



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة سطيف -1-



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

مدرسة الدكتوراه: إدارة الأعمال والتنمية المستدامة

مذكرة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

تخصص: الإدارة الإستراتيجية للتنمية المستدامة

تحت عنوان

دور جودة الخدمة الصحية في التنمية البشرية المستدامة

دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيى (جيجل)

إشراف الدكتور

مبيروك محمد البشير

إعداد الطالبة

مزرق سعاد

لجنة المناقشة

- أ.د. بن فرحات ساعد.....أستاذ.....جامعة سطيف-1.....رئيسا
د. مبيروك محمد البشير.....أستاذ محاضر....جامعة جيجل.....مشرفا ومقررا
أ.د. قائد تليلان نواره.....أستاذ.....جامعة بجاية.....عضوا مناقشا
أ.د. بوخمخيم عبد الفتاح.....أستاذ.....جامعة جيجل.....عضوا مناقشا
د. بومعروف إلياس.....أستاذ محاضر.....جامعة سطيف-1.....عضوا مدعوا

السنة الجامعية: 2013/2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

إلى سيدي وقرة عيني: إليك رسول الله "محمد"

إلى من هي أحق الناس بحسن صحابتي: أمي الغالية.

إلى من دفعني دوماً إلى الأمام ومنحني القدرة على المواصلة: أبي العزيز

إلى إخوتي وأخواتي وكل العائلة.

إلى روح الأخت الطاهرة: الغالية.

إلى زملائي بالدراسة، وأخص بالذكر طالبة مدرسة الدكتوراه.

إلى كل من كانت له لمسة في مشواري الدراسي.

إلى كل من أحب الله، العلم والجزائر.

إليهم أهدي هذا العمل

محبة.. وفاء.. وعرفانا

شكر وتقدير

"اللهم علمني ما ينفعني، وانفعني بما علمتني، وزدني علما"

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه أن وفقني لإتمام هذا البحث، فالحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، راجية من الله أن يجعله خالصا لوجهه الكريم.

أتوجه بجزيل الشكر لأستاذي الفاضل الدكتور محمد البشير مبيروك لإشرافه على هذا البحث ولما قدمه من توجيهات قيمة وإرشادات سديدة، مع عظيم الامتنان له لما أبداه من صبر ولما قدمه من تشجيع.

الشكر موصول أيضا لأساتذتي أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة البحث.

أشكر أيضا أساتذتي الكرام بمدرسة الدكتوراه، وإلى أساتذتي بجامعة جيجل.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لموظفي المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيى، وعلى رأسهم موظفي المديرية الفرعية للموارد البشرية، وموظفي مصلحة الطب الوقائي على المساعدات والتسهيلات التي قدموها.

كما أشكر كل من أعانني من قريب أو من بعيد في إعداد هذا البحث ولو بالكلمة الطيبة.

جزى الله الجميع عني خير الجزاء.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الإهداء
شكر وتقدير
فهرس المحتويات
قائمة الأشكال
قائمة الجداول
المقدمة العامة أ-ز
الفصل الأول: الجودة في قطاع الخدمات الصحية..... 01
تمهيد..... 02
المبحث الأول: مدخل إلى الخدمة الصحية 03
المطلب الأول: مفهوم الخدمة الصحية..... 03
المطلب الثاني: أنواع الخدمة الصحية..... 09
المطلب الثالث: مستويات وأسس الخدمة الصحية..... 11
المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمة الصحية..... 15
المطلب الأول: تطور جودة الخدمة الصحية..... 15
المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية..... 23
المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحية..... 28
المبحث الثالث: قياس جودة الخدمة الصحية 32
المطلب الأول: مداخل قياس جودة الخدمة الصحية..... 32
المطلب الثاني: مؤشرات تقييم أداء المنظمات الصحية 43
خلاصة الفصل 51
الفصل الثاني: الدور التنموي للخدمات الصحية في مجال التنمية البشرية المستدامة..... 52
تمهيد..... 53
المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتنمية البشرية المستدامة..... 54

54.....	المطلب الأول: التنمية البشرية في الفكر الاقتصادي
56.....	المطلب الثاني: مفهوم التنمية البشرية المستدامة
59.....	المطلب الثالث: أسس وأبعاد التنمية البشرية المستدامة
63.....	المطلب الرابع: مؤشرات التنمية البشرية المستدامة
69.....	المبحث الثاني: الصحة ركيزة أساسية للتنمية البشرية المستدامة
69.....	المطلب الأول: مفهوم الصحة
72.....	المطلب الثاني: علاقة الصحة بالتنمية
75.....	المطلب الثالث: أهداف التنمية البشرية المرتبطة بالصحة
77.....	المبحث الثالث: دور جودة الخدمة الصحية في تجسيد أبعاد التنمية البشرية المستدامة
77.....	المطلب الأول: دور جودة الخدمة الصحية في البعد التعليمي للتنمية البشرية المستدامة
80.....	المطلب الثاني: دور جودة الخدمة الصحية في البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة
86.....	المطلب الثالث: دور جودة الخدمة الصحية في البعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة
97.....	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية
98.....	المستدامة
99.....	تمهيد
100.....	المبحث الأول: الخدمات الصحية العمومية في الجزائر عامة وفي ولاية جيجل خاصة
100.....	المطلب الأول: مدخل عام إلى المنظومة الصحية العمومية في الجزائر
107.....	المطلب الثاني: مدخل عام إلى الخدمات الصحية بولاية جيجل
112.....	المبحث الثاني: منهجية البحث الميداني
112.....	المطلب الأول: التعريف بميدان الدراسة
121.....	المطلب الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة
126.....	المبحث الثالث: تقييم أداء المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحي
127.....	المطلب الأول: تقييم أداء الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي
129.....	المطلب الثاني: معايير تشغيل المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي
130.....	المطلب الثالث: معايير الأداء الخاصة بنتائج تشغيل المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

المطلب الرابع: تقييم إدارة النفايات الطبية في المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى.....132
المبحث الرابع: عرض وتحليل نتائج الاستبيان137
المطلب الأول: عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور البيانات الشخصية.....137
المطلب الثاني: عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى.....142
المطلب الثالث: عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة.....151
خلاصة الفصل.....171
الخاتمة العامة.....172
قائمة المراجع.....178
الملاحق
ملخص الدراسة

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
50	معايير أداء المستشفيات ومؤشرات قياسها	01
65-64	مقاييس ومؤشرات التنمية البشرية المستدامة	02
89	مصادر النفايات الطبية	03
91	نظام التصنيف اللوني للنفايات الطبية حسب منظمة الصحة العالمية	04
108	الوحدات الصحية القاعدية بولاية جيجل سنة 2012	05
109	عدد الممارسين الطبيين وشبه الطبيين بولاية جيجل لسنة 2012	06
110	عدد الأطباء الأخصائيين الجدد سنة 2012	07
111	عدد الممارسين شبه الطبيين الجدد سنة 2012	08
111	معدلات التغطية التلقيحية بولاية جيجل خلال الفترة (2010-2012)	09
112	معدلات الوفيات بولاية جيجل خلال الفترة (2010-2012)	10
120-119	توزيع الموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية لسنة 2012	11
120	توزيع الموارد المالية للمؤسسة الاستشفائية لسنة 2012	12
123	توزيع عبارات المحورين الثاني والثالث للاستبيان وفقا لمقياس ليكرت Likert الخماسي	13
124	معاملات ألفا كرونباخ لقياس ثبات محاور الدراسة	14
127	عدد أعضاء الطاقم الطبي والتمريضي خلال الفترة (2008-2012)	15
127	تطور عدد الأسرة خلال الفترة (2008-2012)	16
128	معايير الأداء الخاصة بالإطارات الصحية خلال الفترة (2008-2012)	17
129	معايير الأداء الخاصة بتشغيل المؤسسة الاستشفائية خلال الفترة (2008-2012)	18
130	معايير الأداء الخاصة بنتائج تشغيل المؤسسة الاستشفائية خلال الفترة (2008-2012)	19
132	عدد الأطفال الملقحين بالمؤسسة الاستشفائية خلال الفترة (2008-2012)	20
133	الكمية اليومية المتوسطة للنفايات الطبية الخطرة حسب مصالح المؤسسة الاستشفائية	21
138	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	22
139	توزيع أفراد العينة حسب السن	23

140	توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية المهنية	24
141	توزيع أفراد العينة حسب الطاقم الصحي	25
142	إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور جودة الفريق الصحي	26
144	إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور كفاية الفريق الصحي	27
145	إجابات أفراد العينة حول جودة المستلزمات الطبية ووفرة التخصصات	28
147	إجابات أفراد العينة حول جودة نظام إجراءات العمل	29
148	إجابات أفراد العينة حول جودة السجلات الطبية والمعلومات	30
149	إجابات أفراد العينة حول جودة التسهيلات والإمكانيات الأخرى	31
150	إجابات أفراد عينة الدراسة حول واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية	32
152	إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور التكوين والتدريب وتقييم الأداء	33
153	نفقات التكوين (ألف دج) بالمؤسسة الاستشفائية خلال الفترة (2006-2008)	34
155	إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة التكوين والتدريب في زيادة القدرات العلمية والمهارات العملية لمقدم الخدمة الصحية	35
156	معاملات الارتباط بين تقييم الأداء وتوفير التكوين والتدريب وبين البعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة	36
158	إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة الخدمة الصحية في خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة	37
159	إجابات أفراد عينة الدراسة حول توفر اللقاحات بالمؤسسة ومدى الاهتمام بالأطفال حديثي الولادة	38
160	معاملات الارتباط بين توفر اللقاحات، الاهتمام بالأطفال حديثي الولادة وخفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة.	39
161	إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل وفيات الأمهات.	40
161	إجابات أفراد عينة الدراسة حول اهتمام المؤسسة بصحة الأمهات أثناء الحمل، عند وبعد الولادة	41
162	معاملات الارتباط بين الاهتمام بصحة الأمهات أثناء الحمل، عند وبعد الولادة وخفض معدل وفيات الأمهات	42

163	إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل الوفيات العام.	43
164	إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة التحسن في الرعاية الصحية في تنمية المستوى الصحي	44
165	إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل الإصابة بالأمراض	45
166	معاملات ارتباط بيرسون بين جودة الخدمة الصحية والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة	46
168	إجابات أفراد العينة حول وجود تعليمات رسمية حول كيفية التعامل مع المخلفات الطبية	47
169	إجابات أفراد العينة حول دور المؤسسة في المحافظة على البيئة	48

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
16	مراحل تطور الجودة	01
25	مفهوم الجودة	02
35	نموذج الفجوات Servequal لقياس جودة الخدمة الصحية	03
43	مقاييس الجودة المهنية	04
70	درجات الصحة	05
104	سلمية الخدمات الصحية العمومية في الجزائر	06
115	الهيكل التنظيمي الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى - جيجل -	07
118	الهيكل التنظيمي للمصالح الاستشفائية والجناح التقني	08
138	توزيع أفراد العينة حسب نوع الجنس	09
139	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	10
140	توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية المهنية	11
141	توزيع أفراد العينة حسب الطاقم الصحي	12

المقدمة العامة

1- إشكالية الدراسة

تحتل الصحة مكانة هامة ومركزية في برامج العمل الاجتماعي والاقتصادي والسياسي، فهي أحد أبرز وأهم المؤشرات الاجتماعية للتنمية المستدامة، كما أنها من أسمى الأهداف لهذه الأخيرة، وإذا كانت الصحة تمثل قيمة في حد ذاتها، فإنها تمثل مفتاحا لزيادة الإنتاج وعنصرا هاما في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وثروة ينبغي الحفاظ عليها وصيانتها.

من أجل ذلك فقد انصب اهتمام الأطراف الفاعلة في النظام الصحي على موضوع الجودة الذي أصبح من أكثر المواضيع طرحا وإلحاحا على مستوى المؤسسات الصحية، فالجودة مطلوبة في كافة مجالات العمل، إلا أنها تكتسي أهمية وخصوصية أكبر من جانب المؤسسات الصحية، لأنها تتعلق مباشرة بالإنسان الذي يعتبر الهدف النهائي لكل برامج التنمية، وذلك من خلال العمل على تطوير مؤسسات الرعاية الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العلمية، وزيادة الإنفاق على التعليم الطبي، ودعم الأبحاث والدراسات في شتى ميادين العلاج والوقاية، إيماننا منها بأهمية الخدمات الصحية الجيدة في تحقيق الصيانة البشرية للموارد الإنسانية المتاحة والمتوقعة في المجتمع.

فتحسين ما تقدمه المؤسسات الصحية من خدمات يحقق منافع صحية للفرد خاصة وللمجتمع عامة، إذ تساهم الخدمات الصحية الجيدة مساهمة كبيرة في حماية السكان من مختلف الأمراض والحد من انتشارها، فضلا عن خفض معدلات الوفيات وتحسين نوعية الحياة، وهذا ما يساهم في دعم البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة.

وإذا كان تحسين المستوى الصحي للفرد والمجتمع والارتقاء به هو الهدف الرئيسي والمبرر الأساسي لجودة الخدمات الصحية فإنه ليس الهدف الوحيد، إذ أن هناك أهدافا أخرى ستتحقق في هذا الإطار، وخاصة في مجال تدريب الأطباء والمرضى والمهنيين العاملين في حقل الرعاية الصحية، وفي تعزيز البحوث والدراسات الطبية، فضلا عن حماية البيئة التي تزايد الاهتمام بها على جميع الأصعدة ومن مختلف المؤسسات، وهذا ما يعكس مدى مساهمة الخدمات الصحية والمنظومة الصحية ككل في دعم التنمية البشرية المستدامة.

وعلى اعتبار أن عملية تقييم مساهمة المنظومة الصحية في دعم وتجسيد برامج التنمية الصحية والبشرية ترتبط ارتباطا وثيقا وحتميا بعمليات التقييم على المستوى الجزئي؛ أي على مستوى المؤسسات الصحية المشكلة لهذه المنظومة (خاصة منها المستشفيات التي تعد من مرافق التنمية الهامة التي تعنى بالاحتياجات الصحية للمواطنين) وعلى مستوى الأفراد العاملين بها؛ فقد أتت هذه الدراسة لتسلط الضوء على مدى مساهمة جودة الخدمات الصحية في تجسيد أبعاد التنمية البشرية المستدامة من خلال



دراسة تطبيقية على إحدى المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بولاية جيجل.

بناء على ما تقدم تبرز لنا معالم إشكالية الدراسة، والتي نعمل على تحليلها من خلال الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى مساهمة جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة؟

يندرج تحت هذا التساؤل الرئيسي مجموعة التساؤلات الفرعية التالية:

- ما المقصود بالجودة في القطاع الصحي؟ وما هي أبعادها؟
- ما هي عناصر ومتضمنات التنمية البشرية المستدامة؟ وما هي أسسها؟
- كيف يمكن أن يساهم الارتقاء بجودة الخدمات الصحية في تحقيق التنمية البشرية المستدامة؟
- ما هو الدور الذي تلعبه الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في دعم التنمية البشرية المستدامة؟

2- فرضيات الدراسة

من أجل تفسير إشكالية البحث ومحاولة وضع إجابة أولية على التساؤلات المطروحة نطلق من الفرضيات التالية:

- **الفرضية الأولى:** تساهم الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في زيادة القدرات العلمية للإطارات الصحية.
- **الفرضية الثانية:** تساهم الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بشكل إيجابي في البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة.
- **الفرضية الثالثة:** تساهم الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بشكل إيجابي في البعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة.

3- أهداف الدراسة

- نسعى من خلال هذه الدراسة إلى التوصل إلى مجموعة من الأهداف والمتمثلة أساسا في:
- التعرف على أبعاد جودة الخدمات الصحية والإلمام بالمفاهيم المرتبطة بها؛
 - تحديد مفهوم التنمية البشرية المستدامة، أسسها وأبعادها؛
 - إبراز الدور الذي يلعبه تحسين جودة الخدمات الصحية في دعم وتجسيد أبعاد التنمية البشرية المستدامة؛



- الوقوف على جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى ومدى الدور الذي تؤديه في التنمية البشرية المستدامة؛
- التوصل إلى بعض النتائج والاقتراحات التي من شأنها أن تساهم في تعزيز جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى، وأن تساعد على استدامة التنمية البشرية؛

4- أهمية الدراسة

تستمد الدراسة أهميتها من أهمية القطاع الذي أختير كمجال لها، إذ ترتبط بالقطاع الصحي الذي يعد حجر الأساس في بناء المواطن السليم والقادر على خدمة مجتمعه، ومن أهمية الدور الذي يلعبه الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية وتحسين جودتها في دعم جهود التنمية واستمرارها، فجودة الرعاية الصحية تتعلق بالإنسان مباشرة وبأعلى ما يملكه وهو صحته وتلامس الجوانب الأكثر حساسية في حياته، كما أنها تسمح بزيادة قدرات الأفراد وتوسيع خياراتهم، وتشكل استثماراً في رأس المال البشري سواء أكان مقدماً للخدمة الصحية أو مستفيداً منها، إضافة إلى مساهمتها في المحافظة على البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة الصحية، فالخدمة الصحية الجيدة لا يقف أثرها عند المريض المستفيد منها أو عند مقدمها، بل يمتد للبيئة بصفة عامة، وبالتالي فأهمية الدراسة تنبع من أهمية الدور الذي تلعبه الخدمة الصحية الجيدة في التنمية البشرية المستدامة كمحور أساسي في التنمية الشاملة المستدامة.

5- أسباب اختيار الموضوع

يمكن إجمال أسباب اختيار موضوع الدراسة في ما يلي:

- حاجة ومتطلبات المؤسسات الصحية وعلى رأسها المستشفيات إلى مثل هذه الدراسات؛
- ارتباط موضوع الدراسة بتخصص الباحث؛
- تركيز أغلب الدراسات المرتبطة بتخصص التنمية المستدامة على المواضيع ذات البعد البيئي، وإهمال البعد الاجتماعي والبشري نوعاً ما، على الرغم من أن العملية التنموية المستدامة تعتمد بالدرجة الأولى على إعداد الموارد البشرية وتنميتها، كما أن التنمية الاجتماعية تعد البعد الأساسي والمحوري الذي تقوم عليه باقي أبعاد التنمية المستدامة؛

6- الدراسات السابقة

إن اطلاعنا على المراجع التي توفرت لنا حول موضوع الدراسة أفضى إلى عدم وجود دراسات تربط بين جودة الخدمات الصحية والتنمية البشرية المستدامة بشكل تفصيلي، وإلى قلة الدراسات التي تناولت مجال الخدمات الصحية بصفة عامة، غير أن هذا لا ينفي وجود مجموعة من الدراسات التي تناولت بالتحليل أحد مكونات هذا الموضوع أو أحد جوانبه المتقاطعة معه، وفي ما يلي عرض لأبرز هذه الدراسات.



- دراسة (سعيدة شين، 2004) بعنوان: دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن: دراسة ميدانية في مدينة بسكرة.

هذه الدراسة عبارة عن مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم اجتماع التنمية بجامعة بسكرة، وقد هدفت إلى التعرف على مدى مساهمة الخدمات الصحية على مستوى مدينة بسكرة في تحسين المستوى الصحي للسكان، وبالتالي فهذه الدراسة اقتصرت على دراسة أثر الخدمات الصحية في بعد واحد من أبعاد التنمية البشرية المستدامة وهو البعد الصحي. ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الوضعية الصحية بمدينة بسكرة قد تحسنت بشكل نسبي نتيجة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بمختلف المؤسسات الصحية، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال والأمهات، وذلك نتيجة الخدمات الصحية المقدمة في مجال الأمومة والطفولة، والتي ساعدت على تكوين وعي صحي لدى الأمهات بضرورة متابعة الحمل والمباعدة بين الولادات، غير أن الأمراض المعدية على غرار الليشمانيا والحمى المالطية مازالت منتشرة، وذلك راجع لتدهور المستوى المعيشي للعديد من العائلات -وما ينجر عنه من سوء التغذية- والعيش بمساكن غير صحية، وليس نتيجة قصور الخدمات الصحية، كما توصلت الدراسة أيضا إلى أن مدينة بسكرة تتوفر على عدد كاف من الهياكل الصحية التي يتردد عليها المواطنون لتلقي الفحوصات، غير أن ما يعاب عليها هو نقص أو تعطل الأجهزة والعتاد الطبي الموجود بها.

- دراسة (عائشة عتيق، 2012) بعنوان: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.

هذه الدراسة عبارة عن مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في التسويق الدولي، بجامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان، ارتكزت هذه الدراسة على تحليل واقع جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر واحدة وهي وجهة نظر المرضى المقيمين بالمؤسسة محل الدراسة (المستفيدين من الخدمة الصحية) ومدى تأثير ذلك على رضاهم، وذلك بالاعتماد على الأبعاد الخمسة الواردة في مقياس الأداء الفعلي SERVPERF، وقد توصلت الدراسة إلى وجود رضا لدى المبحوثين عن أربعة أبعاد للجودة وهي بعد التعاطف، بعد الاعتمادية، بعد الأمان وبعد الاستجابة، أما بعد الملموسية فقد أبدى المرضى عدم رضاهم عنه نتيجة نقص المعدات والأجهزة الطبية وقلة الأدوية، وانخفاض مستوى النظافة بالمؤسسة.

- دراسة (عدمان مريزق، 2008) بعنوان: واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة.

هذه الدراسة عبارة عن مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير بجامعة الجزائر، وقد سعت إلى معرفة واقع جودة الخدمات الصحية بثلاث مؤسسات استشفائية بالجزائر العاصمة، وذلك من خلال ثلاث استبيانات موجهة للمرضى، الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي، وبالتالي فقد اختلفت عن

دراسة عائشة عتيق بمعالجتها لوجهة نظر مقدم الخدمة الصحية، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة عدم وجود رضى لدى الإطارات الصحية العاملة بهذه المؤسسات عن إمكانيات وفرص التكوين المستمر وعدم ملاءمة التكوين لاحتياجاتهم، وكذا غياب مؤشرات واضحة لتقويم الأداء، بالإضافة إلى عدم الرضا عن الأجور والحوافز المادية، أما من وجهة نظر المرضى فقد توصلت الدراسة إلى وجود رضا لدى هؤلاء عن بعض أبعاد جودة الخدمة الصحية كالاتمادية، ووجود عدم رضا عن بعض الأبعاد الأخرى كالملموسية، كما عدت الدراسة مختلف المشاكل الموجودة بالمؤسسات محل الدراسة، وبالتالي فهذه الدراسة ودراسة عتيق عائشة اقتصرتا فقط على دراسة واقع جودة الخدمة الصحية دون إبراز مساهمة ذلك في التنمية البشرية.

- دراسة (محمد بن عبد العزيز العميرة، 2003) بعنوان: **علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض.**

هذه الدراسة كانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير في العلوم الإدارية بأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، وقد ركزت على إبراز دور وأهمية الجودة الشاملة في رفع مستوى الأداء في المنظمات الصحية، من خلال قياس الأداء الوظيفي لمجموعتين من العاملين بالمركز، إحداهما تطبق الجودة الشاملة والأخرى لا تطبق الجودة الشاملة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط طردية وقوية بين الجودة الشاملة والأداء الوظيفي، إذ أن الاهتمام بالجودة الشاملة من شأنه أن يؤدي إلى الاهتمام بعمليات التدريب والتعليم المستمر والتعاون الجماعي وهو ما ينعكس إيجاباً على أداء العاملين، وقد أوصت الدراسة بتعميم تطبيق الجودة الشاملة على جميع أقسام المركز بالإضافة إلى ضرورة الدعم الكامل لبرنامج الجودة من طرف الإدارة العليا.

من خلال استعراض الدراسات سألقة الذكر نجد أنها قد ركزت إما على جودة الخدمات الصحية فقط، أو أنها ربطتها بأحد أبعاد التنمية البشرية المستدامة، لذلك فإن الإضافة التي نسعى إليها من خلال دراستنا هذه تكمن في السعي لمعرفة دور الخدمات الصحية في تجسيد ثلاثة أبعاد للتنمية البشرية المستدامة وهي البعد الصحي، التعليمي، والبيئي الذي تزايد الاهتمام به على إثر تفاقم مشاكل التدهور البيئي.

7- حدود الدراسة

من أجل الإحاطة بإشكالية البحث وفهم جوانبها المختلفة فقد قمنا بتحديد مجال الدراسة بما يلي:

- **الحدود النظرية:** ركزنا في هذه الدراسة على جودة الخدمات الصحية، ومدى مساهمتها في تجسيد ثلاثة أبعاد للتنمية البشرية المستدامة، وهي البعد الصحي، البعد التعليمي، والبعد البيئي.



- الحدود المكانية: تمثل المؤسسات الاستشفائية العمومية العمود الفقري للنظام الصحي في الجزائر، لذلك فقد قمنا بإسقاط الدراسة النظرية على إحدى هذه المؤسسات، وهي المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيى بولاية جيجل.

- الحدود الزمنية: لقد اخترنا الفترة الزمنية الممتدة من سنة 2008 إلى سنة 2012 من أجل تقييم أداء المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى، وذلك بعد التعديل الذي مس القطاعات الصحية سنة 2008، أين تم إلغاؤها وتحويلها إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

8- منهج الدراسة

نظرا لطبيعة موضوع الدراسة ومن أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة منه فقد ارتأينا الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي الذي يسمح بتوفير البيانات والحقائق عن مشكلة الدراسة، ووصف متغيراتها وصفا علميا دقيقا، وتبيان الروابط بين مختلف عناصر الموضوع، كما اعتمدنا في الجزء التطبيقي على منهج دراسة الحالة وذلك لمعرفة الدور الذي تلعبه الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة، وتفسير النتائج التي سيتم التوصل إليها، والوقوف على دلالتها من أجل الخروج بالاقترحات الملائمة.

9- هيكل الدراسة

من أجل الإلمام بالموضوع فقد قمنا بتقسيم الدراسة إلى ثلاث فصول أساسية، سلطنا الضوء في الفصل الأول على الجودة في قطاع الخدمات الصحية، وذلك من خلال مدخل للخدمات الصحية والذي ضُمن في المبحث الأول، لنتقل في المبحث الثاني لضبط مفهوم جودة الخدمة الصحية وتحديد أبعادها، ونختتم هذا الفصل بالتطرق إلى مداخل قياس جودة الخدمة الصحية ومؤشرات تقييم أداء المؤسسات الصحية.

وخصصنا الفصل الثاني لمعرفة دور جودة الخدمة الصحية في التنمية البشرية المستدامة، وذلك بعد تحديد الإطار المفاهيمي لهذه الأخيرة في المبحث الأول، وإبراز المكانة التي تحتلها الصحة في العملية التنموية من خلال المبحث الثاني، لنصل في المبحث الثالث إلى دور جودة الرعاية الصحية في دعم التنمية البشرية المستدامة بأبعادها الثلاثة؛ الصحي، التعليمي والمعرفي، والبيئي.

أما الفصل الثالث الذي تناولنا فيه الدراسة الميدانية فقد قمنا بمعالجته من خلال مدخل عام حول الخدمات الصحية في الجزائر بصفة عامة وعلى مستوى ولاية جيجل بصفة خاصة في المبحث الأول، ثم عرّفنا بالمؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيى (ميدان الدراسة) وعرضنا الإجراءات المنهجية التي اتبعناها في الدراسة الميدانية في المبحث الثاني، لنعرج بعدها من خلال المبحثين



الثالث والرابع على التوالي لتقييم أداء المؤسسة محل الدراسة وتحليل محاور الأداة الرئيسية الدراسة والمتمثلة في الاستبيان الذي وزعناه على الأطباء والمرضى العاملين بالمؤسسة.

10- صعوبات الدراسة

في إطار تحضيرنا لهذه الدراسة واجهتنا بعض الصعوبات التي تعد مألوفة لدى الباحثين والطلبة وأبرزها:

- صعوبة وطول مدة الحصول على بعض المعلومات التي تتطلب البحث عنها في الأرشيف، كونها متعلقة بخمس سنوات (2008-2012) وعدم وجود شخص مكلف بذلك.
- عدم تعاون بعض الأطباء بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة وتردد البعض الآخر في ملء الاستبيان، بالإضافة إلى كثرة انشغال أفراد عينة الدراسة.
- قلة المراجع والدراسات التي تناولت موضوع جودة الخدمات الصحية ودورها في التنمية البشرية، وإن وجدت فأغلبها قد تناول الخدمات الصحية من وجهة نظر تسويقية أو من وجهة نظر إدارية.



الفصل الأول:

الجودة في قطاع الخدمات الصحية

يلقى موضوع الجودة اهتماما كبيرا ومتزايدا من طرف المنظمات المعاصرة، فقد أصبحت الجودة سلاحا تنافسيا هاما لا يمكن لأي منظمة إنتاجية أو خدمية أو حتى منظمة غير ربحية أن تواجه التحديات التي تفرضها البيئة المحيطة بها دون أن تتسلح به، فالجودة مطلوبة في كافة مجالات العمل، إلا أنها تكتسي أهمية وخصوصية أكبر من جانب المؤسسات الصحية، لأنها تتعلق بذات الإنسان وتلامس الجوانب الأكثر حساسية في حياته، وتؤثر تأثيرا بالغيا في حياة الأفراد والمجتمعات على حد سواء، بالإضافة إلى أن الخطورة الناجمة عن تدني جودة الرعاية الصحية لا توازيها أية خطورة، إذ قد تؤدي إلى العجز والوفاة، لذلك فإنه لا يُقبل بأي مستوى متدنٍ للجودة في المؤسسات المقدمة للرعاية الصحية.

وقد أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة لازمة تزداد أهميتها بازدياد قدرتها على إشباع حاجات المرضى والعاملين بالمؤسسة الصحية، لذلك سنناقش في هذا الفصل موضوع الجودة في القطاع الصحي ابتداءً بتعريف الخدمة الصحية والمفاهيم المرتبطة بها، وذلك في المبحث الأول، لنتقل في المبحث الثاني إلى تحديد ماهية جودة الخدمة الصحية بالتعرض لمفهومها، مستوياتها، وأبعادها، ونخلص في المبحث الثالث إلى قياس جودة الخدمة الصحية، من خلال عدد من المقاييس التي تندرج ضمن مدخلين أساسيين، بالإضافة إلى عدد من المؤشرات المستخدمة لتقييم أداء المنظمات الصحية عموما والمستشفيات على وجه الخصوص.

المبحث الأول: مدخل إلى الخدمة الصحية

إن التطورات والتحولات الحاصلة في المنظمات المعاصرة أدت إلى نمو القطاع الخدمي بشكل كبير، وإلى ازدياد الاهتمام به كمحور أساسي في تشكيل القطاعات الاقتصادية، حيث أصبح ميدان المنافسة الرئيس والأكثر أهمية، وبعد قطاع الخدمات الصحية أحد القطاعات الخدمية النشطة والحيوية بحكم ارتباطه بأهم شيء في حياة الأفراد وهو الصحة، سواء كانت صحة الأفراد أو صحة المجتمع، فالخدمات الصحية تعتبر من أهم أنواع الخدمات التي يجب أن تمنحها الدول الكثير من رعايتها وعنايتها بالنظر إلى حساسيتها وضرورتها للأفراد، ولما لها من عظيم الأثر في حماية السكان من الأمراض والوقاية منها، لهذا سنتطرق ضمن هذا المبحث إلى مدخل عام حول الخدمة الصحية من خلال تحديد مفهومها، أنواعها، مستوياتها وأسس تقديمها.

المطلب الأول: مفهوم الخدمة الصحية

يحتل قطاع الخدمات الصحية مكانة بارزة ضمن قطاعات التنمية الاجتماعية كونه القطاع المسؤول عن حماية السكان من مختلف الأمراض، فهو يعتبر الحجر الأساس في بناء المواطن السليم والقادر على خدمة مجتمعه من خلال الخدمات التي يقدمها. وفي هذا المطلب سنتطرق إلى مفهوم الخدمة الصحية من خلال تعريفها وإبراز أهم الخصائص المميزة لها عن السلع المادية وعن الخدمات الأخرى، وذلك بعد التعرف أولاً على مفهوم الخدمة.

الفرع الأول: تعريف الخدمة

لقد اتفقت الدراسات الحديثة على أن الخدمات من المفاهيم التي يصعب تحديد تعريف دقيق لها، نتيجة للخصائص التي تنفرد بها عن السلع المادية، لذلك فقد تباينت وجهات نظر الكتاب حول تحديد مفهوم الخدمة، وتعددت بناء على ذلك التعريفات التي تناولت هذا الجانب، فقد عرفت جمعية التسويق الأمريكية الخدمة بأنها "عبارة عن الأنشطة أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تقدم مرتبطة مع السلع المباعة"¹، والملاحظ على هذا التعريف أنه لم يميز بين الخدمة والسلعة بصورة كافية، وربط تقديم الخدمة بالسلع المادية.

وعرف كوتلر KOTLER الخدمة بأنها "نشاط أو فائدة يمكن لأحد الأطراف أن يقدمها لطرف آخر، وهي أساساً غير ملموسة، ولا تؤدي إلى تملك أي شيء ملموس، وقد يرتبط إنتاجها أو لا يرتبط بمنتج مادي"². وقد أكد هذا التعريف على أهم خاصية مميزة للخدمات عن السلع وهي عدم الملموسية، بالإضافة إلى خاصية عدم نقل الملكية للمستفيد.

¹: هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، الأردن، 2004، ص17.

²: عثمان يوسف ردينة، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008، ص97.

ويحدد ستانتون STANTON مفهوم الخدمة على أنه يمثل " أوجه النشاط غير الملموس والذي يهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستفيد النهائي مقابل أجر معين من المال على أن لا تقتزن هذه الخدمات ببيع منتجات أخرى"¹، في حين يرى جرونروس GRONROOS أن الخدمة هي "سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة، التي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل"². وقد اتفق هذان التعريفان على كون الخدمة غير ملموسة، وأنها موجهة لإشباع حاجات مستهلكها.

كما سبق يمكن إعطاء تعريف للخدمة بأنها مجموعة من المنافع ذات طبيعة غير ملموسة، قد ترتبط بمنهج ملموس أو لا ترتبط به، تُستهلك عند وقت إنتاجها، تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستفيدين منها، ولا يترتب عنها نقل ملكية السلع المساعدة في إنتاجها أو تقديمها.

انطلاقاً من التعريف السابق تتجلى لنا الخصائص الأساسية المميزة للخدمة عن السلع المادية، والمتمثلة أساساً في:

- **اللاملموسية:** تشير هذه الخاصية إلى أن الخدمة ليست شيئاً مادياً يمكن نقله أو تجزئته³، إذ لا يمكن للمستهلك رؤية الخدمة أو لمسها، أو تقييمها قبل عملية استهلاكها، أي أنّ المستهلك لن يكون قادراً على إصدار قرارات أو إبداء الرأي بالخدمة استناداً إلى تقييم محسوس من خلال حواسه قبل شرائه لها مثلما يحصل في حال شراء السلع المادية.

- **التلازمية (عدم الانفصال):** تعني التلازمية الترابط الوثيق بين الخدمة ذاتها والشخص الذي يتولى تقديمها، أي صعوبة فصل الخدمة عن مقدمها، الأمر الذي يترتب عنه ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها. وعدم القدرة على فصل الخدمة عن مقدمها يؤدي إلى تزامن الإنتاج والتقديم والاستفادة، وبلغني بذلك إمكانية المراقبة أو التصحيح بخلاف ما هو عليه في المنتجات الملموسة.

- **التباين:** تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التجانس طالما أنها تعتمد على مهارة أو أسلوب مقدمها، ومكان وزمان تقديمها، لذلك فإنه يتعذر تنميط مخرجات المنظمة الخدمية، فهي دائماً متغيرة ومتنوعة لارتباطها بما يطلبه كل عميل وبطريقة تقديمها التي قد تختلف أحياناً لدى نفس الشخص، فمزود الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتماداً على التفاعل القائم بينه وبين المستفيد، فالخدمة الصحية مثلاً تختلف من طبيب إلى طبيب، بل وتختلف حتى للطبيب نفسه من وقت لآخر.

¹: عثمان يوسف ردينة، المرجع السابق، ص 96.

²: هاني حامد الضمور، المرجع السابق، ص 17.

³: عبد العزيز أبو نبعة، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة: منهج تطبيقي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2005، ص 27.

لذلك تسعى الشركات المقدّمة للخدمات بغية تحقيق نوع من المساواة في الخدمة المقدمة إلى اختيار أفراد ذوي كفاءة عالية للعمل بها، وإعداد البرامج التدريبية اللازمة لذلك، فضلا عن وضع نظام خاص برضا المستهلكين يعتمد على تلقي شكاويهم واقتراحاتهم والعمل على تحليلها.

- **التلاشي (فناء الخدمة):** تتعرض الخدمات للفناء والزوال فور استهلاكها، إذ لا يمكن تخزينها قبل أو بعد تقديمها، وهو ما يجعل تكلفة التخزين أو الإيداع منخفضة نسبيا أو بشكل كامل، وهذا يمكن النظر إليه كنتيجة إيجابية لخاصية تلاشي الخدمة، إلا أن ذلك قد يخلق مشاكل للمنظمات الخدمية نتيجة تذبذب الطلب على خدماتها وعدم استمراره بوتيرة واحدة. "أما في حال عدم استهلاك الخدمة فإنها تختفي وتختفي معها فرصة تعظيم الربح، وتعتبر التكاليف المترتبة عن تقديم الخدمة بالنسبة للمنظمة تكاليف اقتصادية لا يمكن استرجاعها"¹.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك بعض الخدمات التي يمكن تخزينها كالإرشادات الطبية التي يتم تقديمها وكتابتها للمستفيدين عند الطلب².

- **صعوبة التملك:** إن عدم انتقال الملكية يعتبر خاصية مميزة للخدمات مقارنة بالسلع المادية التي يمتلك مشترؤها حق التصرف بها وامتلاكها واستخدامها بشكل كامل، وكذا حق إعادة بيعها عند انقضاء الحاجة منها، على عكس المستفيد من الخدمة الذي يكون قادرا على الحصول على الخدمة واستخدامها لفترة معينة دون أن يمتلكها، وأنّ ما يدفعه يكون لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة التي تلقاها، ويرجع السبب في ذلك بالدرجة الأولى إلى خاصيتي اللاملموسية والفناء.

الفرع الثاني: تعريف الخدمة الصحية

إنّ الخدمات على اختلاف أنواعها متماثلة من حيث الخصائص والمضمون لذلك فإنّ مفهوم الخدمة بشكل عام والذي سبق التعرف عليه ينطبق على الخدمة الصحية، فقد عُرِّفت هذه الأخيرة على أنّها "مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة، والتي تحقق إشباعا ورضا معيناً للمستفيد"³، أي أنّ الخدمة الصحية تمثل مجموعة من المنافع التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام سلع مساعدة لكن لا تحول ملكية هذه الأخيرة إلى المستفيد من الخدمة، أو دون الاستعانة بسلع ملموسة، وبذلك فالخدمة الصحية:

■ مجموعة من المنافع مثل إزالة الألم، تخفيض الحرارة، التخلص من الصداع، تشخيص الطبيب للمرض وعلاجه وغيرها؛

¹ : عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008، ص 288-289.

²: سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، دون مكان نشر، 2008، ص 34.

³: فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص 97.

- خدمات غير ملموسة تقدم بمساعدة سلع ملموسة كأخذ حبة دواء للتخلص من الصداع، والاستعانة بجهاز الأشعة لأخذ صورة إشعاعية، أو استخدام المشروط في الجراحة؛
- خدمات غير ملموسة ولا يتطلب تقديمها الاستعانة بسلع ملموسة مثل خدمات الرعاية النفسية؛
- خدمات لا ينتج عنها تملك السلع المادية المساعدة في تقديمها وإنما النشاط الذي يباع هو الخدمة، فعند بقاء المريض بالمستشفى نتيجة إجراء عملية جراحية فإنه يحصل على خدمة الجراحة وخدمة الإيواء، وعند مغادرته لا يمتلك السرير وأدوات الجراحة.

وتعتبر الخدمات الصحية من أكثر الخدمات التي يقع على عاتق الدول توفيرها للأفراد، لأن توافرها بشكل كاف يؤدي إلى حماية أغلب السكان من الأمراض وذلك عن طريق الوقاية والعلاج، كما تعد مطلباً رئيسياً تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، من خلال العمل على توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية أو تقنية أو مالية، وذلك للارتقاء بمستوى أداء هذه الخدمات.

وتعد الخدمات الصحية أيضاً حقاً أساسياً مكفولاً لكل فرد من أفراد المجتمع، فقد نصت المادة الخامسة والعشرون (25) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أنه "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية"¹، كما نصت المادة الرابعة والخمسون (54) من الدستور الجزائري على أن "الرعاية الصحية حق للمواطنين، وتتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض البوائية والمعدية ومكافحتها"².

ويشير مفهوم الخدمة الصحية إلى "مجموع الخدمات و الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها والعمل دائماً على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها"³.

كما تعرف الخدمة الصحية بأنها "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء أكانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"⁴.

¹: الأمم المتحدة، الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، المادة الخامسة والعشرون.

²: دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المعدل بالقانون رقم 02-03 الممضي في 10 أبريل 2002، الفصل الرابع: الحريات والحقوق.

³: سفيان عصماني، دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيد منها (المرضى)، دراسة حالة محطة الصنوبر بمدينة سطيف، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: بن يعقوب الطاهر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2008، بحث لم ينشر، ص37.

⁴: نبيلة كحيل، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى -جيجل-، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: عبد الفتاح بوخمحم، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2009، بحث لم ينشر، ص37.

وتعرف الرعاية الصحية أيضا بأنها " كافة الإجراءات والطرق والأساليب التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية في المؤسسة الطبية وجميع الهيئات والمنظمات والجمعيات والمؤسسات المساندة بهدف الرقي بالصحة وتفادي انتشار الأمراض في المجتمع ورفع المستوى الصحي إلى أعلى مراتب الكمال والمثالية من أجل بيئة نظيفة خالية من المرض والعدوى"¹.

نلاحظ أن التعريفات سابقة الذكر قد اتفقت على أن الخدمات الصحية هي مجموعة من الإجراءات الوقائية أو العلاجية التي يقدمها النظام الصحي بمختلف مؤسساته من أجل الحد من انتشار الأمراض والارتقاء بالمستوى الصحي للأفراد. وبالتالي يمكننا إعطاء تعريف إجرائي للخدمات الصحية باعتبارها مجموعة من الأنشطة الهادفة إلى المحافظة على الصحة أو تحسينها، أو منع تدهورها، وذلك من خلال الوقاية أو العلاج.

الفرع الثالث: خصائص الخدمة الصحية

تتميز الخدمة الصحية على غرار باقي الخدمات بمجموعة من الخصائص التي تميزها عن السلع المادية، إلا أن هناك عددا من الخصائص التي تُكسب الخدمة الصحية خصوصية وتجعلها مختلفة عن الخدمات الأخرى، وفيما يأتي تحديدًا لمختلف خصائص الخدمة الصحية.

■ عدم ملموسية الخدمة الصحية: لا تشكل مخرجات الرعاية الصحية منتجا ملموسا وفي المتناول، ويقصد بذلك عدم إمكانية رؤية الخدمة الصحية أو لمسها من طرف المستفيد منها قبل شرائها، "فالمنتج في مجال الخدمات الصحية قد يعني التأكد من سلامة الشخص من الأمراض من خلال التشخيص، أو علاج المريض علاجا تاما حسبما تسمح به درجة تقدّم المرض أو درجة تقدّم الطب"²، ويترتب على ذلك عدم إمكانية فصل مقدم الخدمة الصحية عن المستفيد منها، مما يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر بين الطرفين، حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات؛

■ قلة التمييز والتوحيد للخدمة الصحية: إنّ الخدمات الصحية ذات طبيعة فردية، حيث تُقدّم لكل شخص على حدى وفي مجالات تخصص معينة، وذلك نظرا لاختلاف طبيعة الناس وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فهي إذاً تتنوع من مريض إلى آخر وحتى للمريض نفسه (فقد يحصل الفرد مثلا على جراحة العيون والقلب والصدر وغيرها)؛ ونفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة الصحية، فإنها تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، وهذا الأمر يتطلب أن يتم تقدير الطلب على كل تخصص عند تقدير الطلب على الخدمة الصحية³.

¹: سوسن جورج سمور، قدرى علي، ماري زايد حداد، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص111.

²: سيد محمد جاد الرب، المرجع السابق، ص336.

³: نبيلة كحيلة، المرجع السابق، ص39.

- التماسك وعدم القابلية للانفصال: يتطلب إنتاج وتقديم الخدمات الصحية مشاركة كل من مقدمها والمستفيد منها، فالجراح لا يستطيع إجراء العملية الجراحية إلا بتواجد المريض الذي يكون بحاجة إليها، فالخدمة الصحية تقدم وتستهلك في نفس الوقت، وهذا ما لا ينطبق على السلع المادية، فإمكان أحد أفراد الأسرة شراء الدواء للمريض، لكن لا يستطيع هذا الفرد الخضوع للفحص الطبي بدلا من المريض؛
- الخدمات الصحية تعتبر مزيجا من عناصر الاستهلاك والاستثمار: حيث أن الخدمات المقدمة لمعالجة الألم والمعاناة لدى كبار السن تعتبر استهلاكاً بينما ما يُقدم للقوى العاملة والفئات العمرية صغيرة السن (طلبة المدارس مثلا) يعتبر استثماراً، وهذا ما يؤخذ في الاعتبار عند التخطيط للخدمات والإنفاق في الكثير من الدول¹؛
- عدم التيقن من النتيجة النهائية لاستهلاك الخدمة الصحية: فعلى عكس السلع المادية والخدمات الأخرى، فإن المريض (المستهلك) يشترى احتمالية تختلف باختلاف مهارة مقدمي الخدمة وجودة الخدمات الطبية والجراحية التي يصعب التيقن منها، وباختلاف حالة المريض ودرجة تقدم المرض؛
- الخدمات الصحية تعد منتجات جماعية: فالمنتجات الجماعية هي المنتجات التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع لكل أفرادها وليس للفرد الواحد الذي يستهلكها فقط، وهذه الخاصية تنطبق تماما على الخدمات الصحية، إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد وحده فقط ولكنه يفيد أسرته، مجتمعه، وكل شخص يحيط به، وهذا ما يطلق عليه آثار الانتشار الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، وقد يكون من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات أو تقديمها مجانا، فمعظم الدول تعتبر الخدمات الصحية وخدمات التعليم من الخدمات الاجتماعية، ومن ثم فإنه ينبغي على الدولة تقديمها مجانا، ولا يكون البديل الوحيد أن تتولى الدولة إنتاج هذه الخدمات بنفسها، إذ يمكنها أن تسمح للقطاع الخاص بذلك على أن تقوم بدعمه والإشراف عليه وتنظيمه²؛
- الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية -وخاصة منها الخدمات العلاجية- في غالبيتها السرعة في تقديمها لأنه من الصعوبة معرفة مدى قدرة الجسم البشري على إصلاح ذاته دون الحاجة إلى تدخل طبي أو جراحي، وماذا يمكن أن يحدث فيما لو لم يحصل المريض على الخدمة الصحية، لذلك تقتضي الإصابة بمرض معين سرعة علاجه بمجرد ظهور الأعراض، ويترتب عن هذه الخاصية بعدان مرتبطان بتحقيق حماية المستفيد من الخدمات الصحية وهما:
 - البعد المكاني: يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، ومعنى آخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.

¹: فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008، ص 37-38.

²: نبيلة كحيل، المرجع السابق، ص 41.

- البعد الزمني: يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يُحتاج إليها فيه، سواء أكانت خدمات علاجية أو وقائية، فتأجيلها قد يترتب عنه أضرار بالغة¹.

● تذبذب حجم الطلب على الخدمات الصحية: يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب وعدم الاستقرار وذلك استنادا إلى الظروف البيئية وحاجة المريض للعلاج وكذا الكوارث والحروب وغيرها من العوامل، وهو ما يؤدي إلى صعوبة التنبؤ بهذا الطلب، فقد يكون لفترة قصيرة في السنة أو في مواسم معينة، فعلى سبيل المثال يزداد الطلب على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام في موسم الشتاء، وعندما تحدث كوارث طبيعية فإن الطلب يزداد على حملات الإغاثة والتلقيح ضد الأمراض التي تخشى إدارة الصحة العامة من انتشارها².

● وجود مرونة سعرية مختلفة للخدمات الصحية: فعلى سبيل المثال تكون خدمات الطوارئ وإنقاذ حياة الأفراد ذات مرونة سعرية صفرية، فهي تطلب وتستهلك بغض النظر عن سعرها، بينما الخدمات الوقائية وخدمات طب الأسنان وخدمات التجميل ذات مرونة سعرية عالية.

● تمييز الخدمات الصحية ومؤسساتها - خاصة الخدمة الاستشفائية - بكثافة العمالة، ومن النادر أن يحل الاستثمار الرأسمالي محل القوى العاملة في الرعاية الصحية، فغالبية التكنولوجيا الطبية تكون خالقة للعمالة، وهذا على عكس القطاعات الأخرى أين تكون التكنولوجيا موقرة للعمالة.

المطلب الثاني: أنواع الخدمة الصحية

عرفنا سابقا أن الخدمات الصحية هي مجموعة من الإجراءات المقدمة بغرض رفع المستوى الصحي للأفراد من خلال الوقاية والعلاج، وبالتالي فالمنظمات الصحية تعمل على تقديم خدماتي الوقاية والعلاج بصفة أساسية، أي أنّ الخدمات الصحية إما أن تكون خدمات وقائية أو خدمات علاجية.

الفرع الأول: الخدمة الصحية الوقائية

تمثل الخدمة الصحية الوقائية في مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، والحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من المرض، وتسمى أيضا بالخدمات الصحية البيئية، حيث أنها تكون موجهة لحماية السكان من الأمراض المعدية، وكذا الحماية من التدهور البيئي الناتج عن سلوك الأفراد والمؤسسات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، وبذلك فهذه الخدمات تكون مرتبطة بصحة المجتمع بصفة مباشرة، فهي خدمات صحية واقية من الأمراض، وتشمل خدمات

¹: عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مذكرة مكتملة لنيل شهادة الدكتوراه، إشراف: قدي عبد المجيد، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2007/2008، بحث لم ينشر، ص22.

²: عثمان يوسف ردينة، المرجع السابق، ص103.

التطعيم ضد الأمراض البوائية، وخدمات الرقابة الصحية على المحلات الغذائية، بالإضافة إلى خدمات الإعلام والتوعية الصحية وغيرها.

الفرع الثاني: الخدمة الصحية العلاجية

تعتبر الخدمة العلاجية (الرعاية الطبية) الوظيفة التي تحظى بالاهتمام الأكبر في مختلف المنظمات الصحية، ويقصد بها "جميع الأعمال التي تدخل في العلاج الطبي وإجراء العمليات، وتقديم الأدوية ووصفها، ومتابعة الحالات المرضية"¹، أي أنها الخدمات التي تُقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه، وتخفيف معاناة الفرد من آلام المرض، فهي بالتالي مرتبطة بصورة مباشرة بصحة الفرد، وتشمل خدمات التشخيص وخدمات الفحص والعلاج، سواءً تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تستلزم رعاية سريرية عن طريق إحقاق المريض بإحدى المؤسسات العلاجية، وتقديم الدواء والغذاء للملائمين لحالته، فضلا عن حسن معاملته لمساعدته على استعادة صحته². وقد تكون هذه الخدمات فردية يستفيد منها شخص واحد دون أن تكون له علاقة بأي جهة أو نظام معين (كأن يتوجه شخص مريض إلى إحدى العيادات لتلقي العلاج الطبي)، أو جماعية يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون لمؤسسة واحدة أو نظام واحد وفق إجراءات وقواعد محددة (مثل الخدمات الطبية التي تقدمها الشركات لعمالها وموظفيها سواء أكان عن طريق تعيين طبيب متفرغ في المؤسسة أو التعاقد مع أطباء ومستشفيات وفق شروط معينة).

والخدمة العلاجية قد تقدم رعاية صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم توضيحات ومعلومات حول مرض معين، وطرق انتشاره وكيفية الوقاية منه، لتجنب الوقوع فيه في المستقبل، وبذلك يقوم الطبيب بدور الخدمة الوقائية إلى جانب الخدمة العلاجية.

وما تجدر الإشارة إليه هو أن المجتمعات تختلف في مدى اهتمامها بالخدمات العلاجية أو الوقائية، وذلك حسب تفاوت المستويات الاقتصادية والاجتماعية، فبرامج الرعاية الصحية الوقائية تعتبر سمة من سمات المجتمعات المتقدمة، حيث الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض وبالتالي استخدام إجراءات علاجية فورية، بينما نجد أن البرامج العلاجية هي المميّزة للمجتمعات النامية أين يغلب الاعتقاد بضرورة الاهتمام بتوفير الخدمات الصحية المرتبطة مباشرة بصحة الفرد بدرجة أكبر من الاهتمام بالخدمات الصحية البيئية، علما أن النجاح في كلا النوعين من الخدمات يتطلب تعاونا مثمرا بين المريض والمعالج، وهذا لا يمكن الحصول عليه دون توافر حماس وقناعة لدى المريض تجاه مقدم الخدمة الصحية.

¹: أحمد محمد المصري، إدارة الأعمال الطبية: المستشفيات والصيدليات، مؤسسة شباب الجامعة، دون طبعة، الاسكندرية، مصر، 2005، ص39.

²: عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر،

المطلب الثالث: مستويات وأسس الخدمة الصحية

الفرع الأول: مستويات الخدمة الصحية

تختلف نوعية ودرجة تطور الخدمات الصحية المقدمة حسب درجة تطور النظام الصحي، فإذا كان النظام الصحي متطوراً فإن الخدمات الصحية ستكون حتماً مميزة ومتطورة، غير أن مستويات الرعاية الصحية تبقى ثابتة مهما اختلفت النظم الصحية، إذ يتضمن كل نظام صحي أربعة مستويات للخدمات الصحية، وهذا من أجل تأمين الرعاية الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي والنوعي اللازم، وتمثل هذه المستويات فيما يأتي:

أ- مستوى الرعاية الصحية الأولية

تعتبر الرعاية الصحية الأولية حجر الأساس للخدمات الصحية وأوسع مستوياتها، حيث تمثل الوظيفة الأساسية والنواة المركزية للنظام الصحي في أي بلد، وهي الوسيلة الرئيسية وخط الاتصال الأول والمباشر للفرد بالنظام الصحي.

لقد أصبحت الرعاية الصحية الأولية إحدى السياسات الجوهرية لمنظمة الصحة العالمية مع صدور إعلان ألما آتا* ALMA ATA حول الرعاية الصحية الأولية في عام 1978، ثم إعداد الإستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام 2000. فقد أكد هذا الإعلان على ضرورة حصول كل شخص على الرعاية الصحية الأولية وأن يكون له دور فيها، كما أكد أيضاً على ضرورة التحرك العاجل من قبل جميع الحكومات والعاملين في مجال الصحة والتنمية لتحقيق مستوى من الصحة يسمح لجميع الناس في جميع أنحاء العالم بإقامة حياة منتجة، وقد جعل هذا الإعلان من الرعاية الصحية الأولية فلسفةً ومستوىً من مستويات الخدمة الصحية¹.

وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية بأنها "الخدمات الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، والمعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً، وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده، وبتكاليف يمكن للمجتمع والدول توفيرها في كل مرحلة من مراحل التطور"².

كما تعرف الرعاية الصحية الأولية بأنها "الخدمات الطبية والوقائية التي تقدم للمرضى وغير المرضى ولا تحتاج إلى تنويم في المستشفى"³.

*: تمثل ألما آتا ALMA ATA عاصمة دولة كازاخستان سابقاً، تم بما عقد مؤتمر دولي تاريخي بشأن الرعاية الصحية الأولية من طرف منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونسيف، وذلك في الفترة الممتدة من 6 إلى 12 سبتمبر 1978 وبحضور 134 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية. انبثق عن المؤتمر إعلان ألما آتا الذي حدد الرعاية الصحية الأولية كوسيلة وإستراتيجية رئيسية لبلوغ هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000.

¹: منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، الرعاية الصحية الأولية: 25 عاماً بعد ألما آتا، ص 4.

²: سفيان عصماني، المرجع السابق، ص 42.

³: صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة: منظور شامل، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009، ص 57.



وبالتالي فالرعاية الصحية الأولية هي الرعاية التي تقدم على نحو شامل لأفراد المجتمع وتكاليف يمكنهم تحملها، وتشتمل على العديد من الخدمات الأساسية ليمتدح الناس بصحة جيدة، من ضمن هذه الخدمات الإسعافات الأولية، الاكتشاف المبكر للأمراض والتشخيص والعلاج، وكذا رعاية الأمومة والطفولة، وبرامج الصحة المدرسية، بالإضافة إلى الإرشاد والتثقيف الصحي والاجتماعي.

وتقوم الرعاية الصحية الأولية على الركائز التالية¹:

- الشمولية: بمعنى ضمان تغطية جميع المواطنين بنفس المجموعة الأساسية من خدمات الرعاية الصحية الأولية؛
- الجودة: بمعنى أن خدمات الرعاية الصحية الأولية ينبغي أن تكون مقبولة اجتماعياً، ومنسجمة مع معايير الممارسة العلمية والسريرية، وعلى مستوى يراه المستفيدون منها مستوى مناسباً؛
- العدالة: أي أنه لا يجوز حرمان أي شخص من الخدمات لعجزه عن دفع تكاليفها، إذ ينبغي أن يتم تحمّل العبء المالي لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية بين المواطنين على حد سواء؛
- الكفاءة: يقصد بها تقديم الخدمات بطريقة عالية المردود سواء على مستوى وحدة الخدمة أو على مستوى بنية النظام الصحي، مع الحفاظ على مبادئ الشمولية، والجودة؛
- الاستمرارية: بمعنى توافر موارد كافية لتمويل وإدارة مجموعة الخدمات الأساسية على المدى القصير وعلى المدى الطويل.

أما عن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية فإنه يتم بالأساس في المراكز الصحية والعيادات الأولية الخارجية وعيادات الأمومة والطفولة، من طرف أطباء متخصصين في شتى فروع الطب الوقائي والعلاجي، أين يتم توفير عناية شاملة ومستمرة للمريض وتنسيق أمور رعايته مع العيادات التخصصية التي تقدم رعاية طبية من مستوى أعلى، هو مستوى الرعاية الصحية المتخصصة².

ب- مستوى الرعاية الصحية المتخصصة

يعرف هذا المستوى أيضاً بالرعاية الصحية الثانوية، والتي لها طبيعة أكثر تخصصاً عما يتم تقديمه في مستوى الرعاية الصحية الأولية، فعند عجز هذا الأخير، عن معالجة بعض الحالات المرضية التي يصاب بها الفرد فإنه يوجه مباشرة إلى مستوى الرعاية المتخصصة من أجل تقديم نوع معين من الخدمات المتخصصة كالجراحة ومعالجة الحروق والكسور والإصابات وخدمات الصحة النفسية وغيرها، ويشمل هذا المستوى على أخصائيين في الفروع الطبية المختلفة يحال إليهم المرضى للمشورة والعلاج حسب توفر التقنيات المتطورة.

والخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المراكز الصحية المتكاملة والمستشفيات العامة وعيادات الاختصاص، ومثل هذه المؤسسات تشمل كل من الأطباء والمرضى ومساعدتي المرضى والقابلات وطبيب الأسنان وفنيي المختبر والأشعة وغيرهم.

¹: منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، المرجع السابق، ص5.

²: حسان محمد حريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، 1990، ص41.

ج- مستوى الخدمات الصحية متطورة التخصصية

يشتمل هذا المستوى على الخدمات التي ليس بالمستطاع تقديمها في المستويات سابقة الذكر، وهي خدمات متخصصة، معقدة ونادرة في مجال الطب و الجراحة كجراحة القلب والدماغ والعيون وأمثالها، وبالتالي فمن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات الصحية ارتفاع التكلفة وطول الإقامة والحاجة إلى الكوادر البشرية ذات المهارة العالية.

د- مستوى الخدمات الصحية التأهيلية

يُعرف هذا المستوى أيضا بمستوى الرعاية الصحية طويلة الأمد، ويشمل "الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو لمرضى لا يؤمل شفاؤهم، بحيث يتم تأهيل المريض للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت به، بهدف إعادة هذا المريض للمجتمع كفرد منتج يستطيع خدمة نفسه وقضاء احتياجاته بنفسه"¹. يتم تقديم هذا النوع من الخدمات في المستشفى أو المركز الطبي أو المنزل.

إن الخدمات الصحية في أي نظام صحي يمكن الحصول عليها من خلال أحد المستويات الأربعة، لذا فإنه من الأهمية أن يعرف أفراد الفريق الصحي معرفة جيدة بما يُقدم في كل مستوى من هذه المستويات، كي يكون بمقدورهم توجيه الحالات المرضية إلى المستوى الذي يجب أن تحول إليه، ولضمان حسن سير العمل في المستويات المذكورة وجب التنسيق والتعاون الكامل بين المؤسسات المقدمة لهذه الخدمات، غير أنه تجدر الإشارة إلى أن "المستشفيات تتميز بقدرتها على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية سالفه الذكر في وقت واحد، وهو ما تعجز عن توفيره أي مؤسسة أخرى، لذلك فالمستشفيات تمثل العمود الفقري لأي نظام صحي"².

إضافة إلى المستويات الأربعة سالفه الذكر والتي يتم تقديم الخدمة الصحية بها من طرف المؤسسات المشكلة للنظام الصحي فإنه يوجد مستوى أولي للخدمات الصحية هو مستوى الرعاية الصحية الذاتية، والتي تمثل جميع أنشطة الرعاية الصحية التي يقوم بها الأفراد لأنفسهم ولعائلاتهم، بما في ذلك أعمال صيانة الصحة والوقاية من المرض والتشخيص الذاتي والمعالجة الذاتية، "ففي هذا المستوى يتحمل الفرد أو العائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها، والتي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، وتتوقف هذه المسؤولية على المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد والعائلة ومدى إدراكهم وتميزهم للأمور التي تستوجب مراجعة الطبيب والأمور التي يمكن أن تُحل من طرفهم"³.

¹: صلاح محمود ذياب، المرجع السابق، ص59.

²: غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر، عمان، الأردن، 1999، ص7.

³: أسماء صالح، علم الاجتماع الطبي، دار الجنادرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009، ص51.

الفرع الثاني: أسس الخدمة الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية واسطة العقد في تقديم الخدمة الصحية والطبية، فهي ملاذ المرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، وقد شهدت السنوات الأخيرة زيادة مضطردة وإقبالاً متنامياً لأعداد المترددين عليها، وازدادت معه المطالبة بالاستجابة السريعة لمتطلبات المواطنين واحتياجاتهم، وبتحسين جودة الخدمة المقدمة لهم، بمعنى ضرورة تقديم الخدمة الصحية بشكل كافٍ ومستوى عالٍ، أي أنه ينبغي تقديم الخدمة الصحية على أساس من الكفاية الكمية والنوعية.

أولاً: الكفاية الكمية¹

- تعني الكفاية الكمية توفير الخدمات الصحية بحجم كافٍ ومتناسب مع عدد السكان، ويشمل ذلك:
- توفير عدد كافٍ من الموارد البشرية العاملة بالقطاع الصحي من أطباء، ممرضين، فنيي المختبرات، وغيرهم من المساعدين؛
 - توفير عدد كافٍ من المؤسسات الصحية والمراكز والمستشفيات التي تقدم مختلف الخدمات الصحية، مع مراعاة العدالة والمساواة في توزيعها بين مختلف المناطق؛
 - توفير الخدمات الصحية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل الفريق الصحي على مدار ساعات اليوم، فالمرض لا يعرف وقتاً محددًا يقع فيه؛
 - توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الصحية، والخدمات التي تقدمها وطرق الاستفادة منها مبكراً، وبمجرد إحساس الفرد بالمرض، وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطيراً ليعرض نفسه على الطبيب؛
 - وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات للمواطنين وضمان حصولهم عليها، والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.

