

تمثل المريض المزمن للخدمة الصحية بين الأحكام المسبقة

ودرجة الرضا "دراسة ميدانية بدار السكري ومصحة القلب لولاية عنابة"

Significance of healthcare services among chronic patients between prejudices and degree of satisfaction: empirical studies within the house of diabetics and the service of cardiology in Annaba.

ملياني نادية⁽¹⁾ ملياني أفرح⁽²⁾

(1) جامعة باجي مختار عنابة (2) جامعة الشاذلي بن جديد الطارف

تاريخ الإرسال: 2020-11-30 تاريخ القبول: 2021-01-01

ملخص:

الجزائر على غرار كل الدول تسعى جاهدة إلى الارتقاء بالقطاع الصحي الذي يشهد عدة مشكلات، ولأن القطاع الصحي نسق مفتوح على المجتمع فإن مرتادي هذا القطاع من المرضى يشكلون عاملا من عوامل استقرار القطاع من عدمه، هؤلاء المرتادين هم المرضى يحملون تصورات وأحكاما مسبقة عن الخدمات الصحية ويكونون بناء عليها سلوكيات تتخذ مظاهر عدة، لذلك جاءت هذه الورقة العلمية بهدف تبيان وجود أو عدم وجود علاقة ارتباطية لتمثل المريض المزمن للخدمة الصحية بناء على الأحكام المسبقة عن المنظومة الصحية وبناء على درجة رضا المريض عن الخدمات الصحية. تكمن أهمية الورقة في تناولها لبعض تمثالات المرضى المزمنين من خلال مدركاتهم، وتبيان تأثيرها على سلوكهم في تلقي الخدمات العلاجية من جهة ودرجة رضاهم من جهة أخرى، وقد اشتملت الدراسة على 200 مفردة موزعة بالتساوي بين مرضى السكري ومرضى القلب، وتم قياس العلاقة الارتباطية بمعامل ارتباط بيرسون، ودرجة الرضا بمقياس ليكرت من خمس درجات وتبين أولى النتائج:

- لا توجد علاقة ارتباط بين الأحكام المسبقة من خلال "المعلومات المضللة" التي يكتسبها المريض من المحيط الذي يعيش في حيزه وتمثله للخدمة الصحية، ويرجع هذا لطول مدة الإصابة بالمرض، ف: 20 سنة فترة كافية ليفهم المريض ظروف عمل القطاع الصحي.

- لا توجد علاقة ارتباط بين الأحكام المسبقة من خلال "المعلومات المضللة" التي يكتسبها المريض من المحيط الذي يعيش في حيزه وتمثله للخدمة الصحية ويرجع هذا لأن المعاني الحقيقية للخدمة الصحية يشكلها أساسا القطاع في حد ذاته من خلال عدالة العلاج.
- مركز اهتمام المريض هو الاستفادة القصوى من الخدمات الصحية وخاصة المجانية منها.
- المريض براغماتي فتوجهه نحو القطاع الصحي يكون من أجل اشباع حاجاته الصحية.

الكلمات المفتاحية: تمثل، المريض المزمّن، الخدمة الصحية، الأحكام المسبقة، درجة الرضا.

Abstract :

Algeria, like all countries, strives to improve the health sector, which is witnessing several problems, and because the health sector is an open system for society, patients who visit this sector may well constitute a factor in the stability of the sector. Patients may have perceptions and prejudices about health services and build on them some kinds of behaviours that can take many signs.

Therefore, this paper aims to look for the correlation between the phenomenon of prejudice that patients have about the health system and their degree of satisfaction with health services.

The present paper deals especially with some significations among patients with chronic diseases in their perceptions and the consequences on their behaviour in receiving treatment services on the one hand and their degree of satisfaction on the other hand.

The study was carried out on a sample of 200 patients. 50% of them with diabetes and 50% with chronic heart diseases. The Pearson correlation coefficient correlation was used to find correlation between the prejudices perceptions and many other factors. While the degree of satisfaction was obtained based on the Likert scale of five degrees.

The first results came as follows:

- There is no correlation between prejudices perceptions through "misleading information" that the patient acquires from the environment in which he lives and his signification to the health service.
- There is no correlation between prejudices perceptions through the "misleading information" that the patient acquires from the environment in which he lives and his signification to the health service.
- The patient's focus of attention is to make the most of health services, especially free ones.

- The patient is pragmatic, so his orientation towards the health sector is mainly to satisfy his health needs.

Keywords: signification, chronic patient, health service, prejudice, degree of satisfaction.

1. مقدمة:

شهدت المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر محطات عديدة من إعادة الهيكلة وإعادة أنظمة التسيير بدء من مرحلة تسيير الأزمة سنوات الستينيات وغداة الاستقلال مروراً إلى مرحلة مجانية العلاج ثم إعادة الهيكلة وليبرالية العلاج، وآخرها كانت النظام التعاقدية كأمل لحل المشكلات الصحية بالقطاع وللمواطنين. لكن هذه المحاولات خلفت العديد من المشكلات كسخط المواطن وعدم رضاه عن الخدمة المقدمة بالمؤسسات الصحية، ضعف التغطية في مناطق الظل، عزوف الأطباء على العمل في المناطق النائية وغيره من الحالات.

المعوقات الوظيفية كثيرة في المؤسسة الصحية ترجع أسبابها إلى المسؤولية المشتركة بين الفاعلين الصحيين والمرضى والإدارة، وكل من هذه الحلقات الثلاث لديها طموح في الارتقاء بصحة اجتماعية أفضل لكن دون نتيجة إيجابية تذكر، ويلقى جزء من مسؤولية لاستقرار القطاع الصحي على عاتق المنتفع من الخدمة، فكثيرة هي حالات التفاعل السلبي بهذا الفضاء، ومن أجل البحث في خلفية هذه السلبية لابد أن نبحث في تمثل المريض للخدمة الصحية، وهي من مواضيع تشخيص ظروف العمل.

2. الاشكالية:

توفر المؤسسة الصحية لجميع الفئات حسب المنظمة العالمية للصحة، (2013)، خدمات مختلفة كالتحليل والمعاينة والمتابعة وتكون مجانية للمأمينين اجتماعياً، يرتاد المؤسسة فئة المرضى المزمين وهم يختلفون في مدة إصابتهم ومستواهم التعليمي وحالتهم الأسرية... الخ، لتلقي الخدمات الصحية، يحمل المرضى في ذهنهم صوراً أولية عن المنظومة الصحية من المجتمع تتدخل في تشكيل تمثلاتهم عن هذه الخدمات التي تساهم في تكوين اتجاهات إيجابية وأخرى سلبية يعبرون بها على درجة رضاهم عن الخدمات المقدمة،

وتتدخل الرموز والمعاني أي المدركات في تحديد مسار التمثل، فالمواقف والأفكار والاتجاهات وترتيبها حسب الأولوية تشكل العنصر المركزي، ودراسة التمثل عادة تكون لمجموعة من الأهداف هي على التوالي:

التعرف على المعنى، ثم تقييم فيما إذا كان تمثلاً صحيحاً أو خاطئاً، ومن ثم تأتي المرحلة الثالثة وهي تعديل التمثل لكن في دراستنا وفي حدود بحثنا والإمكانيات المتاحة لنا، سنقتصر على العنصر الأول وهو التعرف على التمثل دون تقييم مساره ودون تعديله، لهذا نطرح التساؤل المركزي التالي:

- ماهي تمثلات المريض للمنظومة الصحية من خلال الأحكام المسبقة ودرجة الرضا عن الخدمات الصحية؟ وتفرع عنه تساؤلات فرعية هي:
- هل يتأثر تمثل المريض للخدمة الصحية بالأحكام المسبقة عن المنظومة الصحية من خلال المعلومات الخاطئة؟
- هل يؤثر "المستوى التعليمي ومدة الإصابة" على درجة رضا المريض عن الخدمات المقدمة بالمصالحتين؟

من أجل الإجابة عن الأسئلة المطروحة، تمت صياغة الفرضيتين التاليتين:

- لا توجد علاقة ارتباطية بين الأحكام المسبقة تعزى إلى المعلومات المضللة عن المنظومة الصحية وتمثل المريض للخدمة الصحية.
- لا توجد علاقة دالة إحصائية بين متغيرات "المستوى التعليمي ومدة الإصابة" ودرجة رضا المريض عن الخدمات الصحية بالمصالحتين.

