

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية

دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات بمستشفى "د. تريشين بغرداية"

Deviations in the practice of hospital hygiene by healthcare professionals ;An exploratory study in the emergency department of Dr Trichen Hospital in Ghardaia

بجعة نذير¹، عبد اللاوي ليندة²

¹ جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان (الجزائر)، مخبر المؤسسة الصناعية والمجتمع في الجزائر ،

nadir.bedjeha@univ-tlemcen.dz

² جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان (الجزائر)، Linda.anthropo@gmail.com

تاريخ الإرسال: 14-12-2024 تاريخ القبول: 21-04-2025 تاريخ النشر: 30-06-2025

ملخص:

تتناول أوراق هذا البحث دراسة استطلاعية لرصد مظاهر الإنحراف عن القواعد والمعايير في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية. اخترنا مصلحة الإستعجالات بمستشفى "د. تريشين ابراهيم" بغرداية، كميدان للدراسة ثم جمعنا معلومات من عينة تنقسم الى فئتين: استطلاعية وميدانية؛ الأولى تتعلق بالخلفية التقنية للنظافة الاستشفائية ساعدت على توجيه الدراسة لفهم الممارسة المقبولة من الخاطئة والتزويد بالوثائق وبعض الاحصائيات؛ والفئة الثانية معلومات عن طريق الملاحظة الميدانية المباشرة. بعد تحليل المعطيات المجمعة في وصف ممارسات المهنيين بالمقارنة مع القواعد والمعايير الصحيحة، تم استخلاص مظاهر الانحراف فيما يلي: ضبابية أو غموض في سير المصلحة بصفة عامة، اختلالات كثيرة تعتري بروتوكول غسل الأيدي، ارتداء القفازات غير خاضع للاعتبارات البروتوكولية، "المزاجية" في استعمال القناع الواقي وفوضى في لبس أطقم البدلات الوقائية والمآزر، ارتكاب الأخطاء في التعامل مع النفايات ذات الخطر المعدي، واختلالات مسجلة على مستوى التسيير في آليات اشتغال لجنة مكافحة الإلتانات المرتبطة بالعلاج.

الكلمات المفتاحية: النظافة الإستشفائية، العدوى المكتسبة، الممارسة الوقائية، مصلحة الإستعجالات

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

Abstract :

This research paper presents an exploratory study investigating deviations from the rules and standards of hospital hygiene practices among healthcare professionals. The study was conducted in the emergency department of "Dr. Trichine Ibrahim" Hospital in Ghardaia. Data were collected from two categories: exploratory and field-based. The first category involved technical background information on hospital hygiene, guiding the study to distinguish acceptable practices from violations while providing relevant documentation and statistics. The second category comprised direct field observations.

After analysing the collected data, the study identified the following deviations: general ambiguity in the department's operations, significant shortcomings in hand hygiene protocols, non-compliance with glove-wearing guidelines, inconsistent use of protective masks, disorder in wearing protective gowns and aprons, errors in handling infectious waste, and managerial shortcomings in the functioning of the Infection Control Committee.

Keywords: hospital hygiene, preventive practices, Nosocomial infection, emergency department.

المؤلف المرسل: بجعة ندير، nadir.bedjagh@univ-tlemcen.dz

1- مقدمة:

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

قواعد النظافة الاستشفائية ومعاييرها الرسمية من أهم مكونات اشتغال المستشفى لتقديم رعاية صحية نوعية. لهذه القواعد دور مركزي في ضبط الممارسات الوقائية لمهنيي الصحة وفق طرق وأساليب تمنع انتقال الكائنات المجهرية وانتشارها، ما يعرف بمكافحة العدوى المكتسبة أو "العدوى المرتبطة بنشاط العلاج". يرى خبراء الصحة أن هذه الأخيرة، تتسبب في نقل الأمراض ولها تداعيات خطيرة قد تؤدي إلى وفاة المصاب، فضلا عن تأثيراتها الإقتصادية والإنسانية الوازنة، وهذا ما يجعل الرهان حقيقيا أمام المستشفى والنظام الصحي ككل.

انتهاك قواعد النظافة الاستشفائية من قبل المهنيين هو أحد العوامل الرئيسية في انتشار العدوى المكتسبة المتسببة في انتقال الأمراض. هذا من بين ما أقرت به مدونة الدليل المرجعي للنظافة الاستشفائية (DGPPS, 2015, p. 03). هناك انحراف إذن، بين القواعد الرسمية للنظافة الإستشفائية وما يمارسه فعليا مهنيو الرعاية الصحية في المستشفيات خلال نشاطهم اليومي. الهدف من الدراسة هو استكشاف الميدان وتحديد مظاهر الانحرافات في الممارسات الوقائية لمهنيي الصحة من خلال الملاحظة الميدانية المباشرة، وتقديم وصف دقيق لسلوكياتهم في مصلحة الدراسة.

أهمية الدراسة كبحث استطلاعي، وفضلا عن الأبعاد التي أشار لها سعيد سبعون (سبعون، 2017، صفحة 34): الثقافة العلمية في ميدان التخصص، الإطار النظري والمفاهيمي، الجانب التقني للبحث؛ فهي تمدنا بنظرة أولية حول الواقع العملي لتطبيق النظافة الاستشفائية في ميدان الدراسة، الأدبيات التقنية للنظافة الاستشفائية، وهي كذلك مرحلة ما قبل اختيار نموذج التحليل وتساهم في تحديد النقاط التي تستحق البحث لتوجيه مسار دراستنا اللاحقة. في هذا السياق نطرح التساؤلات التالية: ما هي مبادئ النظافة الاستشفائية التي يجب تطبيقها في المستشفيات؟، وما هي مظاهر الانحراف في الممارسات الوقائية لهؤلاء المهنيين؟. لغرض هذه الدراسة، سنقوم بملاحظة ميدانية للممارسات اليومية لمهنيي الصحة، وتحليل مدى التزامهم بالقواعد والمعايير الصحيحة للنظافة الاستشفائية، بهدف استكشاف أوجه الانحراف عن هذه القواعد.

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

2- الإجراءات المنهجية للدراسة:

1.2 المنهج :

اعتمدنا على المنهج الوصفي لوصف سلوكيات مهنيي الرعاية الصحية الوقائية من خلال الملاحظة المباشرة في مصلحة الاستعجالات محل الدراسة، أين قمنا بجمع المعطيات الميدانية وتحليلها ومقارنتها مع ما هو مطلوب من حيث القواعد والمعايير الرسمية وتحديد ما يمارس في الواقع، وبالتالي وصف شامل للممارسات الفعلية.

2.2 تقنيات البحث:

استعملنا مقابلات مع مهنيين ومسؤولين على نشاط النظافة الإستشفائية والحصول على وثائق وأقراص ومعطيات رقمية (CD-ROM) للدليل المرجعي للنظافة الاستشفائية، نصوص تنظيمية وتعليمات، محاضر لجان تقنية، تقارير عن مهام تفتيش ..الخ. كما استندنا إلى الملاحظة المباشرة داخل مصلحة الإستعجالات للإطلاع على واقع الممارسات الوقائية لدى مهنيي الرعاية الصحية.

