 pkat/l		28 - 180 UI/l
Ureaz		< 3.47 pkat/l		< 460 UI/l
Autax pncr		< 5.17 pkat/l		< 310 UI/l
Autax pncr		0.22 - 0.85 pkat/l		13 - 53 UI/l
Lipase		0.23 - 1.69 pkat/l		13 - 60 UI/l

Commentaires :

CENTRE HOSPITALO - UNIVERSITAIRE D'ALGER MUSTAPHA

LABORATOIRE CENTRAL DE BIOCHIMIE

Professeur A. BERRHOUME

000

Alger, le .....

### BILAN BIOCHIMIQUE

Nom Prénom: .....

Age : .....

Service : .....

N° d'identification : .....

Prelevement effectué le : .....

Motif de la demande : .....

CLASSE	INFORMATIONS	VALLEES ENCOULES	BOULAY	VALLEES ENCOULES
Chlorure		3,8 - 6,1 mmol/l		0,70 - 1,10 g/l
NO <sub>3</sub> -N		4,4 - 6%		4,4 - 6%
Lactate		8,5 - 2,2 mmol/l		4,5 - 19,3 mg/dl
Pyruvate		41 - 87 μmol/l		0,36 - 0,59 mg/dl
Ammoniacque		11,5 - 47,3 μmol/l		19,5 - 80,4 μg/dl
Uree	N, C, A	0,8 - 2,5 mmol/l 2,5 - 4,2 mmol/l 2,5 - 8,3 mmol/l		0,04 - 0,15 g/l 0,15 - 0,25 g/l 0,15 - 0,50 g/l
Creatinine	N, C, B, F	26 - 44 μmol/l 17 - 44 μmol/l 69 - 113 μmol/l 53 - 186 μmol/l		3 - 5 mg/l 2 - 5 mg/l 8 - 13 mg/l 6 - 12 mg/l
Ac. urique	B, F	0,21 - 0,24 mmol/l 0,30 - 0,36 mmol/l 0,24 - 0,31 mmol/l		35 - 40 mg/dl 50 - 60 mg/dl 40 - 52 mg/dl
Aspect du sérum :				
Tolpéridés		0,35 - 1,65 mmol/l		0,50 - 1,50 g/l
Cholestérol total		4,00 - 5,00 mmol/l		1,60 - 2,00 g/l
HDL-c		1,00 - 2,17 mmol/l		0,40 - 0,95 g/l
LDL-c		> 0 facteur RCY < 4,00 mmol/l 1 facteur RCY < 3,25 mmol/l > 2 facteurs RCY < 2,50 mmol/l		0 facteur RCY < 1,60 g/l 1 facteur RCY < 1,30 g/l 2 facteurs RCY < 1,00 g/l

CLASSE	INFORMATIONS	VALLEES ENCOULES	BOULAY	VALLEES ENCOULES
Protéines		13,5 - 14,0 mmol/l		1,00 - 1,10 g/dl
Cholestérol		3,5 - 5,0 mmol/l		1,5 - 2,0 g/dl
Calcium total		98 - 105 mg/dl		9,8 - 10,5 mg/dl
Calcium ionisé		2,02 - 2,39 mmol/l		81 - 104 mg/dl
Phosphore	A	1,17 - 1,30 mmol/l		47 - 52 mg/dl
Magnésium	A	1,20 - 2,20 mmol/l		40 - 70 mg/dl
Uree	B, F	0,81 - 1,55 mmol/l		25 - 48 mg/dl
Creatinine	B, F	0,71 - 1,00 mmol/l		17 - 24 mg/dl
Ferritine	B, F	10,00 - 20,3 μmol/l		59 - 158 μg%
Transferrine	B, F	6,00 - 16,0 μmol/l		37 - 115 μg%
Alb	B, F	150 - 550 μg/l		15 <sup>0</sup> - 450 μg/l
β <sub>2</sub> -microglob	B, F	80 - 500 μg/l		80 - 500 μg/l
β <sub>2</sub> -microglob	B, F	20 - 200 μg/l		20 - 200 μg/l
β <sub>2</sub> -microglob	B, F	30 - 400 μg/l		30 - 400 μg/l
β <sub>2</sub> -microglob	B, F	13 - 150 μg/l		13 - 150 μg/l
Transferrine	B, F	25,2 - 45,36 μmol/l		3 - 3,6 g/l
Uréa	B, F	51 - 97 μmol/l		279 - 504 μg/dl
Créatinine	B, F	20 - 40 μg/l		20 - 40 μg/l
Phosphore	B, F	1 - 1,2 mmol/l		3 - 4 g/l
Transferrine	B, F	Niveau		Niveau
β <sub>2</sub> -microglob	B, F	< 5 μg/l		< 5 μg/l
Protéines	B, F	42 - 50 g/l		42 - 50 g/l
Protéines	B, F	60 - 75 g/l		60 - 75 g/l
Protéines	B, F	60 - 75 g/l		60 - 75 g/l

الملحق 03  
بطاقة العلاج





06310  
 08 minutes  
 Date 18/05/2014

Box: 55  
**FICHE DE REANIMATION**  
**CHU MUSTAPHA**

+ jaffi a 2014  
 - HTN

SERVICE: UHC D NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_ GROUPE SANGUIN: \_\_\_\_\_

