

تقييم مستوى تطبيق أنسنة المستشفيات في المؤسسات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة دراسة استقصائية على بعض المؤسسات الصحية بسطيف

Evaluating Hospital Humanization Implementation in Healthcare Institutions from Service Beneficiaries' Perspective: A Survey-Based Study in Some Healthcare Institutions in Sétif

خديجة بن موهوب²
جامعة فرحات عباس – سطيف 1-، الجزائر
البريد الإلكتروني
Khedidja.belmouhoub@univ-setif.dz
0666034159

شافية قري^{*1}
جامعة فرحات عباس – سطيف 1-، الجزائر
البريد الإلكتروني
c.guerfi@univ-setif.dz
0550138319

تاريخ النشر: 2026/06/30

تاريخ المراجعة: 2026/06/16؛

تاريخ الاستلام: 2026/04/24؛

ملخص:

هدف البحث للإجابة عن السؤال الرئيسي له والمتمثل في: تقييم مستوى توافر أبعاد الأنسنة في بعض المؤسسات الصحية بولاية سطيف، مع التركيز على الأبعاد الأخلاقية والبيئية والتنظيمية؟ للإجابة على السؤال تم الاعتماد على مدخل كمي أداته الاستبيان كأداة لجمع البيانات وتحليلها وهذا ضمن منهج وصفي يصف الظاهرة، بلغت عينة الدراسة 276 مستجوبا، وأثبتت نتائج البحث أن البعد الأخلاقي متوافر بشكل مرتفع، يليه البعد البيئي بمستوى متوسط وأخير البعد التنظيمي بمستوى ضعيف
الكلمات المفتاحية: أنسنة المستشفيات، نظام الرعاية الصحية، الخدمة الصحية، المؤسسات الصحية
تصنيف JEL: I11, L25, D23

Abstract:

The study aims to answer its main research question, which is to evaluate the level of availability of humanization dimensions in selected healthcare institutions in the province of Sétif, with a focus on ethical, environmental, and organizational dimensions. To address this question, a quantitative approach was adopted, using a questionnaire as the primary data collection and analysis tool, within a descriptive methodology aimed at describing the phenomenon. The study sample consisted of 276 respondents. The findings revealed that the ethical dimension is highly available, followed by the environmental dimension at a moderate level, while the organizational dimension is weakly available.

Keywords: Hospital humanization, Healthcare system, Healthcare service, Healthcare institutions

JEL Classification Codes : I11 ,L25 ,D23

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها "حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد غياب المرض أو العجز" (Genevieve, 1996, p. 13) ويتطلب توفيرها رعاية صحية متكاملة تكون في مؤسسات الرعاية الصحية والتي تعتبر الأماكن التي يقصدها المرضى الذين يعانون من حالات صحية لتلقي العلاج، والذي يقدمه متخصصون وغيرهم من مقدمي الرعاية.

في العقود الأخيرة شهد العالم نمو ديمغرافيا رافقه زيادة الامراض وزيادة طالبي الخدمة وفي ظل محدودية الموارد المتاحة (بورتر وتينسبيرج، 2006). اتجه العالم الى البحث عن إيجاد الحلول الكفيلة لتحسين أنظمتها الصحية بما يحقق التوازن بين فجوة العرض والطلب. وقد كان التوجه العالمي نحو تحسين الأنظمة الصحية مدفوعاً أساساً باعتبارات اقتصادية وتقنية، حيث سعت الحكومات إلى ترشيد الإنفاق، رفع كفاءة الخدمات، والاستجابة للضغط المتزايد الناتجة عن تزايد الطلب على الرعاية. وقد أدى هذا التركيز إلى النظر للمريض باعتباره "مستهلكاً للخدمة" ضمن منطق السوق، مما جعل الأولوية تُمنح للمؤشرات الإنتاجية مثل عدد العمليات، مدة الإقامة، وتكلفة العلاج، وأسهم هذا التوجه في التأثير على طبيعة عمل المؤسسات الصحية عمومية كانت أو خاصة مما دفعها إلى اعتماد ممارسات إدارية قد لا تتناسب في كثير من الأحيان مع خصوصية بيئتها ووظيفتها. باعتبارها مؤسسات ذات طابع اجتماعي.

إن إعطاء الأنظمة الصحية الأفضلية للجوانب التشغيلية ذات الطابع الاقتصادي على حساب الجوانب الإنسانية والقيمية التي تقوم عليها رسالتها الأساسية (راموس، 1984) من خلال تحسين البنية التحتية والتمويل الصحي، وإغفال ضرورة تعزيز "الرعاية المتمحورة حول الإنسان". قد ملصها من إنسانيتها، وولّد فجوة بين كفاءة العلاج ورضا المرضى. وزاد من تراجع الثقة بين المريض والمؤسسة الصحية. ما أفقد هذه الأخيرة سمعتها. فقد أظهرت تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2019)، تحدث ملايين الأخطاء الطبية سنوياً على مستوى العالم، أغلبها نتيجة ضعف التواصل بين الطبيب والمريض أو بين فرق العمل داخل المؤسسة الصحية. كما أظهرت الدراسات أن هناك علاقة سببية بين بيئة العمل السيئة ومستوى الضغط (LL Correia · 2025). التركيز على النهج المتمركز حول الشخص، واستقلالية المريض وتفضيلاته. وتجاوز ذلك بأنسنة الرعاية لتشمل أسرة المريض ومقدمي الرعاية الصحية، لم يكن وليد الصدفة بل جاء لما توصلت اليه الأبحاث والدراسات بأن العنصر الإنساني له تأثير ملموس ومن ذلك دراسة (regina Allande, Cussó , & al, 2025, p. 463) التي توصلت الى أن الأبعاد الإنسانية لها تأثير على النتائج الصحية وسلامة المرضى، ودراسة بأخرى توصلت الى أن تبني الأبعاد الإنسانية من طرف مقدمي الخدمة قد زاد من وصال الثقة ورضا المرضى وعزز من جودة الخدمة. (Meneses -La-Riva & al, 2021)

إن هذا التوجه نحو تبني الأبعاد الإنسانية في مجال الرعاية الصحية والذي اثمرت فعاليته من خلال الدراسات والأبحاث العلمية جعلنا نتجه تجريبياً وواقعياً إلى تقييم حقيقي للبعد الإنساني داخل مؤسسات الرعاية الصحية الجزائرية، لمعرفة مدى تطبيقها لهذا البعد باعتباره مؤشر حاسم لجودة الخدمات الصحية وسمعتها من خلال بناء علاقة ثقة مع المجتمع. وذلك من خلال تقييم مستوى توافر أبعاد الأنسنة في بعض المؤسسات الصحية بولاية سطيف، مع التركيز على الأبعاد الأخلاقية والبيئية والتنظيمية وذلك للخروج بجملة من المقترحات الكفيلة بتعزيزها داخل المؤسسات الصحية الجزائرية بالإجابة عن السؤال البحثي الآتي: ما مستوى تطبيق أنسنة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية؟

فرضيات الدراسة:

انطلاقاً من الجانب النظري الذي مكن من تحديد الأبعاد النظرية لأنسنة الخدمة الصحية وحصرها في ثلاثة أبعاد هي الأخلاقية والبيئية والتنظيمية وانطلاقاً من الزيارات الأولية التي تمت إلى المؤسسات الصحية سواء في مرحلة ضبط موضوع الدراسة أو في مرحلة توزيع الاستبيانات فإن هذه الدراسة ستتم في بعض المؤسسات الصحية الجزائرية وبالضبط في ولاية سطيف وتفترض الفرضيات الآتية:

- يتوافر البعد الأخلاقي لأنسنة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية محل الدراسة بدرجة متوسطة
- يتوافر البعد البيئي لأنسنة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية محل الدراسة بدرجة متوسطة .
- يتوافر البعد التنظيمي لأنسنة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية محل الدراسة بدرجة متوسطة.

