



مجلة التراث

J-ALT

2018/ Vol-8 N°01

Available online at: <http://www.asip.cerist.dz>

<https://www.asip.cerist.dz/en/PresentationRevue/393>

المتغيرات السوسيو-اقتصادية وعلاقتها بالرضا عن الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية "دراسة ميدانية بدار السكري ومصلى ارتفاع ضغط الدم بولاية عنابة"

الدكتورة: ملياني نادية، تخصص علم اجتماع الصحة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية
والإجتماعية، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر.

مجلة التراث، العدد 29 / ديسمبر 2018، المجلد الأول، الجزء الثاني.

لتوثيق هذا المقال:

ملياني نادية، المتغيرات السوسيو-اقتصادية وعلاقتها بالرضا عن الخدمات المقدمة بالمؤسسة الصحية "دراسة ميدانية بدار السكري ومصلى ارتفاع ضغط الدم بولاية عنابة"، مجلة التراث، العدد 29، المجلد الأول، ديسمبر 2018.

تاريخ الإيفاد: 2018/11/10

تاريخ البعثة: 2018/12/16

تاريخ قبول البعثة: 2018/12/29



الملخص:

تهدف هذه الورقة إلى التعرف على المتغيرات السوسيو-اقتصادية كالسن والجنس والمستوى التعليمي ومستواهم الاقتصادي وبعض العوامل الأخرى، والتي يعتبرها العديد من الباحثين سببا في التحكم باتجاهات الرضا عن الخدمات وهذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال بحث ميداني في المجال الصحي وعينة خاصة هي فئة المرضى المزمين ورضاهم عن الخدمات المقدمة في المركز الصحي.

Résumé :

Cet article a pour but identifier les facteurs socio-économiques qui ont un retentissement sur le degré de la satisfaction du malade Algérien vis-à-vis des prestations de services au sein des établissements de santé et de connaître les facteurs qui l'influence telle que : l'âge, le sexe du malade, le niveau intellectuel, la situation socio-économique, ainsi que d'autres facteurs.

نتجت فكرة علم الاجتماع لتناول موضوع الصحة من حاجة المجتمع للتفكير فيما يمكن له من الارتقاء بصحة لا تناول البعد الفيزيقي أو البيولوجي فقط بل يشرك في البحث الصحي الجوانب الاجتماعية التي تأثر في التوازن الصحي العام، لقد صنف علماء الاجتماع الأمراض بحسب الفصول، وبحسب الطبقات الاجتماعية، وطرق انتشارها وكيفية استجابة الأفراد للصحة والمرض، وأعراض وعلامات تدهور الحالة العامة وكذلك المعاني التي تفسر بها، كما يعرض علم الاجتماع قضية الصحة في تطورها عبر التاريخ مصاحبة بذلك التغير الاجتماعي في التفكير ونظرة الثقافات للصحة والمرض والمريض، كما عرض علم الاجتماع موضوع رعاية الفئات المحتاجة للخدمات الصحية وعون المجتمع حتى يعاد تأهيلهم وإدماجهم في أوساطهم الطبيعية التي ينتمون إليها من منطلق التكافل الاجتماعي.

تلك الرعاية تماشى في تطورها مع التغيرات والتطورات البشرية والمعرفية، والتقنية والتنظيمية، وتكونت كتكتلات مجتمعية يترأسها القائمون والقادرون على القيادة والتفكير في سد الحاجة الصحية وأصبح الحديث عما يمكن أن تقدمه العلوم الطبية أكثر طرحاً وإثارة للجدل العلمي، ومدى استعداد المجتمعات بأن تدفع من ثمن لقاءها وما نوع الاستثمارات التي يمكن تحقيقها، فالموارد المتاحة سواء تميزت بندرتها أو وفرتها تصبح مؤشراً نقيس عليه ونقارن على إثره تكلفة تقديم أو كفاية الاحتياجات العامة واللازمة لصحة الفرد والمجتمع، وبحسب الموارد المادية كالتجهيزات، والعتاد الطبي والموارد البشرية كالفاعلين الصحيين يتم تحديد الاختيارات والأولويات وأياً أكثر فاعلية للنتائج الصحي المعقد، وبذلك يتنبأ العلماء لما يمكن أن ينتج من عبء وأي استراتيجية معينة من السياسة العامة يمكن إتباعها وما ستكلفه والبدائل المتاحة للتخفيف من حدة المرض وتقليل عدد الوفيات الذي لا يعتبر مؤشراً للباحثين في علم الاجتماع والطب وحدهما بل وعالم الاقتصاد أيضاً، فهو يعبر عن مدى مصداقية الفكرة العامة المعلنة بضمان الصحة للجميع.

وعلى المستوى المحلي الوزارات ومؤسساتها الصحية التي تطبق وتنفذ المخططات العلاجية والوقائية، للوزارات الصحية قوانين تحكمها وأنظمة تسيير عليها وتنظيم يعطي لنشاطها وخدماتها معانيها ودلالاتها، وتميزها في توزيع وتأمين الحاجات في مصالح عامة ومتخصصة للفئات المصابة بأمراض حادة أو مزمنة، هنا يدخل المتلقون للخدمة والمؤسسة الممثلة في مستخدميها والفريق العلاجي في تفاعل مستمر تتشكل لدى كل منهم مجموعة من الرموز تحددتها وتحكمها اعتبارات اجتماعية تنتج عن خبرة المعاشة الدائمة كالمعتقدات والتصورات والمواقف والآراء إضافة إلى خصوصية كل فئة أو كل فرد تبعاً لمحددات تتدخل في تكوين فكره الصحي كتدخلها في تكوين الفكر الاقتصادي، أو الديني، أو الفلسفي.

ونمط العلاقة بين المؤسسة والمجتمع أثناء التفاعل الناشئ عند تلقي وعرض الخدمة يكون سبباً ونتيجة في الرضا عن الخدمات الصحية خاصة إذا علمنا أن الفئات الاجتماعية لا تستشعر ما يقدم لها من خدمات بالطريقة نفسها فيعبر عن ذلك في مظاهر عديدة من السلوكيات لهدف التعريف باتجاهاتهم.

الإشكالية:

التزمت الحكومات على تأمين الصحة للجميع وكان معها أمل التغلب على المرض ممكنا وخاصة بعد التغير الاجتماعي نتيجة التقدم الذي حققه العلم في جميع المجالات: كعلوم الطبيعة، والعلوم الدقيقة، والتطور التكنولوجي... الخ، وبمساعدة بعض الخبراء في التخطيط، انتهجت كذلك الدول حديثة الاستقلال سياسة مواكبة دولة الرفاهة كنموذج للتنمية تحاول الوصول إليه بعدما ورثت منها المنشآت والخطوط العريضة للتنظيم لكن سرعان ما قننت وثبتت تلك الإجراءات من التنظيم المعمول بها واستمرت في تطبيقها إلى حد الآن.