3.2 مجالات الدراسة:

3.2.1 المجال الزمني:

تم إجراء خمسة مقابلات ومراجعة الوثائق والوسائط الرقمية في مجال زمني من 09 فيفري الى نهاية شهر أفريل 2023. قمنا بعدها بالملاحظة الميدانية ثلاث مرات على فترات متقطعة خلال شهر ماي 2023

3.2.2 المجال المكاني:

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

لقد توزع جمع المعلومات بين أمكنة مختلفة (مديرية الصحة والسكان لولاية غرداية¹، قاعة علاج²، مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية محل الدراسة). أما الدراسة الميدانية أو بالأحرى المصلحة التي أجرينا بها ملاحظتنا الميدانية، هي مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية التابعة لمستشفى "د. تيريشين ابراهيم" بعاصمة الولاية غرداية.

4.2 عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من فئتين رئيسيتين: الأولى هي عينة استكشافية أو عينة المعلومات النظرية كمصدر أولي ساعد على توجيه الدراسة انطلاقاً من توفير الخلفية التقنية لفهم الممارسات المقبولة من الخاطئة، قوامها خمسة أفراد (05) من ممارسين طبيين وشبه طبيين. أما الفئة الثانية فهي العينة الميدانية، شملت مهنيي الرعاية الصحية العاملين في مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية، وتمت ملاحظتهم على ثلاث فترات متقطعة (تقدم ذكره في المجال الزمني). في كل فترة، تم إجراء ملاحظة مباشرة لمجموعة مهنية مناوبة من الأطباء والمرضى. في الزيارة الأولى: 2 أطباء و06 شبه طبيين؛ الزيارة الثانية: 03 أطباء و12 ممرضاً؛ وفي الزيارة الثالثة: 2 أطباء و8 ممرضين. أي مجموع 33 ملاحظة فردية لمهنيي الرعاية الصحية، وقد تتكرر ملاحظة بعض الأفراد بين الزيارات. هذا التوزيع ساعد في وصف دقيق للسلوكيات الوقائية لهؤلاء المهنيين في ظل تغير الفرق الطبية خلال فترات الملاحظة.

5.2 تحديد المفاهيم:

¹ مديرية الصحة والسكان في الولاية هي جهاز إداري، يشغل في إطار ما يسمى المصالح غير المركزية للدولة، أو كذلك المصالح الخارجية، وهي مصالح إدارية تابعة للإدارة المركزية، أي وزارة الصحة، تقوم بتنفيذ سياسة الدولة على المستوى المحلي، وتتمثل مهامها المنصوص عليها بالمادة 267 من القانون رقم 18-11 مؤرخ في 02 يوليو 2018 بتعلق بالصحة، في: توزيع الموارد وتنسيق برامج الصحة الوطنية والجهوية والمحلية ومتابعتها وتنفيذها. وتتخذ أيضاً كل التدابير التي من شأنها تأطير النشاطات في مجال الصحة.

² قاعة علاج هي الهيكل القاعدي في المنظومة الصحية، التي تفترض تقريب هذه الهياكل قدر الإمكان من السكان، بهدف الاستجابة لاحتياجاتهم من الوقاية والعلاج الأولي، قبل توجيههم إلى العيادات المتعددة الخدمات أو المستشفيات، في ظل خارطة صحية جديدة تقوم على مؤسسات عمومية للصحة استشفائية وجوارية، تم تقنينها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

5.2. 1 النظافة الإستشفائية:

يقول B. LEJEUNE ب. لوجون، عن وجهة نظره حول "النظافة الإستشفائية"، كثمرة لعشرين سنة من التدريس والممارسة في النظافة الإستشفائية وفي الصحة العمومية، يرى أنها وحدة تخصصية تستدعي منهجية هادفة لتحليل بعض الظواهر التي تتخلل الرعاية الصحية لإيجاد الحلول المناسبة. لا يمكن اعتبارها مجرد فرع من الميكروبيولوجيا أو من الصحة العمومية، ولا من أي تخصص طبي أو شبه طبي. كما أنها (النظافة الإستشفائية) لا تقتصر فقط على مكافحة العدوى الملتقطة في المستشفى، وليست مجرد دراسات عن البيئة الإستشفائية. إذ يتعين على "النظافة الإستشفائية" أن تهتم بتنظيم الرعاية الصحية والممارسة ودراسة فعاليتها وكفاءتها، والتحقق من ملائمتها بهدف بلوغ السلامة المثلى. إنها تستدعي مقارنة تقوم على جودة التنظيم ونمط الإشتغال الاستشفائي لخدمة المرضى وللمستخدمين قصد الوقاية و/أو تصحيح المخاطر العلاجية، المرتبطة بالمحيط البشري والمادي المعيش من قبل المرضى أثناء إقامتهم والمستخدمون خلال عملهم بالوسط الاستشفائي (Lejeune, 1998, p. 08)

5.2. 2 المستشفى:

بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية (OMS)، المستشفى هو عنصر تنظيم ذو طبيعة طبية واجتماعية، تتمثل وظيفتها في تزويد الساكنة برعاية طبية علاجية ووقائية شاملة، وتكون خدماتها الخارجية ممتدة حتى خلية الأسرة الموجودة في محيطها. المستشفى هو كذلك مركز لتعليم الطب والبحث البيو-اجتماعي (Del Volgo, 2008, p. 168).

5.2. 3 قواعد النظافة الاستشفائية:

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

قواعد النظافة الاستشفائية المطبقة في مؤسسات الصحة الجزائرية العمومية والخاصة، هي تعليمات إرشادية تحدد الخطوات الصحيحة الواجب اتباعها من قبل مهنيي الرعاية الصحية في ممارسة مهامهم لتجنب ما يعرف بالعدوى المرتبطة بنشاط العلاج. هذه التعليمات مكتوبة ومقننة رسمياً؛ تبلغ بها المؤسسات عن طريق أوامر، تعليمات، مذكرات مصلحية.. الخ. فضلاً عن ذلك، أصدرت وزارة الصحة ما يعرف بالمرجع الوطني (DGPPS, 2015)، تحت إشراف مجموعة من مختصي الصحة. وهي مدونة في شكل ورقي أو رقمي تضم مجموعة من البطاقات التقنية، غايتها التصدي للنقائص الوقائية، مراقبة العدوى المرتبطة بالعلاج، تسيير المحيط الاستشفائي وتصحيح الإختلالات، وفق مقارنة تعتمد على الجودة والسلامة، كما تهدف إلى بسط الإنسجام على الإجراءات وتعميمها من أجل التكفل الأمثل والأمن للمرضى من جهة، والمشاركة في دعم موثوقية النظام الصحي من جهة أخرى.

5.2. 4 الممارسة الوقائية:

هي الطرق التي يطبقها مهنيو الصحة فعلياً تطبيقاً لقواعد النظافة الإستشفائية في يوميات نشاطهم المهني. عادة ما تكون هناك فجوة أو تفاوت بين ما يطبق فعلياً على أرض الواقع وبين القواعد الواجب تنفيذها، وهو ما يعزز احتمال الإصابة بما يعرف بـ: "العدوى المرتبطة بنشاط العلاج".