HORAIRE	MEDECINE Anesthésie Réanimateur				Chirurgien		Diagnostic Réanimation mémoriser
	SSI 0/5/1	général Ag / 6h Si Aden + fibres	Niveau op CP 357 289/041	preven 1/2 5mg a 1/2 par	Hydro 5mg 014x015	Boxen 1p 507 014x215	
0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- état circo - TH, FC - FR, T° - diures - SRA
A1							
A3							
A5							
A7							
A9							
A11							
R3							
V1							



Date: 15/07/2015 015 01/07/2015  
**FICHE DE REANIMATION**  
**CHU MUSTAPHA**

SERVICE: UASD NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_ GROUPE SANGUIN: \_\_\_\_\_

MEDECINE Anesthésiste Réanimateur Y. H. Chirurgien \_\_\_\_\_ Diagnostic Traumatisme crânien

TREATMENT	MOYEN	SSR	ORAL	INJECT	DIAGNOSTIC
09L	<input checked="" type="checkbox"/>	à 99%	18/18	100%	- Subst. crânien
14L	<input checked="" type="checkbox"/>	18/18	100%	100%	- TA, P. Ar.
15L	<input checked="" type="checkbox"/>	18/18	100%	100%	- S. Pa.
15L	<input checked="" type="checkbox"/>	18/18	100%	100%	- crânien
16L	<input checked="" type="checkbox"/>	18/18	100%	100%	
17L	<input checked="" type="checkbox"/>	18/18	100%	100%	
18L	<input checked="" type="checkbox"/>	18/18	100%	100%	
19L	<input checked="" type="checkbox"/>	18/18	100%	100%	
20L	<input checked="" type="checkbox"/>	18/18	100%	100%	



Date: 18/05/2014

*Uros ne 2*  
**FICHE DE REANIMATION**  
**CHU MUSTAPHA**

E. 19

SERVICE: UHC NO: \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_  
 GROUPE SANGUIN: \_\_\_\_\_

MEDECINE Anesthésiste Réanimateur		Chirurgien			Diagnostic CTR + ni souffrance cardiaque		
TRAIEMENT							
HORAIRE							
09	<input checked="" type="checkbox"/>	SSE 0.9?	Cardon	Digoxin	paralysé 1.5/1.6 giboulée on fait	Anguante suffocant	Sonitance - TA, FC, FR - SpO2 - diuresis - état oncose
11							
13							
15							
17							
19							
21	<input checked="" type="checkbox"/>						
23							
01							

747 (HTB)  
 Date: 19/05/2014

## FICHE DE REANIMATION CHU MUSTAPHA

SERVICE: MHCO NDA

PRINCIPI:

GROUPE SANGUIN:

MEDECINE Anesthésiste Réanimateur

Chirurgien

Diagnostic: traumatisme  
 cranien

TRAITEMENT								Diagnostic
NOMMÉ								
9	SS10,9 + 1gkd						<u>Suivella</u> - état cranien - TP, Tc, F - SP & g → diminue	
11	✓							
13								
15								
17								
19								
21								
23								
01								

Date: 15/05/2014

Don 2204

**FICHE DE REANIMATION  
CHU MUSTAPHA**

E 19

SERVICE: \_\_\_\_\_  
NOM: \_\_\_\_\_

PRENOM: \_\_\_\_\_

GRUPE SANCTU: \_\_\_\_\_

MEDECINE Anesthesiste Reanimateur

Chirurgien

Diagnostic Neurologique

TRAIEMENT	HORAIRE	TRIA	parafolpa 1g/4h Si douleur + fièvre	naprox 40mg	diagnostic
SSI 0,9% + 1g Kcl	08	☑	☑	40mg	Sévirité - dat. cardiaque - FC, TA - FR, SpO <sub>2</sub> - T° - diuresis.
	11	☑	☑		
	13	☑	☑		
	15	☑	☑		
	17	☑	☑		
+ 1g Kcl	19	☑	☑		
	21	☑	☑		
	23	☑	☑		
	01	☑	☑		





DATE: 15/01/2014 *Ji 1<sup>er</sup> J<sup>u</sup>* *2007 N = 021*  
**FICHE DE REANIMATION**  
**CHU MUSTAPHA**

E 15

SERVICE: UHCAD NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_ GROUPE SANGUIN: \_\_\_\_\_

MEDECINE Anesthésiste Réanimateur

Chirurgien

Diagnostic: CSA + insuffisance cardiaque

Traitement	Horaires	Quantité	Contenance	Digestion	perforé	Diagnostique
SGE 0.9% sorc	09H - 17H	1l	1/2cpil	1/2cpil	1/2cpil 1/2cpil 1/2cpil	SpO <sub>2</sub> TA FC - Anesth
MM	17H - 19H					
17H - 19H						
19H - 21H						
21H - 23H						
23H - 01H						



المحق 04  
بطاقة المراقبة

المركز الجامعي مصطفى  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE MUSTAPHA

NOE :

D08

6-11

T.A	R	P	Y	Date, jour Heure																											
					3	6	9	12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24	3	6	9
Expectoration																															
15	42	130	40"	240 cc																											
30	51	150	30"	230 cc																											
3	40	130	30"	200 cc																											
6	30	120	20"	165 cc																											
20	100	30"	100 cc																												
10	80	20"	40 Ab																												
6	60	15"	0																												
OBSERVATIONS																															
TRAITEMENTS																															

الملحق رقم 05

وضعيات سلوك الممرض الملاحظة

الوضعية الأولى: في الاحد 2014/04/13 على الساعة:09:34

الطبيب:الداخلي،الممرض: ممرض الصحة العمومية. مكانوجود الطبيب: قاعة العلاج رقم2.مكان وجود الممرض:قاعة الممرضين لترتاج.المريض:رقم5 . الموضوع : طلب اجراء سحب دموي لتحليل مخبرية (FNS,TP,TCK) للمريضين رقم 5. شكل الطلب : كتابي . شبكة الملاحظة:سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

السلوك	شكل الاستجابة		زمن الاستجابة		استفسارات		تنفيذ الفحص	
	تنفيذ	لا	في الوقت	مؤجل	نعم	لا	ممرض	آخر
شكل الطلب								
وصفة		✓		10:53	✓			✓

الوقائع:

الطبيب: ديري هاذ les bilans ل 5.