توفر المؤسسة لجميع الفئات الاجتماعية خدمات مختلفة كالتحليل والمعاينة والمتابعة والتأمين الاجتماعي الذي يضمن لهم المجانية، وعلى إثر التفاعل الذي يحدث بين المؤسسة والمرضى المختلفين في سنهم وجنسهم ومستواهم التعليمي وانتمائهم الديني وأصلهم الجغرافي وحالتهم الأسرية ومدة إصابتهم وما يتلقونه من المجتمع كرموز ومعاني تشكل لديهم اتجاهات ايجابية أو سلبية يعبر بها عن الرضا للخدمات المقدمة وتتدخل الرموز والمعاني أي المدركات في تحديد مسار التفاعل، لذلك سنطرح التساؤل المركزي التالي:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 95% ونسبة خطأ 0.05 بين العوامل الشخصية والرضا عن الخدمة الصحية؟

أولاً: تحديد المفاهيم:

1- المريض: لغة: مَرَضَ: "مرضا: تغيرت صحته واضطرت بعد اعتدالها."¹ "مزمن: [زمن]: فا// الماضي عليه زمن، القديم // 'مرض مزمن': عتق وأتت عليه أزمته."²

اصطلاحاً: هناك من يعرف الأمراض المزمنة على أنها أمراض العصر وهي "مجموع الأمراض المستحدثة التي ارتبطت بظاهرة القلق التي انتشرت في كافة أنحاء العالم المعاصر... والسمة لهذه الأمراض أنها ليست أمراضا عرفها الإنسان منذ القدم ولكنها نتاج معاصر وخلق جديد لعوامل مستحدثة بعضها عوامل بيئية كتلوث الهواء، وأخرى سلوكية ونفسية واجتماعية، انحرفت بسلوك الإنسان لتصيبه بالمرض. وقد عدد تقرير هيئة الصحة العالمية ومنظمة الفاو هذه الأمراض ما يلي: مرض الإيدز، تصلب الشرايين، ضغط الدم، القولون العصبي... قرحة المعدة، الشلل الارتعاشي، الأنيميا، السكر، البدانة، الاضطرابات العصبية."³

2- الخدمة: لغة: "خدمة: ج. خِدَمَ وخدمات: المساعدة التي تقدم للغير."⁴

اصطلاحاً: ذكرت الخدمة متلازمة مع الخدمة الاجتماعية فهي: "اصطلاح يصف الطرق النظامية التي تستعمل في تقديم العون والمساعدة للمحتاجين الذين لا يستطيعون بأنفسهم التغلب على المشاكل والأزمات الجانبية التي تواجههم"⁵.

3- الصحة: لغة: "صحة- [صح]: مص//عدم اعتلال الجسم وسلامته// كون الشيء مقبولاً من ناحية القانون، الثبوت والعامية: المصالح الإدارية المكلفة بالمحافظة على الحالة الصحية في البلاد وتحسينها.⁶ اصطلاحاً: " يستعمل هذا الاصطلاح في وصف حالة الرفاهية والصحة الاجتماعية التي يتمتع بها المجتمع"⁷، وقد عرفت منظمة الصحة العالمية على أنها "تلك الحالة الكلية من الرفاه الفيزيقي، العقلي، الاجتماعي ولا تعني فقط خلو الجسم من الإصابة أو العجز".

الخدمة الصحية: الخدمة الصحية في التفكير الاجتماعي هي ذلك النشاط الذي يمارسه مجموعة من الفاعلين في قطاع معين، ويكون الهدف منه خدمة المجتمع، بتوفير الوسائل ولا يسعى ذلك القطاع إلى تحقيق الربح طالما لم يتم التخلي عن فكرة ضمان الخدمات من طرف الدولة فوازع تقديم هذه الخدمات غير ربحي بل تتكفل به الدولة ممثلة في مؤسساتها الخدمية.

إجرائياً: يوجد تداخل في تعريف الخدمات الصحية على أنها رعاية صحية كما أن مصطلح الصحة يدلون عليه بمصطلح الطب، نعرف الخدمة الصحية على أنها كل الجهود المبذولة من طرف الفاعلين الاجتماعيين الممثلين في مستخدمي الصحة وتحكمهم قوانين ويتقاضون مقابلها على خدماتهم التي يؤدونها ويقدمونها، ورغم ذلك يختلفون في طريقة تقديمها، من أجل ذلك يُكون المتلقون لهذه الخدمات آراء واتجاهات نحو الخدمة ونوعيتها والتي تؤثر في الطلب العلاجي بحسب متغيرات السن والجنس والانتماء الثقافي والقناعات التي يحملونها الظاهرة في سلوكياتهم تلك المعبر عنها أو الخفية.

وجعل لهذه الخدمة أماكن أكثر تنظيماً في نسق صغير جزئي يعتبر من أشكال النسق الكبير الكلي ممثلاً في الشخص المعنوي للدولة التي تحافظ على الحقوق وتؤدي الواجبات، وإن استدعت الضرورة تفرض العقوبات، فالخدمة الصحية إذا بهذا المعنى تطورت عبر الزمن من الخدمة الاجتماعية المتخصصة في مجالات كمجال الصحة لتأخذ شكلاً أكثر تنظيم سواء في الفكرة أو الوسائل أو الإمكانيات.

4- المؤسسة: "مجموعة الأحكام والقوانين الثابتة التي تحدد السلوك والعلاقات الاجتماعية في المجتمع"⁸

المؤسسة الصحية: "المؤسسات الصحية في كل مجتمع مكون أساسي له طبيعة البنائية والوظيفية التي تنعكس على منظومة العلاقات التي تنشأ داخلها وعلى علاقتها بالمجتمع ككل، وينظر إلى المؤسسات الصحية على أساس أنها بناءً اجتماعياً عبارة عن مجموعة قادرة بشكل نسبي من العلاقات المهنية بين الطبيين من أطباء وممرضين وغيرهم من أعضاء الهيئة الطبية وبين المرضى، والمؤسسة الصحية التي تتميز بنوع من التنظيم يحدد نشاط العاملين فيها من أطباء وممرضين يحدد واجباتهم ومسؤولياتهم وصلاحياتهم سعياً لتحقيق هدف المؤسسة الصحية."⁹