أهمية الدراسة

تنبع الأهمية العلمية للدراسة من كونها تعالج موضوعا ما يزال محدود تناول نسبيا في البيئة الجزائرية، خاصة فيما يتعلق بقياس مدى توافر أبعاد الأنسنة داخل المؤسسات الصحية من منظور ميداني. كما أنها تسهم في إثراء الأدبيات العربية المتعلقة بالرعاية الصحية المتمحورة حول الإنسان، من خلال التركيز على ثلاثة أبعاد أساسية هي: البعد الأخلاقي، والبعد البيئي، والبعد التنظيمي، باعتبارها مكونات رئيسية في بناء مؤسسة صحية أكثر إنسانية. أما من الناحية العملية، فتتجلى أهمية الدراسة في قدرتها على تقديم تشخيص واقعي لمستوى توافر هذه الأبعاد داخل بعض المؤسسات الصحية بولاية سطيف، بما يساعد المسؤولين والقائمين على التسيير الصحي في تحديد جوانب القوة والقصور، ووضع برامج تحسين تركز على احترام كرامة المريض، وتحسين بيئة الرعاية، وتطوير التنظيم الداخلي بما ينعكس إيجاباً على رضا المرضى وجودة الخدمة وسمعة المؤسسة الصحية. كما يمكن أن تشكل نتائج الدراسة قاعدة مرجعية تفيد صناع القرار في توجيه السياسات الصحية نحو مقاربة أكثر توازناً بين الكفاءة التقنية والبعد الإنساني.

1.I- الجانب النظري لأنسنة المستشفيات

توصف المستشفيات بطبيعة رسالتها كمنظمات إنسانية. تركز في سياساتها وأجرائها الرئيسية على البشر ورعايتهم الصحية. ومن التحديات التي تواجه إدارة المستشفيات دمج البعد الإنساني ضمن هذه السياسات، ويترتب على ذلك ضرورة إجراء تغييرات سلوكية وثقافية جوهرية، إلى جانب تغييرات في الإجراءات الإدارية للمستشفى (Schein, 1992; Smircich, 1983). من ناحية أخرى، تضيف السياسة الإنسانية الجديدة معنىً جديداً على العلاقة بين مقدمي الخدمة الصحية والمريض، مما يحقق فوائد كبيرة للأفراد والمجموعات والمؤسسات.

تعد الرعاية الصحية السيناريو الأكثر حساسية، نظراً لأن الضعف والمعاناة متأصلان تقريباً في عملية المرض. وقد أثارت تغييرات الرعاية الصحية في السنوات الأخيرة في تعزيز مقاربة أكثر إنسانية تركز على مبادئ الاحترام المتبادل، والتواصل الإنساني الفعال، والاهتمام بكرامة المريض وخصوصيته ضمن بيئة علاجية آمنة وداعمة. وهو يتضمن بذلك جوانب تتعلق بالجودة من جهة، ويشكل التزاماً أخلاقياً بمراعاة الفرد في بيئته: سواءً من حيث استقلاليته أو في بعده الأكثر ذاتية. من جهة أخرى وهو ما استند إليه في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الذي اعتمدته الأمم المتحدة وأعلنته في 10 ديسمبر 1948. (De Cássia , Braga Massarollo , & Dos Santos, 2015, pp. 41-42)

وعليه فإن إضفاء الطابع الإنساني على الرعاية الصحية ليس أيديولوجية، بل هو جزء لا يتجزأ من مهنة الرعاية الصحية ويعرف مصطلح أنسنة بأنه: 'جعل شيء أو شخص ما إنسانياً، ومألوفاً، وودوداً'. (De la Fuente-Martos , 2018). وفي سياق الجودة تعرف الأنسنة على أنها: 'إلى التزام الجهات الفاعلة التي تتدخل في هذه المساعدة بضمان إمكانية الوصول، والفرصة، والأهمية، والأمن، واستمرارية المساعدة للمرضى المتوقعين'. (Ángela María Henao-Castaño , 2021).

وتأتي أهمية الأنسنة في كونها فلسفة تعيد الاعتبار للإنسان داخل المنظومات الاجتماعية والصحية والإدارية. بوصفها محورا وغاية لكل السياسات والممارسات ففي عام 2009، اعتمدت جمعية الصحة القرار ج WHA62.12، الذي حثّ على تحسين الرعاية الصحية الأولية وتعزيز النظام الصحي، وطلب من المدير العام إعداد خطط تنفيذية للاتجاهات السياسية العامة الأربعة، بما في ذلك وضع الإنسان في صميم تقديم الخدمات (WHO, 2016) فالأنسنة تعزز قيم التعاطف والكرامة والاحترام، وتسهم في بناء بيئة يشعر فيها الفرد بالأمان والثقة والانتماء. وفي المؤسسات الصحية تحديداً تشكل الأنسنة أساساً لتحسين جودة الخدمة الصحية، إذ تقوي العلاقة بين المهنيين والمرضى، وتساهم في تقليل التوتر، ورفع مستوى الرضا وتحسين النتائج الصحية بفضل التواصل الفعال والمرافقة الإنسانية كما تحدث فرقا في مستوى الأداء من خلال تعزيز العمل الجماعي وتدعيم المناخ التنظيمي، وتشجيع المشاركة في اتخاذ القرار وبذلك تصبح نهجا استراتيجيا يزاوج بين الكفاءة المهنية والقيم الإنسانية وتسهم في تطوير مؤسسات أكثر فعالية واستدامة وذات سمعة مرموقة تجابه بها نظيرتها المنافسة. في بيئة المستشفى الإنسانية، تقدر البنية المادية والتكنولوجية والبشرية والإدارية الإنسان وتحترمه، وتكون في خدمته، مما يضمن رعاية عالية الجودة.

2.I- أبعاد أنسنة الرعاية الصحية:

يشكل نظام الرعاية الصحية مرآة عاكسة لجودة الخدمات الصحية المقدمة، والتي أضحت تحدياً لها بعد الشكوك والآراء المنتشرة حول نوعيتها. فيومياً تظهر مواقف تفضي إلى كشف ممارسات سوء المعاملة، سواءاً كانت سلبية أو إيجابية، وتكاثرها، بل وزيادتها. فمن علامات اللامبالاة

التي تكاد تكون خفية، إلى أحداث العنف الصريح والمفرط، المرتبطة بالحوادث التي تفرضها المؤسسة، والعاملون في المجال الصحي، وحتى المستفيدون وعائلاتهم الذين يجدون أنفسهم أيضاً في مواقف متطرفة، يتعرض الاحترام المتبادل، وبروتوكولات الحقوق والواجبات، وتحقيق الرفاه الشامل للخطر.