5.2. 5 مهنيو الرعاية الصحية:

حددت المادة 165 من قانون الصحة في الجزائر تعريف مهني الصحة كما يلي: " يقصد بمهني الصحة، في مفهوم هذا القانون، كل شخص ممارس وتابع لهيكل أو مؤسسة للصحة يقدم في نشاطه المهني خدمة صحية أو يساعد فيها أو يساهم في إنجازها. ويعتبر كذلك مهنيي الصحة المستخدمون التابعون للمصالح الخارجية الذين يقومون بمهام تقنية وتحقيقات وبائية ومهام المراقبة والتفتيش" (الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، 2018)

6.2 الدراسات السابقة:

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

6.2 1. الدراسة الأولى: Fulbert, T و Malick, D. Y النظافة الاستشفائية والوقاية من عدوى المستشفيات في ساحل العاج، حالة المستشفى العام "دابو"، المجلة العلمية الاوربية (Diarra & Fulbert, 2022)

إنطلق الباحث من اشكالية: كيف تنفذ تدابير النظافة الإستشفائية الموصى بها داخل المستشفى العام "دابو" للوقاية من عدوى المستشفيات ؟، حيث اعتمد دراسة كيفية عرضية وبمقاربة وصفية عن طريق الملاحظة المباشرة، ثم معاينة قصدية لـ 16 مفردة من مختلف الفئات، تم جمع المعطيات كذلك، من خلال المقابلات والمجموعات البؤرية لـ ستة (06) أعضاء من بين القابلات وممرضي المصلحة ويخلص الباحث إلى النتائج التالية :

- مختلف الفاعلين لديهم وعي بأهمية النظافة في الوسط الإستشفائي وأخطار عدوى المستشفيات، بينما يعتقد بعض الخاضعين للتحقيق من فئة "المرضى وعائلاتهم"، أن الحالة الصحية للفرد ترتبط بالله وليس بالضرورة بالنظافة ما يحيل إلى إهمال طوعي لتدابير النظافة.
- إستراتيجيات النظافة في المستشفى العام "دابو" تعرف نقاط ضعف خاصة في مرحلة تنفيذها، منها نقص في التواصل حول الأخطار المتعلقة بالنظافة من مستخدمي المستشفى الى المرضى وعائلاتهم،
- غياب التكوين أو ضعف مستوى التكوين لأعوان النظافة
- نقص في العتاد، الإهمال في ممارسات النظافة الإستشفائية.
- الإمتثال للقواعد من حيث نظافة اليدين قبل الإتصال بالمريض لا يحظى باحترام كبير بعد هذا الاتصال.

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

- يتحسن الإمتثال لنظافة اليدين من قبل مستخدمي الصحة عندما يدركون وجود خطر على صحتهم.
- عدة باحثين آخرين توصلوا إلى أن هناك إمتثال سيئ لممارسة نظافة الأيدي (غسل الأيدي واستعمال القفازات) والتي تشكل عنصر أساسي في الوقاية من العدوى.

6.2.2. الدراسة الثانية: JAFFRE Y. الأنثروبولوجيا والنظافة الإستشفائية، في (أمراض العبور، انتقال، وقاية، نظافة في إفريقيا) (Yannick, 2003)

يطرح الباحث سؤاله الإشكالي حول علاقة "عدوى المستشفيات" وممارسات الفاعلين في الصحة. وقد كانت مدة الدراسة الأنثروبولوجية سنة واحدة قام بها الباحث في مصالح مختلفة من أحد المستشفيات الرئيسية في مالي، تمثلت في ملاحظة مجمل المهام الإستشفائية، الأفعال، والمقابلات مع مقدمي العلاج وزبائن المستشفى. توصل الباحث في الأخير إلى النتائج التالية:

- إنزياح في التسلسل الهرمي واقع في كل هياكل العلاج :
- نقص فادح في المعارف لدى المستخدمين: حيث، يقترح الباحث مقارنة في شكل سبعة مبادئ يسميها "نوع من قواعد لعب الفاعلين للنظافة الإستشفائية، أين يمكن أن تجيب العلاقات الديناميكية - يضيف الباحث - على الاختلالات الملاحظة في المصالح الاستشفائية.
- مبدأ التجاوزات والتداخلات المجالية:
- مبدأ غموض تسلسل العمليات:
- مبدأ اللهجات والتباينات الدلالية:
- مبدأ إحتواء الأخطار الصحية في التصرفات الإجتماعية:
- مبدأ تعدد معاني حركات العلاج :
- مبدأ الحضور المتجاوز للهويات المهنية والإجتماعية:
- مبدأ السلوكيات الأخلاقية الإنتقائية:

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

6.2 3. الدراسة الثالثة: Amiel, C. نعلم أنه لا يوجد "خطر" حقيقي، خطابات وممارسات المعالجين (Soignants) حول عدوى المستشفيات، العلوم الاجتماعية والصحة. (Amiel, 2005) قامت الباحثة بدراسة أنثروبولوجية بمستشفى للأمراض المعدية جنوب فرنسا، بهدف فهم معنى المسافة التي تفصل الخطابات المعيارية الداعية إلى الإمتثال للقواعد البروتوكولية للنظافة، عن الممارسات التي يكتشف أنها غير متجانسة. وأجريت التحريات الإثنوغرافية داخل مصلحة للأمراض المعدية، وهي مصلحة تابعة لمركز إستشفائي جامعي، وإمتدت لشهرين ونصف، توصلت الباحثة في الأخير إلى نتائج مفادها؛ أن هناك تفاوتاً بين الخطابات الرسمية حول أهمية النظافة والتدابير الوقائية وبين الممارسات الفعلية للعاملين في الرعاية الصحية. يتعامل العاملون مع هذه التوصيات بطرق مختلفة بناءً على خبراتهم الشخصية ومعتقداتهم. كما أن إدارة النظافة في المستشفى تخضع لتفسيرات وإعادة صياغة من قبل العاملين وفقاً لفهمهم الخاص.

عاجلت الدراسات الثلاثة المعروضة مسألة انحراف الممارسات الفعلية للعاملين في الرعاية الصحية، عن التدابير الوقائية المطلوب تنفيذها؛ برؤية نسقية مثلما هو الحال في الدراسة الأولى التي قامت بتحليل استراتيجيات النظافة المتخذة من قبل الفاعلين، وكذا تفاعلاتهم داخل المستشفى، أو في الدراستين الأنثروبولوجيتين؛ إحداهما ركزت على هويات الفاعلين، وأن ممارسات النظافة الاستشفائية تتغير حسب البنيات الثقافية والفردية. والأخرى التي ركزت على فهم الخطابات والممارسات المتبناة من قبل الفاعلين وكشف العوامل الثقافية والاجتماعية المؤثرة على تصرفاتهم. من خلال كل ذلك، تفيدنا النتائج المتوصل إليها أن ممارسات النظافة الإستشفائية ليست "كونية"، وإنما تتغير تبعاً للسياق أو البيئة الحاضنة لتلك الممارسات، فهي كـ"استراتيجيات" في الدراسة الأولى، وتتبع هويات الفاعلين بالنسبة للدراسة الثانية، وفي الدراسة الثالثة؛ هي إعادة إعمال للقواعد، بناءً على الخبرات الشخصية ومعتقدات الفاعلين. يذكرنا هذا