ثانياً: الكفاية النوعية

- لا يكفي لتوفير الرعاية الصحية زيادة عدد أعضاء الفريق الصحي والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب، بل يجب أيضاً توفير ظروف رفيعة المستوى للخدمة الصحية، وهذا يشمل:
- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفره في كل من أعضاء الفريق الطبي والأجهزة والمعدات ووسائل التشخيص والعلاج، ويجب أن توضع هذه المعايير من طرف لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الصحية المختلفة، ولا يسمح لأي أحد (سواء أكان طبيباً أو ممرضاً أو حتى منظمة صحية) أن يقدم الخدمات الصحية دون أن تتوافر فيه هذه المعايير²؛

¹: سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة، مصر، 2004، ص ص 81-82.

²: سفيان عصماني، المرجع السابق، ص 40.

- العمل على تدريب العاملين بالقطاع الصحي ورفع كفاءاتهم، وذلك من خلال برامج علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تحديد معلوماتهم النظرية والعلمية¹؛
- "تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الصحية"²، من أجل الحصول على الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة بأقل الجهود والتكاليف المالية، حتى يتسنى لهم تقديم خدمات صحية على مستوى عالٍ من الجودة.

مما سبق يتضح أنّ الخدمات الصحية مطلوبة ليس فقط في انتشارها وامتدادها الأفقي، بما يتيح سهولة الوصول إليها، ولكن مطلوبة أيضا في جودتها ونموها الرأسي، مما يستدعي ضرورة رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها، ومن أجل ذلك فقد خصصنا المبحث الموالي للتعرف على ماهية الجودة في مجال الخدمات الصحية.

المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمة الصحية

إن النهوض والارتقاء بالمستوى الصحي للفرد والمجتمع هو المبرر الأساسي لوجود أي نظام صحي، وهو بالتأكيد مرماه الأول والمحدد، وسعيا لتحقيق ذلك فقد انصب اهتمام الأطراف الفاعلة في النظام الصحي على موضوع الجودة الذي أصبح من أكثر المواضيع طرحا في المؤسسات الصحية، ومن خلال المبحث الذي بين أيدينا ستناقش موضوع الجودة في الخدمة الصحية، وذلك باستعراض أهم المحطات التاريخية للجودة في الرعاية الصحية، تحديد مفهومها، مستوياتها، وأبعادها.

المطلب الأول: تطور جودة الخدمة الصحية

لقد أرست الجودة في الرعاية الصحية دعائمها باكرا قبل الجودة في الصناعة، وتزايد الاهتمام بها في العصر الحديث، وذلك نظرا لمجموعة من الأسباب والدوافع التي سنستعرضها في هذا المطلب بعد التعرف على التطور التاريخي للجودة بصفة عامة وجودة الخدمة الصحية على وجه الخصوص.

الفرع الأول: التطور التاريخي للجودة

إنّ اهتمام الإنسان بموضوع الجودة ليس وليد عصر الصناعة والثورة الصناعية، حيث تشير بعض الأبحاث إلى أن جذورها تمتد إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد، إبان الحضارة البابلية وما تضمنته قوانين الملك حمورابي Hammourabi الذي أوجب على كل من يقدم ما هو غير جيد أو ناقص القيمة في

¹: سفيان عصماني، المرجع السابق، ص40.

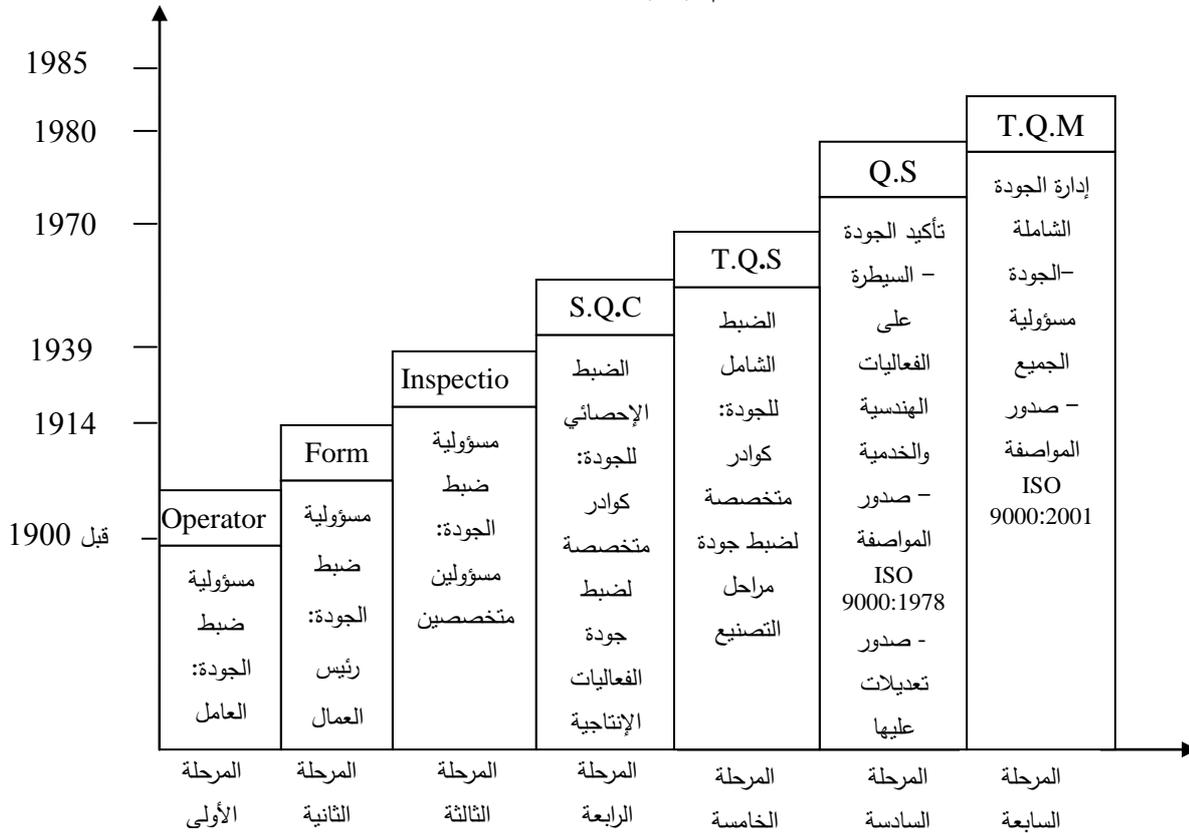
²: أسماء صالح، المرجع السابق، ص55.

السلعة أو الخدمة التي يتاجر بها أن يقوم بإصلاح العيب¹. كما أكد الفراعنة المصريون على الجودة في بناء وصبغ جدران المعابد وفي تشييد الأهرامات التي ما تزال شاهدة على ذلك إلى اليوم.

وفي عصر صدر الإسلام زاد التأكيد على الجودة، حيث كان الرسول الكريم محمد (صلى الله عليه وسلم) يحث على الاهتمام بجودة الأداء، ويغرس في نفس المؤمن مبدأ الرقابة الذاتية من خلال إخلاصه وأمانته، فأعلى مقامات هذا الدّين هي الإحسان، وهي كما قال رسولنا الكريم: "أن تعبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فإنه يراك"، أي درجة الرقابة الكامنة التي تجعل العامل المسلم مسؤولاً عن جودة عمله وسلامته من العيوب.

أما في العصر الحديث فإنّ الاهتمام بموضوع الجودة يرجع إلى بداية الثورة الصناعية، وازداد بدرجة أكبر بعد الحرب العالمية الثانية، فقد مرت الجودة وأساليب ضبطها بمراحل عديدة قبل أن تصل إلى ما هي عليه الآن، بداية بمرحلة ضبط الجودة بواسطة العامل المنفذ ووصولاً إلى مرحلة إدارة الجودة الشاملة، وذلك وفق ما يوضحه الشكل رقم (01).

الشكل رقم (01): مراحل تطور الجودة



المصدر: لعلى بوكميش، إدارة الجودة الشاملة: إيزو 9000، دار الراجية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص 37.

¹: عواطف إبراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009، ص 55.

وفي ما يأتي شرح مختصر لمختلف مراحل تطور الجودة كل على حدى:

أ- مرحلة ضبط الجودة بواسطة العامل المنفذ: تعتبر أول مرحلة للتطور في مجال الجودة، وقد ظهر هذا الأسلوب ضمن نظام التصنيع في الوحدات الإنتاجية الصغيرة أو ما يُعرف بالنظام الحرفي خلال القرون الوسطى والقرن التاسع عشر، أين اتسم الإنتاج باعتماده على فرد واحد أو مجموعة محدودة من الأفراد الحرفيين المسؤولين عن تصنيع المنتج بالكامل، بحيث يستطيع كل عامل مراقبة جودة المنتج فور انتهائه من الإنتاج، أي أن مسؤولية السيطرة على الجودة كانت تقع على عاتق الحرفي سواء من حيث تحديد معايير الجودة أو من حيث مطابقة الإنتاج لتلك المعايير¹.

ب- مرحلة ضبط رئيس العمال للجودة **Forman Control**: امتدت هذه المرحلة من مطلع القرن العشرين وإلى غاية العقد الثاني منه، حيث جاءت الثورة الصناعية بمفهوم الإنتاج الواسع، وأدخلت مفاهيم جديدة مثل التخصص في العمل، وأصبح من الصعب ضبط الجودة وتقييمها من طرف العامل المنفذ، مما أدى إلى ضرورة تكليف رئيس كل مجموعة بهذه المهمة، وأصبح العمال بذلك يجتمعون تحت مسؤولية رئيس العمال الذي يشرف على إنتاجهم ويعد مسؤولاً عن جودته. "وكانت عمليات الرقابة في هذه الفترة تعتمد على أسلوب بسيط يطلق عليه أسلوب المقارنات، الذي يركز على المقارنة بين الجزء الأساسي والجزء المصنع، وبتحقيق التطابق بينهما سيتحقق هدف عملية الرقابة على الجودة"².

ج- مرحلة ضبط الجودة عن طريق الفحص **Inspector Control**: شهدت الفترة ما بين 1919 و 1945 تطورا جديدا في مجال ضبط الجودة، إذ أصبح نظام التصنيع أكثر تعقيدا، وتنوعت أساليب الإنتاج واتسع حجم الوحدات الإنتاجية، وأصبح من الصعب على رئيس العمال السيطرة الدقيقة على العمل المنجز من قبل كل عامل، فظهرت نتيجة لذلك وظيفة التفتيش، يُكلف بها مفتش من ورش الإنتاج قصد عزل المنتوجات غير المطابقة للمعايير³.

د- مرحلة الضبط الإحصائي للجودة **Statistical quality control**: بدأت هذه المرحلة عمليا مع بداية الحرب العالمية الثانية، نتيجة التوسع الكبير في الإنتاج لتلبية الحاجات المتزايدة للفيالق العسكرية المتحاربة، ولم يعد تطبيق أسلوب التفتيش الكلي بنسبة 100% مجديا، لذا تم اللجوء إلى أسلوب الفحص بالعينات، وشهدت هذه المرحلة تحولا حاسما تمثل في استخدام علم الإحصاء في الرقابة على الجودة، فقد أدركت المؤسسات الصناعية بأن القيام بنشاط الفحص أصبح غير كافٍ، وأن عليها البحث عن أساليب

¹: سمر خليل إبراهيم جواد، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، مذكره مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: يوسف حسن عاشور، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2011، بحث لم ينشر، ص25.

²: محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، الأردن، 2005/2004، ص9، على الموقع الإلكتروني: www.arabproject.net/doaa/2agk.pdf، تاريخ الاطلاع: 2012/08/15.

³: لعل بوكميش، إدارة الجودة الشاملة: إيزو 9000، دار الراية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص28-29.

أكثر تأثيراً ليصبح المنتج بمستوى الجودة المرغوب، وبذلك كان التحول نحو السيطرة على الجودة إحصائياً، وزُود الفاحص بأدوات وأساليب إحصائية أثبتت فعاليتها في تشخيص المشاكل¹.

هـ - **مرحلة الضبط الشامل للجودة Total Quality Control**: تم استخدام هذا المصطلح لأول مرة من طرف فيجينبوم Feigenbaum، حيث عرّف الضبط الشامل للجودة على أنه "نظام فعال لتحقيق تكامل الجودة من خلال جهود مختلف المجاميع في المنظمة لتطوير الجودة، إدامتها، وتحسينها لأجل إنتاج السلع والخدمات بالمستوى الأكثر اقتصادية، والذي يتيح الإشباع الكامل للزبائن"². ففي هذه المرحلة تم توسيع نشاط ضبط الجودة ليشمل جميع مراحل الإنتاج بدءاً من المواد الأولية ومروراً بالعمليات الإنتاجية وانتهاءً بالمنتج الجاهز، ويعتمد أسلوب الضبط الشامل للجودة على دمج أساليب الضبط الإحصائي للجودة مع تقنيات القياس ونظم المعلوماتية عن الجودة، وقد أصبح هذا الأسلوب بمثابة نظام فعال لصيانة وتحسين نوعية الإنتاج في كافة المراحل التشغيلية للعملية الإنتاجية.

و - **مرحلة ضمان الجودة Quality Assurance**: كانت هذه المرحلة انعكاساً للضبط الشامل للجودة الذي عرفه فيجينبوم Feigenbaum، ويشير مفهوم ضمان الجودة إلى جميع الإجراءات المخططة والمنهجية اللازمة لإعطاء الثقة بأن السلعة المنتجة أو العملية المؤداة أو الخدمة المقدمة سوف تستوفي متطلبات الجودة³، ويقوم على فلسفة مفادها أن الوصول إلى مستوى عالٍ من الجودة وتحقيق النجاح دون خطأ يتطلب رقابة شاملة على كافة العمليات، من مرحلة تصميم المنتج حتى مرحلة وصوله إلى الزبون؛ إذ يشترك جميع العاملين بالمؤسسة في وضع الأساليب الكفيلة بمنع حدوث الأخطاء.

ز - **مرحلة إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management**: بدأت هذه المرحلة منذ سنة 1980 وتميزت بالتطور الشامل والمستمر لأنظمة إدارة الجودة، واتساع المنظور التطبيقي للجودة ليشمل جميع عناصر المنظمة، كما تميزت بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة (TQM) Total Quality Management، والذي يقتضي تطبيق الجودة في جميع أجزاء وأنشطة المنظمة وجعل الجودة مسؤولية جميع العاملين فيها، حيث تعني إدارة الجودة الشاملة تعريف فلسفة الشركة لكل فرد فيها، كما تعمل على تحقيق دائم لرضا العميل من خلال دمج الأدوات والتقنيات والتدريب ليشمل تحسناً مستمراً في العمليات داخل الشركة مما سيؤدي إلى ظهور منتجات وخدمات عالية الجودة⁴.

وقد تطور هذا المفهوم على يد العديد من الباحثين وعلى رأسهم ديمينغ Deming وهوران Juran، وعرف نجاحاً كبيراً خلال العقد الأخير من القرن العشرين، وهو ما دفع بمنظمة التقييس الدولية ISO إلى تبني هذا المفهوم وتوحيد كافة المواصفات الوطنية في مواصفة عالمية ذات شهادة لضمان الجودة، أُطلق عليها سلسلة المعايير الدولية

¹: محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 18-19.

²: عواطف إبراهيم الحداد، المرجع السابق، ص 59.

³: المرجع نفسه، ص 60.

⁴: خضر مصباح الطيطي، إدارة وصناعة الجودة، مفاهيم إدارية وتقنية وتجارية في الجودة، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن،

ISO 9000 اعتمدت كأساس في عمليات التبادل التجاري الدولي وضرورة من ضرورات إبرام العقود التجارية بين المنظمات في كافة الدول.

من خلال المراحل المختلفة لتطور الجودة يمكن القول أن مفهوم الجودة تطور عبر مجموعة من المراحل المتداخلة والمتراطة فيما بينها، انتقل فيها هذا المفهوم من اكتشاف الخطأ إلى منع حدوثه، ومن الاهتمام بالإنتاج إلى الاهتمام بالزبون والعمل على تجاوز توقعاته.

الفرع الثاني: الخلفية التاريخية لجودة الخدمة الصحية

إن الاهتمام الذي يحظى به موضوع الجودة في المنظمات الصحية المعاصرة ليس وليد الساعة، بل له جذوره الضاربة في القدم قدم وجود الإنسان، فقد كان ينظر إلى الجودة بشكل مختلف باختلاف الأزمان، ومستوى التطور الذي مرت به الدول، وإذا ما تدرجنا مع التسلسل التاريخي للأحداث فإنه يمكن استعراض أهم المحطات التاريخية لجودة الرعاية الصحية كما يلي:

- في عصر الملك حمورابي Hammourabi (1800 سنة قبل الميلاد): تضمنت قوانين الملك البابلي حمورابي (العقاب يحسن الأداء) عقوبات على سوء أعمال الأطباء، وقد كانت الجودة تعني استبعاد الأخطاء، والذين يقترفون الأخطاء يتعرضون للعقوبات ويعاقبون بمثل ما قاموا به، مما جعل الأفراد يتعدون عن مجال الطب خشية الخطأ والعقاب¹.

- أما عند الإغريق فقد كان للطبيب الإغريقي الشهير أبقراط Hippocrates (460-370 ق.م) الذي يُعرف بـ "أبو الطب" أثرا كبيرا في ميدان الطب، فقد أسس مدرسة للطب وطور قسما للأطباء ليتبعوه أثناء ممارستهم لمهنة الطب سمي قسم أبقراط*، بحيث يصف هذا القسم العناصر الأساسية في الرعاية الصحية وهي الأخلاق، الجودة، والسلامة²، ويلتزم الطبيب في هذا القسم بأن يقدم أفضل ما لديه من علم وخبرة لعلاج المريض، وأن يتجنب إزهاق الأرواح وأن يحتفظ بأمر المريض الخاصة في سرية تامة، ولذلك تعد أعمال هذا الطبيب الركيزة الأساسية التي يبني عليها صرح الطب الحديث.

- في أوائل القرن السابع للميلاد ازدهرت الحضارة الإسلامية بما أتى به النبي محمد (صلى الله عليه وسلم) من أسس تؤكد على إتقان العمل وتحريي الجودة مصداقا لقوله (صلى الله عليه وسلم): "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه"، وقد جعل الإسلام الحفاظ على النفس البشرية من الكليات الخمس للشريعة الإسلامية، ومن أهم مقاصد الدين الحنيف، وقد أشار القرآن الكريم إلى ذلك في قوله تعالى ﴿ومن أحيائها فكأنما أحيأ الناس جميعا﴾³، وهذا هو المحور الذي تدور حوله الجودة وسلامة المريض.

¹: عثمان يوسف ردينة، المرجع السابق، ص23.

*: يعتبر قسم أبقراط الإطار الذي يعمل فيه الممارس لمهنة الطب، ويتضمن جملة من الضوابط المهنية والأخلاقية التي يتقيد بها الطبيب عند ممارسته لمهنته، فمنذ أن ظهر هذا القسم والطبيب يقطع على نفسه عهدا ويقسم على تنفيذها والقيام بها، وهذا ما يمكن وصفه بالأخلاقيات الطبية والمهنية، وقد حوّر بعض الأطباء قسما خاصا بهم عن قسم أبقراط وذلك حسب ملامته لمعتقداتهم وظروفهم، كما أقر المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي قسما للأطباء المسلمين، وذلك سنة 1981.

²: سليم بطرس جلد، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2007، ص17.

- في أواسط القرن التاسع عشر أعتبرت أعمال الممرضة البريطانية فلورانس نايتنجيل Florance Nightingale منطلقا هاما لضمان جودة الخدمات الصحية والاعتراف بها، وقد أعتبرت فلورانس أول من استخدم مصطلح جودة الخدمات الصحية، حيث أدخلت فكرة قياس الأداء وتحسين العمليات، كما وضعت أول مجموعة من المعايير الخاصة بالتمريض، الأمر الذي ساهم بشكل كبير في خفض معدلات الوفيات بين الجنود الجرحى في المستشفيات العسكرية الإنجليزية خلال حرب القرم، كما كان لأعمال الطبيب كودمان Codman دور كبير في إدخال مفهوم قياس الأداء والنتائج حيز التطبيق الرسمي في مجال الرعاية الصحية، حيث دعا كودمان Codman إلى جمع وتحليل نتائج العمليات الجراحية، وقد استعمل في دراسته ما يسمى بطاقة النتائج الأخيرة، حيث كان يسجل عليها رقم حالة كل مريض والتشخيص قبل العملية وأسماء فريق الجراحة والإجراءات والنتائج¹.
- في سنة 1910 أدى تقرير أبرهام فلكسنر Abraham Flexnor حول تقييم وضع التعليم الطبي في الولايات المتحدة الأمريكية والمبني على دراسة شاملة للكليات الطبية في الولايات المتحدة وكندا إلى إعادة تنظيم جذري للتعليم الطبي²، حيث انتقد فلكسنر الطريقة التي كان يجري بها تعليم الطب، وقدم إلى كليات الطب بعض التوصيات التي تدعوها إلى تحسين خدماتها التعليمية، وقد ساعد التقويم المستمر لمناهج التعليم والتدريب الطبي في رفع كفاءة الأداء الطبي بالمستشفيات، كما تم وضع معايير قياسية للإجراءات المستخدمة في العمليات الجراحية بهدف رفع جودة العمل والتقليل من الأخطاء الطبية، ومن ثمّ التقليل من تكلفة العمليات الجراحية، وهذا ما دفع بجمعية الجراحين الأمريكيين إلى تشكيل أول هيئة للاعتراف بالجراحين، وتمّ إصدار المعايير الأولية لأداء المستشفيات كحد أدنى لاعتماد المستشفيات سنة 1916.
- في عام 1952 تمّ إنشاء اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات والتي تسمى حاليا اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية Joint commission of accreditation of healthcare organizations (JCAHO)، وذلك بغية تطوير أنظمة وإجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي تحسين النتيجة المرجوة من العلاج، عن طريق منح إجازة تعطى من قبل وكالة أو هيئة غير حكومية بعد إجراء عملية مسح طوعية وشاملة لتقييم مدى تقييد المؤسسة الصحية بالمعايير الموضوعية سلفا من قبل هيئة الاعتماد، وقد ساعد مفهوم الاعتماد Accreditation والإشهاد Certification على تطور جودة الخدمات الصحية³.
- في عام 1966 قام الطبيب الأمريكي دونابيديان Donabedian بإدخال نموذجه لقياس الجودة والقائم على نظرية النظم البسيطة، فهو يعتبر أي رعاية صحية نظاما كامل التطور، له أغراضه ومقوماته، وإذا كانت النظم بشكل

¹: سمر خليل إبراهيم جوادة، المرجع السابق، ص35.

²: عدمان مرزوق، المرجع السابق، ص33.

³: عثمان يوسف ردينة، المرجع السابق، ص24.

عام تقسم إلى ثلاثة مكونات هي المدخلات (الموارد)، العملية، والمخرجات (الخصيلة)، فإن دونايديان Donabedian قد وصف جودة الرعاية الصحية بأنها نظام ذو ثلاثة مكونات مماثلة وهي: البنية Structure، العملية Process، والنتيجة Outcome¹.

- منذ أواخر ثمانينات القرن العشرين وأوائل التسعينات أستخدم علم ضمان الجودة في الرعاية الصحية والذي تطور نحو عدة مفاهيم منها تطوير الجودة المستمر وتحسين الأداء، قياس الجودة المتطورة، وإدارة الجودة الشاملة، هذه الأخيرة - كما سبق ذكره - حقق تطبيقها نجاحات كبيرة في القطاع الصناعي سواء فيما تعلق بجودة المنتجات أو كفاءة وفعالية الأداء، وهو ما جعل منظمات القطاع الخدمي بما فيها منظمات الرعاية الصحية تتبنى وتطبق هذه الممارسة الإدارية الحديثة، "وتأكيدا على أهمية إدارة الجودة الشاملة فقد تبنت اللجنة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات هذا المفهوم ووضعت منذ عام 1994 معيارا أساسيا من معايير الاعتراف بالمستشفيات، الأمر الذي دفع بالعديد من المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض الدول المتقدمة إلى تطبيق مفهوم الإدارة بالجودة الشاملة"²، واتسع تطبيقها بعد ذلك ليشمل مختلف دول العالم، وذلك من أجل تطوير وتطبيق مناهج صحية لتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها، بغية تطوير الأداء وتحسين المردود والفاعلية مع ضمان رضا كل من المستفيد ومقدم الخدمة الصحية.

الفرع الثالث: دواعي الاهتمام بجودة الخدمة الصحية

بعد استعراضنا للتطور الذي مرت به جودة الخدمات الصحية نلاحظ أن هذه الأخيرة قد حظيت باهتمام كبير من طرف الأفراد والمؤسسات الصحية على حد سواء، وأصبح تحسين جودة الخدمات المقدمة مطلباً أساسياً لكل من المستفيدين منها، مقدميها، الإداريين وممولي هذه الخدمات، وذلك للأسباب التالية:

■ إن الخلل والخطأ في الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، ولا بد من التطلع إلى ممارسة طبية وصحية خالية من العيوب، وهو ما يؤدي إلى زيادة رضا المستفيد، مع ملاحظة أن تعريف الجودة بأنها منتج بلا عيوب قد يصلح في المنظمات الإنتاجية لكن لا يمكن تطبيقه بنسبة 100% في مجال الرعاية الصحية، لأن هناك أموراً مقدرة بيد الله سبحانه وتعالى لا يمكن إغفالها في مجال الطب والعلاج، فقد ينتهي أجل المريض مع أن الطب يكون قد بذل كل ما في وسعه؛

¹: عدمان مرزوق، المرجع السابق، ص33.

²: قدور بن نافلة، عاشور مرزوق، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، ص8، على الموقع:

<http://iefpedia.com/arab/wp-content/uploads/2011/07/pdf>، تاريخ الاطلاع: 2012/07/15.

- تقديم الخدمة الصحية بمستوى عالٍ من الجودة من شأنه تحقيق رضا المستفيد وزيادة ولائه للمنظمة الصحية، ويجعل منه وسيلة إعلامية فاعلة لجذب عملاء جدد للمنظمة الصحية؛
- زيادة اهتمام الدول بالدور الأساسي للرعاية الصحية الجيدة في تحقيق برامج وأهداف التنمية البشرية والتنمية المستدامة للمجتمعات؛
- تحول اهتمام السلطات الصحية من التركيز على الكمية Quantity إلى الكيف Quality؛
- تنمية وتطوير مهارات الإطارات والكفاءات الطبية، وتعزيز العمل الجماعي¹؛
- تجنّب المؤسسة الصحية التكلفة المترتبة عن تقديم خدمات صحية بجودة متدنية، وزيادة قدرتها على تحسين الأداء المالي وتخفيض مصروفات الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات²؛
- تنامي درجة وعي مستهلك الخدمة الصحية وإدراكه لحقوقه وتزايد مستوى توقعه لما يمكن لخدمات الرعاية الصحية تقديمه، إضافة إلى قدرته المتزايدة على المفاضلة والاختيار بين المنتجين المتعددين لضمان المنفعة المرجوة من استهلاكه لخدمات الرعاية الصحية؛
- التطوّرات الحاصلة في مجال الصحة والعلاج والخدمات الطبية، وتعقيد نظام الرعاية الصحية وزيادة الطلب على الخدمات الصحية تستلزم تقديم خدمات صحية في جميع الاختصاصات بمستوى جيّد ومقبول لدى المرضى والمستفيدين؛
- التصاعد المستمرّ لكلفة إنتاج الخدمات الصحية خاصة الاستشفائية منها، وبالتالي تصاعد السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات، ممّا يجعل موضوع ضبط الجودة والتأكد منها محل اهتمام متزايد من قبل الأطراف الدافعة لهذه الكلفة، وبشكل خاص أرباب الأعمال وشركات التأمين والجهات الحكومية للتأكد من أنهم يحصلون على منافع تساوي على الأقل السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات³؛
- تعاظم الدور الذي يقوم به القطاع الاستشفائي الخاص وتحوّله من دور الشريك الفاعل للقطاع العام في الوقت الحاضر إلى دور الريادة والقيادة مستقبلاً لقطاع الاستشفاء.
- إن التنافس في تلبية مطالب المريض والمجتمع في ظل الاقتصاد الحر والعولمة وتلاشي الحدود والقيود بين الدول وتحوّل تقديم الخدمات الصحية إلى صناعة يستوجب على الإدارة المعنية بالصحة مواكبة هذا التطوّر، ويصبح تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية من أولويات التخطيط في النظام الصحي، حتى تعود بفائدة كبيرة على المواطن.

¹: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, **Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?**, édition Gaëlle Calvez, France, 2009, P05, sur le site : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf>, date de visite : 14 /09/2012.

²: محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف عبد الله موسى الخلف، كلية الدراسات العليا، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2003، بحث لم ينشر، ص43.

³: فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق، ص383-384.

المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية

سنقوم من خلال هذا المطلب بتحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية التي أصبحت في طليعة اهتمامات المؤسسات الصحية، لما لها من آثار إيجابية كبيرة سواء في تطوير الأداء وتحقيق أهداف المنظمة بفعالية، أو في تحقيق رضا المستفيدين عمّا يُقدم لهم من خدمات.

الفرع الأول: تعريف الجودة

الجودة لغة أصلها من الجود والجيد نقيض الرديء، أما اصطلاحاً فيرجع مصطلح الجودة *Qualité* إلى الكلمة اللاتينية *Qualitas* والتي تعني طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة صلاحه¹، وقديماً كانت تعني الدقة والاتقان، أما حديثاً فإنّ المصطلح على أدبيات الإدارة يجد اختلافاً بين العلماء والدارسين حول تعريف محدد للجودة، فمنهم من يرى أنها التميز والتفوق، ومنهم من يرى أنها تعني التخلص من العيوب في المنتج، في حين يرى البعض أنها مسألة مرتبطة بالسعر أو بخصائص المنتج، وإزاء هذا الاختلاف والتعدد قام ديفيد جارفين David Garvin بحصر التعريفات المختلفة للجودة في خمس مداخل قدمها في كتابه إدارة الجودة *Managing Quality* في عام 1988²، لذا سنستعرض هذه المداخل فيما يأتي:

- **مدخل المثالية:** يرى أصحاب هذا المدخل أن الجودة مفهوم مطلق يعبر عن أعلى مستويات التفوق والكمال، وبالتالي فالجودة لا يمكن تعريفها ولكن الإحساس بها والتعرف عليها، ومن بين التعريفات الممكن إدراجها في هذا الإطار نجد تعريف جوزيف جوران Joseph Juran للجودة بأنها الملائمة للاستخدام³، أي كلما كان المنتج ملائماً للاستخدام بالنسبة للزبون كان ذا جودة عالية.

- **مدخل المنتج:** تعرّف الجودة وفقاً لمدخل المنتج على أنها صفات أو خصائص يمكن قياسها وتحديدتها بدقة، فهي تمثل بالنسبة للمنتج مستوى احتوائه على خاصية أو عنصر ما من العناصر والخواص المكونة له، وفي ضوء هذا المدخل قدمت تعريفات متعددة للجودة منها:

- تعريف الجمعية الأمريكية لضبط الجودة: حيث عرفت الجودة بأنها "السمات والخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة التي تجعلها قادرة على الوفاء باحتياجات معينة"⁴.
- تعريف المنظمة العالمية للمواصفات القياسية للجودة بأنها "الدرجة التي تشبع بها الحاجات والتوقعات الظاهرية والضمنية من خلال جملة من الخصائص الرئيسية"⁵.

¹: مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2007، ص27.

²: جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج والعمليات: مدخل إدارة الجودة الشاملة، مكتبة القاهرة للطباعة والتصوير، الطبعة الأولى، القاهرة، 2002، ص282.

³: لعلى بوكميش، المرجع السابق، ص15.

⁴: يوسف حجيم الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص60.

⁵: Abdellah Saddiki, management de la qualité : de l'inspection à l'esprit kaisen, office des publications universitaires, Alger, 2004, P 23.

– مدخل المستخدم: حسب هذا المدخل، فإنّ الجودة هي ما يراه ويريده الزبون في المنتج، فهذا الأخير يجب أن يرضي ويشبع حاجات المستفيد، مما يجعله وفيًا له، ولمّا كانت رغبات واحتياجات العميل تختلف من شخص لآخر، فإن الشيء الجيد هو ما يحقق الأفضليات التي يراها الزبون، وبالنسبة لهذا المدخل فإنه يتضمن العديد من التعريفات أبرزها:

▪ تعريف أرماند فيجنباوم (Armand Feigenbaum) للجودة بكونها "الرضا التام للعميل"¹.

▪ تعريف كاورو إيشيكاوا Kaouro Ishikawa للجودة على أنّها "درجة وفاء المنتج لاحتياجات المستهلك عند استخدامه"².

– مدخل التصنيع: وفقا لهذا المدخل فإن رجال الإنتاج يرون أن الجودة تعني المطابقة للمواصفات والمعايير الموضوعية للمنتج أو الخدمة، وأن يتم إنتاجه بطريقة صحيحة من أول مرة، فنظرة المنتج إلى الجودة هي نظرة هندسية تصنيعية، ولعلّ تعريف فيليب كروسي Philip Crosby والمكتب الوطني للتنمية الاقتصادية ببريطانيا من أبرز التعريفات الواردة ضمن هذا المدخل، حيث:

▪ يعرف المكتب الوطني للتنمية الاقتصادية ببريطانيا الجودة على أنّها "الوفاء بمتطلبات السوق من حيث التصميم الجيد وخدمات ما بعد البيع"³.

▪ يعرف فيليب كروسي (Philip Crosby) الجودة بأنّها "الالتزام بالمتطلبات، وانعدام العيوب، وأن يعمل كل فرد بشكل صحيح من المرة الأولى"⁴. أي أنه ركز على عملية التصميم، وأكد أن الجودة تنشأ من خلال الأنشطة الوقائية وليس من الأنشطة التصحيحية، أي الاهتمام بالوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، وقد أشار إلى أنّ درجة تحقيق الجودة يمكن قياسها من خلال تكاليف عدم المطابقة، حيث أنه كلما انخفضت هذه التكاليف كلما كانت درجة الجودة عالية والعكس صحيح .

– مدخل القيمة: وفقا لهذا المدخل، يركز تعريف الجودة على التكلفة والسعر، وعليه فالمنتج الجيد هو الذي يحقق المواصفات بتكلفة معقولة، أو هو الذي يوفر أداء معين بسعر معقول، ومن أهم التعريفات المدرجة في هذا الصدد تعريف إدوارد ديمينغ Edward Deming الذي ركز بشكل أساسي على احتياجات العميل وكيفية تحقيق الجودة والوصول إليها، حيث عرف الجودة بأنّها "التوافق مع احتياجات المستهلك ومتطلباته مهما كانت، وبأنّها تعني أيضا التحسين المستمر في جميع النشاطات والتخفيض المستمر للخسائر والتكاليف"⁵.

من خلال ما سبق نلاحظ وجود اختلاف بين التعريفات الواردة نظرا لاختلاف الأطر المرجعية للكاتب والدارسين، إلا أن ذلك لا ينفي وجود اتفاق بينها على أن رضا الزبون يعتبر المحور الرئيسي لعمل المؤسسة، غير أنه

¹: مهدي السامرائي، المرجع السابق، ص30.

²: لعلّ بوكميش، المرجع السابق، ص16.

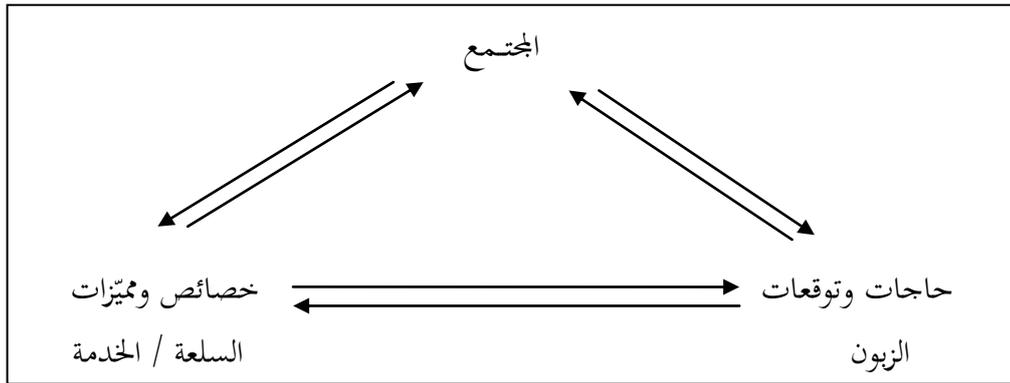
³: Daniel Mourice Pillet, qualité en production, éditions d'organisation, Paris, 1998, P19

⁴: عواطف إبراهيم الحداد، المرجع السابق، ص13.

⁵: لعلّ بوكميش، المرجع السابق، ص14.

وفضلا عن الاهتمام بتحقيق رضا العملاء وتوقعاتهم من المنتج فقد قدّم المهندس الياباني Taguchi تعريفا مختلفا وأكثر شمولية مفاده أن الجودة تعبر عن "مقدار الخسارة التي يمكن تفاديها والتي قد يسببها المنتج للمجتمع بعد تسليمه، وتتضمن هذه الخسارة الفشل في تلبية توقعات الزبون والفشل في خصائص الأداء والتأثيرات الجانبية على المجتمع كالتلوث والضجيج وغيرها"¹، وبذلك فقد أضاف هذا التعريف بعدا جديدا للجودة هو البعد المجتمعي الذي غالبا ما يهمل عند الحديث عن الجودة، واعتبر Taguchi الجودة مسألة مجتمعية تمس المجتمع بأسره. ويمكن توضيح هذا التعريف من خلال الشكل رقم (02).

الشكل رقم (02): مفهوم الجودة



المصدر: لعلى بوكميش، المرجع السابق، ص 24.

من التعريفات السابقة يمكن استخلاص تعريف شامل للجودة باعتبارها مجموعة من الخصائص والمميزات النسبية –أي القابلة للتغير والتطوير حسب الأذواق والاهتمامات- التي ينطوي عليها منتج ما، والتي تستجيب لحاجات الزبون وتوقعاته وتراعي سلامة المجتمع.

الفرع الثاني: تعريف جودة الخدمة الصحية

إن تحديد تعريف موحد لجودة الخدمة الصحية يعد عملية في غاية التعقيد وذلك لاختلاف وجهات النظر التي يمكن رؤية الجودة من خلالها، فإذا ما اتفقت مداخل تحسين الجودة في قطاع الأعمال والصناعة على تلبية احتياجات وتوقعات العملاء فإن العملاء في مجال الرعاية الصحية ينقسمون إلى مجموعتين:

– العملاء الخارجيون: هم الأفراد الذين يتعاملون مع الخدمة الصحية ولكنهم من خارج المؤسسة الصحية كالمريض والأسر وكذا من يدفع نفقات الخدمة الصحية كمؤسسات الضمان الاجتماعي والنقابات المهنية والشركات.

– العملاء الداخليون: أي من داخل المؤسسة الصحية، كأفراد الفريق الصحي، العاملون بالصيدلية ومخابر الأشعة وغيرهم، فالعاملون بالمؤسسة الصحية يعتبرون عملاء بعضهم البعض، حيث أن تلبية احتياجات وتوقعات العميل الخارجي تتطلب أولا تلبية احتياجات وتوقعات العميل الداخلي، فعند كتابة وصفة دواء

¹: المرجع نفسه، ص 19-20.

لمريض منوم بالمستشفى فإن ممرضة المصلحة تعتبر عميلاً داخلياً للصيدلية ولها احتياجات يجب تلبيتها مثل صرف الدواء في الوقت المناسب وبالجرعة الصحيحة¹.

لذلك فإن رضا المريض في قطاع الخدمات الصحية يعد أحد الجوانب الثلاثة للجودة، حيث تتحدد الأطراف المستهدفة من تطبيق الجودة في مجال الخدمة الصحية فيما يسمى ثلوث الخدمات الصحية والمتكوّن من مسؤولي إدارة الخدمات الصحية، مقدمي هذه الخدمات والمتفاعلين بها، بحيث لكل طرف من هذه الأطراف رؤيته الخاصة نحو الجودة الصحية، وهو ما قد يجعل العديد من جوانب هذه الأخيرة والتي تكون مهمة لأحد الأطراف غير واضحة المعالم للأطراف الأخرى، وبالتالي فإن محاولة تعريف جودة الخدمة الصحية ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف، فمعنى الجودة الصحية يختلف لدى المستفيدين منها عنه لدى مقدميها، كما يختلف عنه لدى الإداريين وذلك كما يلي:

- **الجودة من منظور المستفيدين من الخدمات الصحية:** يشمل المستفيدون من الخدمات الصحية المرضى والمراجعين للخدمة بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة، وينظر هؤلاء إلى الجودة بأنها الرعاية الصحية الجيدة التي تلبي احتياجاتهم وتوقعاتهم سواء من الناحية الطبية أو من الناحية النفسية، فالجودة من وجهة نظرهم تعني رعاية حانية تتصف بالمودّة والاحترام والشعور بأنهم محور الاهتمام والتركيز من قبل منتجي ومقدمي هذه الخدمات، فضلاً عن توفير العدالة والفعالية في تقديمها لمختلف فئات المجتمع، وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة من هذا المنظور تكون من خلال قياس رضا العملاء².

- **الجودة من منظور مقدمي الخدمة الصحية:** يركز هذا المنظور للجودة على الجانب التقني والفني للرعاية الصحية، فالجودة تعني أن مقدم الخدمة الصحية يمتلك المهارة والخبرة والإمكانيات التي تمكنه من تحسين الخدمة ومعالجة المرضى وفقاً للمعايير الفنية والموارد المتاحة وبأنجع الطرق، وتطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية. وتركز الكوادر الصحية على الكفاءة الفنية والفعالية والسلامة الصحية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات الممارسة الصحية، وكذا الخبرات والمهارات المكتسبة لدى مقدمي الخدمة الصحية³.

- **الجودة من الناحية الإدارية:** تُعنى بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة للمستفيدين في الوقت المناسب وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء وهذا يتطلب تنظيمًا إدارياً جيداً، وكفاءة إدارية على المستويات التخطيطية، التنفيذي، والفني⁴.

¹: مهي التحوي، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئة، 2005.

²: فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق، ص 403.

³: إبراهيم بن مصطفى الهجان، الجودة الشاملة في المستشفيات، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، جدة، المملكة العربية السعودية، 2009، ص 21.

⁴: عدمان مريزق، المرجع السابق، ص 36.

وعلى الرغم من اختلاف وجهات النظر هذه فقد وردت العديد من التعريفات لجودة الخدمة الصحية لعدد من الهيئات والمنظمات المختصة، وكذا لبعض الباحثين، حيث تعرف منظمة الصحة العالمية الجودة الصحية على أنها "التماسي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة، مقبولة من المجتمع، بتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"¹.

كما تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة للخدمة أو إجراء تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"². ويتضح من هذين التعريفين أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية، وتقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقاً بهدف التحسين والتطوير المستمر.

وترى الجمعية الطبية للجودة بأن جودة الخدمة الصحية هي "الدرجة التي ترفع بها الخدمات الصحية احتمال المخرجات الصحية المرغوبة للأفراد والسكان وتتماشى مع المعرفة المهنية الحالية"³، في حين يرى الطبيب الأمريكي دونابديان Donabedian أن جودة الرعاية الصحية تتلخص في "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والعوائد"⁴.

ويعرّف شمادل Schmadle الجودة في القطاع الصحي بأنها "التأكيد للمستفيد بأن خدمات التمريض على درجة معينة من التفوق، وذلك عن طريق القياس والتقييم المستمر"⁵. وعُرفت جودة الخدمة الصحية أيضاً بأنها "مجموعة الخصائص المرتبطة بالعمل الطبي والتي تسمح بتقديم أحسن استجابة للاحتياجات الصحية للمواطنين"⁶. كما ورد تعريف آخر لها باعتبارها "مقدار ما تحققه المنظمة الصحية من الأمان لكل من مقدمي الخدمة ومستلميها"⁷، وقد ربط التعريف الأخير جودة الخدمة الصحية بالقدرة على تحقيق السلامة الصحية فقط كأهم بعد من أبعاد الجودة في الرعاية الصحية.

من خلال التعريفات السابقة نستنتج أن جودة الخدمات الصحية تركز على جانبين أساسيين ومهمين هما:
- الجانب التقني: يتعلق بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم الصحية في معالجة المشكلات الصحية، وتقاس درجة الجودة في هذا الجانب بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمستفيد دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها.

¹: عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانية، المرجع السابق، ص191.

²: المرجع نفسه، ص187.

³: يشار أوزجان، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية، تقنيات وتطبيقات، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2008، ص347.

⁴: إبراهيم بن مصطفى المحجان، المرجع السابق، ص19.

⁵: لعلى بوكميش، المرجع السابق، ص21.

⁶: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, OPCIT, P03.

⁷: سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص233.

- الجانب الإنساني: يتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها وفق القيم والقواعد التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف المرض بشكل خاص.

ومما سبق يمكننا القول أن جودة الخدمة الصحية هي مدى التفوق والتميز الذي يقدره مقدمو الخدمة الصحية ويدركه أو يميزه المستفيدون منها، وذلك بمراعاة الجانبين التقني والإنساني.

الفرع الثالث: مستويات جودة الخدمة الصحية

على الرغم من اختلاف آراء الباحثين حول مستويات جودة الخدمة الصحية إلا أنه يمكن التمييز بين المستويات الثلاثة التالية:

- **الجودة القياسية:** تعبر عن الطريقة التي تؤدي بها الخدمة الصحية من قبل موظفي المنظمة الصحية والتي تخضع للمواصفات النوعية للخدمة الصحية المقدمة، وبالتالي فإن الجودة يمكن تقييمها بطريقة موضوعية، وذلك بمدى مسابقتها للمعايير القياسية.

- **الجودة التقديرية:** وهي مدى التفوق والامتياز الذي يقدره مقدمو الخدمة أو مجموعة من الخبراء والأطباء المهرة، وهي بذلك تكون أبعد من مجرد مطابقة أو مسايرة بعض المعايير¹.

- **الجودة المدركة:** تعبر عن مدى التفوق الذي يدركه المستفيدون من الخدمة الصحية.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحية

هناك العديد من الأدبيات التي تناولت أبعاد جودة الخدمات بشكل عام، ومنها على وجه الخصوص أبعاد جودة الخدمة الصحية التي تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الرعاية الصحية على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى التطابق مع المعايير المتفق عليها، وقد توصلت مجموعة من الباحثين وعلى رأسهم Parasuramen, Berry, Zeithmal في عام 1985 إلى أنّ المعايير التي يبني عليها المستفيد توقعاته وإدراكاته، وبالتالي حكمه على جودة الخدمة، تمتد لتشمل عدة أبعاد، أما في مجال الرعاية الصحية فإن مفهوم الجودة يتسع ليشمل عشرة أبعاد رئيسية وهي:

- **سهولة الوصول إلى الخدمة:** هي درجة توافر الخدمة لمقابلة الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع دون عائق جغرافي أو اقتصادي أو اجتماعي؛

- **الملاءمة:** وهي درجة ملاءمة الرعاية الصحية لاحتياجات المريض الصحية، وبذلك فهذا البعد يهتم باختيار الإجراء المناسب أو الصحيح؛

- **التسلسل والتنسيق:** وهي درجة التنسيق في تقديم الخدمة للمريض، بمعنى آخر أن يحصل المريض على الخدمة الصحية التامة التي يحتاجها بمراحلها المختلفة دون نقص أو تكرار²؛

¹: مهي التحيوي، المرجع السابق، ص141.

²: مهي التحيوي، المرجع السابق، ص142.

- الكفاءة: وتعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة، أي أن هذا البعد يهتم بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة؛
- السلامة: يعني بعد السلامة تقليل المخاطر الناتجة عن تقديم الخدمة الصحية وذلك لكل من مقدميها والمستفيدين منها على حد سواء¹؛
- الفعالية: وهي درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، فهذا البعد يهتم بأن يتم تقديم الخدمة الصحية بطريقة صحيحة؛
- الموثوقية: تعبر عن درجة ثقة العميل في المنظمة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقعها؛
- الاستجابة: يشير هذا البعد إلى المبادرة إلى مساعدة المرضى والرد السريع على استفساراتهم؛
- المجاملة: تشير المجاملة إلى حسن معاملة المستفيدين من الخدمة الصحية وتقدير ظروفهم؛
- الموجودات الملموسة: أي الجانب المادي للخدمة الصحية كالمباني، الأجهزة الطبية وغيرها.

وقد قامت الدراسات المتلاحقة لنفس الباحثين بتلخيص هذه المعايير ودمجها في خمسة معايير فقط وهي الاستجابة، الاعتمادية (المعولية)، الأمان، التعاطف (اللطف)، الملموسية، حيث وُضع لكل بعد منها وزن نسبي يختلف من مريض إلى آخر ومن منظمة صحية إلى أخرى، إلا أن بعد الاعتمادية يلقى في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم بعد يعكس جودة الخدمة الصحية، وفيما يلي شرح لهذه الأبعاد الخمسة:

- **بعد الاستجابة Responsiveness**: تعني الاستجابة مقدرةً مقدّم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، والاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة واستعداد ورغبة مقدّم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمرضى المستفيدين منها عند احتياجهم لها، أي أن الاستجابة في الخدمات الصحية تشير إلى أنّ جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم ومناسب².
- ويمثل بعد الاستجابة 22% كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى³. ويعتبر تقديم خدمات علاجية فورية والاستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، والعمل على مدار ساعات اليوم من أهم معايير تقييم بعد الاستجابة في الخدمات الصحية.

¹: إبراهيم بن مصطفى الهجان، المرجع السابق، ص20.

²: أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهّاب، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في

محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد السادس، العدد التاسع عشر، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة تكريت، العراق، 2010، ص15.

³: صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية

للدراستات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة العلوم التطبيقية، عمان، الأردن، جانفي، 2012، ص 75.

على ضوء ما تقدّم يمكن القول أن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى المبادرة السريعة للعاملين بالمنظمة الصحية إلى مساعدة المرضى والتفاعل السريع وفي جميع الأوقات مع الحالات المرضية والإصابات الواردة إليها، فضلاً عن الإجابة السريعة على جميع استفسارات وشكاوي المرضى، وهذا لا يكون إلا من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة، وهذا ما يؤدي إلى إنهاء حالة القلق والشك التي تتولد لدى المستفيد من الخدمة الصحية أثناء فترة الانتظار.

- **بعد الاعتمادية (المعولية) Reliability:** تعبر الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية على درجة ثقة المستفيد في المنظمة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها، ويعكس هذا البعد مدى قدرة المنظمة الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبشكل دقيق.

وبالتالي فبعد الاعتمادية يشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم خدماتها في الوقت المحدد، وبالذقة المطلوبة إلى المستفيدين الذين يتطلعون إليها بأن تقدّم لهم خدمة دقيقة من حيث الوقت والانجاز، ممّا يعطيهم إحساساً وثقة بأن حياتهم بين أيدي أمينة تحقق لهم الراحة النفسية والجسدية بالإضافة إلى السلامة، وأنه بإمكانهم الاعتماد على المنظمة في هذا المجال، وهذا يتحقق من خلال:

- الوفاء بتقديم الخدمة في الموعد المحدد؛
- الحرص على حل مشكلات المستفيد؛
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص؛
- الثقة في الأطباء والفنيين وفي كفاءاتهم ومؤهلاتهم.

ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى، وأهم معايير تقييمه دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية، تقديم الخدمة في الوقت المحدد وبموثوقية ودقة وثبات وبدون أخطاء¹.

- **بعد الأمان Assurance:** يعبر بعد الأمان عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدّمة ومن يقدمها، أي أنه يتعلق بنتائج المخاطر المدركة من تلقي الخدمة²، فهذا البعد إداً يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة، وشعور المستفيد منها بالحصول على خدمة جيدة، والحفاظة على سرّية وخصوصيات طالبي الخدمة، وكذا الاطمئنان على أرواحهم وممتلكاتهم، وذلك من خلال مهارة مقدّمي الخدمة

¹: صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، المرجع السابق، ص75.

²: نجم العزاوي، فراس أبو قاعد، أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية، دراسة تطبيقية في المستشفيات الأردنية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد

الثالث والعشرون، 2010، ص122.

وكياستهم وقدرتهم على بعث الثقة والرضا لدى المستفيد من الخدمة الصحية، مما يشعره أنه تحت مظلة من الرعاية الصحية الآمنة.

ويعني بعد الأمان أيضا تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية، سواء تعلّق الأمر بمقدّم الخدمة الصحية أو المستفيد منها، (فعلى سبيل المثال عند القيام بعملية نقل الدم يجب الاحتياط ضد عدوى مرض التهاب الكبد أو فيروس الإيدز)، أي أن إجراءات السلامة الصحية تشمل كلاً من طالب الخدمة والفريق الصحي.

ويمثّل بعد الأمان 19% كأهمية نسبية في الجودة إذا ما قورن بالأبعاد الأخرى¹، ويعتبر حجر الزاوية في عملية تقديم الخدمة الصحية، إذ من المفترض أن تكون المنظمة الصحية المكان الذي يتمتع بأعلى مستوى من الأمن والسلامة والصحة، لأنها المكان الذي يقصده الإنسان للوقاية والعلاج والشفاء، ولا يمكن لأحد قبول تقديم الرعاية الصحية أو تلقيها في بيئة غير آمنة.

ويلعب هذا البعد دورا كبيرا وفعالاً في جذب المرضى لطلب الخدمة الصحية، حيث أن توفر عنصر الأمان يشكّل أحد الحاجات الأساسية بالنسبة للمريض، فعلى سبيل المثال خضوع المريض إلى عملية جراحية يعتمد بشكل كبير على مدى الأمان بالطبيب الجراح، ومدى العناية التي سوف يلقاها من الفريق الطبي المرافق له، ولهذا يقوم المريض -قبل إجراء العملية- بتجميع المعلومات الكافية للحصول على مستوى معين من الثقة والأمان.

بناء على ما سبق يمكن القول أن الأمان كأحد أبعاد جودة الخدمات الصحية يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلا عن توفير المستلزمات والتقنيات الحديثة في المجال الصحي، وتحريّ السلامة في التشخيص والعلاج مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة للمعايير وثقة ومصداقية عالية.

- **بعد التعاطف (Empathy):** يشير بعد التعاطف إلى المودّة والاحترام بين الطاقم الصحي وطالب الخدمة الصحية، وأن يكون مقدّم الخدمة الصحية على قدرٍ من الاحترام والأدب، وأن يتسم بالمعاملة الودية مع المستفيد من الخدمة، كما يعبرّ هذا البعد عن الجوانب النفسية للمستفيد والتي يمكن إدراكها من خلال الحرص والعناية الخاصة أو الفردية التي تقدّمها المؤسسة الصحية لعملائها.

ويشمل بعد التعاطف جودة الاتصال، وإبداء روح الصداقة والحرص على مصالح المريض وإشعاره بأهميته، والرغبة في تقديم الخدمة حسب احتياجاته، كما يعكس أثر الثقافة التنظيمية بالمنظمة الصحية في تكوين شعور لدى العاملين بها بأهمية جودة الخدمة الصحية وضرورة التطوير المستمر لها.

وبذلك فبعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي الخدمة الصحية والفريق الصحي والفني والإداري، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين في إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المريض

¹: صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، المرجع السابق، ص76.

للتعليمات الصحية المطلوبة منه، كما تضع مصلحة المريض في مقدّمة اهتمامات الإدارة والعاملين بالمنظمة الصحية.

ويمثل بعد التعاطف 16% كأهمية نسبية في الجودة، ومن معايير تقييمه الإصغاء الكامل لشكاوي المرضى، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ، احترام عادات وتقاليده المرضى، الاهتمام الشخصي بالمريض ومناداته باسمه¹.

- **بعد الملموسية Tangibles**: يقصد ببعده الملموسية الإمكانيات المادية والبشرية للمنظمة الصحية، والتي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى) عليها وعودتهم إلى نفس مقدّم الخدمة.

ويقاس هذا البعد من خلال تقييم العميل (الداخلي أو الخارجي) لحداثة وجاذبية المباني ومعدّاتها والإمكانيات والتسهيلات المادية الأخرى، ونمط التقنية المستخدم ومدى تطور المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (المختبرية، الأشعة، وغيرها) المستخدمة في إنتاج الخدمة الصحية وتقديمها، بالإضافة إلى المظهر الخارجي للمنظمة الصحية وتنظيمها الداخلي، وما يتضمنه ذلك من توافر أماكن الانتظار ومواقف السيارات وكذا مظهر ونظافة العاملين (الأطباء والفنيين والإداريين) وهندامهم اللائق، ومظهر الأثاث والديكور، ومدى توافر وسائل الراحة والترفيه والبرامج الصحية التثقيفية وغير ذلك.

المبحث الثالث: قياس جودة الخدمة الصحية

إن عملية قياس الجودة في قطاع الخدمات لا زالت في غاية الصعوبة قياساً بما هو سائد في المؤسسات الإنتاجية، ويرجع ذلك إلى الخصائص المميزة للخدمات عن السلع المادية -وبالأخص صفة اللاملموسية- فضلاً عن وجود جوانب عديدة غير قابلة للقياس الكمي في الخدمة، وبالتالي تعتمد في تقييمها على الآراء والتقدير الشخصي، مما يصعب عملية وضع معايير ثابتة لقياس جودة الخدمات في مختلف المنظمات الخدمية ويحتم ضرورة وضع معايير تستجيب لمتطلبات وخصوصية كل قطاع على حدى، هذه المعايير من شأنها أن تحقق نوعاً من التوازن بين أهداف مقدّم الخدمة وطالبتها والمنظمة الخدمية. وعلى غرار باقي الخدمات فإن جودة الخدمة الصحية تعتبر من أعقد المفاهيم من حيث التعريف أو القياس الذي أصبح ضرورة ملحة ولا سبيل إلى تجاهلها، والمبحث الذي بين أيدينا مخصص لمناقشة وتحليل قياس الجودة في القطاع الصحي من خلال التطرق لمداخل قياس جودة الخدمة الصحية ومؤشرات تقييم أداء المنظمات الصحية .

المطلب الأول: مداخل قياس جودة الخدمة الصحية

إنّ جودة الخدمة الصحية يُنظر إليها من وجهة نظر داخلية وأخرى خارجية، حيث تعبّر وجهة النظر الأولى عن موقف المنظمة الصحية، وتقوم على أساس الالتزام بالمواصفات الدقيقة التي تكون الخدمة قد صممت على أساسها، أما وجهة النظر الخارجية فتعبّر عن وجهة نظر المريض إزاء ما يقدم له من

¹: صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، المرجع السابق، ص77.

خدمات، وبالتالي فهي تركز على جودة الخدمة المدركة من طرف المريض، لذلك فإن قياس الجودة الصحية يستند إلى مدخلين أساسيين؛ يعكس المدخل الأول تقييمات العميل (المريض) للخدمة المقدمة له، أما المدخل الثاني فيمثل مقاييس الجودة التقنية (المهنية)¹، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا المطلب.

الفرع الأول: قياس جودة الخدمة الصحية من منظور المرضى

إن الخدمة الصحية يمكن تقييمها من خلال حصول المرضى والمراجعين على الخدمة ومدى تقييمهم لها، إذ تتعلّق جودة الخدمات الصحية من هذا المنظور بمدى مطابقتها للخدمات المقدمة مع احتياجات وتوقعات المرضى، وقبل التطرق إلى مقاييس هذا المدخل نرى أنه من الضروري التعرف أولاً على مصطلحين يستخدمان بكثرة في هذا الإطار وهما:

- توقعات المريض: وهي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة، والتي تصاغ في شروط يعتقد المريض أن تكون في الخدمة أو أنه سوف يحصل عليها².
 - إدراكات المريض: وهو الشعور الذي يدرك به المريض الخدمة فعلياً كما قُدمت له.
- ومن أبرز المقاييس المستخدمة في إطار هذا المدخل ما يلي:

أ- مقياس الفجوة (نموذج Servequal)

ينسب هذا المدخل إلى كلٍ من Parasuramen, Berry, Zeithmal حيث قاموا بتطوير نموذج لتشخيص المسببات الرئيسية للفجوة بين إدراك المستفيدين من الرعاية الصحية للأداء الفعلي للخدمة وبين توقعاتهم حول جودتها، عرف باسم Servequal أو مقياس الفجوة، يعتمد هذا المقياس على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية والمتمثلة في الاستجابة، الاعتمادية، الأمان، التعاطف، الملموسية.

يلقي النموذج الضوء على الصعوبات التي تواجه المنظمات الصحية في سعيها لتحقيق مستويات مرتفعة من الجودة، ويستند إلى توقعات المرضى لمستوى الخدمة وإدراكاتهم الفعلية لها، ثمّ تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات، وبالتالي فإن مستوى جودة الخدمة الصحية يقاس بمدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة فعلاً لمراجعها وبين ما يتوقعه بشأنها، وعليه فإن هذا النموذج يقوم على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات والتوقعات³، يمكن التعبير عنها رياضياً كما يلي:

¹: Agency for Healthcare Research and Quality: **Your Guide to Choosing Health Care**, July, 2001, P1, sur le site d'internet: www.ahrq.gov/consumer/qualguid.pdf, date de visite 17/06/2012.

²: نبيلة كحيلية، المرجع السابق، ص 93.

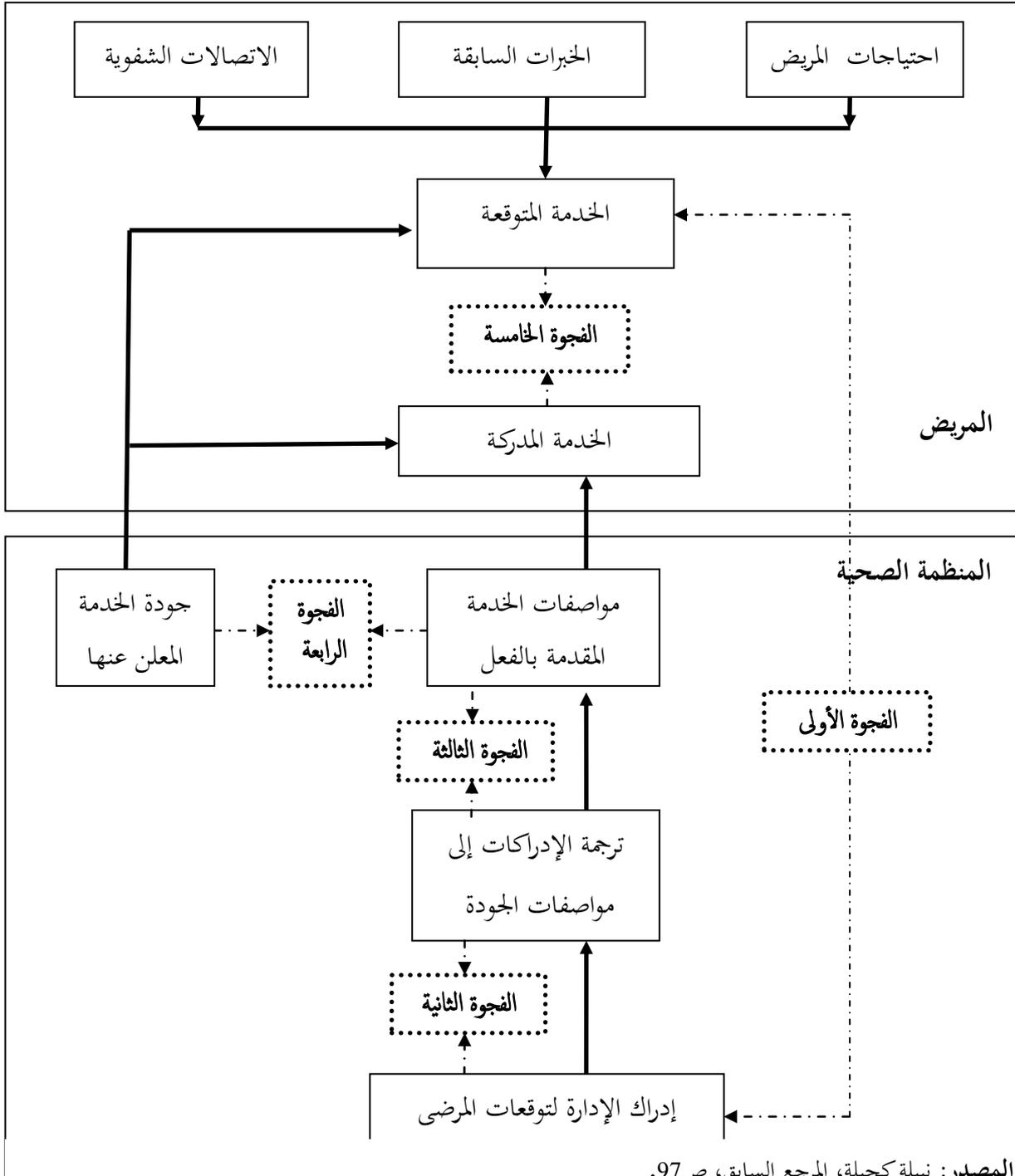
³: سوسن شاکر مجيد، محمد عواد الزبادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 19.