ثانياً: الدراسات السابقة: العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية¹⁰: جذب انتباه الباحثان قلة الدراسات والأبحاث التي تناول ارتفاع أو انخفاض مستوى الرضا لدى المرضى في مجال تقييمهم للخدمات الطبية والخدمية المقدمة في المستشفيات الأردنية، وهدفت الدراسة أساساً إلى التعرف على أهم العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا لدى المرضى بنوعيتها العام (الحكومي) والخاص، صاغ الباحثان مجموعة من الأسئلة هي على التوالي: ما هو مستوى الرضا عن الخدمات المقدمة في المستشفيات الحكومية والخاصة في مختلف محافظات المملكة، هل هناك أية علاقة

ذات دلالة إحصائية بين مستوى الرضا عن الخدمات وبين المتغيرات الشخصية للمريض كالعمر، الجنس، الدخل الشهري، المستوى التعليمي، وجود تأمين صحي، نوع المستشفى، موقع المستشفى وبعده عن الضواحي، والخدمات الفندقية المقدمة فيه مثل الأكل، نظافة الأسرة، ووجود وسائل الترفيه، هل توجد مساهمة ذات دلالة إحصائية لنوع المستشفى والمتغيرات المذكورة سابقا في شرح التباين بين مستوى الرضا عن الخدمات في المستشفيات الأردنية لدى المرضى.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الخدمات المقدمة يتباين بين مختلف المحافظات حيث وجد بأن هناك اختلافا في قيمة متوسط الرضا عن الخدمات المقدمة داخل المحافظة نفسها، وتبين كذلك أن مستوى الرضا عن المستشفيات الخاصة أعلى بكثير من الرضا عن الخدمة في المستشفيات العمومية، دلت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا مرتبط بعدة متغيرات مستقلة هي النظافة، نوع المستشفى، اهتمام الطبيب أثناء المعالجة، ووجود تأمين صحي يكفل تغطية تكاليف العلاج، ومعاملة موظفي وممرضى المستشفى، ومناسبة كمية الكل بالإضافة إلى طول فترة الانتظار بين الموعد المحدد وبين وقت الكشف الأصلي.

كما وجد بأن مستوى الرضا عن الخدمات يرتبط بعلاقة ثنائية ايجابية مع كل من وجود تأمين صحي، واهتمام الطبيب أثناء المعالجة، ومناسبة كمية الأكل بالإضافة إلى اهتمام موظفي وممرضى المستشفيات وتعزي العلاقة القوية تلك إلى شعور المريض بالرضا الايجابي نحو الطبيب الذي يهتم بمريضه والرعاية الطبية والنفسية التي يتلقاها من العاملين في الخدمة أما وجود تأمين صحي فهو عامل مشجع وإيجابي لأنه يساعد المريض على دفع نفقات المعالجة في المستشفى دون اضطراره لبذل خدمة أخرى، بينما يرتبط بعلاقة ثنائية سلبية مع طول فترة الانتظار بين الموعد المحقق وبين وقت الكشف الفعلي، وهذا أمر طبيعي حيث أنه كلما طالت فترة الانتظار كلما زاد تدمير المراجعين واستيائهم وبالتالي يقل رضاهم عن الخدمات الاستشفائية.

رابعا: المقاربة النظرية:

تناول عديداً من علماء الاجتماع مثل تالكوت بارسونز، إميل دوركايم، روبرت ميرتون، وغيرهم ظاهرة الصحة وعند اطلاعنا على النظريات وجدنا أننا لن ندرس العلاقات أو الأدوار أو التنظيم بل سندرس موضوع الرضا كعملية اجتماعية ديناميكية يحدد على أساسها المريض المزمّن تفاعله مع المؤسسة الصحية على الفعل الخدماتي باعتباره حدثاً في المؤسسة الصحية، وهو ما تأمنه لنا التفاعلية الرمزية، وقد كانت أولى تطبيقاتها في علم النفس، حيث يدخل الفرد في علاقة تفاعل مع فرد آخر، وظهرت نظرية التفاعل الرمزي كمصطلح جديد يشير إلى مدخل خاص ومتميز في دراسة الحياة الجماعية والسلوك الشخصي للإنسان من منطلق النقد الجماعي، "كما يشير مصطلح التفاعل الرمزي إلى عملية التفاعل التي يكون فيها الفرد على اتصال بعقول الآخرين، ومع حاجاتهم ورغباتهم الكامنة وكذا وسائلهم في تحقيق أهدافهم"¹¹.

وقد ظهرت التفاعلية الرمزية لأول مرة في المجتمع الأمريكي، وكان ذلك نهاية القرن 19م، وتركز على الوحدات الصغرى (الميكرو) على اختلاف المدارس الفكرية الأخرى التي تركز على الوحدات الكبرى (الماكرو)، تأثرت هذه النظرية بالفلسفة البراغمية "وليام جيمس" كذلك تأثرها بالداروينية الاجتماعية "هربرت ميد"، وكذا السلوكية "واطسن"، كما ارتبطت بعدد

من المداخل مثل الوجودية، والتي جاءت معبرة عن ذلك الاتجاه الكيفي في مجال البحث الاجتماعي، أي سرعان ما طوع علم الاجتماع أساسات النظرية على اعتبار أن العلاقة لا تكون بين فرد وفرد فقط بل علاقة فرد مع جماعة أو علاقة بين جماعتين.

"ترجع هذه الفكرة النظرية إلى أعمال تشارلز كولي وهيربرت ميد وهي تمثل وجهة نظر معارضة لنظرية فرويد في التحليل النفسي، فكولي يرى أن تطور الإنسان والمطالب الاجتماعية لا يتعارضان بل هما جانبان لعملة واحدة ذلك أن طبيعة الإنسانية والحاجات الاجتماعية قد صيغا في قالب واحد واستمر في تفاعل دائم من خلال النمو النفسي والعلاقات مع الآخرين."¹²

وقد استخدم مفهوم التفاعلية في البداية لتمييز نمط العلاقات الاجتماعية وكذلك لتفسير بعض الملاحظات الخاصة بالإنسان وسلوكه أثناء احتكاكه مع غيره من أعضاء جماعته والمجتمع الذي يحيا فيه في بعض الرموز، وتركز النظرية على التفاعل المتضمن "الفعل" أي فعل الكائن الإنساني في علاقته بالآخرين التي تنطوي على الإدراك والتفسير ورد الفعل أو الاستجابات، وقد حدد بلومر وهو من أنصار هذه النظرية، الأفكار الأساسية التي تنهض عليها التفاعلية الرمزية في ثلاثة قضايا: "أن الكائنات الإنسانية تتفاعل تجاه الأشياء والوحدات في ضوء ما تنطوي عليه من معاني ظاهرة لهم، إن هذه المعاني هي محطة الفاعل الاجتماعي في المجتمع الإنساني، وهي تتغير من خلال عملية التأويل أو التفسير التي يستخدمها كل فرد مع الرموز"¹³.