الممرض: ل5؟ واشنو هاذو؟

الطبيب: FNS ,TP,TCK

الممرض:مانديرش. علاهدير وهم،المريض مسكين راه... .

الطبيب:"اسمالطبيب المعالج" هو لي طلبهم.

الممرض: eh bein قوليلوبلي"اسمها" قالتلك ما لازمش ،خافو ربي.

الطبيب: يذهب و يتحدث مع طبيب الاستعجالات مساعد الرئيس الذي ينصحه بانتظار الطبيب المعالج . بعد وصول هذا الاخير و يخبره الطبيب الداخلي بالوقائع.يطالب الطبيب المقيم المعالج الطبيب الداخلي بالقيام به،فيذهب لاجرائه.هنا تتدخل الممرضة التي شاهدت الطبيب من قاعتها

الممرض:واشرايح ديري؟

الطبيب المقيم:دير les bilans .

الممرض:بصح علاه علاه. غير البارح on l'a transfusé

الطبيب:ايهعلا بالي، et c'est pour ça on fait les bilans pour vérifier le sang،

الممرض:بصح للي ماعلا بالكشبهها،أنا خدمت البارح"نهاية الأسبوع" مع le malade،درنالو les plaquettes، كي جينا نديرولو الدم ؛دارHTA"ارتفع الضغط الدموي للمريض" alors ما

درنالوشالدم ما عندك ما verifier الدم قعد هو هو فقرر الطبيب بالتحقق من الصفائح فقط، و قام الطبيب الداخلي بذلك ( TP )

**الوضعية الثانية:** في الأحد 2014/04/13 على الساعة 14:25

الطبيب:المقيم في السنة الثالثة . المرضى:ممرض الصحة العمومية مكان وجود الطبيب: قاعة الممرضين . مكان وجود الممرض:قاعة الممرضين. المريض:رقم 11 يعاني من ضعف كلوي حاد و هو غير واعي (Aigue Renale Insuffisance) . الموضوع: طلب إجراء سحب السوائل البولية للتحاليل المخبرية (CBC) . شكل الطلب: كتابي.

شبكة الملاحظة (02):سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

تنفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك
آخر	ممرض	لا	نعم	مؤجل	في الوقت	لا	تنفيذ	شكل الطلب
	✓	✓		في		✓		وصفة
				الغد				

**الوقائع:**

الطبيب: راكي هنا؟

الممرضة: علاه؟

الطبيب: اااا S'il te plait ديري CBC ل 11.

الممرضة: CBC ل 11، ok .

حسب الممرضة فإنها لم تقم بالفحص لأنه حتى إذا قامت به فلن يتم تحليله لأن المخبر المخصص لذلك لا يتقبل السحبات في الفترة النهارية. لذا أجلت إجراء الفحص إلى يوم الغد و هذا ما قامت به فعلا و طالبت الطبيب بكتابة وصفة جديدة .



الوضعية الثالثة : في الاثنين 2014/04/14 على الساعة: 09:37

الطبيب:المقيم في السنة الأولى،الممرض: مساعد ممرض الصحة العمومية بديل. مكان وجود الطبيب:  
قاعة العلاج رقم 2. مكان وجود مساعد الممرض:قاعة العلاج رقم 2.المريض:رقم 3 . الموضوع : طلب  
اجراء سحب دموي لتحليل مخبرية (FNS,TP,TCK) للمريض رقم 3. شكل الطلب : شفهي.  
شبكة الملاحظة:سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

السلوك		شكل الاستجابة		شكل الطلب	
تنفيذ	لا	في الوقت	مؤجل	نعم	لا
✓		✓		✓	

الوقائع:

الطبيب:آه ،راكو هنا...قولي "اسم المساعدة" نسحق (FNS,TP,TCK) ل 3 ديريهولي؟

الممرض: FNS,TP,TCK ?

الطبيب: oui

الممرض:ايه ok .

الطبيب: يخرج الطبيب ليعود بعد ربع ساعة.

الممرض:درتي les ordonnances.

الطبيب :لا لا دوك ندير أمام أعين مساعدة الممرض و الممرضة يقوم الطبيب بملء الوصفة الطبية.تتدخل المساعدة لأن الطريقة التي ملأ بها الطبيب الوصفة خاطئة مما ستسبب من إرجاع الطلب،فتقول ان FNS يوضع في وصفة وحده اما (TP,TCK) في وصفة أخرى .

يحاول الطبيب فعل ذلك و لن ينجح فيقوم مساعد الممرض بملء الوصفة و يضع عليها الطبيب الختم.

