

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة باجي مختار - عنابة -



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم الإعلام والاتصال
مخبر أبحاث ودراسات في الاتصال

أطروحة دكتوراه

مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث
شعبة: علوم الإعلام والاتصال تخصص: الاتصال في المنظمات
بغنوان:

دور إستراتيجيات الإتصال في تحسين التكفل بمرضى السرطان
- دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي - ابن رشد - عنابة -

وإشراف:
سعيدون ليليا

من إعداد:
نصري منال

أمام أعضاء لجنة المناقشة:

الرقم	الإسم واللقب	الرتبة العلمية	مؤسسة الإنتماء	الصفة
1	سعدى وحيدة	أستاذ التعليم العالي	جامعة باجي مختار - عنابة -	رئيساً
2	سعيدون ليليا	أستاذ محاضر قسم "أ"	جامعة باجي مختار - عنابة -	مُشرفاً، ومقرراً
3	بولوداني سهام	أستاذ التعليم العالي	جامعة باجي مختار - عنابة -	عضوً مناقشاً
4	منماني نادية	أستاذ محاضر قسم "أ"	جامعة سوق أهراس	عضوً مناقشاً
5	بولحية سليم	أستاذ محاضر قسم "أ"	جامعة صالح بونيدر - قسنطينة 3 -	عضوً مناقشاً

السنة الجامعية: 2021-2022 هـ

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله عزَّ وجلَّ الَّذِي أنار لي دربي، وفتح لي أبواب العلم
وأمدني بالصبر والإرادة لتقديم هذا العمل.

ثم الشكر للأستاذة المشرفة الدكتورة "**ليليا سعيدون**" على قبولها الإشراف على هذا
العمل وعلى ثقتها وسعة صدرها وتوجيهاتها السديدة.
الشكر الموصول أيضا لجميع أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه الأطروحة
وكل من ساهم من أطباء وإداريين على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي
ابن رشد - عنابة -

وعلى رأسهم الدكتور "**تواصر مراد**" على كل ما قدمه من تسهيلات ومعلومات قيمة
كان لها الدور الفعال في إنجاز هذه الأطروحة على المستوى الميداني.
كما أقدم جزيل الشكر والتقدير إلى من تعجز الكلمات عن وصفها فطالما دعمتني
وساندتني طيلة سنوات الدراسة منذ الليسانس الى الماجستير وحتى في مرحلة الدكتوراه فلم
تبخل علي بتوجيهاتها العلمية القيمة الدكتورة "**منماني نادية**".
والشكر الخاص للأستاذ "**فغور عبد الرزاق**" رئيس قسم علوم الاعلام والإتصال على
كل التسهيلات والتوجيهات الإدارية المقدمة وصبره معنا على كثرة الإستفسارات وسعة
صدره جزاه الله كل خير.

كما أشكر كل أساتذة قسم علوم الإعلام والإتصال بجامعة باجي مختار - عنابة -
على دعمهم وملاحظاتهم القيمة طيلة مدة التكوين وعلى رأسهم
الأستاذة الدكتورة "**أوهايبيبة فتيحة**" والأستاذة الدكتورة "**سعدي وحيدة**".

ولا يفوتني أن أوجه شكري الخالص للأستاذ الدكتور "**الطيب صيد**"
والدكتور "**بروك ياسين**" والدكتورة "**ليليا عين سوية**" والدكتور "**منصوري فوزي**"
والدكتور "**لولو عبد الغاني**" بقسم الاعلام والإتصال في جامعة سوق أهراس.
لكم مني جميعا كل الشكر والإمتنان

إهداء

إلى من أحببت كل حياتي إلى شمعة أنارت
دربي وكانت رفيقة حياتي حفظك الله وأطال في
عمرك إلى أمي العزيزة.

إلى أغلى الناس من كان سندا ودعما لي ولم
يبخل علينا بأي شيء، حفظك الله ورعاك دوما
إلى أبي العزيز.

إلى أخي وقرّة عيني حفظه الله لي ورعاه من
كل شر.

وإلى كل من دعمني

الْفَهْرَس

فهرس المحتويات

I. الإطار المنهجي للدراسة

الفصل الأول: الخلفية المعرفية والإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة

أولا: الإشكالية وأهداف ومفاهيم الدراسة

12	الإشكالية
18	أسباب اختيار الموضوع
21	أهمية الدراسة
22	مفاهيم الدراسة
36	مجالات الدراسة
38	حدود الدراسة
39	ثانيا - الإجراءات المنهجية الموجهة للبحث
47	ثالثا - التأسيس النظري للدراسة ومتغيراتها
63	رابعا - الدراسات السابقة