جودة الخدمة الصحية = الخدمة المدركة - توقعات المريض¹

ويشير النموذج إلى وجود خمس فجوات تؤدي إلى حدوث ما يسمّى مشكلات الجودة، وهو ما يسبّب الفشل في تقديم الجودة المطلوبة من الرعاية الصحية، وتتعلق هذه الفجوات بكل من المنظمة الصحية، المستفيد من الخدمة الصحية، وبالاثنتين معاً، وفق ما يوضحه الشكل رقم (03).

¹: نبيلة كحيل، المرجع السابق، ص 96.

الشكل (03): نموذج الفجوات Servequal لقياس جودة الخدمة الصحية



المصدر: نبيلة كحيلية، المرجع السابق، ص 97.

من خلال الشكل رقم (03) نلاحظ أن الجزء العلوي يتعلّق بالمراجع للخدمة الصحية (المريض)، بينما يتعلّق الجزء السفلي بمقدم الرعاية الصحية، كما يتضح من الشكل أن الخدمة المتوقعة للمريض تكون ناتجة عن خبرته السابقة، احتياجاته الشخصية، والانطباع المتكون لديه نتيجة الاتصالات بين المرضى من خلال الكلمة المنقولة.

ويمكن توضيح الفجوات الخمس للنموذج كآتي:

- **الفجوة الأولى:** تنتج هذه الفجوة عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة الصحية وبين إدراك الإدارة لتوقعاتهم، أي أنها تنتج عن عجز الإدارة عن معرفة الاحتياجات والرغبات المتوقعة لمراجعي الخدمة الصحية¹، ومن أبرز الأسباب المؤدية إلى حدوث هذه الفجوة:
 - قصور وضعف أنظمة الاتصال داخل المنظمة الصحية؛
 - عدم الاهتمام الكافي للمنظمة الصحية بالتعرف على توقعات المرضى والمراجعين للخدمة؛
 - تعدد المستويات الإدارية، مما يؤدي إلى بطء وصول توقعات المرضى للإدارة.
- **الفجوة الثانية:** تنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بجودة الخدمة وبين إدراك الإدارة لتوقعات المستفيدين، بمعنى أنه حتى لو كانت توقعات المرضى ورغباتهم معروفة للإدارة فلن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة، فعلى سبيل المثال قد ترغب إدارة المنظمة الصحية في تقديم خدمات فندقية جيدة بناء على توقعات المرضى، غير أن عدم توفر الإمكانيات المادية سيحول دون تحقيق ذلك².
- **الفجوة الثالثة:** تظهر هذه الفجوة نتيجة الاختلاف بين المواصفات المحددة لجودة الرعاية الصحية ومستوى الأداء الفعلي لها، ويُعزى ذلك لأسباب أهمها:
 - تدني مستوى مهارة الأفراد القائمين على خدمة المريض؛
 - قصور وضعف الرقابة على الخدمات الصحية المقدمة؛
 - عدم توافر الحماس والدافعية وروح الفريق لدى مقدمي الخدمة الصحية بالمنظمة الصحية.
- **الفجوة الرابعة:** "تنتج عن الخلل في مصداقية مؤسسة الخدمة الصحية بين ما تعلنه من مستويات أداء الخدمة وما تقدمه فعلياً"³، وتسمى هذه الفجوة أيضاً بفجوة الاتصال، ومن أبرز أسباب حدوثها:
 - المبالغة في الوعود عن المستويات العالية للجودة؛
 - عدم إدراك القائمين على الجودة لمحتوى الإعلانات الموجهة للمستفيدين.
- **الفجوة الخامسة:** تنتج عن اختلاف إدراك المريض لجودة الرعاية الصحية التي حصل عليها فعلاً عن توقعاته المسبقة لمستويات أداء الخدمة، وهي الفجوة الوحيدة التي يتلمسها المريض، وتكون نتاجاً لواحدة أو أكثر من الفجوات الأخرى سابقة الذكر، إذ تسهم مجتمعة أو منفردة في وجود فارق بين توقعات المريض لمستوى الخدمة الصحية من ناحية، وبين تقييمه للأداء الفعلي لها من ناحية أخرى.

¹: نبيلة كحيلة، المرجع السابق، ص96.

²: سفيان عصماني، المرجع السابق، ص147.

³: نبيلة كحيلة، المرجع السابق، ص96.

- والملاحظ أنه كلما كانت هذه الفجوات كبيرة كلما دل ذلك على أن الخدمة المقدمة ذات جودة رديئة أو منخفضة، على العكس من ذلك فإن الجودة تبدأ في التحسن كلما حدث انكماش لتلك الفجوات، وهذا ما يستلزم التقليل ما أمكن من سعتها وذلك باعتماد مجموعة من الأساليب أبرزها:
- معرفة وإدراك المحددات الرئيسية لجودة الخدمة كما يدركها المراجعون للخدمة الصحية؛
 - صياغة وتثبيت معايير الجودة وإبلاغها للعاملين وإفهامهم بها، وإلزامهم بممارستها عند تواصلهم مع المرضى؛
 - وضع أنظمة لمراقبة أداء الخدمة الصحية المقدمة للمرضى؛
 - تبني المعايير المحددة لجودة الرعاية الصحية ذات القبول العالمي، وذلك من خلال سعي المنظمة الصحية للحصول على الاعتماد Accreditation من طرف المنظمات الوطنية، الإقليمية، وحتى العالمية؛
 - تحقيق التميز في الرعاية الصحية، والعمل على جعل الجودة ثقافة وقيمة تنظيمية في المنظمة الصحية، تبدأ من الإدارة إلى أبسط عامل في الهيكل التنظيمي¹.

وقد تعرض مقياس الفجوات لمجموعة من الانتقادات التي ترتب عنها تقديم العديد من الدراسات أبرزها دراسة تايلور Taylor وكرونين Cronin والتي نتج عنها مقياس جديد سمي مقياس الأداء الفعلي (Servperf) services performance

ب- مقياس الأداء الفعلي (نموذج Servperf)

توصل إلى هذا النموذج كلٌّ من كرونين Cronin وتايلور Taylor سنة 1992، ويعتبر نموذجا معدلا عن نموذج الفجوات Servequal، إذ يستبعد فكرة الفجوة بين الأداء والتوقعات ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للمريض، على اعتبار أن جودة الخدمة يمكن الحكم عليها بشكل مباشر من خلال اتجاهات العملاء (المرضى)²، ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية:

$$\text{جودة الخدمة الصحية} = \text{الأداء الفعلي}^3$$

ولا يختلف أسلوب (servperf) عن سابقه (servqual) في الأبعاد المستخدمة في قياس جودة الخدمة الخاصة بالاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف والموسمية، ويرى أصحاب هذا المقياس بأنه يتميز عنه سابقه بالبساطة وسهولة الاستخدام، وكذلك بزيادة درجة مصداقيته وواقعيته.

وبالرغم من المزايا التي يتمتع بها نموذج الأداء الفعلي في قياس جودة الخدمة، إلا أنه لا يقلل من أهمية نموذج (servqual)، كما أنه لم يسلم من الانتقادات والمتمثلة أساسا في:

- إهماله لقياس توقعات العملاء (المرضى) لمستوى جودة الخدمة المراد الحصول عليها؛

¹: سفيان عصماني، المرجع السابق، ص148.

²: قاسم نايف علوان الخياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص ص 104-105.

³: نبيلة كحيل، المرجع السابق، ص99.

- لا يتضمن الأبعاد التنظيمية والإدارية وأداء العاملين في القياس والتي تعتبر بمثابة المحددات الهامة والمؤثرة على مستوى جودة الخدمة المقدمة؛

- يعجز عن مساعدة الإدارة في الكشف عن مجالات القوة والضعف في الخدمة المقدمة والتي تتعلق بجوانب متعددة، وليس فقط إدراكات المريض للخدمة.

ج- مقياس الرضا

يعتبر رضا المرضى -سواء كانوا مرضى محتملين أو مرضى حقيقيين- من أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المستفيدين من الخدمة الصحية حول جودة الخدمة المقدمة لهم باعتبارهم المستفيد النهائي من خدمات الرعاية الصحية، ولا بدّ من استطلاع آرائهم وإدراكاتهم التي تلعب دورا حيويا في الحكم على جودة الخدمة، وتؤثر تأثيرا كبيرا على سلوك المنظمات الصحية.

ويمكن تعريف الرضا في مجال الخدمة الصحية بأنه شعور المريض أو المراجع للخدمة بالراحة عن مجمل الخدمات التي تلقاها بالمنظمة الصحية (وتشمل مختلف الخدمات الطبية، التمريضية، والخدمات المرافقة لها كخدمات الإطعام، الخدمات الفندقية، الخدمات الاجتماعية والنفسية والنظافة)، مما يمنحه الثقة بالإجراءات التي يتبعها مقدمو الخدمة، ويولد لديه شعورا إيجابيا يساعده على تقبّل العلاج والتجاوب معه، وهذا ما يؤدّي بدوره إلى تحصيل نتائج علاجية أفضل وينعكس على جودة الخدمة الصحية.

ويعرّف الرضا أيضا بأنه مستوى من إحساس الفرد الناتج عن المقارنة بين أداء الخدمة كما يدركه العميل وبين توقعات هذا العميل¹، وبالتالي فدرجة رضا المريض تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه من خدمات وما كان يتوقّع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة². فإذا كانت الخدمة المدركة (أي الخدمة التي حصل عليها المريض فعلا) أقل من الخدمة المتوقعة كان شعوره بالاستياء وعدم الرضا، أما إذا كانت مساوية أو أكبر من هذه الأخيرة كان شعوره بالرضا وازداد ولاؤه للمنظمة الصحية وتمسّك بها.

وبعبارة أخرى رياضية يمكننا القول أن رضا المريض هو دالة للفرق الإيجابي بين الإدراك والتوقع ويمكن التعبير عنه بالعلاقة التالية:

$$\text{الرضا} \leq \text{الإدراك} - \text{التوقع}$$

وقد تزايد الاهتمام برضا المرضى ومراجعي الخدمات الصحية، وأصبح من المسلّم به الاعتماد على هذا المقياس كحجر الأساس في قياس جودة الخدمة الصحية، حيث يرى دونابديان Donabedian أن مناقشة موضوع الجودة وتحسينها لا يكتمل دون إدراك الدور الذي يقوم به المستفيد من الخدمة، وأنه

¹: سفيان عصامي، المرجع السابق، ص137، نقلا عن:

Philip Kotler, B.Dubois, Marketing Management, Publi-Union, 10 édition, Paris, 2000, p 69.

²: ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص215.

لا غنى البتة عن استخدام الرضا في قياس الجودة، كما يرى بيترسون Petersen - وهو أحد المتحمسين للأخذ بوجهة نظر المريض في الحكم على نوعية الخدمات المقدمة- أنه ليس من المهم في الحقيقة ما إذا كان المريض على صواب أو خطأ فالمهم هو شعور المريض تجاه الخدمة رغم اختلاف الجهات المقدمة للرعاية الصحية، وأن المستشفيات التي فشلت في تحقيق رضا العميل ربما حكمت على نفسها بالفناء¹.

وهناك العديد من الطرق لقياس مستوى رضا المريض منها المقابلة والاستمارة والملاحظة، غير أن الاستمارة تمثل الوسيلة الأكثر استعمالاً من خلال توجيه قوائم الاستقصاء للمستفيدين من الخدمة الصحية، هذه القوائم تتضمن حزمة من الأسئلة التي تكشف شعور المرضى نحو الخدمات المقدمة لهم، ومن خلال الإجابة على هذه الأسئلة يمكن تحديد مدى موافقة ومطابقة أوجه الخدمة لمتطلباتهم وتوقعاتهم، ويجب أن تكون أسئلة الاستمارة سهلة ومحددة، ووثيقة الصلة بموضوع الخدمة الصحية حتى يمكن تحليلها التحليل الملائم.

د- مقياس عدد الشكاوي

يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً عن مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة، فإما أن تكون في مستوى ما يتطلعون إليه أو أن تكون دون المستوى ولا تتناسب مع توقعاتهم لها، وهذا المقياس يمكن المنظمة الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى، ويولد إحساساً لدى المستفيدين بأنهم موضع اهتمام من جانب المنظمة الصحية، وبالتالي يتحوّل الأفراد غير الراضين إلى أشخاص لديهم ولاء للمنظمة الصحية وخدماتها.

وينقسم العملاء وفق مقياس عدد الشكاوي إلى أنواع أهمها²:

- **العميل الصامت:** بشكل عام هذا النوع من العملاء لا يشتكي بغض النظر عن معاناته من الأخطاء، وينبغي العمل على إغرائه من أجل تقديم الشكاوي.
- **العميل دائم الشكاوي:** يشكو دائماً بحق أو بدون حق، ولا يكون راضياً أبداً عن الخدمة، وهناك دائماً من وجهة نظره أخطاء.
- **العميل الموضوعي:** هذا العميل لا يشكو إلا إذا كان هناك مبرر لشكواه، فهو يهتم بالنتائج وحل المشاكل ولا تهمه الأعدار.
- **العميل المستغل:** يهدف إلى الحصول على مزايا إضافية من تقديم شكواه، فهدفه الرئيسي ليس حل المشاكل.

¹: آدم غازي العتيبي، مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرف التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد الثامن عشر، العدد الثاني، ديسمبر 2002، كلية العلوم الإدارية، جامعة الكويت، الكويت، ص5.

²: محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2004، ص ص78-79.

وتجدر الإشارة إلى أن المؤسسات التي يكون لديها توجه بالعميل تتجاوب بشدة مع شكاوي عملائها، بل وتذهب إلى أبعد من ذلك، إذ أنها تحاول البحث عن شكاوي، لأن عدم وجود شكاوي من العملاء لا يعني بالضرورة وجود مستوى عالٍ من الرضا، ذلك أن الوسائل المتبعة لإعطاء العملاء فرص تثبيت رضاهم عن الخدمة قد لا تكون كافية، كما أنه ينبغي الأخذ بعين الاعتبار أن هناك ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء والذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف¹.

الفرع الثاني: قياس الجودة المهنية

تعكس مقاييس الجودة المهنية قدرة المنظمة الصحية على الوفاء بجودة خدماتها الصحية والإدارية من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها، إذ أنه لا يكفي أن يكون المستفيد راضيا عن مستوى الخدمة التي يتلقاها وحسب، بل يجب أن يكون راضيا أيضا عن نوع الخدمة الصحية والإجراءات التي قُدمت بها. وفي هذا الإطار فقد حدد دونابيديان Donabedian ثلاث مداخل لقياس الجودة الصحية المهنية وهي المدخل الهيكلي Structural Approach، مدخل العملية Process Approach، ومدخل النتيجة النهائية Outcom Approach.

أ- المدخل الهيكلي Structural Approach

يتضمن هذا المدخل استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمنظمة الصحية، وترتبط بالأفراد والتسهيلات المتاحة لتقديم الخدمات وبأسلوب تنظيمها وإدارتها، وبذلك فأبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد والتسهيلات المتاحة في المنظمة الصحية، وتتضمن²:

■ كفاءة وجودة مقدمي الخدمة (أطباء، ممرضين، فنيين، ...)، والتي تنعكس من خلال العديد من المؤشرات أهمها:

- درجة معرفة الفريق الصحي بنظم وإجراءات العمل المتبعة؛

- التمكن الفني من خلال خبرة ومؤهلات مقدمي الخدمة الصحية؛

- جودة العلاقة الشخصية بين المرضى ومقدمي الخدمة الصحية.

■ جودة الأجهزة والمعدات الطبية والتي تنعكس من خلال:

- درجة التطور التقني للأجهزة؛

- تكلفة تشغيل الأجهزة؛

- دقة القراءات التي تظهرها أجهزة وأدوات القياس.

■ جودة نظام السجلات الطبية والمعلومات: "يستهدف توفيرُ سجلات متكاملة للمرضى حفظَ

المعلومات الشخصية والتطور التاريخي للحالة المرضية، وبالتالي فإن وجود نظام جيد للسجلات

¹: محفوظ أحمد جودة، المرجع السابق، ص78.

²: قدور بن نافلة، مريزق عاشور، المرجع السابق، صص15-16.

الطبية منظم ومتكامل بالمستشفى يعد أمرا ضروريا ومهما، لأنه يساعد في تعزيز البحوث الطبية لما تحتويه من معلومات عن السيرة المرضية والتطور المرضي للمريض¹، ومن أبرز مؤشرات جودة نظام السجلات الطبية ما يلي:

- وفرة السجلات الطبية ووضوحها ومدى كفاية البيانات التي توفرها؛
- طريقة الحصول على البيانات الطبية بما يضمن سريتها وخصوصيتها؛
- طريقة حفظ السجلات واستخراجها.
- جودة نظام إجراءات العمل: وتتجلى من خلال:
 - انتظام مواعيد العمل، بما يضمن تقديم الخدمة على مدار اليوم؛
 - بساطة إجراءات الحصول على الخدمة الصحية والتحديد الواضح والدقيق لها.
- الجودة في خصائص الهيكل التنظيمي: وتظهر من خلال:
 - انسيابية وسهولة تداول المعلومات بين أقسام المنظمة الصحية؛
 - درجة وضوح الاختصاصات والمسؤوليات لدى كل العاملين؛
 - جودة القرارات الإدارية بما يضمن تحقيق الخدمة الصحية بالسرعة المطلوبة.
- التسهيلات والإمكانيات الأخرى: وتنعكس من خلال مؤشرات أبرزها:
 - التصميم الداخلي للمنظمة الصحية؛
 - النظافة والمظهر الخارجي.

ويعتبر هذا المدخل جذابا وميسرا للإداريين بسبب سهولة توفر المعلومات المطلوبة للتقييم من سجلات المنظمة الصحية أو من خلال الملاحظة البسيطة، ويستند على افتراض أساسي، وهو أنه إذا كان هيكل الرعاية جيدا فإن العمليات الملائمة تتبع الهيكل، كما أن النتائج ستكون جيدة²، وهذا ليس بالضرورة صحيحا، وليس هناك تأكيد لذلك، وإنما يُتوقع فقط أن وجود خصائص هيكلية جيدة يؤدي إلى توفير رعاية صحية ذات جودة، وهو ما يجعل هذا المدخل لوحده غير كافٍ كمؤشر للجودة.

ب- مدخل العملية Process Approach

يسمى هذا المدخل أيضا بمدخل الإجراءات، ويشير إلى محتوى الرعاية كعملية، أي الأنشطة والخدمات التي تم تقديمها لمراجع الخدمة الصحية، ويتضمن ذلك تسلسل وتنسيق خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية، والوصول إلى النتائج (المخرجات) المرجوة، ويعتمد ذلك على إصدار معايير

¹: حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط، مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه، إشراف: عبد الرزاق بن حبيب، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2010/2009، بحث لم ينشر، ص160.

²: فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق، ص389.

مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير على حالات من المرض، مثل قياس إجراءات رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى.

والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه مدخل العملية هو أنه إذا كانت العمليات صحيحة فإنه يُتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة، ويعتبر هذا المدخل لقياس الجودة من المداخل الأكثر استعمالاً، وذلك لسهولة تحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع مقاييس النتيجة النهائية، كونه يعتمد على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى، حيث يقوم هذا المدخل على أساس تحديد قائمة مسبقة بالعناصر التي يُعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثمّ مقارنتها مع الأنشطة التي تمّ القيام بها أثناء الرعاية كما هي موثقة في السجلات الطبية للمريض¹.

ثالثاً- مدخل النتيجة النهائية Outcome Approach: يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية التي تحدث في المستوى الصحي الفردي أو المجتمعي في الوقت الحاضر أو المستقبل كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية، ويعتبر هذا المقياس مثالاً في تقييمه للجودة بسبب الصدق الظاهري للنتائج، غير أنه يتميز بصعوبة القياس نتيجة وجود عوامل عديدة تؤثر على المستوى الصحي إلى جانب الرعاية الصحية كعوامل البيئة، الوراثة، القيم والسلوك، أي أنه لا يوجد تأكيد على ارتباط النتائج بعمليات التشخيص والمعالجة فقط.

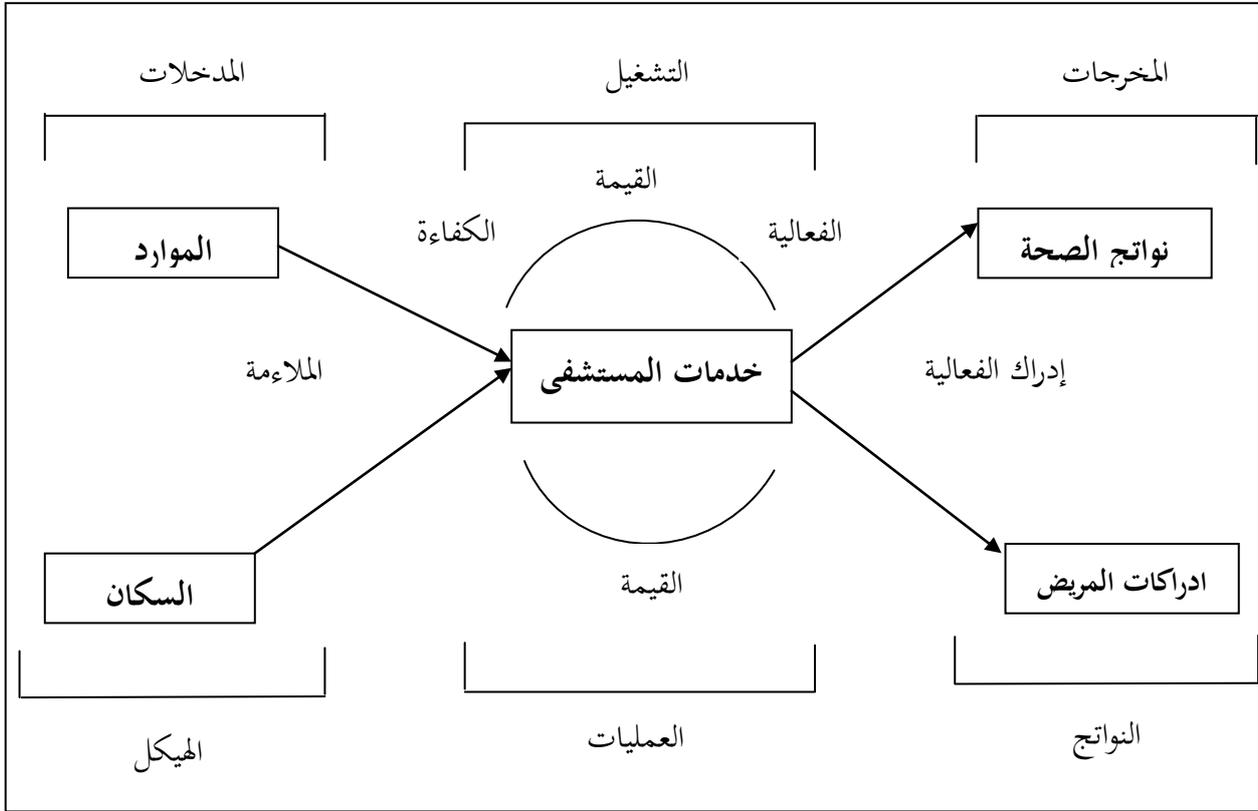
والجدير بالذكر أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة، لذلك يجب اختيار مجموعة من الإجراءات التي تغطّي الأنواع الثلاثة من القياسات، وذلك حسب الهدف من القياسات، حيث أنّ قياس النتائج يستخدم غالباً بغرض تقييم الأداء، بينما قياس العمليات والهيكلة يستخدم بغرض تحسين وضبط العمليات². كما تجدر الإشارة إلى أنه لا بدّ من توفر نظام لإدارة المعلومات بالمنظمات الصحية، تحدّد من خلاله الإجراءات الفعلية لجمع وتحليل وتوزيع المعلومات للأطراف المناسبة، وفي الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

ويمكن توضيح المداخل الثلاثة لقياس الجودة المهنية الصحية من خلال الشكل رقم (04):

¹: فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق، ص 390.

²: مهّي التحيوي، المرجع السابق، ص 146.

الشكل رقم (04): مقاييس الجودة المهنية



المصدر: نبيلة كحيلية، المرجع السابق، ص101.

المطلب الثاني: مؤشرات تقييم أداء المنظمات الصحية

يعرّف تقييم الأداء بأنه "إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها، ومقارنة تلك الأهداف بالأهداف المتحققة، ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات عما تم التخطيط له مسبقاً، مع تحديد أسباب تلك الانحرافات وأساليب معالجتها"¹.

وإذا ما تعلق الأمر بالمنظمات الصحية فإن مفهوم تقييم الأداء "يرتبط إلى حد كبير بمدى قدرة هذه المنظمات على تحقيق أهداف الرعاية الصحية التي تسعى إلى بلوغها من حيث إعداد البرامج الصحية، ومستوى تنوع الخدمات الصحية المقدمة، وعكس إستراتيجيتها وأهدافها في النتائج المحققة من سير عملها"².

وتعتبر مؤشرات تقييم الأداء في المنظمات الصحية بصفة عامة والمستشفيات بصفة خاصة مقاييس يمكن استخدامها لتابعة مستوى جودة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة، فهي "عبارة عن أداة تستخدم لتابعة وتقدير مدى جودة الوظائف الهامة المتعلقة بالأنشطة الإدارية والإكلينيكية وأعمال الدعم

¹: قاسم نايف علوان المحيوي، المرجع السابق، ص358.

²: عدنان مزيق، المرجع السابق، ص24.

داخل المستشفى¹، وتعرفها الهيئة الأمريكية المشتركة للمستشفيات بأنها "عبارة عن مقاييس كمية يمكن استخدامها لمراقبة وتقوم جودة الوظائف الإدارية والإكلينيكية والمساندة التي تؤثر على المخرجات الخاصة بالمريض"²، هذه المقاييس يمكن أن تتعلق بالعوامل الأساسية (الهيكليّة) أو الوظيفية أو مخرجات الرعاية، لذلك فإنه يمكن إجمال مؤشرات تقييم أداء المنظمات الصحية بصفة عامة، والمستشفيات بصفة خاصة باعتبارها العمود الفقري لأي نظام صحي، في ثلاث مجموعات أساسية تتمثل في المؤشرات الخاصة بتقييم أداء الموارد البشرية، المؤشرات الخاصة بتشغيل المستشفى، ومؤشرات الأداء الخاصة بنتائج التشغيل، علماً أن المؤشرات المختارة لها ارتباط مباشر بموضوع الدراسة (الدور التنموي للخدمات الصحية)، كما أننا لم نركز على الأداء المالي للمؤسسة الصحية.

الفرع الأول: مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية

يعتبر العنصر البشري المورد الهام والاستراتيجي في مختلف المنظمات الإنتاجية والخدمية، غير أنه أكثر أهمية في قطاع الخدمات الصحية، "فالاهتمام بتقييم أداء العناصر البشرية التي تعمل بالمستشفيات هو المدخل الأساسي للتقييم الكلي للمستشفى، وكلما ارتفعت كفاءة وأداء هذه العناصر كلما ارتفعت كفاءة المستشفى ككل"³.

إن قياس كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية في المستشفيات لا بد أن يكون من خلال تقدير الاستخدام الفعلي والإهدار الفعلي لهاته الموارد، ونظراً لصعوبة تحقيق ذلك فإنه يمكن الاعتماد على مقارنة هيكل الموارد البشرية المتوفرة مع المقاييس العالمية المقترحة من طرف منظمة الصحة العالمية⁴، وذلك بالاعتماد على المؤشرات الفرعية التالية:

- **نسبة الأسرة إلى الأطباء:** أي نصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المستشفى، وعلى اعتبار أن الطبيب لا يمكنه أن يخدم بكفاءة أكثر من عدد محدد من الأسرة فإن النسبة المقبولة عالمياً هي أربعة (04) أسرة لكل طبيب⁵، علماً بأن هذه النسبة قد تختلف حسب اختصاصات المستشفيات (مستشفيات عمومية، مستشفيات الأمراض العقلية والنفسية، مؤسسات رعاية الأمومة والطفولة، وغيرها).

- **نسبة الأسرة إلى الممرضين:** يستخدم هذا المؤشر لتقييم كفاءة استخدام الممرضين والمرمضات العاملين في المستشفى على ضوء عدد الأسرة، فإذا ما كان المستشفى يعاني من نقص في الكوادر

¹: عبد المحسن نعباني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، المؤتمر العربي للاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية، أيام 14/13/12 مارس 2002، ص3.

²: حوالف رحيمة، المرجع السابق، ص95.

³: محمد سيد جاد الرب، المرجع السابق، ص207.

⁴: الحاج عرابة، تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية، دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات، مجلة الباحث، العدد العاشر،

2012، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، ص335.

⁵: المرجع نفسه، ص336.

التمريضية فإن ما قد يتوافر فيه من أحدث التجهيزات الطبية وأمهر الأطباء يكون ذو أهمية أقل. وكلما كان عدد الأسرة قليلا انخفضت قيمة المؤشر وزاد مستوى الخدمة المقدمة للمرضى، والعدد المعمول به هو سريران (02) لكل ممرض أو ممرضة، مع الإشارة إلى اختلاف النسبة من مستشفى إلى آخر حسب التخصص.

- نسبة الممرضين إلى الأطباء: "يعتبر هذا المؤشر من المؤشرات النوعية المتخصصة لتقدير كفاءة استخدام الأطباء والممرضين"¹، وقد حُددت النسبة المقبولة كحد أدنى بثلاثة ممرضين أو ممرضات لكل طبيب، وهذه النسبة تختلف باختلاف المنظمات الصحية، غير أن النسبة المقبولة في المستشفيات كحد أدنى هي أربعة (04) ممرضين لكل طبيب.

- عدد الأسرة/صيدلي: لا يقتصر تطبيق مؤشر عدد الأسرة على الأطباء والممرضين فحسب وإنما أيضا على الصيادلة، والعدد المقبول هو مئة (100) سرير لكل صيدلي، وأي نقص عن هذا العدد يعني تدني أداء المستشفى.

- عدد الأسرة/أخصائي التغذية وأخصائي التحليل المخبري: تولى المستشفيات الحديثة هذا المؤشر الاهتمام المناسب، وتحرص على توفير مئة (100) سرير لكل أخصائي من النوعين لأهميتهما في المستشفى.

- عدد الأسرة/موظفي الخدمة الاجتماعية: تهتم أغلب المستشفيات كذلك بهذا المؤشر الذي يُفترض أن يصل إلى (70/1) والمعياري نفسه بالنسبة لأخصائي العلاج الطبيعي.

- عدد الأسرة/الموظفين: تشمل فئة الموظفين جميع الأفراد العاملين في إنجاز المهام الإدارية في المستشفى، ويفترض أن يساوي عدد الموظفين عدد الأسرة، فالمستشفى الذي يضم ثلاث مئة (300) سرير مثلا يفترض أن يعمل فيه ثلاث مئة (300) موظف، وأي خلل في هذه المعادلة ينعكس سلبا على أداء المستشفى.

وقد تمّ التركيز في مؤشرات أداء الموارد البشرية على فئتي الأطباء والممرضين نظرا للدور البارز الذي يلعبه هؤلاء في تقديم الخدمات الصحية إلى المستفيدين منها، وازدياد الحاجة إلى هذا النوع من الكوادر الصحية.

الفرع الثاني: المؤشرات الخاصة بتشغيل المستشفى²

تضم المؤشرات الخاصة بتشغيل المستشفى ما يلي:

- متوسط فترة الإقامة: يرتبط هذا المقياس بأيام مكوث المريض في المستشفى، وكلما انخفض هذا المعدل دلّ ذلك على كفاءة وجودة النظم العلاجية والطبية المتاحة، بشرط شفاء المريض ورضاه عن الخدمات المقدمة له، ويحسب هذا المعدل من خلال المعادلة التالية:

¹: الحاج عرابة، المرجع السابق، ص335.

²: حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، 2005، صص 117-119.

$$\text{متوسط فترة الإقامة} = \frac{\text{إجمالي عدد أيام المرضى خلال سنة معينة}}{\text{عدد مرضى الخروج خلال نفس}}$$

ويمكن النظر إلى هذا المؤشر على أنه قليل الدلالة، فكما يتضح فإن مدة إقامة المريض تقل بزيادة عدد حالات الخروج بما في ذلك الوفيات، كما وقد يحدث ويبادر المستشفى بإخراج المريض ليستكمل علاجه في المنزل تحت ضغط الإقبال المتزايد للمراجعين، وتزداد بذلك حالات الخروج وتقل فترة الإقامة التي يستعان بها كدليل على مستوى كفاءة مرتفع، بالرغم من أن هذه القيمة لم تعكس الفترة الحقيقية لإقامة المريض.

- **معدل دوران السرير:** يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين يخدمهم سرير واحد خلال فترة زمنية معينة، غالباً ما تكون سنة، والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

$$\text{معدل دوران الأسرة} = \frac{\text{عدد حالات الخروج في السنة}}{\text{عدد الأسرة في نفس السنة}}$$

- **معدل إشغال السرير:** يستخدم هذا المؤشر في معرفة مدى الوقت الذي يظل فيه السرير مشغولاً للمريض خلال سنة معينة، ويحسب من خلال العلاقة:

$$\text{معدل إشغال الأسرة} = \frac{\text{إجمالي عدد أيام العلاج}}{\text{عدد الأسرة} \times 365} \times 100$$

وكلما زاد معدل إشغال السرير طال متوسط مدة الإقامة، وبالتالي الخفض معدل دوران الأسرة.

- **معدل كلفة المريض:** يعد هذا المعيار أحد المؤشرات المالية الموضوعية لمعرفة مدى إيجابية أداء المستشفى، إذ يدل ارتفاع هذه التكاليف على تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، وتحسب التكلفة وفق المعادلة التالية:

$$\text{معدل كلفة المريض} = \frac{\text{مجموع النفقات في المستشفى خلال فترة معينة}}{\text{إجمالي عدد أيام المرضى خلال نفس الفترة}}$$

- **معدل حالات التشريح:** يشير ارتفاع هذا المعدل إلى الأداء العالي للمستشفى وانخفاضه يشير إلى تدني أدائه، لما لهذه الحالات من فوائد لمعالجة الحالات المرضية المماثلة مستقبلاً، ويحسب وفق المعادلة التالية:

$$\text{معدل حالات التشريح} = \frac{\text{مجموع حالات التشريح خلال فترة معينة}}{\text{مجموع عدد الوفيات خلال نفس الفترة}} \times 100$$

- معدل العمليات القيصرية: ويتم حسابه كما يلي¹:

$$\text{معدل العمليات القيصرية} = \frac{\text{إجمالي عدد العمليات القيصرية خلال فترة معينة}}{\text{إجمالي عدد الولادات خلال نفس الفترة}} \times 100$$

الفرع الثالث: مؤشرات الأداء الخاصة بنتائج التشغيل

أي معايير الأداء الخاصة بمخرجات الرعاية الصحية، وتضم مايلي²:

- نسبة الوفيات العامة: يعبر عن نسبة المرضى الذين توفوا في المستشفى من مختلف الأعمار ولأسباب مختلفة، ويدل ارتفاع هذا المعدل على تدني أداء المستشفى، ويحسب من خلال المعادلة التالية:

$$\text{معدل الوفيات العام} = \frac{\text{عدد الوفيات في المستشفى خلال فترة معينة}}{\text{عدد المرضى خلال نفس الفترة}} \times 100$$

- نسبة وفيات الأطفال: يقيس هذا المؤشر نسبة وفيات الأطفال الأقل من سنة بالنسبة لإجمالي الولادات في المستشفى، وتعكس هذه النسبة جودة الخدمات الصحية المقدمة في حال تدنيها، أما في حال ارتفاعها فإنها تدل على تدني أداء المستشفى، وتحسب كما يلي:

$$\text{نسبة وفيات الأطفال} = \frac{\text{إجمالي وفيات الأطفال عمر (0-12 شهر) خلال سنة}}{\text{إجمالي عدد الولادات خلال نفس السنة}} \times 100$$

- نسبة وفيات الأمهات: يقيس هذا المؤشر نسبة وفيات الأمهات اللواتي في حالة الحمل أو عند الولادة نتيجة خلل يعود للكوادر الصحية أو الأجهزة أو أوضاع المستشفى المتردية، ويحسب من خلال المعادلة:

$$\text{نسبة وفيات الأمهات} = \frac{\text{إجمالي عدد وفيات الأمهات في المستشفى نتيجة الحمل أو الولادة خلال سنة}}{\text{إجمالي عدد الولادات خلال نفس السنة}} \times 100$$

- نسبة الوفيات نتيجة التخدير: يختص هذا المعيار بعدد العمليات الجراحية ونسبة المتوفين في حالة العملية نتيجة القصور في إجراءات التخدير، ويشير ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى، والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

¹: نبيلة كحيلية، المرجع السابق، ص46.

²: حسين ذنون البياتي، المرجع السابق، ص47.

$$\text{نسبة الوفيات نتيجة التخدير} = \frac{\text{إجمالي عدد الوفيات بسبب عامل التخدير خلال فترة معينة}}{\text{إجمالي عدد العمليات الجراحية خلال نفس الفترة}} \times 100$$

- نسبة الشكاوي للمراجعين: تشير إلى نسبة الشكاوي المقدمة من طرف المراجعين للمنظمة الصحية، وقد يتعلق الأمر بالنواحي التالية¹:

- محور التغذية: قد يتخلل هذا المحور الكثير من أوجه القصور، ويتعلق الأمر بالتخطيط، وشراء واستلام الأغذية، مرحلة الإعداد والطهي، مرحلة توزيع وتقديم الطعام، وكل نقص أو خلل يتخلل هذه العناصر سوف يؤثر على جودة وكمية الغذاء المقدم للمرضى.
- محور النظافة: ويتعلق الأمر بنظافة الغرف أو دورات المياه وغيرها.
- محور الأدوية والتجهيزات: ويتعلق الأمر بتوافر الأدوية والتجهيزات الطبية الضرورية.

وتحسب هذه النسبة من خلال العلاقة:

$$\text{نسبة الشكاوي للمراجعين} = \frac{\text{عدد الشكاوي في المستشفى}}{\text{عدد المراجعين}}$$

- نسبة الشكاوي للأطباء: وقد تتعلق هذه الشكاوي بعدم توافر وسائل العمل بشكل كاف أو قلة فرص التكوين أو غيرها، وتحسب من خلال العلاقة:

$$\text{نسبة الشكاوي للطواقم الطبي} = \frac{\text{عدد الشكاوي في المستشفى}}{\text{عدد الأطباء}}$$

بالإضافة إلى المجموعات الثلاثة سابقة الذكر لمؤشرات الأداء فإنه توجد مؤشرات أخرى ترتبط بتقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية تتمثل أساسا في²:

$$\text{عدد الإصابات بالأمراض السارية} = \frac{\text{عدد الإصابات بمرض معين}}{\text{عدد سكان المنطقة المخدومة}}$$

$$\text{نسبة الأطفال الملقحين} = \frac{\text{عدد الأطفال الملقحين}}{\text{عدد أطفال المنطقة المخدومة}}$$

¹: عدمان مرزوق ، المرجع السابق، ص30.

²: ثامر ياسر البكري، المرجع السابق، ص209.

وكذا مؤشرات مرتبطة بتقييم أداء النشاطات العلمية والبحثية كعدد البحوث المنجزة من طرف الأطباء منها أساساً¹:

$$\text{عدد البحوث المنجزة من طرف الأطباء} \\ \text{عدد الأطباء في المستشفى} = \text{عدد البحوث/ طبيب}$$

$$\text{عدد الندوات الطبية المنجزة خلال سنة} \\ \text{عدد الندوات الطبية المخططة خلال السنة} = \text{نسبة إنجاز الندوات الطبية}$$

وما تجدر الإشارة إليه أن دقة النتائج المتحققة من استخدام أي مؤشر تعتمد بشكل كبير على دقة البيانات التي يقدمها القسم الإحصائي في المؤسسة الصحية وكيفية تبويبها وترتيبها بالشكل الذي لا يحدث أي تداخل في النتائج النهائية، كما أن استعمال مؤشر محدد دون الآخر يعتمد على الرغبة الحقيقية لإدارة المستشفى في الاستفادة من النتائج المتحققة من عملية القياس، وعكسها على تقويم الأداء وتحسين جودة خدماتها المختلفة.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى أنه وبالرغم من وجود عدد من الهيئات والمؤسسات التي تعنى بموضوع قياس الأداء في المنظمات الصحية وعلى وجه الخصوص المستشفيات إلا أن جهود هذه الأخيرة مازالت قاصرة عن توفير عدد من المعدلات الموضوعية التي يمكن استخدامها كمقاييس مرجعية في تقييم الأداء، لذلك وفي خضم هذا القصور والصعوبات المحيطة به فقد بذلت منظمة الصحة العالمية باعتبارها المعنية الأولى بالموضوع جهوداً حثيثة من أجل الوصول إلى نظام لقياس الأداء يمكن اعتماده من قبل مختلف المستشفيات، أثمرت هذه الجهود عن عدد من المقاييس التي يمكن الاعتماد عليها في مقارنة وتقييم الأداء في المستشفيات².

لذلك وبعد استعراضنا لأهم المعدلات والنسب المستخدمة في تقييم أداء المنظمات الصحية (المستشفيات على وجه الخصوص)، والتي تعكس مدى جودة الخدمات الصحية والوظائف الإدارية، وكيفية حسابها؛ تقتضي الضرورة الإشارة إلى أهم الحدود الدنيا أو القصوى التي ينبغي الالتزام بها ومراعاتها وذلك وفقاً لما حددته منظمة الصحة العالمية وكما يبينه الجدول رقم (01).

¹: بنية راشد الكعبي، قاسم علي عمران، دور بطاقة الأداء المتوازنة في تقويم أداء المستشفيات الحكومية غير الهادفة إلى الربح: دراسة تطبيقية في مستشفى

الدكتور كمال السامرائي، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد السابع والثمانون، 2011، صص 45-46.

²: حسين ذنون البياتي، المرجع السابق، ص 113.

الجدول رقم (01): معايير أداء المستشفيات ومؤشرات قياسها

مؤشر القياس	المعايير
4 أو 5 أسرة	عدد الأسرة/طبيب
سريرين	عدد الأسرة/ممرض أو ممرضة
100 سرير	صيدلي واحد
100 سرير	أخصائي واحد للتغذية
100 سرير	أخصائي واحد بالتحليل المختبري
75	موظف واحد متخصص بنظام المعلومات الطبية
75	موظف واحد متخصص بالخدمة الاجتماعية
75	موظف واحد متخصص بالعلاج الطبيعي
سرير واحد	موظف واحد
3% - 4%	الوفيات العام
5000/1	الوفيات نتيجة التخدير
1%	الوفيات بعد العملية
0.25%	وفيات الأمهات
2%	وفيات الأطفال عند الولادة
1%	نسبة التلوث
1-2%	نسبة التلوث بعد العملية
25%	نسبة التشريح
3-4%	نسبة العمليات القيصرية
7 أيام	معدل رقود المريض
80%	نسبة إشغال الأسرة
65	معدل دوران السرير
15 مريضاً	مريض العيادة الخارجية/طبيب

المصدر: سليم بطرس جلدة، المرجع السابق، ص110.

خلاصة الفصل

تعتبر الخدمات الصحية من أهم الخدمات الاجتماعية التي يقع على عاتق جميع الدول توفيرها للأفراد حمايتهم من مختلف الأمراض، فهي مجموعة من الأنشطة الموجهة لحفظ الصحة وتحسينها، وتُقسم إلى خدمات وقائية موجهة لرفع المستوى الصحي للمجتمع بصفة عامة، وخدمات علاجية موجهة للتخلص من المرض بعد حدوثه، تُقدم هذه الخدمات ضمن أربعة مستويات أساسية هي مستوى الرعاية الصحية الأولية، فمستوى الرعاية الصحية المتخصصة، ثم مستوى الرعاية الصحية متطورة التخصصية، وأخيرا مستوى الرعاية الصحية التأهيلية، بحيث عند عجز أي مستوى عن مواجهة بعض الحالات المرضية يوجه المريض إلى المستوى الأعلى منه مباشرة.

ويستلزم النجاح في تحقيق أهداف البرامج الصحية أن يتم تقديم الرعاية الصحية على أساس من الكفاية الكمية مما يتيح سهولة الحصول على الخدمة الصحية، وعلى أساس من الكفاية النوعية التي تستلزم التحسين المستمر لجودة الخدمة الصحية، هذه الأخيرة تعتبر من أكثر القضايا إلحاحا على مستوى المؤسسات الصحية وعلى مستوى النظام الصحي ككل، فهي ضرورة ملحة لضمان تحسين الأداء وتقديم خدمات صحية متميزة.

ويختلف تعريف جودة الخدمة الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، فهي بالنسبة للمستفيد مرتبطة بطريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، أما بالنسبة لمقدم الخدمة الصحية فهي تركز على تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية، في حين تُعنى من الناحية الإدارية بكيفية استخدام الموارد المتاحة لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وبالتالي فهي تمتد لتشمل خمسة أبعاد رئيسية وهي: الاستجابة، الاعتمادية (المعولية)، الأمان، التعاطف (اللطف)، الملموسية، هذه الأبعاد يتم قياسها من خلال مدخلين أساسيين؛ يعكس المدخل الأول وجهة نظر المريض إزاء ما يقدم له من خدمات، ويمثل المدخل الثاني مقاييس الجودة المهنية، وذلك بالاعتماد على عدد من المؤشرات التي تستخدم لتقييم أداء المنظمة الصحية والتعرف على مدى مساهمة التحسين في جودة الخدمة الصحية في تحقيق أهداف التنمية الاجتماعية والبشرية، أما عن كيفية هذه المساهمة فسوف نناقشها من خلال الفصل الثاني الذي خصصناه لهذا الغرض.

الفصل الثاني:

الدور التنموي للخدمات الصحية
في مجال التنمية البشرية المستدامة

لقد مر الفكر التنموي بعدة تحولات، انتقلت فيها أفكار التنمية من المفهوم الكلاسيكي الذي ركز على رأس المال المادي إلى مفهوم التنمية البشرية المستدامة الذي ركز على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري من أجل تحقيق تنمية متوازنة ومستدامة، وذلك نظرا للتفاعل الديناميكي بين الإنسان صانع التنمية وبين التنمية كهدف، وهذا ما يستوجب ضرورة الاهتمام بهذا المورد وتوفير مختلف الخدمات اللازمة لتنميته وتطويره حاضرا ومستقبلا.

وتعتبر الخدمات الصحية من الخدمات الاجتماعية الضرورية التي ينبغي على الدول تطويرها والاهتمام بها، إذ تعتبر أداة رئيسية لتحقيق أهداف التنمية البشرية وأحد مؤشراتنا على حد سواء، فالارتباط بين المؤشرات الصحية والمؤشرات التنموية يدل على أن المستوى الصحي للدول يساير المستوى التنموي، وهو ما يعكس العلاقة الطردية والمركبة بين الصحة والتنمية البشرية.

والصحة إذ تعتبر حقا علميا أساسيا فهي في نفس الوقت مورد بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وهذا ما يستوجب ضرورة الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين وتنميته من خلال تحسين جودة الخدمات الصحية العلاجية والوقائية، والعمل على تعزيز دور منظمات الرعاية الصحية وتزويدها بالخبرات العلمية وبأحدث ما توصلت إليه التقنية الطبية.

وإذا ما كان الهدف الأساسي للخدمات الصحية هو تنمية المستوى الصحي للأفراد بما يدعم البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة، فإنه في إطار تحسين جودة الخدمات الصحية بالمنظمات المقدمة للرعاية الصحية سيتم تدعيم بعدين آخرين للتنمية البشرية المستدامة هما البعد التعليمي والبعد البيئي، لذلك فقد خصصنا هذا الفصل لإبراز الدور الذي تؤديه الخدمات الصحية الجيدة في دعم التنمية البشرية المستدامة من خلال تجسيد الأبعاد الثلاثة -سالف الذكر- لهذه الأخيرة.

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتنمية البشرية المستدامة

في هذا المبحث سنقوم بدراسة مفهوم التنمية البشرية المستدامة باعتباره مصطلحا جديدا فرض نفسه في الخطاب الاقتصادي والسياسي والاجتماعي على مستوى العالم بأسره منذ تسعينات القرن الماضي، وذلك من خلال التعرف على مفهومه، أبعاده، أسسه، ومؤثراته، وقبل ذلك كله كيف تطور هذا المصطلح تاريخيا.

المطلب الأول: التنمية البشرية في الفكر الاقتصادي

تعكس مسيرة التنمية البشرية المستدامة مسيرة نظريات التنمية نفسها، ومسيرة نظريات النمو الاقتصادي، ذلك أن التنمية البشرية المستدامة هي جزء من كل، ولم تطرح مستقلة بحد ذاتها، وقد أسهم الفكر التنموي للعقود الخمسة الأخيرة من القرن العشرين في إعطاء مفاهيم متعلقة بالعنصر البشري، تصب كلها في إطار الاعتراف بأهميته وضرورة الاستثمار فيه.

لقد ركز الاقتصاديون في البدايات الأولى لصياغة الأفكار والنظريات الاقتصادية تركيزا كبيرا على رأس المال المادي في النشاط الاقتصادي، حيث انصب اهتمامهم حينها على الثروة المادية بدلا من اهتمامهم بالإنسان وذلك إلى غاية الخمسينات من القرن الماضي، أين ساد النموذج الاقتصادي المتمحور حول تكوين رأس المال والقائل بأن "النمو الاقتصادي المستمر كاف بحد ذاته لتوفير المكاسب الاجتماعية لأفراد المجتمع كافة، وأن من شأن التراكم المستمر لرأس المال أن ينعكس إيجابا عاجلا أم آجلا على مختلف الفئات الاجتماعية"¹، وقد عرفت التنمية وقتئذ بأنها "الزيادة السريعة والمستمرة في مستوى الدخل الفردي مقارنة بالزيادة في معدل السكان"²، وبذلك فقد أختزل مفهوم التنمية في مجرد النمو الاقتصادي وتم النظر إلى العنصر البشري كوسيلة للتنمية وليس كهدف لها.

ومع تطور النظرية الاقتصادية تبين أن تعظيم الناتج القومي ما هو إلا هدف من أهداف السياسة الاقتصادية، وأن هناك أهداف أخرى لا تقل أهمية عنه كتخفيض البطالة، تحسين التعليم والسعي إلى تحقيق مستوى صحي أفضل، وذلك مع بداية الستينات، أين اتجهت نماذج النمو الاقتصادي إلى الاستثمار في البشر من خلال الصحة والتعليم وتحسين المهارات، وظهر في هذه الفترة مفهوم تنمية الموارد البشرية الذي أولى عناية خاصة بالبشر وركز على تأهيل الكوادر الفنية، وذلك بهدف زيادة إنتاجيتهم وقد شكل التعليم والتدريب النواة التي تمحور حولها مضمون التنمية آنذاك، غير أن هذا المفهوم بقي بعيدا عن

¹: جورج القيصي، التنمية البشرية، مراجعة نقدية للمفهوم والمضمون، بحوث الندوة الفكرية التي نظمتها الأمانة العامة لجامعة الدول العربية واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان، 1995، ص83.

²: عمار عماري، بعض الملاحظات على التنمية البشرية في الجزائر وسبل النهوض بها، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد السابع، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، 2007، ص20.

النظر إلى البشر بصفتهم هدف التنمية النهائي، إذ انصب الاهتمام بالعنصر البشري على سنوات عمره الإنتاجي فقط ولم يشمل الاهتمام به خلال سنوات الطفولة والكهولة¹.

ومع بداية السبعينات بادرت منظمة العمل الدولية إلى طرح منهج الحاجات الأساسية الذي يتلخص جوهره بأن على الحكومات واجب العمل على تأمين الخدمات الأساسية كالعناية الصحية وخدمات التعليم والبنى التحتية للسكان، وقد تبين في هذه المرحلة أن جانب الاهتمام بالبشر باعتبارهم هدف التنمية قد بدأ ينضح أكثر فأكثر، وإن بقي الأمر مقتصرًا على توزيع الثمار المادية للتنمية.

في بداية عقد الثمانينات ومع انخفاض معدلات النمو في الدول المتقدمة، وارتفاع أسعار النفط العالمية، وتزايد المديونية في الدول النامية أهملت إستراتيجية الحاجات الأساسية، وانحرف هذا المسار الإيجابي للفكر التنموي، حيث تم اقتراح سياسات التكييف الهيكلي التي ركزت البشر في المرتبة الثانية- بعد الاهتمام بالإصلاح والنمو الاقتصادي الذي كان على سلم الأولويات- وأصبحت المنافع التي تصيب السكان وخاصة تلبية الحاجات الأساسية تتحقق كنتيجة طبيعية لعملية النمو الاقتصادي، وقد بدأ واضحًا في هذه الفترة أن هناك تياران رئيسيان على المستوى الدولي بخصوص التعامل مع البشر؛ التيار الأول وقد حمل لواءه صندوق النقد الدولي، حيث أرجأ الاهتمامات البشرية كافة إلى مرحلة لاحقة وركز على النمو الاقتصادي، أما التيار الثاني فقد حمل لواءه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي Programme des nation unies pour le développement (PNUD) الذي حاول أن يضع البشر في صلب العملية التنموية².

ونتيجة للإخفاقات التي مُنيت بها برامج التكييف الهيكلي المطبقة من طرف صندوق النقد الدولي والتي أسفرت عن تدنٍ كبيرٍ في مستويات المعيشة لشرائح واسعة من المجتمع؛ دعت تقارير برنامج الأمم المتحدة للتنمية إلى إجراء الأبحاث التنموية حول مواضيع الموارد البشرية ودورها في التنمية، وجاء تأكيد الاقتصادي الهندي أمارتيا سان Amartia Sen على مفهوم تطوير القدرات البشرية، فحسب Sen فإن "حرية الاختيار هي في صلب الرفاهية الإنسانية، والتي تتم من خلال تعزيز قدرات الناس لتحقيق مستويات أعلى من الصحة والمعرفة واحترام الذات والقدرة على المشاركة في الحياة الاجتماعية بشكل نشط"³، وبذلك تزايد مفهوم تنمية الموارد البشرية بالبشر باعتبارهم ليسوا وسيلة التنمية فقط بل وغايتها أيضًا، وإن بقي هذا الاهتمام على المستوى النظري ولم يبلور في شكل عملي.

مع مطلع التسعينات حصلت قفزة نوعية في الفكر التنموي من حيث معالجته للتنمية، حيث تم وضع الجزء وهو تنمية الموارد البشرية ضمن الكل وهو التنمية البشرية، وذلك من خلال برنامج الأمم المتحدة للتنمية PNUD الذي تبنى ولادة مفهوم التنمية البشرية كمفهوم جديد للتنمية، وتم إصدار التقرير الأول للتنمية البشرية سنة 1990

¹: برنامج الأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية في اليمن، 1998، ص1.

²: هدى زوبر مخلف الدعمي، عدنان داود محمد العادري، الاقتصاد المعرفي وانعكاساته على التنمية البشرية: نظرية وتحليل في دول عربية مختارة، دار جرير للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2010، ص19.

³: مدحت القرشي، التنمية الاقتصادية، نظريات وسياسات وموضوعات، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2007، ص ص 178-179.

بعنوان تقرير التنمية البشرية human developpement report الذي جاء" كرد فعل على النظرة الاقتصادية الشديدة للبنك الدولي حول موضوع التنمية"¹، وبذلك تبلور مفهوم التنمية البشرية بشكل كامل، وأصبح يتردد كثيرا في الأدبيات الاقتصادية بجعل الإنسان هو الغاية الأساسية للنشاط الاقتصادي ابتداءً وانتهاءً.

وما فتئ تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية يبلور مفهوم التنمية البشرية من عام إلى آخر، ويطرح مفاهيم مكملة لمفهومه الأساس، " ففي عام 1991 تمت بلورة مفهوم مؤشر الحرية البشرية، كما تمّ تدارس مسألة تمويل التنمية البشرية ومسألة فاعليتها، وفي عام 1992 تم التأكيد على الطابع الأممي لمفهوم التنمية البشرية"². "وبحلول عام 1993 ربط برنامج الأمم المتحدة بين مفهوم التنمية الإنسانية ومتطلبات الاستدامة البيئية، حيث أطلق المدير الجديد للبرنامج في تلك الفترة جيمس سبيث Jemes Speth دعوة إلى تنمية إنسانية مستدامة لا تقف عند حد النمو الاقتصادي، بل توزع منافعها بعدالة وتعيد توليد البيئة بدلا من تدميرها وتمكّن الناس بدلا من تهميشهم"³، فظهر مفهوم أوسع للتنمية البشرية يجمع بين مفاهيم التنمية الاقتصادية، البشرية و المستدامة، يهتم بالبيئة والسكان والطاقة والتكنولوجيا والمؤسسات الاجتماعية وجوانب أخرى ضمن منظور طويل الأجل، هذا المفهوم هو التنمية البشرية المستدامة Sustainable human development

المطلب الثاني: مفهوم التنمية البشرية المستدامة

لقد حازت التنمية البشرية المستدامة Sustainable human development على اهتمام كبير في الأدبيات الاقتصادية الحديثة، وظهرت عدة اجتهادات ومحاولات لتوضيح مفهومها الذي جاء كتطور لمفاهيم تنموية سابقة، وقد برز بوصفه تركيبة مشكّلة من إستراتيجية التنمية البشرية التي عبّرت عنها تقارير التنمية البشرية التي يُصدرها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومفهوم التنمية المستدامة الذي تمّ تبنيه من قبل مؤتمر الأمم المتحدة حول البيئة والتنمية منذ سنة 1992. لذلك وقبل أن نعرّف التنمية البشرية المستدامة لابد أن نعرّج على مفهومي التنمية البشرية، والتنمية المستدامة، كل بحد ذاته وبصفة مستقلة عن الآخر.

عرّف برنامج الأمم المتحدة للتنمية PNUD في تقريره الصادر سنة 1990 التنمية البشرية على أنها "توسيعٌ لخيارات الأفراد، ومن حيث المبدأ فإن هذه الخيارات يمكن أن تكون مطلقة ويمكن أن تتغير بمرور الوقت، إلا أن الخيارات الأساسية الثلاثة هي أن يعيش الناس حياة صحية خالية من العلل وأن يكتسبوا المعرفة، وأن يحصلوا على الموارد اللازمة لتحقيق مستوى حياة كريمة، وما لم تكن هذه الخيارات مكفولة فإن العديد من الخيارات ستظل بعيدة المنال، غير أن التنمية البشرية لا تنتهي عند هذا الحد، فهناك خيارات إضافية تمتد من الحريات السياسية والاقتصادية والاجتماعية إلى التمتع بفرص الخلق والإبداع، والتمتع بالاحترام الذاتي، وضمان حقوق الإنسان"⁴، وبذلك فمفهوم التنمية البشرية "يضع الفرد البشري

¹ : Michel Verniers, Développement humain: économie et politique, edition economica, paris, 2003, P1.

²: جورج القصيفي، المرجع السابق، ص91.

³: مصطفى طلبة، الموسوعة العربية من أجل التنمية المستدامة، المجلد الأول، الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 2006، ص365.

⁴: جورج القصيفي، المرجع السابق، ص90.

في قلب جميع برامج التنمية¹ فهو يعنى بتوسيع القدرات البشرية من خلال الاستثمار في الناس وبتأمين الاستخدام الكامل للمهارات، فهي مفهوم شمولي يحفظ التوازن بين اكتساب القدرات البشرية والانتفاع بها، ويوسع الخيارات للأحدودة أمام البشر.

أما فكرة الاستدامة فقد برز الاهتمام بها على وقع تدهور شروط المناخ العالمي والتهديد المتزايد بنفاد الموارد الطبيعية، ونضوب مصادر الطاقة غير المتجددة، حيث عُرِّفت التنمية المستدامة بأنها "التنمية التي تحترم البيئة عن طريق الاستغلال الأمثل والعقلاني للموارد الطبيعية، لكي تلبي الاحتياجات المتوقعة للأجيال المستقبلية"²، وقد استخدم مصطلح التنمية المستدامة لأول مرة سنة 1987 من طرف رئيسة وزراء النرويج برونتلاند Bruntland في تقرير اللجنة العالمية للبيئة والتنمية (CMED) المعنون باسم "مستقبلنا المشترك"، حيث تم بلورة تعريف للتنمية المستدامة باعتبارها "التنمية التي تلبي احتياجات الحاضر دون الإخلال بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها"³، كما تم تبني هذا المفهوم في مؤتمر الأمم المتحدة حول البيئة والتنمية المنعقد بريو دي جانيرو بالبرازيل سنة 1992، وأصبح من أولى أولويات الاقتصاد العالمي على جميع المستويات وبكل أنظمتها وآلياته ومؤسساته.

وعلى اعتبار أن التدهور البيئي يحد من إمكانيات البشر بطرق عديدة لا تقتصر على المداخل وسبل المعيشة فقط، بل تطال التعليم والصحة وغيرها من أبعاد الرفاه الإنساني⁴، فقد تصاعد الاهتمام بالبيئة من منظور التنمية البشرية مما أدى إلى ظهور مفهوم التنمية البشرية المستدامة، وورد أول تعريف لها في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية لسنة 1994 على أنها "نموذج للتنمية يمكن جميع الأفراد من توسيع نطاق قدراتهم البشرية إلى أقصى حد ممكن وتوظيف تلك القدرات أفضل توظيف لها في جميع المجالات، وهو يحمي أيضا خيارات الأجيال التي لم تولد بعد، ولا يستنزف قاعدة الموارد الطبيعية اللازمة لدعم التنمية في المستقبل"⁵.

ويضيف ذات التقرير أن التنمية البشرية المستدامة هي "تنمية مواءمة للناس، ومواءمة لفرص العمل، ومواءمة للطبيعة، فهي تعطي أقصى أولوية للحد من الفقر، وللعاملات المنتجة، وللتكامل الاجتماعي وإعادة تأهيل البيئة، وهي تترجم النمو الاقتصادي إلى تحسينات في حياة البشر دون تدمير رأس المال اللازم لحماية فرص الأجيال المقبلة"⁶.

¹: Michel Verniers, OPCIT, P27.

²: Bruno Cohen- Bacrie, Communiqué efficacement sur le développement durable, Les Edition demos, Paris, 2006, p12.

³: Louis Guay, Les enjeux et Les défis du Développement Durable connaitre, Les presses de l'université Laval, Canada, 2004, P 05.

⁴: برنامج الأمم المتحدة للتنمية، تقرير التنمية البشرية لعام 2011 (الاستدامة والإنصاف: مستقبل أفضل للجميع)، ص6.

⁵: نصيرة قوريش، التنمية البشرية في الجزائر وآفاقها في ظل المخطط الخماسي 2010-2014، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، 2011، ص33،

على الموقع: [www.univ-chlef.dz/ratsh/REACH FR/Article Revue Academique N 06 2011/article 05.pdf](http://www.univ-chlef.dz/ratsh/REACH_FR/Article%20Revue%20Academique%20N%2006%202011/article%2005.pdf)، تاريخ الاطلاع: 2012/11/21

⁶: المرجع نفسه، ص34.