الوضعية الرابعة: في الاثنين 2014/04/14 على الساعة 09:59

الطبيب:المقيم في السنة الثانية .المررض: مساعد الممرض بديل . مكان وجود الطبيب: مكتب الأطباء . مكان وجود الممرض:قاعة العلاج رقم 2 أمام سرير رقم 04.المريض:رقم 04 يعاني من نزيف دماغي و هو غير واعي (hémorragie) . الموضوع: طلب إجراء سحب دموي لتحاليل مخبرية شاملة (FNS).  
شكل الطلب: كتابي موضوع على سرير المريض تتطلع عليه الممرضة عندما تهتم بالعمل مع المريض على الساعة 10:13.

شبكة الملاحظة: سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

السلوك	شكل الاستجابة		زمن الاستجابة		استفسارات		تنفيذ الفحص	
	تنفيذ	لا	في الوقت	مؤجل	نعم	لا	ممرض	آخر
الممرض								
<u>كتابي</u>	✓			10:49		✓	✓	

الحوار بين الطبيب و الممرض: لا يوجد

الوقائع: رغم اكتشاف مساعدة الممرضة البديلة للوصفة الطبية إلا أنها لم تجر الفحص في وقته لأنه لا يوجد أنبوب الفحص. تدخل رئيسة الممرضين الوحدة على الساعة 10:15 و تسأل عما ينقص في العمل، تجيب مساعدة الممرضة البديلة: نحتاج إلى أنابيب الفحوص. تعود الرئيسة بالأنابيب على الساعة 10:35. تحاول مساعدة الممرضة القيام بالسحب فلا تنجح (elle ne trouve pas une voie)، يأتي الطبيب لملاحظة المريض و يجد المساعدة تحاول القيام بالفحص فوضح لها كيف تعمل. تقوم المساعدة بالفحص على الساعة : 10:39 .

الوضعيات الخامسة : في الاثنين 2014/04/14 على الساعة 10:50

الطبيب:المقيم في السنة الثالثة. الممرض:الممرض. مكان وجود الطبيب: قاعة العلاج رقم 4. مكان وجود الممرض:قاعةالعلاج رقم 4 تتكفل بالمريض رقم 10. المريض:رقم 10 . الموضوع : طلب اجراء شفط الافرازات الزائدة في الرئتين. شكل الطلب : شفهي.

شبكة الملاحظة (02):سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

تنفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك الممرض
آخر	ممرض	لا	نعم	مؤجل	في الوقت	لا	تنفيذ	
	✓	✓			✓		✓	<u>شفهي</u>

الوقائع

الطبيب:يدخل القاعة و يلقي التحية ،يجد الممرضة و مساعدتها تتكفلان بالمريض رقم 10 و أمامه زوجته

الممرضة: je l'aspire tbib ?

الطبيب: il est comment ? و يتحقق من الوضعية اعتمادا على جهازي

" le scope et le respirateur " ،اه ،ديريه خير

الممرضة:تقوم بالفحص مباشرة،أي في حدود 10:10 .

الوضعية السادسة: في الثلاثاء 2014/04/22 على الساعة 09:20

الطبيب:المقيم في السنة الثانية و الطبيب المقيم في السنة الأولى.المرضى:المرضى. مكان وجود الطبيب: مكتب الأطباء. مكان وجود المرضى:قاعة العلاج رقم 2. المريض:رقم 02 و المريض رقم 04. الموضوع: طلب إجراء سحب دموي لتحاليل مخبرية شاملة (FNS). شكل الطلب: كتابي .

شبكة الملاحظة (02):سلوك المرضى بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

تنفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك
آخر	مريض	لا	نعم	مؤجل	في الوقت	لا	تنفيذ	شكل الطلب
	✓	✓			09:30		✓	كتابي

الحوار بين الطبيب و المريض:

الطبيب المقيم في السنة الأولى: تأتي إلى قاعة العلاج من مكتب الاطباء فتنادي "اسم الممرضة" كي تخدمي مع 03 ديري ل (FNS) هاكي l'ordonnance

المرضى: D'accord .

الطبيب المقيم في السنة الثانية:هاكي l'ordonnance ديري FNS م 04 درنا لها البارح، بصح ماخرجوش bien .

الوضعية السابعة : في الثلاثاء 2014/04/22 على الساعة 10.12

الطبيب:المقيم في السنة الثالثة.الممرض:الممرض. مكانوجود الطبيب: قاعة العلاج رقم 04. مكان وجود الممرض:قاعة العلاج رقم 4 تعمل مع المريض 10. المريض:رقم 11. الموضوع: طلب إجراء سحب دموي لتحاليل مخبرية شاملة (FNS). شكل الطلب: شفهي.

شبكة الملاحظة:سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

تنفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك
						تنفيذ	لا	
مريض	آخر	لا	نعم	مؤجل	في الوقت	لا	تنفيذ	شكل الطلب شفهي
✓		✓		10.39			●	

الحوار بين الطبيب و الممرض:

الطبيب: لازم (FNS) ل 11 .

الممرض: D'accord .

تبحث الممرضة عن الانابيب و بعد خمسة عشر(15) دقيقة تحصل عليهم فتجري الفحص و تطالب الطبيب بكتابة الوصفة الطبية.