3. تحديد المفاهيم:

1.3. 1. تمثل:

يشكل هذا المفهوم إحدى الموضوعات الكبرى التي توجه البحث في علم النفس الاجتماعي، تحدد التصورات الاجتماعية فيه كأشكال للفكر العلمي موجهة نحو الاتصال وفهم المحيط والتحكم به، أشكال تأتي معاً من العمليات المعرفية العامة والعمليات الأخيرة

لها علاقة من جهة بمعالجة المثيرات الاجتماعية وبصورة عامة بوقائع التفاعل الاجتماعي، ومن جهة أخرى لها علاقة بتأثيرات الانتماء الاجتماعي للفرد (قيم، نماذج، إيديولوجيات محمولة إلى جماعة) (رولان وفرنسوا، 1997). والتمثل بهذا المفهوم يثبت التوجه الدوركايمي الذي عالج المصطلح سنة 1898 مرتبط بالوعي الجماعي، إلا أنها مرتبطة بالمجتمع المحلي وتقاليد وقيمه، وحسب دوركايم يمكننا تمييز نوعين من التمثلات:

- التمثلات الفردية: وهي عملية ذهنية على ضوئها يقوم الفرد بتحليل وتفسير الواقع.
- التمثلات الجماعية: مرتبطة بالمجتمع بأكمله وتحفيز الأفراد للتفكير بطريقة موحدة كما أن التمثلات تحمل بعداً نفسياً، اجتماعياً باعتبارها تصورات وأفكار ذاتية تعكس تأثير الاتجاهات الاجتماعية على الأفراد من خلال ما يمليه الواقع الاجتماعي، وفي هذا السياق يصفه 'جودلي' بأنه: "مجموعة من التصورات لعدة مواضيع وظواهر معينة لمجتمع معرف وهو عرض لآراء وصور وأفكار حاضرة في فكر الإنسان يسيرها الإدراك الفكري للواقع الاجتماعي" (صيد، 2008).

إجرائياً: التمثلات مجموعة من التصورات الذهنية والأفكار التي يحملها المريض المزمّن عن الخدمات والمؤسسة الصحية، وتتدخل هذه التمثلات في تحديد درجة الرضا عن الخدمات الصحية، وقد خصصنا في استمارة البحث الميداني محوراً يبين معنى الخدمة الصحية والمؤسسة الصحية.

2.3. المريض المزمّن:

هناك من يعرف الأمراض المزمنة على أنها أمراض العصر وهي "مجموع الأمراض المستحدثة التي ارتبطت بظاهرة القلق التي انتشرت في كافة أنحاء العالم المعاصر، والانحرافات المستحدثة كالجنسية الشاذة، والإدمان على مساحيق الهروين، وحبوب الهلوسة، وتفكك العلاقات الاجتماعية والتلوث البيئي، والسمة لهذه الأمراض أنها ليست أمراضاً عرفها الإنسان منذ القدم ولكناه نتاج معاصر وخلق جديد لعوامل مستحدثة بعضها عوامل بيئية كتلوث الهواء، وأخرى سلوكية ونفسية واجتماعية، انخرقت 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 ألاتعاشي، الأنيميا، السكر، البدانة، الاضطرابات العصبية" (عبد المحي وآخرون، 1999).

اجرائياً: المريض المزمن هو المريض المصاب بالسكري أو بأحد أمراض القلب، ويثبت علاجاً لأكثر من سنة بالمصلحة وهي فترة تسمح بتكوين الاتجاه حتى تتمكن من قياس درجة الرضا.

3.3. الخدمة الصحية: "هي درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية" سعيد (د.ت)، أي "أنها العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصياً أو ارشادياً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"، والصحة من مواضيع علم الاجتماع (ألبرت، 2010، Albert).

إجرائياً: الخدمة الصحية هي كل رعاية صحية موجهة للمريض المزمن، تتشكل من أجلها اتجاهات الرضا، وتتدخل بتحديد معنى تمثلها الأحكام المسبقة من خلال المعلومات الحاططة.

4.3. الأحكام المسبقة:

الأحكام المسبقة "التمثلات" التي يحملها الأفراد حول سلوكياتهم والمعنى الذي يعطونه لأفعالهم... وتتمثل في أساليب إدراك العالم والدوافع وقواعد السلوك وتحليل المعيش والحكام القيمة والعقائد المنظمة، في مجموعة متجانسة على الأقل على المستوى الشكلي، وتهدف إلى الاعتماد في الواقع وتشكل بالتالي إيديولوجية" (بزاز 2006-2007).

إجرائياً: الحكم المسبق هو رأي أو شعور أو موقف يتشكل نتيجة معلومات حاططة عن المنظومة الصحية والخدمات المقدمة بالمؤسسة الصحية وطريقة توزيعها، وهي تتدخل في تحديد مسار التمثل والتأثير على درجة الرضا عن الخدمات الصحية بالمؤسسة

محل الدراسة الميدانية، وتمثل في مجموع المعلومات الخاطئة التي يحملها المريض عن الخدمة والمؤسسة الصحية، وقد خصصنا في استمارة البحث الميداني محوراً يقيس المعلومات الصحيحة والمعلومات الخاطئة عن الخدمة والمؤسسة الصحية.

5.3. درجة الرضا:

الرضا "هو مستوى من إحساس الفرد تجاه شيء معين" (الصحن، 1995)، "عبارة عن مشاعر تعبر عن السعادة والسرور الناتجين عن مقارنة الزبائن بين الخدمات المقدمة وتوقعاتهم عنها، والزيون يكون في حالة استياء وخيبة أمل عندما يعجز الأداء عن تخطي التوقعات، أما في حالة التطابق بين الأداء والتوقعات فإن الزيون يشعر بالرضا، ويكون في حالة رضا عال عندما يتجاوز الأداء التوقعات مما ينتج ولاء المؤسسة" (عمر والجريري 2006).

إجرائياً: المقصود بدرجة الرضا في هذه الورقة العلمية هو قياس مستوى رضا المريض المزمّن عن الخدمات الصحية، بالاستعانة بمقياس ليكرت من خمس درجات لقياس الاتجاه.