كما يعرف برنامج الأمم المتحدة للتنمية البشرية المستدامة بأنها " التنمية التي تعمل على تحقيق الإنصاف داخل الأجيال، وكذلك الإنصاف فيما بين الأجيال مما يمكّن جميع الأجيال (الحاضرة والمستقبلية) من تحقيق أقصى استفادة من قدراتها المحتملة"¹، أي أنها "توسيع الحريات للذين يعيشون اليوم مع الحرص على عدم المساس بحريات من سيعيشون في المستقبل"²، وبذلك فمضمون التنمية البشرية المستدامة يستند إلى فكرة الإنصاف في توزيع أو تقاسم الفرص الإنمائية بين الأجيال الحاضرة والأجيال المقبلة، فهي تنمية لا تولّد نموا اقتصاديا فقط، ولكنها تهتم بالتوزيع أيضا.

والناظر في مصطلحات مفهوم التنمية البشرية المستدامة يرى أن كلمة مستدامة تدل على أن أهداف التنمية تنطلق من الحرص على البيئة ومصلحة الأجيال المقبلة في عدم استنزاف الموارد البيئية والطبيعية، كما تؤكد كلمة البشرية- وهي الكلمة الأهم- أن التنمية البشرية المستدامة هي "نظرية التنمية الاقتصادية-الاجتماعية، لا الاقتصادية فحسب، إذ تجعل الإنسان منطلقها وغايتها، وتتعامل مع الأبعاد البشرية والاجتماعية بوصفها العنصر المهيمن، وتنظر إلى الطاقات المادية بوصفها شرطا من شروط تحقيق هذه التنمية دون أن تهمل أهميتها التي لا تنكسر"³، فهي تعتبر النمو الاقتصادي شرطا ضروريا لكنه ليس كافيا، وتؤكد على الحاجة إلى إيلاء اهتمام أكبر لنوعيته وتوزيعه، وتحلل باستفاضة صلته بحياة البشر. لذلك فهي تُعنى بتكوين وتأهيل وتطوير قدرات وإمكانيات الإنسان من أجل الوصول إلى أقصى نمو اقتصادي ممكن، ثم بكيفية توزيع ثمار التنمية وآثارها الاجتماعية والبيئية وبقابليتها للاستمرار والارتقاء بجهود المستفيدين منها. وهذا ما ورد في تقرير التنمية البشرية سنة 1993 - الذي برزت فيه نظرة برنامج الأمم المتحدة للتنمية نحو التنمية البشرية المستدامة- بأن التنمية البشرية هي " تنمية الناس، من أجل الناس، بواسطة الناس، فتنمية الناس معناها الاستثمار في قدرات البشر، سواء في التعليم أو الصحة أو المهارات حتى يمكنهم العمل على نحو خلاق ومنتج، والتنمية من أجل الناس معناها كفالة توزيع ثمار النمو الاقتصادي الذي يحققونه توزيعا واسعا وعادلا، والتنمية بواسطة الناس تعني إعطاء كل امرئ فرصة المشاركة فيها"⁴.

مما سبق يمكن إعطاء تعريف شامل للتنمية البشرية المستدامة باعتبارها إستراتيجية تنموية شاملة تبدأ وتنتهي بالناس، حيث تسعى إلى تمكين الإنسان وبناء قدراته وتوسيع خياراته في مختلف المجالات الاقتصادية، الاجتماعية (وما تتضمنه من جوانب تعليمية وصحية) والسياسية، مع التأكيد على الإنصاف والعدالة في توزيع ثمار التنمية سواء بين أبناء الجيل الحالي أو فيما بين الأجيال الحالية والمستقبلية، مع الحفاظ على البيئة ودون استنزاف لقاعدة الموارد الطبيعية.

¹: إبراهيم مراد الدعمة، التنمية البشرية (الانسانية) بين النظرية والواقع، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009، ص17.

²: برنامج الأمم المتحدة للتنمية، تقرير التنمية البشرية لعام 2011 (الاستدامة والإنصاف: مستقبل أفضل للجميع)، ص2.

³: هدى زوير مخلف الدعمي، عدنان داود محمد العذاري، المرجع السابق، ص27.

⁴: عمار عماري، المرجع السابق، ص22.

المطلب الثالث: أسس وأبعاد التنمية البشرية المستدامة

الفرع الأول: أسس التنمية البشرية المستدامة

أكد تقرير التنمية البشرية الصادر عام 1995 على ضرورة رفع المقدرة البشرية باعتبارها هدفا أساسيا للتنمية البشرية المستدامة، وذلك من خلال التركيز على الأسس التالية:

أ- الإنتاجية

تعتبر الإنتاجية من أهم شروط تحقيق التنمية، فلكي تستمر التنمية البشرية يجب أن يغذيها النمو الاقتصادي باستمرار، حيث أنه بارتفاع الإنتاجية يزداد الدخل وتزداد معه القدرة على إشباع الحاجات والرغبات وتوسّع الخيارات والفرص أمام الناس، ولهذا فقد ركز مفهوم التنمية البشرية المستدامة على زيادة النمو الاقتصادي والإنتاجية بالتزامن مع تحقيق التنمية البشرية، وعلى أن النظرة إلى العنصر البشري باعتباره مستهلكا (مستفيدا) لا تقل أهمية عن النظرة إليه بصفته منتجا، ومن الضروري أن يرتبط ويتوازن دوره الاستهلاكي مع دوره الإنتاجي.

وقد ورد في تقرير التنمية البشرية لعام 1991 " أن أفضل طريقة لتحقيق التنمية البشرية هي تشجيع نمو اقتصادي متوازن أكثر ومشاركة في التنمية أكبر، وتأكيد العلاقة المحكمة بين النمو الاقتصادي وتحسين الوضع البشري، فكما أن النمو الاقتصادي ضروري للتنمية البشرية فإن التنمية البشرية لازمة للنمو الاقتصادي"¹

ب- الإنصاف

يقع مفهوم الإنصاف في قلب التنمية البشرية المستدامة باعتباره أحد مكوناتها الأكثر أهمية والذي يصنع جوهر تميزها عن نظريات النمو الاقتصادي ونظريات التنمية التقليدية، وقد كانت فكرة الإنصاف في الماضي تعني مكافأة الأفراد حسب مساهمتهم في المجتمع، وقد أصبح الإنصاف يشير إلى عدالة التوزيع، أي تجنب حالات عدم المساواة المحففة بين الناس، وإتاحة الفرص المتكافئة للجميع دون أي عوائق أو تمييز، وبغض النظر عن العرق أو الجنس أو مستوى الدخل أو غيرها من العوامل التي تحول دون الحصول على مختلف الفرص الاقتصادية، السياسية، والثقافية، وبالتالي فمفهوم الإنصاف يركز على تكافؤ الفرص في الوسائل والمدخلات، لا في النتائج والمخرجات فقط، إذ ينبغي أن ينطلق من أطر القدرات والفرص المتاحة، فعدم المساواة في النتائج المحققة هو حصيلة لعدم المساواة في الإمكانيات، فمتوسط العمر المتوقع للفرد في مالي مثلا هو دون العمر المتوقع للفرد في النرويج بنحو 32 سنة، لأن الإمكانيات المتاحة للسكان في مالي أقل بكثير من الإمكانيات المتاحة للسكان في النرويج.²

¹: إبراهيم مراد الدعمة، المرجع السابق، ص101.

²: برنامج الأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية 2011، الاستدامة والإنصاف مستقبل أفضل للجميع، ص18.

وبناء على ما سبق فإن من حق كل شخص أن يحقق خياراته الإنسانية كحق قائم، وأن تكون له فرصة المساهمة في صنع التنمية والاستفادة منها على حد سواء، إذ أن غياب الإنصاف من شأنه أن يلغي خيارات الناس وبالتالي تطويق إنسانيتهم في الصميم، فالتنمية التي تفتقر إلى الإنصاف لا يمكن أبدا أن تكون تنمية بشرية مستدامة.

وتجدر الإشارة إلى وجود نوعين من الإنصاف؛ يتمثل النوع الأول في إنصاف الأجيال البشرية التي لم تولد بعد، والتي لا تُؤخذ مصالحها بعين الاعتبار عند وضع السياسات الاقتصادية ولا تراعي قوى السوق هذه المصالح، أما النوع الثاني فيتعلق بمن يعيشون اليوم ولا يجدون فرصا متساوية في الحصول على الموارد الطبيعية أو الخيرات الاجتماعية والاقتصادية.

ج- الاستدامة

تعني الاستدامة في مفهوم التنمية البشرية المستدامة توفير احتياجات الجيل الحاضر دون المساومة على مقدره الأجيال القادمة على التحرر من الفقر و الحرمان، أي توفير فرص التنمية البشرية للأجيال الحالية والمستقبلية.

ولا يقتصر عنصر الاستدامة على البعد البيئي وحسب، وإنما ينبغي أن تكون عملية التنمية شاملة لسياسات اقتصادية وتجارية واجتماعية تجعلها قابلة للاستمرار من وجهة نظر اقتصادية واجتماعية وبيئية، ويتطلب ذلك¹:

- عدم توريث الأجيال اللاحقة ديونا اقتصادية واجتماعية تعجز عن مواجهتها؛
- عقلنة استثمار الموارد الطبيعية وما يتطلبه من تعديل في أنماط النمو ومعدلاته والتكنولوجيا المستخدمة؛
- تعديل أنماط الاستهلاك المبددة للموارد الطبيعية.

د- التمكين

ينظر مفهوم التنمية البشرية المستدامة إلى الناس باعتبارهم فاعلين في عملية التغيير الاجتماعي وليسوا مجرد مستفيدين يتلقون النتائج دون مشاركة نشيطة، فالتنمية تتم بالناس وليس فقط من أجلهم، لذلك يعد التمكين أحد الأسس المهمّة للتنمية البشرية المستدامة، إذ يمكن الناس - باعتبارهم مواطنين متساوين في الحقوق والواجبات - من المساهمة في القرارات المتعلقة بمختلف العمليات الاقتصادية، الاجتماعية، السياسية والثقافية التي تؤثر في حياتهم².

¹: رعة خلوطه، سلمى قطاف، مساهمة التنمية البشرية في تحقيق التنمية المستدامة، الملتقى الدولي للتنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة، كلية

العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، أيام 7-8 أبريل 2008، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2008، ص388.

²: عياش بلعاطل، سياسات التنمية المستدامة والأهداف الإنمائية للألفية في الجزائر، دراسة تقييمية لحدود الالتزامات وطبيعة الإنجازات، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: ساعد بن فرحات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2010/2011، بحث لم ينشر،

مما سبق يتضح أن التنمية البشرية المستدامة تقوم على أربعة أسس هي الإنتاجية، الإنصاف، الاستدامة، والتمكين، فلا بد من زيادة قدرات الأفراد التعليمية والتدريبية والصحية حتى تزداد الإنتاجية ويزداد الدخل، وتزداد القدرة على إشباع الحاجات، ومن ناحية أخرى لا بد من أن تتاح أمام جميع الأفراد فرص متساوية للمساهمة في صنع التنمية والاستفادة من ثمارها وهو ما يكفل عدالة التوزيع، كما لا يجب أن تقتصر إتاحة الفرص المتساوية على أبناء الجيل الحالي فقط، وإنما بين أبناء الجيل الحالي من ناحية وأبناء الأجيال المقبلة من ناحية أخرى، وهو ما يضمن استمرارية التنمية، كما يتعين مشاركة الأفراد في اتخاذ القرارات التي تشكل حياتهم حتى تكون التنمية لهم وبهم¹.

الفرع الثاني: أبعاد التنمية البشرية المستدامة

عرفنا أن التنمية البشرية المستدامة تضع الإنسان موقع الصدارة باعتباره وسيلة لتحقيق التنمية المنشودة وهدفا لها في نفس الوقت، وذلك من خلال الوفاء باحتياجاته المتعددة وعلى رأسها التعليم، الصحة، الحرية والحكم الرشيد، وكذا البيئة النظيفة، والتي تعد أهم أبعاد التنمية البشرية المستدامة.

أ- التعليم

يعد التعليم من العناصر الأساسية التي تعكس مستوى التنمية البشرية المستدامة التي وصل إليها أي مجتمع، فقد اكتسب أهمية خاصة كأساس لتحقيق النمو الاقتصادي والتنمية البشرية المستدامة في الوقت نفسه، فالتعليم يعتبر الآلية المتفق عليها لتنمية القدرات واكتساب المهارات وتطوير المعارف الإنسانية، فضلا عن كونه حقا إنسانيا أساسيا وغاية في حد ذاته، وضرورة بشرية لا يمكن التهاون بشأنها.

"وقد أجمعت أدبيات الفكر وممارسات الخبرة المعاصرة أن للبيئة الثقافية والتربوية آثار مباشرة وغير مباشرة على مسيرة التنمية صعودا وهبوطا، فكلما تحققت شروط إنتاج العلم والمعرفة زادت التنمية بمعدلات أسرع"²، فالتقدم المحرز في الدول المتطورة إنما هو نتاج العملية التعليمية والتدريبية والتي تحسن القدرات البشرية وتسهم في تحقيق النمو الاقتصادي الذي تعود فوائده على التنمية البشرية، "ففي دراسة أجريت على ست دول متقدمة هي اليابان، المملكة المتحدة، السويد، فرنسا، إيطاليا، أستراليا تم التوصل إلى وجود علاقة طردية بين مستوى التعليم العالي، ومعدل التنمية في الدول الأربعة الأولى"³.

إضافة إلى ما سبق، وعلى اعتبار أن الإنسان هو هدف التنمية ابتداءً وانتهاءً، فإن التعليم يؤدي إلى تحسين ظروف الحياة ومستويات المعيشة للأفراد، خاصة الفقراء منهم، إذ يساهم بشكل فعال في دعم العدالة الاجتماعية من خلال تكافؤ الفرص على أساس القدرات التعليمية والمعرفية، وهذا ما يؤدي إلى اتساع فرص التوظيف أمام الجميع، ما يضمن بدوره الحصول على دخل مادي يمكّن الفرد من تحقيق

¹: عبد القادر محمد عبد القادر عطية، اتجاهات حديثة في التنمية، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2002-2003، ص52.

²: عياش بلعاطل، المرجع السابق، ص16.

³: عبد القادر عطية، المرجع السابق، ص ص85-86.

مستويات ملائمة من الرفاه الاجتماعي، وبالتالي فحتى يلعب التعليم دوره في التنمية البشرية يجب إتاحة الفرص أمام كل إنسان لتنمية قدراته.

ب- الصحة

تعد الصحة من العناصر الأساسية والمهمة للتنمية البشرية المستدامة، فهي من جهة تمثل نقطة الارتكاز التي يقوم عليها نشاط الأفراد، ومن جهة أخرى تعد في صلب مختلف مفاهيم الرفاه البشري، فالصحة الجيدة هي السبيل إلى التمتع بالحريات وتحقيق الذات، وغياها يقوِّض كل القدرات الإنسانية ويحد من استحقاقات البشر، بل ويعرض بقاء الإنسان للخطر خاصة وأن مشاكل الصحة لا تعترف بالحدود الجغرافية.

وقد دعا تقرير التنمية البشرية لعام 1994 إلى اعتبار الصحة حقاً من حقوق الإنسان وسلعة عامة من واجب الدولة ومن صالحها توفيرها لجميع أفراد المجتمع، لأنها تشكل واحداً من أهم الأركان التي يقوم عليها أمن الإنسان، ومنه أصبحت الصحة مطلباً إنسانياً عالمياً، ومن خلال نوعيتها يمكن الحكم على مدى تقدم المجتمعات¹.

وتعد الخدمات الصحية نظاماً لتعزيز قدرات الفرد الجسمية والعقلية والنفسية من خلال توفير الرعاية الصحية الجيدة سواء أكانت علاجية أو وقائية، ويكون هذا مشروطاً بتمكين الناس من الوصول إلى الخدمات الصحية سواء في الريف أو الحضر، وزيادة الإنفاق الحكومي على الصحة، على غرار التغذية الكافية وإمدادات المياه النقية.

ويتم الحكم على مدى توفير مجتمع ما للخدمات الصحية ومن ثم صحة الأفراد من خلال برامج التنمية البشرية عن طريق عدد من المؤشرات التي اعتمدها وطورها خبراء برنامج الأمم المتحدة للتنمية ومن أهمها مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة، مؤشر نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية، معدل وفيات الأطفال والأمهات، ومؤشرات نصيب السكان من الأطباء وغيرها.

ج- الحرية والحكم الراشد

تمثل الحرية عاملاً مهماً في مفهوم التنمية البشرية المستدامة، وتتضمن الحريات السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية، والثقافية، مما يزيد من الإمكانات الإبداعية للأفراد في مختلف جوانب الحياة، ويزيد من مساهمتهم في دعم التنمية البشرية، فالحرية السياسية والقدرة على المشاركة لا تقل أهمية في التنمية البشرية عن القدرة على القراءة والكتابة أو التمتع بصحة جيدة، "وقد أثبتت العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في العديد من البلدان أن المشاكل الإنمائية المستمرة والكثيرة ما هي إلا انعكاس لفشل

¹: عياش بلعاطل، المرجع السابق، ص15.

الحكم، حيث اعتبرت أن ضعف الحكم هو المسؤول عن استمرار الفقر والتخلف، وتتجلى أزمة الحكم في الرشوة واسعة الانتشار، عدم كفاءة الخدمات العامة، وغير ذلك من المشاكل¹.

وقد تبنت المؤسسات الدولية وعلى رأسها برنامج الأمم المتحدة للتنمية الجدلية القائمة بين التنمية من جهة ومفهوم الحريات والحكم الراشد من جهة أخرى، حيث أكد برنامج الأمم المتحدة للتنمية PNUD على أهميتها في العملية التنموية، فهو يعتبر أن "مشاركة الأفراد في العمليات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية في مرحلة أولى ثم الرقابة -في حالات معينة- على تلك العمليات في مرحلة متقدمة، إضافة إلى تمكينهم من المساهمة في صنع القرار والسلطة عناصر بالغة الأهمية في التنمية البشرية، وركز في تقريره عن التنمية البشرية لعام 2002 على فكرة أن نجاح عملية التنمية من المرجح أن ترتبط بعوامل سياسية أكثر منها اقتصادية"².

د- البيئة

تمثل البيئة مختلف الظروف والأشياء المحيطة بالإنسان والمؤثرة في نمو وتطور الحياة، وهي خزان الموارد المتجددة وغير المتجددة التي يعتمد عليها بقاءه، وندرك من خلال هذا درجة التفاعل القوي بين البيئة والتنمية البشرية، فالسياسات البيئية والسياسات الاجتماعية مكملتا لبعضهما البعض، وبالتالي فإن البيئة الجيدة والصحية بعد آخر من أبعاد التنمية البشرية المستدامة، فقد ظهرت هذه الأخيرة نتيجة الاهتمام المتصاعد بالبيئة من منظور التنمية البشرية، ففضية الحفاظ على البيئة والحيلولة دون تدهورها تحتل محل الصدارة ضمن الاهتمامات القومية المعاصرة، ويرجع ذلك إلى أن استنزاف البيئة وإهدارها يؤدي إلى الإخلال بتوازنها ومن ثم يؤثر تأثيرا سلبيا على مسار التنمية، ويمكن احتواء المشكلتين الرئيسيتين اللتين يجتدم حولهما النقاش في مجال البيئة في³:

- ✓ مشكلة الإضرار وتلويث المجال الحيوي من خلال الانبعاثات السامة والنفايات والإخلال بالتوازنات البيئية؛
- ✓ مشكلة استنزاف الموارد الطبيعية المتجددة وغير المتجددة.

المطلب الرابع: مؤشرات التنمية البشرية المستدامة

على الرغم من الثراء اللامتناهي لمفهوم التنمية البشرية المستدامة إلا أن محاولات تأليف مقياس لها اتسمت بالضعف والقصور، فقد احتوت التقارير الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة للتنمية على صيغ مختلفة لقياس التنمية البشرية وعلى العديد من المؤشرات التي تغطي مختلف الجوانب الاقتصادية، الاجتماعية، السياسية، الثقافية والبيئية، والتي تعكس التقدم المحرز على صعيد التنمية البشرية ونقاط

¹: عثمانى أنيسة، التنمية البشرية في الجزائر: محاولة القياس والتحليل باستعمال نموذج الانحدار المتعدد، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: بن فرحات ساعد، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2008/2009، بحث لم ينشر، ص ص39-40.

²: عياش بلعاطل، المرجع السابق، ص18.

³: زولبخة سنوسي، هاجر بوزيان الرحامي، البعد البيئي لإستراتيجية التنمية المستدامة، الملتقى الدولي للتنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، أيام 7-8 أبريل 2008، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2008، ص125.

الفصل الثاني: الدور التنموي للخدمات الصحية في مجال التنمية البشرية المستدامة.....

الضعف والثغرات فيها، فضلا عن الآفاق المستقبلية لتحسينها، في حين يبين غياب بعض المؤشرات في بلد معين مدى الإخفاق والسلبية التي تحد من دلالة مؤشر التنمية البشرية الكلي، هذه المؤشرات يمكن إجمالها في الجدول رقم (02).

الجدول رقم (02): مقاييس ومؤشرات التنمية البشرية المستدامة

عدد المؤشرات	المقياس
4	دليل التنمية البشرية
8	دليل التنمية المرتبط بنوع الجنس
4	التمكين المرتبط بنوع الجنس
11	الفقر البشري في الدول النامية
5	التقدم المحرز فيما يتعلق بالبقاء على قيد الحياة
10	الملامح الأساسية للصحة
10	اختلالات التوازن في التعليم
6	الأداء الاقتصادي
11	بنية الاقتصاد الكلي
6	اختلالات التوازن في استخدام الموارد
7	الملامح الأساسية للحياة السياسية
8	تدفقات المعونة في الدول الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية
6	المعونة والديون حسب البلد المتلقي
7	الاتجاهات الديموغرافية
4	استخدام الطاقة
8	الملامح الأساسية للتدهور البيئي
08	إدارة البيئة
07	الأمن الغذائي والتغذية
07	الأمن الوظيفي
05	الجريمة
06	الكرب الشخصي
12	الفجوات بين الجنسين في التعليم

...../

6	الفجوات بين الجنسين في النشاط الاقتصادي
6	الفجوات بين الجنسين في عبء العمل وتوزيع الوقت
6	الفجوات بين الجنسين في المشاركة السياسية

المصدر: جمال سالمي، التنمية الإنسانية المستدامة: مدخل استراتيجي لإدماج الجزائر في اقتصاد المعرفة، الملتقى الدولي للتنمية المستدامة والكفاءة الاستخدمية للموارد المتاحة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، أيام 08/07 أفريل 2008، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر، 2008، ص399.

من خلال الجدول رقم (02) نستنتج أن مفهوم التنمية البشرية المستدامة مفهوم غني، ويصعب الاستدلال عليه بمؤشر واحد أو مجموعة من المؤشرات التي لا يتوفر عدد مهم منها في الدول النامية، "وهنا تكمن أهمية دليل التنمية البشرية الذي تبناه برنامج الأمم المتحدة سنة 1990 بتركيبه من مجموعة محددة من المعطيات والإنجازات في مجالات التنمية البشرية الأساسية، القابلة للقياس خلال مدة زمنية والقابلة للمقارنة فيما بين الدول"¹، وقد أدخلت عدة تعديلات على هذا المؤشر منذ ظهوره، وانتهى الأمر إلى وجود أربع مكونات أساسية لقياس التنمية البشرية تتمثل في دليل التنمية البشرية (IDH)، مؤشر الفقر البشري (IPH)، مؤشر التنمية البشرية المرتبط بالجنس (ISDH)، مؤشر مشاركة المرأة (IPF).

الفرع الأول: دليل التنمية البشرية (IDH) Indice de développement humain

يعد مؤشر التنمية البشرية أول مؤشر صدر من طرف برنامج الأمم المتحدة للتنمية PNUD في أول تقرير له عام 1990، وكان دليلا حديث التصميم يركز على مفهوم جديد -في ذلك الوقت- ولكنه بسيط، يقوم على أساس أن التنمية لا تقاس بالنمو الاقتصادي وحسب، بل تقاس بالإنجازات القابلة للقياس التي تحققها الدول في الصحة والتعليم أيضا.

ويعتبر مؤشر التنمية البشرية مقياسا مركبا يعكس ثلاثة جوانب للتنمية تتمثل في "المستوى الصحي معبرا عنه بالعمر المتوقع عند الميلاد، ومستوى التحصيل العلمي معبرا عنه بمدى إلمام البالغين بالقراءة والكتابة، بالإضافة إلى مستوى المعيشة معبرا عنه بنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي"²، وتستخدم الأمم المتحدة هذا المؤشر كمعيار لتصنيف الدول إلى مجموعات، وذلك باستخدام سلم يتراوح بين القيمة 0 والقيمة 1 التي تمثل القيمة النظرية العظمى، بحيث أن التنمية البشرية تنخفض كلما اقترب المؤشر من قيمته الصفرية، ويمثل الفرق بين القيمة التي يتحصل عليها أي بلد والقيمة النظرية العظمى

¹: هدى زوير مخلف الدعيمي، عدنان داود محمد العذاري، المرجع السابق، ص39.

²: المعتصم بالله الجورانة، ديمة محمد وصوص، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، دار الخليج، صنع التغيير، دون طبعة، عمان، الأردن، 2009، ص70.

البعد المتبقي والواجب تغطيته، وعلى كل بلد إيجاد الوسائل لتقليل هذا البعد المعروف بعجز في مؤشر التنمية البشرية (Deficit de l'IDH)¹.

وعلى الرغم من الانتشار الواسع الذي عرفه مؤشر التنمية البشرية إلا أن هناك العديد من الانتقادات التي وجهت له، أبرزها بساطته الشديدة التي يُفتقد معها الوصول إلى فهم أشمل لمستويات الرفاهية الإنسانية وتغيّراتها، وذلك نظراً لإغفاله عدداً من المؤشرات المعبرة عن الجوانب المختلفة للرفاهية الإنسانية، فضلاً عن السلبيات التي تحيط بالمؤشرات الثلاثة، فمثلاً مؤشر توقع الحياة عند الميلاد قد لا يعبر عن مدى سلامة الصحة البدنية للأفراد، وقد لا يعكس معدل القراءة والكتابة بين البالغين المستوى التعليمي ومدى مساهمته في اكتساب المعرفة وتنمية قدراتهم، وفيما يتعلق بنصيب الفرد من الناتج الإجمالي فهو مؤشر مشكوك في دقته عند الأخذ في الحسبان عدم العدالة في توزيع الدخل².

لذلك فقد وردت العديد من التعديلات والتغييرات على هذا المؤشر، آخرها ما ورد في تقرير التنمية البشرية لسنة 2010 المعنون بـ "الثروة الحقيقية للأمم: مسارات إلى التنمية البشرية"، حيث استعيض بمتوسط سنوات الدراسة المتوقع للأفراد الذين هم في سن الدراسة عن معدل الالتحاق الإجمالي بالمدارس وبمتوسط سنوات الدراسة للكبار عن معدل الإلمام بالقراءة والكتابة، والهدف من ذلك هو إعطاء صورة أوضح عن وضع التعليم في كل بلد، كما حل نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي محل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي لحساب تحويلات العاملين من الخارج، أما في المجال الصحي يبقى متوسط العمر المتوقع عند الولادة هو المؤشر الرئيسي³.

تجمع مؤشرات الأبعاد الثلاثة وترجح لتكوّن القيمة النهائية لمؤشر التنمية البشرية التي تتراوح بين 0 و 1، وعلى أساس ذلك تصنف الدول إلى أربع فئات وهي:

- فئة التنمية البشرية المرتفعة جداً، إذا كانت قيمة الدليل أكبر من 75؛
- فئة التنمية البشرية المرتفعة، إذا كانت قيمة الدليل أكبر من 50 وأقل من أو تساوي 75؛
- فئة التنمية البشرية المتوسطة، إذا كانت قيمة الدليل أكبر من 26 وأقل من أو تساوي 50؛
- فئة التنمية البشرية المنخفضة، إذا كانت قيمة الدليل أقل من 26؛

الفرع الثاني: مؤشر الفقر البشري (IPH) Indicateur de pauvreté humaine

ظهر مفهوم الفقر البشري سنة 1997 بعد أن قام برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بإدراجه في تقرير التنمية البشرية لعام 1997، وذلك من خلال صياغة مؤشر يعبر عن ذلك عرف بمؤشر الفقر البشري Indicateur de pauvreté humaine (IPH). "وتأتي أهمية هذا الدليل لإظهار أنّ أوجه التقدم الكبير الذي يحققه الأغنياء لا يلغي

¹: Benfarhat saâd: **niveau de vie des ménages, développement humain et bonne gouvernance démocratique: les fondements philosophiques et les indicateurs de mesure**, thèses doctorat d'état, faculté des sciences économiques et de gestion, université ferhet abbas, setif, 2006-2007, P88.

²: محمد عبد الرحيم، **التنمية البشرية ومقومات تحقيق التنمية المستدامة في الوطن العربي**، المؤتمر العربي السادس للإدارة البيئية بعنوان التنمية البشرية وأثرها على التنمية المستدامة، شرم الشيخ، ماي، 2007، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، ص9.

³: نصيرة قوريش، المرجع السابق، ص35.

أوجه الحرمان الذي تتعرض له الفئات المحرومة¹، فبينما يعكس مؤشر التنمية البشرية أوجه التقدم الذي تحققه الدول بكل فئاتها من أغنياء وفقراء فإن مؤشر الفقر البشري يهتم بالإمكانات المتاحة لأكثر الناس حرمانا وبالموارد التي يحتاجونها للتخلص من الفقر، فمن خلاله يتم الحكم على التنمية البشرية من منظور الحرمان، أي الطريقة التي يجبا بها الفقراء والمحرومون في كل مجتمع محلي.

ويمكن التمييز بين مؤشرين للفقر البشري، أحدهما خاص بالدول النامية Indicateur de la pauvreté humaine pour les pays en développement والآخر خاص بالدول المتقدمة IPH-1، وبجانب ذلك يقيس IPH-1 الحرمان في الأبعاد الرئيسية للتنمية البشرية والتي تناولها IDH كما يلي:

- الحرمان من التمتع بالعمر الطويل وبالصحة الجيدة، ويقاس بالنسبة المئوية للأفراد المعرضين للموت قبل أربعين سنة؛

- الحرمان من فرص التعليم ويقاس بالنسبة المئوية للأفراد البالغين الذين لا يعرفون القراءة والكتابة؛

- الحرمان من مستوى معيشي لائق، وعدم وصول التموينات الاقتصادية، ويقاس بنسبة السكان الذين ليس لديهم فرصة مستدامة للحصول على مياه شرب نقية، والنسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة ناقصي الوزن.

بينما يعكس IPH-2 نسب الحرمان من حيث أربعة أبعاد هي:

- حياة صحية ومديدة، ويقاس الحرمان في هذا البعد بالاحتمال المتوقع عند الولادة بعدم العيش حتى سن الستين؛

- المعرفة، مقاسة بالنسبة المئوية للبالغين المفتقرين إلى المهارات الوظيفية لمعرفة القراءة والكتابة،

- مستوى المعيشة الكريم، ويقاس الحرمان في هذا البعد بالنسبة المئوية للسكان الذين يعيشون تحت خط فقر الدخل.

- الاستبعاد الاجتماعي، ويقاس بمعدل البطالة طويلة الأجل (12 شهرا أو أكثر).

وعلى غرار دليل التنمية البشرية فإن IPH لم يسلم هو الآخر من الانتقادات، أهمها أنه اعتمد على نفس المتغيرات التي اعتمد عليها IDH، وهي متغيرات كما سبق الإشارة إليها غير قادرة على الإدراك الصحيح للخصائص النوعية للرفاهية، فضلا عن تجاهله قضية الحريات وحقوق الإنسان التي تعد بعدا في غاية الأهمية لدى تناول قضايا الفقر، ولذا فإن مؤشر الفقر البشري لا يعدو أن يكون وسيلة للإنذار وليس أداة مهمة في صياغة القرارات والتوصيات السياسية².

¹: إبراهيم مراد الدعمة، المرجع السابق، ص 29.

²: عياش بلعاطل، المرجع السابق، ص 23.

الفرع الثالث: مؤشر التنمية البشرية المرتبط بالجنس Indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH)

تعد قضية المساواة بين الجنسين إحدى الركائز الأساسية للتنمية البشرية المستدامة، وإحدى أهم النقائص التي اعترت دليل التنمية البشرية، ولتدارك هذا النقص قدم تقرير التنمية البشرية لعام 1995 مؤشر التنمية البشرية المرتبط بالجنس (ISDH) ليعكس التفاوت الحاصل بين الجنسين في مجال التنمية البشرية، ويقيس الانجاز الذي تم تحقيقه من حيث الأبعاد الأساسية التي يقيسها مؤشر التنمية البشرية، مع الأخذ بعين الاعتبار عدم المساواة في الانجاز بين الرجل والمرأة كما يلي¹:

- حياة طويلة وصحية مقاسة بالعمر المتوقع عند الولادة للجنسين؛
- التعليم والمعرفة مقاسة بمعدل معرفة القراءة والكتابة بين البالغين ونسبة القيد الإجمالي في التعليم الابتدائي الثانوي والعالي معا؛
- مستوى معيشة لائق مقاسا بالدخل (بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية) الذي يحصل عليه كلا الجنسين.

أي أن ISDH حاول تكييف IDH على نحو يأخذ بعين الاعتبار التفاوت بين الجنسين، وبالاعتماد على نفس متغيرات هذا الأخير، وهذا ما جعله محلا لنفس الانتقادات التي وجهت لمؤشر التنمية البشرية، فضلا على أن منطلقات المساواة بين الجنسين التي ارتكز عليها هذا المؤشر مستمدة من عادات وثقافات الدول الغربية.

الفرع الرابع: مؤشر تمكين المرأة (IPF) Indicateur de participation de la femme

ظهر هذا المؤشر في تقرير التنمية البشرية لعام 1995 في نفس الوقت الذي تم فيه صياغة ISDH، ويركز هذا المؤشر على الفرص المتاحة أمام المرأة لإبراز قدراتها في مجالات عدة، وربط ذلك بدرجة المساواة بين الرجل والمرأة، وذلك بالتركيز على ثلاثة متغيرات تعكس مدى مشاركة المرأة وهي:

- المشاركة في اتخاذ القرارات السياسية، معبرا عنها بنسبة المقاعد البرلمانية؛
- المشاركة في اتخاذ القرارات الاقتصادية، ويقاس بنسبة الرجال والنساء في المناصب رفيعة المستوى وفي المناصب المهنية والتقنية؛
- السلطة على الموارد الاقتصادية معبرا عنها بالدخل المقدر لكل من الجنسين (معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي).

وقد تعرض هذا المؤشر لنفس الانتقادات التي وجهت لـ ISDH، خاصة منها المتعلقة بمؤشرات قياس اللامساواة في توزيع الدخل بين الجنسين والمستمدة من النموذج الاجتماعي الغربي.

¹: عثمانى أنيسة، المرجع السابق، ص63.

المبحث الثاني: الصحة ركيزة أساسية للتنمية البشرية المستدامة

ذكرنا في المبحث السابق أن الصحة هي أحد أهم العناصر والركائز التي تقوم عليها التنمية البشرية المستدامة، إذ أنها تعد مطلباً ليس لفئة عمرية دون أخرى، وإنما هي مطلب عام لجميع الأفراد، وهو ما جعلها تكتسي أهمية متنامية ضمن دائرة انشغالات الرأي العالمي، وفي هذا المبحث سنقوم بإبراز المكانة التي تحتلها الصحة ضمن العملية التنموية، من خلال تحديد مفهوم الصحة وعلاقتها بالتنمية البشرية، وكذا الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة.

المطلب الأول: مفهوم الصحة

الفرع الأول: تعريف الصحة

الصحة من الناحية اللغوية تعني البرء من كل عيب وريب، فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض¹، وقد كانت تعني لدى العامة خلو الجسم من العجز والضعف أو غياب المرض الظاهر، خاصة وأن علوم الطب كانت -سابقاً- محصورة في علاج المرض فقط، وبالتالي فالملاحظ هنا هو إهمال الجوانب الأخرى التي أدت إلى المرض.

وعلى العموم يمكن القول أنه من الصعوبة بمكان تعريف الصحة بشكل دقيق وثابت، فالصحة حالة نسبية لا يمكن تحديدها تحديداً مطلقاً، والأمر يختلف من شخص لآخر، ومن حالة لأخرى، فكل من ينظر إلى المرض وبالتالي إلى الصحة من منظور وشعور مختلفين، فمثلاً قد يعتبر شخص مصاب بوعكة صحية طفيفة نفسه مريضاً، ويقعد عن العمل، بينما ذلك يختلف لدى شخص آخر، إذ قد يواصل عمله كالمعتاد بالرغم من إصابته.

وقد عرف العالم نيومان Newmen الصحة بأنها "عبارة عن حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم"²، كما عرفها مارشال Marshall بأنها "القوة الجسمية Physical والقوة العقلية Mental للفرد"³، كما عرفت الصحة أيضاً بأنها علم وفن الوقاية من المرض، ولعل أبرز التعريفات الواردة بهذا الشأن تعريف المنظمة العالمية للصحة WHO الذي تم تبنيه خلال إعلان ألما آتا Alma Ata سنة 1978 حول توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000، والذي نص على أن الصحة هي "حالة كاملة من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد غياب المرض والوهن"⁴.

¹: سعيدة شين، دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن، دراسة ميدانية في مدينة بسكرة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: نصر الدين جابر، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2004/2003، بحث لم ينشر، ص45.

²: عبد المجيد الشاعر وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار اليازوردي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص13.

³: عائشة عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: مصطفى جناس، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2012/2011، بحث لم ينشر، ص34.

⁴: عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاش، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2000، ص61.

وحسب تعريف منظمة الصحة العالمية فإن المرض وحده ليس الدال على عدم الصحة، وإنما يجب أن يكون هناك تكامل بين الجوانب الجسمية، العقلية والاجتماعية في الإنسان، وأن يظهر هذا التكامل في أداء الفرد لأدواره الاجتماعية ووظائفه في الحياة على أكمل وجه، كما أن المتأمل لهذا التعريف يرى أنه بالرغم من شموليته لمختلف الجوانب المتعلقة بشخصية الإنسان إلا أنه يعبر عن مثل أعلى ينبغي أن يكون مرمى كل أنشطة التنمية الصحية، أي النظر إلى الصحة باعتبارها أحد حقوق الإنسان الأساسية وهدفا اجتماعيا عالمي النطاق، كما أن هذا التعريف لا يمكن إخضاعه للقياس الموضوعي، لذلك يمكن الاستعانة -للأغراض العلمية- بتعريف أضيق نطاقا يرى بأن الصحة هي انخفاض في معدلات الوفاة والأمراض والعجز بسبب مرض أو اضطراب يمكن اكتشافه، وارتفاع في المستوى الصحي المدرك.

الفرع الثاني: درجات الصحة

الصحة ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة للجميع، وإنما هي حالة نسبية تتذبذب بين طرفي مدرج قياس الصحة، طرفه الأول يمثل الصحة المثالية، بينما الطرف الثاني يمثل انعدام الصحة أو الموت، وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة، وذلك وفق ما يوضحه الشكل رقم (05):

الشكل (05): درجات الصحة

الصحة	الصحة	متوسط	المرض غير	المرض	يحتضر	الاحتضار
المثالية	الإيجابية	السلامة	الظاهر	الظاهر		

المصدر: سفيان عصماني، المرجع السابق، ص 29.

وبناء على ذلك تكون درجات الصحة كما يلي:¹

- **الصحة المثالية:** هي درجة التكامل والمثالية لجميع الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية، أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض باطنية أو ظاهرية، ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية، وتعتبر هذه الدرجة هدفاً أسمى تحاول المنظومات الصحية في العالم أن تصل إليه، وإن كان صعب المنال ولا يتحقق إلا نادراً؛
- **الصحة الإيجابية:** وفيها تتوفر طاقة إيجابية تمكن الفرد أو المجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أية أعراض مرضية؛
- **متوسط السلامة (السلامة المتوسطة):** وفيها لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة، لذلك فإنه عند التعرض لأي مؤثرات ضارة يسقط الفرد أو المجتمع فريسة للمرض؛

¹: عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاش، المرجع السابق، ص 63.

- المرض غير الظاهر: أي وجود قصور غير ظاهر، وفي هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض واضحة، ولكن عند القيام بالتحليلات والإشعاعات أو الفحوصات يكتشف أن هناك مرض، ولكنه غير ظاهر سطحياً؛
- المرض الظاهر: وهنا يشكو المريض من أعراض يحس بها أو من علامات مرضية ظاهرة عليه، ويشعر الفرد من جرائها بالألم والقلق الظاهرين؛
- مستوى الاحتضار: في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند المريض إلى حد بعيد يصعب معه أن يستعيد صحته.

الفرع الثالث: أساليب تحقيق الصحة

لقد جاء في تعريف الصحة سبق ذكره بأن الصحة هي علم وفن الوقاية من المرض، وبالتالي فإن أساليب تحقيق الصحة تعكس أساليب الوقاية من المرض ومضاعفاته، هذه الأساليب يمكن تناولها من خلال المحاور التالية كما يلي¹:

المحور الأول: إجراءات الوقاية العامة لترقية الصحة وتقويتها

تستهدف هذه الإجراءات تقوية الصحة بصفة عامة دون الاهتمام بمرض معين وتشمل:

- الخدمات الصحية البيئية العامة من توفير مسكن صحي تتوافر فيه عناصر صحية مثل التهوية الجيدة والإضاءة الصحية والمياه الصالحة للاستعمال، والأساليب الصحية لتصريف الفضلات؛
- خدمات التغذية الصحية التي تستهدف تقوية مناعة الجسم للأمراض وتقوية الجسم بصفة عامة؛
- خدمات التوعية والتربية الصحية بصفة عامة والتربية الجنسية بصفة خاصة؛
- خدمات الرعاية الخاصة للأمومة والطفولة؛

وعموماً يمكن أن نجمل هذا المحور في مجموعة الإجراءات والخدمات الشاملة التي تهدف إلى تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية العامة دون الاهتمام بحالة معينة أو فئات خاصة.

المحور الثاني: الوقاية المتخصصة أو النوعية

تتمثل في الإجراءات الهادفة إلى الوقاية من مرض معين قبل حدوثه ولاسيما الأمراض المعدية أو أمراض سوء التغذية، وتتمثل في الإجراءات الوقائية المحددة مثل التطعيمات ضد أمراض معينة كالتطعيم ضد الجدري أو الدفتيريا أو السعال الديكي أو ضد مرض الكساح، كما قد تكون إجراءات وقائية نحو المسببات النوعية مثل تصريف الفضلات، أو قد تكون بتحسين العادات الغذائية أو استخدام ملابس واقية ضد إصابات مهنية أو أقمعة في الصناعة، وقد توجه هذه الأساليب الوقائية إلى إجراءات بيئية مثل ردم البرك والمستنقعات المسببة لأمراض معينة.

¹: سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، المرجع السابق، ص 32-35.

المحور الثالث: الاكتشاف المبكر للحالات المرضية

تتمثل في الإجراءات الوقائية التي تتخذ لاكتشاف الحالات المرضية في أطوارها الأولى مع عدم ظهور الأعراض المرضية، والتي قد تكون مجهولة للمصابين بها، ومما لاشك فيه أن الاكتشاف المبكر للأمراض يساعد على العلاج الفوري أي أن العلاج يكون أيسر وأسهل وذو فعالية أسرع، ويساعد على منع حدوث مضاعفات للمريض، ومن طرق الاكتشاف المبكر:

- الكشف الدوري والفحص المستمر للحالة الجسمية العامة ودون إحساس الفرد بأي أعراض مرضية أو حدوث آلام؛
- التحاليل الطبية الشاملة؛
- عمل الأشعة المختلفة الشاملة والمقطعية؛

هذه الإجراءات تساعد في الكشف المبكر للحالات المرضية وبالتالي علاج الأمراض في حالة ظهورها في الأطوار الأولى لها، مما يساعد على تجنب حدوث مضاعفات وبالتالي إمكانية الشفاء التام، ولذلك يجب أن يقوم الفرد بإجراء الفحص المستمر والمتواصل للوصول إلى الاكتشاف المبكر لأي مرض مما يسهل علاجه، ونلاحظ أنه كلما تقدمت الدول والمجتمعات كلما كانت هناك إجراءات أكثر للاكتشاف المبكر للأمراض.

المحور الرابع: علاج المرضى من المرض الظاهر

يستهدف هذا المحور علاج المرض والوقاية من مضاعفاته واستكمال الشفاء، كما يستهدف وقاية المجتمع من انتشار المرض ولاسيما إذا كان مرضا معديا.

المحور الخامس: الإجراءات التأهيلية

وتشمل الإجراءات التي تتخذ بعد علاج الحالات المرضية وثبوت الحالات التشريحية والوظيفية للجسم، أي التأهيل النفسي والاجتماعي للفرد الذي أصيب بعاقة أو بعجز حتى يتمكن من الاعتماد على نفسه في تصريف شؤون حياته باستغلال أقصى قدراته وإمكاناته المتبقية أفضل استغلال ممكن، وتبدأ عملية التأهيل بالفحص الطبي الشامل لتحديد درجة العجز أو الإصابة ثم تحديد الأساليب الطبية اللازمة حسب حالة المريض.

المطلب الثاني: علاقة الصحة بالتنمية

تعتبر الصحة من أهم القضايا الجديرة بالاهتمام والدراسة من قبل الباحثين والمفكرين، سواء في المجال الاقتصادي أو الاجتماعي، فالمفكرون الاقتصاديون يرون أن للصحة دورا بارزا في خلق التنمية الاقتصادية، وعلماء الاجتماع يرون أن الصحة لها دور فعال في إحداث التنمية الاجتماعية، غير أن الحقيقة تكمن في أن للصحة دورا بارزا في خلق التنمية الشاملة بصفة عامة، "فقد أضحى من المسلم به استنادا إلى العديد من الدراسات والتقارير أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول والمجموعات

المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية¹، وعليه اعتبرت هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة.

ويرتبط ارتقاء الإنسان وتطوره في الحياة ارتباطا وثيقا بصحته العامة، فالتنمية الصحية هي عنصر أساسي للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، والأصحاء هم الأكثر قدرة على الإنتاج في شتى الميادين، وفي هذا الإطار أكدت مارغريت تشان Margaret chen المديرية العامة للمنظمة العالمية للصحة أن "التنمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية"²، كما أكد كل من البنك العالمي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة³، فالصحة تزيد من قدرات الإنسان الممكنة في شتى الميادين، وهذا مهم لعملية التنمية، فتحسن صحة الأطفال يؤدي إلى سكان أكثر صحة في المستقبل، كما أن الصحة الجيدة تعطي الفرد المقدرة على بذل مجهود أكبر خلال نفس وحدة الزمن، والعمل لوقت أطول، وبالتالي حياة إنتاجية أطول (أي زيادة الإنتاجية)، وإذا ما أجرينا مقارنة بسيطة بين الدول النامية والمتقدمة فإننا نرى تديا في الأوضاع الصحية لأكثر الناس في العديد من دول العالم الثالث، الأمر الذي انعكس سلبا على المسار التنموي لهذه الدول، فضعف الحالة الصحية وانخفاض المستوى الصحي مع سوء التغذية بالمجتمع، وكذا انتشار الأمراض بين الأفراد تعتبر من أهم القيود التي تعيق العملية التنموية المستدامة.

والعلاقة بين الصحة والتنمية البشرية المستدامة علاقة طردية ومركبة، إذ أن تحقق هذه الأخيرة يؤدي إلى تحسن الأوضاع الصحية في حين أن الصحة الأفضل تعزز التنمية الشاملة وتساهم في الاستقرار الاقتصادي والحماية البيئية، ومن ناحية أخرى فإنه لا يمكن تحقيق التنمية مع تفشي الأمراض المهلكة، كما يتعذر الحفاظ على صحة الناس دون وجود تنمية مستدامة شاملة لمختلف النواحي الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، والبيئية، "وقد أشار برنامج العمل التاسع (1996-2001) لمنظمة الصحة العالمية إلى أن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة"⁴.

وبالتالي فالارتباط بين الصحة والتنمية وثيق الصلة إلى الحد الذي لا يمكن فصلهما عن بعضهما البعض أو تصور أحدهما دون الآخر، وكأنتهما وجهان لعملة واحدة؛ فبينما تعد الصحة من

¹: محمد عثمان عبد المالك، الصحة والتنمية والفقير، 2007، على الموقع: <http://www.sjph.net.sd/files/vol2i4p232-235.pdf>، ص232،

تاريخ الاطلاع: 2012/11/13.

²: عمار عمري، بومعروف إلياس، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد السابع، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة

قاصدي مرباح، ورقلة، 2010/2009، ص28.

³: المرجع نفسه، ص29.

⁴: محمد عثمان عبد المالك، المرجع السابق، ص232.

القطاعات التي تستهدفها التنمية فهي من جانب آخر تعد من أهم ركائز التنمية ودعائمها، لأن الصحة -بالدرجة الأولى- مرتبطة بالحاجة الشخصية للإنسان الذي هو منطلق التنمية وغايتها، ولذلك فلا تنمية في ظل غياب صحة الإنسان.

ونظرا لارتباطها الوثيق بالتنمية فقد أولى المجتمع الدولي أهمية بالغة للصحة، حيث تناولت - ولأول مرة- اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية¹، كما حظيت الصحة بمكانة بارزة في مختلف المؤتمرات والقمم المنعقدة، من مؤتمر قمة الأرض في ريو دي جانيرو بالبرازيل سنة 1992، الذي خصص الفصل السادس لموضوع الصحة تحت عنوان "حماية وترقية الصحة"، ونص المبدأ الأول منه على أن العنصر البشري هو محور التنمية المستدامة وأن للأفراد الحق في حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة، إلى قمة جوهانسبورغ بجنوب إفريقيا سنة 2002، أين تم التأكيد على أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية على المدى الطويل تكون مستحيلة بدون أفراد يتمتعون بمستوى صحي مقبول².

وبالتالي فتحسين المستوى الصحي للأفراد يزيد من الإنتاجية والنتائج القومي الكلي، وذلك من خلال الارتقاء بجودة الخدمات الصحية، التي تعتبر من العوامل الأساسية التي تساهم في طول العمر وتخفيض الوفيات، عن طريق ما يتم توفيره من الرعاية الصحية الكافية والجيدة، والتي تحمى من الإصابة بالأمراض وتساعد على معالجة الضعف والوهن، وتؤدي إلى زيادة مقدرة الأفراد على تأدية أعمالهم بشكل أفضل مما يساهم إيجابيا في زيادة الإنتاجية وبالتالي المساهمة في النمو الاقتصادي، فضلا عن تمتع الأفراد بحياة أفضل، أي أنه يمكن النظر إلى التقدم المحرز في التكنولوجيات الطبية واكتشاف المضادات الحيوية وزيادة حملات التطعيم، وتطور العلاج (أي التحسينات في جودة الخدمة الصحية) باعتبارها عوامل دافعة لتحقيق خطوات كبيرة في مجال التنمية الاقتصادية والبشرية على حد سواء.

بناء على ما سبق فقد عملت حكومات الدول في العالم على الاهتمام بالصحة من خلال التكوين المستمر من أجل تخريج أطباء متخصصين في مختلف مجالات الطب، وإنفاق مبالغ كبيرة من أجل بناء وتجهيز المستشفيات، وتزويد المناطق الريفية والنائية بوحدة للعلاج، وتوفير الأدوية وغيرها من متطلبات الصحة، وذلك من أجل مكافحة الأمراض والتقليل من حدتها، والتخفيض أيضا من معدل الوفيات خاصة بالنسبة للأطفال والأمهات الحوامل، وذلك بالاعتماد على برامج التوعية الصحية، وتوسيع دائرة الاستفادة من التطعيمات، وتقديم مختلف الخدمات الصحية سواء أكانت علاجية أو وقائية، كما شرعت منظمة الصحة العالمية مبدأ الصحة للجميع والذي من المفروض أن يتحقق عام 2000، غير

¹: محمد عثمان عبد الملك، المرجع السابق، ص232.

²: نور الدين عياشي، المنظومات الصحية المغاربية: دراسة مقارنة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه، إشراف: إبراهيم براهيمية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2009 / 2010، بحث لم ينشر، ص4.

أن الألفية الجديدة حلت دون تحقق هذا الهدف، لهذا تناولت القمة العالمية للألفية في أهدافها الثمانية المخططة حتى عام 2015 جانب الصحة الذي احتل مكانا بارزا ضمن هذه الأهداف، وهذا ما سنتناوله في المطلب الموالي.

المطلب الثالث: أهداف التنمية البشرية المرتبطة بالصحة

يقصد بأهداف التنمية البشرية (الأهداف الإنمائية للألفية) مجموعة الأهداف التي نصت عليها قمة الألفية المنعقدة بنيويورك في سبتمبر 2000، هذه الأهداف تستخدم كإطار مشترك لتوجيه السياسات والبرامج التنموية وتقييم مدى فعاليتها، فقد أدرك العلماء مشاكل التنمية البشرية، وأعلن ممثلو 189 دولة مشاركة (من بينها الجزائر) عن انطلاق ألفية جديدة تسعى بها الأمم المتحدة إلى تحقيق أهداف أساسية للبشرية في القرن الواحد والعشرين، شملت استئصال الفقر وتعزيز الكرامة البشرية، تحقيق السلام والديمقراطية والاستدامة البيئية، وقد تم تحديد سنة 1990 كأساس لقياس التقدم نحو بلوغ الأهداف الإنمائية، فيما تم تحديد العام 2015 من أجل بلوغها، وانبثق عن الإعلان ثمانية أهداف أساسية تمثلت في:

- القضاء على الفقر المدقع والجوع إلى النصف؛
- تحقيق تعميم التعليم الابتدائي؛
- تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة؛
- خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى الثلثين؛
- تحسين صحة الأمهات؛
- مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، والملاريا وأمراض أخرى؛
- ضمان الاستدامة البيئية؛
- إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

وقد تمت إضافة غاية أخرى للأهداف الإنمائية وذلك عام 2007، هذه الغاية تتعلق بضمان التشغيل الشامل وتوسيع فرص الحصول على عمل لائق ومنتج للنساء كما الشباب، وقد تم اعتمادها بداية من 15 جانفي 2008. هذه الغاية يتم قياسها بأربعة مؤشرات هي¹:

- نسبة نمو إنتاجية اليد العاملة؛
- نسبة العمال إلى السكان؛
- حصة الأشخاص العاملين الذين يعيشون تحت خط الفقر؛
- حصة العاملين لحسابهم الخاص والعاملين في أسرهم غير المأجورين.

¹: Bureau international du travail, **guide sur les nouveaux indicateurs d'emploi des objectifs du millénaire pour le développement**, 1ère édition, 2009, P12.

إن الملاحظ لأهداف التنمية الإنمائية يرى أن جانب الصحة قد احتل مكانا بارزا بثلاثة أهداف (الهدف الرابع، الهدف الخامس، الهدف السادس) من ضمن ثمانية أهداف، وهذا ما يعكس أهمية الصحة في التنمية البشرية والترابط الوثيق بينهما، وقد تمثلت الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة فيما يلي:

✓ **خفض معدلات وفيات الأطفال:** يموت أكثر من عشرة ملايين طفل كل عام، جراء أمراض وأوبئة يمكن تجنبها، ففي الدول النامية تم إحصاء 101 حالة وفاة من بين 1000 ولادة عام 1990، كما تم إحصاء 174 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في إفريقيا، لأجل ذلك يرمي الهدف الإنمائي الرابع إلى تخفيض نسبة الأطفال الذين يموتون قبل سن الخامسة بمقدار الثلثين خلال المدى الزمني 1990-2015، وذلك من خلال توفير الرعاية الصحية الجيدة للأطفال والتي يعد التلقيح أحد مرتكزاتها، خاصة التلقيح ضد داء الحصبة -الذي يعد أحد العوامل الأساسية لتحقيق الهدف الإنمائي-، وتشير الجمعية العامة للصحة إلى أنه رغم التقدم الحاصل في بلوغ الهدف الرابع للألفية من حيث تخفيض وفيات الأطفال فإن التقدم قد ظل ثابتا فيما يتعلق بتخفيض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة¹.

وتعتبر معدلات وفيات الأطفال من أكثر مؤشرات التنمية تعقيدا، فهي تعكس كلا من فعالية النظام الصحي وتأثير العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية على حياة الطفل.

✓ **تحسين صحة الأمهات:** تودي وفيات الأمومة كل عام بحياة حوالي نصف مليون امرأة، ناهيك عن ملايين النساء اللاتي يعانين مضاعفات مرضية قبل، أثناء وبعد الحمل، لذلك فقد شكل تحسين صحة الأمهات محور خامس الأهداف الإنمائية للألفية، هذا المرمى يستهدف تخفيض معدل وفيات الأمهات- والمعروف بأنه عدد وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية- بنسبة ثلاثة أرباع بين عامي 1990 و2015 (الغاية 5-أ)، بالإضافة إلى إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015 (الغاية 5-ب)، وقد انخفضت وفيات الأمهات إلى النصف تقريبا منذ عام 1990، حيث وقعت حوالي 287000 حالة وفاة في جميع أنحاء العالم في عام 2010، وهو ما يعني انخفاضا بنسبة 47% مقارنة بعام 1990²، ومع ذلك فقد أشارت الجمعية العامة للصحة إلى أن التقدم الذي تحقق نحو بلوغ هذا الهدف لم يكن كافيا ولا متساويا، وحدثت زيادة في معدل وفيات الأمهات في عدد من البلدان.

¹: الأمم المتحدة، جامعة الدول العربية، التقرير العربي الثالث حول الأهداف التنموية للألفية 2010 وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على

تحقيقها، ص ص 47-52.

²: الأهداف الإنمائية للألفية، الهدف الخامس: تحسين الصحة النفاسية، على الموقع: <http://www.un.org/ar/millenniumgoals/maternal.shtml>، تاريخ

الاطلاع: 2012/11/23.

✓ مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والملاريا وأمراض أخرى: يحصي العالم اليوم 42 مليون شخص مصاب بفيروس نقص المناعة، منهم 39 مليون في الدول النامية، ويموت كل عام حوالي مليون شخص جراء داء الملاريا معظمهم من الأطفال، حيث يفتك هذا المرض بحياة طفل كل 45 ثانية، ولا تزال العديد من الأمراض القاتلة تؤدي بحياة الكثيرين في الدول النامية والأقل نمواً، لأجل ذلك التزمت الدول من خلال إعلان قمة الألفية بالعمل على وقف وعكس اتجاه انتشار فيروس نقص المناعة البشرية إلى غاية 2015 من جهة والتحكم في مرض الملاريا وأمراض أخرى وعكس اتجاه انتشارها إلى غاية 2015 من جهة أخرى.

المبحث الثالث: دور جودة الخدمة الصحية في تجسيد أبعاد التنمية البشرية المستدامة

يعتبر التعليم والصحة أهم أبعاد التنمية البشرية، فهما يمثلان جناحي طائر التنمية، ومن دونهما فلا يمكن لأي أمة أن تجد لها مكانة بين مختلف أمم العالم، ولن يستطيع طائر التنمية أن يحلق عالياً، ولكي تكون التنمية مستدامة ومنصفة بين أبناء الجيل الحالي وبين الأجيال اللاحقة فإنه من الضروري المحافظة على البيئة الطبيعية وعدم تدميرها، وإيلاء المزيد من الاهتمام للجانب البيئي، ومن المسلم به أن الرعاية الصحية الجيدة تعتبر من أهم الجهود البشرية لإيجاد نمط أفضل في الحياة، لذلك سنناقش من خلال هذا المبحث الدور الذي تلعبه جودة خدمات الرعاية الصحية في تحقيق التنمية البشرية المستدامة من خلال دورها في ثلاثة أبعاد لهذه الأخيرة؛ البعد التعليمي، البعد الصحي، والبعد البيئي.

المطلب الأول: دور جودة الخدمة الصحية في البعد التعليمي للتنمية البشرية المستدامة

سننتقل إلى الدور الذي تلعبه الخدمات الصحية الجيدة في الجانب التعليمي والمعرفي للتنمية البشرية المستدامة من خلال أثرها في زيادة التحصيل الدراسي والعلمي لطلاب المدارس، وأثرها في تحسين قدرات ومهارات الكوادر البشرية الطبية، وذلك عن طريق التكوين والتعليم الطبي، وكذا دورها في تعزيز البحوث الطبية.

الفرع الأول: دور الخدمات الصحية في زيادة مستوى التحصيل الدراسي

إن الصحة والتعليم تربطهما علاقة وثيقة ومتداخلة نمواً أو تراجعاً، فإذا كانت مؤشرات الصحة مقبولة ومُرضية فإن مؤشرات التعليم ستكون كذلك لأن العقل السليم في الجسم السليم؛ هذه هي بديهيات العلاقة بين الصحة والتعليم، فالصحة الجيدة للطلبة لها تأثير كبير على تحصيلهم وقابليتهم للتعلم، كما أن التعليم الذي يكسب الطلبة المعلومات والعادات المتعلقة بالصحة ضروري لسلامتهم البدنية و النفسية والاجتماعية.

وقد كانت المدارس والجامعات في جميع العصور حديثاً وقديماً من أهم المؤسسات الفعالة والتي تلعب دوراً هاماً في تحقيق كيان الأمة الاقتصادي وكفائته الإنتاجية، ويزداد أثرها كلما ازدادنا عناية بالدارسين (التلاميذ والطلبة)، خصوصاً من الناحية الصحية، فالصحة الجيدة للطلبة لها تأثير كبير على تحصيلهم

الدراسي وقدرتهم على التعلم، كما تمكّن الطلاب من الذهاب إلى المدرسة بانتظام، وقد أثبتت الأبحاث أنّ ضعف الوضع الصحي للطلبة من بين الأسباب المؤدية إلى ازدياد التغيب عن المدرسة والتسرب المبكر وضعف الأداء في الصف، كما أنه وسط العوامل غير الصحية التي تحيط بالمدارس والجامعات فإن العملية التعليمية قد تتأثر إلى حد كبير، لأن التلميذ المصاب لن يستطيع الاستمرار في التحصيل بالمعدل الطبيعي مثل أقرانه من التلاميذ الأصحاء، وستفقد الأمة الكثير من استثماراتها البشرية بدلا من تنميتها.

إضافة إلى الاهتمام بصحة المتدربين فإن الخدمات الصحية المقدمة للمدرّسين تساهم هي الأخرى في زيادة التحصيل الدراسي للطلبة، لذلك فإن الرعاية الصحية الجيدة والعناية بأحوال المتدربين والمدرّسين من الناحية الوقائية والعلاجية أمر في غاية الأهمية لزيادة التحصيل الدراسي، وذلك من خلال:

- ✓ مكافحة الأمراض السارية والمعدية، خاصة بالنسبة للمدارس الابتدائية أين يكون الأطفال أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض، وأكثر عرضة للحوادث؛
- ✓ تحسين نوعية الكشف الطبي والقيام بالفحص الصحي الدوري للطلبة؛
- ✓ الإسعافات الأولية؛
- ✓ تحسين البيئة الدراسية؛
- ✓ الإرشاد والتثقيف الصحي.

الفرع الثاني: دور جودة الخدمة الصحية في التكوين والتعليم الطبي

"يطمع العاملون في المجال الصحي إلى متابعة التطورات الحديثة في مجال عملهم، بما يزيد من مستواهم المهني في أداء الخدمات الصحية ويؤهلهم في ذات الوقت لفرص الترقى والحصول على مزايا مادية ومعنوية أفضل"¹، كما أن تحقيق أهداف المؤسسة الصحية بكفاءة وفعالية يتطلب زيادة القدرة العلمية والعملية لكافة العاملين من مختلف المهن الطبية والتمريضية والطبية المساندة، خاصة في ظل التطورات التكنولوجية والعلمية السريعة في المجال الصحي.