إن أنسنة الممارسات في مؤسسات الرعاية الصحية تستلزم إعادة النظر في خدمات الرعاية الصحية من منظور لا يقتصر على الجانب التقني فحسب، بل يشمل أيضاً الجوانب الأخلاقية والحيوية، مع التركيز على الجوانب الاجتماعية والعلائقية والبيئية. وتتطلب كل ممارسة أنسنة مراجعة ودراسة لآراء من يعتبرون أنفسهم في هذا الوضع المش. أي في نطاق وحدود مرضهم أو حالتهم الصحية، والقيود المفروضة على استقلاليتهم وحرية تصرفهم. والتي تعني تقرير مصيرهم، والسرية، وتعزيز الكفاءة والمسؤولية الشخصية والعائلية والمجتمعية وطول فترة الإقامة في مرافق الرعاية الصحية، أو لطبيعة الإجراءات الطبية المطبقة، كلها عوامل تؤثر على جودة حياتهم، حتى في الحالات الحرجة هذا من جهة، ومن جهة أخرى فقد اثبتت دراسات أن ظروف العمل المفروضة على العاملين في مجال الرعاية الصحية في المراكز الصحية من المساحات وساعات العمل المتاحة تقوض الرعاية الفعالة التي تحترم كرامة الإنسان. ويؤكد نقص غرف الفحص المناسبة، والمعدات المناسبة، وساعات العمل المناسبة التي تُراعي تعقيد الاستشارة، من بين عوامل أخرى، شعوراً بعدم الارتياح لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية، مما يُعطل ممارستهم، وخاصة قدرتهم على التواصل بفعالية وحزم مع مرضاهم أو عملائهم أو مستخدمي النظام. وفي كثير من الحالات، قد يؤدي هذا إلى أعراض مرتبطة بالإرهاق، مما يؤدي إلى معاملة مهينة في مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية. (Dall & al, 2020).

إن اعتماد الأبعاد الانسانية أظهرته العديد من الأبحاث العلمية التي تركز على أن البيئة قادرة على دعم احتياجات المرضى النفسية انطلاقاً من تأثير دراسات عالم النفس أبراهام ما سلو حول هرم الاحتياجات، في الحديث عن إضفاء الطابع الإنساني فيما يتعلق بالرعاية ومؤسسات الرعاية الصحية واحتياجات المستخدمين (Abraham, 1968). ومنذ ذلك الحين، طورت العديد من المبادرات، بما في ذلك على سبيل المثال "حركة الرعاية التلطيفية" (1967)، نشاطها بشأن قضية إضفاء الطابع الإنساني على الرعاية الصحية. وفي السنوات الأخيرة، ركز هذا الإضفاء على الجوانب المعمارية والتصميمية. وفي الوقت الحاضر، لتوجيه اختيارات المصممين بهذا المعنى وقد ساهمت تخصصات مختلفة، مثل علم النفس البيئي، وعلم النفس المعماري، وعلم الأعصاب، وعلم النفس العصبي المناخي، وبيئة العمل، والتصميم المبني على الأدلة، ونظريات الإدراك، في تحديد مفهوم الأنسنة القائم على عوامل عديدة، مثل الإضاءة، والمناظر الخارجية، والفن، وسهولة الوصول إلى الحدائق، وغيرها. يجب أن يأخذ التصميم المعماري هذه الاعتبارات في الاعتبار لبناء بيئة تُمكن المريض من العيش دون قلق (Evahid ghoadian et al, 2021). بعد ما كان يعتمد في بناء المستشفى، في جوهره، سوى المتطلبات الوظيفية والتكنولوجية. حيث كان بمثابة آلة فعالة في عصر الطب عالي التقنية (Verderber, 2010, p. 13).

هذا التوجه الجديد في إدارة الخدمات الصحية يهدف إلى تعزيز جودة الرعاية من خلال مراعاة الكرامة الإنسانية وتهيئة بيئة علاجية شمولية تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية والجسدية للمريض. وللعمال وحتى الزوار والمجتمع وهو بالفعل ماكدته الدراسات وما أثبتته منظمة الصحة العالمية أن الرعاية المتمحورة حول الإنسان تُعد إحدى الركائز الأساسية لتحسين جودة الخدمات وتحقيق سلامة المرضى (WHO, 2016). وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن التصميم البيئي الجيد—مثل إدخال الإضاءة الطبيعية، المساحات الخضراء، التهوية الجيدة، والتحكم في الضوضاء—يسهم في تحسين نتائج العلاج وتقليل مدة الإقامة وتحسين رضا المرضى. كما يؤكد الباحثون على أهمية إدارة النفايات الطبية، واعتماد سياسات صديقة للبيئة (Green Hospital) للحد من التلوث وضمان سلامة المرضى والعاملين. إن الاهتمام بالبعد البيئي يرسخ ثقافة "المستشفى الإنساني" الذي يجمع بين الرعاية الصحية والرفاه البيولوجي والنفسي ضمن إطار مستدام (Guenther, Leed, & Gail, 2013). (USGBC). (2020).

البعد الأخلاقي: تتجلى أبعاد الأنسنة في البعد الأخلاقي والذي يركز على لرعاية الإنسانية (الكرامة، الاستقلالية، الخصوصية الاحترام من خلال الرعاية الأخلاقية والمسؤولة، المساواة في الحقوق والإنصاف في تقديم الرعاية الصحية، الحق في الحصول على المعلومات، الاستماع باهتمام، الدعم، الرحمة، التعاطف، النزاهة، الفردية، الثقة، التواصل والمعلومات حول المرض والدعم النفسي والاجتماعي أثناء الضعف والحد من التدخلات الضارة). (Andreucci-Annunziata & al, 2024)

- **البعد البيئي:** يركز البعد البيئي الذي يعتبر أحد المحاور الأساسية في أنسنة مؤسسات الرعاية الصحية على توفير بيئة علاجية صحية وآمنة تُراعي الاستدامة وجودة الهواء والضوء والنظافة وتقليل الملوثات. فمؤسسة الرعاية الإنسانية هي التي لا تكتفي بتقديم العلاج، بل تضمن أيضاً بيئة مريحة تقلل من الضغوط النفسية وتعزز شفاء المريض (السلامة والأمن-توفير بيئة علاجية مريحة ونظيفة، وجود مساحات هادئة وخضراء، استخدام مواد مستدامة، إدارة فعالة للنفايات) (Dijkstra , Pieterse , & Pruyn , 2006) (Guenther, R., & Vittori, G. (2013)).
- **البعد التنظيمي:** يركز البعد التنظيمي على الإجراءات التنظيمية والتي تعتبر التحدي الرئيسي المتمثل في تطبيق مفهوم "الإنسانية" في المستشفى. وتمحورت هذه الإجراءات بشكل رئيسي حول التغيير الثقافي، وإنشاء آليات تمكن العاملين في مجال الرعاية الصحية من العيش بانسجام مع أسر المرضى، والحد من النزاعات والمقاومة الداخلية، ومراجعة العمليات وإدارة التكاليف (Pascuci, 2017)، كما تفترض الأنسنة وجود نظام قيم، أي نظام معقد للتنظيم والحضارة يحترم استقلالية الأفراد، وتنوع الأفكار، وحرية التعبير، ويستعيد الذاتية. ومن ثم، فإن التحدي الذي يواجه المهنيين الصحيين في ظل التقدم التقني العلمي هو بناء عملية تشمل جميع الأشخاص والشعوب والمستفيدين من هذا التقدم. فالأنسنة عملية تحويل للثقافة التنظيمية، تتطلب الاعتراف بالجوانب الذاتية والتاريخية والاجتماعية والثقافية للعملاء والمهنيين وتقديرها، بهدف تحسين ظروف العمل وجودة الرعاية من خلال تعزيز الإجراءات التي تُدمج القيم الإنسانية والعلمية. وللمساهمة في تطوير كفاءات جديدة تدمج القيم الإنسانية والتقنية-العلمية، أي إشراك الإنسان في العمليات العلمية والسماح بتجربة منطق تخصصي مجزأ والتعامل معه. (Dirce Stein & al, 2007).