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

أيضاً؛ بما توصل له البروفيسور مبتول في أن التصرفات الحقيقية ليست مجرد انحراف بالنسبة للمعايير الرسمية، إنها مستمدة في الواقع من معايير أخرى، غير مصرح بها، يمكن تسميتها "معايير تطبيقية". (Mebtoul, 2004, p. 142)

3- النظافة الإستشفائية: لمحة مفاهيمية

يعرف بعض المختصين النظافة الاستشفائية على أنها تخصص يتعامل مع المشاكل المتعددة التي تطرحها الوقاية من عدوى المستشفيات، فضلاً عن الجوانب الاجتماعية والأخلاقية التي تنشأ عن أي دخول إلى المستشفى. ويعرفها آخرون، على أنها التخصص الطبي الذي يهدف الى وضع التدابير الوقائية ضد العدوى المرتبطة بالعلاج، وضد انتشار البكتيريا المتعددة أو المرتفعة المقاومة للمضادات الحيوية أو الإلتهابات المعدية (Kammoun, 2008, p. 11).

هذا التخصص، باعتباره المكون الاساسي للوقاية من العدوى المرتبطة بالعلاج، يأخذ في الحسبان مختلف أبعاد العدوى: الاكلينيكية، الميكروبيولوجية، الوبائية، كما يأخذ في الحسبان تنظيم العلاج، صيانة تجهيزات المستشفى، إدارة الوسط الاستشفائي، حماية المورد البشري. وفي هذا السياق، تتركز النظافة الإستشفائية في مجالات رئيسية (ليست على سبيل الحصر) كما يلي :

1.3 التحكم في الوسط الإستشفائي:

مصطلح الوسط الاستشفائي يضم عادة الماء، الهواء، الأسطح أو المساحات، التجهيزات الطبية ودوائر الأنشطة (الغسيل ، التغذية، نفايات نشاطات العلاج)، ويمثل هذا الوسط مستودع إحتمالي للكائنات الدقيقة المتسببة فيما يعرف "العدوى المرتبطة بالعلاج" ، ويعتبر هذا الوسط ملوث على نطاق واسع بكائنات دقيقة ذات منشأ إنساني أو بيئي، وتختلف حالة التلوث من مستشفى لآخر، بل حتى داخل المستشفى نفسه، حسب المصلحة، المرضى، العلاج، التقنيات المطبقة (Kammoun, 2008, p. 13).

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

2.3 الطابع المعماري للمستشفى:

يجب أن تخضع هندسة المستشفى لمعايير نوعية، تستجيب لمتطلبات النظافة الاستشفائية. وبالفعل فإن الحركة داخل المستشفى من مرتفقين، مرضى، زوار، مهنين، تقنيو الصيانة... الخ، تطرح مسألة تيبولوجية الهياكل مقسمة حسب مستويات الخطر بالنسبة للمرضى. وبالتالي، مراعاتها تسمح بتنظيم مثالي لعمليات العلاج والتكفل بالمرضى نهاراً أو ليلاً، وفي النشاطات المبرمجة كما في حالات الطوارئ وفي كل الأحوال، هندسة المستشفى الملائمة تساعد للاحالة في الالتزام بقواعد النظافة الاستشفائية. (Kammoun, 2008, p. 13)

3.3 صيانة المباني:

عموماً، تعتبر النقاوة ضرورة لكل منشأة مستقبلية للجمهور، ومن باب أولى المستشفى، أين يكون اعتبارها متطلب السلامة بالنسبة لمرضى من حقه أن تتوفر له أقصى نظافة للوسط الاستشفائي. لذلك، النشاط الممارس، نوع المريض، والفعل الطبي المطبق كلها عوامل تؤثر في متطلبات عملية تنظيف-تعقيم. وبالتالي من الضروري تصنيف مناطق الخطر داخل الوسط الاستشفائي من أجل تطوير وتحسين عمليات التنظيف الحيوي. (Kammoun, 2008, p. 13)

4.3 الماء، الهواء، التغذية:

الماء عنصر أساسي في اشتغال المستشفى، ولكن يمكن أن يشكل مصدر خطير للعدوى في حالة التلوث، وبالأخص المرضى ذوو هشاشة مناعية. أما الهواء فهو ملوث بشكل طبيعي، أي أن الهواء حامل وناقل لعناصر معلقة يمكنها أن تفسد الجودة الميكروبيولوجية من خلال توضعها على الأسطح، والإنسان هو المنبع الرئيسي للتلوث، لاسيما التلوث الحيوي ومن أجل التحكم في تلوث الهواء يجب أولاً، منع

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

عوامل التلوث الآتية من الخارج (تصفية الهواء... الخ)، ثم بعدها، رصد وسيلة للحماية والقضاء على الملوثات الناتجة عن الأشخاص والمعدات (تجديد ومعالجة الهواء). بالنسبة للتغذية فهي ليست وظيفة لوجستية هامشية، بل خدمة أساسية يجب تقديمها للمريض. لها مهمة مزدوجة: فهي تساهم في الفعل العلاجي للمريض، كما تساهم بصفة مباشرة في راحته. رغم ذلك، الغذاء البشري ملوث طبيعياً، وبالتالي هدف خدمة التغذية القضاء أو جعل مستوى التلوث مقبول بالنسبة للمستهلك. وفي هذا السياق، لا يجب إغفال هذه الأخطار لأن الأمراض يمكن أن تكون لها تبعات وخيمة عندما تظراً على مرضى في حالة هشاشة والوقاية من هذه العدوى يمر حتماً عن طريق التطبيق الصارم لتدابير النظافة الغذائية (Kammoun, 2008, pp. 13-14).

5.3 الغسيل:

يعد الغسيل خزان كبير للكائنات المرضية التي يمكن أن تسبب "العدوى المرتبطة بالعلاج" أو حتى الأوبئة. لذلك، من الواجب خلق منظومة تسيير نوعي لعملية الغسيل، تهدف إلى الحفاظ وضمان النقاوة الميكروبيولوجية. وعليه، لا يتحمل الغسيل أية جرثومة سواء من الخارج أو من داخل الوسط الإستشفائي والتي تكون سببا في العدوى المرتبطة بالعلاج. وفي المؤسسة الإستشفائية، يتضمن مسار الغسيل: جمع الغسيل المتسخ، نقل الغسيل المتسخ إلى مصالح البياضة، معالجة الغسيل، ثم العودة باتجاه المصالح المستعملة (Kammoun, 2008, p. 14).