ويساهم السعي نحو تقديم خدمة صحية جيدة في تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين المتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية من خلال التعليم الطبي المستمر، التدريب والتكوين، التي تعتبر من الوسائل الهامة التي يعتمدها النظام الصحي لغايات التنمية والتطوير، ففي إطار قيام المؤسسات الصحية بوظيفتها الأولى والأساسية وهي تقديم أفضل رعاية صحية للمرضى والمراجعين، فإن ذلك يستلزم قيامها بقدر من أنشطة التدريب والتعليم لرفع كفاءة العناصر البشرية العاملة وإكسابها مهارات ومعارف جديدة ومتطورة، وبالتالي خلق كفاءات بشرية متميزة، فصحح أن الواقع العملي يفيد في إكساب الإطارات الصحية خبرات عديدة، لكن الدورات التدريبية تتيح لهم تطوير مفاهيمهم وتنمية

¹: محمد سيد جاد الرب، المرجع السابق، ص372.

معلوماتهم الطبية، كما أن التخصصات في المستشفيات المؤهلة تتطلب تدريباً متكرراً للارتقاء بمستوى الأخصائيين من الأطباء.

وتعرف منظمة الصحة العالمية التعليم الطبي المستمر على أنه "التعليم الذي يتضمن نشاطات تعليمية تستهدف صيانة المعلومات والمهارات والأداء المهني والعلاقات التي يستخدمها الطبيب لتقديم الخدمات الطبية للمرضى وللمجتمع والمهنة"¹، وبالتالي فدورات التعليم الطبي المستمر - التي يعتبر الهدف الأساسي لها تحسين الرعاية الصحية - تلعب دوراً حيوياً في زيادة المعارف الطبية، وإكساب المفاهيم العلاجية الجديدة للطبيب الذي يشكل محور النظام الصحي، بالإضافة إلى التكوين الذي يعتبر قاعدة أساسية لإنتاج مستخدمي الصحة وزيادة معارفهم، ففي الجزائر "وتطبيقاً لأحكام المادة 172 من القانون رقم 78-12 بتاريخ 05 أوت 1978 يتعين على المستشفى ضمان حملة التكوين والتحسين والرسكلة من أجل التطوير المستمر لمؤهلات المستخدمين، وهذا تماشياً مع متطلبات التقدم"².

وفضلاً عن التعليم الطبي والتكوين فإن البرامج التدريبية تلعب هي الأخرى دوراً فعالاً في زيادة المهارات العملية للعاملين بالمؤسسة الصحية، وتشمل البرامج التدريبية "تدريب الأطباء والمرضى وكافة المهنيين العاملين في المجال الصحي، كما تشمل تدريب وتعليم طلبة الدراسات العليا في إدارة المستشفيات، وإكسابهم الخبرات العلمية المطلوبة في الإدارة قبل ممارستهم العملية لإدارة المستشفيات"³.

ويعتبر المستشفى المكان الأنسب والأفضل للتدريب العملي لكافة المهنيين الصحيين لما يُتوفّر له من إمكانيات فنية وبشرية وأجهزة ومعدات ومعامل لا تتوفر لغيره من المؤسسات الصحية، ولكونه المكان الذي يتم فيه استقبال وعلاج مختلف الحالات المرضية، مما يجعل منه المكان الوحيد والذي لا بديل عنه لتدريب الأطباء والمرضى والفنيين والأخصائيين، وتطبيق ما تعلموه من معارف أكاديمية، " كما أنه يمثل مركزاً متميزاً لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، والعقاقير المناسبة لها، ويساهم أيضاً في تزويد أعضاء الهيئة الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومن ثم تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها"⁴.

ويختلف حجم نشاط التدريب والتعليم الذي تقوم به المستشفيات من مستشفى إلى آخر حسب حجم المستشفى ونوعه، فنجد أن المستشفيات كبيرة الحجم تقوم بنشاط تعليمي وتدريبى أكبر من المستشفيات الصغيرة، كما أن المستشفيات الجامعية (التعليمية) المرتبطة بكليات الطب تقوم بنشاط تعليمي وتدريبى أكبر من المستشفيات غير التعليمية، ومع ذلك فإن هذا النشاط يعتبر من الوظائف الهامة

¹: صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة: منظور شامل، المرجع السابق، ص 214.

²: حوالف رحيمة، المرجع السابق، ص 245.

³: فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008، ص 118.

⁴: عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، المرجع السابق، ص 9.

التي يجب أن تقوم به المؤسسات الصحية، والذي يمثل في نفس الوقت سببا ونتيجة للتحسينات في الخدمات الصحية المقدمة.

الفرع الثالث: دور جودة الخدمة الصحية في تعزيز البحوث الطبية

إن التقدم المذهل في علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى لتشخيص المشاكل الصحية وعلاجها -والذي نراه في أيامنا هذه- خير شاهد على أهمية البحوث في هذا المجال، ويساهم العمل على تحسين خدمات رعاية وعلاج المرضى والمجتمع بصفة عامة مساهمة كبيرة في تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة، وذلك من خلال اكتشاف الحالات المرضية ومتابعتها والعمل على إيجاد وتطوير العلاج المناسب، حيث:

- يساعد وجود هيئة طبية وكوادر بشرية متخصصة مهنيًا في إجراء البحوث الطبية المتعلقة بمختلف مجالات التشخيص والعلاج، أو في الإشراف عليها وتحديد الفائدة المتوقعة منها، وهذا ما يؤدي إلى تشجيع روح الابتكار والتجربة والمساهمة في الإبداع والتطوير.
- يتيح وجود المخبرات والتجهيزات الطبية الفرصة أمام الباحثين للقيام بمختلف البحوث التطبيقية، وتقييم فاعلية العقاقير المختلفة، أو اكتشاف وسائل جديدة لتشخيص بعض الأمراض أو تطوير الوسائل الموجودة.
- "يساعد وجود سجلات طبية تامة ومنظمة على توفير مركز أو بنك للمعلومات الديموغرافية و الطبية، وهذه المعلومات تمكن الباحثين من الأطباء وغيرهم في مجال العلوم الطبية من القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة بفاعلية أساليب التشخيص المتبعة أو اختبار فاعلية عقاقير معينة أو أية إجراءات طبية متخذة"¹، كما أنه "من خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن تحديد معدلات حدوث وانتشار الأمراض المختلفة، أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المختلفة"².

المطلب الثاني: دور جودة الخدمة الصحية في البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة

إن قياس تأثير الخدمات الصحية التي تقدمها منظمات الرعاية الصحية في الجانب الصحي يكون من خلال مجموعة من المؤشرات؛ أهمها مؤشر أمل الحياة عند الولادة، معدل وفيات الأطفال (خاصة منهم الأقل من سنة)، معدل وفيات الأمهات، ومدى انتشار الأمراض السارية والمعدية، إذ أن "الأهداف الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية تتمثل في تخفيض فقدان الحياة (أي خفض معدل الوفيات)، وتخفيض الأمراض والحد منها، والمساهمة في تحسين جودة الحياة"³، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا المطلب.

¹: حسان محمد حريستاني، المرجع السابق، ص40.

²: المرجع نفسه، ص10.

³: **Santé et éducation sanitaire**, sur le site d'internet : www.nrc.no/arch_img/9381172.pdf, date de visite: 11/09/2012.

الفرع الأول: دور جودة الخدمات الصحية في خفض معدل الوفيات

تعتبر دراسة الوفيات ذات أهمية كبيرة لأي مجتمع، فهي تعكس المستوى الصحي السائد، فكلما ارتفع المستوى الصحي انخفض مستوى الوفاة، كما يعتبر معدل الوفيات مؤشرا هاما للأنشطة والبرامج الصحية بصفة عامة (سواء كانت برامج وقائية أو علاجية)، إذ تساهم الخدمات الصحية الجيدة على غرار برامج التغذية الجيدة وظروف المسكن المناسبة في خفض معدل الوفيات العام، وقد ذكرنا في الفصل السابق كيف حققت التحسينات التي قامت بها الممرضة فلورانس نايتنجيل Florance Nightingale من عدد الوفيات بين الجنود الجرحى في المستشفيات العسكرية خلال حرب القرم.

وفي هذا العنصر سوف نركز على مدى مساهمة الخدمات الصحية الجيدة في خفض معدل الوفيات بين شريحتين هامتين في المجتمع، استهدفهما المرميّن الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، وهما فئة الأطفال (خاصة منهم حديثي الولادة والأقل من سنة) وفئة الأمهات، وذلك لعدة أسباب منها¹:

- تُشكل فئة الأطفال والأمهات نسبة هامة من مجموع السكان (حوالي 60%)، وهو ما يستلزم تقديم برنامج صحي مستقل، نتيجة تعرضهم لمشكلات صحية مختلفة خاصة بهم؛

- تعتبر فئة الأطفال والأمهات من الفئات الحساسة التي تتأثر صحتها بعوامل البيئة وبالمستوى الاقتصادي والاجتماعي للدولة؛

- يمر الأطفال والأمهات بتغيرات فسيولوجية قد تتحول في بعض الأحيان إلى أخطار صحية، مما يستلزم إشرافا مستمرا، فمثلا يتعرض الأطفال للإصابة بالأمراض المعدية وأمراض سوء التغذية في هذه المرحلة الحرجة من مراحل نموهم، كما قد يتعرض الأمهات إلى الإصابة بتسمم الحمل أو النزيف قبل أو بعد الولادة.

من أجل ذلك أطلق الأمين العام للأمم المتحدة بان كي مون عام 2010، مع قادة من الحكومات والمؤسسات ومنظمات المجتمع المدني وقطاع الأعمال، الإستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل، وهي سلسلة خطوات بسيطة لتحسين صحة النساء والأطفال، تتمثل في تدابير يمكن، إذا نُفذت، أن تُنقذ 16 مليون حياة بحلول عام 2015.

أ- دور جودة الخدمة الصحية في خفض معدل وفيات الأمهات

تعد الأمهات محور وجود الأسرة ونمائها وعاملا مساهما في تنشئة جيل واع ومجتمع صحي جسدا وفكرا، ولوفاتهن آثار صحية واجتماعية خطيرة ومدمرة على أسرهن، إذ أن الاهتمام بصحة الأم يعكس المستوى الصحي والمعيشي والإنجابي في الدولة، لذلك فقد ارتبط الهدف الخامس من أهداف التنمية للألفية بتخفيض معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية بنسبة ثلاثة أرباع (4/3) بين عامي 1990 و2015.

¹: عبد المجيد الشاعر وآخرون، المرجع السابق، ص35.

ويرتبط ارتفاع معدلات وفيات الأمهات ارتباطا وثيقا بنوعية الرعاية لدى الولادة، وإمكانية الوصول إلى موظفين صحيين مؤهلين، ووجود رعاية توليد فعالة في حالات الطوارئ، فضلا عن إمكانية الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، لذلك لا بد من تحقيق الإنصاف في إتاحة الرعاية الصحية للنساء في فترة الحمل والولادة، واستمرارية وجودة الخدمات الصحية المقدمة لهن، هذه الأخيرة تساهم في تحقيق الهدف الإنمائي الخامس من خلال الاهتمام بصحة الأم أثناء فترة الحمل، أثناء وبعد الوضع، كما يأتي:

أولاً- الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل: الهدف من هذه الرعاية هو ضمان استمرار الحمل دون أي مضاعفات تؤثر على حياة الأم أو الجنين مع تقديم الإرشادات الصحية الواجبة لضمان ذلك، ولمنع أي مضاعفات أخرى، "الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل تسمح بتحديد احتياجات المرأة الحامل للعلاج وللرقابة الطبية أو إلى رعاية خاصة في هذه الفترة أو في فترة الولادة"¹، إذ تسمح الرعاية الصحية الجيدة بـ:

- تقديم إرشادات تتعلق بنظام تغذية المرأة (كأهمية زيادة تناول المواد البروتينية خاصة ذات الأصل الحيواني، وتناول كميات معتبرة من الخضر والفواكه لإمداد الجسم بالفيتامينات والأملاح المعدنية)، وكذا إرشادات عن كيفية العناية بالصحة الشخصية (عدم ارتداء الملابس الضيقة والأحذية ذات الكعب العالي)²؛

- إعطاء المرأة الحامل معلومات عن أهم الأعراض التي تواجهها، خاصة الأعراض التي تدل على أن الحمل غير طبيعي، ونصحها بضرورة الاستشارة الطبية الفورية في حالة حدوث هذه الأعراض؛

- إعطاء المرأة في الأشهر الأخيرة للحمل إرشادات عن أعراض الوضع وكيفية العناية بالطفل؛

-حث المرأة على ضرورة التردد للفحص الدوري مرة كل شهر خلال الستة أشهر الأولى، ومرة كل أسبوعين خلال الشهرين السابع والثامن، ومرة كل أسبوع خلال الشهر الأخير، أو عند الشعور بأية أعراض بين فترات الفحص الدوري³.

ثانياً- الرعاية الصحية أثناء الوضع: يفضل دائما أن تتم عملية الولادة في المستشفى حتى يتم اتخاذ الإجراءات المناسبة، والتدخلات العاجلة إذا دعت الضرورة لذلك، حيث تسمح الخدمة الصحية الجيدة المقدمة للمرأة في هذه المرحلة بـ:

- أن تكون الحجرة التي يتم فيها الوضع نظيفة، وأن يتم تعقيم جميع الأدوات المستعملة حتى لا تكون مصدرا للتلوث؛

¹: Nouara Kaid Tlilane, Jean Paul Grangaud, **Soins de maternité durant la periode du P.A.S en Algérie: resulta d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia**, revue des sciences économiques et de gestion №05, université Ferhat Abbas, sétif, Algérie, 2007, p61

²: عبد المجيد الشاعر وآخرون، المرجع السابق، ص 38-39.

³: المرجع نفسه، ص 39.

- أن يتم الوضع تحت إشراف طبي، أي من طرف الاختصاصي في التوليد (القابلة)، أو المساعدة التي يتم تدريبها وإعدادها لهذا الغرض؛
- القيام بفحص شامل للمرأة للتأكد من عدم وجود أي جرح أو تلف في الأنسجة قد يؤدي إلى حدوث نزيف يهدد حياة الأم.

ثالثا- الرعاية الصحية بعد الوضع: أين يتم فحص ومتابعة الأم حتى نهاية فترة النفاس، ومراقبة درجة حرارتها خاصة في الأسبوع الأول بعد الولادة، لأن ارتفاع درجة الحرارة يعني الإصابة بحمى النفاس التي تؤدي بحياة الكثير من الأمهات¹، ففي الجزائر مثلا 14.1% من وفيات الأمهات تكون نتيجة الحمى النفاسية²، إضافة إلى إعطاء المرأة الإرشادات اللازمة عن أهمية التغذية الجيدة.

ب- دور جودة الخدمة الصحية في خفض معدل وفيات الأطفال

أشارت التقديرات عام 1990 إلى وفاة 12.5 مليون طفل دون سن الخامسة من العمر في جميع أنحاء العالم، وقد انخفض هذا العدد عام 2011 إلى 6.9 مليون طفل، "وفي سنة 2010 بلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم 55 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، غير أن هذا المعدل يتفاوت بين مجموعات دليل التنمية البشرية، إذ يتراوح بين 110 حالات وفاة لكل 1000 ولادة حية في البلدان ذات التنمية المنخفضة، و42 حالة وفاة في البلدان ذات التنمية البشرية المتوسطة، و18 حالة وفاة في البلدان ذات التنمية البشرية المرتفعة، و6 حالات في البلدان ذات التنمية البشرية المرتفعة جدا"³، ويُعزى السبب في وفيات الأطفال وتفاوت معدلها بين الدول المختلفة إلى نقص وسوء التغذية الذي يمثل أحد العوامل الدفينة التي تسهم في وقوع أكثر من ثلث مجموع وفيات الأطفال خاصة بين الفئات منخفضة الدخل من السكان، بالإضافة إلى الإصابة بحالات مرضية يمكن توقيها أو علاجها بإتاحة فرص الاستفادة من تدخلات بسيطة وميسورة التكاليف (إذ تتسبب في أكثر من نصف مجموع وفيات الأطفال)، لذلك فإن توفير الرعاية الصحية الكافية والمناسبة من شأنه خفض معدل وفيات الأطفال، وذلك من خلال:

- تحسين إمكانية الحصول على خدمات التحصين والتطعيم، وذلك لما لهذه الأخيرة من أهمية كبيرة في تحسين المستوى الصحي للأطفال، والقضاء على بعض الأمراض المتوطنة والأمراض الأشد فتكا بالأطفال كالحصبة، الكزاز وشلل الأطفال (فتلقيح طفل من شأنه أن يبطئ من انتقال عدوى الحصبة مثلا، ويتيح وفرا خارجيا إيجابيا)، والسعي إلى رفع نسبة الأطفال الذين يحصلون على مختلف التطعيمات والوصول بها

¹: عبد المجيد الشاعر وآخرون، المرجع السابق، ص40.

²: عياش بلعاطل، المرجع السابق، ص175.

³: برنامج الأمم المتحدة للتنمية، تقرير التنمية البشرية لعام 2013: نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع، ص27.

إلى 100%. "ويتم سنويا إنقاذ حياة مليوني طفل بفضل اللقاحات المقدمة"¹، ففي الجزائر مثلا مكن تكثيف الجهود في مجال صحة الأطفال من تخفيض معدل وفيات الأطفال من 55,7 وفاة سنة 1990 إلى 29,8 وفاة لكل 1000 ولادة حية سنة 2008، وذلك بتطبيق العديد من البرامج، منها البرنامج الوطني الموسع للتلقيح، إذ فاقت نسبة التحصين ضد أمراض الطفولة الأساسية 80%²؛ وبلغت سنة 2010 نسبة 99% بالنسبة للخناق والكزاز، ونسبة 95% بالنسبة للتلقيح ضد الحصبة³، ولذلك فإنه من الأهمية بمكان مواصلة الجهود المبذولة وعدم التراخي فيها، بل ومضاعفتها من أجل الوصول إلى تغطية تلقيحية بنسبة 100% في الجزائر⁴، كما بلغت نسبة النجاح في القضاء على شلل الأطفال (وهو مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات) في أنحاء العالم إلى أكثر من 99%⁵، وقد تمكنت دول العالم من تحقيق الغاية الإنمائية المتعلقة بتخفيض وفيات الأطفال نتيجة داء الحصبة -الذي يمكن الوقاية منه بسهولة عن طريق التلقيح- إلى النصف خلال ست سنوات فقط، وذلك نتيجة توفير لقاح الحصبة لأكثر من 360 مليون طفل، "مع العلم أن هذا المرض يؤدي بحياة أكثر من 800000 طفل سنويا"⁶.

- التدبير العلاجي للأمراض المعدية التي تصيب الأطفال والتي تؤدي بجياتهم، فما يقرب من ثلثي حالات الوفيات بين الأطفال دون الخامسة من العمر في عام 2011 كانت بسبب الأمراض المعدية مثل الالتهاب الرئوي والملاريا والتهاب السحايا والتيتانوس (الكزاز) وفيروس نقص المناعة والحصبة.

- ضمان مأمونية الولادة وتوفير خدمات الرعاية الفعالة للأطفال حديثي الولادة، والإتاحة الشاملة للتدخلات عالية المردود في الفترة المحيطة بالولادة، من خلال توفير خدمات الوقاية، التوعية والعلاج ذات التغطية الواسعة⁷؛ إذ يقدر أن 37% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة على صعيد العالم تحدث في الشهر الأول من عمرهم ومعظمها في الأسبوع الأول منه⁸، ففي الجزائر مثلا فإن أعلى معدلات وفيات الأطفال المسجلة تخص فئة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أيام⁹، حيث أحصت الجزائر 30000 حالة وفاة خلال الفترة الزمنية الممتدة من سنة 2000 إلى سنة 2006.

¹: Nouara Kaid Tlilane, Jean Paul Grangaud, **la situation vaccinale des enfants en période du P.A.S en Algérie: resultat d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia**, revue des sciences économiques et de gestion №05, université Ferhat Abbas, sétif, Algérie, 2005, p02.

²: عياش بلعاطل، المرجع السابق، 174.

³: برنامج الأمم المتحدة للتنمية، تقرير التنمية البشرية لعام 2013: نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع، ص178.

⁴: Nouara Kaid Tlilane, Jean Paul Grangaud, **la situation vaccinale des enfants en période du P.A.S en Algérie: resultat d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia**, OPCIT, p02.

⁵: منظمة الصحة العالمية، الأمراض السارية: نحو استجابة أكثر فعالية، على الموقع: www.who.int تاريخ الإطلاع: 2012/12/02.

⁶: Nouara Kaid Tlilane, Jean Paul Grangaud, **la situation vaccinale des enfants en période du P.A.S en Algérie: resultat d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia**, OPCIT, p03.

⁷: منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون: العمل على تخفيض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، ماي 2006، ص2.

⁸: منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، ص10.

⁹: Conseil national économique et social, **Rapport national sur le développement humain**, Algérie, 2007, p20.

- زيادة عدد مراكز الأمومة والطفولة، وتوفير الأمصال واللقاحات بهذه المراكز، لتقدم مجانا للأطفال، من أجل حمايتهم من الأمراض الخطيرة والمعدية؛
 - الوقاية من أكثر المشكلات شيوعا لدى الأطفال حديثي الولادة كالإسهال، الإنتان، والاعتلالات التنفسية، إذ أن أمراض الإسهال لا تزال منتشرة بشكل كبير بين الأطفال دون سن الخامسة، كما تشكل أمراض الجهاز التنفسي الحادة السبب الرئيسي في وفيات الأطفال والمواليد؛
 - تقديم الإرشادات الصحية للأم عن كيفية النمو الجسمي والعقلي للطفل، وعن خطر الأمراض المعدية التي يتعرض لها الطفل وأعراض هذه الأمراض وكيفية الوقاية منها؛
 - الحث على التبكير بالرضاعة الطبيعية والاقتصار عليها والتوعية بفوائدها، "إذ أن الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية يحصلون على أفضل تغذية سواء أكان المولود في أوغندا أو في انكلترا أو في الصين أو في كندا"¹، "فالتبكير بالرضاعة الطبيعية والاقتصار عليها يخفضان بصورة كبيرة معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة"².
- وتجدر الإشارة إلى أنه عادة ما تُجمع الموارد المخصصة لصحة الأم مع تلك المخصصة لصحة الطفل تحت ما يسمى رعاية الأمومة والطفولة.

الفرع الثاني: دور جودة الخدمات الصحية في خفض معدل الإصابة بالأمراض

على الرغم من التطور الذي يشهده العالم في مجالات الطب المختلفة إلا أن العدوى مازالت تشكل خطرا كبيرا يواجه البشرية، إذ تشير الإحصائيات إلى أن "الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها تسبب كل عام في موت حوالي 11 مليون طفل في بلدان العالم النامية، فالملاريا وهي مرض يمكن الوقاية منه تقتل طفلا كل 45 ثانية في مكان ما من العالم، ومرض السل (الدرن)، وهو مرض يمكن معالجته والشفاء منه يتسبب في وفاة أكثر من مليون شخص سنويا، ولا يزال وباء نقص المناعة المكتسبة خارجا عن نطاق السيطرة في معظم الدول، خاصة البلدان منخفضة الدخل"³، ومع ذلك فإن الدراسات تدل على أن نسبة كبيرة من الأمراض والوفيات يمكن منعها بتبني عادات صحية سليمة، وتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، وتقليل تعرض الأفراد للأخطار المهددة للصحة، حيث يسمح وجود برنامج تحصين فعال ذو كفاءة عالية يوفر اللقاحات المختلفة للأمراض المشمولة بالتحصين وكذا تنفيذ حملات التحصين لطلبة المدارس من القضاء على الأمراض المعدية التي تصيب الأطفال (كالحصبة، السعال الديكي، الدفتيريا، شلل الأطفال وغيرها) واستئصالها، كما أن لجودة التدريب العالية مقترنة بتوفير معدات

¹: منظمة الصحة العالمية، الأمراض السارية: نحو استجابة أكثر فعالية، على الموقع: www.who.int تاريخ الإطلاع: 2012/12/02.

²: منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون، المرجع السابق، ص 2.

³: البنك الدولي للإنشاء والتعمير، التنمية الصحية، استراتيجية البنك الدولي، ص 1.

المختبرات اللازمة لبناء القدرات أثرا كبيرا في مكافحة الأمراض المتوطنة والتصدي للأمراض المعدية من خلال كشف ورصد هذه الأمراض والعوامل التي تؤثر على انتشارها، والتشخيص المبكر لها، وكذا عزل الحالات المكتشفة، فضلا عن الدور الذي يساهم به التثقيف الصحي والبرامج التوعوية الموجهة للتعريف بهذه الأمراض وكيفية الوقاية منها وحث الأفراد على الالتزام بالسلوك الصحي السليم.

على ضوء ما سبق يتبين لنا الدور الهام الذي تلعبه كل من الخدمات الصحية العلاجية والوقائية في الجانب الصحي للتنمية البشرية المستدامة (أي في تخفيض معدل الوفيات والحد من انتشار الأمراض المختلفة)، حيث يقتصر دور الخدمات العلاجية غالبا على تشخيص ومعالجة الأمراض قبل استفحالها، بينما تلعب الخدمات الصحية الوقائية دورا فعالا من خلال البرامج الموجهة نحو خدمة المجتمع وترقية الصحة العامة، ومع ذلك فرغم هذا الدور الكبير الذي تلعبه الخدمات الصحية الجيدة في تحسين الحالة الصحية للأفراد إلا أن الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطن يتوقف أيضا على عوامل متعددة من خارج القطاع الصحي، فكل منظومة صحية توجد في تفاعل دائم مع مختلف المجالات السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية، إذ لا يمكن إغفال الدور الذي يلعبه ارتفاع مستوى المعيشة وتوزيع الدخل بشكل أكثر إنصافا، وكذا تحسن التغذية والتعليم، فضلا عن ظروف السكن الجيدة في تحسين مجمل المؤشرات الصحية.

المطلب الثالث: دور جودة الخدمة الصحية في البعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة

لقد سبق وأن ذكرنا أن البيئة هي أحد أهم أبعاد التنمية البشرية المستدامة، والتي تزايد الاهتمام بها على إثر تفاقم مشكلة التدهور البيئي الناجم عن مشكلة الاستنزاف الجائر للموارد الطبيعية المتجددة وغير المتجددة، ومشكلة التلوث البيئي التي أصبحت من أكثر المشاكل إلحاحا على المستويات المحلية والعالمية، ولأن موضوع الدراسة مرتبط بالقطاع الصحي فإن تحسين جودة الخدمات الصحية يقتضي بالضرورة تقديم الرعاية الصحية الأفضل التي تزيد من قدرات الأفراد وتحسن حالتهم الصحية دون الإضرار بالبيئة أو تلويثها، إذ "تقع على عاتق المستشفيات ومنشآت الرعاية الصحية المسؤولية عن البيئة والصحة العامة استنادا إلى مبدأ "توخي الحذر"، وبالتحديد فيما يتعلق بالنفايات التي ينتجونها، كما تقع على عاتقهم مسؤولية عدم وجود تأثيرات سلبية على الصحة أو البيئة نتيجة التداول أو المعالجة أو التخلص من النفايات"¹، فالخدمة الصحية الجيدة يمكن لها أن تساهم في حماية البيئة من خلال الحد من التلوث الناجم عن نشاطات المنظمات الصحية والذي تسببه النفايات الطبية، إذ لا يكفي أن نؤمن للمريض العلاج والدواء فقط، بل من الواجب حمايته ومعه الإطارات الطبية وكافة العاملين في المنظمة الصحية، والمجتمع والبيئة بصفة عامة من أخطار النفايات الطبية التي تعتبر من أكثر الأخطار التي تهدد البيئة

¹: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة، دليل المعلم: تدبير نفايات أنشطة الرعاية الصحية، عمان، الأردن، 2003، ص2.

والصحة العامة في حال سوء إدارتها، وهذا ما يستوجب إدارة آمنة لهذه النفايات من نشأتها إلى غاية التخلص النهائي منها، إضافة إلى ضرورة الالتزام بالتشريعات البيئية المحلية والدولية.

لذلك سنعالج في هذا المطلب كيفية التعامل مع النفايات الطبية من أجل الحد من التلوث البيئي الناجم عن سوء إدارتها، وذلك بعد التعرف على مفهوم النفايات الطبية، مصادرها، والأخطار البيئية والصحية التي يمكن أن تسببها.

الفرع الأول: ماهية النفايات الطبية

أ- تعريف النفايات الطبية

تعرف النفايات الطبية على أنها "النفايات المتولدة من المرافق الصحية نتيجة الخدمات الطبية مثل نفايات المستشفيات، العيادات الطبية والجراحية، طب الأسنان، معامل التحاليل المرضية، مختبرات البحوث، مراكز بلازما الدم أو أي أماكن أخرى"¹.

وتعرف منظمة الصحة العالمية النفايات الطبية على أنها "النفايات التي تنتج من المنشآت التي تقدم الرعاية الصحية المختلفة، والمختبرات ومراكز إنتاج الأدوية والمستحضرات الدوائية واللقاحات ومراكز العلاج البيطري والمؤسسات البحثية ومن العلاج والتمريض في المنازل"².

كما تعرفها وكالة حماية البيئة في الولايات المتحدة الأمريكية على أنها "أية مخلفات تنتج عن مؤسسة معالجة طبية، ويشمل ذلك المستشفيات، المختبرات الطبية والعيادات الصحية، ومراكز إجراء التجارب على الحيوانات أو وحداتها"³.

وبالتالي فالنفايات الطبية هي عبارة عن المخلفات الناتجة عن نشاط المنظمات المقدمة للرعاية الصحية والناتجة عن عمليات المعالجة والوقاية والتشخيص، أو البحث في أمراض الإنسان أو الحيوان.

ب- أنواع النفايات الطبية

تصنف النفايات المتولدة عن المنشآت الصحية إلى قسمين رئيسيين؛ نفايات خطرة تمثل حوالي 20% من إجمالي نفايات الرعاية الصحية، ونفايات غير خطرة بنسبة 80%، وذلك استناداً إلى تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية عام 2004، كما يلي⁴:

¹: إبراهيم عبد الحميد الغويل، أبو بكر عبد الرزاق المحريسي، النفايات الصلبة بمستشفيات مدينة بنغازي، المؤتمر العربي الثالث للإدارة البيئية (الاتجاهات الحديثة في إدارة المخلفات الملوثة للبيئة)، شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، أيام 23-24 نوفمبر 2004، ص 271.

²: محمد بن علي الزهراني، فايدة أبو الجدائل، الإدارة المستدامة للنفايات الطبية، المؤتمر العربي الثالث للإدارة البيئية (الاتجاهات الحديثة في إدارة المخلفات الملوثة للبيئة)، شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، أيام 23-24 نوفمبر 2004، ص 208.

³: عصام أحمد الخطيب، إدارة النفايات الطبية في فلسطين: دراسة في الوضع القائم، معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بير زيت، فلسطين، 2003، ص 9.

⁴: رلا أبو زيد، إدارة النفايات الطبية، دمشق، الجمهورية العربية السورية، ص 112-113، على الموقع: <http://www.msc.gov.jo/pdf/5.pdf>، تاريخ الاطلاع: 2012/12/12.

أولاً- النفايات الخطرة: هي النفايات التي تنتج من مصادر ملوثة أو محتمل تلوثها بالعوامل المعدية أو الكيماوية أو المشعة، إذ تشكل خطراً على الفرد والمجتمع والبيئة، ويصنف هذا القسم في سبع فئات كما يلي:

✓ **النفايات الباثولوجية:** تتمثل في الأعضاء البشرية وأنسجة الجسم والأجنة الميتة وجثث حيوانات التجارب، وسوائل الجسم والدم من المرضى المصابين بأمراض معدية.

✓ **النفايات الحادة (الجارحة):** وهي الأشياء الحادة التي يمكن أن تسبب وخزاً أو جرحاً في الجلد إذا لامسته، مثل إبر الحقن، المشارط، الزجاج المكسور وغيرها.

✓ **النفايات الدوائية:** هي النفايات المتبقية عن الأنشطة الوقائية أو العلاجية أو عن إنتاج وتحضير المستحضرات الصيدلانية والعقاقير، مثل اللقاحات والأمصال وحاويات الأدوية والأدوية منتهية الصلاحية.

✓ **النفايات المعدية:** وهي النفايات التي من الممكن أن تحتوي على عوامل ممرضة نتيجة تلوثها بالبكتيريا، الفيروسات، الطفيليات والفطريات، كضمادات الجروح، النفايات الناتجة عن وحدات عزل المرضى المصابين بأمراض سارية.

✓ **النفايات الكيمائية:** وهي النفايات التي تحتوي على مواد كيميائية سواء كانت صلبة أو سائلة أو غازية، والناتجة من الأنشطة التشخيصية، العلاجية، المختبرية أو المستخدمة في التنظيف وإجراءات التطهير أو التعقيم.

✓ **حاويات الغازات المضغوطة:** هي أسطوانات الغازات الفارغة أو التالفة نتيجة الاستعمالات الطبية كغازات التخدير والأكسجين وعبوات التعقيم والبخاخات وغيرها.

✓ **النفايات المشعة:** وهي النفايات التي تحتوي مواد مشعة، كذلك التي تستعمل في تشخيص الأورام وعلاجها أو بغرض إجراء الأبحاث.

ثانياً- النفايات غير الخطرة: وهي النفايات التي لا يحتمل أن تحمل خطراً معدياً أو كيميائياً أو إشعاعياً، وينظر إليها على أنها نفايات عادية (منزلية)، ويشكل هذا النوع الجزء الأكبر من إجمالي نفايات الرعاية الصحية، ويصنف هذا القسم إلى فئتين كما يلي:

✓ **النفايات المنزلية والمطبخية:** هذا النوع من النفايات ينتج عن تحضير الأطعمة في المطبخ والأطعمة الزائدة في غرف المرضى، بالإضافة إلى الزهور ومخلفات الأطعمة المغلفة، ويتولد هذا النوع من قبل العاملين في المنشأة الطبية أو المرضى أنفسهم أو زائريهم.

✓ **النفايات المكتبية:** وتتضمن النفايات المتولدة في المكاتب مثل الورق العادي الناتج عن الأعمال الإدارية والورق المقوى المستعمل في التغليف.

ج- مصادر النفايات الطبية

تنتج النفايات الطبية بشكل عام عن مصادر مختلفة، وعلى رأسها المستشفيات والمراكز الصحية، بالإضافة إلى مصادر أخرى فرعية، وإجمالاً يمكن توضيح هذه المصادر في الجدول رقم (03):

الجدول رقم(03): مصادر النفايات الطبية

المصادر الرئيسية	المصادر الفرعية
المستشفيات، المجمعات الصحية، المراكز الصحية، المستوصفات، العيادات، مصحات الإيواء، مختبرات التحاليل الطبية العامة والخاصة، مراكز خدمات الكلى، مصارف الدم، معامل البحوث للأحياء الدقيقة.	مراكز الاهتمام بالمسنين والعجزة، مصحات الأمراض العقلية، مراكز معالجة الإدمان، عيادات الكشف الطبي الصغيرة، عيادات الأسنان الصغيرة، العلاج المنزلي.

المصدر: إبراهيم عبد الحميد الغويل، أبو بكر عبد الرزاق المحريسي، المرجع السابق، ص271.

د- المخاطر الصحية والبيئية للنفايات الطبية

إن إدارة النفايات الطبية من أهم المواضيع الملحة نظرا لما ينجم عن سوء إدارتها من مخاطر صحية وبيئية تنعكس بشكل مباشر على العملية التنموية هذه المخاطر تتمثل في:

أولاً- المخاطر الصحية للنفايات الطبية: تختلف الأضرار الصحية للنفايات الطبية باختلاف أنواعها، فالمخلفات المعدية والحادة تحتوي على العديد من ميكروبات المرض التي تنتقل عن طريق التماس أو وخز الجلد بمواد حادة ملوثة، والتي قد تؤدي إلى إمكانية العدوى بأمراض خطيرة كالإيدز والتهاب الكبد الوبائي، حيث تشير مصادر منظمة الصحة العالمية إلى أن احتمال انتقال العدوى بعد حادثة وخز إبرة ملوثة تكون كالتالي¹:

0.3% للإيدز

3% الالتهاب الكبد الوبائي B

3-5% الالتهاب الكبد الوبائي C

كما أن المخلفات الكيماوية والصيدلانية وكذا المخلفات المشعة تعتبر مواد سامة ومحدثة للسرطانات والطفرات بالخلية البشرية والأحياء البرية، فمعظمها يؤثر في الحمض النووي للخلايا، ويعرض صحة الأفراد للخطر، بالإضافة إلى وجود مواد كيميائية أخرى حارقة وسريعة الاشتعال (الانفجار).

ثانياً- المخاطر البيئية: إن سوء إدارة النفايات الطبية والتخلص منها بطريقة غير مدروسة له آثار خطيرة على النظام البيئي بما تسببه من تلوث بيئي وتدهور للمحيط، إذ تحتوي المخلفات الطبية الناتجة عن منظمات الرعاية الصحية على كميات كبيرة من المواد الخطرة التي تؤدي إلى إحداث أضرار بعناصر البيئة الطبيعية (الماء، الهواء، التربة)، حيث يؤدي صرف بقايا المخلفات الكيماوية في شبكة المجاري العامة (الصرف الصحي) إلى تأثيرات بيئية شديدة الخطورة على جودة المياه، ويتسبب في تلوث مصادر المياه

¹: محمد بن علي الزهراني، فائدة أبو الجدايل، المرجع السابق، ص210.

السطحية والجوفية المستخدمة في الشرب وفي الأغراض المنزلية، "كما أن بعض المخلفات الصيدلانية من المضادات الحيوية والأدوية المستخدمة لعلاج الأمراض السرطانية لها المقدرة على قتل الأحياء الدقيقة الموجودة والضرورية لتوازن النظم البيئية الطبيعية، فضلا عن إمكانية حدوث طفرات وتشوهات للكائنات الحية المحيطة، وزيادة تركيز بعض المواد الثقيلة كالزئبق ومركبات الفينول ومشتقاته السامة في التربة نتيجة الطمر غير الصحي للنفايات الخطرة، وهو ما يساهم في زعزعة هذه النظم البيئية"¹. إضافة إلى ذلك فإن الحرق غير المناسب لبعض المواد الطبية يؤدي إلى انبعاث ملوثات غازية سامة كمادة الديوكسين الكيميائية Dioxins التي يعتبر وجودها في الجو خطرا جدا على البيئة، فضلا عن الأمراض الخبيثة التي تسببها.

الفرع الثاني: الطرق الصحية لإدارة النفايات الطبية

تُعنى إدارة النفايات الطبية بكيفية التصرف مع النفايات الطبية من حين تولدها إلى حين التخلص النهائي منها، وهي "سلسلة من النشاطات المختلفة التي يجب أن تبنى على معايير سليمة تحمي كل من المريض، العامل في المنظمة الصحية، المجتمع والبيئة"²، لذلك ولتفادي الأخطار البيئية والصحية التي سبق ذكرها فإنه يوجد عدد من الخطوات التي إذا ما طبقت أصبح المرفق الصحي مصدرا للشفاء، وليس مصدرا للعدوى أو خطرا على البيئة، هذه الخطوات يمكن عرضها فيما يلي:

أ- فرز النفايات الطبية

إن عملية فرز نفايات مرافق الرعاية الصحية أمر في غاية الأهمية لعملية إدارة هذه النفايات وتقليل كمية النفايات التي تحتاج إلى معالجة متخصصة، وإلى جانب ذلك فإن عملية الفرز تقلل من نفقات التعامل مع النفايات ومعالجتها والتخلص منها، كما تمنع تلوّث النفايات غير المعدية بالنفايات المعدية، وعادة ما يُعمد إلى استخدام أكياس مميزة الألوان لكل نوع من النفايات الطبية، والجدول رقم (04) يوضح نظام التصنيف اللوني للنفايات الطبية الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية كنموذج لنظام الترميز الملون.

¹: محمد براق، مريزق عدمان، إدارة المخلفات الطبية وآثارها البيئية: إشارة إلى حالة الجزائر: الملتقى الدولي للتنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، أيام 7-8 أفريل 2008، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2008، ص320.

²: رلا أبو زيد، المرجع السابق، ص111.

الجدول رقم (04): نظام التصنيف اللوني للنفايات الطبية حسب منظمة الصحة العالمية

نوع النفايات	لون العبوة والعلامة	نوع العبوة
نفايات شديدة العدوى	أصفر مع علامة شديدة العدوى	أكياس بلاستيكية متينة مانعة للتسرب أو عبوة تتحمل التعقيم
نفايات معدية أخرى والنفايات الباثولوجية والتشريحية	أصفر	أكياس أو عبوات بلاستيكية
أدوات حادة النصل	أصفر مع علامة أدوات "حاددة النصل"	عبوات ضد الثقب
النفايات الكيماوية والصيدلانية	بيّي	أكياس أو عبوات بلاستيكية
النفايات المشعة	-	صناديق رصاص مدون عليها بيانات مع رمز الإشعاع
نفايات الرعاية الصحية العامة	أسود	أكياس بلاستيكية

المصدر: برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية- الأحيائية

والرعاية الصحية (Y1; Y3)، جنيف، 9-13 ديسمبر 2002، ص 41.

وما ينبغي التنبيه إليه هو عدم ترك أي نوع من النفايات الخطرة في غرف المرضى، وألا تترك سوى السلات المخصصة للتخلص من النفايات المنزلية فقط.

ب- مناولة النفايات الطبية

تشتمل هذه الخطوة على جمع النفايات وتخزينها لحين التخلص منها.

أولاً- الجمع: يعد من الأهمية بمكان أن تضع إدارة المنظمة الصحية جدولاً ثابتاً لجمع النفايات الطبية من الأقسام وعدم تكديسها، مع مراعاة استخدام عربة مختلفة لكل نوع، على أن يتم الجمع بأسلوب يحمي العاملين من التعرض لهذه النفايات، وأن يكون التعامل اليدوي مع النفايات محدوداً لأقصى درجة، وذلك لتجنب التماس المباشر للأشخاص المسؤولين عن الجمع مع هذه النفايات، كما أنه عند جمع أكياس وحاويات النفايات الطبية يجب مراعاة أن تكون هذه الأكياس أو الحاويات محكمة الإغلاق وأن لا تعبأ بأكثر من ثلاثة أرباع سعتها، "على أن تجمع النفايات مرتين في اليوم على الأقل في المستشفيات، أما بالنسبة لمراكز الرعاية الصحية الأولية فإنه يجب أن لا تزيد الفترة الزمنية بين عمليات الجمع أكثر من 24 ساعة في درجات الحرارة العادية"¹، كما يجب أن تتحدد أماكن توضع الحاويات ومواقع الجمع على أساس النفايات المجمعة، وعلى هذا الأساس نجد:

¹: محمد بن علي الزهراني، فائدة أبو الجدايل، المرجع السابق، ص 8.

- الأماكن المحظورة على العموم: وتتضمن غرف الممرضات والأماكن التي يتم فيها وضع بطاقات التعريف، ونقاط التجميع المحلية لكل قسم أو طابق، ومكان التخزين المركزي في المنشآت الطبية.
- الأماكن المطروقة من قبل العموم: وهي الأماكن التي توضع فيها حاويات جمع النفايات المنزلية.

إن الجمع السليم والأمن للنفايات الطبية لا يكفي وحده، إذ يجب أن يتبعه نقلٌ سليم وآمنٌ أيضاً، يراعى فيه تجنب تسرب النفايات أو انسكابها، إضافة إلى ضرورة توفير شاحنات أو عربات مناسبة لنقل النفايات إلى منطقة التخزين أو لحين معالجتها أو التخلص منها.

ثانياً- التخزين: وهو عملية الحفاظ على النفايات الطبية بشكل يتناسب مع أسلوب معالجتها فيما بعد بالشكل الصحيح من حيث تحديد الأماكن المناسبة وطرق التخزين الصحيحة، ويمكن تلخيص أبرز ما يجب إتباعه عند التخزين فيما يأتي¹:

- تخزين النفايات الطبية بطريقة لا تهدد الصحة العامة، أي بالأماكن المعدة لها فقط، وأن لا يسمح بدخولها إلا من قبل المخولين فقط؛
- وضع كل النفايات في حاويات ذات استيعابية عالية، على أن تكون محكمة الإغلاق كل الوقت باستثناء أوقات التعبئة أو التفريغ؛
- جعل أرضية المخازن سهلة التنظيف، مع توافر مصادر للمياه لأغراض التنظيف، كما ينبغي أن تكون مداخل هذه المخازن متناسبة مع حجم وسائل النقل المستخدمة؛
- تزويد المخازن بإنارة جيدة وتهوية ملائمة، وحماية مناسبة من حرارة أشعة الشمس لمنع تحلل المواد العضوية والكيميائية؛
- عدم إنشاء المخازن في مواقع قريبة من مواقع التغذية كالمطابخ، ومخازن الطعام، كما ينبغي تصميمها بحيث لا تتمكن الحشرات والقوارض التي تعد ناقلة للجراثيم من الدخول إليها.

ج- معالجة النفايات الطبية

تُعرف معالجة النفايات الطبية على أنها " أية طريقة أو وسيلة أو عملية أو تقنية يتم تصميمها لتغيير الخواص الحيوية أو تركيبية أي نوع من أنواع النفايات الطبية أو شكل من أشكالها، للتخلص من قدرتها على إيقاع الأذى أو المرض أو إحداث التلوث البيئي أو إلحاق المخاطرة بالصحة العامة"². وبذلك فالمعالجة هي العملية التي تُغيّر أو تُعدّل النفايات الطبية بطريقة معينة قبل أخذها إلى مكان التخلص النهائي منها.

¹: سعد علي العززي، المرجع السابق، ص304.

²: المرجع نفسه، ص305.

وعلى اعتبار أن النفايات الطبية تُنتج بأصناف مختلفة فإنه لا توجد طريقة واحدة مثالية لمعالجة كل النفايات الطبية، حيث توجد العديد من البدائل لعملية المعالجة، كل منها له مميزاته والتي ينبغي أن تدرس قبل الاختيار، هذا الاختيار يتأثر بعدد من العوامل منها:

- القوانين البيئية المحلية والسياسة العامة للمؤسسة الصحية، والقبول الاجتماعي للتقنية المختارة؛
- الموارد المالية والبشرية والتقنية والمعلوماتية المتاحة؛
- كمية ونوعية النفايات الطبية المنتجة؛

وتتمثل أهم الطرق المستخدمة في معالجة النفايات الطبية الخطرة في:

– **الحرق Incineration**: ويعرف أيضا بالترميد، وهو عملية أكسدة جافة تحت حرارة عالية تختزل النفايات العضوية والقابلة للاحتراق إلى مواد غير عضوية ومواد غير قابلة للاحتراق، وتؤدي إلى تقليل كبير في حجم ووزن النفايات الطبية، ويتم اختيار هذه العملية عادة لمعالجة النفايات التي لا يمكن إعادة تدويرها أو إعادة استخدامها.

وينتج عن احتراق المركبات العضوية –غالباً– غازات تشمل بخار الماء وثاني أكسيد الكربون وأكاسيد النيتروجين وبعض المواد السامة، بالإضافة إلى متبقيات صلبة على شكل رماد، وفي حال عدم التحكم في ظروف الاحتراق بشكل مناسب فسوف ينتج أول أكسيد الكربون السام، كما أن الرماد والمياه العادمة الناتجة عن العملية تحتوي على مركبات سامة تستلزم معالجتها، لذلك يجب تشغيل المرمذات المصممة خصيصاً لمعالجة نفايات الرعاية الصحية على درجات حرارة تفوق 900° مئوية، لأن درجات الحرارة العالية وتنظيف الغازات العادمة يحد من تلوث الهواء الجوي ومن الروائح الناتجة عن عملية الترميد، فضلاً عن ضرورة التخلص من بقايا الرماد الصلبة في مواقع الطمر المصممة خصيصاً للمواد محتملة الخطورة¹.

– **التطهير الحراري بالمبخرة Autoclaving**: هي طريقة آمنة للبيئة وأقل تكلفة في التشغيل، يقوم بها أفراد مؤهلون، حيث تعرّض النفايات الطبية إلى بخار متشبع تحت ضغط عالي داخل أحواض خاصة مقفلة لها مواصفات علمية متفق عليها، بحيث يسمح للبخار بالنفاذ واحتراق كل المخلفات، وتعتمد درجة حرارة جهاز التطهير على الحجم والوزن الإجمالي للمواد المراد تعقيمها ونوعية الميكروبات ومدى مقاومتها للبخار².

وتستخدم هذه الطريقة عادة لمعالجة النفايات شديدة العدوى فقط، إذ تعتبر غير صالحة للنفايات التي لا يخرقها البخار كالنفايات الصيدلانية والكيميائية، وغير صالحة أيضاً للمخلفات الطبية البشرية.

¹: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، عمان، الأردن، 2006، ص ص 71-83.

²: برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية – الأحيائية والرعاية الصحية (Y1; Y3)، المرجع السابق، ص 51.

– التطهير الكيميائي **Chemical disinfecting**: التطهير الكيميائي هو اختبار عملي من أجل التقليل من العوامل الممرضة المحتواة في المواد الحادة والنفايات الطبية الباثولوجية، ولكن تكاليف التطهير الكيميائي قد تكون مرتفعة نسبياً، كما يتوجب استخدام عدة أنواع معينة من المواد الكيميائية لمعالجة أنواع محددة من النفايات، والمطهرات هي أيضاً مواد خطيرة يتطلب التعامل معها اتخاذ إجراءات آمنة¹.

– المعالجة الحرارية **Thermal treatment**: هي تقنية حديثة يعول عليها في تحويل النفايات الصلبة إلى مواد غازية مع بقاء بعض البقايا الصلبة غير الضارة، بما يجعلها حامية للبيئة من أضرار النفايات الطبية².

من خلال العرض السابق لمختلف التقنيات المستخدمة في معالجة النفايات الطبية نلاحظ أن بعضها أقل تأثيراً على البيئة من البعض الآخر (مثلاً المعالجة الحرارية أقل ضرراً من الحرق)، ومع ذلك فإن معظم البحوث والدراسات الميدانية أكدت بأنه لا توجد إستراتيجية صديقة للبيئة تعالج كل النفايات الطبية وتتخلص منها بشكل مثالي.

د- التخلص من النفايات الطبية

بعد الانتهاء من عملية المعالجة ينبغي التخلص من النفايات الطبية بطريقة لا تعرض صحة الإنسان أو سلامة البيئة إلى أية أخطار إضافية، وفي العادة فإن ما يتبقى من النفايات الطبية بعد معالجتها يتم التخلص منه بطرق ثلاث هي³:

✓ رمي الرماد المتبقي بأماكن مخصصة لهذا الغرض، وهي تمثل مكبات النفايات الصحية، بعد أن يثبت فحصها بأنه غير خطير طبقاً لمواصفات الأنظمة البيئية، وإذا ما وجد بأن هذا الرماد خطير فيتم التخلص منه برميهِ في مكبات النفايات الخطرة؛

✓ رمي السوائل التي يخفف تركيزها أو تتم معادلتها وتصبح مقبولة لأنظمة السلطات المحلية في المجاري الصحية؛

✓ دفن وطمير الأجزاء التشريحية التي لم يتم حرقها في أماكن مخصصة وبعيدة عن المناطق العمرانية.

من خلال العرض السابق يتبين لنا الدور الهام والمساهمة الإيجابية للخدمات الصحية الجيدة في دعم وتحسين أبعاد التنمية البشرية المستدامة الثلاثة؛ الجانب التعليمي والمعرفي، الجانب الصحي، والجانب البيئي، غير أنه وبالإضافة إلى الجوانب الثلاثة سابقة الذكر فإن الخدمات الصحية الجيدة تساهم أيضاً في التخفيف من الفقر الذي يمثل أهم التحديات التي تواجه مسيرة التنمية البشرية في العالم وعلى وجه الخصوص الدول النامية، كما أنه يعتبر أكثر حلقات التنمية صلة بالصحة، فقد أثبتت الدراسات والتقارير والإحصائيات وجود علاقة تبادلية قوية بين الصحة والفقر، فمن جهة تؤكد الفقر كمسبب مساعد (أو

¹: رلا أبو زيد، المرجع السابق، ص118.

²: سعد علي العنزي، المرجع السابق، ص307.

³: المرجع نفسه، ص309.

كمحفز) لاعتلال الصحة، فالفقراء يمرضون أكثر وأشد ويموتون أبكر من الأغنياء، لأنه لا يمكنهم تحمل تكاليف الأدوية وتكاليف العلاج والتي تعد أمراً ضرورياً لمواجهة مختلف الأمراض¹، ومن جهة أخرى فإن الصحة المعتلة (سواء الجسدية أو النفسية) تحد من قدرة الشخص على العمل وعلى الإنتاجية، وتقلل الكسب، كما أن العديد من الأسر الفقيرة تلجأ إلى إنفاق مدخراتها أو بيع ممتلكاتها حتى تتمكن من تغطية تكاليف الرعاية الطبية، وغالباً ما ينتهي بها المطاف نتيجة لذلك إلى الانزلاق إلى مادون خط الفقر.

وقد أوضح البروفيسور البريطاني ونسلو Winslow هذا التأثير المتبادل بين الصحة والفقر بقوله "في البلاد الفقيرة يمرض الرجال والنساء لأنهم فقراء معدمون، ويزيد فقرهم عندما يصابون بالأمراض ويشتد المرض عليهم لأنهم فقراء معدمون، وهكذا تتشكل الحلقة المفرغة ويستمر دوران المساكين المسحوقين فيها"².

"ونظراً لأن الصحة السيئة هي أحد الأسباب الرئيسية للفقر، فإن تواصل الاستثمارات التي تستهدف تحسين الأحوال الصحية للفقراء بوسعها أن توفر وسيلة للتخفيف من حدة الفقر"³، كما أن تدعيم أنظمة الرعاية الصحية من شأنه تعزيز النمو الاقتصادي والحد من الفقر الناجم عن الإصابة بالأمراض، وذلك من خلال توفير الخدمات الصحية اللازمة والجيدة للفئات الهشة من المجتمع، باعتماد جملة من الإجراءات المتكاملة، المتمثلة في⁴:

● التوسع في توفير المرافق الصحية للفقراء بصفة خاصة، من خلال:

- استعمال أساليب جديدة من أجل إيصال الخدمات الصحية للسكان، كالحرائط التي تحدد توزيع السكان والمرافق الصحية؛
- استعمال عقود الخدمات، التي يلتزم من خلالها ممارسو الخدمة الصحية بقضاء عدد من السنوات في القطاع العام؛
- زيادة الإمدادات الصحية من الأدوية بأسعار معقولة أو بالجمان إذا تعلق الأمر بالأدوية الأساسية وتحسين توزيعها في المناطق الأشد فقراً؛
- وضع حد أدنى للخدمات الصحية التي تغطي الرعاية الصحية الأولية والتكفل بالنساء الحوامل والأطفال؛
- توفير التأمين الصحي الأساسي؛
- توسيع البنية الأساسية والهياكل القاعدية الصحية؛

¹: Jean-Claude Berthélemy, **Les relation entre santé, développement et réduction de la pauvreté**, Communication au Mini-Forum sur la santé dans les pays en développement, l'Académie des Sciences Paris, 19 et 20 novembre 2007, p05.

²: سعيدة شين، المرجع السابق، ص54.

³: صقر أحمد صقر، **العولمة والأخلاق-الصحة والتنمية الاقتصادية**، ص7، على الموقع الإلكتروني: www.iefpedia.com/arab/، تاريخ الاطلاع: 2012/11/23.

⁴: عياش بلعاطل، المرجع السابق، ص60-61.

- تحسيس وتوعية السكان: من خلال:
 - نشر الوعي بين السكان حول قضايا الصحة وتكثيف الجهود لنشر المعلومات عن الصحة العامة؛
 - تدريب عاملين صحيين في البيئة المحلية؛
 - تشجيع عمليات التحصين ضد الأمراض وزيادة معدلات التطعيم؛
 - دعم البرامج الخاصة بمكافحة الأمراض المعدية؛
 - نشر الوعي حول الأمراض المتنقلة عن طريق الممارسات الجنسية من خلال البرامج التعليمية، وزيادة حملات التوعية العامة عن طرق الوقاية من هذه الأمراض؛
 - زيادة إمكانية الحصول على المعلومات وخدمات الصحة الإنجابية والتناسلية.
- ترقية نوعية الخدمات الصحية، ويتحقق ذلك من خلال:
 - تنظيم برامج تدريبية لممارسي الصحة؛
 - فتح المجال أمام الخواص وتحسين إدارة المستشفيات العمومية؛
 - رفع السلم الوظيفي لممارسي الصحة وتطوير آليات لتقييم أدائهم؛
 - تطبيق اللامركزية في الخدمات الصحية.

خلاصة الفصل

اتسم العقد الأخير من القرن الماضي بتنامي الوعي بقيمة الإنسان هدفاً ووسيلة في منظومة التنمية الشاملة، وتزايد الاهتمام به باعتباره المحور الرئيسي في العملية التنموية، هذا الاهتمام تجلّى من خلال برنامج الأمم المتحدة للتنمية الذي أطلق رؤية جديدة للتنمية تحت عنوان التنمية البشرية المستدامة، والتي تقوم على أساس تشكيل القدرات البشرية (من خلال الصحة والتعليم) واستخدامها في تحسين حياة البشر دون تدمير رأس المال اللازم لحماية الأجيال المقبلة (الاهتمام بالبيئة)، وبذلك فقد تم التركيز على عدة أبعاد أهمها التعليم، الصحة، البيئة والحكم الرشيد.

إن الأبعاد الرئيسية للتنمية البشرية المستدامة يمكن تحقيقها من خلال مجموعة من الإجراءات المتكاملة فيما بينها، والتي تشمل أساساً السكن، التغذية، البرامج البيئية، التشغيل، وخدمات الرعاية الصحية. هذه الأخيرة -والتي هي موضوع الدراسة- يمكن لها أن تساهم في دعم البعد التعليمي للتنمية البشرية المستدامة من خلال زيادة مستوى التحصيل الدراسي للمتمدرسين وذلك بتحسين البيئة الدراسية وتحسين نوعية الكشف الطبي وكذا الإرشاد والتثقيف الصحي، فضلاً عن تعزيز التعليم الطبي والبحوث الطبية بالنسبة للعاملين في المنظمات الصحية، وذلك بتوفير المعدات والتجهيزات اللازمة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وهو ما يؤدي إلى زيادة قدراتهم العلمية ومهاراتهم العملية.

أما عن دور الخدمات الصحية الجيدة في الجانب الصحي فيتجلّى أساساً في خفض معدل الوفيات (خاصة بالنسبة لفئتي الأطفال والأمهات)، وخفض معدل الإصابة بالأمراض المختلفة، وذلك من خلال مختلف البرامج الوقائية كحملات التطعيم والتثقيف الصحي، فضلاً عن الإرشادات المقدمة للأفراد أو البرامج العلاجية التي تستدعي المهارة والخبرة لدى مقدمي الخدمة الصحية ومدى توفر الإمكانيات والمعدات المعتمدة على التكنولوجيا الطبية.

وفيما يخص دور جودة الرعاية الصحية في الجانب البيئي للتنمية البشرية المستدامة فيبرز من خلال المساهمة في الحد من التلوث البيئي، وذلك عن طريق الإدارة الآمنة لنفايات الرعاية الصحية، والتي تكون من خلال سلسلة من الإجراءات التي تُعنى بكيفية التعامل مع المخلفات الطبية من حين تولدها إلى غاية التخلص النهائي منها.

الفصل الثالث:

دور الخدمات الصحية بالمؤسسة
الاستشفائية محمد الصديق بن يحي
في التنمية البشرية المستدامة

تمهيد

ترتبط عملية تقييم المنظومة الصحية ومساهمتها في دعم برامج التنمية الصحية والبشرية المسطرة ارتباطا وثيقا بتقييم أداء المؤسسات الصحية المشكّلة لهذه المنظومة، والتي يتم تقديم مختلف الخدمات الصحية على مستواها، ذلك لأنه من غير الممكن عزل عملية تقييم هذه المنظومة عن عمليات التقييم التي تتم على المستوى الجزئي، أي على مستوى المؤسسات الصحية أو على مستوى الأفراد العاملين بها.

لذلك وبعد مناقشتنا لجودة الخدمة الصحية ودورها في التنمية البشرية المستدامة في الفصلين السابقين؛ سنقوم في هذا الفصل بإسقاط الجانب النظري للدراسة على إحدى المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي بولاية جيجل، وذلك من خلال تقسيم الفصل إلى أربعة مباحث نتطرق فيها إلى ما يلي:

- في المبحث الأول سنخرج على المنظومة الصحية العمومية في الجزائر بشكل عام من خلال دراسة تطورها، وهيكلية الخدمات الصحية بها، وعلى الخدمات الصحية بولاية جيجل من خلال التعرف على الهياكل الصحية الموجودة بالولاية وعدد المهنيين الصحيين بها، وكذا بعض المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية بالولاية.

- في المبحث الثاني سنقوم بتقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي محل الدراسة وكذا عرض الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

- في المبحث الثالث سنقوم بتقييم أداء المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة وذلك بالاعتماد على الإحصائيات المقدمة من بعض المديرية بالمؤسسة.

- في المبحث الرابع سنقوم بتقييم جودة الخدمة الصحية ودورها في التنمية البشرية المستدامة من خلال عرض وتحليل وتفسير نتائج الاستبيان الموزع على أفراد عينة الدراسة والمتمثلة في الطاقم الطبي والتمريضي.

المبحث الأول: الخدمات الصحية العمومية في الجزائر عامة وفي ولاية جيجل خاصة

قبل الشروع في الدراسة الميدانية للخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى سنتناول من خلال هذا المبحث مدخلا عاما إلى الخدمات الصحية العمومية على المستوى الوطني (الجزائر) وعلى المستوى المحلي (ولاية جيجل).

المطلب الأول: مدخل عام إلى المنظومة الصحية العمومية في الجزائر

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حقا عالميا أساسيا موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والبشرية، وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة، من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في مختلف المؤسسات المشكلة للمنظومة الصحية الوطنية، هذه الأخيرة تتميز بسيطرة القطاع العمومي الذي يعد الإطار الأساسي الذي يتكفل بتقديم الرعاية الصحية لغرض رفع المستوى الصحي للمواطنين، لذلك فقد خصصنا هذا المطلب لمعرفة تطور وهيكلية المنظومة الوطنية للصحة العمومية.

الفرع الأول: تطور المنظومة الصحية العمومية في الجزائر

غداة الاستقلال ورثت الجزائر حالة صحية متردية جدا نتيجة الظروف الاقتصادية والاجتماعية السائدة، حيث كان الشعب الجزائري يعاني الفقر والحرمان وسوء التغذية، وهو ما أدى إلى انتشار العديد من الأمراض المعدية على غرار الملاريا، الكوليرا، التيفوئيد، وارتفاع معدلات الوفيات (فقد كان معدل وفيات الأطفال من أعلى النسب في العالم)، وقد كان النظام الصحي الموجود متمركزا بشكل أساسي في كبريات المدن كالجزائر، وهران، قسنطينة. وفي ظل هذه الظروف رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية بغية تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي، وقد مرت المنظومة الصحية الجزائرية بعدة تحولات كانت نتيجة لقرارات سياسية أو أزمات اقتصادية وذلك حسب المراحل التالية:

المرحلة الأولى: من 1962 إلى 1973

إن السياسة الصحية في هذه المرحلة محدودة في خياراتها نتيجة ضعف الوسائل المتوفرة للدولة الجزائرية، "فقبل سنة 1965 لم تكن الجزائر تتوفر إلا على 1319 طبيبا، منهم 285 طبيا جزائريا فقط، بما يعادل طبيا واحدا لكل 8092 مواطن، و264 صيدليا بمعدل صيدلي لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، بمعدل طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة"¹، كما تميزت المؤشرات الصحية في هذه المرحلة بانخفاض معدل العمر المتوقع للحياة إلى أقل من 50 سنة وارتفاع معدل الوفاة، إذ

¹: نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر والتوزيع، قسنطينة، الطبعة الأولى، الجزائر، 2008، ص ص132-133.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

تجاوز معدل وفيات الأطفال 180 وفاة لكل 1000 ولادة حية¹، فضلا عن انتشار الأمراض المعدية وضعف الهياكل القاعدية ونقص التغطية الصحية.