أما الثقافة التنظيمية الإيجابية فتعد عامل حاسم لا يعزز رضا الموظفين ورفاهيتهم فحسب، بل يحسن أيضاً أدائهم العام. (Schein , 2016) بالإضافة إلى ذلك، تؤدي الثقافة التنظيمية إلى نتائج إيجابية لخدمة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، لا سيما من حيث التجربة العامة والرضا والشعور بالأمان الذي يشعر به المرضى. (Braithwaite & al, 2017) وتُظهر دراسة أخرى أن المشاعر والنتائج المواقفة، مثل الالتزام التنظيمي، مرتبطة بالسلامة في العمل. (Arezes , Baptista JS, Melo , & al).

ولا ينفصل لبعد التنظيمي عن القيادة الإدارية الجيدة والمرنة حيث توصلت دراسة بوجود فجوة كبيرة بين إدراك المرضات لأنفسهن للطابع الإنساني، وهو إدراك مرتفع عمومًا، وإدراكهن لمديريهن، وهو إدراك متدنٍ في الغالب. هذا التنافر، إلى جانب عدم الرضا عن القيادة، يُبرز الحاجة إلى تطوير أساليب إدارية تُعزز التواصل والاحترام والشفافية لتحسين بيئة العمل وجودة رعاية المرضى (Riera, 2025).

تؤكد منظمة الصحة العالمية أن أنسنة المستشفيات تُعد خيارًا تنظيميًا واستراتيجيًا، يتطلب إعادة تصميم الهياكل التنظيمية، وتعزيز القيادة الداعمة، وتحسين بيئة العمل بما يضمن الكرامة والاحترام لكل من المريض ومقدم الخدمة الصحية (WHO, 2016)، (WHO, OECD, & World Bank, 2018).

II – الطريقة والأدوات:

تماشيا مع هدف الدراسة المتمثل في تقييم مدى توافر أبعاد أنسنة الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها فإن الاعتماد على معايير محددة واضحة مؤكدة يعتمد عليها في الحكم أمر محوري يضمن الوصول إلى نتائج تقيس الواقع الحقيقي للأنسنة بحيث يكشف مستوى الاهتمام بها ومجالات التقصير التي تحتاج إلى تدخل لمعالجتها. لأجل ذلك تم الاعتماد على مدخل كمي أدوات الاستبيان كأداة لجمع البيانات وتحليلها وهذا ضمن منهج وصفي يصف الظاهرة ويحللها. من هذا المنطلق فإن بناء الاستبيان كان بالاعتماد على ما جاء في الدراسات السابقة بالبحث عن مختلف المقاييس التي تم اقتراحها من قبل الباحثين والأهم من ذلك اختبارها في بيئات متعددة لإثبات جوتها وصلاحياتها لضمان القياس الدقيق للأنسنة. وقد أفضت عملية البحث إلى وجود بعض المقاييس ولكن لوحظ أنها تركز كثيرا على قياس مفهوم الأنسنة من منظور مقدمي الخدمة أكثر من تركيزها على منظور المستفيدين منها. وهذا ما دفع إلى الاعتماد على عدة مقاييس وصياغة الفقرات بناء على ما جاء فيها وتكييف الصياغة لتتماشى مع

زاوية المستفيدين من الخدمة تمثلت المقاييس المعتمد عليها أساسا في مقاييس كل من (Mahmood & Ferreira & Bastos, 2022) (Tayib, 2019) (Pérez-Fuentes, Herera-Peco, Jurado, Ruiz, Ayuso-Murillo, & Linares, 2019)

ضم الاستبيان محورا خاصا بالمعلومات العامة الخاصة بالمستجوبين والمتعلقة أساسا بالجنس والسن والمستوى العلمي ومكان السكن ونوع المؤسسة الصحية عمومية أو خاصة ومدة المكوث في المؤسسة الصحية للاستفادة من الخدمة. تليه ثلاثة محاور خاصة بأنسنة الخدمة الصحية وهي المحور الأخلاقي والمحور البيئي والمحور التنظيمي. تسهيلا للحصول على الإجابات تم استخدام مقياس خماسي يقيس توافر كل فقرة من فقرات الاستبيان في رأي المستجوب بحيث يختار ما يتوافق مع رأيه إحدى الإجابات المقترحة الخمسة التي تحصل على قيم تتراوح من الواحد إلى الخمسة حيث تحصل الإجابة درجة مرتفعة جدا على القيمة 5 والإجابة درجة مرتفعة القيمة أربعة والإجابة درجة متوسطة القيمة 3 ودرجة منخفضة القيمة 2 والإجابة درجة منخفضة جدا القيمة 1. تم توزيع الاستبيان بطريقة مباشرة بالتنقل إلى المؤسسات الصحية ومقابلة المستجوبين وسؤالهم بطريقة غير مباشرة بالاستعانة بخدمات google forms.

II - 1- عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة 276 مستجوبا يمثل فيها الذكور نسبة 37% والإناث 63% كما مثلت فئة المستجوبين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 سنة و40 سنة نسبة 65% ومن فاق سنهم 40 سنة كانت نسبتهم 35%. وكانت مستويات تعليمهم متقاربة بين الفئات الستة المقترحة في الإجابات بين ابتدائي ومتوسط وثانوي وجامعي ودراسات عليا وتكوينات أخرى. وهذا ما يفتح المجال للحصول على رأي مختلف فئات المجتمع حسب تعليمهم. أما ما يخص مكان سكن المستجوبين فنسبة 15.9% منهم يقطنون الريف و60.1% يقطنون المدينة و23.9% المتبقية يقطنون في مناطق شبه حضرية. 30.1% من المستجوبين حصلوا على خدمات صحية دون مبيت بينما 16.3% مكثوا ليلة واحدة في المؤسسات الصحية و53.6% فمكثوا أكثر من ليلة وهذا ما يزيد مصداقية الإجابات لأنهم قضوا فترة تجعلهم قادرين على الحكم على الأنسنة بشكل دقيق وصحيح. أما ما يخص المؤسسات الصحية المدروسة ف88.8% قدموا إجاباتهم حول مؤسسات عمومية والنسبة المتبقية كانت تخص المؤسسات الصحية الخاصة. وتجدر الإشارة إلى أن المؤسسات الصحية المدروسة كانت كلها في ولاية سطيف.