II. الإطار النظري للدراسة

الفصل الثاني: الإتصال توجهاته، واستراتيجياته

76	-أولا- الإتصال
79	-ثانيا - الإتصال الإجتماعي العمومي والصحي
85	-ثالثا - استراتيجيات الإتصال: المفهوم المراحل والأنواع
113	-رابعا - الإتصال التنظيمي: أهميته، وأبرز معوقاته
121	-خامسا - الإتصال الشخصي وخصائصه ونماذجه
130	-سادسا - الإتصال الإقناعي التقنيات والإستراتيجيات

الفصل الثالث: المنظومة الصحية الجزائرية بين المأسسة والتطور

165	-أولا-الصحة والصحة العمومية
167	-ثانيا -الخدمة الصحية
170	-ثالثا-تطور النظام الصحي في الجزائر
188	-رابعا-تنظيم وهيكله النظام الصحي
200	-خامسا -مستويات الرعاية الصحية

الفصل الرابع: الإتصال في نظام الصحة الجزائري للتكفل بالسرطان	
208	أولا -إصلاحات النظام الصحي
209	ثانيا -المخططات الاصلاحية في النظام الصحي
214	ثالثا - تدابير توفير الرعاية الصحية
218	رابعا -رهانات وتحديات النظام الصحي الجزائري
227	خامسا -التخطيط لمكافحة السرطان في الجزائر وتحسين التكفل بالمرضى عبر إستراتيجيات الإتصال
.iii الإطار الميداني للدراسة	
الفصل الخامس: إستراتيجيات الإتصال لتحسين التكفل بمرضى السرطان في مستشفى ابن رشد	
256	أولا-تقديم الدراسة ومراحلها
258	ثانيا -عرض نتائج الملاحظات العلمية والمقابلات الاستكشافية
311	ثالثا-تفريغ وتحليل بيانات استمارة المقابلة
349	رابعا- عرض ومناقشة النتائج العامة للدراسة
358	خامسا- تقديم خطة اتصالية
372	الخاتمة

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
49	وصف عناصر ومتغيرات النسق	01
54	نموذج يوضح المؤسسة محل الدراسة كنسق مفتوح	02
92	إستراتيجيات الإتصال في العلاقات العامة	03
110	طريقة صياغة الرسالة الإتصالية	04
155	مراحل الإتصال الإقناعي عند "بولر" و"هال"	05
157	نموذج هوفلاند وزملائه	06
189	مستوى خدمات الصحة العمومية في الجزائر	07
204	مستويات تقديم الخدمة الصحية	08

فهرس الجداول

فهرس الجداول		
الرقم	العنوان	الصفحة
1.	يوضح إستراتيجيات الإتصال في العلاقات العامة	94
2.	تطور المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة 1966-1973	173
3.	تطور عدد المستخدمين الطبيين خلال الفترة 1963-1973	174
4.	تطور الهياكل الصحية في الجزائر 1962-1972	175
5.	تطور المستخدمين في سلك الطبي خلال الفترة 1974-1989	179
6.	تطور الهياكل الصحية في الجزائر خلال الفترة 1974-1989	180
7.	تطور عدد الممارسين الطبيين حسب القطاع خلال الفترة 2000-2014	186
8.	تطور العمالة الشبه طبيون في الجزائر خلال الفترة 2001-2014	187
9.	الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة في النظام الصحي الجزائري سنة 2016	199
10.	المعدل الاجمالي لانتشار مرض السرطان عند الذكور حسب العمر	235
11.	المعدل الاجمالي لانتشار مرض السرطان عند الإناث حسب العمر	236
12.	معدلات إنتشار أمراض السرطان بين الذكور	238
13.	معدلات إنتشار أمراض السرطان بين الإناث	239
14.	أكثر أمراض السرطان إنتشارا	240
15.	أكثر أمراض السرطان إنتشارا لدى الإناث	241

311	16. نوع الجنس العينة
312	17. عمر المبحوثين
312	18. يوضح الاختصاص
313	19. قرب الإقامة من مكان العمل
314	20. مدى تقبل ورضا الاطباء بالأجر المقدم لهم
315	21. وجود دورات التكوينية في مجال الإتصال بالمرضى داخل الوسط الإستشفائي
316	22. المتعلق بمستوى الدورات التكوينية في حال تقديمها
316	23. رغبة الأطباء في المشاركة بدورات تكوينية ذات علاقة بإستراتيجيات الإتصال داخل المؤسسة الإستشفائية
317	24. كيفية تحديد أو برمجة المواعيد مع المرضى
318	25. ملائمة نظام المواعيد الساري حاليا وتوافقه مع متطلبات المرضى
319	26. المتعلق الثقافة الصحية لدى المرضى الوافدين على المؤسسة الإستشفائية حاليا حول مرض السرطان
319	27. المتعلق بمدى معاينة المريض إذا كانت كافية لتقديم المعلومات اللازمة حول المرض
320	28. المتعلق بحرص الطبيب في إنتقاء عباراته حتى تتلاءم وفهم المريض
322	29. كيفية تحديد موعد للمريض بعد إنهاء التحاليل وتحديد التشخيص النهائي للمرض
322	30. الإعلان عن المرض أو التشخيص النهائي إذا كان يتم استدعاء شخص من أسرة المريض
323	31. استدعاء المختص نفساني أثناء التواصل مع المريض لنقل نتيجة التشخيص
323	32. الأساليب التي تستعين بها أثناء الإعلان عن المرض