ولمواجهة هذه الوضعية وفي ظل الموارد المحدودة ركزت وزارة الصحة والسكان التي تم إنشاؤها سنة 1965 (بعد أن كانت مندمجة ضمن وزارت أخرى) على هدفين أساسيين هما²:

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي والخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج؛

- مكافحة الأمراض خاصة المتنقلة منها والتقليل من الوفاة.

ومن أجل دعم هذين المسعيين فقد وضعت الدولة العديد من برامج الصحة الموجهة لحماية طبقة السكان المحرومين، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، حيث تم التكفل بالطب المجاني للأطفال سواء في إطار مراكز حماية الأمومة والطفولة أو في إطار الطب المدرسي، كما صدر المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969 والقاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها، وهذه تعتبر خطوة إيجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية، كما تم التكفل الشامل بمكافحة بعض الآفات الاجتماعية مثل مرض السل، من خلال إنشاء المراكز الخاصة بمكافحة السل ليصبح علاجه مجانيا، ونفس الشيء لمرض الشلل وسوء التغذية، وما ميز هذه المرحلة أيضا هو بداية الحملات الوطنية للتلقيح ضد الحصبة (1969-1970)، وكذا التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية، وذلك توازيا مع البرامج المسطرة من طرف المنظمة العالمية للصحة، بالإضافة إلى برنامج الحماية من حوادث العمل، ووضع لجان النظافة والوقاية³.

وقد كان النظام الصحي في هذه المرحلة ممثلا بـ:

- ✓ المستشفيات العمومية التي تضمن العلاج والاستشفاء، والتي تدير من طرف وزارة الصحة؛
- ✓ المراكز الصحية التي تقدم المساعدات الطبية المجانية في المدن والبلديات، وقد كانت تدار من طرف البلديات ثم ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1967 و1968؛
- ✓ مراكز الطب المدرسي التي تُسِير من طرف وزارة التربية والتعليم؛
- ✓ القطاع الخاص الذي يتولى تقديم العلاج في مصحات خاصة يمتلكها الأفراد.

المرحلة الثانية: من 1974 إلى 1989

تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بثلاثة أمور هي:

¹: Abdelhak Saihi, Le système de santé publique en Algérie: analyse et perspective, revue Gestions hospitalières, n° 455, Avril, 2006, p 241.

²: عدمان مريزق، المرجع السابق، ص168.

³: نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص136.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقاً من جانفي 1974¹، من أجل تجسيد شعار الصحة للجميع مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية؛
 - إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات، وذلك بغية تحسين جودة التعليم الطبي وتدعيم التأطير الطبي، وهو ما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات؛
 - إنشاء القطاع الصحي الذي يعتبر حجر الزاوية لتنظيم المنظومة الوطنية للصحة، ومحاولة تطويره لتوسيع نطاق التغطية الصحية، من خلال إنشاء العديد من المرافق الصحية خاصة منها المستشفيات، العيادات متعددة الاختصاصات والمراكز الصحية.
- وتميزت هذه المرحلة أيضاً بإنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986، وهي المراكز الاستشفائية الجامعية المكلفة بالعلاج، التكوين والبحث، وقد بلغ عددها 13 مركزاً خلال هذه الفترة.
- أما على صعيد المؤشرات الصحية فقد ارتفع العمر المتوقع للحياة عام 1987 إلى 65 سنة بعد أن كان 51 سنة وذلك عام 1965، كما انخفض معدل وفيات الأطفال، وقد عرف النظام الصحي تطوراً كبيراً في أعداد المستخدمين الصحيين، حيث ارتفع عددهم من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، وذلك نتيجة الإصلاحات التي تمت في مجال العلوم الطبية².

المرحلة الثالثة: 1990-2001

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، بسبب انخفاض عوائد النفط وانكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة من جهة، ومرور الجزائر بالعشرية السوداء من جهة أخرى، حيث شهد نظام الرعاية الصحية انهياراً ونقصاً في المجالين التقني والعلاجي، وتدهوراً في وضعية الهياكل الاستشفائية ونوعية الخدمات المقدمة بها، بالإضافة إلى تدمير العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية، وظهور العيادات الخاصة المنافسة، وخضع النظام الصحي إلى التعديل الهيكلي منذ 1994، هذا التعديل تُرجم من خلال³:

- ✓ مشروع الجهوية* والذي شُرع فيه في سنوات الثمانينات، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة.
- ✓ إنشاء وسائل الدعم لنشاط وزارة الصحة والسكان ووضعها حيز التطبيق، وقد تمثلت في:

¹: الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 65-73، الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

²: نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 135.

³: نبيلة كحيل، المرجع السابق، ص 52.

* يقضي مشروع الجهوية بإنشاء المناطق الصحية الجهوية، وذلك بموجب المرسوم رقم 97-262 المؤرخ في 9 ربيع الأول 1418هـ الموافق لـ 14 جويلية 1997، وهي عبارة عن وحدات جغرافية-صحية، تتكون من عدة ولايات، تسير من طرف المجلس الجهوي للصحة الذي يتكفل بضمان وحماية وترقية صحة المواطنين، وقد أنشأت خمس مناطق صحية جهوية وهي المنطقة الصحية "الوسط"، المنطقة الصحية "الشرق"، المنطقة الصحية "الغرب"، المنطقة الصحية "الجنوب الشرقي"، المنطقة الصحية "الجنوب الغربي".

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية: مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
- الصيدلية المركزية للمستشفيات: مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994).
- الوكالة الوطنية للدّم: مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدّم (1995).
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي: مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية وبقظة العتاد: كلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

المرحلة الرابعة: من 2002 إلى يومنا هذا

يعتبر الحدث المميّز لسنة 2002 في مجال الصحة في الجزائر تغيير تسمية وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات، ومن التسمية الجديدة للوزارة يتضح أن الإصلاح مس بالدرجة الأولى المستشفيات، وقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى مشروع الإصلاح إلى تحقيقها. وتتمثل أساسا في:¹

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال؛

- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية؛
- التأكيد على حقوق وواجبات المستخدمين وحماية المرضى على وجه الخصوص؛
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛
- توفير الإمكانيات الضرورية لمحتري الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية .

وفي سنة 2007؛ كانت القطاعات الصحية والتي بلغ عددها 183 قطاعا عبر كافة التراب الوطني محل مراجعة وإلغاء تام ابتداء من سنة 2008، حيث تم تشكيل بناء جديد للخارطة الصحية الجزائرية، هذا البناء يركز على نوعين من المؤسسات؛ المؤسسات الاستشفائية العمومية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وذلك بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428، الموافق لـ 19 ماي 2007، والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، حيث تم فصل الاستشفاء عن الفحص والعلاج، وذلك بهدف تسهيل

¹: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 17 جانفي 2003.

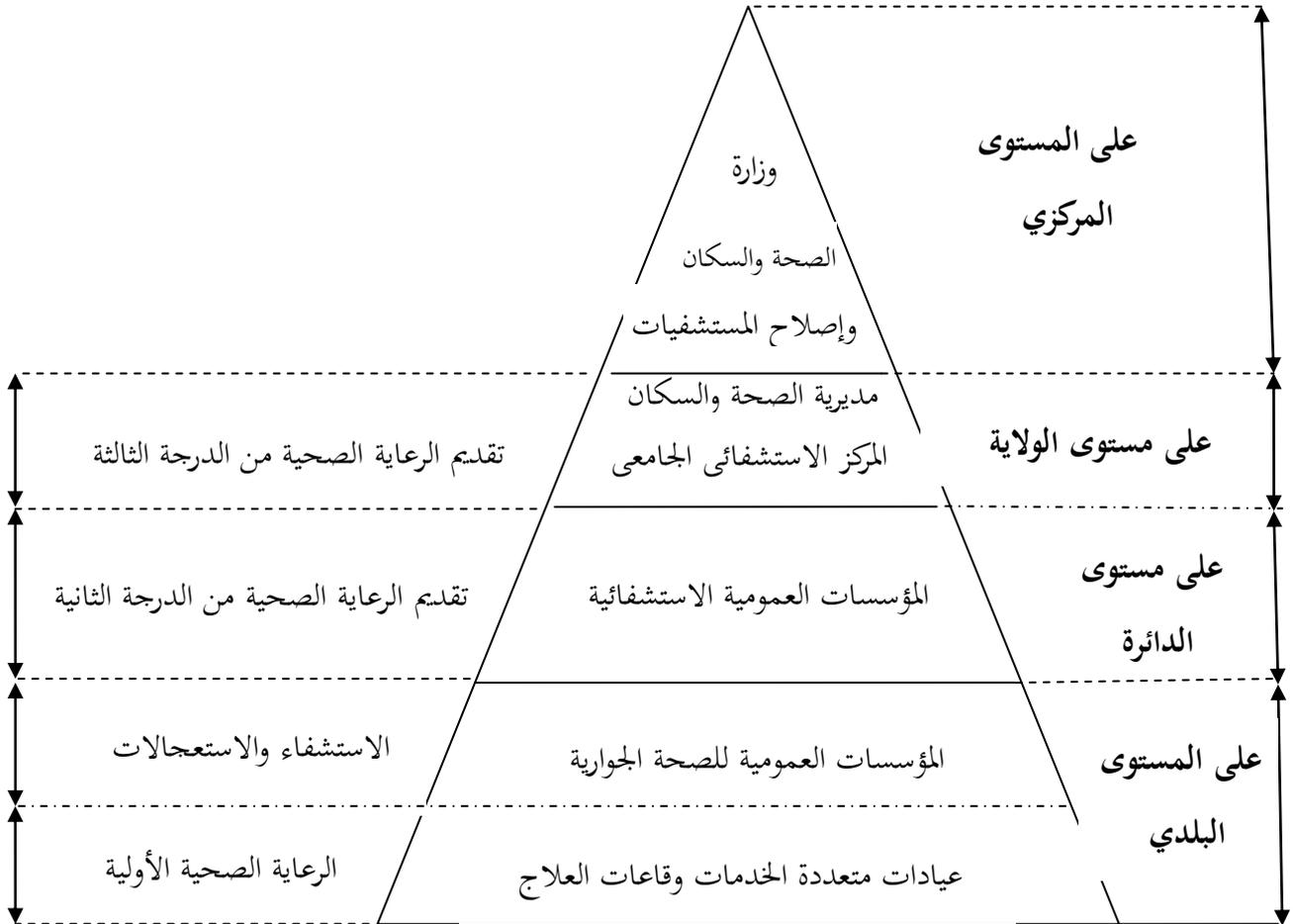
الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الوصول إلى العلاج وتقريب المؤسسة الصحية من المواطن، وما يميز هذه المرحلة أيضا هو بداية تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات، وذلك عبر مراحل تدريجية، ليتم تطبيقه بصفة نهائية سنة 2009.

الفرع الثاني: هيكل المنظومة الصحية العمومية في الجزائر

تعتبر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية ورفع المستوى الصحي للمواطنين، والقضاء على مشاكلهم الطبية، وكذا توفير الدواء، تليها المستشفيات الجامعية، ثم المؤسسات العمومية الاستشفائية والوحدات القاعدية، والشكل رقم (06) يوضح سلمية نظام الخدمات الصحية العمومية بالجزائر.

الشكل رقم (06): سلمية الخدمات الصحية العمومية في الجزائر



المصدر: مديرية الصحة والسكان

من الشكل رقم (06) يتضح أن تنظيم الخدمات الصحية العمومية في الجزائر يشمل المستويات التالية:

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

- **المستوى المركزي:** يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التي تتكون من¹:

✓ **الوزير:** يقوم وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال:

- وقاية صحة السكان ورعايتها؛
- التحكم في النمو الديموغرافي والتخطيط العائلي؛
- التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛
- العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛
- تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين وشبه الطبيين؛
- العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى؛
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمعدية؛
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛
- الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي.

✓ **ديوان الوزير:** يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة وملحقون بالديوان وعددهم أربعة، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم، وتحضير مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

✓ **الأمانة العامة :** تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال بالتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

✓ **المفتشية العامة :** يشرف عليها ستة مفتشين يقومون بالمهام التالية:

-الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية؛

-توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛

-العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛

-ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

✓ **المديريات المركزية :** تضم ثماني مديريات لكل منها اختصاص معين، وتشمل مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

¹: عائشة عتيق، المرجع السابق، ص 132-133.

- على المستوى الولائي

✓ **مديرية الصحة والسكان:** يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعاً منسجماً ومتوازناً بين مختلف المؤسسات الاستشفائية في الولاية، ومتابعة تحضير الميزانيات وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد ظروف تخزينها، وتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين، وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، بالإضافة إلى التكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية.

كما تهتم مديرية الصحة والسكان بإعداد جدول النمو الديموغرافي وضبطه باستمرار، ودراسة المنازعات المترتبة عن أعمال تسيير ممارسي الصحة وتطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

✓ **المراكز الاستشفائية الجامعية:** يعتبر المركز الاستشفائي الجامعي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشاؤها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي¹.

ويوجد بالجزائر 13 مركزاً استشفائياً جامعياً يرتكز دورها على النواحي التعليمية والتدريبية والعلاجية وتخدم طلبة الجامعات لكليات الطب، كما تتكفل بتأمين الرعاية الصحية للمواطنين، بمعنى أنها تشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

- الميدان الصحي؛
- الميدان التكويني؛
- ميدان الدراسة والبحث.

- **على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):** تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في المؤسسات العمومية الاستشفائية (E.P.H) Établissements Publics Hospitaliers، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة*

¹: الطب جمعة، مساهمة تطبيق التسويق على قطاع الخدمات الصحية، دراسة حالة المستشفى الجامعي بباتنة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف:

عمار زيتوني، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر، 2012/2011، بحث لم ينشر، ص 96.

*: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة هي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكفل بمرض معين أو بفتحة عمرية معينة مثل مستشفى الأمراض العقلية، مستشفى أمراض السرطان، أمراض الأطفال.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

Etablissements Hospitaliers Spécialisés، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية.

إضافة إلى ذلك ومن أجل الحد من الضغط على المراكز والمؤسسات الاستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج Hiérarchisation des soins تم إنشاء قطاعات صحية فرعية هي الوحدات الصحية القاعدية أو الأولية، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة، تتمثل هذه الوحدات في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) Etablissements publics de santé de proximité، تتكفل بصورة أساسية بتشخيص الأمراض، الوقاية والعلاج القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، وكذا التكفل ببرامج الصحة المدرسية، وتضم:

- العيادات متعددة الخدمات: وتوكل لها مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

- قاعات العلاج: تتولى تقديم العلاجات البسيطة في المناطق التي تضم أقل من 2000 ساكن.

المطلب الثاني: مدخل عام إلى الخدمات الصحية بولاية جيجل

الفرع الأول: الهياكل الصحية بولاية جيجل

بلغ تعداد سكان ولاية جيجل 684933 نسمة سنة 2012، وقد ازداد بنسبة 6% مقارنة بسنة 1998 (643948 نسمة)، ومن أجل تغطية الاحتياجات الصحية لهذا العدد من المواطنين فقد تم توزيع الهياكل الصحية بالولاية كما يلي:

- **المؤسسات الاستشفائية العمومية (EPH) Etablissements Publics Hospitaliers**: تحتل المؤسسات الاستشفائية العمومية قمة الهرم الترتيبي للمؤسسات الصحية بالولاية، وتتميز بقلة عددها وتركزها في المناطق الحضرية ذات الكثافة السكانية المرتفعة، وقد بلغ عددها سنة 2012 ثلاث مؤسسات بسعة سريرية إجمالية قدرها 900 سرير، هذه المستشفيات هي:

✓ المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيى - جيجل - (وهي المؤسسة محل الدراسة) تتوفر على 431 سرير؛

✓ المؤسسة الاستشفائية العمومية مجدوب السعيد - الطاهير - تتوفر على 218 سرير؛

✓ المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري - الميلية - تتوفر على 280 سرير.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

– المؤسسات العمومية الاستشفائية المتخصصة **Etablissements Hospitaliers spécialisés**: على الرغم من أهمية هذه المؤسسات إلا أن الولاية لا تتوفر إلا على مؤسسة واحدة وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي بدائرة تاكسنة.

– المؤسسات العمومية للصحة الجوارية **(EPSP) Etablissements publics de santé de proximité**: تتوفر الولاية على ست (06) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية تتكفل بتشخيص الأمراض وتوفير العلاج القاعدي لسكان الولاية، هذه المؤسسات تضم 26 عيادة متعددة الخدمات ومئة (100) قاعة للعلاج، وذلك كما يبينه الجدول رقم (05):

الجدول رقم (05): الوحدات الصحية القاعدية بولاية جيجل سنة 2012

البيان	عدد سكان المنطقة المخدومة	عدد العيادات متعددة الخدمات	عدد قاعات العلاج
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – جيجل –	173122	04	09
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – زيامة منصورية –	46972	02	07
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – جيملة –	31569	02	09
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – الطاهير –	134970	04	16
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – بوسيف أولاد عسكر –	100306	05	18
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – سيدي معروف –	197996	09	41

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية جيجل

أما ما يتعلق بالهيكل الاستشفائية في القطاع الخاص فإن الولاية تتوفر على ثلاث عيادات جراحية خاصة وهي:

✓ العيادة الطبية الجراحية الخاصة المليية: تضم 32 سريرا

✓ العيادة الطبية الجراحية الخاصة الطاهير: تضم 20 سريرا

✓ العيادة الطبية الجراحية الخاصة الطاهير (مصحة الشفاء): والتي تعزز بها القطاع الصحي بالولاية

سنة 2012، وتضم 30 سريرا.

الفرع الثاني: الموارد البشرية العاملة بالقطاع الصحي لولاية جيجل

استنادا إلى البيانات التي توفرت لنا من مديرية الصحة والسكان فقد بلغ عدد الممارسين الطبيين

بولاية جيجل 1182 فردا سنة 2012، فيما بلغ عدد الممارسين شبه الطبيين 1910 فردا موزعين بين

القطاعات الخاص والعمومي وفقا لما يبينه الجدول رقم (06).

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (06): عدد الممارسين الطبيين وشبه الطبيين بولاية جيجل لسنة 2012.

البيان	القطاع العمومي	القطاع الخاص	المجموع	معدل التغطية	المعدل الوطني
الأطباء الأخصائيون	118	110	228	1/2953	1/2240
الأطباء العامون	367	94	470	1/1432	1/1708
جراحو الأسنان	122	124	246	1/2737	1/3646
الصيدالة	19	219	238	1/2829	1/5398
مجموع الممارسين الطبيين	635	547	1182	1/569	1/670
الممارسون شبه الطبيين	1867	43	1910	1/352	1/367

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية جيجل

من خلال الجدول أعلاه واستنادا إلى معدلات التغطية الصحية على المستوى الوطني فإن ولاية جيجل تتوفر على عدد كاف من الممارسين الطبيين وشبه الطبيين، وهو مؤشر إيجابي على مدى كفاية الخدمات الصحية على مستوى الولاية، غير أن هذه الأخيرة تعاني من عجز في عدد الأطباء الأخصائيين إذ بلغ معدل التغطية طبيب واحد لكل 2953 مواطن، وهو أقل من معدل التغطية الوطني المقدر بطبيب لكل 2240 مواطن، وهذا ما يقتضي ضرورة تدعيم القطاع من خلال زيادة عدد الأطباء الأخصائيين. وما تجدر الإشارة إليه أن القطاع الصحي بالولاية قد تدعم خلال سنة 2012 بـ 16 طبيبا أخصائيا في التخصصات التالية:

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (07): عدد الأطباء الأخصائيين الجدد سنة 2012

التخصص	العدد	مكان التعيين
الجراحة العامة	02	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
	02	المؤسسة العمومية الاستشفائية الطاهير
طب الأطفال	02	المؤسسة العمومية الاستشفائية الطاهير
	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
الأشعة	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
إعادة التأهيل الوظيفي	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
التخدير والإنعاش	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
الأمراض الصدرية	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
الأمراض الجلدية	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
علم الطفيليات	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
الطب الشرعي	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
طب العمل	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
أمراض الكلى	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
أمراض القلب	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية جيجل
المجموع	16	-

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية جيجل

كما تدعم القطاع بـ 160 ممارسا شبه طبي حسب التخصصات الموضحة في الجدول رقم (08):

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (08): عدد الممارسين شبه الطبيين الجدد سنة 2012

عدد المناصب	التخصص
55	مساعدو التمريض
06	المدلكون الطبيون الحاصلون على شهادة دولة
07	ممرضون في رعاية المواليد
17	المخبريون الحاصلون على شهادة دولة
13	القبالات
35	الممرضون الحاصلون على شهادة دولة
13	مشغلو أجهزة التخدير والإنعاش
13	الأعوان الطبيون في التخدير والإنعاش
11	بيولوجيون في الصحة العمومية
160	المجموع

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية جيجل

الفرع الثالث: بعض المؤشرات الصحية بولاية جيجل

حسب المعطيات التي توفرت لنا من مديرية الصحة والسكان لولاية جيجل فإننا سنستعرض بعض المؤشرات الصحية المرتبطة بمعدلات التغطية التلقيحية ومعدلات الوفيات في الولاية، وذلك خلال الفترة الممتدة من 2010 إلى 2012، ووفقا لما يوضحه الجدولان رقم (09) ورقم (10) على التوالي.

الجدول رقم (09): معدلات التغطية التلقيحية بولاية جيجل خلال الفترة (2010-2012)

2012 (%)	2011 (%)	2010 (%)	معدل التغطية اللقاح
90	97	99	اللقاح ضد السل
89	94	98	اللقاح ضد التهاب الكبد الفيروسي (ب 1)
63	89	94	اللقاح ضد الخناق والكزاز
36	87	89	اللقاح ضد الحصبة

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية جيجل



الجدول رقم (10): معدلات الوفيات بولاية جيجل خلال الفترة (2010-2012)

2012 (%)	2011 (%)	2010 (%)	السنوات المعدلات
4.60	4.31	4.47	معدل الوفيات العام
8.75	7.31	6.77	معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (0-6 أيام)
0.61	1.38	0.53	معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (7-28 يوم)
9.36	8.70	7.31	معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (0-28 يوم)
14.15	15.78	18.09	معدل وفيات الأطفال
13.67	23	30.8	معدل وفيات الأمهات (100000 ولادة حية)

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية جيجل

نلاحظ من الجدول رقم (09) أن هناك تراجعاً في معدلات التغطية بمختلف اللقاحات على مستوى الولاية، كما نلاحظ من الجدول رقم (10) أن هناك تذبذباً في معدل الوفيات العام بالولاية، حيث انخفض سنة 2011 إلى 4.31% ليرتفع سنة 2012 إلى 4.60%، فيما نلاحظ أن هناك انخفاضاً مستمراً وملحوظاً في معدل وفيات الأطفال من 18.09% سنة 2010 إلى 14.15% سنة 2012، وفي معدل وفيات الأمهات بصفة خاصة من 30 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2010 إلى 13 حالة سنة 2012، وهو ما يعكس جودة وكفاية الخدمات الصحية المقدمة في مجال رعاية الأمومة والطفولة، ويعكس التقدم الإيجابي في الولاية من أجل بلوغ الهدفين الرابع والخامس من أهداف التنمية البشرية للألفية.

المبحث الثاني: منهجية البحث الميداني

على اعتبار أن موضوع الدراسة ينطلق من بعض التساؤلات وبالتالي مجموعة من الفرضيات الموضوعية مسبقاً في المقدمة العامة؛ اقتضت الضرورة المنهجية التعريف بميدان الدراسة، وكذا تقديم الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، وهذا بهدف وضع بعض المفاتيح الأساسية للدراسة الميدانية موضع الصورة الواضحة، حتى يتسنى لنا فيما بعد عرض ومعالجة بيانات الدراسة الميدانية وتحليلها وتفسيرها.

المطلب الأول: التعريف بميدان الدراسة

سنتناول في هذا المطلب التعريف بالمؤسسة محل الدراسة والمتمثلة في المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي بولاية جيجل من خلال إبراز نشأتها والتطورات التي مرت بها، دراسة هيكلها التنظيمي وتركيبه الموارد البشرية بها.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الفرع الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي من أهم المرافق الحيوية بولاية جيجل، وقد تم إنشاء أول مستشفى بالولاية سنة 1933 تحت تسمية "فرانس فانون Frants Fanon"، على مساحة تقدر بـ 9100م²، منها 3900م² مبنية أي بنسبة 42.56%، و5200م² غير مبنية، وبسعة سريرية تقدر بـ 160 سرير، وعلى إثر التقسيم الإداري لسنة 1974 والذي انفصلت بموجبه ولاية جيجل عن ولاية قسنطينة تم إنشاء مستشفى جديد يحمل اسم محمد الصديق بن يحي لأن مستشفى فرانس فانون لم يعد يلبي الطلبات المتزايدة للسكان في المجال الصحي، تم تدشين هذا المستشفى يوم 08 نوفمبر 1983، الموافق لـ 03 محرم 1043 هجري، بموجب القرار الوزاري رقم 81/242.

في سنة 2008 تحولت تسمية مستشفى محمد الصديق بن يحي من القطاع الصحي إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية بناء على المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428، الموافق لـ 19 ماي 2007، والذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها. وتعرف المؤسسة العمومية الاستشفائية بأنها "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية، والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي، وتتكون المؤسسة الاستشفائية من هيكل التشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، وتغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات"¹. وتقع المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحي في الجهة الشرقية لمدينة جيجل، تتسع حاليا لـ 431 سرير.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي فيما يلي :

- تنظيم وتوزيع الإسعافات وبرمجتها؛
- تطبيق النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتنظيم العائلي؛
- تطبيق النشاطات المتعلقة بالوقاية والتشخيص وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء؛
- تجسيد البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة والسكان؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم.

الفرع الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

أ- الهيكل التنظيمي الإداري للمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

إن السير الحسن لأي مؤسسة يتطلب وجود هيكل تنظيمي مناسب، من أجل تحقيق التوازن بين الصلاحيات والمسؤوليات، ويشكل الهيكل التنظيمي البناء أو الإطار الذي يحدد التركيب الداخلي للمؤسسة، فهو

¹: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، مرسوم تنفيذي رقم 140-07 مؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق لـ 19 ماي سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، ص 10.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

يبين التقسيمات التنظيمية والوحدات الفرعية التي تقوم بمختلف الأعمال والأنشطة التي يتطلبها تحقيق هدف المؤسسة، ويوضح نوع العلاقات بين أقسامها وخطوط السلطة وشبكات الاتصال فيها. وطبقا للقرار الوزاري المشترك المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، وتطبيقا لأحكام المادة 22 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى الموافق لـ 19 ماي 2007 يتحدد التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي وفق ما يوضحه الشكل رقم (07):

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

ويمكن التعرض لأهم الوظائف وفقا للهيكल التنظيمي الموضح في الشكل السابق كما يلي:

أولاً- المدير: هو المسؤول الأول والأخير عن تسيير المؤسسة حيث:

- يمثل المؤسسة أمام العدالة في جميع أعمال الحياة المدنية؛
- هو الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة؛
- يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة؛
- يحضر مشاريع الميزانية التقديرية ويعد حساب المؤسسة؛
- يقوم بتنفيذ مداورات مجلس الإدارة؛
- يضع التقرير السنوي للنشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة؛
- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في التنظيم المعمول به؛
- يمارس التعيين والتسيير على مجموع مستخدمي المؤسسة العمومية الاستشفائية باستثناء المستخدمين الذين خصص لهم شكل آخر من أشكال التعيين.

ثانياً- مكتب الاتصال: تتمحور مهامه فيما يلي:

- تطبيق قرارات المدير؛
 - استقبال المجلس الإداري وتأسيس الميزانية السنوية للنشاطات؛
 - معالجة شكاوي المواطنين؛
 - مكلف بأمانة المجلس الطبي والإداري.
- ثالثاً- مكتب التنظيم العام:** يقوم بمتابعة البريد الوارد والصادر من مختلف المصالح الطبية والإدارية وكذا المؤسسات العمومية الخارجية والخاصة.

رابعاً- المديرية الفرعية للمالية والوسائل: تسهر على تسيير الحياة المهنية للعمال وكافة الموظفين وعلى حسن التكفل بهم من خلال الاهتمام بوضعيتهم المالية وتسيير شؤونهم الإدارية، وحسن التكفل بالملفات الخاصة بهم وترتيبها والحفاظ عليها، كما تسهر على إعداد جداول الترقية للعمال نهاية كل سنة، وإعداد كل القرارات الإدارية المتعلقة بتعيينهم وتثبيتهم وترقيتهم وإحالتهم على التقاعد، وتقوم هذه المديرية أيضا بإعداد القرارات المتعلقة بإجراء الامتحانات والاختبارات المهنية والمسابقات على أساس الشهادات، وتتولى إعداد الأجور والمنح الخاصة بالعمال وكذا دفع مستحقاتهم المتأخرة بسبب عدم توفر الاعتمادات المالية في الوقت المحدد.

وتتكون من ثلاثة مكاتب هي:

- مكتب الصفقات العمومية: يتولى عقد الصفقات مع المؤسسات العمومية والخاصة بمختلف أنواعها من أجل تموين المؤسسة بالمواد والعتاد الضروري، كما يتكفل بضمان تموين المؤسسة بمختلف اللوازم المكتبية والأجهزة الطبية والأدوية وكل المستلزمات الضرورية المتعلقة بكافة النشاطات المختلفة.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

- مكتب الميزانية والمحاسبة: يسهر على تنفيذ بنود الميزانية وتسجيل الاعتمادات المالية المعتمدة والممنوحة.
- مكتب الوسائل العامة والهيكل.

خامسا- المديرية الفرعية للموارد البشرية: تتكون من مكاتبين:

- مكتب التكوين: يتولى مختلف العمليات المرتبطة بالدورات التكوينية التي تقدمها المؤسسة للعاملين بها، خاصة منهم الكوادر الطبية والمرضى.
- مكتب تسيير الموارد البشرية والتعداد والمنازعات: يتكفل بكافة القضايا المتعلقة بالخلافات التي تنجم بين الأفراد أو تكون الإدارة طرفا فيها، والخلافات الخارجية بين الإدارة والمواطنين وحتى الأفراد العاملين بها.

سادسا- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة: وتتكون من مكتب صيانة التجهيزات الطبية ومكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

سابعا- المديرية الفرعية للمصالح الصحية: تضم أربعة مكاتب كما يلي:

- مكتب القبول: يقوم بالاتصال المباشر بالمواطنين واستقبال المرضى الوافدين الذين تستلزم حالتهم الصحية المكوث بالمستشفى، وتسجيلهم وإعداد ملفات قبولهم للإقامة بالمستشفى، وكذا التصريح بالوفيات والمواليد لضباط الحالة المدنية، وضمان المراقبة المستمرة لحركة المرضى داخل مختلف المصالح الاستشفائية، ولذلك يعتبر المرآة العاكسة للمستوى الذي حققته المؤسسة الاستشفائية من التطور والتنظيم في مختلف العلاقات الداخلية والخارجية.
- مكتب التعاقد وحساب التكاليف: يقوم بحساب مجموع التكاليف الخاصة بالمرضى.
- مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها.

ب- الهيكل التنظيمي لمصالح المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحي

تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي من مجموعة من الموارد المادية، المالية والبشرية الموزعة على عدد من المصالح الاستشفائية والمصالح التقنية والطبية الأخرى، مع الإشارة إلى عدم وجود بعض المصالح والتخصصات بالمؤسسة كمصلحة أمراض وجراحة القلب، ومصلحة أمراض الجهاز الهضمي، والشكل رقم (08) يوضح مختلف المصالح الموجودة بالمؤسسة محل الدراسة.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الفرع الثالث: الموارد البشرية والمالية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

أ- الموارد البشرية

بلغ عدد العاملين بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة 792 عاملا حسب آخر تعداد لسنة 2012، موزعين حسب المستوى الوظيفي وفق ما يوضحه الجدول أدناه:

الجدول رقم (11): توزيع الموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية لسنة 2012

النسبة	العدد	البيان	
	59	طبيب أخصائي	الطاقم الطبي
	40	طبيب عام في الصحة العمومية	
	21	طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية	
	04	جراح أسنان رئيسي في الصحة العمومية	
	05	الصيدالة العامون في الصحة العمومية	
%16.29	129		المجموع الجزئي
	05	ممرض متخصص في الصحة العمومية	الطاقم شبه الطبي
	133	ممرض للصحة العمومية	
	91	ممرض مؤهل	
	22	مساعد في التمريض للصحة العمومية	
	37	مساعد في التمريض رئيسي للصحة العمومية	
	10	مخبري مؤهل	
	42	مخبري للصحة العمومية	
	15	بيولوجي للصحة العمومية الدرجة 01	
	02	نفسانيين عيادين للصحة العمومية	
	15	مشغل أجهزة التصوير الطبي	
	2	مختص في التغذية	
	36	قابلات	
	34	أعوان طبيين في التخدير والإنعاش	
	04	مساعدا اجتماعيات	
	02	مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية	

...../

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

	01	محضر في الصيدلة للصحة العمومية	
	02	مداوي بالعمل للصحة العمومية	
%57.20	453		المجموع الجزئي
	55	إداري	السلك الإداري والتقني والعاملون المهنيون
	145	عامل مهني	
	04	تقنيين ساميين في الصيانة	
	04	تقنيين ساميين في الإعلام الآلي	
	02	مهندسين في الإعلام الآلي	
%26.51	210		المجموع الجزئي
%100	792		المجموع العام

المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية

ب- الموارد المالية

في إطار العمليات المبرمجة للمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى لسنة 2012 فقد تم رصد مبلغ مالي قدره 1680793000 دج ، تم توزيعه على مختلف النفقات كما يوضحه الجدول رقم (12).

الجدول رقم (12): توزيع الموارد المالية للمؤسسة الاستشفائية لسنة 2012

النسبة من إجمالي الميزانية (%)	الاعتمادات (ألف دج)	البيان
83.18	1 398 000	نفقات الموظفين
0.1	1 700	نفقات التكوين
1.99	33 500	التغذية
6.15	103 275	الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي
0.47	7 818	نفقات أعمال الوقاية النوعية
1.78	30 000	العتاد والأدوات الطبية
2.74	46 000	صيانة الهياكل الصحية
2.97	50 000	نفقات أخرى للتسيير
0.62	10 500	الخدمات الاجتماعية
00	00	نفقات البحث الطبي
100	1 680 793	المجموع العام

المصدر: مكتب الميزانية والمحاسبة

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن الجزء الأكبر من ميزانية المؤسسة الاستشفائية مخصص لنفقات الموظفين (الأجور) بما نسبته 83.18%، فيما وُزعت النسبة المتبقية (16.82%) على باقي النفقات، كما نلاحظ أيضا أن المؤسسة لا تخصص أي مبلغ مالي لأنشطة البحث الطبي على اعتبار أن دورها مقتصر على الاستشفاء والعلاج، فيما بلغت النسبة المخصصة للتكوين 0.1% وهي أقل نسبة من مجموع الميزانية.

المطلب الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة

تعني منهجية البحث مجموعة المناهج والطرق والأدوات التي توجه الباحث في بحثه، وبالتالي فإن الغرض من المنهجية هو العمل على تصنيف المعلومات وترتيبها وقياسها وتحليلها من أجل استخلاص النتائج والوقوف على ثوابت الظاهرة المدروسة.

الفرع الأول: المنهج

انطلاقا من طبيعة موضوع الدراسة والأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، وهي التعرف على مدى مساهمة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بولاية جيجل في التنمية البشرية المستدامة، فقد استخدمنا المنهج الوصفي التحليلي باعتماد أسلوب دراسة الحالة، والذي يقوم على جمع البيانات والحقائق من منشأة أو وحدة واحدة، وتحليلها تحليلا دقيقا، عن طريق تحليل العلاقات بين متغيرات الظاهرة، ثم تفسيرها للوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره.

الفرع الثاني: مصادر جمع المادة العلمية

لقد اعتمدنا في دراستنا هذه على المادة العلمية النظرية والميدانية ومصادرها ما يأتي:

أ- مصادر جمع المادة العلمية النظرية

قمنا بجمع المادة العلمية الخاصة بالجزء النظري من البحث عن طريق مسح الإنتاج العلمي حول الموضوعات ذات الصلة بموضوع الدراسة، وذلك بالاطلاع والرجوع إلى مصادر البيانات والمعلومات اللازمة لتكوين خلفية علمية متكاملة حول الموضوع سواء باللغة العربية أو الأجنبية، هذه المصادر تمثلت في الكتب، الأطروحات والرسائل الجامعية، المجلات العلمية المتخصصة، الموسوعات، الملتقيات، التقارير، مواقع الانترنت، وذلك بهدف تقديم تغطية وافية للأدبيات المتعلقة بموضوع البحث.

ب- مصادر جمع المادة العلمية الميدانية

قمنا بجمع المادة العلمية الميدانية بالاعتماد على الأدوات التالية:

أولا- الاستبيان: في إطار مشكلة البحث وفرضياته قمنا باستخدام الاستبيان كأداة لجمع البيانات اللازمة للدراسة الميدانية، ويعتبر الاستبيان من أكثر وسائل جمع البيانات فعاليةً وشيوعاً، وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة المتنوعة والمرتبطة ببعضها البعض بشكل يحقق الهدف أو الأهداف التي يسعى إليها

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الباحث على ضوء موضوعه والمشكلة التي يعالجها بحثه. لذلك فقد قمنا بتصميم استبيانٍ يتناسب مع طبيعة موضوع الدراسة، ووفقاً للمحاور الكبرى لجودة الخدمة الصحية ودورها في التنمية البشرية المستدامة التي تم التعرف عليها في القسم النظري.

يتألف استبيان الدراسة من 46 عبارة، قمنا بتبويبها في ثلاثة محاور رئيسية كما يلي:

المحور الأول: البيانات الشخصية

يتضمن المحور الأول البيانات الشخصية لأفراد عينة الدراسة، وقد شمل أربعة (04) متغيرات وهي: الجنس، السن، الأقدمية المهنية، والطاقتم الصحي الذي ينتمي إليه المبحوث.

المحور الثاني: واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

يعكس المحور الثاني من الاستبيان واقع جودة الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، من وجهة نظر مقدّم الخدمة الصحية (الطبيب والممرض)، من خلال محاور فرعية شملت:

- جودة وكفاية الفريق الصحي: يضم هذا المحور العبارات (01)، (02)، (03)، (04)، (05)، (06)، (07).

- جودة المستلزمات الطبية ووفرة التخصصات: يضم هذا المحور العبارات (08)، (09)، (10)، (11).

- جودة نظام إجراءات العمل: يضم هذا المحور العبارتين (12)، (13).

- جودة نظام السجلات الطبية والمعلومات: يضم هذا المحور العبارتين (14)، (15).

- جودة التسهيلات والإمكانيات الأخرى: يضم هذا المحور العبارات (16)، (17)، (18)، (19)، (20).

المحور الثالث: دور جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة.

يبيّن هذا المحور من خلال المحاور الفرعية الثلاثة التي يشتمل عليها الدور الذي تلعبه الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة بأبعادها التعليمية، الصحية، والبيئية، وذلك من وجهة نظر عينة الدراسة المختارة، هذا المحور تضمّن 22 عبارة موزعة على المحاور سابقة الذكر كما يأتي:

- دور جودة الخدمة الصحية في الجانب التعليمي: يضم العبارات (21)، (22)، (23)، (24)، (25)، (26)، (27).

- دور جودة الخدمة الصحية في الجانب الصحي: يضم العبارات (28)، (29)، (30)، (31)، (32)، (33)، (34)، (35)، (36)، (37)، (38)، (39).

- دور جودة الخدمة الصحية في الجانب البيئي: يضم العبارات (40)، (41)، (42).

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

وقد اعتمدنا في إعداد الاستبيان على الشكل المغلق المفتوح، الذي يقوم على طرح عبارات لها إجابات محددة مع ترك الحرية للمبحوث لإضافة أي آراء أو اقتراحات أخرى، أي أن الاستبيان يحتوي على شقين أحدهما مغلق والآخر مفتوح، وذلك حتى نستفيد من بعض المعلومات التي يمكن أن نكون قد أغفلناها في عبارات الاستبيان، والمثال التالي يوضح ذلك:

يملك المستشفى أجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة

- موافق جدا

- موافق

- موافق نوعا ما

- غير موافق

- غير موافق مطلقا

أي إضافات أو اقتراحات أخرى تودون ذكرها.....

وقد قمنا بعرض عبارات المحورين الثاني والثالث من الاستبيان باستخدام مقياس ليكرت Likert الخماسي المتدرج من غير موافق مطلقا إلى موافق جدا، هذه العبارات تقابلها مجموعة من الدرجات المرتبة كما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم (13): توزيع عبارات المحورين الثاني والثالث للاستبيان وفقا لمقياس ليكرت Likert الخماسي

غير موافق مطلقا	غير موافق	موافق نوعا ما	موافق	موافق جدا
1	2	3	4	5

المصدر: إعداد الطالبة

■ **صدق الاستبيان:** تم التأكد من صدق الاستبيان من حيث وضوح عباراته وتمثيل فقراته لمتغيرات الدراسة باستخدام أسلوب صدق المحكمين، حيث عرضنا الاستبيان في البداية على الأستاذ المشرف، وذلك للوصول إلى المسودة الأولى، ثم عرضنا هذه الأخيرة على أربعة من الأساتذة من كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير وكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة جيجل، وعلى ضوء آرائهم وملاحظاتهم قمنا بتعديل وإعادة صياغة بعض العبارات حتى تكون مفهومة وواضحة، لنصل إلى الشكل النهائي للاستبيان الموضح في الملحق رقم (01).

■ **ثبات الاستبيان:** يقصد بثبات الاستبيان أن يعطي نفس النتيجة لو تم توزيعه أكثر من مرة تحت نفس الشروط والظروف، بعبارة أخرى فإن ثبات الاستبيان يعني الاستقرار في النتائج وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعه على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية مختلفة، وقد تحققنا من ثبات الاستبيان الموجه للدراسة من

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

خلال معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha coefficient الذي قمنا بحسابه لكل من المحور الثاني والثالث من الاستبيان كما يبينه الجدول الموالي:

الجدول رقم (14): معاملات ألفا كرونباخ لقياس ثبات محاور الدراسة

المحور	عدد العبارات	قيمة معامل الثبات
واقع جودة الخدمة الصحية	20	0.862
دور جودة الخدمة الصحية في التنمية البشرية المستدامة	22	0.866
معدل الثبات العام	42	0.911

المصدر: إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يوضح الجدول رقم (14) أن معاملات ألفا كرونباخ لقياس الثبات مرتفعة جدا، حيث بلغت قيمة معامل الثبات العام 0.911، وهو ما يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية جدا من الثبات، ويمكن الوثوق بالنتائج التي ستتوصل إليها الدراسة.

ثانيا- المقابلة: المقابلة هي إحدى وسائل جمع البيانات من مصادرها بالاعتماد على تبادل الحديث بين الباحث والمبحوث، تهدف إلى التعرف على الظاهرة أو الموضوع من خلال الالتقاء المباشر بين الطرفين، تُطرح فيها أسئلة تهدف إلى استيضاح الحقائق وتشخيص المعلومات، وتنقسم إلى مقابلة مقننة يتم فيها تحديد أسئلة كل محور في المقابلة، ومقابلة غير مقننة يترك فيها الحديث مفتوحا ولا يُقيّد، وقد اعتمدنا في بحثنا على كلا النوعين من المقابلة بغرض الحصول على المعلومات اللازمة حول نشاط المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة والتي لا يمكن معرفتها عن طريق الاستبيان، ومن أجل تحقيق هذا الغرض قمنا بمقابلة مع رئيس المديرية الفرعية للموارد البشرية، وبمقابلة مع رئيس مصلحة الأوبئة والطب الوقائي.

ثالثا- الملاحظة: وهي إحدى أدوات جمع البيانات، وقد استخدمنا الملاحظة خلال الزيارات الاستطلاعية لميدان الدراسة، وعند توزيع الاستبيان.

رابعا- الإحصاءات والتقارير الرسمية: من خلال هذه الأداة تحصلنا على الإحصائيات الرسمية حول نسب الوفيات بالمؤسسة محل الدراسة ومنها على وجه الخصوص نسب وفيات الأطفال والأمهات، وكذا بعض الإحصائيات والمؤشرات المرتبطة بأداء المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، بالإضافة إلى الإحصائيات الخاصة بمعدلات الوفيات وبعض البيانات التي تعكس الوضعية الصحية بالولاية ككل.

الفرع الثالث: بعض القواعد والقياسات الإحصائية

تحقيقا لأهداف البحث فقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات التي تم جمعها من خلال الاستبيانات باستخدام برنامج التحليل الإحصائي المعروف باسم الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

SPSS) Social Science، الذي يستخدم بكثرة في إجراء التحليلات الإحصائية بكافة أشكالها، يحتوي هذا البرنامج على العديد من الاختبارات الإحصائية التي تندرج ضمن الإحصاء الوصفي مثل التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية، وضمن الإحصاء الاستدلالي مثل معامل الارتباط والتباين الأحادي، وقد استخدمنا الأساليب التالية في المعالجة الإحصائية للبيانات:

- **المدى:** لقد استخدمنا المدى من أجل تحديد طول خلايا مقياس ليكرت **Likert** الخماسي المستخدم في المحورين الثاني والثالث من الاستبيان، حيث قمنا بحساب المدى بين أكبر وأصغر قيمة لدرجات المقياس (4=1-5)، بعدها قسمنا حاصل النتيجة على عدد درجات المقياس (0.8=5/4) وذلك للحصول على طول الخلية الصحيح، ثم أضفنا هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس للحصول على الحد الأعلى للخلية الأولى (1.8=0.8+1)، وهكذا يصبح طول الخلايا أو الفئات كالتالي:

الخلية الأولى: [1.00 ، 1.80] بحيث تشير القيم المنتمية إلى هذه الخلية إلى الخيار غير موافق مطلقاً؛

الخلية الثانية: [1.81 ، 2.60] بحيث تشير القيم المنتمية إلى هذه الخلية إلى الخيار غير موافق؛

الخلية الثالثة: [2.61 ، 3.40] بحيث تشير القيم المنتمية إلى هذه الخلية إلى الخيار موافق نوعاً ما؛

الخلية الرابعة: [3.41 ، 4.20] بحيث تشير القيم المنتمية إلى هذه الخلية إلى الخيار موافق؛

الخلية الخامسة: [4.21 ، 5.00] بحيث تشير القيم المنتمية إلى هذه الخلية إلى الخيار موافق جداً؛

- **التكرارات والنسب المئوية:** استخدمنا التكرارات والنسب المئوية من أجل عرض البيانات الشخصية العامة لأفراد عينة الدراسة، وكذا للتعرف على إجاباتهم على عبارات محاور الاستبيان.

- **المتوسط الحسابي:** استخدمنا هذا المقياس للتعرف على متوسط إجابات الأفراد على عبارات محاور الدراسة.

- **الانحراف المعياري:** استخدمنا هذا المقياس لمعرفة درجة تشتت إجابات أفراد العينة عن متوسطها الحسابي، وكلما كانت قيمته أقرب إلى الصفر قل التشتت وزاد تركز القيم حول المتوسط الحسابي.

- **معامل ارتباط بيرسون:** استخدمنا هذا المقياس لمعرفة اتجاه ودرجة قوة أو ضعف العلاقة التي تربط بين بعض محاور جودة الخدمة الصحية وبعض محاور التنمية البشرية المستدامة.

الفرع الرابع: مجتمع وعينة الدراسة

ذكرنا في القسم النظري بأن جودة الخدمة الصحية تقاس من وجهة نظر داخلية (مقدم الخدمة الصحية) ووجهة نظر خارجية (المريض)، وعلى اعتبار أن الطاقم الطبي يعتبر المقوم الأساسي للمستشفيات، كما أن الطاقم التمريضي يمثل ساعده الأيمن (فهما يمثلان الركيزة الأساسية والوسيلة الضرورية لتقديم الخدمة الصحية)، بالإضافة إلى أنهم الأكثر دراية ومعرفة (من المرضى) بمدى الدور الذي تؤديه الخدمات الصحية في التنمية البشرية؛ فقد شمل مجتمع الدراسة جميع الكوادر الصحية المقدمة للرعاية الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي من أعضاء الطاقم الطبي والتمريضي، والبالغ

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

عدددهم 469 فردا حسب آخر تعداد لسنة 2012، غير أنه ونظرا لصعوبة الوصول إلى جميع أفراد المجتمع من مقدمي الخدمة الصحية بالمؤسسة محل الدراسة نتيجةً لنظام العمل بالمنوبة الليلية، فقد تم استبعاد الأفراد المناوبين ليلا والبالغ عددهم 73 فردا منهم ثلاثة (03) أطباء يعملون بمصلحة الاستعجالات فقط، أما السبعون (70) الباقون فهم من السلك التمريضي، ليستقلص بذلك حجم المجتمع إلى 396 فردا منهم 126 طبيبا بنسبة 32%، و270 ممرضا بنسبة 68%.

ونظرا لحساسية الخدمة التي يقوم بها أفراد عينة الدراسة إذ ترتبط بأعلى ما يملكه الفرد البشري، وهو صحته، مما يستدعي تخصيص جل وقت أفراد العينة المختارة في خدمة المرضى، فضلا عن ضغط العمل وكثرة انشغالاتهم، بالإضافة إلى وجود بعض المصالح التي يُمنع فيها دخول عامة الناس (كمصلحة الإنعاش وقاعات العمليات)، وأخذًا في الحسبان الوقت المخصص لإجراء الدراسة فقد حصرنا -بناء على هذه الاعتبارات- عينة الدراسة في 105 أفراد، أي بنسبة 26% من حجم المجتمع الأصلي للدراسة، وهي نسبة مقبولة لحجم العينة في الدراسات الوصفية (خاصة في حالة وجود مجتمع دراسة كبير).

وقد اعتمدنا في اختيار عينة الدراسة على طريقة العينة العشوائية البسيطة، غير أنه وبعد توزيع الاستبيانات تم استرجاع 96 استبيانا فقط، بما نسبته 91.43% من مجموع الاستمارات الموزعة، كما تم إلغاء 03 استبيانات لعدم اكتمال البيانات المعبأة بها، وعليه فقد تم التعامل مع 93 مفردة فقط بدلا من 96 مفردة.

المبحث الثالث: تقييم أداء المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحي

تكتسي عملية تقييم الأداء في المؤسسات أهمية كبيرة، إذ تستهدف التعرف على الجوانب الإيجابية من أجل تعزيزها والمحافظة عليها، والتعرف على الجوانب التي تحتاج إلى معالجة وتطوير لاتخاذ الإجراءات المناسبة بشأنها، غير أن أهمية تقييم أداء المؤسسات الصحية تنبع من أهمية وطبيعة الخدمات التي تقدمها، ومن الدور الذي تلعبه الرعاية الصحية الجيدة في التنمية البشرية للمجتمعات، لذلك فقد خصصنا هذا المبحث لتقييم أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي من الجانب التنموي دون المالي، وذلك بالاعتماد على عدد من المعايير التي توفرت لنا والخاصة بأداء الموارد البشرية، معايير الأداء الخاصة بتشغيل المؤسسة الاستشفائية، ومعايير الأداء الخاصة بنتائج تشغيل المؤسسة محل الدراسة خلال الخمس سنوات الممتدة من سنة 2008 إلى سنة 2012، بهدف القيام بعملية المقارنة ومعرفة التطور الحاصل خلال هذه السنوات، وكذا مقارنتها بالمعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية، بالإضافة إلى تقييم عملية تسيير النفايات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة كمساهمة منها للمحافظة على البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

المطلب الأول: تقييم أداء الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

قبل التطرق إلى المؤشرات المعتمدة لقياس أداء الموارد البشرية نستعرض أولا التطور العددي لأفراد الطاقم الطبي والتمريضي بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، وذلك خلال الفترة الممتدة من سنة 2008 إلى سنة 2012، وفقا لما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم (15): عدد أعضاء الطاقم الطبي والتمريضي خلال الفترة (2008- 2012)

السنوات	2012	2011	2010	2009	2008	البيان
	61	59	57	49	45	الأطباء العامون
	59	59	59	50	45	الأطباء الأخصائيون
	05	04	04	04	03	الصيدالة
	04	04	04	04	04	جراحو الأسنان
	340	332	328	322	287	الممرضون

المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية

من الجدول رقم (15) نلاحظ أن هناك ارتفاعا ملحوظا في عدد أفراد السلك الطبي، حيث ارتفع عدد الأطباء العامين من 45 طبيبا سنة 2008 إلى 61 طبيبا سنة 2012، بنسبة زيادة مقدرة بـ 35.5%، كما ازداد عدد الأطباء الأخصائيين بنسبة 31% من 45 طبيبا سنة 2008 إلى 59 طبيبا سنة 2010، ليستقر عند هذا العدد إلى غاية سنة 2012. عدد الصيدالة هو الآخر ارتفع بمقدار الثلثين (3/2)، فقد كانت المؤسسة تتوفر على ثلاثة صيدالة (03) فقط سنة 2008، لينتقل عددهم إلى خمسة صيدالة (05) سنة 2012، فيما بقي عدد جراحي الأسنان ثابتا على طول فترة الدراسة بأربعة أطباء (04).

أما عدد أفراد السلك التمريضي فقد ارتفع بـ 27 ممرضا خلال الفترة المدروسة، وذلك من 287 ممرضا سنة 2008 إلى 340 ممرضا سنة 2012، أي بنسبة زيادة قدرها 18.46%.

وبالنسبة لتطور عدد الأسرة بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة خلال الفترة (2008-2012) فإننا سنوضحه من خلال الجدول رقم (16).

الجدول رقم (16): تطور عدد الأسرة خلال الفترة (2008- 2012)

السنوات	2012	2011	2010	2009	2008	البيان
	431	431	431	393	370	عدد الأسرة

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

نلاحظ من الجدول رقم (16) أن عدد الأسرّة بالمؤسسة الاستشفائية قد ارتفع خلال فترة الدراسة من 389 سرير سنة 2008 إلى 431 سرير سنة 2010 بزيادة قدرها 42 سريرا، ليستقر عند 431 سريرا إلى غاية 2012.

ومن أجل تقييم أداء الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى اعتمدنا على مقارنة بعض المعايير التي توفرت لنا المعلومات حولها، والمرتبطة بالإطارات الصحية العاملة بالمؤسسة من أعضاء الطاقم الطبي والتمريضي مع المعايير المقترحة من طرف المنظمة العالمية للصحة، وذلك كما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم (17): معايير الأداء الخاصة بالإطارات الصحية خلال الفترة (2008-2012)

المعيار المقبول عالميا	2012	2011	2010	2009	2008	السنوات المعيار
4	3.47	3.53	3.59	3.95	4.14	عدد الأسرة/طبيب
2	1.27	1.30	1.31	1.26	1.36	عدد الأسرة/ممرض
100	86.20	107.75	107.75	101.75	126.67	عدد الأسرة/صيدلي

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية والمديرية الفرعية للموارد البشرية.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) أن معيار عدد الأسرة/طبيب في انخفاض مستمر، حيث انخفض من 4.14 سنة 2008 إلى 3.59 سنة 2010، ليصل سنة 2012 إلى 3.47، وهو في جميع السنوات أقل من المعيار الذي حددته منظمة الصحة العالمية (4 أسرة لكل طبيب) ماعدا سنة 2008 التي يكاد يكون فيها مساويا للمعيار العالمي.

إن الانخفاض المستمر في المؤشر السابق يعود إلى الزيادة في عدد الأطباء (دون احتساب الصيادلة) خلال الفترة المدروسة، حيث ارتفع من 94 طبيبا سنة 2008 إلى 124 طبيبا سنة 2012، أي بنسبة زيادة مقدرة بحوالي 32%، وهذا ما يدل على ارتفاع أداء المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة وسعيها لتوفير عدد الأطباء اللازم لخدمة المرضى المترددين على المؤسسة بكفاءة والسهر على متابعة جميع المرضى الموجودين بالمستشفى، وقد شملت هذه الزيادة الأطباء العاميين والأخصائيين على حد سواء، حيث ازداد عدد الأطباء العاميين خلال سنوات الدراسة بـ 16 طبيبا، كما ازداد عدد الأخصائيين بـ 14 طبيبا من سنة 2008 إلى سنة 2010 ليعرف بعد ذلك استقرارا عند 59 طبيبا إلى غاية 2012.

وما تجدر الإشارة إليه هو أنه رغم هذه الزيادة في عدد الأطباء الأخصائيين إلا أن المؤسسة تعاني من عجز في عدد هؤلاء الأطباء في بعض التخصصات والمصالح، على غرار مصلحة جراحة العظام والطب الداخلي ومصلحة التوليد، هذه الأخيرة تتوفر على طبيبة أخصائية واحدة، والتي تضطر في بعض الحالات إلى الاستعانة بالأطباء الجراحين في المستشفى للقيام بمهام أخصائي التوليد.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

كما نلاحظ من الجدول نفسه أن معيار عدد الأسرة/ ممرض أقل من المعيار الذي حددته منظمة الصحة العالمية خلال جميع السنوات، إذ أنه لم يتجاوز قيمة 1.36 كأقصى نسبة وصل إليها سنة 2008، وهو مؤشر إيجابي على أداء المؤسسة الاستشفائية وتوفيرها لمورد بشري لا تقل أهميته عن أهمية الأطباء، وذلك من أجل خدمة أفضل للمرضى، إلا أنه ومن خلال الدراسة الاستطلاعية تبين لنا وجود تفاوت في توزيع الممرضين بين المصالح المختلفة، ففيما تتوفر بعض المصالح على عدد كبير من الممرضين كمصلحة طب الأطفال، مصلحة الاستعجالات، مصلحة الإنعاش والتخدير (مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية هذه المصالح وحاجتها إلى عدد أكبر من الممرضين) نجد أن هناك بعض المصالح التي تعاني من نقص فادح في عدد الممرضين كمصلحة الأمراض الصدرية، ومصلحة جراحة العظام، وهو ما يقلل من دلالة هذا المؤشر في تقييم أداء المستشفى.

ومن ملاحظتنا للجدول رقم (17) دائما نجد أن معيار عدد الأسرة/ صيدلي هو الآخر في انخفاض مستمر وملحوظ، إذ انخفض من 126.67 سنة 2008 إلى 86.20 سنة 2012، ليصبح أقل من المعيار المحدد من قبل منظمة الصحة العالمية بعد أن كان وإلى غاية سنة 2011 أكبر من هذا الأخير، فبعد أن كانت صيدلية المؤسسة الاستشفائية تشغل ثلاثة صيادلة سنة 2008 ارتفع عددهم إلى خمسة صيادلة سنة 2012، وذلك من أجل العمل على توفير الأدوية ومستلزمات العلاج للمرضى في الوقت المناسب ودون تأخير، وهذا مؤشر إيجابي على أداء الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية.

المطلب الثاني: معايير تشغيل المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى

في هذا المطلب وبالنظر إلى المعلومات المتوفرة فقد اعتمدنا على بعض المعايير التي تعكس القدرات التشغيلية للمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى والموضحة في الجدول رقم (18).

الجدول رقم (18): معايير الأداء الخاصة بتشغيل المؤسسة الاستشفائية خلال الفترة (2008-2012)

المعيار	2012	2011	2010	2009	2008	السنوات
المقبول عالميا						المعيار
7	3.40	3.61	4.22	4.10	3.91	متوسط فترة الإقامة
%80	%49.56	%48.24	%56.85	%59.15	%59.31	معدل إشغال السرير
65	52.00	48.00	49.00	52.61	55.29	معدل دوران السرير
%4	%13.50	%13.22	%13.07	%11.11	%5.3	معدل العمليات القيصرية

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية ومصلحة الأوبئة والطب الوقائي.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

من الجدول رقم (18) نلاحظ أن متوسط فترة الإقامة لمرضى المؤسسة الاستشفائية أقل من المعيار العالمي المحدد من طرف منظمة الصحة العالمية، والمحدد بـ 07 أيام، وهو ما يدل على كفاءة الأنشطة العلاجية والطبية بالمؤسسة الاستشفائية.

كما نلاحظ أن معدل إشغال السرير هو الآخر أقل من المعدل العالمي المحدد من طرف منظمة الصحة العالمية، في جميع سنوات الدراسة المختارة، وقد بلغ قيمة 59.31 كأقصى قيمة له سنة 2008، مما يدل على أن المدة التي يبقى فيها السرير مشغولا للمريض قصيرة نسبيا، ونلاحظ أيضا أن قيمة هذا المعدل في انخفاض مستمر، وهذا ما يعكس جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف الإطارات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة.

وفيما يخص العمليات القيصرية فإن هذا المعدل يشهد ارتفاعا ملحوظا ومرتزا خلال سنوات الدراسة، وهو أكبر من الحد الأدنى المحدد من طرف منظمة الصحة العالمية، حيث بلغ قيمة 5.3% خلال سنة 2008 كأدنى قيمة له، فيما وصل سنة 2012 إلى قيمة 13.5%.

المطلب الثالث: معايير الأداء الخاصة بنتائج تشغيل المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي.

في هذا المطلب سنقوم بتقييم أداء المؤسسة الاستشفائية بالاعتماد على المعايير الخاصة بنتائج التشغيل، والمتمثلة أساسا في النسبة العامة للوفيات، نسبة وفيات الأطفال الأقل من سنة، ونسبة وفيات الأمهات، هذان المعياران الأخيران يعتبران من أبرز وأهم المؤشرات الدالة على مدى التقدم المحرز باتجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، ولدى فهمنا من الأدلة المهمة والدالة على مدى مساهمة المؤسسة الاستشفائية في التنمية البشرية المستدامة، والجدول رقم (19) يوضح تطور هذه النسب.

الجدول رقم (19): معايير الأداء الخاصة بنتائج تشغيل المؤسسة الاستشفائية خلال الفترة (2008-2012)

المعيار المقبول عالميا (%)	2012 (%)	2011 (%)	2010 (%)	2009 (%)	2008 (%)	السنوات المعيار
3	2.35	2.33	2.27	1.66	1.88	النسبة العامة للوفيات
2	0.966	1.058	1.155	0.614	1.290	نسبة وفيات الأطفال الأقل من سنة
0.25	00	0.02	0.06	0.02	0.02	نسبة وفيات الأمهات
1/5000	00	00	00	00	00	نسبة الوفيات نتيجة التخدير

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية ومصحة الأوبئة والطب الوقائي.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن النسبة العامة للوفيات في المستشفى أقل من المعدل العالمي المقبول المحدد من طرف منظمة الصحة العالمية والمقدر بثلاث حالات لكل مئة مريض، حيث تراوحت بين 1.66% سنة 2009 كأدنى قيمة لسنوات الدراسة المختارة و2.35% كأقصى قيمة سنة 2012.

كما يتضح من الجدول نفسه أن نسبة وفيات الأطفال الأقل من سنة في جميع سنوات الدراسة أقل من المعيار المحدد من المنظمة العالمية للصحة، حيث تراوحت بين 0.614% سنة 2009 و1.290% كأقصى نسبة بلغت سنة 2008، وهذا مؤشر جيد على أداء المؤسسة الاستشفائية، ويعكس بشكل إيجابي الخدمات الصحية المقدمة في مجال رعاية الأطفال.

ونلاحظ من الجدول أيضا أن نسبة وفيات الأمهات هي الأخرى أقل من المعيار المقبول عالميا، إذ بلغت أقصى قيمة لها 0.06% سنة 2010، في حين لم يتم تسجيل أية حالة وفاة سنة 2012، بينما استقرت في باقي سنوات الدراسة عند 0.02%، وهو ما يعكس الأداء الجيد للمؤسسة الاستشفائية في مجال الرعاية الصحية للأمهات، وحسب البيانات المقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان للولاية والخاصة بسنتي 2008 و2009 فقط فإن هذه النسبة أقل من النسبة المتوسطة لوفيات الأمهات في الوسط الاستشفائي والتي بلغت 0.094% سنة 2008 (أنظر الملحق 04) و0.045% سنة 2009 (أنظر الملحق 03)، ويرجع ذلك إلى انخفاض عدد الوفيات بالمؤسسة محل الدراسة والذي قُدر بحالة وفاة واحدة مقارنة بثلاث (03) حالات وفاة في المؤسسة الاستشفائية بمحند السعيد بالطاهير وحالي وفاة (02) في المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية سنة 2008، وحالة وفاة واحدة لجميع المؤسسات الاستشفائية سنة 2009.