4. الدراسات السابقة:

1.4. دراسة التصورات الاجتماعية للسيدا عند الطلبة الجامعيين وهي رسالة ماجستير غير منشورة بجامعة سكيكدة -الجزائر سنة 2007-2008 لصاحبتها كريمة بن صغير: تناولت الباحثة الموضوع بإشكالية تتمحور في تساؤل مركزي: ما هي التصورات الاجتماعية للسيدا لدى طلبة علم النفس، استعانت الباحثة بالمنهج الوصفي واستخدمت تقنية الاستحضار التسلسلي لمعرفة العناصر المركزية والمحيطية لموضوع السيدا وكذلك وظفت معامل الارتباط لتوضيح العلاقة بين مجموعة المعلومات الخاطئة عن المرض ووصم المرضى، وقد تمت الاستعانة بهذه الدراسة وتطبيق إجراءاتها المنهجية ومقاييسها الإحصائية في تقنية الاستحضار التسلسلي لمعرفة النواة المركزية والعناصر المحيطية لمعنى وماهية الخدمة الصحية هذا من جهة، ومن جهة أخرى، اتبعنا خطواتها في رصد علاقة الارتباط بين المعلومات

الخاطئة ووصم المرض الخاصة بموضوعها وتنفيذها من أجل اكتشاف إن كانت هناك علاقة بين المعلومات الخاطئة "المضللة" عن المنظومة الصحية وتفاعل المريض مع الخدمات الصحية المقدمة. بمصاحبي الدراسة الميدانية، إضافة إلى إجراء مقارنة بين النتائج التي توصلت إليها الباحثة ومجموع النتائج التي رصدناها في دراستنا الميدانية والتي لها علاقة بالتصورات الاجتماعية، أما نتائج الدراسة فسنوردها عند تحليل نتائج دراستنا بحسب ما يضمن العلاقة بين الموضوعين.

2.4. دراسة تحليل التمثلات الاجتماعية للمجال "السكن" في الوسط العنابي وهو مقال منشور بمجلة جامعة الاخوة منتوري قسنطينة لصاحبه هني بلخلفي نادية، 2008: تمحورت الدراسة حول نوعية التمثلات العميقة للمسكن في الثقافة الجزائرية، ووجهت منهجيتها لمراجعة المعنى الرمزي وتمثل المسكن باعتباره موضوعاً رمزياً منظماً بطريقة مختلفة بحسب الروابط داخل العلاقات الاجتماعية، واستعانت بتقنية التداعي الحر، وكنا قد اعتمدنا على هذه الدراسة من أجل تفكيك التمثل الخاص بموضوع تمثل الخدمة الصحية ومعرفة مساراته.

3.4. دراسة نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، بجامعة الجزائر 1990-1991 لصاحبها محمد رضا بلمختار: هي من الدراسات الأولى في علم اجتماع الصحة، وتعد ذخيرة مهمة في توثيق المراجع الخاصة بالتخصص، تبحث الدراسة في النموذج المثالي للعقلانية الطبية، داخل نسق العلاج وأثر التصورات الاجتماعية على فريق العلاج والعلاقة التي تنشأ عن هذه التصورات بين المريض والفريق العلاجي، وقد اتبع الباحث منهج دراسة حالة، وقد اعتمدنا على هذه الدراسة في تحليل بعض التصورات الاجتماعية للممارسة الطبية التي لم تتخلى عن فكرها الاجتماعي مثلاً كمفهوم المعاينة الطبية التي من الضروري أن تحوز على ملامسة الطبيب لموضع الألم حتى يقتنع المريض بأن الوصفة الطبية تلائم حالته الصحية، وكذلك درجة رضا المريض عن معاملة الطبيب له من جهة والمكانة الاجتماعية للطبيب التي لا تزال محور الخدمة الصحية.

5. نظرية الدراسة:

النظرية التفاعلية الرمزية، 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" (السيد، 1997).

تركز التفاعلية الرمزية على التفاعل المتضمن "الفعل" أي فعل الكائن الإنساني في علاقته بالآخرين التي تنطوي على الإدراك والتفسير ورد الفعل أو الاستجابات، فالكائن الإنساني يتفاعل تجاه الأشياء والوحدات بحسب ما تنطوي عليه معاني الظواهر، وينظر أنصار التفاعلية الرمزية للفرد والمجتمع على أنهما وحدات اجتماعية متلازمة، حيث أن فهم أحدهما يتطلب الفهم الكامل للآخر، إذ "أنه يمكن فهم المجتمع في ضوء عمل الأفراد، وكذلك النظر إلى هؤلاء الأفراد من خلال المجتمعات التي يعيشون فيها وذلك لأن تلك الكائنات الإنسانية يكون لديها القدرة على أن تعكس ذاتها وهذه الذوات هي التي تعمل على توجيه السلوك الإنساني في المجتمع" (السيد، 1997، مرجع سبق ذكره، ص228).

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، كما ستسمح لنا التفاعلية الرمزية معرفة محددات توجيه سلوكيات الفرد (المريض) أثناء تفاعله مع المؤسسة عند تلقي الخدمة، كما ستتيح لنا التفاعلية الرمزية المجال لمعرفة مفاضلة المريض المزمّن لخدمة دون أخرى ولؤشر دون آخر وعلى أي أساس يجري تلك المفاضلة أو عبارة أخرى ما هو السبب الكامن في رمز المفاضلة.

تتميز النظرية التفاعلية الرمزية بملاءمة موضوع دراستنا في تركيزها على أساسيات عديدة لأن التفاعل يحتاج ويستهلك مدة زمنية طويلة حتى تتكون الاتجاهات والرموز،

والتأثر بالمدرجات أو المعلومات التي يلقتها المجتمع لأفراده وقد تكون صحيحة أو مضللة، وتتدخل كذلك في تحديد الاتجاهات والرموز، الفعل الذي يظهر في التعبير بسلوكيات طلب الخدمات من المؤسسة الصحية دون غيرها، كما يسمح التفاعل في مرحلة لاحقة بتعديل السلوك والفعل الذي يظهر في شكل جديد فقد يحمل المريض معنى مغاير لما يجده فينتج شكلاً جديداً.

6. المعالجة المنهجية:

1.6. المنهج:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي وهو الأنسب في معالجة الدراسات الوصفية والدراسات التي تتضمن دراسة السلوك والتفاعل ودرجة الرضا والعلاقة الارتباطية بينهم.

2.6. العينة وخصائصها:

اشتملت دراستنا على 200 مفردة مقسمة بالتساوي بين مرضى السكري ومرضى القلب والشرابين، طبقنا مع 100 مفردة "العينة الأولى" في شهر جويلية 2017 و100 مفردة "العينة الثانية" في شهر أوت 2017، وقد وقع اختيارنا على هذه العينة لمجموعة من الخصائص أهمها مدة الإصابة بالمرض يجب أن تمتد من 01 سنة إلى 25 سنة وعليه كانت العينة قصدية، وهذه المدة تسمح للمريض بتكوين سلوكيات واتجاهات رضا عن الخدمة الصحية، وتسجيل معرفة أكبر بمعنى الخدمة الصحية في مصلحتي مرض السكري ومرضى القلب والشرابين، وتدرج الدراسة ضمن الدراسات الوصفية وكانت الأداة الأساسية لجمع البيانات استمارة المقابلة، وقد أجريت المقابلة مع كل مفردات العينة، لهذا تجمع دراستنا بين الأسلوبين الكيفي والكمي، كما قسم العمل إلى مراحل، في المرحلة الأولى تمت صياغة أسئلة الاستمارة وعرضها على المحكمين، اللذين عمدوا لنا بمجموعة من النصائح والتعديلات واقتراحات لبعض الأسئلة المفتوحة حتى يتسنى لنا استغلال كل المعلومات وترك للمرضى مجال ومساحة للتعبير عن آرائهم والتي يمكن أن تكون مفيدة

وغفلنا عنها، وتضمن لنا أثناء الزيارة التمهيدية التي امتدت من 09 جوان إلى غاية 30 جوان 2017، التجربة والتأكد من صدقها وثباتها وتغطيتها للموضوع، وطلبوا منا إضافة مقترحات يقرأ ويكتب بالعربية والفرنسية في المستوى التعليمي، وسؤال مكان الإقامة طلب منا زيادته، وسؤال الحالة المدنية طلب منا إضافته كذلك.