324	33.	بخصوص القنوات التي تستخدمها أثناء الإعلان عن المرض
325	34.	المعلومات التي يهدف الطبيب للتأثير بها على المريض
326	35.	كيفية الحصول على ثقة المريض
328	36.	إتخاذ قرار العلاج أم إنتظار إجتماع RCP وقراراته
328	37.	المشاركة بصفة منتظمة في إجتماعات RCP
329	38.	طريقة الإعلان عن موعد RCP
331	39.	اللغة الأكثر إستعمالاً خلال إجتماع RCP
331	40.	تقنية عرض ملفات المرضى
332	41.	الإستماع اثناء المناقشة
333	42.	تدوين الملاحظات أثناء الإجتماع RCP
333	43.	تقبل الآراء والإقتراحات المتعلقة بالعلاج
334	44.	العوائق التي تمنع الطبيب من طرح افكاره وإقتراحته أثناء إجتماع RCP
335	45.	رضا الطبيب عن العلاج المقدم لمريض السرطان
336	46.	التواصل مع مرضى السرطان أثناء مرحلة العلاج
337	47.	وضع المريض بعد توجيهه الى خلايا الإستماع
338	48.	تخفيف خلايا الإستماع من الضغط على الطبيب المعالج
339	49.	إمكانية تغير سلوك المرضى بعد تواصلهم مع خلايا الاستماع
339	50.	إنعكاسات التكفل الإداري السيء على العلاج المقدم من طرف الطبيب

مُلخَص الدِّراسَة

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مدى مساهمة إستراتيجيات الإتِّصال في تحسين عمليَّة التكفل بمرضى السرطان في إطار المخطط الوطني الأخير لمكافحة السرطان 2019/2015 الذي كان محور إهتمامه تحسين التكفل بالمرضى من خلال تفعيل شبكات العلاج على مستوى المراكز الإستشفائية كإجراء رئيسي. وقد تمت الدراسة الميدانية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد عناية- لمعرفة مدى تجسيد وتفعيل تلك الخطط ذات العلاقة المباشرة بتحسين التكفل، وذلك من خلال تبني مقاربة "تسقية" مؤطرة للدراسة بنظريتين رئيسيتين هما:

نظرية "النسق التعاوني" ونظرية "بالو ألو" واستخدمت الباحثة "المنهج الوصفي" مع توظيف جملة من الأدوات البحثية خلال المرحلة الإستطلاعية والتفسيرية للدراسة: مقابلة مع مسؤول النشاطات الطبية والتمريضة، مقابلة مع مسؤول خلية الإستماع والتوجيه، تصميم شبكة ملاحظة للتعرف على إستراتيجيات الإتِّصال المستعملة في التكفل العلاجي المقدم للمرضى خلال إجتماعات متعددة التخصصات حول السرطان RCP إضافة الى إستمارة مقابلة موجهة لعينة عشوائية شملت 40 (أربعين) طبيباً معالجا للتعرف على إستراتيجيات الإتِّصال المسخرة في اطار المرافقة والتكفل الجيد أثناء المراحل الثلاث للتكفل بالمرضى (الإعلان-العلاج-المتابعة).

وخلصت الدراسة فيما يخص إستراتيجيات الإتِّصال الفاعلة في مراحل التكفل بمرض السرطان الى:
- مؤشرات تنفيذ وتجسيد مختلف الإستراتيجيات الإتِّصالية التي وردت في المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2019/2015 على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد -عناية- بمختلف آلياته لتحسين عمليَّة التكفل والعمل على جودة الخدمة الصحية ذات إستغلال ضعيف.

- تعاني المؤسسة الإستشفائية من عديد نقاط الضعف المرتبطة بالعمليَّة الإتِّصالية وعناصرها وهو ما يؤكد عدم الإستثمار الفعال في الإستراتيجيات والتقنيات الإتِّصالية التي تحسن من عمليَّة التخطيط والتسيير لضمان جودة الخدمة الصحية المقدمة أثناء مراحل التكفل بمرضى السرطان.