وفيما يخص المؤشر الأخير لتتائج التشغيل والمتعلق بنسبة الوفيات نتيجة التخدير فإن المؤسسة الاستشفائية لم تسجل أي حالة وفاة نتيجة خلل في إجراءات التخدير طوال فترة الدراسة المختارة، وهذا ما يعكس الأداء الجيد للمؤسسة.

بالنسبة لأنشطة الرعاية الصحية الأولية والأنشطة الوقائية بالمؤسسة الاستشفائية ففي مجال التلقيحات فإن المؤسسة تتكفل فقط بتلقيح الأطفال عند الولادة مباشرة، وذلك بتقديم الجرعات الأولى من اللقاح الخاص بشلل الأطفال Poliomyélite، التهاب الكبد الفيروسي (ب) Hépatite Virale B، والسل Tuberculose، وقد تم خلال سنوات الدراسة تلقيح جميع الأطفال حديثي الولادة، أما باقي الجرعات (الثانية والثالثة) واللقاحات الأخرى -كلقاح الحصبة الذي يعطى للأطفال في عمر التسعة أشهر- فيتحصل عليها الأطفال على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أو في العيادات متعددة الخدمات، ويبين الجدول رقم (20) عدد الأطفال الملقحين بالمؤسسة خلال الفترة الممتدة من سنة 2009 إلى سنة 2012، مع الإشارة إلى أنه لم تتوفر لنا البيانات الخاصة بسنة 2012 فيما يتعلق بلقاح السل وكذا البيانات الخاصة بسنة 2008.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (20): عدد الأطفال الملقحين بالمؤسسة الاستشفائية خلال الفترة (2008-2012)

السنوات	2008	2009	2010	2011	2012
شلل الأطفال	-	4563	4675	4914	5175
الالتهاب الكبدي	-	4563	4675	4914	5175
السل	-	4563	4675	4914	-

المصدر: مصلحة الأوبئة والطب الوقائي.

أما فيما يخص الحملات التحسيسية بمختلف الأمراض سواء المعدية منها أو المزمنة فإن المؤسسة محل الدراسة تقوم بحملات توعية متواصلة بالتنسيق مع مديرية الصحة والسكان بالولاية، وطبقا لما يصدر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وذلك من أجل نشر الوعي الصحي بين المواطنين وتعريفهم بطرق الوقاية والعلاج، هذه الحملات تكون منظمة بصفة أساسية في الأيام العالمية أو الوطنية المرتبطة ببعض الأمراض، كما أنها تكون بصفة دورية وفي كل سنة، فمثلا تنظم المؤسسة الاستشفائية كل سنة حملة تحسيسية حول مرض السل وكيفية الوقاية منه، وذلك في اليوم العالمي للسل الذي يصادف 15 مارس من كل سنة، وفي الفاتح من ديسمبر تنظم المؤسسة كل عام حملة تحسيسية لإذكاء الوعي بوباء الإيدز والعدوى بفيروسه، ولتوعية المواطنين بمخاطر هذا الداء وتعريفهم بطرق انتشاره، كما تنظم سنويا أسبوعا للتوعية حول أهمية اللقاحات في القضاء على العديد من الأمراض في الفترة الممتدة من 22 إلى 28 أبريل بمناسبة الأسبوع الإفريقي للتلقيح.

أما عن المؤشرات المرتبطة بتقييم أداء النشاطات العلمية والبحثية في المؤسسات الصحية والمتمثلة أساسا في مؤشر عدد البحوث الطبية ونسبة إنجاز الندوات الطبية فهي مؤشرات تخص بصفة أكبر المستشفيات الجامعية المرتبطة بكليات الطب، أين نجد الأساتذة الباحثين وكبار الأطباء المتخصصين لقيادة برامج الأبحاث، أما المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة فإن مهامها الأساسية تتمثل في الاستشفاء والعلاج، لذلك فقد كانت قيمة هذين المؤشرين في المؤسسة محل الدراسة مساوية للصفر، كما أن الاعتمادات المالية المخصصة للبحث الطبي كانت هي الأخرى مساوية للصفر.

المطلب الرابع: تقييم إدارة النفايات الطبية في المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

إن إدارة النفايات الطبية جزء لا يتجزأ من نشاط أي مؤسسة صحية، لذلك سنحاول في هذا المطلب إعطاء تصور ومعلومات واضحة عن الواقع الحالي لإدارة النفايات الطبية في المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي، حتى يتسنى لنا القيام بعملية التقييم، وقبل ذلك نعرض على تصنيف وكمية النفايات المتولدة عن نشاط المؤسسة محل الدراسة.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الفرع الأول: كمية وتصنيف النفايات الطبية في المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

أ- كمية النفايات الطبية الخطرة في المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

تختلف كمية النفايات الطبية الخطرة المتولدة يوميا في المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي باختلاف المصالح الاستشفائية والطبية المنتجة لها، إذ تتراوح بين 03 كيلوغرامات في قاعة ما بعد العمليات (Poste Opérateur) و90 كيلوغراما في مركز تصفية الدم والكلية، والجدول رقم (21) يوضح الكمية اليومية المتوسطة للنفايات الخطرة الناتجة عن مختلف مصالح المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

الجدول رقم (21): الكمية اليومية المتوسطة للنفايات الطبية

الخطرة حسب مصالح المؤسسة الاستشفائية

المصلحة	الكمية (كلغ/يوم)	المصلحة	الكمية (كلغ/يوم)
الأمراض الصدرية	04	طب الأطفال	06
الأمراض المعدية	04	المسالك البولية	04
طب داخلي رجال	07	مركز تصفية الدم والكلية	90
طب داخلي نساء	07	قاعة الولادة	30
جراحة عامة رجال	04	مخبر الولادة	12
جراحة عامة نساء	04	قاعة العمليات بالولادة	10
جراحة العظام	09	قاعة ما بعد العمليات بالولادة	04
قاعة العمليات	22	أمراض النساء والتوليد	08
قاعة ما بعد العمليات	03	مصلى الأطفال الرضع	03
الرقابة الطبية	05	حفظ الجثث	07
المخبر	13	طب العيون	04
الاستعمالات	16	مركز حقن الدم	08
الإنعاش	08		
الكمية الإجمالية		292	

المصدر: مصلى الأوبئة والطب الوقائي

ب- تصنيف النفايات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

تصنف النفايات المتولدة عن مختلف المصالح الإدارية والاستشفائية للمؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة إلى ثلاثة أصناف رئيسية وهي:

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

- النفايات العامة غير الخطرة (المنزلية) *Ordures ménagères*: وتشمل أساسا النفايات الناتجة عن تنظيف الغرف، أغلفة الأدوية والمواد الغذائية والأقنعة وأغطية الرأس، بقايا وجبات الطعام والأوراق الإدارية وغيرها.
- نفايات الأنشطة الطبية المسببة للعدوى *Déchets d'activités des soins à risques infectieux*: وتضم الضمادات والكمادات المتسخة، الحقن، الأكياس الفارغة من وحدات نقل الدم ونقل السوائل، كل النفايات المعدية الناتجة عن غرفة العزل، وغيرها.
- النفايات الحادة والجارحة *Déchets piquants et tranchants*: وتضم شفرات المشارط، الإبر غير المحمية، إبر خياطة الجراح، الحقن غير القابلة للتفكيك ومختلف الأدوات الحادة الملوثة.

الفرع الثاني: إدارة النفايات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى

إن المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى لا تتوفر على مصلحة خاصة أو إدارة متخصصة في تسيير النفايات المتولدة من نشاطاتها، إذ تقوم مصلحة الأوبئة والطب الوقائي بالسهر على تنفيذ القوانين والتشريعات الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وتوزيع التعلية الخاصة بعملية فرز النفايات الطبية ونشرها في كل مصالح المؤسسة، بالإضافة إلى تكليف رئيس كل مصلحة بالسهر على تنفيذ ذلك، وقد لوحظ أن هناك التزام من طرف رؤساء المصالح بتنفيذ محتوى التعلية، حيث قام بعضهم بتفصيل أكثر لمحتوى هذه الأخيرة من خلال عرض كل نوع من أنواع النفايات وما يندرج ضمنه في صفحة خاصة به، وذلك لتوضيح عملية الفرز أكثر، بالإضافة إلى قيامهم بمراقبة عملية الفرز التي تتم في موقع يتوسط كل الأماكن في المصلحة، بحيث جدران وأرضية هذا الموقع ملاء ما يسهل عملية تنظيفها من قبل عمال النظافة، كما تتوفر أيضا على مصدر للماء وصابونٍ سائل لتطهير الأيدي.

إضافة إلى ذلك تقوم المؤسسة الاستشفائية بتنظيم دورات تدريبية للعاملين الصحيين وعلى رأسهم الممرضين وعمال النظافة حول كيفية التعامل مع النفايات من حيث الفرز والجمع.

أ- فرز النفايات الطبية

تتم عملية فرز النفايات الطبية في المؤسسة محل الدراسة عند المنبع (أي منشأ النفايات الطبية)، من طرف الممرضين، بطريقة تسمح بعدم اختلاط النفايات الطبية الخطرة مع النفايات العادية غير الخطرة، وذلك من خلال استخدام نوعين من الأكياس، يختلف لونها حسب نوع النفايات المنتجة وفق ما يوضحه الملحق رقم (05) كما يلي:

- **النفايات الطبية الخطرة المسببة للعدوى**: توضع هذه النفايات في أكياس بلاستيكية صفراء تحمل الرمز الدولي للمادة المعدية، وفي حالة نفاذ هذه الأكياس يتم استبدالها بأكياس حمراء أو خضراء.
- **النفايات المنزلية أو العادية**: تنتج عن المصالح الاستشفائية والمصالح الإدارية والتقنية، وتوضع في أكياس بلاستيكية سوداء.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

– النفايات الحادة والجارحة : توضع في حاويات بلاستيكية صفراء تحمل الرمز الدولي للمادة المعدية، مكتوب عليها "نفايات واخلزة وحادة Déchets piquants et tranchants" مخصصة لهذا الغرض، وتكون مراقبةً من طرف رئيس المصلحة، لأنه في حال وضع نفايات غير حادة في الحاوية (مثلا الحقنة كاملة دون نزع الإبرة) فإن ذلك سيؤدي إلى امتلائها بسرعة، وقد يضطر ذلك المرضين إلى رمي المخلفات الحادة في الأكياس الصفراء بطريقة عشوائية، مما قد يتسبب في أخطار جسيمة خاصة بالنسبة لعمال النظافة الذين يقومون بجمع ونقل النفايات.

بالإضافة إلى هذا توجد علبة من الورق المقوى (Carton) مخصصة لتوضيب القارورات الفارغة من الأدوية والمصنوعة من الزجاج.

من العرض السابق يتضح لنا أن عملية فرز النفايات في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة تتم بتعريف فئات النفايات وتوزيعها على أكياس بلاستيكية مختلفة اللون أو حاويات حسب نوع النفايات المنتجة، ووفق التعليم المنصوص عليها من طرف مصلحة الوقاية، أي أن عملية الفرز تتم بطريقة جيدة.

ب- نقل وتخزين النفايات الطبية

بعد عملية فرز النفايات في مختلف مصالح المؤسسة يقوم عمال النظافة يوميا بغلق الأكياس الصفراء والسوداء، وكذا إغلاق الحاويات المخصصة لجمع النفايات الحادة والجارحة، وذلك عند امتلائها بـ 4/3 سعتها، ثم نقلها إلى الوجهة المحددة لها حسب الصنف الذي تنتمي إليه، فالأكياس السوداء الخاصة بالنفايات العادية غير الخطرة تنقل لتوضع مباشرة في الحاوية الحديدية الكبرى، والتي تمثل مكان التخزين النهائي، في انتظار الشاحنة البلدية التي تقوم بنقلها إلى المفرغة البلدية "مركز الردم التقني بني أحمد"، أما الأكياس الصفراء الخاصة بالنفايات المعدية وحاويات النفايات الحادة والجارحة والقارورات الزجاجية فتنتقل إلى مكان التخزين الوسيط الموجود بالقرب من جهاز الترميد تحت سلاالم البناية التي تضم المصالح الاستشفائية، هذا المخزن يقع بعيدا عن المطابخ ومخازن الغذاء غير أنه لا تتوفر به أدنى شروط النظافة، كما أنه غير مرتبط بمصدر للمياه، ومعرض بشكل مباشر لأشعة الشمس، بالإضافة إلى عدم وجود بلاط على الجدران والأرضية وهو ما يصعب عملية التنظيف التي اقتضت على الكنس فقط.

وتجدر الإشارة إلى أن عملية الجمع تتم مرة أو مرتين في اليوم وذلك حسب حجم النفايات اليومية المتولدة وحسب طبيعة عمل المصالح، إذ يتم جمع النفايات يوميا من الساعة الثامنة (08:00) إلى الساعة العاشرة (10:00) بالنسبة لجميع مصالح المؤسسة الاستشفائية، فيما تتم عملية الجمع الثانية والتي تكون مساء (من 15:00 إلى 15:30) بالنسبة للمصالح التي تتولد بها كميات كبيرة من النفايات أو المصالح عالية الخطورة (وهي أساسا مركز تصفية الدم والكلى، مصلحة الإنعاش، مصلحة الولادة، قسم الاستعجال)، كما أن عملية النقل تتم يدويا، بينما المفروض أن تكون داخل المستشفى بواسطة عربات خاصة، وهذا ما يشكل خطرا على عمال النظافة الذين يتولون القيام بهذه المهمة، بالإضافة إلى أن حاوية

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

شاحنة النقل الخاصة بالبلدية قديمة، مهترئة ومتآكلة في بعض جوانبها، مما يجعل احتمال سقوط النفايات منها وارداً، وبالتالي تهديد سلامة المواطنين خارج المستشفى.

من العرض السابق يتضح أن عمليتي نقل وتخزين النفايات الطبية مخالفة لما هو منصوص عليه ولا تتم بالشكل الصحيح.

ج- معالجة النفايات الطبية

تتم معالجة النفايات الطبية الخطرة في المؤسسة محل الدراسة باستخدام تقنية واحدة وهي الترميد، وذلك باستخدام جهاز ترميد (مرمد) Incinérateur، تم اقتناؤه سنة 1983، يعمل تحت درجة حرارة تقدر بـ 1000°م، يدير المرمد عاملان بالتناوب، أحدهما في الفترة الصباحية والآخر في الفترة المسائية، وقد لوحظ أن هذين العاملين لا تتوفر لديهما الملابس الوقائية اللازمة للقيام بعملهما بأمان في المرمد (حذاء، قناع، سترة).

جهاز الترميد المستخدم بالمؤسسة لا يحتوي على مصفاة تعمل على تقليل الغازات الناجمة عن عملية الترميد قبل صرفها في الهواء الجوي، إذ تنتج عن هذه العملية كميات كبيرة من الأبخرة السوداء والغازات السامة كمادة الديوكسين Dioxins، فضلا عن الروائح الخائفة الناتجة عن ذلك، والتي تؤثر على صحة المرضى والعاملين بالمؤسسة بصفة خاصة والمواطنين بصفة عامة، وعلى البيئة الطبيعية بما تسببه من تلوث جوي، وقد لقي هذا الأمر معارضة شديدة من قبل السكان المجاورين، واستياء كبيرا من طرف العاملين في المؤسسة الذين يصفون الجهاز بالحرقة Bruleur، وليس بالمرمد Incinérateur، كما أعرب الأطباء والممرضون في المصالح الاستشفائية عن استيائهم الشديد لأن هذه المصالح تقع بمحاذاة المرمد.

ومن أجل معالجة الوضع فقد قامت المؤسسة باقتناء مرمد جديد يعمل على ترشيح الغازات السامة والأبخرة، وذلك سنة 2009، غير أنه تعرض للعطب وتعطل، ولم تتم عملية صيانته إلى الوقت الحالي، ولذلك فقد بقيت عملية المعالجة تتم بواسطة المرمد القديم.

هذا في ما يخص النفايات الخطرة الصلبة، أما النفايات السائلة الناجمة عن أنشطة المؤسسة وخاصة منها أنشطة المخبر فيتم حرقها هي الأخرى، كما تطرح في كثير من الأحيان في المجاري المائية دون أية معالجة أو تخفيف لتركيزها وبالتالي الإضرار بالبيئة والمياه الجوفية.

وفي ما يخص الأدوية منتهية الصلاحية والتي تعد من أكثر النفايات الطبية خطورة على البيئة والصحة العامة فإنه يتم التخلص منها أيضا عن طريق الترميد، وذلك بعد تكوين لجنة تضم ممثلين عن المؤسسة الاستشفائية، ممثل عن مديرية البيئة، ممثل عن الحماية المدنية، ممثل عن الدائرة، ممثل عن الولاية، ممثل عن مديرية الصحة، وممثل عن مصلحة الأوبئة والطب الوقائي.

بناء على ما سبق فإن عملية معالجة النفايات الطبية الصلبة بالمؤسسة محل الدراسة تقتصر على الترميد Incinération الذي يتم بطريقة غير صحية، وهو ما يؤثر سلبا على صحة المرضى المقيمين،

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

العاملين داخل المستشفى، السكان المجاورين الذين كثر تدمرهم وشكاويهم دون أن يجدوا لها آذانا صاغية، وعلى البيئة الطبيعية نتيجة الدخان المتصاعد والمياه العادمة غير المعالجة.

وتجدر الإشارة إلى أن بقايا الرماد الناجم عن عملية الحرق تُخزن في الحاوية الحديدية الكبرى التابعة للبلدية، ليتم نقلها مع نفايات الرعاية الطبية غير الخطرة من طرف مصالح بلدية جيجل إلى المفرغة العمومية ببلدية بني أحمد، أين يتم التخلص منها عن طريق الردم الذي يكون بطريقة صحية وآمنة (الطمر الصحي)، أما الأعضاء البشرية المبتورة فإنها تحمل لتدفن بالمقبرة كما تنص عليه الشريعة الإسلامية.

من خلال العرض السابق فإن مرحلة فرز النفايات الطبية هي المرحلة الوحيدة التي تتم وفقا لما تنص عليه التعليمات في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، أما باقي المراحل والمتمثلة في النقل، التخزين، والمعالجة على وجه الخصوص فهي مخالفة لذلك، وتؤدي إلى الإضرار بالصحة العامة والبيئة الطبيعية.

المبحث الرابع : عرض وتحليل نتائج الاستبيان

إن أي محاولة للوصول إلى قياس أداء المستشفيات عن طريق التركيز على المقياس الكمي فقط تعتبر ناقصة إذا لم تراعى فيها العوامل الأخرى غير الملموسة وغير القابلة للقياس، لذلك لابد من تضمين الجوانب النوعية في تقييم جودة الخدمة الصحية ودورها في دعم برامج التنمية البشرية المسطرة. بناء على ذلك سنتعرف في هذا المبحث على واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيى ودورها في التنمية البشرية المستدامة من خلال سير لآراء أفراد عينة الدراسة المختارة، والممثلين بمقدمات الرعاية الصحية من أعضاء الطاقم الطبي والطاقم التمريضي، وعرض وتحليل إجاباتهم حول العبارات التي تضمنتها المحاور الثلاثة للاستبيان.

المطلب الأول: عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور البيانات الشخصية

سنتعرف في هذا المطلب على بعض البيانات الشخصية والوظيفية العامة لأفراد عينة الدراسة والمتمثلة في نوع الجنس، السن، الأقدمية المهنية، والطاقم الصحي الذي ينتمي إليه المبحوث، وذلك كما يلي:

- نوع الجنس

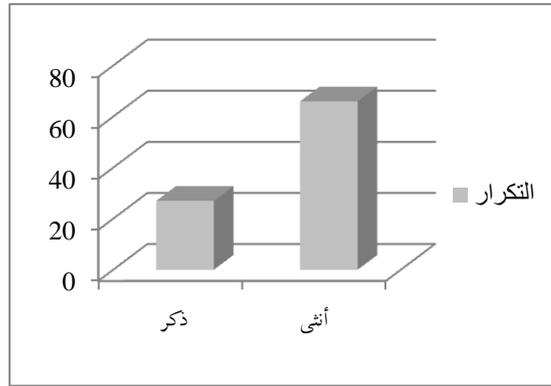
يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس وفق ما يوضحه الجدول والشكل المواليين:

الجدول رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

نوع الجنس	التكرار	النسبة (%)
ذكر	27	29
أنثى	66	71
المجموع	93	100

المصدر: من إعداد الطالبة

الشكل رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب نوع الجنس



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

يتضح من الجدول والشكل السابقين أن 66 من أفراد العينة إناث وهم يمثلون الأغلبية بنسبة 71%، فيما بلغ عدد الذكور 27 بنسبة 29%، ويرجع السبب في ارتفاع نسبة الإناث إلى كونهن أكثر امتهانا للتمريض من الذكور، والمرضون هم الأكثر عددا في مجتمع وعينة الدراسة.

- السن

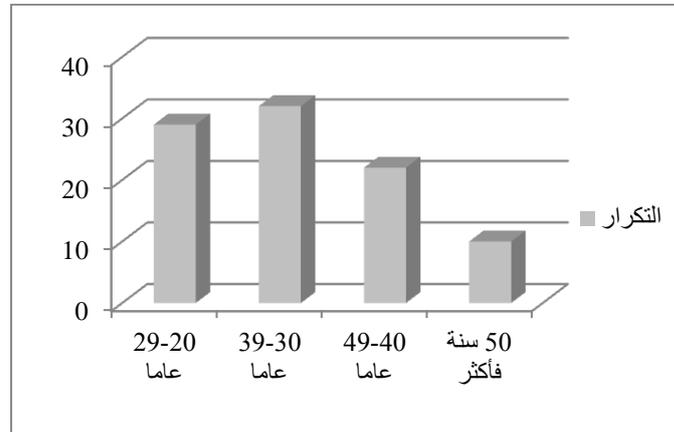
يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب سنهم كما هو موضح في الجدول رقم (23) والشكل رقم (10).

الجدول رقم (23): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

النسبة (%)	التكرار	السن
31.2	29	29-20 عاما
34.4	32	39-30 عاما
23.6	22	49-40 عاما
10.8	10	50 سنة فأكثر
100	93	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

الشكل رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

يتضح من الجدول رقم (23) أن 29 فردا من عينة الدراسة أعمارهم تقل عن 30 سنة، في حين بلغ عدد الأفراد الذين ينتمون إلى الفئة العمرية الممتدة من 30 سنة إلى 39 سنة 32 فردا، بما نسبته 34.4%، أما عدد الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم 40 عاما فقد بلغ أيضا 32 فردا بنسبة 34.4%.

– الأقدمية المهنية

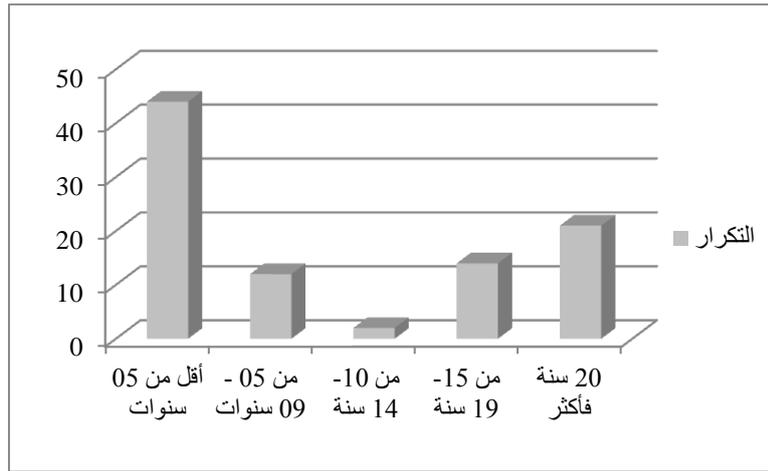
يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب الأقدمية المهنية كما هو موضح في الجدول رقم (24) والشكل رقم (11).

الجدول رقم (24): توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية المهنية

الأقدمية المهنية	التكرار	النسبة (%)
أقل من 05 سنوات	44	47.3
من 05-09 سنوات	12	12.9
من 10-14 سنة	2	2.2
من 15-19 سنة	14	15.0
20 سنة فأكثر	21	22.6
المجموع	93	100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

الشكل رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية المهنية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من الجدول والشكل السابقين نلاحظ أن 44 فردا من أفراد العينة تقل خبرتهم عن 5 سنوات، أي ما نسبته 47.3% من الحجم الإجمالي للعينة، فيما بلغ عدد الأفراد الذين يملكون خبرة مهنية بين 5 و10 سنوات 12 فردا بما نسبته 12.9% من أفراد العينة، أما عدد الأفراد الذين تزيد خبرتهم عن 15 سنة فبلغ 35 فردا وهم يمثلون ما نسبته 37.6% من الحجم الإجمالي للعينة، منهم 21 فردا من ذوي الخبرة الطويلة التي تفوق 20 سنة، ومن خلال هذا العرض نلاحظ أن هناك تباينا واضحا بين الأفراد من حيث سنوات الخبرة المهنية، إذ أن أكبر نسبتين هما لذوي الخبرة التي لا تزيد عن خمس سنوات وذوي الخبرة التي تزيد عن 15 سنة، مما يجعل المؤسسة الاستشفائية تواجه تحديا كبيرا لا يتعلق بالنقص العددي والكمي للأطباء وللممرضين والممكن تغطيته من خلال توظيف أفراد آخرين، وإنما يتعلق بالنقص النوعي لأفراد أكفاء

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

نتيجة إحالة القدامى منهم على التقاعد في السنوات القليلة المقبلة، وهذا الانشغال طرحه العديد من أفراد العينة خاصة من فئة الممرضين.

- الطاقم الصحي

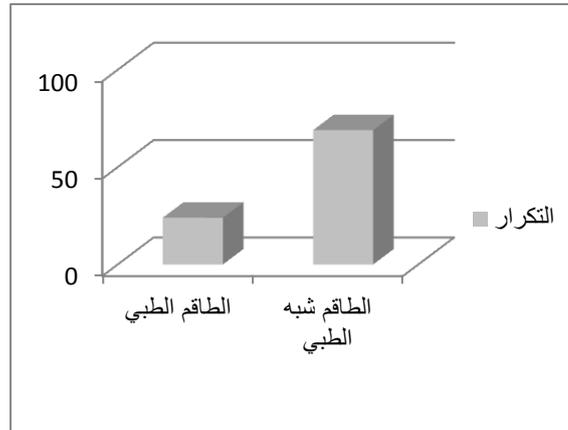
يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب الطاقم الصحي الذين ينتمون إليه كما هو موضح في الجدول والشكل المواليين:

الجدول رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب الطاقم الصحي

الطاقم الصحي	التكرار	النسبة (%)
الطاقم الطبي	24	25.8
الطاقم شبه الطبي	69	74.2
المجموع	93	100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

الشكل رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب الطاقم الصحي



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من الجدول والشكل السابقين نلاحظ أن 74.2% من أفراد عينة الدراسة هم من الطاقم التمريضي وهم يمثلون الأغلبية، فيما بلغت نسبة الأطباء 25.8%، ويرجع السبب في ارتفاع نسبة الممرضين إلى كون هؤلاء هم الأكثر عدداً في مجتمع الدراسة، إذ يمثلون ما نسبته 68% من المجتمع في مقابل 32% من الأطباء، بالإضافة إلى عدم القدرة على مقابلة الأطباء في كثير من الأحيان في مكاتبتهم، نتيجة انشغالهم بمعالجة المرضى أو تنقلهم بين المصالح المختلفة.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

المطلب الثاني: عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى.

للتعرف على واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى من وجهة نظر مقدم الرعاية الصحية قمنا بحساب التكرارات والنسب المئوية وكذا المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة على عبارات المحاور الفرعية المكوّنة للمحور الثاني من الاستبيان.

الفرع الأول: عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول محور جودة وكفاية الفريق الصحي

أ- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول جودة الفريق الصحي

للتعرف على واقع جودة الفريق الصحي بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة اعتمدنا على خمس عبارات، هذه العبارات شملت أساسا القدرات الفنية لمقدمي الخدمة الصحية والعاملين بالمستشفى وذلك من خلال العبارتين (01) و(04)، وجودة العلاقة الشخصية بين المرضى والعاملين في المؤسسة من خلال العبارات (05)، (06)، و(07)، تمت الإجابة على هذه العبارات من طرف أفراد عينة الدراسة وفق ما يوضحه الجدول رقم (26).

الجدول رقم (26): إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور جودة الفريق الصحي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
0.87	2.91	03	17	47	21	05	ك	الإطارات الصحية في المستشفى كفاءة وذات مهارة عالية.	01
		3.2	18.3	50.5	22.6	5.4	%		
0.61	3.05	02	14	64	13	00	ك	يمتاز العاملون في المستشفى بالمعرفة والمهارة المطلوبتان.	04
		2.2	15.1	68.8	14	00	%		
0.94	2.56	01	15	30	36	11	ك	تتم إدارة المستشفى باحتياجات المرضى.	05
		1.1	16.1	32.3	38.7	11.8	%		
0.99	3.09	08	22	37	22	04	ك	يراعي العاملون في المستشفى ظروف المرضى.	06
		8.6	23.6	39.8	23.7	4.3	%		
1.11	2.94	08	19	36	19	11	ك	يتسم العاملون بالروح المرحة والصدقة في تعاملهم مع المرضى.	07
		8.6	20.4	38.7	20.4	11.8	%		
0.63	2.91	المتوسط الحسابي الكلي والانحراف المعياري الكلي لواقع جودة الفريق الصحي							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

من خلال الجدول رقم (26) يتضح أن الإطارات الصحية والعاملين بالمؤسسة الاستشفائية يتمتعون بمستوى متوسط من الكفاءة والمهارة اللازمين لتقديم خدمة صحية ذات جودة عالية، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد على العبارتين (01) و(04) 2.91 و3.05 على التوالي، وبانحرافات معيارية قدرت بـ (0.87) و(0.61) على التوالي، هذان المتوسطان يقعان ضمن الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (من 2.61 إلى 3.40)، وهي الفئة التي تشير إلى الخيار موافق نوعاً ما، والذي يعبر عن المستوى المتوسط للمهارة المهنية لمقدم الخدمة الصحية والعاملين، ويمكن تفسير ذلك بتدني فرص التكوين المستمر والتدريب وكذا التربصات التي توفرها المؤسسة الاستشفائية.

وفيما يتعلق بالمتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة حول اهتمام الإدارة بتلبية احتياجات المرضى فقد بلغ قيمة 2.56، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار غير موافق، فأكثر من 50% من أفراد عينة الدراسة غير موافقين على العبارة رقم (05).

أما عن جودة العلاقة الشخصية بين العاملين بالمستشفى والمرضى فقد بلغ المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد حول العبارتين (06) و(07) 3.09 و2.94 على الترتيب، وهما متوسطان يقعان ضمن الفئة الثالثة لمقياس ليكرت، والمثلة للخيار موافق نوعاً ما، وهو ما يعكس المعاملة الحسنة لمقدمي الخدمة الصحية، والتي أكد عليها أغلب أفراد عينة الدراسة، مع التأكيد على أن رأي المرضى والمراجعين للخدمات الصحية يعتبر مهماً جداً في تحديد نوعية هذه العلاقة وهو الرأي الحاسم في ذلك، ففي معظم الأحوال فإن المريض لا يحتاج إلى علاج ودواء فقط، وإنما إلى المعاملة الحسنة التي تلين العلاقة بينه وبين مقدم الخدمة الصحية.

وعموماً فإن أفراد عينة الدراسة يرون أن الفريق الصحي من أطباء، ممرضين، وعاملين بالمستشفى على مستوى متوسط من الجودة والمهارة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لإجابات الأفراد حول المحور الفرعي لجودة الفريق الصحي 2.91، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثالثة لمقياس ليكرت الخماسي، والتي تمثل الخيار موافق نوعاً ما، كما بلغ الانحراف المعياري الكلي 0.63، مما يدل على اتساق إجابات أفراد عينة الدراسة حول هذا المحور.

ب- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول محور كفاية الفريق الصحي

لمعرفة مدى الكفاية الكمية لأعداد الأطباء والممرضين فقد اعتمدنا على إجابات أفراد العينة حول العبارتين رقم (02) و(03)، كما يبينه الجدول رقم (27).

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (27): إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور كفاية الفريق الصحي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
1.23	2.68	08	20	14	36	15	ك	يستخدم المستشفى عددا كافيا من الأطباء يتناسب مع عدد المرضى.	02
		8.6	21.1	15.1	38.7	16.1	%		
0.80	1.83	00	01	20	35	37	ك	يستخدم المستشفى عددا كافيا من الممرضين يتناسب مع عدد المرضى.	03
		00	1.1	21.5	37.6	39.8	%		
0.83	2.17	المتوسط الكلي والانحراف الكلي لمحول كفاية الفريق الصحي							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم (27) يتضح لنا أن قيمة المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد حول العبارة رقم (02) قد بلغت 2.68، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.23، وهذا المتوسط يدخل ضمن الفئة الثالثة لمقياس ليكرت، والتي تمثل الخيار موافق نوعا ما، وبالتالي فأفراد العينة يرون أن عدد الأطباء كاف نوعا ما من أجل خدمة المرضى، وإذا ما قارنا هذه النتيجة مع معايير الأداء المقدمة من طرف المديرية الفرعية للمصالح الصحية-والتي تم عرضها في المبحث السابق- فإننا نجد أنها متوافقة، إذ أن معيار عدد الأسرّة/طبيب لسنة 2012 كان أقل من الحد الأدنى الذي حددته منظمة الصحة العالمية، غير أنه تجدر الإشارة إلى وجود تباين في عدد الأطباء حسب المصالح، ففيما يتوفر بعضها على عدد كافٍ من الأطباء كمصلحة طب الأطفال ومركز تصفية الدم والكلى نجد البعض الآخر على غرار مصلحة أمراض النساء والتوليد يعاني من عجز في أعداد هؤلاء، وهذا ما تدل عليه قيمة الانحراف المعياري التي بلغت 1.23، وهي أكبر من الواحد (01)، وبالتالي فهي تدل على عدم اتساق في إجابات أفراد العينة حول هذه العبارة.

وعلى العكس من ذلك نجد أن المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد حول الكفاية الكمية للممرضين والممثل بالعبارة رقم (03) يقع ضمن الفئة الثانية لمقياس ليكرت الخماسي بقيمة 1.83، مما يدل على أن أغلب أفراد عينة الدراسة غير موافقين على هذه العبارة، حيث بلغ عددهم 72 فردا، بما نسبته 77.4%، أما بقية أفراد عينة الدراسة فقد كانت إجاباتهم موافق نوعا ما، وتم تسجيل إجابة واحدة

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

فقط بموافق، على الرغم من أن مؤشر عدد الأسرّة/ممرض الذي تم حسابه سابقا يدل على وجود عدد كافٍ من الممرضين. ويمكن تفسير ذلك بالتفاوت في توزيع الممرضين على مختلف المصالح الطبية بالمؤسسة، بالإضافة إلى أن أفراد عينة الدراسة يقصدون في إجاباتهم الممرضين ذوي الكفاءة والخبرة الطويلة في كيفية التعامل مع مختلف الحالات المرضية، وهو الأمر الذي استنتجناه من خلال الاستمارات التي كانت تتم بالمقابلة.

الفرع الثاني: عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول جودة المستلزمات الطبية ووفرة التخصصات

من أجل معرفة واقع جودة المستلزمات الطبية المستخدمة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، بالإضافة إلى مدى توفر التخصصات الطبية الضرورية فقد تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأربع عبارات، وذلك كما يوضحه الجدول أدناه.

الجدول رقم (28): إجابات أفراد العينة حول جودة المستلزمات الطبية ووفرة التخصصات

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
0.91	2.66	01	14	41	26	11	ك	تتوفر بالمستشفى الأدوية التي يحتاجها المرضى.	08
		1.1	15.0	44.1	28.0	11.8	%		
0.81	2.67	00	14	40	33	06	ك	يملك المستشفى أجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة	09
		00	15.0	43.0	35.5	6.5	%		
0.84	2.45	1	10	27	47	8	ك	يملك المستشفى العتاد الطبي الكافي لخدمة المرضى بشكل جيد.	10
		1.1	10.8	29.0	50.5	8.6	%		
1.09	2.80	03	23	34	18	15	ك	توجد بالمستشفى أغلب التخصصات الطبية الضرورية.	11
		3.2	24.7	36.6	19.4	16.1	%		
0.58	2.64	المتوسط الكلي والانحراف الكلي لواقع جودة المستلزمات الطبية ووفرة التخصصات							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة الدراسة حول العبارة رقم (09) والتي تشير إلى مدى توفر أجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة بالمستشفى قد بلغت قيمته 2.67،

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي، وهي الفئة التي تشير إلى الخيار موافق نوعا ما، كما نلاحظ أن نسبة 58% من المبحوثين موافقون على هذه العبارة، في مقابل ما نسبته 42% من الأفراد غير الموافقين، وما يؤكد هذه الإجابة أن المستشفى تعزز في الفترة الأخيرة بالعديد من الأجهزة الطبية الحديثة في بعض المصالح، كآلات الغسيل الكلوي بمصلحة تصفية الدم والكلية، فضلا عن تزويد العديد من المصالح على غرار مصلحة جراحة العظام ومصلحة تصفية الدم والكلية بأسرة طبية حديثة، فيما بقيت بعض المصالح الأخرى كمصلحة الأمراض الصدرية والأمراض المعدية دون تجديدٍ لعتادها الطبي.

أما عن مدى كفاية هذه المعدات والأجهزة لخدمة المرضى والمراجعين للمؤسسة الاستشفائية فإن أغلب أفراد عينة الدراسة غير موافقين على كفايتها بما نسبته 59.1%، وقد بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم حول العبارة رقم (10) 2.45، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكرت (من 1.81 إلى 2.60)، وهي الفئة التي تشير إلى الخيار غير موافق، حيث أشار العديد من الأطباء والمرضى إلى عدم كفاية الأجهزة الموجودة في المؤسسة الاستشفائية في حال وفود عدد كبير من المرضى، بالإضافة إلى تعطل بعض الأجهزة رغم حداثةها وعدم استدراك الأمر من طرف الإدارة والقيام بعملية الصيانة، وقد أشار العديد من أفراد عينة الدراسة أيضا إلى تعطل بعض الأجهزة التي تعد ضرورية جدا لتقديم الخدمة الصحية، منها جهاز السكاير الذي لا يزال معطلا منذ فترة تفوق أربعة أشهر، مما يضطر المرضى إلى القيام بعملية الفحص في المصحات الخاصة، وقد يؤدي ذلك إلى تعطل شفاء المريض أو إلى زيادة تعقد مرضه وتدهور حالته الصحية.

وفيما يخص العبارة رقم (08) المتعلقة بمدى وفرة الأدوية بالمؤسسة محل الدراسة فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لإجابات المبحوثين 2.66، وبانحراف معياري مقدر بـ 0.91، وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي، مما يدل على أن أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون نوعا ما على توفر الأدوية اللازمة لعلاج المرضى، حيث قدرت نسبتهم بـ 44.1% من الحجم الكلي للعينة، يليهم الأفراد غير الموافقين بنسبة 39.8%، منهم 11.8% غير موافقين مطلقا على هذه العبارة، ويمكن إرجاع هاتين النسبتين الأخيرتين حسب رئيس المديرية الفرعية للموارد البشرية إلى تذبذب سوق الأدوية في الجزائر، وتذبذب عمليات توزيع الأدوية، بالإضافة إلى العجز المالي الذي عرفته الصيدلية المركزية للمستشفيات التي تعد الممون الرئيسي للمؤسسات الاستشفائية الجزائرية .

الفرع الثالث: عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول جودة نظام إجراءات العمل

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

كانت إجابات أفراد عينة الدراسة حول واقع جودة إجراءات العمل من خلال العبارتين (12)، (13) وفق ما يوضحه الجدول رقم (29).

الجدول رقم (29): إجابات أفراد العينة حول جودة نظام إجراءات العمل

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
0.92	2.57	01	12	39	28	13	ك	تسهيل إدارة المستشفى لإجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة في تقديم الخدمة الصحية.	12
		1.1	12.9	41.9	30.1	14.0	%		
0.89	3.86	23	42	20	08	00	ك	تضع إدارة المستشفى لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والمصالح المختلفة.	13
		24.7	45.2	21.6	8.6	00	%		
0.67	3.21	المتوسط الكلي والانحراف الكلي لواقع جودة نظام إجراءات العمل							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم (29) نلاحظ أن أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون على وجود لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى المصالح المختلفة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد حول العبارة رقم (13) 3.86، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار موافق، كما أن أغلبهم موافقون نوعا ما على تبسيط إدارة المستشفى لإجراءات العمل من أجل ضمان السرعة في تقديم الخدمة الصحية، خاصة في الحالات التي تكون فيها حالة المريض سيئة وتستدعي التدخلات السريعة، وذلك بما نسبته 41.9% من مجموع أفراد العينة.

وبالتالي فمعظم المبحوثين موافقون على جودة نظام إجراءات العمل في المؤسسة الاستشفائية، وهذا ما تعكسه قيمة الوسط الحسابي الكلي لهذا المحور الفرعي والمقدرة بـ 3.21 والتي تشير إلى الخيار موافق في مقياس ليكرت الخماسي، كما بلغت قيمة الانحراف المعياري الكلي 0.67، وهي أقل من الواحد (01) وهو ما يدل على الاتساق في إجابات الأفراد المبحوثين.

الفرع الرابع: عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول جودة السجلات الطبية والمعلومات

من أجل معرفة واقع جودة السجلات الطبية والمعلومات بالمؤسسة الاستشفائية فقد قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعبارتين (14) و(15)، وذلك كما يوضحه الجدول رقم (30).

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (30): إجابات أفراد العينة حول جودة السجلات الطبية والمعلومات

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
0.81	3.69	11	49	28	03	02	ك	تحتفظ إدارة المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى	14
		11.8	52.7	30.1	3.2	2.2	%		
1.15	3.47	14	41	23	05	10	ك	تحافظ إدارة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	15
		15.1	44.1	24.7	5.4	10.8	%		
0.85	3.58	المتوسط الكلي والانحراف الكلي لواقع جودة السجلات الطبية والمعلومات							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

يتضح من الجدول رقم (30) أن معظم أفراد عينة الدراسة موافقون على كفاءة السجلات والمعلومات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية، إذ بلغ المتوسط الحسابي الكلي لهذا المحور 3.58، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (من 3.41 إلى 4.20)، والتي تشير إلى الخيار موافق، وبانحراف معياري مقدر بـ 0.85، وهذا ما يدل على جودة نظام السجلات الطبية والمعلومات بالمؤسسة.

الفرع الخامس: عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول محور جودة التسهيلات والإمكانيات الأخرى

من أجل معرفة واقع جودة بعض التسهيلات والإمكانيات في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لخمس عبارات مختلفة، وذلك وفق ما يوضحه الجدول رقم (31).

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (31): إجابات أفراد العينة حول محور جودة التسهيلات والإمكانيات الأخرى

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
1.05	3.67	17	46	18	06	06	ك	موقع المستشفى ملائم ويسهل الوصول إليه.	16
		18.3	49.5	19.4	6.4	6.4	%		
0.98	2.19	00	11	22	34	26	ك	يتوفر المستشفى على قاعات انتظار مريحة ومناسبة.	17
		00	11.8	23.6	36.6	28.0	%		
1.04	2.77	05	16	36	25	11	ك	يحرص المستشفى على نظافة الهياكل والمعدات الطبية.	18
		5.4	17.2	38.7	26.9	11.8	%		
1.08	2.76	03	23	29	25	13	ك	تتوفر بالمستشفى خدمات مرافقة.	19
		3.2	24.7	31.2	26.9	14	%		
0.92	2.15	00	09	20	40	24	ك	هياكل المستشفى ذات جودة عالية.	20
		00	9.7	21.5	43.0	25.8	%		
0.69	2.71	المتوسط الكلي والانحراف الكلي لواقع جودة التسهيلات والإمكانيات الأخرى							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

انطلاقاً من الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون نوعاً ما على جودة التسهيلات والإمكانيات الأخرى بالمؤسسة الاستشفائية، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لإجابات الأفراد على هذا المحور 2.71، وهو متوسط يشير إلى الخيار موافق نوعاً ما، غير أن الملاحظ لإجابات الأفراد على عبارات هذا المحور كل واحدة على حدى يرى أن هناك تبايناً في إجاباتهم، حيث أن:

- أغلب أفراد عينة الدراسة غير موافقين على جودة الهياكل بالمؤسسة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم على العبارة رقم (20) 2.15، وهي قيمة تنتمي إلى الفئة الثانية من فئات مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار غير موافق، ومن خلال دراستنا الاستطلاعية فإن بعض مصالح المؤسسة الاستشفائية ذات هياكل قديمة ومهترئة، على غرار مصلحة الأمراض الصدرية ومصلحة الأمراض المعدية، ومصلحة الطب الداخلي، فيما شرعت المؤسسة في عملية تجديد وترميم لبعض المصالح الاستشفائية الأخرى كمصلحة جراحة العظام ومصلحة الجراحة العامة، بالإضافة إلى إعادة تهيئة الجناح التقني وبعض المصالح الأخرى كمصلحة أمراض النساء والتوليد، مصلحة الأطفال حديثي الولادة، ومركز تصفية الدم والكلى.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

- أغلب أفراد عينة الدراسة غير موافقين على وجود قاعات انتظار مريحة ومناسبة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم على العبارة رقم (17) 2.19، وهي قيمة تنتمي إلى الفئة الثانية من مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار غير موافق، وهذا المتوسط هو نتيجة حتمية لإجابات الأفراد على العبارة السابقة.

- أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون نوعاً ما على توفر بعض الخدمات المرافقة في المؤسسة (كوجود موقف للسيارات خاص بالعاملين، وإن كان هذا الموقف غير كاف، وهو ما أدى بالعديد من العاملين إلى ركن سياراتهم أمام مختلف المصالح الاستشفائية والتقنية)، وعلى نظافة الهياكل والمعدات الطبية حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم على العبارتين رقم (19) و(18) القيمتين 2.76 و2.77 على الترتيب، وهما قيمتان تشيران إلى الخيار موافق نوعاً ما.

- أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون على ملاءمة موقع المستشفى وسهولة الوصول إليه، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم على العبارة رقم (16) 3.67 وبانحراف معياري قيمته 1.05.

بعد التعرف على إجابات أفراد عينة الدراسة حول المحاور الفرعية المشكلة لجودة الخدمة الصحية؛ نستعرض من خلال الجدول رقم (32) واقع هذه الأخيرة بالمؤسسة الاستشفائية وذلك بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي للمحور الثاني من الاستبيان.

الجدول رقم (32): إجابات أفراد العينة حول واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البيان
0.55	2.70	المحور الفرعي لجودة وكفاية الفريق الصحي
0.58	2.64	المحور الفرعي لجودة المستلزمات الطبية ووفرة التخصصات
0.67	3.21	المحور الفرعي لجودة نظام إجراءات العمل
0.85	3.58	المحور الفرعي لجودة السجلات الطبية والمعلومات
0.69	2.71	المحور الفرعي لجودة التسهيلات والإمكانيات الأخرى
0.50	2.83	محور واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم (32) نلاحظ أن الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي على مستوى متوسط من الجودة، وذلك من وجهة نظر أعضاء الطاقم الطبي والتمريضي، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لإجابات أفراد العينة حول عبارات المحور الفرعي لواقع جودة الخدمة

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الصحية بالمؤسسة محل الدراسة قيمة 2.83، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار موافق نوعا ما، وبانحراف معياري مقدر ب 0.50.

المطلب الثالث: عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور دور جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة.

بعد التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة نتقل في هذا المطلب إلى التعرف على مدى مساهمة الخدمات الصحية المقدمة بهذه المؤسسة في تحقيق التنمية البشرية المستدامة بأبعادها الثلاثة؛ التعليمية، الصحية، والبيئية.

الفرع الأول: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية في البعد التعليمي للتنمية البشرية المستدامة

تلعب الخدمات الصحية دورا مهما في البعد التعليمي والمعرفي للتنمية البشرية المستدامة، حيث تزيد من مستويات التحصيل الدراسي لطلبة المدارس، كما تزيد من القدرات العلمية والعملية للإطارات الصحية العاملة بالمنظمات الصحية من خلال عمليتي التكوين والتدريب، فضلا عن تعزيز البحوث الطبية في مختلف مجالات العلوم الطبية.

وعلى اعتبار أن برامج الصحة المدرسية التي كانت تكفلها القطاعات الصحية سابقا (المستشفيات العمومية) أصبحت تابعة في الوقت الحالي للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، وذلك ابتداء من 01 جانفي 2008، إضافة إلى أن البحوث الطبية تكون مرتبطة بالمستشفيات الجامعية؛ فإننا سنقتصر في دراسة دور الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في البعد التعليمي للتنمية البشرية على مدى مساهمتها في زيادة القدرات العلمية والعملية للكوادر الصحية العاملة بها من خلال التكوين والتدريب وتقييم الأداء.

أ- عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول توفر فرص التكوين والتدريب وتقييم الأداء

في هذا العنصر سنستعرض إجابات أفراد عينة الدراسة حول الاستفادة من فرص التكوين بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، وعملية التدريب ومدى قيام المؤسسة بعملية التقييم الدوري لأدائهم، وذلك من خلال العبارات (22)، (23)، (24)، (27)، ووفق ما يوضحه الجدول رقم (33).

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (33): إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور التكوين والتدريب وتقييم الأداء

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
0.94	2.34	00	13	23	40	17	ك	يهتم المستشفى بتكوين مقدم الخدمة الصحية خلال مساره الوظيفي.	22
		00	14.0	24.7	43.0	18.3	%		
0.97	2.22	01	11	17	43	21	ك	تكون الاستفادة من التكوين في المستشفى بصورة عادلة.	23
		1.1	11.8	18.3	46.2	22.6	%		
1.07	2.50	01	19	25	29	19	ك	يوفر المستشفى التدريب اللازم لتشغيل التجهيزات الطبية الجديدة.	24
		1.1	20.4	26.9	31.2	20.4	%		
0.91	2.11	00	08	20	39	26	ك	يقيم المستشفى أداء مقدم الخدمة الصحية دوريا.	27
		00	8.6	21.5	41.9	28.0	%		
0.68	2.17	المتوسط الكلي والانحراف الكلي لمحور التكوين والتدريب وتقييم الأداء							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك اتساق في إجابات وآراء أفراد عينة الدراسة على العبارة رقم (22) والتي تبين مدى الاهتمام الذي توليه المؤسسة الاستشفائية بتوفير التكوين لمقدمي الخدمة الصحية، حيث بلغت قيمة الانحراف المعياري 0.94، وأغلب هؤلاء غير موافقين على هذه العبارة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 2.34، وهو متوسط يقع في الفئة الثانية من فئات مقياس ليكرت الخماسي، والتي تشير إلى الخيار غير موافق.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بكون التبرعات التدريبية والدورات التكوينية التي تمنحها المؤسسة لأفراد الطاقم الطبي والتمريضي تعتمد على حجم الاعتمادات المالية الممنوحة لها من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إذ تُخصَّص لها نسبة ضئيلة جدا من إجمالي الاعتمادات الممنوحة للمؤسسة، حيث أنها لم تتجاوز 0.36% من إجمالي الميزانية كأقصى نسبة بلغت سنة 2009 خلال الفترة الممتدة من 2008 إلى 2012، والجدول رقم (34) يوضح نسبة نفقات التكوين إلى إجمالي الميزانية خلال هذه الفترة.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (34): نفقات التكوين (ألف دج) بالمؤسسة الاستشفائية خلال الفترة (2008-2012)

السنوات	2008	2009	2010	2011	2012
إجمالي الميزانية	810550	823230	859779.999	983505	1680793
نفقات التكوين	1050	3000	1000	1655	1700
النسبة إلى مجموع الميزانية	%0.13	%0.36	%0.12	%0.17	%0.10

المصدر: مكتب الميزانية والمحاسبة

وتعتمد التربصات التدريبية والدورات التكوينية أيضا على المواضيع التي يتم اقتراحها من طرف خلية التكوين داخل المؤسسة بعد اجتماعها مع الأطباء والمرضى، أو من طرف مديرية التكوين على مستوى الوزارة الوصية، بالإضافة إلى قبول الجهة التي سيكون على مستواها التكوين للمتربص الذي يشترط فيه أقدمية مهنية لا تقل عن ثلاث سنوات إذا كان التكوين بالخارج (والذي يكون دائما بفرنسا)، فضلا على أن هذا الأخير (التكوين بالخارج) تُمنح فيه الأولوية للأطباء الأخصائيين، كما أن عدد المناصب في هذا النوع من التكوين يكون محدودا بطبيعة الحال، فحسب رئيس المديرية الفرعية للموارد البشرية فقد بلغ سنة 2012 ستة (06) مناصب كأقصى قيمة مقارنة بالسنوات الماضية، وفي سنة 2008 كان عدد المناصب ثلاثة (03)، ثم ارتفع سنتي 2009 و2010 إلى أربعة (04) مناصب، وسنة 2011 إلى خمسة (05) مناصب، وقد استفاد من هذه المناصب خلال جميع السنوات الأطباء الأخصائيون فقط، وهذا ما يجعل حظوظ الأطباء العامين -على وجه الخصوص- والمرضى في الحصول على هذا التكوين قليلة جدا.

أما التكوين داخل الوطن فيكون في شكل أيام دراسية أو دورات تكوينية تنظمها المؤسسة تحت إشراف أطباء من داخل المؤسسة أو من خارجها، ويكون موجهًا لجميع الإطارات العاملة بالمستشفى سواء أطباء أو شبه طبيين، وهو الآخر يعتمد على حجم الاعتمادات الممنوحة من طرف الوزارة الوصية والتي تكون دائما أقل مما يمنح للتكوين بالخارج، كما يعتمد على المواضيع المقترحة من طرف خلية التكوين، غير أن الملاحظ للبيانات المقدمة من طرف المديرية الفرعية للموارد البشرية يجد أن الأطباء أيضا هم الأكثر حصولا على هذا التكوين، وقد توفرت لدينا البيانات الخاصة بسنتي 2011 و2012 فقط، ففي سنة 2012 تم اقتراح ثمانية (08) مواضيع للتكوين، وكان عدد الأطباء الذين تحصلوا على دورة تكوينية أو أكثر 195 طبيبا منهم الأطباء الأخصائيون والعامون، أما عدد الأفراد شبه الطبيين فقد كان 30 فردا بنسبة 13.33% فقط وكلهم من القابلات (أنظر الملحق رقم 06)، أما سنة 2011 فقد كان عدد المواضيع

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

المقترحة أحد عشر (11) موضوعا، وقد استفاد من التكوين في هذه السنة 290 طبيبا بما نسبته 75% في مقابل 70 فردا من الطاقم شبه الطبي بنسبة 25% (أنظر الملحق رقم 07).

وبناء على التحليل السابق فقد كانت أغلب إجابات أفراد العينة حول العبارة رقم (23) والمتعلقة بالعدالة في منح فرص التكوين بغير موافق مطلقا وغير موافق، وذلك بنسبتي 22.6% و 46.2% على التوالي من مجموع أفراد عينة الدراسة، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي 2.22، وهو متوسط يقع في الفئة الثانية من فئات مقياس ليكرت الخماسي، والتي تشير إلى الخيار غير موافق، كما بلغت قيمة الانحراف المعياري 0.97.

أما عن تقييم المؤسسة لأداء مقدم الخدمة الصحية بشكل دوري فإن أغلب أفراد العينة غير موافقين على قيام المؤسسة بتقييم أدائهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 2.11، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكرت الخماسي (من 1.81 إلى 2.60)، والتي تشير إلى الخيار غير موافق، وقد أشار رئيس مصلحة الموارد البشرية إلى عدم وجود تقييم لأداء الأطباء والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية، حتى للأطباء والمرضى الذين تحصلوا على دورة تكوينية أو الأطباء الأخصائيين الذين تحصلوا على تربص بالخارج.

ب- عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة التكوين والتدريب في زيادة القدرات العلمية والمهارات العملية لمقدم الخدمة الصحية.

من أجل معرفة مدى مساهمة فرص التكوين والتدريب التي توفرها المؤسسة محل الدراسة في زيادة وتنمية القدرات العلمية والمهارات العملية لمقدم الخدمة الصحية فقد اعتمدنا أساسا على العبارة رقم (25) و العبارة رقم (26)، وقد كانت إجابات أفراد العينة كما يوضحه الجدول رقم (35).

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (35): إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة التكوين والتدريب

في زيادة القدرات العلمية والمهارات العملية لمقدم الخدمة الصحية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
1.15	2.77	06	19	32	20	16	ك	يساهم التكوين المقدم بالمستشفى في زيادة القدرات العلمية لمقدم الخدمة الصحية.	25
		6.5	20.4	34.4	21.5	17.2	%		
1.16	2.66	05	18	28	24	18	ك	يساهم التدريب المقدم بالمستشفى في زيادة المهارات العملية لمقدم الخدمة الصحية.	26
		5.4	19.4	30.1	25.8	19.4	%		
1.05	2.72	المتوسط الكلي والانحراف الكلي لمساهمة التكوين والتدريب في زيادة القدرات العلمية والمهارات العملية لمقدم الخدمة الصحية							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي الكلي لإجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة التدريب والتكوين المقدم بالمؤسسة الاستشفائية في زيادة القدرات العلمية والمهارات العملية لمقدم الخدمة الصحية قد بلغت 2.72، وهو متوسط ينتمي إلى الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار موافق نوعا ما، غير أنّ الملاحظ للنسب المئوية والتكرارات يرى أن هناك عدم اتساق في إجابات الأفراد حول عبارتي المحور، حيث بلغت قيمة الانحراف المعياري 1.05 وهي أكبر من الواحد (01)، فما نسبته 45.2% و38.7% من أفراد العينة غير موافقين على عبارتي هذا المحور على التوالي، وهم يمثلون على الأرجح الأفراد الذين لم يحصلوا على التكوين أو التدريب، وبالتالي فهم يرون أن قدراتهم ومهاراتهم العلمية والعملية لم تتحسن بفعل ذلك، فيما نجد أن نسبي 24.8% و26.9% فقط من الباحثين موافقون على عبارتي المحور على الترتيب، وهم إما الأفراد الذين تحصلوا على فرصة في التكوين أو التدريب، ويرون أن قدراتهم قد تحسنت تبعاً لذلك، وإما أنهم بعض الأفراد الذين لم يحصلوا على فرص للتكوين والتدريب ويرون أن من كانت لهم الفرصة في ذلك قد تحسنت قدراتهم العلمية والعملية.

ومن أجل معرفة اتجاه وقوة العلاقة بين تقييم الأداء وتوفير المؤسسة لفرص التكوين والتدريب، أي مدى سعيها لتحسين جودة خدماتها الصحية من خلال الارتقاء بجودة إطاراتها الصحية، وبين مساهمة

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

ذلك في زيادة القدرات العلمية والمهارات العملية لأفراد العينة، والتي تمثل الجانب المعرفي والتعليمي للتنمية البشرية المستدامة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة بالنسبة لمقدم الخدمة الصحية، فقد قمنا بحساب معامل بيرسون للارتباط Pearson correlation كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (36): معاملات الارتباط بين تقييم الأداء وتوفير التكوين والتدريب

وبين البعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة

البيان	قيمة معامل الارتباط
العلاقة بين توفير فرص التكوين والبعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة	0.417
العلاقة بين توفير فرص التدريب الملائم والبعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة	0.336
العلاقة بين تقييم الأداء والبعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة	0.237
معامل بيرسون للمحور الكلي	0.404

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أنه توجد علاقة ارتباط طردية بين توفير المؤسسة لفرص التكوين والتدريب وتقييم الأداء وبين البعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة، حيث أن إشارة معامل بيرسون للارتباط موجبة، وهو ما يدل على العلاقة الإيجابية بين المتغيرين، فكلما زادت المؤسسة في منح فرص التكوين والقيام بعمليات التدريب وتقييم أداء إطاراتها الصحية كلما زادت مهارات وقدرات هؤلاء، والعكس صحيح.

غير أن قيمة معامل الارتباط صغيرة، إذ تقدر بـ 0.404، وهو ما يدل على ضعف العلاقة بين المتغيرين، فما وفرته المؤسسة من تكوين وتدريب أدى إلى مساهمة ضعيفة في زيادة وتنمية قدرات الأفراد ومهاراتهم، وقد أدلى بعض الباحثين أن أي زيادة في قدراتهم العلمية تعود لاجتهادهم الشخصية عن طريق الاطلاع على ما ينشر من طرف منظمة الصحة العالمية أو الأبحاث المنشورة على مواقع الانترنت، وأن الزيادة في المهارات العملية إنما هي نتاج الخبرة المتراكمة طوال فترة عملهم وتعدد حالات المرضى، وليس بفعل ما تقدمه المؤسسة من تكوين أو تدريب.

ونلاحظ من الجدول أيضا أن معاملات الارتباط الفرعية للمحور هي علاقة طردية

ضعيفة مع البعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة، حيث:

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

- بلغت قيمة معامل الارتباط بين توفير فرص التكوين في المؤسسة والبعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة 0.417، مما يدل على ضعف العلاقة بين المتغيرين؛
- بلغت قيمة معامل الارتباط بين توفير التدريب في المؤسسة والبعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة 0.336، مما يدل على ضعف العلاقة بين المتغيرين؛
- بلغت قيمة معامل الارتباط بين تقييم أداء العاملين في المؤسسة والبعد المعرفي للتنمية البشرية المستدامة 0.237، مما يدل على ضعف العلاقة بين المتغيرين.

بناء على التحليل السابق يمكن القول أن ما توفره المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى من فرص للتكوين والتدريب بالإضافة إلى تقييم الأداء - في إطار تحسين جودة خدماتها - أدى إلى مساهمة إيجابية ولكنها ضعيفة في زيادة قدرات ومهارات الإطارات الصحية المقدمة للرعاية الصحية، وبالتالي فإن الفرضية الأولى للدراسة والتي مفادها " تساهم الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في زيادة القدرات العلمية للإطارات الصحية " مثبتة ولكن بدرجة ضعيفة.

الفرع الثاني: دور جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية في البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة

من خلال هذا الفرع سنحاول التعرف على دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في الجانب الصحي للتنمية البشرية المستدامة، وذلك من خلال معرفة الدور الذي تلعبه في أربعة محاور أساسية شملت خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة، خفض معدل وفيات الأمهات، خفض معدل الوفيات العام، وخفض معدل الإصابة بالأمراض.

أ- دور الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة.

يوضح الجدول رقم (37) آراء أفراد عينة الدراسة في مدى مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (37): إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة الخدمة الصحية في خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
0.99	3.22	08	28	40	11	06	ك	تساهم الخدمات الصحية بالمستشفى في خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة.	33
		8.6	30.1	43.0	11.8	6.5	%		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم (37) نلاحظ أن 76 فردا من أفراد عينة الدراسة موافقون على مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة بما نسبته 81.7% من إجمالي المبحوثين، وقد بلغ المتوسط الحسابي لإجابات كل أفراد العينة 3.22، وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت والتي تشير إلى الخيار موافق نوعا ما، وهي نتيجة موافقة تماما لما ورد في تقييم نتائج تشغيل المستشفى، حيث أن معدل وفيات الأطفال انخفض خلال سنوات الدراسة المختارة من 12.90% سنة 2008 إلى 9.66% سنة 2012، وبالتالي فالمؤسسة تساهم مساهمة إيجابية في خفض معدل وفيات الأطفال خاصة منهم الأقل من سنة.