الوضعية الثامنة: في الأحد 2014/04/27 على الساعة 09:05

الطبيب: الداخلي، الممرض: مساعد ممرض الصحة العمومية. مكان وجود الطبيب: قاعة العلاج رقم 3. مكان وجود الممرض: قاعة العلاج رقم 3 تتكفل بالمريض رقم 7. المريض: رقم 7. الموضوع: طلب اجراء سحب دموي لتحليل مخبرية (trembophilines) للمريضين رقم 7. شكل الطلب: كتاب. شبكة الملاحظة: سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

شكل الطلب	شكل الاستجابة		زمن الاستجابة		استفسارات		تنفيذ الفحص	
	تنفيذ	لا	في الوقت	مؤجل	نعم	لا	ممرض	آخر
كتابي	✓		09:17		✓			✓

الوقائع:

الطبيب "صباح الخير" بصوت منخفض.

الممرض: وشنو هذا؟

الطبيب: bilan

الممرض: Ah !.

الطبيب: ديريه دوكا؟.

الممرض: ما نديرو شقاع. انا ما صبتش ordonnance و كي جيت نخدم صبتها "المريضة" ما عندهاش " la voie " درتهاها و درتهاها le traitement و الحمد لله دوكا كملت

الطبيب: كيفاش ندير؟ انا جيت le rendez\_vous du labo . .

الممرض: المرة الجاية خليو لنا les ordonnances و نصيبوهم الصبح كي نجو نخدمو مادام ما تلحقوش بكري.

الطبيب: وشنو بكري، راهي التاسعة.

الممرض: بصح انا كملت الخدمة. وتخرج من القاعة. في هذه الاثناء تتدخل مساعد الممرض الاخرى و تقترح على الطبيب ان تفعل الفحص، فتقوم بذلك على الساعة 9:17.

الوضعية التاسعة : في الأحد 2014/04/27 على الساعة 10:37

الطبيب:المقيم في السنة الثانية.المرضى:المرضى. مكان وجود الطبيب: مكتب الاطباء . مكان وجود المرضى:قاعة المرضى. المريض:رقم 8. الموضوع: طلب إجراء سحب دموي لتحاليل مخبرية (biochimie). شكل الطلب: شفهي .

شبكة الملاحظة (02):سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

تنفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك
						تنفيذ	لا	
ممرض	آخر	لا	نعم	مؤجل	في الوقت	لا	تنفيذ	الممرض
✓		✓		11:07			✓	شفهي

الوقائع :

الطبيب:نسحقو biochimie ل 8

المرضى:نجيب les tubes .

يعود الممرض إلى الوحدة حاملا الأنابيب في حدود 11:04

يجري الفحص على الساعة 11:07 .

المرضى للطبيب: هاك les tubes

الوضعية العاشرة: في الاثنين 2014/04/28 على الساعة: 09:22

الطبيب: الداخلي، الممرض: مساعد ممرض الصحة العمومية. مكان وجود الطبيب: مكتب الأطباء. مكان وجود الممرض: تحضر الأدوية من صيدلية الجناح. المريض: رقم 10. الموضوع: طلب اجراء سحب دموي لتحليل مخبرية (FNS, biochimie) للمريض رقم 10. شكل الطلب: كتابي. شبكة الملاحظة: سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

السلوك		شكل الاستجابة		زمن الاستجابة		استفسارات		تنفيذ الفحص	
الممرض		تنفيذ	لا	في الوقت	مؤجل	نعم	لا	ممرض	آخر
كتابي		✓			10:09	✓			✓

الوقائع:

الطبيب: يضع الوصفة الطبية داخل علبة العلاج رقم 10.

الممرض: ترجع من الصيدلية و تهتم بوضع الأدوية في علب العلاج و هكذا تكتشف الوصفة الطبية فتعلق بصوت مرتفع: ميهادويتمسخروبينا.. وترجع الوصفة إلى داخل العلبة .

الطبيب: يسمع لما تقوله المساعدة، فينتظر حوالي خمس دقائق ثم يلحق بالممرض إلى قاعة العلاج رقم 4 اخذا معه الوصفة حيث يجدها تعمل مع المريض رقم 11 فيقول: خدمت مع 10 ؟ الممرض: ايه كملت معاه.

الطبيب: نسحقو هاذ les bilans.

الممرض: يسكت و يخرج من القاعة لترمي شراشف السرير رقم 11.

الطبيب: يعود الطبيب الى المكتب منتظرا الطبيب المقيم المعالج؛ الذي يصل الى الوحدة في حدود الساعة 09:53 فيجد مساعدة الممرض في الباحة و يخرج الطبيب الداخلي من المكتب ليخبره بما حدث

الطبيب المقيم: دارولكم ordonnance ل 10

مساعدة الممرض: واش هاذ تمسخير، البارح درناهم و اليوم نعاودوهم؟ مانعاودش، واش حسبتو رواح بارك و piquer .

الطبيب الداخلي: البارح c'est pour ça, le sang est coagulé لازم نعاودوهم

الطبيب المقيم: روح ديرهم أنت و خلاص

فيقوم الطبيب الداخلي بالفحص بمساعدة مساعدة الممرض التي تعلمه. و هذا على الساعة 10:09 .



الوضعية الحادية عشر: في الاثنين 2014/04/28 على الساعة 10:15

الطبيب:المقيم في السنة الثالثة. المرضى:المرضى. مكان وجود الطبيب: قاعة الممرضين. مكان وجود الممرض: قاعة الممرضين لترتاح. المريض:رقم 11. الموضوع: طلب إجراء سحب بولي لتحاليل مخبرية (cbc). شكل الطلب: شفهي.