II - 2- إجراءات المعالجة الإحصائية للبيانات: نظرا لكون هدف الدراسة هو وصف وتقييم مستوى أنسنة الخدم الصحية في المؤسسات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة بناء على إجاباتهم على فقرات الاستبيان المستخدم فإن الوصول إلى نتائج دقيقة يتطلب أولا اختبار مدى جودة وصلاحيّة الاستبيان للدراسة قبل الانتقال إلى الحكم على مستوى الأنسنة. لذا فإنه سيتم استخدام نمذجة المعادلات البنائية Structural Equation Modeling SEM باستخدام برنامج SmartPLS.4 وهذا للتأكد من أن الأبعاد المختارة قد تم قياسها قياسا دقيقا وإجراء التعديلات اللازمة إن تطلب الأمر ذلك. وبعد ضبط النموذج سيتم استخدام برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS لاختبار الفرضيات المطروحة في بداية هذه الدراسة. حيث سيتم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار ستودنت t test لتقييم مستوى كل بعد من أبعاد الأنسنة في المؤسسات الصحية محل الدراسة. كما سيتم استخدام اختبار ستودنت t test.

III- النتائج ومناقشتها :

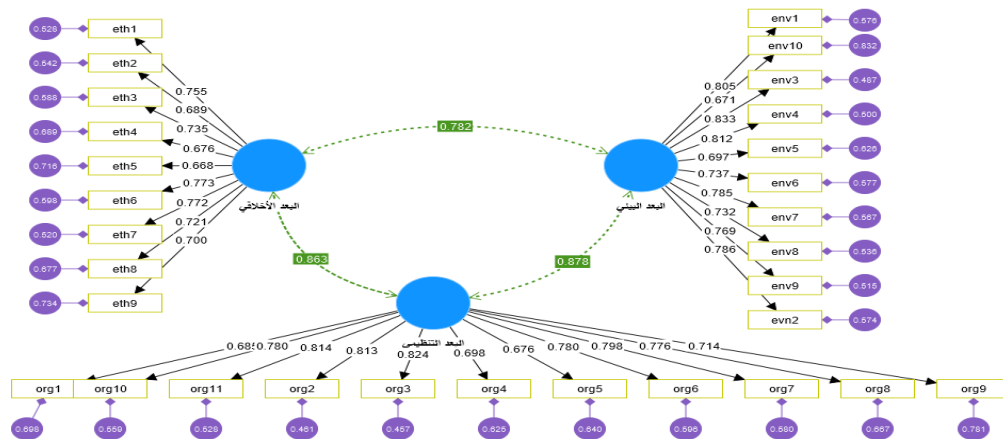
III-1- اختبار نموذج القياس

توصيف وتقدير وتحديد النموذج: يوضح الشكل رقم (1) نموذج الدراسة الذي يضم 3 أبعاد حددت بناء على ما جاء في الدراسات السابقة وتشمل البعد الأخلاقي بتسعة فقرات والبعد البيئي بعشرة فقرات والبعد التنظيمي بأحد عشرة فقرة. وبالنظر إلى قيمة درجة الحرية حسب المخرجات الموضحة في الجدول رقم (01) فقد بلغت 402 وهي قيمة موجبة مما يؤكد تشبع النموذج وصلاحيته لتقدير المعلمات المجهولة فيه.

جودة نموذج القياس

جودة النموذج: يعرض الشكل رقم 1 نموذج الدراسة والنتائج الإحصائية الخاصة به والتي سيتم التفصيل فيها للحكم على مدى توافر شروط الجودة في النموذج.

شكل (1): توصيف وتقدير نموذج القياس



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SmartPLS.4

من خلال الجدول رقم (01) الذي يوضح مؤشرات جودة مؤشرات مطابقة النموذج النظري بأبعاده الثلاثة لواقع المؤسسات محل الدراسة يمكن استنتاج أن النموذج جيد من حيث أنواع المطابقة الثلاثة ما عدا ما تعلق باختبار كاي تربيع الذي جاء دالا وهذا ما يمكن قبوله نظرا لكون العينة كبيرة الحجم مما يؤثر على مستوى الدلالة ونظرا لكون قيمة مؤشر حجم العينة الحرج الذي انتمى للمجال المقبول. وأيضا يمكن ملاحظة أن قيمة تاكر لويس 0.899 وهي مساوية تقريبا لـ 0.90 مما يجعلها مقبولة ولا تتطلب أي تعديل في النموذج خاصة وأن باقي القيم كلها جيدة وتقع في مجالها المقبولة. مما يعني أن النموذج النظري له قدرة على تمثيل واقع أنسنة الخدمة الصحية في المؤسسات محل الدراسة ويتعد كليا عن النموذج الصفري الذي لا توجد علاقة بين متغيراته وأنه يحوي عددا متوازنا بالنظر لعدد المتغيرات الكامنة والمتغيرات التي تقيسها (الفقرات).

الجدول (01): مؤشرات المطابقة		
المؤشر	مستوى القبول	القيمة المحققة في النموذج
Absolute fit المطابقة المطلقة		
CMIN	عدم الدلالة	0.000
NC	موجبة	402
CMIN/DF=NC	5-1	2.370
RMSEA	أقل من أو يساوي 0.08	0.070
SRMR	أقل من أو يساوي 0.08	0.047
Incremental fit المطابقة التزايدية التدريجية		
TLI	أكبر من 0.9	0.899
CFI	أكبر من 0.9	0.907
Parsimonious fit المطابقة الاقتصادية		
CMIN/DF=NC	5-1	2.370
RMSEA	أقل من 0.08	0.070
المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SmartPLS.4 و Joseph F. Hair, Jr., (2014)		

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SmartPLS.4

الصدق البنائي للنموذج:

نتائج اختبارات الصدق البنائي لنموذج الدراسة ملخصة في الجدول الموالي (جدول 02):

الجدول (02): نتائج اختبار الصدق البنائي للنموذج

البعد البيئي	البعد الأخلاقي	AVE	الثبات المركب	ألفا كرونباخ	البعد الأخلاقي
		0.521	0.907	0.907	
	0.789	0.584	0.934	0.933	البعد البيئي
0.885	0.862	0.580	0.939	0.938	البعد التنظيمي

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SmartPLS.4

الصدق البنائي مفهوم مركب يحتاج التأكد منه إلى اختبار الثبات والصدق التقاربي والصدق التمايزي للنموذج. بالنسبة للثبات تبين نتائج معامل ألفا كرونباخ ونتائج الثبات المركب أن كل القيم للأبعاد الثلاثة لا تقل عن 0.7 ولا تزيد عن 0.95 وهذا ما يعتبر دليلا على ثبات متغيرات النموذج بمعنى أن الفقرات ليست تعبيراً عن شيء واحد بصيغ مختلفة بل كل فقرة تقيس شيئاً خاصاً بها. فيما يخص الصدق التقاربي؛ يلاحظ من خلال الشكل رقم 1 أن كل التشبعات أكبر تماماً من 0.4 حيث كانت أضعف قيمة 0.671 وكل الفقرات دالة إحصائياً وهذا ما يدل على أن الفقرات الموجودة في الاستبيان تقيس المتغيرات الكامنة الخاصة بها وما يؤكد ذلك أكثر هو قيم AVE التي كانت كلها أكبر من 0.5. أما الصدق التمايزي الذي يخص اختبار ما إذا كانت المتغيرات الكامنة متميزة فيما بينها فقد تم اختباره من خلال مصفوفة Heterotrait-monotrait (HTMT) ratio حيث يلاحظ أن كل قيم الارتباطات كانت أقل من 0.9 مما يعني تمايز الأبعاد الواحد منها عن الآخرين.