المرحلة الثانية: وفي هذه المرحلة تم تجريب الاستمارة على عينة مجموعها 10 مرضى ورقمت الاستمارات من 01 إلى 10 واستجوب المرضى كما تم إلصاق رقم استمارة المبحوث على بطاقة مواعيد فحصه وتدوين وقت معانيته في الفترة الصباحية أم الفترة المسائية من اليوم الموالي للتحليل التي يجريها في المؤسسة، وفي يوم المعاينة أجريت إعادة التطبيق على المرضى لكننا لم يلتحق المريض رقم 01 أي أصبح مجموع الاستمارات 09، وعليه تم حساب درجة ثبات الاستمارة بناء على درجة ثبات المحور باستخدام اختبار ستودنت (ت) (البدرى ونجم 2008): $t = 0.4$ 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 الاستمارة.

حدد سلم درجة (-2) ودرجة (1) عند الإجابة بعدم الرضا الشديد وعدم الرضا ودرجة (0) للرأي المحايد أو عدم الإجابة، ودرجة (2) ودرجة (1) للتدرج من الرضا إلى الرضا التام، وهكذا نطبق حساب الاتجاه لمؤشرات الخدمة الصحية ومتغيرات العوامل الشخصية من الاستمارة.

عينتا البحث مكونة من 100 مريض نجد أن الحد الأعلى بضرب مجموع العينة إن أجابوا جميعهم بالموافقة بشدة أو الرضا التام في الدرجة (2) يكون الحد الأعلى 200 والحد الأدنى -200 إن أجابوا بعدم الرضا التام والنقطة التي ينعدم عندها الرضا هي النقطة الصفرية أي المجال يقع بين (200، -200)، والنقطة الوسطى هي (0) ما قل عنها عد اتجاهها سلبياً وما زاد عنها عد اتجاهها إيجابياً، وما تركزت الإجابات في الصفر عد اتجاه الرضا منعماً، وهكذا طبق حساب اتجاه الرضا أو قيمة الرضا في جميع جداول مؤشرات الخدمة

الصحية، وعليه التعرف على تأثير عاملي المستوى التعليمي ومدة الإصابة على اتجاه الرضا نحو الخدمة الصحية.

7. نتائج الدراسة الميدانية:

1.7. محور الأول: المعلومات المضللة "الخاطئة" وتأثيرها على تمثل الخدمة الصحية الخاص بالفرضة الأولى:

1.1.7. تأثير المعلومات المضللة الخاطئة على تمثل لخدمة الصحية:

من أجل التعرف على المعلومات المضللة وقياسها وظفت خمسة معلومات صحيحة وخمسة معلومات خاطئة عن الخدمات الصحية، ومن بعدها كانت عملية تصحيح الإجابات فمن أجاب إجابة صحيحة على سؤال صحيح وضعت له علامة واحد ومن أجاب إجابة خاطئة على معلومة صحيحة وضعت له علامة الصفر، ومن أجاب على معلومة خاطئة جواباً صحيحاً أعطيت له علامة واحد ومن أجاب إجابة خاطئة على جواب خاطئ أعطيت له علامة الصفر وقد كانت هذه العملية بناء على الاستعانة بدراسة بن صغير كريمة (2007-2008)، والتي عمدت الأسلوب نفسه، وكانت عبارات الأسئلة التي تحتل الإجابة اما نعم وإما لا كما يلي:

- يمكن الاستغناء عن الخدمة الصحية في المؤسسة بوجود الأعشاب الطبية.
- الخدمة الصحية تتمثل في شخص الطبيب فقط.
- الخدمة الصحية يمكن أن تستغني على مصلحة الاستقبال.
- هل تثق في قدرة تقني المخبر.
- الخدمة الصحية تعني المعاينة وتقديم وصفة الدواء فقط.
- الخدمة الصحية تقدم في مواعيد محددة ومضبوطة.
- الخدمة الصحية يستفيد منها جميع فئات المجتمع.
- الخدمة الصحية لها نظام وقوانين تحكمها.
- الخدمة الصحية تواكب ما يستجد من تطور علمي.

- الخدمة الصحية تعني ثقة بين المريض والمؤسسة.
- هل سبق لك وأن جربت الطب البديل.

بعدها أجريت عملية جمع علامات المرضى وتصنيفها إلى متغير "س" يمثل مجموع المعلومات الصحيحة ومتغير "ص" الذي يمثل جميع المعلومات الخاطئة عن الخدمة وعلى إثره تطبقت معادلة بيرسون للارتباط " (البدري ونجم، 2008).

العينة الأولى:

$$r = \frac{[ن \text{ مج ص} - [ص \text{ مج} [س] \text{ مج} [ص]]}{[ن \text{ مج ص} - 2(ص \text{ مج} [س] \text{ مج} [ص]) - 2(ص \text{ مج} [ص])]$$

$$0.14 = \frac{(365)(428) - (1575) * 100}{[(133225) - (1415)100] [183184 - (1930)100]}$$

العينة الثانية:

$$0.32 = \frac{(408)(364) - (1526) * 100}{(166464) - (1796)100] [(132496) - (1446) 100]}$$

توجد علاقة ارتباطية ضعيفة بين المتغيرين المعلومات المضللة التي يتلقاها الفرد من المحيط الخارجي والتفاعل مع الخدمة الصحية في الواقع. حيث كانت نتائج معامل ارتباط بيرسون للعينة الأولى 0.14 ونتائج معامل ارتباط بيرسون للعينة الثانية 0.32 وهذا يدلنا على:

- المريض وعند تلقيه للخدمة الصحية لا يتأثر كلياً بمدركاته التي تتخللها معلومات مضللة، فما توفره المؤسسة يشكل المعنى الحقيقي للخدمات.
- لا تتدخل المعلومات المضللة في تحديد التفاعل مع الخدمة واقعياً لأن ما يهم المريض هو الاستفادة مما تقدمه المؤسسة من خدمة سواء علاجية أو وقائية فالشكل المادي من الاستفادة يطغى على كل تصور غير حقيقي يحمله المرضى عن المؤسسة والخدمات التي تقدمها.

- عند اللجوء إلى الطلب العلاجي والخدماتي ليس مهم من أكون أو فيما أفكر المهم هو أن أشبع حاجتي الصحية التي تقدمها مؤسسة تعنى بشؤون المرضى وحالتهم، وأن أستفيد إلى أقصى حد كأني متلق آخر للخدمة.
- إن مجمل ما تقدمه المؤسسة الصحية يرقى إلى مستوى عال بحيث لا يعبر عما يقوم المجتمع بتداوله رغم تأثر التمثيلات بالحيط الاجتماعي.
- لا يتدخل إدراك المريض في تعديل ما يحتاجه من خدمات وما هو موجود ويستفيد منه، فالمؤسسة تدرس احتياجات جماعة المرضى دون اللجوء إلى ما يتناقله المجتمع بل إلى ما يتماشى مع كل مجموعة وما يستجد من تطور في عروض المجال الصحي.