شبكة الملاحظة: سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

تنفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك الممرض
آخر	ممرض	لا	نعم	مؤجل	في الوقت	لا	تنفيذ	
			✓			✓		شفهي

الوقائع :

الطبيب: ديري (cbc) ل 11

المرضى: ماكانش les tubes stériles

الوضعية الثانية عشر: في الاثنين 2014/04/28 على الساعة 11:00

الطبيب:المقيم في السنة الاولى.الممرض:الممرض. مكان وجود الطبيب: قاعة العلاج رقم 2. مكان وجود الممرض:قاعة العلاج رقم 2 تتكفل بالمريض 4.المريض:رقم 5. الموضوع : طلب اجراء شفت الافرازات الزائدة في الرنتين. شكل الطلب : شفهي.

شبكة الملاحظة:سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

تنفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك الممرض
ممرض	آخر	لا	نعم	مؤجل	في الوقت	لا	تنفيذ	
✓			✓			✓		شفهي

الوقائع :

الطبيب:لازملو aspiration ؟ {تشير إلى المريض رقم 4 }

الممرض: واقبلا ايه.

الطبيب: شكون يديرو؟

الممرض: Eh beinntya

الطبيب: أنا jamais درتها. تقدري ديريها؟

الممرض: Ah non jamais درتها ، و زيدي راه ça va pas

الطبيب: ? alors

الممرض:اطلب من طبيب واحد اخر.

الوضعية الثالثة عشر: في الثلاثاء 2014/04/29 على الساعة 09:58

الطبيب:المقيم في السنة الأولى،الممرض: ممرض الصحة العمومية. مكان وجود الطبيب: قاعة العلاج رقم 2. مكان وجود الممرض: باحة الوحدة أمام علب العلاج يملء كل علبة بالعلاج المناسب.المريض:رقم 5،1 . الموضوع : طلب اجراء سحب دموي لتحليل مخبرية ( biochimie ) ( FNS) للمريضين رقم 1 و رقم 5. شكل الطلب: كتابي.

شبكة الملاحظة:سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

تتفيذ الفحص		استفسارات		زمن الاستجابة		شكل الاستجابة		السلوك
ممرض	آخر	لا	نعم	مؤجل	في الوقت	لا	تنفيذ	الممرض
✓			✓	✓			✓	كتابي

الوقائع:

الطبيب:بعد معاينة المرضين يأتي الطبيب إلى الممرض.

الطبيب: "اسم الممرض" تخدم معايا؟

الممرض: وشنو هذا؟ "بنبرة الضحك"

الطبيب: ايه تخدم معايا في la salle 4 ولا، لا لا؟

الممرض: soit disant ايه، واش تسحقي؟ .

الطبيب: كاين؟ les tubes .

الممرض: oui .

الطبيب : je veux dire le n°1 , je veux dire le 3 et le 5 ; c'est pour faire des bilans (لأن المريض رقم 3 غير المكان الى السرير رقم واحد بعد خروج المريض رقم 1 ) FNS et biochimie .

الممرض: mais درناهم البارح.

الطبيب: معليش، بصح ما رجعوليش les résultats .

يقدم له les ordonnances ويضعهم في العلب.

بما أن الفرقة المعالجة قد وزعت المهام فيما بينها فلقد تم الفحص من طرف الممرضة المكلفة بذلك على الساعة 10:45 .

الوضعية الرابعة عشر: في الثلاثاء 2014/04/29 على الساعة 10:47

الطبيب:المقيم في السنة الأولى،الممرض: ممرضة الصحة العمومية. مكان وجود الطبيب: قاعة العلاج رقم 2. مكان وجود الممرض:قاعة الممرضين.المريض:رقم10 . الموضوع : طلب اجراء سحب دموي لتحليل مخبرية ( biochimie ) للمريض رقم 4،و (FNS) للمريض رقم 3. شكل الطلب :شفهي.

شبكة الملاحظة (02):سلوك الممرض بعد تسطير الفحوص شبه اكلنيكية:

السلوك		شكل الاستجابة		زمن الاستجابة		استفسارات		تنفيذ الفحص	
المريض		لا	تنفيذ	في الوقت	مؤجل	نعم	لا	ممرض	آخر
شفهي		✓			11:23	✓			✓

الوقائع:

الطبيب:بعد معاينة المرضين رقم 4،3 يقرر الطبيب اجراء الفحوص ،فيبحث عن الممرضة و يجدها في قاعة الممرضين لأنها انتهت من مهامها فجلست لترتاح.

الطبيب :كنت نحوس عليك شوفيلازملي ( biochimie ل 4 و FNS ل 3)

الممرضة: ما كانش les tubes. تتعرف الممرضة من ملامح الطبيب على التساؤل "ما العمل؟" فتواصل قائلة:جيبيلينديرك

الطبيب: بعد انتهاء المعاينة الطبية ،يخرج من الوحدة ليبحث عن الأنابيب. يعود إليها حاملا الأنابيب و يبحث عن الممرضة و لن يجدها لأنها خرجت من الوحدة فينتظرها لمدة تتجاوز ربع ساعة .

في هذه الاثناء يقرر الطبيب القيام بالسحب الدموي بنفسه،فيشرع بذلك مع المريض رقم 4. تدخل الممرضة الوحدة و تتجه إلى قاعة العلاج رقم 2 .

الطبيب:عسامة،جبتلك les tubes .

الممرضة: Ah ،انا ثاني رحى و جبت.