6.3 نفايات العلاج:

تنتج نفايات العلاج من الأنشطة العلاجية أينما وجد مكان إنجازها. إن الخطر القائم من نفايات النشاطات العلاجية يكمن في طبيعتها الانتانية والسامة، ومصير النفايات المتعلقة بالعلاج ذو الخطر المعدي يجب أن يخضع إلى ترتيب دقيق: فرز، توضيب، تخزين، نقل، وتدمير. (Kammoun, 2008, p. 14)

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

7.3 التعامل مع العتاد الطبي:

تشكل إجراءات أساسية في تأمين المريض والمهنيين معا ضد أخطار العدوى. إن وضع نظام تعقيم وتطهير ملائم و فعال يعتبر ضرورة قصوى للتجهيزات الطبية التي يعاد استعمالها بين المرضى. هذه الاجراءات مصنفة حسب ثلاثة مجموعات: حرجة، شبه حرجة، غير حرجة والتي توافق ثلاثة مستويات من الخطر الإنتاني حسب طبيعة استعمال التجهيزات، فكل عتاد أو معدات تدخل في اتصال سواء بالمريض أو أحد مواد خارجة من المريض (ضمادات ، امصال ... الخ) يجب إعادة تطهيرها بين استعمالين، العتاد المتخصص يجب أن يتم التعامل معه بناء على بطاقات تقنية تتوافق مع كل استعمال، والتي تعدها المصالح المؤهلة مع استشارة عون التطهير المختص حسب الحالة. (Kammoun, 2008, pp. 14-15)

4- نتائج الدراسة:

جناح الإستعجالات الطبية الجراحية هو احد المصالح التابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية "د. تريشين ابراهيم" ولاية غرداية. تقع هذه الولاية على بعد ستمائة كيلومتر جنوب الجزائر العاصمة. تتكون هذه المصلحة من غرفة الصدمات، قاعة خدمات العلاج وجبر الكسور، ثلاثة قاعات للفحص الطبي، ما يقرب من 12 سرير للملاحظة الطبية موزعة بشكل غير متكافئ نوعا ما على 6 غرف، فضلا عن مخبر التحاليل الطبية، قاعة الكشف بالأشعة السينية، قاعة جهاز الفحص بالرنين المغناطيسي "سكانير"، صيدلية، وكذلك قاعة العمليات الجراحية، وعلى أقصى طرف الرواق توجد أربعة دورات للمياه.

يضمن العمل بهذه المصلحة، طاقم من مهنيي الصحة، مكون (عادة) من 05 أطباء و 12 شبه طبي، يعملون على شكل فرق بنظام المناوبة على مدار الساعة؛ فريق مكون من 03 أطباء و 06 شبه طبيين يعملون من الساعة الثامنة صباحا إلى غاية الثامنة مساء، ثم يستخلفهم فريق آخر مكون من طبيين و 06 شبه طبيين ابتداء من الساعة الثامنة مساء إلى غاية الثامنة صباحا.

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

تندرج ممارسة مهنيي الصحة للنظافة الإستشفائية بصفة معقدة ضمن مجمل ممارساتهم الاعتيادية داخل فضاء العلاج، سنحاول تقديم صورة عن ما يجري في مصلحة الدراسة، ثم ننتقل لوصف سلوكيات المهنيين وانتقاء ما يتعلق بالنظافة الاستشفائية.

1.4 الضبابية أو الغموض في سير المصلحة:

من بين المعطيات التي تحصلنا عليها: إحصائيات نشاط المصلحة السنوي لسنة 2023. تبين أن مصلحة الإستعجالات استقبلت 54.897 حالة، تم قبول منها 33.441 يعتبرها الطاقم الطبي أنها حالات استعجالية من اختصاص المصلحة، ولا نريد التفصيل في هذه الجزئية إلا بقدر ما تثير هذه الحالة من ضغط على طاقم المصلحة، طالما أنها مفتوحة لكل زائر. فحسب الأرقام السالفة الذكر يكون معدل الإستقبال 150 حالة/يوم؛ ويكون معدل القبول 91 حالة/يوم، وهي وضعية كافية لتعريضها حالة من الضبابية أو الغموض، يشكل تحديا من حيث الرعاية الصحية المتتالية للأفراد، في توفر المعدات، الاستعمال المتكرر للأدوات ومدى تعقيمها خلال مراحل العلاج الواحد أو من فرد لآخر، نظافة المساحات.. الخ. ومثلما قال السوسيولوجي الفرنسي نيقولا دوديه Nicolas dodier أن الاستعجالات في المستشفيات تتميز بغموض قوي جدا: فمن ناحية، هي مفتوحة على مصراعيها للطلبات الخارجية، أين يجب، من الأساس أن تكون قادرة على استيعاب الجمهور في جميع الأوقات، وكذلك وجوب معاناة جميع طلبات الرعاية؛ من ناحية أخرى، وخاصة في المستشفيات الجامعية، تعد الإستعجالات فضاءات انتقائية، لأنها مصممة في المقام الأول لمجموعة محدودة من الأمراض؛ تلك التي من المحتمل أن تؤدي إلى الوفاة أو أضرار لا يمكن تداركها إذا لم تتم مواجهتها بسرعة كبيرة. (Dodier & Camus , 1997, p. 109). وفي هذا السياق أيضا، لاحظنا خلال زيارتنا المتكررة لمصلحة الإستعجالات تجمع عدد كبير من الناس في قاعة الانتظار؛ وهي ملاحظات تكاد تتشابه في معظم زيارتنا التي قمنا بها للمصلحة؛ خصوصا في المساء بين الساعة الثامنة إلى العاشرة، كراسي الانتظار مشغولة كلها بمرضى أو مرضى مع مرافقيهم، وهناك الكثير من الواقفين أو المتجولين في أروقة المصلحة. يتطلع البعض إلى باب غرفة الطبيب الذي يفتح

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

من حين لآخر، وفي كل مرة مفاوضة بين الحاضرين للظفر بالدور، والبعض ينتهز خروج ودخول الممرضين من غرفة إلى أخرى، للحصول على معلومات، أو البحث عمن يتعرف عليهم لتسهيل حصولهم على ما يريدون، ذلك نتيجة نقص المعلومات وعدم وجود منطق واضح يبين كيفية فرز المرضى حسب درجة الإستعجال؛ فلقد لاحظنا من يتصنع الألم كاستراتيجية لافتكاك شرعية الدخول عند الطبيب قبل الآخرين.