نظر هيربرت بلومر إلى التفاعلية الرمزية على أنها تعبر عن ذلك التفاعل الذي يحدث بين مختلف العقول والمعاني التي تميز المجتمعات الإنسانية، وهذه المحاور الأساسية للتفاعلية الرمزية استدل بها كل من "كولي" في نظريته عن المجتمع والجماعة، واتضح فكرة "وليام توماس" عن تحديد الموقف، وعند "هاربرت ميد" في تناوله لنشأة وتطور الذات، أن الإنسان وحده يمتلك نظام رمزي وله القدرة على ابتكاره، فالبشر قادرون "على التمثيل الرمزي لبعضهم البعض وللأشياء والأفكار، وبالتالي لأية مرحلة من مراحل خبراتهم"¹⁴.

فالكائن البشري لا يُلقى للوجود من العدم ولا يحيا في فراغ، بل هو محصلة تجمع هيكلية منظم يتأثر ويؤثر في محيطه ويتحول من خلالها الوليد البشري إلى كائن اجتماعي، يكون المجتمع انعكاسا له وأثرا في وجوده واستمراره يدخل معهم في عملية تفاعل قد يكون متقطع على فترات بحسب امتداد شعور الحاجة وقد يكون دائم بدوام طلب وإدراك الحاجة والمريض تحكمه القاعدة نفسها لأنه يطلب ويدرك حاجته لتأمين استقراره الصحي، يتلقى خدمات تعنى به يحدث التفاعل في زمان ومكان تقديمها، ويكون المريض في الوقت نفسه كتلة مشحونة لما لقنه إياه المجتمع عن تلك الخدمة، "فجورج هاربرت ميد يطور تصور الإنسان الذي يستمد شخصيته من خلال تفاعل الاتصالات الرمزية... وبوسع الإنسان أن يخلق بيئات رمزية جديدة ومجتمعات محلية ترعى المريض وتنمي مهاراته وتحفز مشاركته المتزايدة على صعيد الحياة الاجتماعية"¹⁵.

هؤلاء الأفراد من المجتمع هم المنتفعون (المرضى المزمنين) من الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية على اختلاف اختصاصاتها تتشكل لديهم مجموعة من الرموز التي كونوها عن طريق تفاعلهم ولمدة زمنية ليست بالقصيرة في محيط يقدم لهم

خدمات تتكفل بصحتهم، يكون هؤلاء المرضى رموزا تتدخل في تحديد درجة الرضا عن الخدمات المقدمة، وكذا ارتباطها بما توفره هذه المؤسسات الصحية من شروط فيزيقية، أو من سرعة الاستجابة للطلبات العلاجية، "فالسلك الإنساني يعتبر انعكاسا لعمليات التفسير والتقييم والتعريف والتخطيط، لدى الأفراد في بيئات تفاعل متباينة، فإن التنظيم الاجتماعي يمثل مواءمة نشطة للسلك بين من يتفاعلون سويا. وهكذا ينبغي أن ينظر إلى التنظيم الاجتماعي باعتباره عملية أكثر مما ينظر إليه باعتباره بناء"¹⁶، فبيئة التفاعل هنا هي المحيط الصحي يتضمن ثلاثة أطراف مهمة هي المريض، مستخدمو الصحة، المجال الذي تتم فيه عملية التفاعل.

ستسمح لنا النظرية التفاعلية الرمزية بالتعرف على ماذا يرى المريض المزمّن في الخدمة الصحية بعد تفاعله معها وتكوينه لرموز تحدد سلوكه واتجاه رضاه نحو مؤشرات الخدمة الصحية، تتميز النظرية التفاعلية الرمزية بملائمة موضوع دراستنا في تركيزها على أساسات عديدة لأن التفاعل يحتاج ويستهلك مدة زمنية طويلة حتى تتكون الاتجاهات والرموز، والتأثر بالمدرّكات أو المعلومات التي يلقيها المجتمع لأفراده وقد تكون صحيحة أو مضللة، وتتدخل كذلك في تحديد الاتجاهات والرموز.

خامسا: البحث الميداني:

1-5: المجال المكاني: بعد التنظيم الجديد للمنظومة الوطنية للصحة مع مطلع 2008 منح التقسيم الجديد للتغطية الصحية في ولاية عنابة نفسا تنظيميا جديدا حيث خرج قطاع الصحة برحال، وعين الباردة، والقطاع الصحي الحجار من الخريطة الصحية للولاية وتجلت معاني التقسيم الجديد في الاستقلالية المالية لهذه القطاعات عن القطاع الصحي عنابة والذي تمت إعادة تسميته إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عنابة، وتضم العيادات متعددة الخدمات المتواجدة على المستوى الحضري عنابة مركز، ومن بين هذه العيادات عيادة متعددة الخدمات العربي خروف وعيادة متعددة الخدمات الإخوة لوسافنا، وهما مجالا دراستنا الميدانية، وتضم كل واحدة منهما مصلحة تعنى بتقديم الخدمات الصحية للمرضى المزمّن.

2-5: منهج دراسة حالة: هو الطريقة المنظمة التي يتبعها الباحث في دراسة ظاهرة معينة، يسعى إلى دراسة حالة معينة دون غيرها مثل دراسة حالة مصلحة الأمراض المزمنة-مصلحة مرضى السكري ومرضى ارتفاع ضغط الدم- دون غيرها من المصالح التي تقدم الخدمات الصحية ودون غيرها من أمراض المزمنة وسوف نقدم أسباب اختيار المرضين لاحقا، ويعد منهج دراسة حالة من مناهج الدراسة الوصفية.

3-5: استمارة مقابلة: وهي أقل الوسائل تكلفة وتساعد الباحث الحصول على بيانات كثيرة في أقل وقت ممكن ولنجنب المرضى عناء إرجاع الاستبيان إضافة إلى أن استمارة المقابلة تمكننا من الحصول على المعلومات دون فهم خاطئ لأسئلة البحث، وقمنا بإعدادها على مراحل هي:

-المرحلة الأولى: وتم فيها جمع ما جادت به الدراسات السابقة والكتب المرجعية من معلومات تخص جوانب الموضوع حتى تمكننا من صياغة أولية للأسئلة وقمنا بعرضها على مجموعة من الأساتذة في علم الاجتماع اللذين عمدوا لنا بمجموعة

من النصائح والتعديلات واقتراحات لبعض الأسئلة المفتوحة والتي يمكن أن تكون مفيدة وغفلنا عنها، كانت الزيارة التمهيديّة من 09 جوان إلى غاية 30 جوان 2018 فجرنا وتأكدنا من صدق وثبات الاستمارة وتغطيتها للموضوع.