III-2 عرض إجابات المستجوبين واختبار الفرضيات

الفرضية الأولى: يلخص الجدول الآتي نتائج إجابات المستجوبين حول البعد الأخلاقي للرعاية الصحية في المؤسسات محل الدراسة ونتائج اختبار الفرضية:

الجدول (03): البعد الأخلاقي لأنسنة الرعاية الصحية

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	البعد الأخلاقي - الإنساني للرعاية الصحية		
1	يتعامل مع العاملون في المستشفى باحترام وكرامة بغض النظر عن حالتي الصحية أو الاجتماعية	3.49	1.11
2	يتجاوب الفريق الطبي مع مخاوتي وأسئلتني باهتمام حقيقي	3.62	1.10
3	يشرح لي الفريق الطبي حالتي الصحية والإجراءات العلاجية بلغة واضحة ومفهومة.	3.59	1.13
4	يتم طلب الإذن مني قبل القيام بأي فحص أو إجراء طبي يخصني	3.77	1.12
5	يتم احترام خصوصيتي أثناء الفحوصات والعلاج (مثل إغلاق الستائر، خفض عدد الحاضرين قدر الإمكان).	3.79	1.13
6	أشعر أن العاملين في المستشفى يتعاملون معي بتعاطف ولطف، ولا يكتفون بالجانب التقني للعلاج فقط	3.27	1.22
7	عندما أعتز عن ألم أو انزعاج، يستجيب الفريق الطبي بسرعة وجدية	3.36	1.13
8	يُشركني الفريق الطبي (وعائلتي عند الحاجة) في مناقشة خيارات العلاج واتخاذ القرار	3.32	1.18
9	لا أتعرض إلى أي شكل من أشكال التمييز أو المعاملة الجافة بسبب العمر أو الجنس أو المستوى المادي	3.54	()
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	قيمة t	الدلالة الإحصائية
3.52	0.86	2.24	0.025

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS v.25

يتضح من الجدول أن المتوسط الحسابي لفقرات البعد الأخلاقي للرعاية الصحية لمعظم الفقرات مرتفع وهذا ما انعكس على قيمة المتوسط الحسابي للمحور الذي بلغ قيمة 3.52 وهي قيمة مرتفعة وانحراف معياري منخفض مما يعني أن المستجوبين يرون أن هناك احتراماً للجوانب الأخلاقية في تقديم الخدمات الصحية لهم. وما يؤكد ذلك قيمة اختبار t التي بلغت 2.24 وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة 0.025 وهي قيمة أقل من 0.05 وبالتالي يمكن الحكم على البعد الأخلاقي للرعاية الصحية بأنه مرتفع وهذا ما يعني رفض الفرضية الأولى التي نصت على أن البعد الأخلاقي للرعاية الصحية في المؤسسات محل الدراسة متوسط. ومنه يمكن القول أن المستجوبين يرون بأن الفرق الطبية التي

تقدم لهم الخدمات الصحية تعاملهم باحترام وتهتم بهم وتراعي مخاوفهم وتحترم خصوصياتهم وتتعاطف معهم وتعاملهم بعدالة دون تمييز بالإضافة إلى محاولة شرح حالتهم الصحية وطلب الإذن قبل كل علاج مع شرح سببه ومناقشة الخيارات الممكنة للعلاج وكل هذا في إطار الالتزام بالجدية والمهنية في أداء المهام العلاجية.

الفرضية الثانية: يلخص الجدول الآتي نتائج إجابات المستجوبين حول البعد الأخلاقي للرعاية الصحية في المؤسسات محل الدراسة ونتائج اختبار الفرضية:

الجدول (04). البعد البيئي لأنسنة الرعاية الصحية

رقم الفقرة	البعد البيئي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	تبدو قاعات الانتظار وغرف المرضى في المستشفى نظيفة ومنظمة بشكل دائم.	3.29	1.28
2	الإضاءة في غرف المرضى والمرمات مريحة للعين وتساعدني على الشعور بالاطمئنان	3.34	1.22
3	تتوفر تهوية جيدة في المستشفى، ولا أشعر بروائح مزعجة بشكل مستمر.	3.27	1.26
4	مستوى الضوضاء في أروقة وغرف المستشفى مقبول ولا يزعجني أثناء الراحة أو النوم.	3.25	1.21
5	تُجمع النفايات الطبية والعادية وتُزال من الأقسام بشكل منتظم وبدون أن تُسبب إزعاجاً للمرضى	3.60	1.10
6	تتوفر وسائل أمان كافية (مثل مخارج الطوارئ، إشارات واضحة، أجهزة إنذار) تشعرني بالسلامة.	3.52	1.12
7	الأسيّة والأثاث (الكراسي، الطاولات) مريحة وتساعد على تقليل الألم والتعب.	3.19	1.23
8	توجد لافتات وإشارات واضحة تسهل عليّ وعلى عائلتي التنقل داخل المستشفى بدون ارتباك.	3.66	1.14
9	يتم تنظيف غرفتي بانتظام	3.52	1.16
10	ألاحظ أن المستشفى يحرص على استخدام المياه والكهرباء بشكل عقلاني	3.35	1.19
الاحور ككل	المتوسط الحسابي	قيمة t	الدلالة الإحصائية
	3.39	0.93	-0.185

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS v.25

يتضح من الجدول أن المتوسط الحسابي لفقرات البعد البيئي للرعاية الصحية يتراوح بين المتوسط والمترفع وهذا ما انعكس على قيمة المتوسط الحسابي للمحور الذي بلغ قيمة 3.39 وهي قيمة متوسطة وانحراف معياري منخفض مما يعني أن المستجوبين يرون أن هناك توافراً متوسطاً لعناصر البعد البيئي في تقديم الخدمات الصحية لهم. وما يؤكد ذلك قيمة اختبار t التي بلغت -0.185 وهي قيمة سالبة ولكنها غير دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة 0.853 وهي قيمة أكبر من 0.05 وبالتالي يمكن الحكم على البعد البيئي للرعاية الصحية بأنه متوسط وهذا ما يعني قبول الفرضية الثانية التي نصت على أن البعد البيئي للرعاية الصحية في المؤسسات محل الدراسة متوسط. بمعنى أنه بشكل عام المستجوبون يرون أن توفير العناصر البيئية للرعاية الصحية متوسط حيث تتعلق هذه العناصر بالنظافة والإضاءة والتهوية ومستوى الضجيج والتخلص من النفايات ووسائل الأمان ومدى ملائمة الأسرة والأثاث.