كشفت ملاحظتنا كذلك، أن المهنيين شبه الطبيين الذين يعملون بنظام المناوبة في هذه المصلحة كما أسلفنا هم من فئة "مساعدى التمريض"، وهي أدنى رتبة في التدرج الهرمي لمهام الرعاية الصحية، وبالنظر للمهام المسندة لها وفق النص التنظيمي (المادة 22)، نجد أنها تنحصر في: النظافة الجسمية للمرضى ومحيطهم، تقديم علاجات التمريض الأساسية، القيام بالمهام الفندقية وحفظ الصحة الإستشفائية، المشاركة في صيانة التجهيزات وترتيب العتاد (الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، 2011). وهي مهام ترمي في مجملها لتحضير المريض ليقوم الممرض (رتبة أعلى) بتدخل تقني على جسد نظيف، ولكن ما وجدناه في واقع العمل اليومي أن مساعدي التمريض هؤلاء هم من يقوم بكل أنواع الرعاية الصحية بهذه المصلحة، ولا توجد فئات أخرى من شبه الطبيين. هذا يعني، أنهم يقومون بجزء كبير من مهام غير مخولين بأدائها، سواء من الناحية القانونية أو من حيث التكوين. مهام تستدعي تدخل فئات أعلى تكويناً وأكثر تأهيلاً، على اعتبار أن تحقيق أهداف الرعاية الصحية يكون وفق تقسيم عمل بين فرق متعددة التخصصات ومستويات التدخل. الوظائف أو المهام إذن، غير محسومة بصفة قطعية أو صارمة لكل فئة مهنية على حدى، ولكنها مختزقة أو مستباحة بمجرد أن تؤدي ولو بصورة شكلية. وبذلك فالحرركات، ليست امتداد لرؤية علاجية ولكن خالية من المعنى، تتوافق بالأحرى مع تصرفات صامتة، عندما يتم تنفيذها دون الإحتياطات المفترض أن ترتبط بها (Yannick, 2003, p. 352). ينعكس

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

كل ذلك، على تطبيق قواعد النظافة الاستشفائية بصفة خاصة وعلى الأداء المهني الذي يتسم بتكيف تعسفي مع غموض وضبابية النسق الواقعي عن طريق المحاولة والخطأ، وهذا يلقي بتداعياته على طريقة الرعاية الصحية والممارسة الوقائية.

2.4 بروتوكول غسل الأيدي:

إجراء غسل اليدين هو أحد أهم القواعد البروتوكولية التي يتعين على مهنيي الصحة الالتزام بها عند أداء مهامهم في المستشفيات، وهي مجموعة من التدابير تصفها المدونة المرجعية بأنها بسيطة وفعالة تسمح بالقضاء على الكائنات المجهرية المتجمعة على سطح الأيدي، وتفادي الانتقال المركب لعدوى اليدين المتسببة في الانتانات المرتبطة بالعلاج ونشر الكائنات المجهرية ذات المقاومة المتعددة. ويهدف إجراء غسل الأيدي حسب تلك المدونة أيضا إلى رعاية صحية أكثر سلامة، وللوقاية من الإصابة بالعدوى الانتانية. الجميع معني بإجراء غسل اليدين، وخلال عملية العلاج كل مستخدمي الصحة بدون استثناء هم معنيون بهذا الإجراء، الذين هم في اتصال مباشر أو غير مباشر مع المرضى ومحيطهم، والمرضى والزوار هم معنيون كذلك بتطبيق القواعد البروتوكولية لغسل اليدين. في المصلحة محل ملاحظتنا، توجد صورة عرضها حوالى ستون سنتيمتر وطولها ثمانون سنتيمترا معلقة في بهو قاعة الإنتظار تتضمن إجراءات غسل الأيدي مفصلة بالصور والأشكال، ولكن لم نشهد ما يشير لتسهيل تطبيق هذه الإجراءات البروتوكولية بالنسبة للمرضى أو للزائرين، لم تخصص أماكن للتزود بالمحلول الكحولي لهذا الغرض، غرف المرضى الموضوعين تحت الملاحظة الطبية كذلك لا تتوفر فيها هذه المواد، بل يوجد لدى المرضى بطانياتهم وأغطيتهم المنزلية وبعض المأكولات وهي كلها أشياء من خارج المستشفى كفيلة بنقل كائنات مجهرية معدية إلى داخل المصالح الإستشفائية. دورات المياه غير مزودة بمواد التنظيف التي تساعد على تطبيق الإجراءات البروتوكولية. بالنسبة للمهنيين كذلك، لم نلاحظ أنهم مزودين إما بعبوات المحلول الكحولي الفردية التي توضع في الجيب وتساعدهم في فرك الأيدي كما هو مطلوب بروتوكوليا، أو قوارير مكتبية وجدارية. مثلا خلال أزمة كورونا شهدنا امتثال واسع بهذا التقليد، كانت القوارير حينها منتشرة على مستوى أماكن مختلفة، فضلا عن

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهني الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

عبوات صغيرة جيبية تساعد على استخراجها من حين لآخر وفرك الأيدي بواسطة المحلول الكحولي، ولكن هذه المظاهر اختفت تماما في المصلحة ولا نكاد نرى المهنيين يطبقون غسل الأيدي.

3.4 القفازات، القناع الواقي للأنف والفم، والألبسة:

ارتداء القفازات هو كذلك من بين الإجراءات البروتوكولية المهمة في يوميات عمل مهنيي الصحة، إذ تنص التعليمات على ضرورة ارتدائهما تلقائيا عند: مباشرة عملية العلاج، عندما تتضمن يد المعالج ندبات أو خدوش، قبل أي علاج يعرض لخطر الاتصال بالدم، سوائل بيولوجية أو مخاطية أو جلد متقرح للمريض، عند التعامل مع المعدات والبياضات المتسخة وأنايب العينات البيولوجية وما الى ذلك. واستبدالهما كذلك يخضع لمبادئ بروتوكولية صارمة: بين مريض وآخر، لذات المريض عند الانتقال من علاج لآخر، عند الاتصال بالحيط. في هذا الجانب جمعنا عدة ملاحظات تفيد وجود اختلالات في الالتزام ببعض القواعد البروتوكولية للنظافة الإستشفائية (القفازات، القناع الوقائي، المنثر). لا يخضع استعمال القفازات للاعتبارات المعيارية الواجبة، حيث تتكرر ملاحظتنا عن مهنيين يستعملون قفازات مطولا دون استبدالهما رغم الانتقال من علاج لآخر، (وأحيانا) الانتقال حتى من مريض لآخر، كما لاحظنا عدم استعمالها بالمرّة - في بعض الحالات قد تكون لأنها علاجات بسيطة في نظر المهنيين - أو هناك "منطق" إنتقاء معين في تقرير ارتدائها من عدمه، مع أن القاعدة تنص على ارتداء القفازات مهما كانت بساطة العلاج المقدم، ولاحظنا كذلك استعمالها لربط ذراع المريض من أجل إظهار الأوردة/الشرايين في عمليات اقتطاع الدم وما تبعها، وهي غير مخصصة لهذا الغرض، ويعتبر هذا السلوك إهدار للموارد يؤدي إلى حرمان التزود بها في مكانها الصحيح. عدم ارتداء القناع الوقائي أو خضوعه لنوع من "المزاجية" على غير ما تنص البروتوكولات الوقائية، وقد بينت لنا أزمة وباء كورونا مدى أهميتها. من بين الملاحظات أيضا خلل في استعمال أطقم الألبسة الوقائية بلغت حد الفوضى. تقتضي القواعد