الطبيب: ما عيش ديري FNS ل 3 .

الممرضة :اواه مانقدرش،هاذاك يخوفني .

الطبيب:يترجى من ممرض اخر الذي يقوم بالفحص على الساعة 11:23 .

## الملحق رقم 06

### الحوادث الحرجة المسجلة

الحادثة الأولى

يسردها لنا طبيب الاستعجالات، يعمل في وحدة الانعاش مساعدا للطبيب الاستاذ المساعد.

كان مريض في السرير رقم 05 يعاني من suspicion AVC. دخل الوحدة في يوم الاربعاء، و بعد دراسة الحالة سطرنا له العلاج المتفق عليه للتأكد من التشخيص في نهار يوم الخميس.

عند العودة الى الوحدة في يوم الاحد، بعد غياب ليومين متتاليين، قمنا بمعاينة المريض و توصلنا الى أن العلاج غير فعال فبدأنا في البحث في البدائل.

من حسن الحظ، كنا نناقش حالة المريض مع الفرقة الطبية في الساحة. سمعنا احدى الممرضات ز هي كانت تتحدث في الهاتف مع الممرضة التي عملت في الوحدة في اليومين الماضيين.

توصلنا الى اتخاذ القرار بالنسبة للعلاج البديل. فوضت الى الطبيب المقيم تسطير العلاج.

تدخلت الممرضة لتخبرنا ان العلاج السابق لم يتم تقديمه لانعدامه في صيدلية نهاية الاسبوع. ( La pharmacie de garde). بالتالي فحكمننا على العلاج باللافعالية كان خاطئا لان العلاج لم يتم تقديمه اصلا. و هذا ما كان من الممكن معرفته باستغلال بذاقة المراقبة. قمنا في الأخير بتسطير العلاج الأول لأنه من الضروري البدء به. هذا ما أدى الى انتظار أيام أخرى للتأكد منه.

الحادثة الثانية

حكاها لنا الممرض:

في احدى المرات، دخل الطبيب المسؤل عن الوحدة اليها و وجد عدة أنابيب لتحاليل دموية مملوءة دون معرفة صاحبها، فحدث خلط في الوصفات. غضب المسؤل من هذه الوضعية و ألزم الطاقم الطبي من تقديم تسطيرات كتابية الى الممرضين للقيام بهذا النوع من الفحوص.

الحادثة الثالثة: سردها لنا الممرض .

كان هناك مريض يعاني من داء السكري فتم توصيله بآبرة كهربائية للانسولين.

المرضة المكلفة بالعمل معه هي مساعدة الممرض بديلة عن الممرضة الغائبة و التي عملت في اليوم الماضي مع المريض. تشرع الممرضة البديلة ( مساعدة الممرض) في العمل مع المريض في القاعة 2، يأتي اليها الطبيب و يسألها عن نسبة السكر في دم المريض و تحييه بعدم معرفة ذلك بعد، انما الممرض المناوب في الليل قام بقياسه قبل الخروج من الوحدة و وجده في نسبة محددة ( تذكر النسبة للطبيب).

يقول الطبيب: قومي بقياس نسبة السكر الآن ،فاذا وجدتها بين 1.8 و 2.5 فعدي الابر الى خمس وحدات. أما اذا وجدتها بين 2.5 و 3 فعديها الى عشر يخرج الطبيب من الوحدة.تبحث الممرضة عن جهاز قياس نسبة السكر، و بين قاعة و أخرى تتبادل الاحاديث مع زملاء بعد القيام بالقياس و معرفة النسبة ،غاب عن ذهن الممرضة نسبة الوحدة التي يجب تعديلها. سألت الممرضة التي معها فأجابتها بتحفظ، لذا لجأت الى الاطباء المقيمين المتواجدين في الوحدة.الغريب في الأمر ان تسطيرات الأطباء كانت مختلفة، هذا ما دفع الممرضة الى اتباع تسطير الطبيب المقيم في السنة الرابعة و هو أكثرهم خبرة.

عند عودة الطبيب يتفقد الأوضاع،أخبرته الممرضة بما حدث، ثم صحح الوضعية.و منذ ذلك الحين أصبح من الضروري تسطير كتابي بالنسبة لنسبة السكر و التعديل الذي يقابلها.

#### الحادثة الرابعة

يسردها لنا الطبيب: هذا الحدث حدث البارحة و اليوم.

كان مريض السرير رقم 3 كثير الاضطراب و الاهتزاز. سطر له الطبيب دواء مخدر يقدم له يوميا.

البارح، الممرضة التي تعمل مع المريض قد انتهت عملها معه و بقي لها فقط أن تقدم له هذا الدواء،انما لم يكن متوفرا في الوحدة. في انتظار توفر الدواء، خرجت الممرضة من الوحدة لقضاء حاجة ما خاصة.

لما أحضرت مسؤولة الممرضين الأدوية و معها هذا الدواء،وضعتهم فوق الصوان.

بعد ربع ساعة،دخلت قائدة الفرقة المعالجة لتفقد الأوضاع.وجدت الدواء فوق الصوان و فهمت أنه من الأدوية الزائدة، و بما انه مخدر أخذته و خبأته داخل الخزانة.

عند وصول الممرضة المكلفة بالعمل على علاج المريض المعني، لاحظت أن الدواء ليس في العلبة،و فهمت أن منفذ آخر قام بتقديم الدواء للمريض فلم تسأل أحدا عن ذلك.