الفرضية الثالثة: يلخص الجدول الآتي نتائج إجابات المستجوبين حول البعد الأخلاقي للرعاية الصحية في المؤسسات محل الدراسة ونتائج اختبار الفرضية:

الجدول (05): البعد التنظيمي لأنسنة الرعاية الصحية

رقم الفقرة	البعد التنظيمي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	إجراءات الاستقبال والدخول إلى المستشفى واضحة وسهلة الفهم	3.62	1.14
2	مدة الانتظار للحصول على الفحص أو العلاج في هذا المستشفى معقولة	3.04	1.16
3	ألاحظ وجود تنسيق جيد بين الأطباء والممرضين والأقسام المختلفة في متابعة حالتي.	3.29	1.19
4	عندما أنقل من قسم إلى آخر، تُنقل معلوماتي في ملف طبي كامل بسلاسة دون أن أضطر لإعادة شرح كل شيء من جديد.	3.46	1.10
5	سياسات زيارة المرضى (مواعيد الزيارة، عدد الزوار) تراعي احتياجاتي النفسية دون إهمال جوانب السلامة.	3.36	1.08

دراسة استقصائية على بعض المؤسسات الصحية بسطيف (ص 43-54)

6	مواعيد الفحص او العلاج منظمة ولا يوجد تأخير	3.12	1.23	
7	يتم إعلامي بأي تغيير في المواعيد أو تأخرها	3.00	1.26	
8	أشعر أن إدارة المستشفى تحتم بآراء المرضى وتوفر قنوات واضحة لتقديم الشكاوى أو الاقتراحات	2.93	1.29	
9	أعتقد أن عدد العاملين (أطباء، ممرضين، أعوان) كاف لتلبية حاجات المرضى دون ضغط شديد ينعكس على الخدمة.	3.98	1.26	
10	ألاحظ أن العاملين يتصرفون كفريق واحد، ويتعاونون فيما بينهم لحل مشكلات المرضى.	3.19	1.19	
11	ثقافة المستشفى تُظهر احتراماً للإنسان قبل أي شيء، سواء كان مريضاً أو مرافقاً أو عاملاً.	3.21	1.25	
المحور ككل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	الدلالة الإحصائية
	3.19	0.94	-3.705	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS v.25

يتضح من الجدول أن المتوسط الحسابي لفقرات البعد التنظيمي للرعاية الصحية لمعظم الفقرات متفاوت بين المنخفض والمتوسط والمترفع وهذا ما انعكس على قيمة المتوسط الحسابي للمحور الذي بلغ قيمة 3.19 وهي قيمة منخفضة وانحراف معياري منخفض مما يعني أن المستجوبين يرون أن الجوانب التنظيمية في تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة ليست في المستوى المطلوب. وما يؤكد ذلك قيمة اختبار ت التي بلغت -3.705 وهي قيمة سالبة وفوق ذلك دالة إحصائية لأن قيمة الدلالة 0.000 وهي قيمة أقل من 0.05 وبالتالي يمكن الحكم على البعد التنظيمي للرعاية الصحية بأنه ضعيف وهذا ما يعني رفض الفرضية الثالثة التي نصت على أن البعد التنظيمي للرعاية الصحية في المؤسسات محل الدراسة متوسط. بمعنى أنه بشكل عام الجوانب التنظيمية تحتاج إلى تحسين وتطوير وتخص هذه الجوانب التنظيمية خاصة الإجراءات المتبعة في المستشفيات ومدة الانتظار ومواعيد الفحص وطريقة التعامل معها في حالة تغييرها وطريقة التنسيق بين الأقسام وطريقة التعامل مع شكاوى المرضى وآرائهم

III-3. مناقشة النتائج

الحكم على البعد الأخلاقي للرعاية الصحية من خلال نتائج إجابات المستجوبين حول البعد الأخلاقي للرعاية الصحية في المؤسسات محل أنه مرتفع كما جاء في الفرضية الأولى هذا يعني أن أغلب المبحوثين (المرضى) لديهم نظرة إيجابية حول السلوك الأخلاقي داخل المؤسسة. ما يفسر أن المؤسسة تحقق معايير جيدة أو ممتازة في أخلاقيات الرعاية الصحية.

- يرجح هذا ارتفاع الملاحظ إلى طبيعة وحساسية العمل في حد ذاته كونه يتعامل مع حياة البشر وصحتهم وكرامتهم فالخدمة المقدمة لهم تفرض ضرورة التحلي بروح الخلق والانسانية
- القيم الانسانية هي مبادئ متأصلة في الفطرة البشرية، تنبع من طبيعة الانسان ككائن اجتماعي فهي ليست مجرد قواعد خارجية، بل هي جزء لا يتجزأ من التجربة البشرية التي تنمو من داخل الفرد وتعكس في تفاعلاته مع العالم المحيط وباعتبار أن البيئة التي اسقطت عليها الدراسة هي عربية ومسلمة فديننا الحيف وعادتنا مبنية على روح التعاون، والعدالة، والتعاطف، والاحترام.
- وجود موثيق وقواعد أخلاقية تفرضها المهنة ما تجعل السلوك الاخلاقي ليس اختيارا بل واجبا مهنيا من ذلك موثيق أخلاقية الطب وقوانين تنظيمية صارمة منها قسم أبقراط (Hippocratic Oath) هو أقدم ميثاق طبي يركز على عدم الاضرار بالمريض الحفاظ على سرية المعلومات، وتقديم الرعاية بنية صادقة، اعلان جنيف (World Medical Association) يحتويان على النصوص الكاملة للموئيق الأخلاقية
- ما يميز الخدمة الصحية هو استحواد العنصر النسوي لبعض المهن الصحية، خاصة في مجال الطب والتمريض، مما قد تسهم في تعزيز هذا البعد، فطبيعة المرأة بكونها حساسة وعاطفية وتولي الاهتمام بالجوانب الإنسانية للمريض، وهو ما ينعكس إيجاباً على جودة التفاعل الأخلاقي داخل المؤسسة الصحية. ومع ذلك، لا يمكن اعتبار الجنس عاملاً حاسماً ورغم ذلك فقد أكدت عديد الدراسات أ متغير الجنس يعد من العوامل المؤثرة ومنها دراسة (Hojat & al, 2002). من أقوى الدراسات في التواصل الطبي دراسة (Debra L.

(Roter1 and Judith A. Hall) تؤكد أن الطبيبات يقضين وقتاً أطول مع المرضى، يستعملن لغة داعمة كما يظهر تواملاً عاطفياً أكبر. (Debra L. Roter. & Judith , 2004).