2.1.7. ترتيب أولوية معاني الخدمة الصحية عند المرضى المزمين:

5	4	3	2	1	
نسبة	نسبة	نسبة	نسبة	نسبة	
25%	28	24%	11%	12%	التكفل المجاني بالمعاينة
10%	9%	26%	33%	22%	وجود تأمين صحي عن المرض
18 %	37 %	%23	%16	6%	التكفل المجاني بالتحاليل
46%	16%	19 %	14%	5%	المعاملة الحسنة من طرف المستخدمين
1%	10%	8 %	26%	55%	وجود طبيب بصفة دائمة بالمصلحة
%11	%35	%35	%10	%9	التكفل المجاني بالمعاينة
%8	%21	%10	%46	%15	وجود تأمين صحي عن المرض
%26	%25	%35	%3	%11	التكفل المجاني بالتحاليل
%50	%17	%15	%13	%5	المعاملة الحسنة من طرف المستخدمين
%5	%2	5%	%28	%60	وجود طبيب بصفة دائمة بالمصلحة
ملاحظة لقد اكتفينا بعرض النسب المئوية فقط حفاظاً على منظر المقال لأن مجموع عينة المرضى 100 مريض في كل جدول وعليه فتكرار الإجابات تكون نفسها النسب المئوية					

جدول رقم (01): ترتيب أولوية معاني الخدمة الصحية للعينتين الأولى والثانية

يظهر من خلال الجدول أن تمثل مجموع المرضى وجود الطبيب بصفة دائمة كخدمة أولى في المؤسسة الصحية، وأولوية طغت في العينتين بأغلبية ساحقة حيث كانت

النسبة في العينة الأولى 55% والعينة الثانية بنسبة 60%، وجاءت الأولوية الثانية في العينتين كذلك التأمين عن المرض لدى هيئة الضمان الاجتماعي، وهذا لضمان العلاج بعد المعاينة بأخذ الدواء مجاناً من الصيدلية، وعليه فالنتائج تبرز أن المؤشر الأكثر استقطاباً في خدمات المؤسسة الصحية هي توفير الشكل المادي في العلاج الذي لا يمكن لغير الطبيب تقديمه، لأن الطبيب كما قلنا مالك مفاتيح العلاج، يتابع الحالة ويصف الدواء المناسب، يراقب التطور، يقي من المضاعفات ويعالجها في حالة الإصابة بها.

إن الاستفادة من الخدمة المرتبطة بالتكفل المجاني بالمرض لدى هيئة الضمان الاجتماعي حيث يمنح الطبيب شهادة إثبات المرض المزمّن وإلاّ ما تمكن المريض من دفع مستحقات مقابل الدواء، نظراً للتكلفة الباهظة لعلاج مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدّم، إن الإجراءات الجديدة التي تتبعها هيئة الضمان الاجتماعي في التعويض عن المرض رفعت عديد الصعوبات كان يعانيها المرضى من شراء الدواء ثم وضع ملف التعويض، حالياً يتم أخذ الدواء من الصيدلي المتعاقد مع الهيئة والذي يمنح المرضى مباشرة جميع الأدوية مع دفع فرق السعر المرجعي غير المعوض عليه.

يحتل التأمين الاجتماعي عن المرض المرتبط بصفة أو بأخرى بخدمات المؤسسة الصحية مرتبة موالية لأولوية الطبيب في العينتين لأن الطابع المادي العلاجي للخدمات هو أقصى احتياج للمجتمع ولجماعة المرضى.

إن أولوية المرضى في تفضيل الخدمات الصحية تختلف من مريض لآخر ومن مجموعة لأخرى وإن وجد اختلافاً بين أولويات المراتب الثالثة والرابعة إلاّ أنه لا يعد اختلافاً جوهرياً، ونحن لم نعرض للعينتين لتبيان الفرق بينهما وإنما للتأكيد على النتائج، واختلاف نتائج ترتيب الأولويات يتماشى مع اهتمامات واحتياجات حالتهم، فالمعاينة والتحليل المجانية (أوفريجة، 2002، Oufriha)، يعتبرها المريض تحصيل حاصل وبديهي في عروض الخدمات، خاصة وأن المحور الأول بين أن الرضا عن مؤشر النوعية المنظمة العالمية للصحة (2019)، والكفاية في التحليل يتأثر بدخل المرضى الشهري، فارتباط المرضى بالمؤسسة ارتباطاً بالمجانة.

تبين أن المعاملة الحسنة والجيدة لمستخدمي المصلحة احتلت في العينتين المرتبة الأخيرة وهذا يدل على أن العلاقات الإنسانية آخر أولوية يعتبرها المرضى مهمة في تلقي الخدمات الصحية لأن المؤسسة ليست استشفائية، بحيث لا يقضي المرضى وقتاً طويلاً مع الموظفين ولا يوجد بينهم احتكاك دائم عكس المستشفى الذي يعد الموظفين شبه طبيين، وموظفي النظافة، من أكثر جماعة تحتك بالمرضى من الأطباء، فالتوجه يكون على أساس نفعي، وليس لإقامة العلاقات (سكجيلوق ومارو، 2013، skjellag & marro).

المعاملة الحسنة اعتبرها المرضى سلوك وحده المستخدمين مسئولون عنه، أي من المفترض والملمزم أن يسلكوا سلوكاً حسناً تجاه المرضى، بسبب ما تمليه عليهم أخلاقيات ممارسة المهنة، وهو مؤشر يتدخل في تحديد معنى الخدمات كآخر أولوية مقارنة بالعلاج الذي يتلقاه من طرف الطبيب إذ أن صفة عدم مبيت المرضى بالعيادة تدفع بالمرضى إلى الاستغناء عن البحث عن حسن المعاملة.

إن المفاضلة التي قام بها أفراد العينة الأولى أكثر وضوح والأولويات بين العينتين تعود إلى اختلاف مفهوم الحاجة لكل عينة أو جماعة من المرضى، منها من يستغني عن الخدمة كمعاناة مجانية وإمكانية دفع مبلغ رمزي في حال تطلبت الخدمة ذلك لكن ليس على التحاليل، ومنها من يرى أن الخدمات تعني التكفل الكلي المجاني.