-المرحلة الثانية: وفي هذه المرحلة قمنا بتجريب الاستمارة على عينة مجموعها 10 مرضى رقمنا الاستمارات من 01 إلى 10 واستجوبنا المرضى كما قمنا بإلصاق رقم استمارة المبحوث على بطاقة مواعيد فحصه، كما قمنا بتدوين وقت معانيته في الفترة الصباحية أم الفترة المسائية من اليوم الموالي للتحليل التي يجريها في المؤسسة، وفي يوم المعاينة قمنا بإعادة التطبيق على المرضى لكننا لم نجد المريض رقم 01 أي أصبح مجموع الاستمارات 09، وقمنا بحساب درجة ثبات الاستمارة بناء على درجة ثبات المحور باستخدام اختبار ستودنت (ت) ¹⁷ وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (01)

جدول رقم (01) يبين ثبات المحور الأول من الاستمارة، اتجاه الرضا عن الخدمات الصحية:

المعالجة الاحصائية المرضى	مجموع درجات الاختبار الأول	مجموع درجات الاختبار الثاني	الفرق بين الدرجات	انحرافات الفروق عن متوسط الفروق	مربعات انحرافات الفروق عن متوسط الفروق
1	4	4	0	0	0
2	3	5	2-	1.78-	3.16
3	7	6	1	1.22	1.48
4	6	3	3	3.22	10.36
5	5	5	0	0	0
6	4	4	0	0	0
7	3	5	2-	1.78-	3.16
8	2	4	2-	1.78-	3.16
9	4	4	0	0	0
المجموع			2-		21.32

متوسط الفروق = (2-) / (9) = 0.22-

$$t = \frac{(0.22-)}{[(21.32) / (9*8)]}$$

$$\text{ومنه: } t = (0.22 -) / (0.54 -) = (0.4 -)$$

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية 8 ومستوى ثقة 0.05% تساوي 2.306 قيمة "ت" المحسوبة غير دالة إحصائياً، لأنها أقل من "ت" الجدولية وعليه فإنه لا يوجد فرق ذو دلالة ويدل على ثبات الاستثمار.

-المرحلة الثالثة: بعد حساب الثبات عدلنا بعض الأسئلة المفتوحة التي تضمنتها الاستثمار السابقة وتوصلنا بذلك إلى صياغتها نهائياً وتم تطبيقها على عينة البحث التي ضمت 100 مفردة وامتدت الدراسة الميدانية من 07 جويلية إلى غاية 22 أوت 2018، وقد اشتملت الاستثمار على البيانات الشخصية كالسن والجنس والمستوى التعليمي... من 01 إلى 09 في محور البيانات الشخصية واتجاه الرضا عن مؤشرات الخدمات من سؤال 10 إلى سؤال 15.

-المرحلة الرابعة: بعد تفرغ البيانات وتبويبها وإجراء العمليات الحسابية والتقنيات الإحصائية توصلنا إلى نتائج مغايرة نوعاً ما لما هي عليه النتائج في الدراسات السابقة في احتمالات تأثير العوامل الشخصية على رضا المرضى عن الخدمات الصحية فقمنا بإجراء بحث ميداني ثانٍ وامتدت فترته من 28 سبتمبر إلى غاية 28 أكتوبر 2009 للتأكد من صدق الإجابات وعرضية العينة، كما قمنا بحساب الفرق بين العينتين باستخدام اختبار ستودنت (ت) لعينتين متساويتين في الحجم وسنعرض نتائج الاختبار فيما يلي:

جدول رقم (02) يبين الوسط الحسابي والانحراف المعياري للعينة الأولى¹⁸:

ت س	ك س	ت س X ك س	(ت س X ك س) ²
2	32	64	4096
1	278	278	77284
0	156	0	0
1-	100	100-	10000
2-	34	68-	4624
Σ	600	174	96004

$$s = 174 = 0.29 \text{ ومنه } s = 0.29 \text{ الانحراف المعياري: } = ع$$

600

$$\sqrt{[1/600] * [(64)^2 + (278)^2 + (-100)^2 + (-68)^2] - (0.29)^2}$$

ومنه: ع = 12.64

جدول رقم (03) يبين الوسط الحسابي والانحراف المعياري للعينة الثانية:

ت س	ك س	ت س X ك س	(ت س X ك س) ²
2	92	184	33856
1	172	172	29584
0	132	0	0
1-	115	115-	13225
2-	89	178-	31684
Σ	600	63	108349

س = 63 = 0.105 = 600
ومنه س = 0.105 = 600
الانحراف المعياري: ع =

$$\sqrt{[1/600] * [(184)^2 + (172)^2 + (-115)^2 + (-178)^2] - (0.105)^2}$$

ومنه: ع = 13.43

ن = 2 = 100

س = 1 = 0.105

ع = 2 = 13.43

اختبار - ت - للعينتين¹⁹: ن = 1 = 100

س = 1 = 0.29

ع = 1 = 12.64

$$\sqrt{\frac{[0.29 - 0.105]}{[(12.64)^2 - (13.43)^2] / 99}}$$

ومنه: ت = (0.42-)

ت = -0.42 بما أن قيمة ت الجدولية أكبر من ق

دليل على عرضية العينة.

4-5 تقدير حجم العينة: تم تحديد 100 مفردة مقسومة بالتساوي بين مرض السكري وارتفاع ضغط الدم، وكان الحجم

نفسه عند إعادة التطبيق الميداني لتأكد من صحة النتائج وعرضية العينة، فأصبح المجموع الكلي 200 مفردة.

وقد اعتمدنا على الطريقة غير الاحتمالية في المعاينة، وكانت العينة بالطريقة العرضية "وهي تلك المعاينة غير الاحتمالية التي تواجه صعوبات أقل أثناء انتقاء العناصر...."²⁰، ثم طبقنا طريقة كا² لاستخلاص التأثير أو الاختلاف إن وجد بين المرضى تبعاً لعواملهم الشخصية، وحتى نعرف إن كان لهذه العوامل تأثير في اتجاه الرضا قارنا النتيجة المتحصل عليها مع كا² الجدولية الموافقة لدرجة الحرية ودرجة ثقة 0.05% ومستوى معنوية 95%، وأردنا التعرف على الجنس والسن والمستوى التعليمي ومكان الإقامة ونوعها والحالة المدنية وكذا الدخل الشهري والتمتع بالتأمين الاجتماعي عن المرض في تحديد قيمة الرضا عن الخدمات وقد وحدنا المقياس في حساب جميع العوامل الشخصية حتى نعطي حظوظاً لجميع المؤشرات بالظهور.