اليوم، حريص المريض يشتكى للطبيب المساعد على أننا لم نقدم الدواء للمريض .مسؤولة الممرضين تنفي ذلك لأنها أحضرت الدواء لتفادي تفاقم الوضع، يقول الطبيب أنه سطر التوقف عن تقييمه لأن المريض لم يعد يعاني من الاضطرابات.كان بالامكان تفادي الحادثة لو أن الممرضة المكلفة بالمريض دونت على بطاقة المراقبة أنها لم تقدم العلاج.

الحادثة الخامسة

سرده لنا الممرض.

هناك مريض، سطر له الطبيب دواء hypnovel . كان المريض من عائلة أحد المسؤولين في المستشفى فحضي باهتمام خاص. بعد فترة من الاستشفاء و حسب تطورات حالة المريض، اتخذ الطبيب اجراء لمضاعفة كمية الدواء المقدم للمريض و أخبر الممرض بذلك. و كان فرد من عائلة المريض معه و نسي تدوين ذلك علة بطاقة العلاج. اعتمادا على تعليمات الطبيب الشفهية ،ذهب الممرض يوم الخميس برقفة حريص المريض الى صيدلية المستشفى لاحضار الدواء. قدم الصيدلي الدواء للمريض دون ان يطالبه باثبات ذلك بتسطير خطي لأنه يعرف حريص المريض الذي هو مسؤول في المستشفى.

في يوم الاحد،جاءت لجنة التفيتش،يتزأسها الصيدلي المسؤول ،يبحثون عن ملابسات الموضوع. فالدواء عبارة عن مخدر و حسب صيدلي الخميس فقد تم طلبه من هذه الوحدة. حدث صراع بين كل الأطراف المتدخلة و الكل يوبخ الآخر رغم تأكيد الطبيب على التسطير الجديد،الا أن رئيس الوحدة وبخ كذلك الممرض و الصيدلي. و كل هذا الصراع يحدث أمام مرأى المريض و قد يسبب شحنات سالبة بين الطبيب و الممرض.

الحادثة السادسة

الطبيب المقيم في السنة الأولى. كان مناوبا في يوم الثلاثاء 29\_04\_2014 في قاعة الاستعجالات . و في يوم الموالي هو يوم استرجاع . أما يوم الخميس فهو يوم أول ماي(عيد العمال) أي يوم عطلة. ثم تلاه يومي نهاية الأسبوع ليعود الى العمل يوم الأحد 04\_05\_2014. يعاين المريض رقم 4 الذي ليس بمريضه، لكن الطبيب المقيم المعالج غائي في يوم استرجاع لأنه كان مناوبا في الليلة الماضية. يتواجد المريض في الوحدة منذ شهر. أي أن الطبيب المقيم في السنة الأولى يملك معلومات حول المريض . الممرض و مساعده (الفرقة في يومها الأول من العمل) الا أن مساعد الممرض قد عمل في الوحدة كبديل في يوم الثلاثاء رغم أنه كان يداوم في وحدة الاستعجالات في الشهر أبريل. يتكفلان بالمريض رقم 3.

أثناء وصوله الى الوحدة على الساعة السابعة صباحا،اعتمد الطبيب المقيم في السنة الاولى على بطاقات العلاج للتعرف على المرضى و طلب الأدوية اللازمة من صيدلية المستشفى. و التي من بينها hymoglobine . على الساعة 9:34 يدخل الطبيب المقيم في السنة الأولى القاعة 2 و يعاين المريض رقم 3. اعتمادا على جهاز le scope . و يلاحظ اضطراب في المريض و يحاول معرفة سبب ذلك و يتفقد الحالة . و هنا يجد علبة الدواء hémotop داخل الدرج فيسأل الممرض عما اذا قدموا له الدواء فيجيب الممرض بالنفي لأن المريض قد سجل ارتفاعا في الضغط الدموي . و الطبيب المناوب قد أوقف التسطير رغم استعراب الطبيب، الا أنه يعرف أنه يتحكم في الحالة حيث طالب باحضار hemoglobine و تقديمه للمريض. اندهش الممرض و أخبر الطبيب ، و أخبر الطبيب ان هذا العلاج قد انتهت صلاحيته لأنه في اليوم الخامس من العلاج و يستلزم ذلك التوقف من تقديمه و الا أحدث ضررا بالمريض.

يتحقق الطبيب المقيم من ذلك مع الطبيب الداخلي المعالج و الطبيب المساعد و اللذان يقران أنه في اليوم الخامس من العلاج مما يستدعي ايقافه . فأوقف الطبيب العلاج و لم يحدث ضررا للمريض. و عالجا الاضطراب بطريقة أخرى. منذ ذلك الحين طالب المسؤولون الأطباء بتدوين تاريخ بداية العلاج حتى يتأكدوا من صلاحيته.



الحادثة السابعة

حكاها لنا الممرض.

حدث في أحد الأيام مشكل بسبب الفحوص التكميلية، حيث أصر الطبيب على أنه سطرها أما الممرض فلقد أنكر ذلك. تحول هذا المشكل الى صراع ألم بالاطباء و الممرضين و أثيرت من خلاله الخصائص النفسية و المشاعر لكلا الطرفين . و تطلب تدخل رئيس الوحدة الذي طالب الأطباء بالقيام بتسطير كتابي قبل الساعة العاشرة و ما يفوت ذلك يقوم به بنفسه و لا يطالب الممرض بذلك.