2.7. المحور الثاني: درجة الرضا عن الخدمة الصحية تبعاً للمتغيرات المستوى التعليمي ومدة الإصابة الخاص بالإجابة على الفرضية الثانية:

الرضا عن الخدمة الصحية وعلاقته بالمستوى التعليمي يدل على نتائج تسهل فهم معضلات القطاع الصحي لذلك فحساب اتجاه الرضا على بعض مؤشرات الخدمة والمتمثلة أساساً في الوقت المخصص للمعاينة والاهتمام الذي يوليه الطبيب لمريضه، ومدة الانتظار بين المعاينة والموعد الحقيقي وعلاقته بالمستوى التعليمي ومدة الإصابة مع مجموعة من المؤشرات الأخرى لكن لا يتسع المقال لكل العمل فارتأينا اختيار بعضها، وللوصول إلى درجة الرضا طبقنا معامل ليكرت من 05 درجات وكانت النتائج كما سنوردها:

1.2.7. مؤشر الخدمة - الوقت المخصص للمعاينة - وعلاقته بالمستوى التعليمي:

مج	2-	1-	0	1	2	
13		2- 0.7-	6 0	15 13.35		أمي
31			5 0	31 31,83		ابتدائي
5		1- 0,27-	4 0	6 5,13		متوسط
12			1 0	12 12,32		ثانوي
5			1 0	3 5,13	2 0,13	جامعي
			1 0			تكوين
8			1 0	8 8,21		يقرأ ويكتب بالعربية
0		1- 0		1 0		يقرأ ويكتب بالفرنسية
74		4- 0	19 0	76	2	مج

مج	2-	1-	0	1	2	
31		3- 5,81-	0	16 16,66	18 20,92	أمي
8		6- 1,50-	0	8 4,30	6 5,40	ابتدائي
9	2- 0.22-	4- 1,68-	0	9 4,83	6 6,07	متوسط
21		2- 3,93-	0	7 11,28	16 14,17	ثانوي
3			0	1 1,61	2 2,02	جامعي
			0			تكوين
8			0	2 4,3	6 5,4	يقرأ ويكتب بالعربية
			0			يقرأ ويكتب بالفرنسية
80	2-	15- 0	0	43	54	مج

جدول رقم (02): يبين درجة الرضا على مؤشر الخدمة - الوقت المخصص للمعاينة - والمستوى التعليمي للعيّتين.

يتضح من الجدول أن ك 2 المحسوبة تساوي -22.75 وك 2 الجدولية تساوي

41.337 عند درجة حرية 28 ومستوى معنوية 0.05% بالنسبة للعيّنة الأولى وك 2 المحسوبة

تساوي 23.76 وك 2 الجدولية تساوي 41.337 عند درجة حرية 28 ومستوى معنوية

0.05% بالنسبة للعينة الثانية وهذا يدلنا على عدم تأثير المستوى التعليمي على اتجاه الرضا، وهذا يستلزم بأن كل المرضى يخصص لهم الطبيب الوقت المناسب لهم بحسب حالتهم.

2.2.7. مؤشر الخدمة - الوقت المخصص للمعاينة - وعلاقته بمدّة الإصابة بالمرض:

في حالات كثيرة يميل المرضى إلى البقاء أكثر مع الأطباء حتى يستفسروا بطريقة أفضل عن حالتهم وذلك نتيجة قدرتهم على التواصل مع الأطباء وفهم اللغة المتداولة طبيا وهذا ما يجعلهم يستهلكون أكثر من غيرهم الوقت المخصص للمعاينة، والحديث عما يستجد من اكتشافات صيدلية ومخبرية، لكن بينت النتائج الميدانية عدم صحة هذا الطرح.

مج	2-	1-	0	1	2	
25			5 0	25 25,67		5-1
26		1- 1,4-	8 0	27 26,7		10-6
9		1- 0,48-	3 0	10 9,24		15-11
10		1- 0,54-	2 0	9 10,27	2 0,27	20-16
4		1- 0,21-		5 4,1		25-21
			1 0			30-26
74		4-	19 0	76	2	مج

جدول رقم (03): يبين اتجاه الرضا على مؤشر الخدمة - وقت المعاينة - ومدّة الإصابة للعينتين.

مج	2-	1-	0	1	2	
28	2- 0,7-	4- 5,25-	0	16 15,05	18 18,90	5-1
19		5- 3,56-	0	14 10,21	10 12,82	10-6
12		3- 2,25-	0	5 6,45	10 8,1	15-11
12		1- 2,25-	0	5 6,45	8 8,1	20-16

1		2- 0,18-	0	1 0,53	2 0,67	25-21
8			0	2 4,3	6 5,4	30-26
80	2-	15-	0	43	54	مج

جدول رقم (04): يبين اتجاه الرضا نحو الاهتمام الذي يوليه الطبيب للمريض للعينتين.

تبين من المعالجة الاحصائية أن ك 2 المحسوبة تساوي 7.46 وك 2 الجدولية تساوي 31.410 عند درجة حرية 20 ومستوى معنوية 0.05% للعينة الأولى وك 2 المحسوبة تساوي -15.08 وك 2 الجدولية تساوي 31.410 عند درجة حرية 20 ومستوى معنوية 0.05% للعينة الثانية.

يؤثر الزمن والوقت على اتجاهات الرضا وكذلك على تمثل الخدمة الصحية حسب عديد الدراسات، عل اعتبار أن المرضى سواء كانوا مصابين بالسكري أو ارتفاع ضغط الدم وبعد مدة 05 سنوات من الإصابة بالمرض تبدأ المضاعفات بالظهور فتوقعنا بأنهم يطالبون بأكثر وقت أثناء المعاينة لكن يبدو أننا تحصلنا عل نتيجة لا تدعم هذه الفكرة فمدة الإصابة بالمرض لا تؤثر في المطالبة بتخصيص وقت أكبر في المعاينة، وهذا يدفعنا للقول بأن الاحتياج للوقت الكاف في المعاينة لا يتأثر بمدة الإصابة بالمرض بشكل تهديدا وبالتالي إن قصرت مدة الإصابة أو طالت فالمرضى على حد سواء يحتاجون لوقت يعود تقديره للطبيب.

3.3.7. اتجاه الرضا نحو الاهتمام الذي يوليه الطبيب بمرضاه أثناء المعاينة:

كانت نتائج هذا المؤشر موجب حيث تحصلنا على:

المقياس	200	0	-200
العينة الأولى	[119]		
العينة الثانية	[108]		

جدول رقم (05): يبين اتجاه الرضا نحو الاهتمام الذي يوليه الطبيب للعينتين.

نريد قبل أن نعرض لتحليل الرضا أن نشير إلى نقطة مشتركة بين الرضا وعدم الرضا فهي تعد ركيزة لكليهما، اهتمام الطبيب بالمرضى يعني ملامسته لأجسامهم فإن كانت قدرات الطبيب التشخيصية جيدة ولمس جسمهم عدداً طبيياً جيداً وإن كانت قدرات الطبيب على التشخيص غير جيدة ولمس جسمهم عدداً طبيياً جيداً كذلك، من هذه الفكرة العامة أردنا الإشارة أنه ورغم تطور إمكانية التشخيص ورغم إمكانية الكشف الدقيق التي توصل إليها الطب حديثاً إلا أن فكرة الشفاء باللمس التي تطرق إليه رضا بلمختار (1990-1991) في دراسته مازال مرسخ في المجتمع كتراكم ثقافي لم يتخلى عنه في سياقها الاجتماعي إلى يومنا هذا، رغم التقدم الذي أحرزته العلوم الطبية من تقدم يسمح بالكشف عن بعد.