سادساً: عرض نتائج البحث الميداني:

1-6 اتجاه الرضا على مؤشر الوقت المخصص للمعاينة:²¹ نلاحظ من خلال النتائج أن الرضا عن الخدمة في مؤشر الوقت المخصص للمعاينة يميل إلى الاتجاه الموجب للعينتين.

جدول (04) يبين اتجاه الرضا على مؤشر الخدمة - وقت المعاينة - و جنس المرضى للعينة (01):

مج	مؤشر الوقت المخصص للمعاينة					
	2-	1-	0	1	2	
27		1-	2	26	2	ذكور
		1,45-	0	27,72	0,72	
47		3-	17	50		إناث
		2,54-	0	48,27		
74		4-	19	76	2	مج
			0			

سؤال رقم 1 و 10 من الاستمارة

قمنا أولاً بضرب التكرار في الدرجة فتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول أعلاه، ولن نحسب نتائج الدرجة الصفرية لأن التكرار الذي حصلنا عليه ضربناه في الصفر وبالتالي النتيجة تساوي صفراً¹، ثم ضربنا مجموع التكرارات المشاهدة أفقياً في

¹ - سنستخدم على هذه الطريقة في حساب جميع الجداول لكاي مربع، وسنعرض فيما تبقى النتيجة مباشرة دون أن نعرض العملية الحسابية.

الصف في مجموع التكرارات المشاهدة الخاصة بالعمود، وقسمناها على المجموع العام، فتحصلنا بذلك على التكرار المتوقع، حيث رقم (02) أعلاه يعني التكرار المشاهد و(0.72) يعني التكرار المتوقع. وعليه $ك=2$

$$\begin{aligned} & + \frac{^2([1.45-]-1-)}{1.45-} + \frac{^2(48.27-50)}{48.27} + \frac{^2(27.72-26)}{27.72} + \frac{^2(0.72-2)}{0.72} \\ & \frac{^2([2.45-]-3-)}{2.54-} \\ & -) + (0.13-) + (0.06) + (0.1) + (2.27) = \\ & 2.22 = (0.08) \end{aligned}$$

حساب درجة الحرية: $(1-2) (1-5) = 4 * 1 = 4$

كما الجدولية عند درجة حرية 4 ومستوى ثقة 0.05 تساوي 9.488^{22}

بما أن $ك$ المحسوبة 2.22 أقل من $ك$ الجدولية 9.488 هذا يدلنا على عدم وجود اختلاف بين المرضى في اتجاه رضاهم عن مؤشر الوقت المخصص للمعاينة.

جدول رقم (05) يبين اتجاه الرضا على مؤشر الخدمة - وقت المعاينة - وجنس المرضى للعينة (02):

مج	مؤشر الوقت المخصص للمعاينة					
	2-	1-	0	1	2	
46		4-	0	20	30	ذكور
		8.62-		24,7	31,05	
				2		
34	2-	11-	0	23	24	إناث
	0,85-	6,37-		18,2	22,95	
				7		
80	2-	15-		43	54	مج

سؤال رقم 1 و 10 من الاستمارة

وكذلك العينة الثانية $ك$ المحسوبة تساوي $5.17-$ و $ك$ الجدولية تساوي 9.488 عند درجة حرية 04 ومستوى معنوية 0.05.

كان اتجاه الرضا في العينتين موجب، وتقدير كفاية الوقت المخصص للمعاينة لم يتأثر بمؤشر العوامل الشخصية، فكنا نعتقد بأن اختلاف المرضى من حيث جنسهم يؤثر على هذا المؤشر من فئة النساء أو من الذكور وهو عكس ما تم التوصل إليه في دراسة الرضا عن الخدمات في المستشفيات الأردنية حيث وجدت الدراسة تأثير عامل الجنس في الرضا عن الخدمات ولكن تتفق مع بعض الدراسات التي عرضها الباحث نفسه في دراساته السابقة.

لم يتأثر اتجاه الرضا عن مؤشر الوقت المخصص للمعاينة بالمستوى التعليمي العينة الأولى $23.76 =$ والعينة الثانية $= 22.75$ أما ك2 الجدولية كانت 41.337 ، ويمكن أن نرجع النتيجة في عدم التأثير إلى اعتبار أن معظم المرضى من المستوى التعليمي المتدني وبالتالي لا يستطيعون أن يقرروا حجم الوقت اللازم لكل معاينة خاصة إذا علمنا أن 24% فقط من المرضى المصابين تتم معالجتهم وفقا لقواعد منظمة الصحة العالمية²³

لم يتأثر اتجاه الرضا الموجب بمكان الإقامة لأننا كنا نعتقد أن سكان المدن أكثر تطلبا في الخدمات الصحية وأكثر اهتماما بحالتهم المرضية ويتأملون في وقت أكثر للمعاينة مما هو عليه ونرجع عدم التأثير هذا إلى اعتياد المرضى الإصابة واعتياد الوصفة الطبية.

لم يتأثر اتجاه الرضا الموجب بالحالة المدنية، إذ كنا نعتقد بأن فئة المتزوجين أو المطلقين ستشكل عناصر التأثير لكن لم يظهر ذلك في نتائج الدراسة ونرجع ذلك إلى أن زمن المعاينة مخصص فقط للحالة العضوية المرضية وليس للتعرف على الحالة الاجتماعية التي يعيشها المرضى إذ أننا وجدنا أن 89% من المرضى من فئة المتزوجين لا يتحدثون مع طبيبيهم عن مشاكلهم الزوجية سواء العامة الحياتية أو علاقتهم الجنسية مع أزواجهم.

لم تأثر مدة الإصابة بالمرض على الرضا حيث كنا نعتقد بأنها تتدخل في تحديد اتجاه الرضا لأن المصاب منذ 25 سنة فأكثر لا يحمل الاتجاه نفسه عن الرضا من ذلك الذي أصيب منذ 05 سنوات والنتيجة التي توصلنا إليها لا تتوافق مع ما عرضناه في الدراسات السابقة حيث أن العدوان في دراسته وجد تأثير مدة الإصابة على اتجاه الرضا العام ونرجع السبب في ذلك هو وحدة نمط العلاج لكليهما فالمصاب بمرض السكري يُعنى به بطريقة مختلفة في غضون السنة الأولى من المرض وهذا لاعتباره مصابا جديدا ويتطلب فهم المرض واعتياد المواظبة على المعاينة وقتا من الزمن يكون تخصيصه أكبر نوعا ما.