إن الحكم على نتيجة انخفاض مستوى البعد التنظيمي إحصائياً من خلال نتائج إجابات المستجوبين حكماً جاء في الفرضية الثالثة هو ليس بالأمر العشوائي بل هو نتيجة تداخل عدة عوامل داخلية وخارجية تؤثر على طريقة تسيير والتطبيق الفعلي للقوانين ميدانياً وعليه يمكن إدراج بعض الأسباب منها:

- ضعف تطبيق القوانين رغم وجودها بمعنى عدم الصرامة في تطبيق القوانين أو عدم الفهم الحقيقي للمضمون هذه القوانين مع غياب اليات الرقابة.
- تعقد الإجراءات والبيروقراطية من خلال تعدد مستويات السلطة ما يؤدي إلى التباطؤ في اتخاذ القرار وغيرها من السلبيات. (Alammar , 2025).
- ضعف التكوين الإداري لدى مقدمي الخدمة ما سبب خلل في التوافق والانسجام بين الإدارة والعمال ما يخلق عدم المرونة التنظيمية
- قلة الإمكانيات ونقص الكوادر الطبية ما يضعف العمل بالجودة المطلوبة حيث يصبح التركيز منصب على الاستعجال بدل التنظيم وإهمال الإجراءات الإدارية والتنظيمية، كما يساهم هذا النقص في إضعاف التنسيق بين مختلف المصالح نتيجة غياب توزيع واضح للأدوار وتداخل المهام، مما يؤدي إلى فوضى تنظيمية وانخفاض الكفاءة. (Pascal & al, 2004).
- إضافة إلى ذلك، فإن محدودية الموارد البشرية تعيق تطبيق القوانين والإجراءات التنظيمية، رغم وجودها، بسبب غياب الرقابة وضيق الوقت. (Winter & al,)
- ضعف نظم المعلومات الصحية، تفرض على المؤسسات الصحية التركيز على الجوانب التشغيلية اليومية على حساب التنظيم الاستراتيجي. كما تلعب الثقافة التنظيمية دوراً مهماً في تكريس هذا الضعف، خاصة في ظل مقاومة التغيير وغياب ثقافة الجودة والحوكمة، مما يؤدي في النهاية إلى تدني مستوى الأداء التنظيمي داخل المستشفيات.

IV- الخلاصة:

إن خريطة التحول التي شهدتها المؤسسات الصحية لتحسين الجودة الصحية بضرورة تعزيز الرعاية المتمحورة حول الإنسان بدل العلاج الجسدي المرتكز على الجوانب التشغيلية ذات الطابع الاقتصادي بالرغم من الأرباح التي يجنيها إلا أنه لم يحقق ذلك الرضا لمستفيدين من الخدمة الذي يعكس بالسلب على سمعة هذه المؤسسات. هذا التوجه هو مرتكز بالأساس على احترام كرامة المريض، وتعزيز التواصل الفعال بين الطاقم الطبي والمرضى، وتوفير بيئة علاجية تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية إلى جانب الجوانب الطبية. هو المكون الأساسي والانساني المتكامل الذي يسعى فعلاً إلى تحقيق راحة المريض وطمأنينته ما يعرف باسم "أنسنة المستشفيات"

رغم الجهود المبذولة من الممارسين الباحثين على ضرورة تبني هذا المفهوم، لا تزال هناك تحديات تعيق تجسيده بشكل كامل، من أبرزها الجانب التنظيمي الذي أثر على طريقة تسيير وتطبيق الإجراءات، والقوانين، والقواعد، والبرامج. كل ذلك نتيجة ضغط العمل، ونقص الموارد البشرية، وضعف التكوين في مهارات التواصل والرعاية المتمحورة حول المريض. وعليه، فإن تحقيق أنسنة المستشفيات يتطلب تبني سياسات صحية داعمة، وتعزيز ثقافة تنظيمية قائمة على القيم الإنسانية، إضافة إلى الاستثمار في تكوين العاملين في القطاع الصحي.

- الإحالات والمراجع :

1. Abraham h. Maslow (1968). Toward a psychology of being. 2nd ed Van nostrand reinhold. New York .
2. Acta Bioethica 30(2), pp. 177-192. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2024000200177>.
3. Alammar Abdulrahman Nasser. (2025). Impact of Hospital Management Strategies on the Quality of Clinical Care: A Systematic Review. Journal of Medical and Life Science, Vol 7, No. 3, pp.414-423.
4. Andreucci-Annunziata Paola, and al. (2024). Revisitando conceptualmente la humanización y el trato digno en salud desde una perspectiva ética: una revisión sistemática de la literatura,
5. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. BMJ open. pp. 1-11. Doi:10.1136/bmjopen-2017-017708 .

6. Dall'Ora et al. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. Human Resources for Health <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>.
7. De Cássia Calegari Rita, Braga Massarollo Maria Cristina Komatsu, Dos Santos Marcelo José. (2015). Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital Rev Esc Enferm USP; 49(Esp2), pp 41-46
8. De la Fuente-Martos, C. (2018). Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness_ Med Intensiva, 42(2) pp 99---109
9. Debra L. Roter and Judith A. Hall. (2004). PHYSICIAN GENDER AND PATIENT-CENTERED COMMUNICATION: A Critical Review of Empirical Research, Rev. Public Health, 25. pp.497-519 doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134
10. Dijkstra Karin, Pieterse Marcel, Pruyn Ad. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. Integrative literature reviews and meta-analyses.
11. Dirce Stein Backes and al. (2007). Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals, Artigo Original Rev Latino-am Enfermagem. Janeiro-fevereiro; 15(1), pp. 34-41 doi.org/10.1007/978-3-031-12547-8_33
12. Efremov L. Emotions and Attitudes towards Safety—Relationship between Affective Commitment and Safety Attitudes Among Construction Employees in North Macedonia. In: Arezes PM, Baptista JS, Melo RB, et al. (eds) Occupational and Environmental Safety and Health IV. Cham: Springer International Publishing, pp. 395-407.
13. Genevieve Giudicelli-Delage. (1996). Droit à la protection de la santé et droit pénal en France ; Rev. S.C.;
14. Guenther Robin, FAIA, LEED AP & Gail Vittori, LEED Fellow. (2013). Sustainable Healthcare Architecture, 2nd ed, John Wiley. Canada.
15. Hojat Mohammad reza et al. (2002). Physician Empathy : Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty, Thomas Jefferson University Jefferson Digital Commons. <http://jdc.jefferson.edu/crmehc/4>.
16. Meneses -La-Riva Monica Elisa et al, (2021). Humanized Care From the Nurse–Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles.
17. Pascal Zurn and al. (2004). Imbalance in the health workforce, Human Resources for Health journal. 2 (13) doi : 10.1186/1478-4491-2-13
18. Pascuci Lucilane. (2017). 1 Humanization in a Hospital: A Change Process Integrating Individual, Organizational and Social Dimensions, Journal of Health Management. 19(2) pp. 1-20.
19. Regina Allande-Cussó and al. (2025). the impact of humanising hospital care on health outcomes: an observational study protocol, Allande-Cussó et al. BMC Nursing 24.
20. Riera, J. R. (2025). Leadership by Nurse Managers and its Impact on Humanization. A Descriptive Analysis based on the Perception of Care Nurses. Investigación y Educación en Enfermería, 43(3).
21. Schein EH. (July 16, 2010). Organizational culture and leadership. John Wiley & Sons.
22. Vera Winter and al. (April 4, 2020). Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implication for patient satisfaction, health policy, Volume 124, Issue 4, pp.380-388. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.001>.
23. Verderber Stephen. (2010). Innovations in hospital Architecture, R outledge Taylor & Francis e-Library 1st ed, New York.
24. World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO
25. World Health Organization, OECD, World Bank . (2018). Delivering Quality Health Services: A Global Imperative. Geneva: WHO.
26. World Medical Association , <https://www.wma.net>

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

شافية قري، خديجة بن موهوب (2026)، تقييم مستوى تطبيق أنسنة المستشفيات في المؤسسات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة: دراسة استقصائية على بعض المؤسسات الصحية بسطيف، مجلة التنمية الاقتصادية، المجلد 11 (العدد 01)، الجزائر : جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر ص.ص 43-54.