يستند المرضى في رضاهم عن اهتمام الطبيب بهم أثناء المعاينة عند مراقبته المتأنية لنتائج تحاليلهم الدموية والبولية والشريانية وقياس ضغط دمهم ومراقبة وزنهم، لكننا كباحثين نعلم جيداً أن الرضا يرجع إلى عدم قدرة المريض على تقييم عمل الطبيب من منطلق أخلاقي على اعتبار كاريزما الشخصية التي يحتلها ممارس مهنة الطب، والتي تعتبر من المهن التقليدية السامية، وإن استفضنا في التحليل نجد بعض العبارات التي تنعت الممارس غير الجيد لأخلاقيات مهنة الطب ويوصم طبيب دون غيره والوصمة "مفهوم صوري في الحقيقة يصور علاقة تخفيض في القيمة أو المكانة أكثر مما يصور سمة محددة وثابتة ويقسم جوفمان الوصمة إلى 03 أنماط هي: الوصمة الجسمية، الوصمة الأخلاقية، الوصمة القبلية، وقد قام بتحليل كيفية تأثير هذه الأنماط من الوصمة على عمليات التفاعل الاجتماعي بين البشر" مارشال (2000)، وتتم معاقبة الشخص الذي تعرض للوصم بعزله عن الجماعة فقد نجد جماعة المرضى يرفضون المداواة عند أحد الأطباء، والعزل يعتبر من أقصى العقوبات الاجتماعية قسوة لأن من حاجات الإنسان شعور الآخر بوجودك واحتياجه لك، فالرضا عن أداء الطبيب يأخذ أبعاداً أكثر من خدمية.

كانت درجات رضا المرضى عن أداء الطبيب موجبة في اهتمامه بهم ويعود ذلك إلى الخدمات العلاجية المقدمة بالمؤسسة الصحية هي خدمات طبية بامتياز للطبيب وحده

القدرة القانونية والعلمية على وصف العلاج وإعطاء وصفة طبية ومتابعة الحالة المرضية، ولا يمكن لغيره أن يضطلعوا بهذه المهنة والخدمة، التي تعد من أبرز الخدمات الصحية والأكثر أهمية والأكثر طلباً.

يعود الرضا كذلك إلى الطريقة التي يتبعها مجموع المرضى في تقييم أداء الأطباء معهم من خلال مقارنة متابعته لمختلف الحالات حالات المرضى اللذين تواجدوا معه في موعد المعاينة نفسه أي يقارن بين النصائح والإرشادات والأدوية التي يصفها لغيره من المرضى.

4.3.7. اتجاه رضا المرضى عن مؤشر الانتظار بين الموعد الحقيقي والموعد المحدد للمعاينة:

المقياس	200	0	-200
العينة الأولى	[-----92- /-----]		
العينة الثانية	[-----117- /-----]		

جدول رقم (06): يبين اتجاه الرضا نحو مدة الانتظار والموعد المحدد للمعاينة للعينتين

نلاحظ من خلال نتائج العينتين أن اتجاه الرضا سالب.

سجلنا من خلال نتائج الجدول أعلاه اتجاه رضا سالب يحملها المرضى المزمين تجاه مدة الانتظار أي فارق الوقت في قاعة الانتظار بين موعد المعاينة والوقت الذي يدخلون فيه على الطبيب من أجل العلاج، وهذه النتيجة تبدو جلية في كل المؤسسات الصحية عامة كانت أو خاصة، وحتى عند اعتماد الأطباء موعد المعاينة بالطرق الحديثة كأن يكون لديه سجل الكتروني على أساسه يحدد زمن دخول وخروج المرضى منه واليه فكتيرة هي حالات التذمر للفارق الكبير في وقت الانتظار.

8. مناقشة النتائج العامة للدراسة:

تبدو العلاقة بين تأثير المعلومات المضللة التي يحملها المرضى المزمين عن الخدمة والتي تلقوها من المجتمع و العادات الموروثة لا تتدخل بشكل كبير أثناء التفاعل مع المؤسسة

وتبقي الخدمة حيث أن العلاقة في نتيجة العينتين كانت علاقة غير خطية أي منتشرة بـ $r=0.14$ و $r=0.32$. ومن خلال هاتين النتيجةين نعتبر أن العلاقة الارتباطية متواصلة نحو الإيجاب، أي تتجه نحو تأثير المعلومات المضللة المتوارثة على التفاعل مع المؤسسة أثناء تلقي الخدمة، وهذا ما يثبت جزئياً ما عرضناه في الإطار النظري وتأثير العادات و المواقف والمورثات على التفاعل وتكوين التمثل وتتفق دراستنا مع دراسة بن صغير كريمة حيث أنها وجدت في دراستها أن هناك علاقة ارتباطية بين المعلومات المضللة عن المرض ووصم المريض.

في نتائج ماهية الخدمة الصحية تبين أن العنصر المركزي المكون للطلب الخدماتي في المؤسسة الصحية هو وجود طبيب بصفة دائمة يليها التكفل بالمصاريف الصحية والتعويض عليها من طرف هيئة الضمان الاجتماعي وبعدها التكفل المجاني بالمعاينة والتحليل وفي الأخير المعاملة الحسنة لمجموع المشتغلين في الحقل الصحي والعنصر المركزي غير نقي لأنه يتحد معه التكفل المجاني، فتشكيل نواة المفهوم مشترك بين المجانية والطبيب ونتائج هذا المحور تتفق مع نتائج دراسة بن صغير كريمة لأن في دراستها وجدت أن النواة المركزية متكونة بين الموت والجنس ودراسة هني بلخلفي نادية (2008) التي كانت دراستها تعبر كذلك على المعنى المادي في موضوع تمثل البعد السكني ثم ترتيب باقي المعاني.

يعد وقت المعاينة الذي يخصصه الطبيب للمرضى أثناء موعد المعاينة من أهم الأوقات وأكثرها حساسية سكجيلوق ومارو (2013) Skjellag & Marro، لأنه الوقت الذي ينتظره مجموع المرضى كل فترة ثلاثة أشهر وهو موعد هام وضروري لتقييم الحالة الصحية للمريض المصاب بالسكري وارتفاع ضغط الدم الشرياني وهو المساحة الوحيدة التي تتيح فرصة معاودة الطبيب والاستفسار عن الوضعية والاطمئنان الذي يتشكل لدى المريض إن كانت نتائجه مرضية على صعيد التحاليل والتوازن المرضي وأنه مضبوط ضمن المقاييس المقترحة طبياً وعلمياً.

يسمح الوقت المخصص للمعاينة بملاحظة واكتشاف المضاعفات التي يمكن أن تؤثر على المريض في صحته العامة فقد يتسبب المرض في كوارث إن لم تتم معالجتها أو اكتشافها أو الوقاية قبل وقوعها أو حتى تأخير زمن حدوثها.

يمنح وقت المعاينة نماء شعور الراحة والهدوء لدى جماعة المرضى لأنه بإمكانهم طرح ما يشغل بالهم فتنموا علاقة ودية بين المريض وطيبه كما يمكن للطبيب باستهلاك الوقت الكاف والاستفسار وتقييم الحالة الاجتماعية التي يعيشها المريض والتي من شأنها أن تؤثر على الاستقرار والتوازن الصحي الذي يعمل الطبيب للوصول إليه سواء كمحفزات أو معوقات تقف في وجه الخطة العلاجية.

يفتح وقت المعاينة المجال للطبيب بتقييم الحالة على الصعيد النفسي والحكم إن كان المريض يتقبل العلاج أم يلزمه تدخل الأخصائية النفسانية المتواجدة على مستوى مصلحة مرضى السكري فقط لأن مصلحة ارتفاع ضغط الدم لا تتوفر بها أخصائي نفساني.