6-2 مؤشر الاهتمام الذي يوليه الطبيب بمريضه أثناء المعاينة: كانت النتائج في اتجاه الرضا موجبة ولم يتأثر بالعوامل الشخصية كان المجموع في العينة الأولى 119 وفي العينة الثانية 108، كنا نعتقد بتأثير الجنس على اتجاه الرضا لكن لم تكن النتائج متوافقة مع ما توقعناه وهذا يدلنا على تساوي اهتمام الطبيب بمريضه سواء كانوا ذكورا أو اناثا، ويعود عدم التأثير إلى طبيعة المرضى فالاهتمام موزع على جميع الفئات على اختلافها سواء كانت فئة الذكور أو الاناث أو بحسب متغير السن كذلك سواء كانت فئة شابة أو كهلة أو فئة المسنين ونرجع ذلك إلى أن الاهتمام يكون بالمرض والحالة الصحية العامة فالمضاعفات تخص جميع المرضى على اختلاف متغيراتهم وعواملهم الشخصية.

في نتائج الاهتمام الذي يوليه الطبيب بالمرضى كنا نعتقد أن المستوى التعليمي للمرضى يؤثر على اتجاه الرضا لأن فئة المتعلمين بإمكانها الاطلاع عما يستجد من بحوث ودراسات علمية تخص المرض وبإمكانهم تقييم أداء الطبيب أو اهتمامه بهم لكن دللتنا النتائج على عدم صحة اعتقادنا حيث أن $K=2$ المحسوبة للعينة الأولى = 2.07 والعينة الثانية = 6.385 - ونرجع السبب في ذلك إلى أن المستوى التعليمي للعينة متدن ولم يؤثر البعض ممن مستواهم التعليمي العالي على اتجاه الرضا العام، وهذا بعكس ما قدمه أحمد العدوان في دراسته للرضا في المستشفيات الأردنية.

كما لم يؤثر لا مدة الإصابة ولا مكان الإقامة على اتجاه الرضا إذ كنا نعتقد أنه سيوجد اختلاف بين سكان الحضر والريف على اعتبار أن إحدى الدراسات السابقة في دراسة أحمد العدوان أثبتت أن فئة سكان الريف لديهم مستوى عال في الرضا لأن سكان المدن يكونون أكثر استشعار لما يستجد في الميدان العلمي الصحي ويستطيعون تمييز اهتمام الطبيب بهم ولكن هذا ما لم تثبته دراستنا إذ لا يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية.

3-6 مؤشر الفرق الزمني بين موعد المعاينة والوقت الحقيقي للمعاينة: كانت اتجاه رضا العينتين سالبا: العينة الأولى = - 92 والعينة الثانية = -117، ولم يؤثر أي من العوامل الشخصية على رضا المرضى إذ كنا نعتقد بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين السن والرضا ونرجع ذلك إلى أن مدة الانتظار طويلة جدا حسب تعبير المرضى وقدرها بعضهم من ساعة إلى 03 ساعات فلم يسمح طول الانتظار لجميع أفراد العينة بظهور الفرق بين الفئات العمرية الشابة، الكهولة والمسنين وتعود مدة الانتظار إلى تأثيرات تنظيمية شخصية على اعتبار أن الطبيب هو من يملك حق تقدير وتحديد زمن وصوله، إضافة إلى استقباله للمندوبين الطبيين الممثلين للمخابر الصيدلانية الخاصة واللذين يقومون بالترويج لمنتجاتهم وما استجد من علاجات دوائية تخص المرض فيزيد هذا من مدة انتظارهم وقلقهم.

كما اعتقدنا بتأثير المستوى التعليمي أو مكان الإقامة على الرضا لما يميز سكان الريف من خصائص نفسية مغايرة لسكان الحضر وأن سكان الريف يتميزون بالصبر لتأثير البيئة الريفية التي يعيشون فيها، على عكس سكان المدن أو المناطق الحضرية اللذين يتصفون بأنهم شديدي التوتر والعصبية ونمط الحياة السريعة التي تأثر عليهم.

كما كنا نعتقد بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى دخلهم واتجاه الرضا على المؤشر لأننا كنا نتوقع أن ذوي الدخل الضعيف أو لانعدام دخلهم لا يتذمرون من الانتظار للاستفادة من المعاينة طالما أنها مجانية، لكن دلت النتائج على عدم ثبات ذلك وطول الانتظار كبير يقلق جميع الفئات الاجتماعية مهما كان دخلها.

3-6 العوامل السوسيو-اقتصادية ومؤشر اتجاه الرضا عن نوعية التحاليل:

سجلنا أن الاتجاه موجب في العينة الأولى = 25 والعينة الثانية = 44، كنا نعتقد بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى خاصة في عامل المستوى التعليمي والدخل والاشتراك لدى صندوق الضمان الاجتماعي ومدة الإصابة وقد دلت النتائج على ثبات بعض منها دون الأخرى، فلم تتأثر النتائج بالمستوى التعليمي ونرجع السبب في ذلك أيضا إلى أن مفردات العينة لا يمكنهم تقييم أداء التقني المخبري لافتقارهم إلى معلومات حول ممارسة مهنية المخبري وتشغيل الأجهزة

وطرق التحليل ونزع الدم - وهم غير مجبرين على العلم بها- ولم يثبت التأثير حسب عامل الاشتراك لدى صندوق الضمان الاجتماعي، فكنا نعتقد بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية على أساس أن التمتع بتأمين اجتماعي يسمح بتكوين اتجاه رضا على نوعية الخدمات وهذا للراحة النفسية التي يشكلها التكفل بالتحاليل الطبية في كمها و نوعها، وتختلف نتائجنا عن نتائج دراسة أحمد العدوان الذي وجد تأثير واضح للضمان الاجتماعي على الرضا عن الخدمات.

بينما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عامل مدة الإصابة ومؤشر نوعية التحاليل بالنسبة للعيينة الأولى وكانت النتائج ك2 المحسوبة للعيينة الأولى = 34.64 وك2 الجدولية = 31.410 وأرجعنا السبب في ذلك إلى أن طول مدة المتابعة في المصلحة يسمح بتكوين اتجاهات ومن تم رضا معين عن الخدمات وهذا ما يثبت انطلاقنا من مبدأ أن الزمن له أثر في تشكيل الرضا وهذا ما يتفق مع ما عرضناه في المقاربة النظرية الدراسة السابقة.

أثبتت دراستنا تأثير الدخل الشهري على اتجاه الرضا نحو نوعية التحاليل المقدمة في المؤسسة الصحية حيث كانت ك2 المحسوبة للعيينة الثانية = 26.87 وك2 الجدولية = 21.026 وهذا يدلنا على أهمية الوضعية الاقتصادية التي يعيشها أفراد العينة ودليل ذلك أن عامل الدخل الشهري تدخل في تحديد اتجاه الرضا.