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

البروتوكولية ارتداء الأطقم (الطقم يتكون عادة من قطعتين بألوان مختلفة ومئزر) وفق انتظام معين، تراعي بالدرجة الأولى مستوى الخطورة في احتمالية انتقال الكائنات المجهرية حسب المصلحة و/أو طبيعة الرعاية الصحية، وقد تمتد الى احتياطات إضافية من اللباس الوقائي، كما تراعي نظام معين من خلال رمزية الألوان تميز المصالح و/أو المهنيين. استخرجنا من سجل ملاحظتنا بعضا من الانتهاكات المرتكبة، لا نكاد نرى وحدة أو انسجام في ألوان الأطقم تميز المهنيين العاملين في هذه المصلحة، بل هناك انتقاء حسب ذوق جمالي وليست رؤية بروتوكولية ورمزية مثلما ذكرنا، كما يرتدي المهنيون، أحيانا، الطقم مكون من قطعتين فقط دون مئزر، أو الإكتفاء بالمئزر فوق اللباس العادي، وفي أوقات كثيرة يرتدون المئزر بفتح الأزرار و/أو التحوال به في فضاءات أخرى خارج المصالح بل حتى خارج الهياكل الصحية (المطاعم بالخصوص والمصالح الإدارية القريبة) وهذا معاكس تماما للمبادئ الوقائية التي تكرسها القواعد. فالحركة من/الى المصالح الإستشفائية يحتكم لاعتبارات صارمة تضمن الحفاظ على فضاءات علاج خالية من الكائنة المجهرية. من المهنيين، أيضا من يقوم بتعديلات جوهرية على المئزر تخرج عن طابعها الوقائي ويفقدها خصائص ومعايير معينة.

4.4 النفايات ذات الخطر المعدى:

ينتج عن نشاط الرعاية الصحية في المصالح الاستشفائية المختلفة، كميات معتبرة من النفايات، منها ما يصنف نفايات خطيرة على الإنسان والبيئة، تسمى في الأبجديات الطبية: نفايات نشاطات العلاج ذات الأخطار الإنتانية، ويرمز لها اختصارا باللاتينية « DASRI » وهي النفايات الناتجة عن نشاطات التشخيص، المتابعة والرعاية الوقائية، العلاجية أو التلطيفية، في مجالات الطب الإنساني والبيطري (République Française, Ministère de la santé et des sports, 2009, p. 08). تشكل إذن، مسألة التحكم في تسيير هذه النفايات، رهانا حقيقيا للمستشفيات باعتبارها منتجا لها ومسؤولة عن التخلص منها. لذلك، تخضع متابعة مسار هذه النفايات منذ نشأتها إلى غاية التخلص منها لتقاطع جملة من الاعتبارات: قانونية، تقنية، تكوينية... الخ. كما أن التحكم في تسيير هذه النفايات

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهني الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

مرهون بالتحكم في مراحله المتتالية. وبالتالي، مرحلة التخلص من النفايات لا تستقيم إلا بنجاح كل المراحل التي سبقتها. لعل أولها، هي عملية فرز النفايات حال نشأتها. لقد قمنا برصد جملة من الأخطاء التي تقع في هذا المضمار. يشوب خلل في تطبيق معايير فرز النفايات المتعلقة بنشاط العلاج تكاد تطبع كل سلوكيات شبه الطبيب في مصلحة الإستعجالات محل دراستنا؛ بدءا بالخلط بين النفايات العادية المصنفة كالنفايات المنزلية، والنفايات الناتجة عن نشاط العلاج، مثل الضمادات المستعملة، البقايا العضوية والأمصال والدم .. الخ. معالجة "الخليط" كنفايات منزلية له تداعيات خطيرة سواء على الأعوان المكلفين بمعالجته، أو عندما ترمى تلك النفايات في بيئة مفتوحة. وارتكاب الأخطاء أيضا، في فرز النفايات وفق أكياس محددة بالألوان تبعا لتدرج الخطورة (أصفر، أحمر، أسود) مما يصعب معالجتها للتخلص منها بما يناسب درجة خطورتها. يتعامل مهنيو الصحة، (أحيانا) باهمال مع النفايات الصلبة (حقن وأدوات الجراحة، مشارط ...)؛ ترك هذه المخلفات الحادة على الطاولة بعد استعمالها، وعدم التخلص منها في حينها داخل التوضيب المخصص لها، يجعلها تختلط بالنفايات الأخرى من ضمادات وغيرها، ثم تلقى في الأكياس التي يمكن أن تمر عبرها - بفعل طبيعتها الصلبة مقابل هشاشة الأكياس - وتشكل خطر حينها على عمال التنظيف. إن الحرص على رمي النفايات الصلبة مباشرة بعد استعمالها في التوضيب المخصص لها، هو فعل وقائي بالدرجة الأولى، يهدف إلى حماية المهنيين من الإصابة بتلك النفايات (الحادة أو القاطعة) التي تكون ملوثة بعد الاستعمال بالبقايا العضوية للمرضى، وقد تحتل انتقال العدوى، مثلا إعادة التعامل مع ما ألقى خارج التوضيب الخاص من إبر حقن، مشارط، أدوات جراحية، أو حتى إعادة إغمار هذه الأدوات بواسطة اليد، تمثل خطرا حقيقيا في الإصابة بها سواء للمهنيين أنفسهم أو لعمال التنظيف.

5.4 لجنة مكافحة الإلتانات المرتبطة بالعلاج (CLIN):

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

تتوفر المستشفيات، أو يجب أن تكون كذلك، على لجنة تدعى لجنة مكافحة "الإنتانات المرتبطة بالعلاج" ويرمز لها باللاتينية CLIN. تتولى اللجنة مسؤولية التنظيم، الوقاية ومراقبة "الإنتانات المرتبطة بالعلاج" في المؤسسات الصحية. تم تحديد تشكيلة هذه اللجنة ومهامها بموجب نص تنظيمي (République Algérienne Démocratique et populaire, Ministère de la santé, 1998)، فقد عين دورها كهيئة استشارية في تحديد، مراقبة الإنتانات المرتبطة بالعلاج ومعرفة مدى انتشارها، إنشاء واقتراح برنامج لمكافحةها وبرنامج تكوين، تقييم النتائج والتدابير المتخذة ورفع تقرير بهذا الخصوص لرئيس المؤسسة. بهذا المعنى إذن، تعمل اللجنة كأداة ضابطة لفعالية الممارسة الوقائية، أولاً من حيث تشكيلتها التي تجمع مختلف الفاعلين من رؤساء مصالح وفاعلي المؤسسة الصحية، ثانياً من حيث دورها في التدخل والمراقبة والتكوين لمختلف أعوان الرعاية الصحية في مجال النظافة الإستشفائية. هذا على المستوى النظري، ولكن المعلومات التي تحصلنا عليها بالنسبة لعدد لا بأس به من المؤسسات الصحية، بما في ذلك المؤسسة التي تنتمي لها مصلحة الدراسة، تفيد بتعطيل عمل لجان مكافحة الإنتانات المرتبطة بالعلاج، إما بإغفال تحيين قرارات العضوية في هذه اللجان، هذا يعني أن الاجتماعات لا تعقد في الأغلب لأن بعض الأعضاء قد يكونوا غادروا المؤسسة، أو قد تعقد بعدد قليل من الأعضاء، يطبع جلساتها الأسلوب الإداري والشكلي على حساب المضمون وبالتالي، فمخرجاتها لا تكون ذات قيمة. وإما بعدم تفعيل عقد الاجتماعات الدورية من الأساس، إلا في حالات الأزمة مثلما شهدنا في جائحة كورونا. و(أحياناً) يكون اللجوء إلى الحرص على تشكيل تلك اللجان ومتابعة عقد إجتماعاتها تحت الإيعاز من السلطة المركزية. كما تبين من خلال الإطلاع على بعض محاضر جلسات اللجان، أن المناقشة مقيدة بالحديث أكثر عن الإعتمادات المالية المدرجة في ميزانية المؤسسة، فينزح الأمر إلى مناقشة استهلاك المبالغ المالية وليس حديث عن تحقيق أهداف أو نشاط ذا أولوية معينة. يؤشر كل ذلك، على أن عمل اللجنة ليس من صميم أولويات التسيير بالنسبة لمسؤولي المؤسسات الصحية. وبالتالي

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهني الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

ينفي ذلك تماما دورها كما تقدم ذكره، مما يعكس على مدى التطبيق الفعال للنظافة الإستشفائية وما يرتبط بها.