نرجع النتيجة في عدم التأثير على اعتبار أن معظم الباحثين من المستوى التعليمي المتدني ولا يوجد عدد كبير من الثانويين والجامعيين وبالتالي فغير المتعلمين أو من هم مستواهم متدني لا يستطيعون أن يقرروا حجم الوقت اللازم من المعاينة لأن نسبة 24% فقط من مرضى ارتفاع ضغط الدم تتم معالجتهم ومعاينتهم مراقبتهم حسب معايير الصحة العالمية.

مدة الإصابة لا تتدخل في تحديد اتجاه الرضا حيث أن المصاب منذ 25 سنة فأكثر لا يحمل الاتجاه نفسه عن الرضا من ذلك الذي أصيب منذ 05 سنوات وهذا عكس ما ذهب إليه العدوان وعبد الحليم (1997) في دراستهما إذ وجدنا تأثير مدة الإصابة على اتجاه الرضا العام ونرجع السبب في ذلك هو توحيد نمط العلاج لكلى المريضين "المصاب حديثا والمصاب منذ عقد من الزمن" فالمصاب بمرض السكري يعنى به بطريقة مختلفة في غضون السنة الأولى من المرض وهذا لاعتباره مصاباً جديداً ويتطلب من الطبيب تفهم أكثر لحالته

الشعورية، لكن مع الاعتياد يدخل المريض والطبيب في روتين المعاينة وعليه تتلاشى التأثيرات على السلوك والاتجاه لتشكيل التمثل.

فراق الوقت في موعد المعاينة والانتظار شكلا اتجاهاً سلباً واضحاً وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم احترام الطبيب لمواعيد دخوله وانصرافه، وكذلك قد يعود السبب في ذلك إلى كثرة المرتفقين وطالبي الخدمة الصحية.

9. خاتمة:

تعتبر الصحة المثالية مبتغى المشاريع الإنمائية للدول الحديثة، من أجل الرقي إلى مجتمع منتج الفرد السليم سبب القوة فيه، تتحكم في ظاهرة الصحة عوامل عديدة تعود إلى الإطار الثقافي-الاجتماعي وراء ثباته أو تغييره، ويدخل الفرد في عملية تفاعل مع المعتقد والآراء و المورثات التي يتلقاها من المجتمع ويصبح المحيط الاجتماعي أهم مسببات الأمراض خاصة الأمراض المزمنة، ومن هذه الفئة من المرض عزمنا معرفة تمثل وماهية الخدمة المقدمة في المؤسسة الصحية، وتأثرها بالمعلومات المضللة التي تتحكم في سلوك المريض داخل القطاع الصحي، على اعتبار التمثل عملية اجتماعية معقدة، تمنح معرفة ماذا يحمل الفرد عن الخدمة وما هو مساره إلى التنبؤ بالسلوك المستقبلي فيضع لأجل ذلك ضوابط وقوانين تتحكم في الناتج الصحي الخام.

بالنسبة للمؤسسات الصحية الجزائرية كثيرا ما يوجه لها انتقادات تخص التمويل أو التنظيم أو طريقة سير النشاط أو تسيير الموارد المتاحة، إضافة إلى حالات عدم الرضا عن الخدمات المقدمة وافتقارها إلى أدنى حد من ضمان الصحة للجميع، وتوصلت الدراسة إلى أن الصحة مسؤولية تقع على الجميع من المرتفق إلى الإدارة والمستخدمين الطبيين وشبه طبيين، وهو ما يفتح المجال للبحث مستقبلا في تكلفة الخدمات الصحية مقارنة مع الجهود الحقيقي للمستخدمين، الثقافة العلاجية بين منظور الشعبي والمنظور الطبي، قياس الوعي الصحي بالاستعانة بالوسائط الالكترونية وغيرها من المواضيع.

10. قائمة المراجع:

1. رولان دورون، فرنسواز بارو. (1997) موسوعة علم النفس. المجلد 03. غويدات للنشر والطباعة. بيروت. لبنان. ص944-948.
2. صيد الطيب. (1998-1999) الممارسة السوسولوجية في الجامعة الجزائرية وقعتها وتمثلاتها لدى أساتذة علم الاجتماع، مذكرة ماجستير غير منشورة. قسم علم الاجتماع، جامعة قسنطينة. ص27.
3. عبد المحي محمود صالح وآخر. (1999) أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية. ص29.
4. سعيد خالد سعيد. (د.ت) مدى فاعلية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة السعودية. المجلة العربية للعلوم الإدارية. المجلد الثاني. العدد الأول. ص13.
5. عبد الكريم بزاز. (2006-2007) علم اجتماع بيار بورديو. دراسة لنيل شهادة دكتوراه العلوم. جامعة منتوري قسنطينة. الجزائر. ص30-34.
6. محمد فريد الصحن. (1995) قراءات في إدارة التسوي. الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع. مصر. ص37.
7. صالح عمرو كرامة الجريري. (2006) أثر التسويق الداخلي وجودة الخدمات في رضا الزبون. أطروحة دكتوراه إدارة الأعمال. غم. كلية الاقتصاد. قسم إدارة الأعمال. جامعة دمشق. ص94.
8. عبد العاطي السيد. (1997) نظرية علم الاجتماع. دار المعرفة الجامعية. الأزارطية. ص151.
9. كريمة بن صغير. (2007-2008) التصورات الاجتماعية للسيدا عند الطلبة الجامعيين. دراسة ميدانية بجامعة 20 أوت سكيكدة. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة سكيكدة.
10. طارق البدري، سهيلة نجم. (2008) الإحصاء في المناهج البحثية التربوية والنفسية. دار الثقافة للنشر والتوزيع. عمان، الأردن. ص164-188.
11. محمد رضا بلمختار. (1990-1991) نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه دراسة حالة مصلحة طبية بالمركز الاستشفائي الجامعي أسعد حساني. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر.
12. جوردون مارشال. (2000) موسوعة علم الاجتماع، ترجمة أحمد زايد وآخرون المجلد 01. المجلس الأعلى للثقافة. طباعة بالمركز المصري العربي. ص1593.
13. هني بلخلفي نادية. (2008) تحليل التمثلات الاجتماعية في الوسط العنابي، مجلة العلوم الإنسانية. جامعة الاخوة منتوري قسنطينة. الجزائر، عدد30.

14. ياسر العدوان وأحمد عبد الحليم. (1997) العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية. مجلة أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. المجلد 13، العدد 1(أ).

15. La qualité des services de santé : (2019) un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, <http://apps.who.int/iris>. 2019, p20.
16. Albert Gautier NDIONE: connaissances, (2010) attitudes et pratiques des soignants face aux risques liés A l'hépatite B au C.H.U. de FANN, Faculté Des Lettres Et Sciences Humaines Département De Sociologie, Université Cheikh Anta Diop De Dakar, 2009-2010, p12.
17. FATIMA-ZOHRA OUFRIHA : (2002) Système de santé et population en Algérie, édition ANEP. Alger 2002, p.p 17.18
18. La Banque mondiale. (2019) La qualité des services de santé: un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, ibid, p66.
19. SARA SKJELLAUG, CAROLINE MARRO: (2013) Les perceptions des soins infirmiers par les patients, leurs déterminants et leurs conséquences, travail de bachelor déposé et soutenu à Lausanne en juillet 2013 en vue de l'obtention d'un bachelor of science hes-so en soins infirmiers, Haute Ecole de Santé Vaud Filière Soins infirmiers, 2013, p37.