4-6 العوامل السوسيو-اقتصادية وشروط الرفاه العلاجي في قاعة الانتظار: وجدنا أن الاتجاه منعدم في العينة الأولى وموجب في العينة الثانية بنتيجة 32، وكنا نعتقد بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكان الإقامة، نوعها، الدخل، وبين الرضا عما هو متوفر في القاعة لكن لم يظهر أي فرق جوهري ويعود الاتجاه الموجب إلى السعي المستمر من المؤسسة للتوفير أحسن الظروف للمرضى عند تلقي الخدمة الصحية ولكن ظهر تأثير الاشتراك لدى صندوق الضمان الاجتماعي على اتجاه الرضا وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في رضاهم على ما هو متوفر في قاعة الانتظار، ونرجع هذه النتيجة للشعور الذي يمنحه التأمين على العلاجات، الأدوية والتحليل ومجمل المستلزمات لحالة صحية جيدة ففسح المجال لظهور التأثير على ما هو متوفر في القاعة والمطالبة بأكثر رفاهية متى كان المرضى يشتركون بمبالغ تقتطع من أجورهم لتشكيل مصدر من مصادر تمويل صندوق الضمان الاجتماعي وهذا الأخير يقوم بتمويل المنظومة الوطنية للصحة.

يتعرض الفرد تقريبا وبصفة يومية لضغوطات نفسية في محيط العمل أو في المحيط الأسري، التي تتحد وتيرتها مع عمليات التحديث وتغير نمط المعيشة لتبرز معها عديد الأمراض خاصة السكري وارتفاع ضغط الدم الشرياني، وأمراض القلب والشرايين، والتي تتسارع وتيرة الإصابة بها لتفوق بعض الأمراض خطيرة خاصة وأن الوفاة تحدث نتيجة مضاعفاتها، ولم يعد الفكر الاجتماعي للخدمة الصحية ينحصر في الخدمة الاجتماعية كما كان يضطلع بها في الحضارات القديمة من التفكير اللاهوتي إلى التفكير الميتافيزيقي، وصولا إلى التفكير الوضعي الذي يرى في الخدمات الصحية عبء اجتماعي ثقیل بعدما كان فكرا يسعى إلى الارتقاء بالمجتمع إلى المدن الفاضلة، إلى فكر اجتماعي وسيط يبحث عن قهر المرض، وبيان مسبباته، إلى الفكر الحديث الذي يسعى إلى إيجاد كيفية التمويل للمصاريف الصحية، فأصبحت الدول تبحث فيما يمكن أن تدفع من ثمن لتغطية النفقات.

وظاهرة الصحة من منظور علم الاجتماع في دراستنا تجلت في الرضا كعملية اجتماعية حاولنا التعرف على اتجاهه وتأثره بالعوامل الشخصية ووجدنا أنه غير ثابت يختلف من منطقة إلى أخرى ومن شخص لآخر ومن عامل لآخر وهناك مفاضلة يجريها المريض في رضاه عن الخدمات بين الطبيب والمؤسسة فهو يرى في المؤسسة مكان تقديم الخدمة ولكن الطبيب مالك العلاج لأنه من يقيم حالته ومالك مفاتيح علاجه، فالطبيب شخصية كارزمية والمريض مرتبط به والخدمات المجانية وليس بالمؤسسة أي يمكنه أن يتخلى عن المؤسسة إذا ما وجد مكانا آخر يقدم الخدمة المجانية كذلك.

فالخدمة الصحية تأخذ المعنى المادي الملموس من أجل الشفاء الذي لا يمكن لغير الطبيب تقديمه، وهو أكثر الخدمات استقطابا في المؤسسة الصحية وأقلها تأثرا بالعوامل الشخصية، والعلاقات التي تنشأ أثناء التفاعل مع المؤسسة هي علاقة الطبيب بالمريض أكثر من المعنى المعنوي الأخلاقي لمجموع الفاعلين، والتفاعل مع المؤسسة نفعي يتمثل في إشباع الحاجات بأقل تكلفة وأكثرها تأثرا بالعوامل الشخصية خاصة الدخل ومدة الإصابة.

التهميش:

- 1- المنجد الإعدادي: دار المشرق، ش م م، بيروت، لبنان، الطبعة الرابعة، 1984، ص 545.
- 2- المنجد الإعدادي: مرجع سبق ذكره، ص 548.
- 3- عبد المحي محمود صالح وآخر: أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1999، ص 29، بتصرف.
- 4- المنجد الإعدادي: مرجع سبق ذكره، ص 224.
- 5- دينكن ميشتل معجم علم الاجتماع، ترجمة إحسان محمد الحسن، دار الطليعة، بيروت، الطبعة 02، ص 222.
- 6- المنجد الإعدادي: مرجع سبق ذكره، ص 358.
- 7- دينكن ميشتل: المرجع السابق، ص 93.
- 8- دينكن ميشتل: مرجع سبق ذكره، ص 127.
- 9- عبد السلام بشير الدويبي: علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 71.
- 10- ياسر العدوان وأحمد عبد الحلليم: العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية، مجلة أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 13، العدد 1 (أ) 1997، ص 303-319.
- 11- عبد العاطي السيد: نظرية علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الأزرقية، 1997، ص 151.
- 12- محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص 81.
- 13- عبد العاطي السيد: المرجع السابق ص 228.
- 14- عبد الله عبد الرحمان: علم اجتماع التربية الحديثة، دار المعرفة الجامعية، الأزرقية، 1998، ص 230.
- 15- محمد علي محمد وآخرون: المرجع السابق، ص 81، 83.
- 16- جوناثان تيرنز: بناء نظرية علم الاجتماع، ترجمة محمد سعيد فرح، منشأة المعارف، الإسكندرية، ط 02، 2000، ص 238.
- 17- طارق البدرى، سهيلة نجم، الإحصاء في المناهج البحثية التربوية والنفسية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 188.
- 18- سليم ذياب السعدي: مبادئ علم الإحصاء، دار الكتاب الجديد المتحدة، بيروت، لبنان، 2004، ص 211.
- 19- طارق البدرى، سهيلة نجم: المرجع السابق، ص 186.
- 20- موريس أنجوس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبه للنشر، حيدرة، الجزائر، 2004، ص 311.
- 21- أنظر طارق البدرى، سهيلة نجم: الإحصاء في المناهج البحثية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 178-179، لحساب مربع كاي، ودرجة الحرية.
- 22- محمد وليد البطش، فريد كامل أبو زينة: مناهج البحث العلمي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2007، ص 456، للاطلاع على جدول كأي مربع.

23 - dépliant : laboratoire Solvay pharma.

كل الحقوق
محفوظة