5- الخاتمة:

حاولنا رصد بعض مظاهر الإنحراف بين الممارسات الوقائية لمهنيي الرعاية الصحية والقواعد الرسمية للنظافة الإستشفائية. أخذنا كنموذج: مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية التابعة لمستشفى عاصمة الولاية غرداية، التي تعمدنا زيارتها كمرافقي مرضى أو مراقبين على مستوى قاعة الانتظار في بهو المصلحة، جمعنا معلومات بالملاحظة المباشرة. كما جمعنا معلومات أخرى عن طريق مقابلات مع مسؤولين ومهتمين بالنظافة الإستشفائية، وهذا في حدود دراسة استطلاعية للاقتراب من الظاهرة. سجلنا، أولاً، اختلالات عامة في سير المصلحة؛ ضبابية أو غموض ناتجة عن العدد الكبير لمرتفقيها، دون منطق فرز واضح، بين صلاحياتها الوظيفية القائمة على "الانتقائية" تبعاً لعدد محدد من الأمراض أو لطابع الاستعجال، وبين وجوب استيعابها لكل زائر. يتجلى الانحراف كذلك، في (الصمت) عن ممارسة فئة من شبه الطبيين لصلاحيات مهنية تتجاوزها من حيث التكوين أو تقسيم العمل، واستباحة الحدود بين مهام ووظائف الفئات المهنية. كما يتمظهر الانحراف في عدم وجود ما يسهل إجراءات غسل الأيدي بالنسبة للمرضى والزائرين وكذلك المهنيين. من بين مظاهر الخلل أيضاً، عدم استعمال القفازات من الأساس أو استعمالها المطول دون استبدال، رغم الانتقال من علاج لآخر، أو حتى الانتقال من مريض لآخر. "المزاجية" في وضع القناع الواقي، فوضى في لبس بدلات الأطقم والمآزر، ارتكاب الأخطاء عند فرز النفايات ذات الخطر المعدي، وأخيراً اختلال على مستوى التسيير لعقد جلسات لجان مكافحة الإنتانات المرتبطة بالعلاج.

من المؤكد إذن، وجود فجوة بين الممارسة الواقعية والقواعد الرسمية للنظافة الاستشفائية لدى مهنيي الرعاية الصحية في المصلحة المدروسة، بين ما هو مأمول تطبيقه عن طريق القواعد والمعايير البروتوكولية، وواقع حقيقي أو نسق فعل ملموس تخترقه استراتيجيات متعددة لحل المشاكل اليومية التي تعترض الفاعلين.

بجفة نذير، عبداللاوي ليندة

وما مظاهر الخلل تلك، إلا مثل "طفح" تظهر على السطح تستدعي بحث أكثر عمقا لفهم المعاني والدلالات التي تقف وراء الأفعال. لكن اهتمام السلطات الصحية يتركز خصوصا فيما يتعلق بالممارسات الوقائية، على مسألة تحسيس المهنيين عن طريق الندوات والدورات التكوينية، التي لا ننفي أهميتها، ولكنها ليست كل شيء. نعتقد أن التركيز يجب أن ينصب على معرفة معاشة المهنيين للظاهرة، وفهم منطق الفعل المخفي وراء أفعالهم لتحريكها في الاتجاه المرغوب.

6- قائمة المراجع:

6. أ. باللغة العربية:

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية. (20 مارس، 2011). المرسوم تنفيذي رقم 11-121. القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية (العدد 17/2011). الجزائر: المطبعة الرسمية.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية. (2 يوليو، 2018). قانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 يوليو سنة 2018. قانون الصحة (العدد 45 (29 يوليو 2018)). الجزائر: المطبعة الرسمية.
- سعيد سبعون. (2017). الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع (الإصدار ط 2). الجزائر: دار القصة للنشر.

6. ب. باللغة الفرنسية:

- Mebtoul, M. (2004). 9. Déconstruction des normes professionnelles et discours de « victimisation » des acteurs de la santé (Algérie): Dans *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (pp. 135-150). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Amiel, c. (2005). on sait qu'il n'y a pas de « vrais » risques. Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales. *sciences sociales et santé*, 23(3), pp. 37-58.
- Del Volgo, M.-J. (2008). Hôpital d'hier et d'aujourd'hui: Malaise dans le soin ? *Cliniques méditerranéennes*, 2(78), pp. 165-175.

مظاهر الإنحراف في ممارسة مهنيي الرعاية الصحية للنظافة الاستشفائية دراسة استطلاعية بمصلحة
الاستعجالات مستشفى "د، تريشين بغرداية"

- DGPPS. (2015). Directives nationales relatives à l'hygiène de l'environnement dans les Etablissements de santé publics et privés. Alger, Algérie: ANDS.
- Diarra, Y. M., & Fulbert, T. (2022, 10 31). Hygiene Hospitaliere et Prevention des Infections Nosocomiales en Côte d'Ivoire: Cas de l'Hôpital General de Dabou. *ESJ Natural/Life/Medical Sciences*, 18(33), p. 281.
- Dodier , N., & Camus , A. (1997). L'hospitalité de l'hôpital. *Communications*, 65(1), pp. 109-119.
- Kammoun, H. (2008). Bases conceptuelles et domaines de l'hygiène hospitalière. Dans C. ARFAOUI, & Autres, *Hygiène hospitalière et lutte contre les infections associées aux soins, Ouvrage collectif à l'usage des personnels soignants et des hygiénistes* (Vol. 1, pp. 10-18). Tunisie: Ministère de la Santé Publique.
- Lejeune, B. (1998). Préface. Dans A. Audurier, & Autres, *Hygiène Hospitalière*. Lyon, France: Presses universitaire de lyon.
- République Algérienne Démocratique et populaire, Ministère de la santé. (1998, Nov. 17). Arrêté Ministériel, N° 64 portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des établissements de saanté. Alger, Algérie: l'Auteur.
- République Francaise, Ministère de la santé et des sports. (2009, Décembre). *Déchets d'Activité de soins à risques, comment les éliminer ?* Consulté le juillet 01, 2024, sur sante.gouv.fr: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Dasri_BD.pdf
- Yannick, J. (2003). Anthropologie et hygiène hospitalière. Dans B. Doris, & J. Yannick, *Maladies de passage, Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest* (pp. 341-373). France: KARTHALA.