ومن أجل معرفة مدى مساهمة جودة الخدمة الصحية المقدمة في خفض هذا المعدل فقد اعتمدنا على عبارتين أساسيتين؛ العبارة رقم (30) والتي تتعلق بمدى توفر اللقاحات في المؤسسة، وذلك لما لها من أهمية في القضاء على بعض الأمراض الأكثر فتكا بالأطفال، والعبارة رقم (32) المتعلقة بجودة الخدمة المقدمة للأطفال حديثي الولادة من حيث توافر الأجهزة والأطباء الأخصائيين، باعتبار الأطفال حديثي الولادة هم الشريحة الأكثر عرضة لاحتمال الوفاة، والأكثر نسبة في وفيات الأطفال، لذلك سنستعرض أولا وكما يوضحه الجدول رقم (38) إجابات أفراد عينة الدراسة حول هاتين العبارتين.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (38): إجابات أفراد عينة الدراسة حول توفر اللقاحات

بالمؤسسة ومدى الاهتمام بالأطفال حديثي الولادة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار النسبة %	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا			
0.99	2.55	01	16	31	30	15	ك	تتوفر بالمؤسسة اللقاحات اللازمة للأمراض المشمولة بالتحصين.	30
		1.1	17.2	33.3	32.3	16.1	%		
1.07	3.28	09	33	35	07	09	ك	تولي المؤسسة الاهتمام الكافي بالأطفال حديثي الولادة	32
		9.7	35.5	37.6	7.5	9.7	%		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن معظم أفراد عينة الدراسة غير موافقين على توفر اللقاحات الضرورية للأمراض المشمولة بالتحصين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد 2.55 وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار غير موافق، مما يدل على أن المؤسسة تعاني - على غرار باقي المستشفيات الجزائرية - نقصا في الأمصال واللقاحات، وفي بعض الأدوية بصفة عامة، وذلك راجع - بناء على المقابلة التي أجريناها مع رئيس المديرية الفرعية للموارد البشرية - إلى العجز المالي الذي تعانيه الصيدلية المركزية للمستشفيات، بالإضافة إلى التذبذب في عمليات توزيع الأدوية التي تمس صيدليات الوطن.

أما عن الاهتمام الذي تبديه المؤسسة بشريحة الأطفال حديثي الولادة فإن أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون على ذلك بنسبة 82.8%، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم على العبارة رقم (32) قيمة 3.28، وهو متوسط يشير إلى الخيار موافق نوعا ما. وقد لاحظنا أن المصلحة الخاصة بهذه الشريحة تتوفر على أجهزة حديثة، كما أنها من بين المصالح التي تم ترميمها وتجهيزها بتقنيات حديثة، وتتوفر على عدد كاف من الأطباء الأخصائيين.

بعد التعرف على إجابات أفراد عينة الدراسة على العبارتين (30)، و(32) نقوم بحساب معامل بيرسون للارتباط وذلك لمعرفة طبيعة واتجاه العلاقة بين وفرة اللقاحات واهتمام المؤسسة بالأطفال حديثي الولادة وبين مساهمة ذلك في خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة.

الجدول رقم (39): معاملات الارتباط بين توفر اللقاحات، الاهتمام بالأطفال حديثي الولادة وانخفاض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة.

البيان	قيمة معامل الارتباط
العلاقة بين توفر اللقاحات وانخفاض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة	0.347
العلاقة بين اهتمام المؤسسة بالأطفال حديثي الولادة وانخفاض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة	0.680
معامل بيرسون الكلي	0.641

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن هناك علاقة طردية وقوية بين تحسين جودة الخدمات المقدمة لفئة الأطفال بالمؤسسة الاستشفائية (من خلال توفير اللقاحات والاهتمام بفئة الأطفال حديثي الولادة) وانخفاض معدل وفياتهم، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون للارتباط 0.641، مما يدل على أن زيادة اهتمام المؤسسة بتوفير الأمصال واللقاحات الضرورية وكذا اهتمامها برعاية الأطفال حديثي الولادة يؤدي إلى التقليل من احتمال الوفاة في فئة الأطفال بشكل كبير.

غير أن الملاحظ لمعاملات الارتباط الجزئية يرى أن هناك علاقة ارتباط قوية بين اهتمام المؤسسة بالأطفال حديثي الولادة وانخفاض معدل وفيات الأطفال، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون للارتباط 0.680، ويمكن تفسير ذلك بكون أكبر أعداد وفيات الأطفال تكون ضمن فئة الأطفال الأقل من شهر (حديثي الولادة)، وهذا ما تبينه الإحصائيات المقدمة من طرف مصلحة الوقاية، حيث تجاوزت 90% من إجمالي وفيات الأطفال سنة 2012، وبالتالي فإن إيلاء هذه الشريحة الرعاية الكافية سيؤدي إلى خفض كبير في معدل الوفيات بها بصفة خاصة وفئة الأطفال بصفة عامة، في حين أن هناك علاقة ضعيفة بين توفر اللقاحات وخفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون 0.347، وهي التي أثرت بالانخفاض في قيمة معامل بيرسون الكلي.

ب- دور الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية في خفض معدل وفيات الأمهات

يوضح الجدول رقم (40) آراء أفراد عينة الدراسة في مدى مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل وفيات الأمهات.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (40): إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل وفيات الأمهات.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار النسبة %	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا			
1.02	2.80	02	23	33	24	11	ك	تساهم الخدمات الصحية بالمستشفى في خفض معدل وفيات الأمهات.	37
		2.2	24.7	35.5	25.8	11.8	%		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون على مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل وفيات الأمهات بالمؤسسة الاستشفائية، وقد بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 2.80، وهو متوسط يشير إلى الخيار موافق نوعا ما.

ومن أجل معرفة مدى مساهمة جودة الخدمات الصحية المقدمة في خفض معدل وفيات الأمهات فإننا اعتمدنا على ثلاث عبارات أساسية؛ العبارة رقم (34) والتي تتعلق بمدى اهتمام المؤسسة بصحة الأمهات أثناء فترة الحمل، أما العبارة رقم (35) فتتعلق بمدى تلقي المرأة الحامل للرعاية الضرورية عند الولادة، في حين ترتبط العبارة رقم (36) بالمتابعة الصحية للأمهات بعد الولادة، والجدول رقم (41) يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة حول هذه العبارات.

الجدول رقم (41): إجابات أفراد عينة الدراسة حول اهتمام المؤسسة بصحة الأمهات أثناء الحمل، عند وبعد الولادة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار النسبة %	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا			
1.13	2.56	04	19	18	36	16	ك	يولي المستشفى الاهتمام الكافي بصحة الأمهات أثناء فترة الحمل.	34
		4.3	20.4	19.4	38.7	17.2	%		
1.01	2.47	02	15	23	38	15	ك	تتلقى المرأة الحامل الرعاية الضرورية عند الولادة.	35
		2.2	16.1	24.7	40.9	16.1	%		
1.07	2.27	02	13	18	35	25		يقوم المستشفى بالمتابعة الصحية للأمهات بعد الولادة.	36
		2.2	14.0	19.4	37.6	26.9			

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

من خلال الجدول رقم (41) نلاحظ أن أغلب أفراد عينة الدراسة غير موافقين على اهتمام المؤسسة بصحة الأمهات من مرحلة الحمل وإلى ما بعد الولادة، حيث بلغت المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة على العبارات (34)، (35)، و(36) القيم 2.56، 2.47، و2.27، وكلها متوسطات تنتمي إلى الفئة الثانية والتي تشير إلى الخيار غير موافق في مقياس ليكرت.

وللتعرف على أثر ذلك في خفض معدل وفيات الأمهات سنقوم بحساب معامل الارتباط بين العبارة رقم (37) المتعلقة بمساهمة المؤسسة في خفض معدل وفيات الأمهات، وبين العبارات سالفة الذكر، ووفق ما يوضحه الجدول رقم (42).

الجدول رقم (42): معاملات الارتباط بين الاهتمام بصحة الأمهات أثناء الحمل، عند وبعد الولادة وبين خفض معدل وفيات الأمهات

البيان	قيمة معامل الارتباط
العلاقة بين اهتمام المؤسسة بصحة الأمهات أثناء فترة الحمل وانخفاض معدل وفيات الأمهات	0.442
العلاقة بين تلقي الرعاية الضرورية عند الولادة وانخفاض معدل وفيات الأمهات	0.439
العلاقة بين المتابعة الصحية للأمهات بعد الولادة وانخفاض معدل وفيات الأمهات	0.637
معامل بيرسون الكلي	0.621

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك علاقة طردية وقوية بين اهتمام المؤسسة الاستشفائية بصحة المرأة من بداية الحمل وحتى إلى ما بعد الولادة وبين انخفاض معدل وفيات الأمهات، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون الكلي للارتباط 0.621، فكلما زاد اهتمام المؤسسة بصحة الأمهات الحوامل كلما أدى ذلك إلى التقليل بشكل كبير من احتمال الوفاة، غير أن الملاحظ لمعاملات الارتباط الجزئية يرى أن هناك علاقة طردية ولكنها ضعيفة بين الاهتمام بصحة الأمهات أثناء فترة الحمل وبين خفض معدل وفياتهن، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون للارتباط 0.442، وقد يرجع ذلك إلى أن احتمال وفيات الأمهات في هذه المرحلة أقل نسبيا بالمقارنة مع وفياتهن أثناء وبعد الولادة، إضافة إلى أن أغلب الأمهات يتابعن حملهن عند الأطباء الخواص، وهو ما يقلل من دور المؤسسة في تقديم الرعاية للمرأة الحامل في هذه المرحلة، ويقلل تبعاً لذلك من مساهمة الخدمات الصحية بالمؤسسة في هذه المرحلة في انخفاض معدل وفيات الأمهات، في حين أن هناك علاقة طردية قوية بين المتابعة الصحية للأمهات بعد الولادة وبين

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

انخفاض معدل وفياتهن، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون للارتباط 0.637، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن أغلب حالات وفيات الأمهات تكون بعد الولادة نتيجة حدوث نزيف أو نتيجة الحمى النفاسية، وبالتالي فتقدم الرعاية الطبية الجيدة في هذه المرحلة سيؤدي إلى خفض معدل الوفاة بشكل كبير.

ج- دور الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية في خفض معدل الوفيات العام

يوضح الجدول رقم (43) آراء أفراد عينة الدراسة في مدى مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل الوفيات العام.

الجدول رقم (43): إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل الوفيات العام.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار النسبة %	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا			
1.09	3.05	3	36	29	13	12	ك	تساهم الخدمات الصحية بالمستشفى في خفض معدل الوفيات.	31
		3.2	38.7	31.2	14.0	12.9	%		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون على مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل الوفيات العام بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، بما نسبته 73.1% من مجموع أفراد العينة، مقابل 26.9% غير موافقين، فيما بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 3.05، وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت والتي تشير إلى الخيار موافق نوعا ما، كما أن أغلب أفراد عينة الدراسة يرون أن انخفاض معدل الوفيات في المجتمع بصفة عامة يعود إلى التحسن في الخدمات الصحية المقدمة، وأن الرعاية الصحية الجيدة لوحدها كفيلا برفع المستوى الصحي للأفراد والارتقاء به، وذلك كما يوضحه الجدول رقم (44).

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (44): إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة التحسن في الرعاية الصحية في تنمية المستوى الصحي.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
1.03	3.26	07	39	24	18	05	ك	يعود انخفاض معدل الوفيات في المجتمع إلى التحسن في الرعاية الصحية المقدمة.	38
		7.5	41.9	25.8	19.4	5.4	%		
1.16	3.40	17	31	23	16	06	ك	الرعاية الصحية الجيدة كفيلة لوحدها برفع المستوى الصحي للأفراد	39
		18.3	33.3	24.7	17.2	6.5	%		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

بلغ المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد على العبارة رقم (38) قيمة 3.26 وهي قيمة تدل على أن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة بما نسبته 75.2%، كما أن العديد منهم موافقون أيضا على العبارة رقم (39)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 3.40، وهو متوسط يشير إلى الخيار موافق، وقد أكد أغلب الباحثين على الدور الهام والفعال الذي تؤديه الخدمات الصحية الجيدة في خفض معدل الوفاة والارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين وتحسين نوعية الحياة، دون أن يهملوا دور بعض العوامل الأخرى ذات الصلة المباشرة وغير المباشرة بالصحة كمستوى المعيشة ونظام التغذية (من حيث الكفاية والنوعية) وكذا ظروف السكن والبيئة النظيفة وغيرها.

د- دور الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية في خفض معدل الإصابة بالأمراض

يوضح الجدول رقم (45) آراء أفراد عينة الدراسة في مدى مساهمة الخدمات الصحية في خفض معدل الإصابة بالأمراض.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (45): إجابات أفراد عينة الدراسة حول مساهمة الخدمات

الصحية في خفض معدل الإصابة بالأمراض

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
1.15	3.14	10	28	30	13	12	ك	تساهم الخدمات الصحية بالمستشفى في خفض معدل الإصابة بالأمراض	29
		10.8	30.1	32.3	14.0	12.9	%		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون على مساهمة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية في خفض معدل الإصابة بالأمراض، بما نسبته 73.2% من مجموع أفراد العينة، مقابل 26.8% غير الموافقين، فيما بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 3.14، وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت والتي تشير إلى الخيار موافق نوعا ما.

بعد التطرق إلى مساهمة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية في المحاور الأربعة الرئيسية للجانب الصحي للتنمية البشرية المستدامة (خفض معدل وفيات الأطفال، خفض معدل وفيات الأمهات، خفض معدل الوفيات العام، خفض معدل الإصابة بالأمراض)، سندرس الآن أثر هذه الخدمات بالإضافة إلى جودة الكوادر الصحية وجودة الأجهزة والمعدات الطبية على هذه المحاور الأربعة، بما يعكس لنا دور جودة الخدمة الصحية في البعد الصحي ككل، وذلك كما يوضحه الجدول رقم (46).

الجدول رقم (46): معاملات ارتباط بيرسون بين جودة الخدمة الصحية

والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة

البيان	قيمة معامل الارتباط
العلاقة بين جودة الإطارات الصحية والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة	0.147
العلاقة بين جودة الأجهزة والمعدات الطبية والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة	0.291
العلاقة بين اهتمام المؤسسة بالأطفال حديثي الولادة والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة	0.507
العلاقة بين اهتمام المؤسسة بصحة الأمهات والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة	0.621
العلاقة بين وفرة الأدوية واللقاحات والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة	0.417
العلاقة بين القيام بحملات توعية حول الأمراض المعدية والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة	0.550
معامل الارتباط الكلي	0.640

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم (46) نلاحظ أن هناك تفاوتاً في مساهمة العناصر المشكلة لجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية في تحقيق البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة، وذلك من خلال ملاحظة قيم معاملات بيرسون الجزئية حيث:

- بلغت قيمة معامل الارتباط بين جودة الفريق الصحي بالمؤسسة والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة 0.147، مما يدل على ضعف العلاقة بين المتغيرين، ويمكن إرجاع ذلك إلى المستوى المتوسط لمهارة وكفاءة الإطارات الصحية العاملة بالمؤسسة نتيجة تدني فرص التكوين والتعليم الطبي المستمر والتدريب التي توفرها المؤسسة؛

- بلغت قيمة معامل الارتباط بين جودة الأجهزة والمعدات الطبية بالمؤسسة والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة 0.291، مما يدل على ضعف العلاقة بين المتغيرين؛

- بلغت قيمة معامل الارتباط بين وفرة الأدوية واللقاحات بالمؤسسة والبعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة 0.417، مما يدل على ضعف العلاقة بين المتغيرين؛

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

- بلغت قيمة معامل الارتباط بين الاهتمام الذي توليه المؤسسة بصحة الأطفال حديثي الولادة والبعث الصحي للتنمية البشرية المستدامة 0.507، مما يدل على قوة العلاقة بين المتغيرين؛
- بلغت قيمة معامل الارتباط بين الاهتمام الذي توليه المؤسسة بالأمهات والبعث الصحي للتنمية البشرية المستدامة 0.621، مما يدل على قوة العلاقة بين المتغيرين؛
- بلغت قيمة معامل الارتباط بين الحملات التحسيسية والتوعوية التي تقوم بها المؤسسة والبعث الصحي للتنمية البشرية المستدامة 0.550، مما يدل على قوة العلاقة بين المتغيرين؛

وبشكل عام فإننا نلاحظ أن هناك ارتباطا إيجابيا وقويا بين ما تقدمه المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من خدمات علاجية ووقائية وبين انخفاض معدلات الوفيات ومعدلات الإصابة بالأمراض، وهو ما يعكس البعث الصحي للتنمية البشرية المستدامة، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون الكلي للارتباط 0.640 وهي قيمة مرتفعة للمعامل تدل على أن الإجراءات التي قامت بها المؤسسة قد ساهمت بشكل كبير في تحسين ورفع المستوى الصحي للأفراد.

انطلاقا من التحليل السابق ومن نتائج تقييم الأداء المتوصل إليها في المبحث السابق يمكن القول أن الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية قد ساهمت بشكل إيجابي كبير في البعث الصحي للتنمية البشرية المستدامة، وهذا ما يوصلنا إلى القول أن الفرضية الثانية والتي مفادها "تساهم الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بشكل إيجابي في البعث الصحي للتنمية البشرية المستدامة" مثبتة بدرجة كبيرة.

الفرع الثالث: دور الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية في البعث البيئي للتنمية البشرية المستدامة

لقد خصصنا الجزء الأخير من الاستبيان لمعرفة آراء أفراد عينة الدراسة في مدى مساهمة المؤسسة الاستشفائية في المحافظة على البيئة، وكذا الأثر الذي يتركه تقديم الخدمة الصحية على بيئة المؤسسة سواء البيئة الداخلية أو البيئة الطبيعية الكلية، وذلك من خلال ثلاث عبارات، هذه العبارات تعتبر كتأكيد أو نفي لما تم ذكره في المبحث السابق الذي استعرضنا فيه تقييم إدارة النفايات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

أ- عرض وتحليل إجابات الأفراد حول وجود تعليمات رسمية عن كيفية التعامل مع المخلفات الطبية.

يوضح الجدول رقم (47) إجابات أفراد عينة الدراسة حول وجود تعليمات رسمية تضبط التعامل مع النفايات الطبية المتولدة عن أنشطة الرعاية بالمؤسسة.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (47): إجابات أفراد العينة حول وجود تعليمات رسمية حول كيفية التعامل مع المخلفات الطبية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
1.16	3.95	38	29	14	07	05	ك	توجد تعليمات رسمية مكتوبة وموضحة حول كيفية التعامل مع النفايات الطبية.	40
		40.9	31.2	15.1	7.5	5.4	%		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من الجدول أعلاه يتضح أن أغلب أفراد عينة الدراسة موافقون على وجود تعليمات رسمية موضحة حول كيفية التعامل مع النفايات الطبية داخل المصالح، بما نسبته 87.2% من مجموع أفراد العينة، منهم 40.9% موافقون جدا على العبارة رقم (40)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 3.95، وهو متوسط ينتمي إلى الفئة الرابعة من مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار موافق، وقد أكد العديد من الباحثين على أن النفايات المتولدة في المصالح التي يعملون بها يتم فرزها وفقا لما تنص عليه التعليمات، وأن كل نوع من النفايات يوضع في الكيس أو الحاوية المخصصة له.

ب- إجابات أفراد العينة حول دور المؤسسة في المحافظة على البيئة

للتعرف على آراء الأفراد الباحثين حول دور المؤسسة الاستشفائية في المحافظة على البيئة فقد اعتمدنا على العبارتين (41) و(42)، والجدول رقم (48) يوضح إجابات الأفراد على هاتين العبارتين.

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

الجدول رقم (48): إجابات أفراد العينة حول دور المؤسسة في المحافظة على البيئة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					التكرار	العبارة	رقم العبارة
		موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق مطلقا	النسبة %		
1.27	3.27	16	30	22	13	12	ك	تضع المؤسسة ملصقات إعلانية حول المحافظة على البيئة.	41
		17.2	32.3	23.7	14.0	12.5	%		
1.12	1.73	04	05	10	17	57	ك	تستخدم المؤسسة تقنيات صديقة للبيئة في معالجة النفايات الطبية.	42
		4.3	5.4	10.8	18.3	61.3	%		
0.75	2.83	المتوسط الكلي والانحراف الكلي لدور المؤسسة في المحافظة على البيئة							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إجابات أفراد عينة الدراسة ومخرجات SPSS

من الجدول أعلاه يتضح أن معظم أفراد عينة الدراسة موافقون نوعا ما على قيام المؤسسة بدور إيجابي في المحافظة على البيئة الطبيعية، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 2.83، وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي، والتي تشير إلى الخيار موافق نوعا ما. غير أن تحليل عبارتي المحور كل منهما على حدى يبين أن أفراد العينة موافقون على اهتمام المؤسسة بالجانب البيئي للتنمية البشرية من خلال وضع ملصقات إعلانية حول المحافظة على البيئة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم 3.27، وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار موافق نوعا ما، غير أن إجابات أفراد العينة على العبارة رقم (42) هي التي أثرت بالانخفاض في قيمة المتوسط الحسابي الكلي، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي للعبارة رقم (42) 1.73، وهي قيمة تنتمي إلى الفئة الأولى من مقياس ليكرت الخماسي والتي تشير إلى الخيار غير موافق مطلقا، إذ أن 79.6% من الباحثين غير موافقين على استخدام المؤسسة لتقنيات نظيفة وصديقة للبيئة في معالجة نفايات أنشطة الرعاية الصحية، (18.3% غير موافقين و61.3% غير موافقين مطلقا)، كما أبدوا استياءهم الشديد من التقنية المستخدمة في المعالجة والمتمثلة في الترميد، وأكدوا أنها لا تؤدي إلى الإضرار بالبيئة فقط وإنما إلى الإضرار بالصحة العامة للمواطنين وكذا العاملين والمرضى المقيمين بالمستشفى على وجه الخصوص.

انطلاقا من التحليل السابق واستنادا إلى تقييم إدارة النفايات الطبية في المؤسسة الاستشفائية والذي سبق ذكره في المبحث الثالث فإن مرحلة الفرز هي المرحلة الوحيدة من مراحل إدارة النفايات التي تتم وفق التشريعات والنصوص المعمول بها، مما يساهم في المحافظة على نظافة وأمان البيئة الداخلية لمصالح المستشفى، أما عمليات النقل، التخزين، والمعالجة على وجه الخصوص فإنها مخالفة تماما للتشريعات

الفصل الثالث: دور الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي في التنمية البشرية المستدامة

المنصوص عليها، وتؤدي إلى الإضرار بالصحة العامة للمواطنين، خاصة منهم المرضى المقيمين والعاملين بالمستشفى (وعلى رأسهم عمال النظافة)، فضلا عن التلوث الناجم عن عملية المعالجة، وما يسببه ذلك من أضرار كبيرة للبيئة الطبيعية، مما يبين أن مساهمة المؤسسة الاستشفائية في البعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة ضعيفة جداً، وهذا ما يقودنا إلى القول بأن الفرضية الثالثة للدراسة والتي مفادها " تساهم الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي بشكل إيجابي في البعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة" مثبتة ولكن بدرجة ضعيفة جداً.

خلاصة الفصل

من خلال الدراسة الميدانية التي أجريناها بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي بولاية جيجل توصلنا إلى أن الخدمات الصحية بالمؤسسة على مستوى متوسط من الجودة سواء ما تعلق بجودة الكوادر الصحية المقدمّة للرعاية الصحية أو ما ارتبطت بجودة التقنية الطبية المستخدمة، فضلا عن جودة إجراءات العمل وطبيعة العلاقة الشخصية بين المرضى ومقدمي الخدمة الصحية وذلك حسب سير الآراء الذي أجريناه مع المرضى والأطباء.

كما توصلنا إلى أن هناك مساهمة إيجابية كبيرة للخدمات الصحية المقدمّة بالمؤسسة في دعم البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة، الذي يعتبر الهدف الأساسي الذي وجدت من أجله المؤسسة، هذه المساهمة تجلت بشكل واضح في انخفاض معدل وفيات الأمهات نتيجة الاهتمام الذي توليه المؤسسة بالأمهات أثناء الوضع وبعد الولادة، وانخفاض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة نتيجة الاهتمام برعاية الأطفال حديثي الولادة على وجه الخصوص.

توصلنا أيضا إلى عدم وجود أي تقييم لأداء مقدمي الخدمة الصحية، وتدني فرص التكوين والتدريب التي توفرها المؤسسة لإطاراتها الصحية وللمرضين على وجه الخصوص، وهو ما انعكس سلبا على المساهمة في زيادة قدراتهم العلمية ومهاراتهم العملية.

أما ما ارتبطت بالبعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة فقد توصلنا إلى أن عملية الفرز هي العملية الوحيدة التي تتم وفقا لما هو منصوص عليه في المؤسسة، أما باقي المراحل المرتبطة بالإدارة الفاعلة للنفايات الطبية فإنها مخالفة لما هو منصوص عليه، وخاصة ما ارتبطت بالمعالجة التي تتم بتقنية وحيدة ضارة بالصحة والبيئة الطبيعية وهي الترميد، مما يدل على المساهمة الضعيفة للخدمات الصحية في دعم البعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة.

الخاتمة العامة

تعتبر الخدمات الصحية من أهم الخدمات الاجتماعية التي يقع على عاتق الدول توفيرها للأفراد، نظرا لمساهمتها في تحسين جودة الحياة، ولارتباطها بأهم شيء في حياة الأفراد وهو الصحة، فضلا عن كونها ركيزة أساسية للتنمية البشرية، ولقد عاجلنا من خلال دراستنا هذه الدور الذي تؤديه الخدمات الصحية الجيدة في تجسيد ثلاثة أبعاد للتنمية البشرية المستدامة وهي البعد التعليمي والمعرفي، البعد الصحي، والبعد البيئي، وذلك بالتطبيق على إحدى المؤسسات الاستشفائية الجزائرية وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي بولاية جيجل.

تناولنا موضوع الدراسة من خلال ثلاثة فصول تضمن الفصل الأول الإطار النظري للجودة في قطاع الخدمات الصحية، وذلك من خلال التطرق إلى مفهوم الخدمة الصحية، خصائصها وأسس تقديمها، ثم التعرف على مفهوم جودة الخدمة الصحية، أبعادها، مداخل ومؤشرات قياسها، أما الفصل الثاني فقد خصصناه لمناقشة الدور الذي تؤديه جودة الخدمة الصحية في تجسيد أبعاد التنمية البشرية المستدامة، وذلك بعد تقديم الإطار المفاهيمي لهذه الأخيرة وإبراز المكانة التي تحتلها الصحة على خريطة التنمية، فيما خصصنا الفصل الثالث للدراسة الميدانية أين قمنا بتقييم أداء المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، كما قمنا بعرض وتحليل نتائج الاستبيان الذي وزعناه على أعضاء الطاقم الطبي والتمريضي وذلك بعد مدخل عام إلى المنظومة الصحية بولاية جيجل وعرض للإجراءات المنهجية للدراسة.

ومن أجل الإجابة عن الأسئلة الفرعية المنبثقة من التساؤل الرئيسي للدراسة فقد قمنا بتبني ثلاث فرضيات، تم إثباتها جميعا من خلال الفصل الثالث، حيث نصت الفرضية الأولى على أن الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي تساهم في زيادة القدرات العلمية للإطارات الصحية، وقد تم إثبات هذه الفرضية بشكل ضعيف، أما الفرضية الثانية والتي تنص على أن الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي تساهم بشكل إيجابي في البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة فقد تم إثباتها بدرجة كبيرة، فيما تم إثبات الفرضية الثالثة التي مفادها أن الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي تساهم بشكل إيجابي في البعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة ولكن بدرجة ضعيفة جدا.

وقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج التي كانت أساسا لوضع مجموعة من الاقتراحات.

أ- النتائج

يمكن تقسيم النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذه الدراسة إلى مجموعتين؛ الأولى خاصة بالجانب النظري، والثانية خاصة بالجانب التطبيقي، وذلك كما يلي:

أولا- النتائج النظرية

- تنقسم الخدمات الصحية إلى خدمات علاجية تقدم للتخفيف من حدة المرض بعد حدوثه وظهور أعراضه على المريض، وخدمات وقائية تستهدف اتقاء المرض والحيلولة دون حدوثه، هذه الخدمات تقدم في أي نظام صحي

- ضمن أربعة مستويات هي: مستوى الرعاية الصحية الأولية، مستوى الرعاية الصحية المتخصصة، مستوى الرعاية الصحية متطورة التخصصية، ومستوى الرعاية الصحية التأهيلية.
- تتمثل جودة الخدمة الصحية في مدى التفوق الذي يقدره مقدم الخدمة الصحية ويدركه المستفيد منها، وذلك بمراعاة الجانب التقني الذي يقتضي تطبيق أحسن المعارف والعلوم والتكنولوجيا الطبية، والجانب الإنساني الذي يعكس المعاملة الحسنة والعلاقة الإيجابية بين مقدم الخدمة الصحية والمستفيد منها، وتتسع لتشمل خمسة أبعاد وهي: الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف، الأمان، والملموسية.
 - تقاس جودة الخدمة الصحية من وجهتي نظر؛ وجهة نظر داخلية تقوم على أساس التزام المنظمة الصحية بمجموعة من المقاييس التي صُممت على أساسها الخدمة الصحية وتعكسها مقاييس الجودة المهنية، ووجهة نظر خارجية تعبر عن جودة الخدمة المدركة من طرف المريض المستفيد من الخدمة.
 - التنمية البشرية المستدامة هي إستراتيجية تنمية شاملة تبدأ وتنتهي بالناس، تقوم على أساس تمكين الإنسان وبناء قدراته وتوسيع خياراته دون إهدار للبيئة الطبيعية، وهي تمتد لتشمل أبعاداً عدة أبرزها التعليم، الصحة، الحكم الراشد، والبيئة.
 - توجد علاقة تبادلية طردية مركبة وقوية بين الصحة والتنمية البشرية، ففيما تعد الصحة من القطاعات التي تستهدفها التنمية البشرية فهي من جانب آخر إحدى الركائز الأساسية لهذه الأخيرة، وكما أنه يتعذر الحفاظ على صحة الناس دون وجود تنمية مستدامة وشاملة لمختلف النواحي الاقتصادية والاجتماعية والبيئية فإنه لا وجود للتنمية في ظل غياب صحة الإنسان.
 - تساهم الخدمات الصحية الجيدة في البعد التعليمي والمعرفي للتنمية البشرية المستدامة من خلال الأثر الذي تحدثه في زيادة التحصيل الدراسي للمتمدرسين نتيجة الاهتمام بهم والعناية بأحوالهم، بالإضافة إلى تعزيز البحوث الطبية والعلوم الأخرى ذات الصلة بالصحة، فضلاً عن تنمية القدرات العلمية للعاملين بمختلف المهن الطبية عن طريق التعليم الطبي المستمر والتكوين والتدريب.
 - تساهم الخدمات الصحية في دعم البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة من خلال تخفيض نسب الوفيات وتخفيض نسب الإصابة بالأمراض والحد من انتشارها.
 - تساهم الخدمات الصحية في خفض معدل وفيات الأمهات والذي يعتبر أحد الأهداف الإنمائية للألفية من خلال الاهتمام بصحة الأمهات في ثلاث مراحل أساسية؛ أثناء فترة الحمل من خلال تقديم الإرشادات الصحية اللازمة لضمان استمرار الحمل دون مضاعفات تهدد حياة الأم، عند الولادة من خلال توفير موظفين مؤهلين وأخصائيين أكفاء، وبعد الولادة عن طريق الفحوصات والمتابعة الصحية للأم.
 - تساهم الخدمات الصحية في خفض معدل وفيات الأطفال والذي يعتبر أحد الأهداف الإنمائية للألفية من خلال تحسين إمكانية الحصول على خدمات التطعيم، والتدبير العلاجي للأمراض التي تصيب الأطفال، فضلاً عن

ضمان مأمونية الولادة وتوفير الرعاية الصحية للأطفال حديثي الولادة الذين يشكلون النسبة الأكبر من وفيات الأطفال.

- تساهم الخدمات الصحية في دعم البعد البيئي للتنمية البشرية المستدامة من خلال الإدارة الفاعلة للنفايات الطبية التي تعد من أكثر النفايات ضررا بالصحة العامة والبيئة على حد سواء، حيث تؤدي عملية الفرز الصحيح وعمليات الجمع، التخزين، والنقل الآمنة إلى حماية البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية، فيما تؤدي عملية معالجة النفايات والتخلص منها باستخدام تقنيات صديقة للبيئة في حماية البيئة الداخلية والطبيعية بصفة عامة.
- الرعاية الصحية وحدها غير كافية للنهوض بالمستوى الصحي وتحقيق التنمية الصحية، وإنما يعتمد ذلك أيضا على عدة عوامل أخرى ذات ارتباط مباشر وغير مباشر بالقطاع الصحي كالتغذية، ظروف السكن، وعوامل البيئة المحيطة بالإنسان.

ثانيا- النتائج التطبيقية

- الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى على درجة متوسطة من الجودة، سواء من حيث جودة الطاقم الصحي المقدم للخدمة حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد حول المحور الفرعي لجودة وكفاية الفريق الصحي 2.70، أو من حيث جودة التقنية الطبية المستخدمة، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد حول المحور الفرعي لجودة الأجهزة والمعدات الطبية ووفرة التخصصات 2.64، وقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد على عبارات المحور الثاني للاستبيان الذي يعكس واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة 2.83.
- تتوفر المؤسسة الاستشفائية على عدد كاف من الممارسين الطبيين لخدمة المرضى خاصة منهم الأطباء العامون والصيدلة، غير أن هناك عدد من المصالح الاستشفائية التي تعاني من عجز في عدد الأطباء الأخصائيين على غرار مصلحة جراحة العظام، مصلحة الطب الداخلي، وعلى وجه الخصوص مصلحة الولادة، وقد بلغ المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة الدراسة حول مدى كفاية الأطباء 2.68.
- تتوفر المؤسسة على عدد كاف من المرضى، وذلك بالاعتماد على مؤشر عدد الأسرة/ممرض، إلا أن هناك تفاوت في توزيع هؤلاء بين المصالح المختلفة، وقد بلغ المتوسط الحسابي لإجابات الأفراد حول مدى كفاية أعداد الممرضين قيمة 1.83.
- انعدام العدالة في الاستفادة من فرص التكوين والتدريب بالمؤسسة الاستشفائية، حيث تمنح الدورات التدريبية بشكل حصري للأطباء الأخصائيين، فيما تمنح الدورات التكوينية للأطباء بدرجة أكبر من الممرضين.
- عدم وجود تقييم لأداء الأطباء والممرضين بالمؤسسة الاستشفائية.

- تدني نسبة الاعتمادات المالية المخصصة للتكوين والتدريب إلى إجمالي الميزانية إلى أقل من 0.1%، بالإضافة إلى عدم تخصيص أي قيمة مالية من ميزانية المؤسسة الاستشفائية لأغراض البحث الطبي، على اعتبار أن المهام الأساسية المنوطة بها هي الاستشفاء والعلاج.

- هناك انخفاض مستمر في عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة بالمؤسسة، وهذا راجع حسب أفراد عينة الدراسة إلى الاهتمام برعاية الأطفال حديثي الولادة بصفة خاصة، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون للارتباط بين الاهتمام برعاية الأطفال حديثي الولادة وبين انخفاض معدل وفيات الأطفال 0.680.

- هناك انخفاض في معدل وفيات الأمهات بالمؤسسة وهو أقل من المعيار المحدد من طرف منظمة الصحة العالمية، ويرجع ذلك حسب أفراد عينة الدراسة إلى الرعاية التي تتلقاها المرأة بعد الولادة بدرجة أكبر من الرعاية التي تتلقاها أثناء فترة الحمل وعند الولادة، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون للارتباط بين الاهتمام برعاية الأمهات أثناء فترة الحمل وبين انخفاض معدل وفيات الأمهات 0.442، بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين الاهتمام برعاية الأمهات عند الولادة وبين انخفاض معدل وفيات الأمهات 0.439، فيما بلغت قيمته بين الاهتمام برعاية الأمهات بعد الولادة وبين انخفاض معدل وفيات الأمهات 0.637.

- تتم عملية فرز النفايات الطبية بالمؤسسة من طرف الممرضين، وذلك باستخدام نظام التصنيف اللوني للأكياس، حيث توضع النفايات الخطرة في أكياس صفراء، بينما توضع النفايات العادية في أكياس سوداء، فيما توضع النفايات الحادة والجارحة في حاويات بلاستيكية تحمل الرمز الدولي للمادة المعدية، وهذه المرحلة هي المرحلة الوحيدة من مراحل إدارة النفايات التي تتم وفقا لما تنص عليه التشريعات داخل المؤسسة.

- تتم عملية نقل النفايات الطبية بالمؤسسة بشكل يدوي، وهو ما يعرض سلامة وصحة عمال النظافة الذين يتولون القيام بهذه العملية للخطر، كما أن مكان التخزين الوسيط للنفايات الطبية الخطرة غير مناسب وغير مطابق لمواصفات الصحة والسلامة.

- تتم عملية معالجة النفايات الطبية الخطرة بتقنية واحدة هي الترميد، وذلك باستخدام جهاز ترميد لا يحتوي على مصفاة لترشيح الأبخرة، الأمر الذي يؤدي إلى انبعاث كميات كبيرة من الغازات السامة، مما يتسبب في تلوث الهواء الجوي، فضلا عن الاستياء الشديد للعاملين داخل المؤسسة والسكان المجاورين لها.

ب- الاقتراحات

- ضرورة توفير العدد الكافي من الأطباء الأخصائيين في التخصصات التي تعاني من نقص، وعلى وجه الخصوص مصلحة التوليد التي تتوفر على طبية أخصائية واحدة فقط.

- العمل على تدارك النقص الموجود في أعداد الممرضين في بعض هذه المصالح الاستشفائية وعلى رأسها مصلحة جراحة العظام ومصلحة الأمراض الصدرية.

- إعطاء الاهتمام الكافي والأولوية لرعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة، وإتاحة الخدمة الصحية من طرف أخصائيي التوليد المهرة.
- الإصلاح العاجل للأعطال الحاصلة في الأجهزة والمعدات الطبية، أو استبدالها بأجهزة جديدة، مع تدريب العاملين على كيفية استخدامها.
- زيادة الاعتمادات المالية المخصصة للتكوين، وإيلاء اهتمام أكبر بتكوين الطاقم التمريضي، الذي لا يقل أهمية عن الطاقم الطبي ويمثل ساعده الأيمن.
- الاهتمام والاعتناء بالعاملين خلال مساهمهم الوظيفي، خاصة من ناحية الأجور والعلاوات والمنح التي تعتبر حوافر مادية تزيد من جودة أداء العاملين، دون إغفال الحوافر المعنوية.
- القيام بعملية تقييم دوري لأداء الأفراد العاملين، وذلك لمعرفة نقاط القوة من أجل تعزيزها ومواطن الضعف للعمل على تجنبها وتجاوزها.
- ضرورة التأكيد على عملية الفصل الفعالة للنفايات المتولدة في المؤسسة، وذلك لمنع تلويث النفايات العادية بالنفايات الطبية، وهو ما يسمح بتخفيض كمية النفايات التي تحتاج إلى معالجة إلى الحد الأدنى.
- إعادة النظر في التقنية المستخدمة للتخلص من النفايات الطبية وضرورة التفكير في تقنيات صديقة للبيئة، أو استبدال جهاز الترميد بجهاز آخر يتوفر على مصفاة لترشيح الغازات والأبخرة الضارة والناجمة عن عملية الحرق، وإلا تغيير مكان المرمد إلى منطقة غير مأهولة بالسكان، وذلك لتفادي الإضرار بصحة المرضى والسكان المجاورين للمؤسسة على الأقل.
- إجراء المعالجة الأولية لبعض المخلفات السائلة قبل تصريفها بشبكة المجاري العامة تفاديا للأضرار التي قد تسببها للبيئة وللمياه الجوفية.
- التعاقد مع مؤسسات خاصة من أجل استرجاع القارورات الزجاجية الفارغة من الأدوية، بدلا من التخلص منها عن طريق الترميد.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

أولاً: الكتب

- 1- إبراهيم بن مصطفى المحجان، الجودة الشاملة في المستشفيات، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، جدة، المملكة العربية السعودية، 2009.
- 2- إبراهيم مراد الدعمة، التنمية البشرية (الإنسانية) بين النظرية والواقع، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009.
- 3- أحمد محمد المصري، إدارة الأعمال الطبية: المستشفيات والصيديات، مؤسسة شباب الجامعة، دون طبعة، الاسكندرية، مصر، 2005.
- 4- أسماء صالح، علم الاجتماع الطبي، دار الجنادرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009.
- 5- جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج والعمليات: مدخل إدارة الجودة الشاملة، مكتبة القاهرة للطباعة والتصوير، الطبعة الأولى، القاهرة، 2002.
- 6- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، الأردن، 2004.
- 7- هدى زوير مخلف الدعمي، عدنان داود محمد العذاري، الاقتصاد المعرفي وانعكاساته على التنمية البشرية: نظرية وتحليل في دول عربية مختارة، دار جرير للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2010.
- 8- حسان محمد حريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، 1990.
- 9- حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2005.
- 10- يوسف حجيم الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.
- 11- يشار أوزجان، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية، تقنيات وتطبيقات، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2008.
- 12- لعلى بوكميش، إدارة الجودة الشاملة، إيزو 9000، دار الرابية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.
- 13- مدحت القرشي، التنمية الاقتصادية: نظريات وسياسات وموضوعات، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2007.
- 14- مهى التحيوي، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئة، مصر، 2005.

- 15- مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2007.
- 16- محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
- 17- محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004.
- 18- المعتصم بالله الجورانة، ديمة محمد وصوص، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، دار الخليج، صنع التغيير، دون طبعة، عمان، الأردن، 2009.
- 19- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، قسنطينة، الجزائر، 2008.
- 20- سوسن جورج سمور، قدرتي علي، ماري زايد حداد، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.
- 21- سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- 22- سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، دون مكان نشر، 2008.
- 23- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة، مصر، 2004.
- 24- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2007.
- 25- سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان، الأردن، 2009.
- 26- عبد المجيد الشاعر وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- 27- عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاش، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2000.
- 28- عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008.
- 29- عبد العزيز أبو نبعة، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة: منهج تطبيقي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2005.
- 30- عبد العزيز خمير، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: (المفاهيم والتطبيقات)، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003.

- 31- عبد القادر محمد عبد القادر عطية، اتجاهات حديثة في التنمية، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2002-2003.
- 32- عواطف إبراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009.
- 33- عثمان يوسف ردينة، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008.
- 34- فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998.
- 35- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008.
- 36- فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008.
- 37- صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة: منظور شامل، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009.
- 38- قاسم نايف علوان الميماوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- 39- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
- 40- خضر مصباح الطيطي، إدارة وصناعة الجودة، مفاهيم إدارية وتقنية وتجارية في الجودة، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2010.
- 41- غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر، عمان، الأردن، 1999.

ثانياً: الأطروحات والمذكرات

– الأطروحات

- 1- نور الدين عياشي، المنظومات الصحية المغاربية: دراسة مقارنة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه، إشراف: إبراهيم براهيمية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2009/2010.
- 2- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه، إشراف: قدي عبد المجيد، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007/2008، بحث لم ينشر.
- 3- رحيمة حوالف، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط، مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه، إشراف: عبد الرزاق بن حبيب، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2009/2010، بحث لم ينشر.

- المذكرات

- 1- الطيب جمعة، مساهمة تطبيق التسويق على قطاع الخدمات الصحية، دراسة حالة المستشفى الجامعي بباتنة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: عمار زيتوني، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر، 2012/2011، بحث لم ينشر.
- 2- محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف عبد الله موسى الخلف، كلية الدراسات العليا، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2003، بحث لم ينشر.
- 3- نبيلة كحيلية، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى -جيجل- ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: عبد الفتاح بوخمخ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2009/2008، بحث لم ينشر.
- 4- سمر خليل إبراهيم جوادة، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيكما في المستشفيات الحكومية في قطع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: يوسف حسن عاشور، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2011، بحث لم ينشر.
- 5- سعيدة شين، دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن، دراسة ميدانية في مدينة بسكرة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: نصر الدين جابر، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2004/2003، بحث لم ينشر.
- 6- سفيان عصماني، دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيد منها (المرضى): دراسة حالة مصحة الصنوبر بمدينة سطيف، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: بن يعقوب الطاهر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والتجارة، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2008، بحث لم ينشر.
- 7- عائشة عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: مصطفى جناس، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والتجارة، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2012/2011، بحث لم ينشر.
- 8- عياش بلعاطل، سياسات التنمية المستدامة والأهداف الإنمائية للألفية في الجزائر، دراسة تقييمية لحدود الالتزامات وطبيعة الإنجازات، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: ساعد بن فرحات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2011/2010، بحث لم ينشر.

9- عثمانى أنيسة، التنمية البشرية في الجزائر: محاولة القياس والتحليل باستعمال نموذج الانحدار المتعدد، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: بن فرحات ساعد، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2009/2008، بحث لم ينشر.

ثالثا: الموسوعات والمجلات العلمية

1- آدم غازي العتيبي، مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرف التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد الثامن عشر، العدد الثاني، كلية العلوم الإدارية، جامعة الكويت، الكويت، ديسمبر 2002.

2- أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهّاب، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد السادس، العدد التاسع عشر، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة تكريت، العراق، 2010.

3- بثينة راشد الكعبي، قاسم علي عمران، دور بطاقة الأداء المتوازنة في تقويم اداء المستشفيات الحكومية غير الهادفة إلى الربح: دراسة تطبيقية في مستشفى الدكتور كمال السامرائي، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد السابع والثمانون، 2011.

4- الحاج عرابية، تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية، دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات، مجلة الباحث، العدد العاشر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2012.

5- مصطفى طلبة، الموسوعة العربية من أجل التنمية المستدامة، المجلد الأول، الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 2006.

6- نجم العزاوي، فراس أبو قاعود، أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية، دراسة تطبيقية في المستشفيات الأردنية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد الثالث والعشرون، 2010.

7- عمار عماري، بعض الملاحظات على التنمية البشرية في الجزائر وسبل النهوض بها، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد السابع، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، 2007.

8- عمار عماري، بومعروف إلياس، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد السابع، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2010/2009.

9- عصام أحمد الخطيب، إدارة النفايات الطبية في فلسطين: دراسة في الوضع القائم، معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بير زيت، فلسطين، 2003.

10- صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة العلوم التطبيقية، عمان، الأردن، جانفي 2012.

رابعاً: الندوات والملتقيات العلمية

1- إبراهيم عبد الحميد الغويل، أبو بكر عبد الرزاق المجريسي، النفايات الصلبة بمستشفيات مدينة بنغازي، المؤتمر العربي الثالث للإدارة البيئية (الاتجاهات الحديثة في إدارة المخلفات الملوثة للبيئة)، شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، أيام 23-24 نوفمبر 2004.

2- جورج القصيفي، التنمية البشرية، مراجعة نقدية للمفهوم والمضمون، بحوث الندوة الفكرية التي نظمتها الأمانة العامة لجامعة الدول العربية واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان، 1995.

3- جمال سالمي، التنمية الإنسانية المستدامة: مدخل استراتيجي لإدماج الجزائر في اقتصاد المعرفة، الملتقى الدولي للتنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، أيام 08/07 أفريل 2008.

4- زوليخة سنوسي، هاجر بوزيان الرحماني، البعد البيئي لإستراتيجية التنمية المستدامة، الملتقى الدولي للتنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، أيام 7-8 أفريل 2008.

5- محمد بن علي الزهراني، فايدة أبو الجدايل، الإدارة المستدامة للنفايات الطبية، المؤتمر العربي الثالث للإدارة البيئية (الاتجاهات الحديثة في إدارة المخلفات الملوثة للبيئة)، شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، أيام 23-24 نوفمبر 2004.

6- محمد براق، مريزق عدمان، إدارة المخلفات الطبية وآثارها البيئية: إشارة إلى حالة الجزائر، الملتقى الدولي للتنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، أيام 7-8 أفريل 2008.

7- محمد عبد الرحيم، التنمية البشرية ومقومات تحقيق التنمية المستدامة في الوطن العربي، المؤتمر العربي السادس للإدارة البيئية بعنوان التنمية البشرية وأثرها على التنمية المستدامة، شرم الشيخ، مصر، ماي 2007.

8- عبد المحسن نعساني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، المؤتمر العربي للاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية، أيام 14/13/12 مارس 2002.

9- ريمة خلوط، سلمى قطاف، مساهمة التنمية البشرية في تحقيق التنمية المستدامة، الملتقى الدولي للتنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، أيام 7-8 أبريل 2008، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2008.

خامسا: التقارير

- 1- الأمم المتحدة، جامعة الدول العربية، التقرير العربي الثالث حول الأهداف التنموية للألفية 2010 وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها.
- 2- البنك الدولي للإنشاء والتعمير، التنمية الصحية، استراتيجية البنك الدولي.
- 3- برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئيا للنفايات الطبية- الأحيائية والرعاية الصحية (Y1; Y3)، جنيف، 9-13 ديسمبر، 2002.
- 4- برنامج الأمم المتحدة للتنمية، الأهداف التنموية للألفية في الدول العربية: نحو 2015 الإنجازات والتطلعات. 2003.
- 5- برنامج الأمم المتحدة للتنمية، تقرير التنمية البشرية في اليمن، 1998.
- 6- برنامج الأمم المتحدة للتنمية، تقرير التنمية البشرية لعام 2011 (الاستدامة والإنصاف: مستقبل أفضل للجميع).
- 7- برنامج الأمم المتحدة للتنمية، تقرير التنمية البشرية لعام 2013: نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع.
- 8- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009.
- 9- منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون، العمل على تخفيض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، ماي 2006.
- 10- منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، الرعاية الصحية الأولية: 25 عاما بعد آثا.
- 11- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، عمان، الأردن، 2006.
- 12- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة، دليل المعلم: تدبير نفايات أنشطة الرعاية الصحية، عمان، الأردن، 2003.
- 13- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 17 جانفي 2003.

سادسا: القوانين والتشريعات

- 1- الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

2- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، مرسوم تنفيذي رقم 07-140 مؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق لـ 19 ماي سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

3- دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المعدل بالقانون رقم 02-03 الممضي في 10 أفريل 2002، الفصل الرابع: الحريات والحقوق.

المراجع باللغة الأجنبية

أولاً: الكتب

- 1- Abdellah Saddiki, **management de la qualité**, office des publications universitaires, Alger, 2003.
- 2- Daniel, Mourice Pilet, **qualité en production**, éditions d'organisation, Paris, 1998.
- 3- Bruno Cohen- Bacrie, **Communiqué efficacement sur le développement durable**, Les Edition demos, Paris, 2006.
- 4- Louis Guay, **Les enjeux et Les défis du Développement Durable connaitre**, Les presses de l'université Laval, Canada, 2004.
- 5- Michel Verniers, **Développement humain: économie et politique**, edition economica, paris, 2003.

ثانياً: المذكرات

- 1- Benfarhat saâd: **niveau de vie des ménages, développement humain et bonne gouvernance démocratique: les fondements philosophiques et les indicateurs de mesure**, thèses doctorat d'état, faculté des sciences économiques et de gestion, université ferhat abbas, setif, 2006-2007

ثالثاً: المجلات العلمية

- 1- Abdlhak Saihi, le système de santé publique en Algérie: analyse et perspectives, Revue "Gestions hospitalières, n° 455, Avril 2006.
- 2- Nouara kaïd Tlilane, Jean Paul Grangaud, **la situation vaccinale des enfants en période du P.A.S en Algerie: resultas d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia**, revue des sciences économiques et de gestion №05, université Ferhat Abbas, sétif, Algérie, 2005.
- 3- Nouara kaïd Tlilane, Jean Paul Grangaud, **soins de maternité durant la période du P.A.S en Algerie: resultas d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia**, revue des sciences économiques et de gestion №07, université Ferhat Abbas, sétif, Algérie, 2007.
- 4- Jean-Claude Berthélemy, **Les relation entre santé, développement et réduction de la pauvreté**, Communication au Mini-Forum sur la santé dans les pays en développement, l'Académie des Sciences Paris, 19 et 20 novembre 2007.

رابعاً: التقارير

- 1- PNUD , **Rapport mondial sur le développement 2002- la gouvernance démocratique au services du développement humain**
- 2- Bureau international du travail, **guide sur les nouveaux indicateurs d'emploi des objectifs du millénaire pour le développement** , première édition, 2009.
- 3- Conseil national économique et social ,**Rapport national sur le développement humain**, Algérie, 2007

مواقع الأنترنت

- 1- الأهداف الإنمائية للألفية، الهدف الخامس: تحسين الصحة النفاسية، على الموقع:
<http://www.un.org/ar/millenniumgoals/maternal.shtml>
- 2- محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، الأردن، 2005/2004، على الموقع الإلكتروني: www.arabproject.net/doaa/2agk.pdf
- 3- محمد عثمان عبد المالك، الصحة والتنمية والفقير، 2007، على الموقع:
<http://www.sjph.net.sd/files/vol2i4p232-235.pdf>
- 4- منظمة الصحة العالمية، الأمراض السارية: نحو استجابة أكثر فعالية، على الموقع: www.who.int
- 5- نصيرة قوريش، التنمية البشرية في الجزائر وآفاقها في ظل المخطط الخماسي 2010-2014، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، 2011، على الموقع: www.univ-chlef.dz/ratsh/REACH_FR/Article_Revue_Academique_N_06_2011/article_05.pdf
- 6- صقر أحمد صقر، العولمة والأخلاق-الصحة والتنمية الاقتصادية، على الموقع: www.iefpedia.com/arab/
- 7- قدور بن نافلة، مزريق عاشور، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، على الموقع: <http://iefpedia.com/arab/wp-content/uploads/2011/07/.pdf>
- 8- رلا أبو زيد، إدارة النفايات الطبية، دمشق، الجمهورية العربية السورية، على الموقع:
<http://www.msc.gov.jo/pdf/5.pdf>
- 9- Agency for Healthcare Research and Quality: **Your Guide to Choosing Health Care**, july, 2001, sur le site d'internet: www.ahrq.gov/consumer/qualguid.pdf, date de visite 17/06/2012.
- 10- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, **Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?**, édition Gaëlle Calvez, France, 2009, , sur le site d'internet : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf>.
- 11- **Santé et éducation sanitaire**, sur le site d'internet :www.nrc.no/arch/_img/9381172.pdf.
- 12- www.who.int/a موقع منظمة الصحة العالمية
- 13- http://www.yale.edu/21c/documents/2007_Spring_IssueBrief_Nutrition.pdf

- 14- <http://www1.umn.edu/humanrts/arab/M14.pdf>
- 15- http://www.fnh.org/francais/fnh/uicn/pdf/smdd_sante_et_dd.pdf
- 16- <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=43081&Cr=polio&Cr1=#.UGXB567MRfI>
- 17- <http://www.who.int/healthsystems/topics/development/fr/index.html>

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة فرحات عباس-سطيف-

مدرسة الدكتوراه

إدارة الأعمال الإستراتيجية والتنمية المستدامة

استمارة بحث مكملة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير

تخصص: إدارة الأعمال الإستراتيجية والتنمية المستدامة

حول موضوع

دور جودة الخدمة الصحية في التنمية البشرية المستدامة

دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيى -جيجل-

إشراف الدكتور: مبيروك محمد البشير

الطالبة: مزرق سعاد

أخي الفاضل/ أختي الفاضلة، السلام عليكم ورحمة الله وبركاته:

في إطار إنجاز مذكرة التخرج للحصول على شهادة الماجستير في تخصص إدارة الأعمال الإستراتيجية والتنمية المستدامة، والتي تحمل عنوان "دور جودة الخدمة الصحية في التنمية البشرية المستدامة"، يسرني أن أضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي صمم لغرض جمع البيانات والمعلومات ذات الصلة ببحثنا، علما أن المعلومات المقدمة من طرفكم ستستخدم لأغراض علمية بحتة، كما أنها ستكون في منتهى السرية.

ونشكركم مسبقا على تعاونكم، وتقبلوا منا فائق التقدير والاحترام.

نرجو منكم الإجابة بوضع علامة (X) في الخانة التي ترونها مناسبة.

المحور الأول: البيانات الشخصية

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- السن: 29-20 عاما 39-30 عاما
- 49-40 عاما 50 عاما فأكثر
- 3- الأقدمية المهنية: أقل من 05 سنوات من 05-09 سنوات
- من 10-14 سنة من 15-19 سنة
- 20 سنة فأكثر
- 4- الطاقم الصحي: الطبي شبه الطبي

المحور الثاني: واقع جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحي

رقم العبارة	العبارة	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق مطلقا
01	الإطارات الصحية في المستشفى كفؤة وذات مهارة عالية.				
02	يستخدم المستشفى عددا كافيا من الأطباء يتناسب مع عدد المرضى.				
03	يستخدم المستشفى عددا كافيا من المرضى يتناسب مع عدد المرضى.				
04	يمتاز العاملون في المستشفى بالمعرفة والمهارة المطلوبتان.				
05	تتم إدارة المستشفى باحتياجات المرضى.				
06	يراعي العاملون في المستشفى ظروف المرضى.				
07	يتسم العاملون بالروح المرحة والصدقة في تعاملهم مع المرضى.				
08	تتوفر بالمستشفى الأدوية التي يحتاجها المرضى.				

...../

					09	يملك المستشفى أجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة.
					10	يملك المستشفى العتاد الطبي الكافي لخدمة المرضى بشكل جيد.
					11	توجد بالمستشفى أغلب التخصصات الطبية الضرورية.
					12	تسهل إدارة المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة في تقديم الخدمة الصحية.
					13	تضع إدارة المستشفى لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والمصالح المختلفة.
					14	تحتفظ إدارة المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى.
					15	تحافظ إدارة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.
					16	موقع المستشفى ملائم ويسهل الوصول إليه.
					17	يتوفر المستشفى على قاعات انتظار مريحة ومناسبة.
					18	يحرص المستشفى على نظافة الهياكل والمعدات الطبية.
					19	تتوفر بالمستشفى خدمات مرافقة.
					20	هياكل المستشفى ذات جودة عالية.

أي إضافات أو اقتراحات أو آراء أخرى تودون ذكرها:

.....

.....

.....

.....

المحور الثالث: دور جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى في التنمية البشرية المستدامة

رقم العبارة	العبارة	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق جدا
21	يواكب المستشفى أحدث التطورات العلمية في المجال الصحي.					
22	يهتم المستشفى بتكوين مقدم الخدمة الصحية خلال مساره الوظيفي.					

...../

					تكون الاستفادة من التكوين في المستشفى بصورة عادلة.	23
					يوفر المستشفى التدريب اللازم لتشغيل التجهيزات الطبية الجديدة.	24
					يساهم التكوين المقدم في المستشفى في زيادة القدرات العلمية لمقدم الخدمة الصحية.	25
					يساهم التدريب المقدم في المستشفى في زيادة المهارات العملية لمقدم الخدمة الصحية.	26
					يقيم المستشفى أداء مقدم الخدمة الصحية دوريا.	27
					يقوم المستشفى بحملات توعية للوقاية من الأمراض المعدية.	28
					تساهم الخدمات الصحية بالمستشفى في خفض معدل الإصابات بالأمراض.	29
					تتوفر بالمستشفى اللقاحات اللازمة للأمراض المشمولة بالتحصين.	30
					تساهم الخدمات الصحية في المستشفى في خفض معدل الوفيات.	31
					يولي المستشفى الاهتمام الكافي برعاية الأطفال حديثي الولادة.	32
					تساهم الخدمات الصحية في المستشفى في خفض معدل وفيات الأطفال.	33
					يولي المستشفى الاهتمام الكافي بصحة الأمهات أثناء فترة الحمل.	34
					تتلقى المرأة الحامل الرعاية الضرورية عند الولادة.	35
					يقوم المستشفى بالمتابعة الصحية للأمهات بعد الولادة.	36
					تساهم الخدمات الصحية في المستشفى في خفض معدل وفيات الأمهات.	37
					يعود انخفاض معدل الوفيات في المجتمع إلى التحسن في الرعاية الصحية المقدمة.	38

...../

					الرعاية الصحية الجيدة كقيلة لوحدها برفع المستوى الصحي للأفراد.	39
					توجد تعليمات رسمية مكتوبة وموضحة حول التعامل مع المخلفات (النفايات) الطبية.	40
					يضع المستشفى ملصقات إعلانية حول المحافظة على البيئة.	41
					تستخدم المؤسسة تقنيات صديقة للبيئة في معالجة النفايات الطبية.	42

أي إضافات أو اقتراحات أو آراء أخرى تودون ذكرها:

.....

.....

.....

.....

الملحق رقم (02): قائمة الأساتذة المحكمين للاستبيان

الرقم	اسم المحكم	الدرجة العلمية	الكلية	الجامعة
01	بوخمم عبد الفتاح	أستاذ التعليم العالي	كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير	جامعة جيجل
02	بوالفلل إبراهيم	أستاذ محاضر	كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية	جامعة جيجل
03	عرباني عمار	أستاذ محاضر	كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير	جامعة جيجل
04	بوحضر رقية	أستاذة محاضرة	كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير	جامعة جيجل

الملخص

إن الأهمية المتزايدة للمورد البشري باعتباره صانع التنمية وهدفها في نفس الوقت تستوجب العمل على توفير الخدمات اللازمة لتنميته، وعلى رأسها الخدمات الصحية التي تعد من أهم الركائز الأساسية للتنمية البشرية المستدامة، نظرا لمساهمتها في تحقيق الصيانة البشرية للموارد الإنسانية المتاحة والمتوقعة في المجتمع، ومساهمتها في تنمية القدرات العلمية والمهارات العملية للكوادر الصحية والمهنيين العاملين في قطاع الرعاية الصحية، فضلا عن دورها في حماية البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسات الصحية.

وعلى اعتبار أن المستشفيات تمثل العمود الفقري لكل نظام صحي؛ فقد قمنا بإجراء دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل، للتعرف على مدى مساهمة الخدمات الصحية المقدمة بها في تجسيد أبعاد التنمية البشرية المستدامة، وقد بينت نتائج الدراسة أن الخدمات الصحية على مستوى المؤسسة تساهم بشكل إيجابي كبير في دعم البعد الصحي للتنمية البشرية المستدامة، فيما كانت لها مساهمة إيجابية ضعيفة في دعم البعد المعرفي والتعليمي، ومساهمة إيجابية ضعيفة جدا في دعم البعد البيئي لهذه الأخيرة.

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصحية، المؤسسات الصحية، جودة الخدمات الصحية، التنمية البشرية المستدامة، المؤسسة العمومية الاستشفائية.

Résumé

Facteur et objectif du développement à la fois, la ressource humaine jouit d'une importance croissante qui exige l'assurance des services nécessaires pour son développement en particulier les services sanitaires qui sont comptés parmi les bases les plus fondamentales du développement humain durable en permettant à l'homme l'entretien des ressources humaines disponibles et potentielles dans la société et en participant également au développement des capacités scientifiques et des compétences pratiques des cadres de la santé et du personnel exerçant dans le secteur sanitaire. En plus, ils jouent un rôle dans la protection de l'environnement interne et externe des établissements sanitaires.

Comme les hôpitaux représentent la colonne vertébrale de chaque système de santé; nous avons mené une étude de terrain dans l'Établissement Public Hospitalier de Jijel pour connaître l'ampleur de la contribution des services de santé fournis par l'Établissement à l'atteinte des dimensions du développement humain durable. Les résultats de l'étude ont révélé que la contribution des services de santé offerts par l'Établissement au renforcement de la dimension sanitaire du développement humain durable était positive et significative, alors qu'elle était positive, mais modeste en ce qui concerne le renforcement des dimensions cognitive et éducative. Quant à la dimension environnementale, leur contribution était positive, mais très modeste.

Mots-clés : Services sanitaires, Organismes de santé, Qualité des services sanitaires, Développement humain durable, Établissement public hospitalier.