- وجود خلل على مستوى الأنساق الفرعية التي تمثل عناصر العمليَّة الإتِّصالية المؤثرة في نجاح عمليَّة التكفل من طرف أطباء وطاقم الإدارة والطاقم شبه طبي سبب ونتيجة حتمية لعدم تحسين عمليَّة التكفل المقدمة على مستوى مركز مكافحة السرطان وشبكات العلاج المتوفرة فيه. ونجاح العمليَّة الإتِّصالية يكمن في تفاعلها الإيجابي وسيرورتها الدائمة وتأثيراتها المتبادلة مع جميع الأنساق والسياقات المحيطة أثناء تقديم التكفل للمرضى.

وخلصت الباحثة الى التأكيد على:

- حتمية التكامل بين المجال الصحي والإتصالي كضرورة قصوى فالإتصال له أهمية كبيرة في المؤسسات الإستشفائية لتحقيق التواصل الناجح مع المريض وزيادة الوعي الصحي والعمل على تحقيق تعبئة كافية لترقية التعامل مع المرضى من خلال مهارات إتصالية تسمح بتحقيق تفاعل إيجابي معهم كجمهور خارجي طالب لخدمة الرعاية الصحية.

- ضرورة الإنتباه الى أهمية تطبيق وتجسيد الإتصال لزيادة الوعي لدى جميع المعنيين في قطاع الصحة من مهنيين وإداريين وأطباء بهدف تجاوز مختلف العوائق الموجودة في المؤسسة وتفعيل جميع أنواع الإتصال لتحقيق تكفل متكامل بين شبكات العلاج لمريض السرطان.

وتم إقتراح خطة إتصالية إستندت الباحثة في تصميمها على التشخيص ونتائج البحث من خلال الأدوات البحثية المختلفة. وقدمت جملة من التوصيات في شكل رسالة إتصالية تهدف الى تعزيز الشق الإتصال والمساهمة في تفعيل الإتصال الصحي العمومي الإجتماعي وإستغلال مختلف إستراتيجياته ومهارته وتقنياته وأساليبه الإقناعية الشخصية والمباشرة من أجل تحقيق أفضل النتائج الممكنة في إطار الإمكانيات المتوفرة.

الكلمات المفتاحية: الإتصال واستراتيجياته- التكفل - مرضى السرطان - شبكات العلاج.

✓ **Abstract**

This study aimed to identify the extent to which communication strategies contribute to improving the care process for cancer patients under the recent National Cancer Plan 2015/ 2019 which was focused on improving patient care by activating treatment networks at the hospital level as a major measure. The field study was carried out at the University Hospital Center ibn Roshd Annaba - to find out the extent of embodiment and activation of those plans that are directly related to improving the care process , by adopting a "systematic" approach that frames the study by two main theories: the "cooperative system theory" and "Palo Alto theory".

The researcher used the "descriptive approach" with the employment of a number of research tools during the exploratory and explanatory phase of the study: an interview with the official of medical and nursing activities , an interview with the head of the listening and guidance cell , designing an observation network to identify the communication strategies used in the therapeutic care provided to patients during multidisciplinary meetings about Cancer RCP. In addition to an interview directed to a random sample of 40 therapists (doctors) to identify the communication strategies adopted within the framework of accompaniment and good care during the three stages of patient care (advertisement - treatment - follow-up).

With regard to effective communication strategies in the stages of cancer care , this study concluded that:

- Indicators for the implementation and embodiment of the various communication strategies that were mentioned in the five-year national plan for cancer control 2015/2019 at the level of Ibn Rushd University Hospital - Annaba - with its various mechanisms to improve the process of care and work on the quality of health service; are characterized by weak exploitation at the level of the institution under study.
- The hospital institution suffers from many weaknesses related to the communication process and its elements , which confirms the lack of effective investment in communication strategies and techniques that improve the planning and management process to ensure the quality of the health service provided during the stages of caring for a cancer patient.
- The presence of a defect at the level of the Sub-Systems that represents the elements of the communication process affecting the success of the care process by: doctors , management staff and para-medical staff; is a cause and inevitable result of not improving the care process provided at the level of the Cancer Center as well as the treatment networks available. Because the success of the communicative process lies in its positive interaction , its permanent process , and its reciprocal effects with all the surrounding parties and contexts while providing care to patients.

The researcher concluded by emphasizing the inevitability of integration between the health and communication fields as an absolute necessity , as communication is of great importance in hospital institutions to achieve successful communication with the patient

and increase health awareness and work to achieve sufficient mobilization to upgrade dealing with patients through communication skills that allow achieving positive interaction with them as an external audience requesting service Healthcare.- The need to pay attention to the importance of applying and embodying communication to raise awareness among all stakeholders in the health sector ، including professionals ، administrators and doctors ، in order to overcome the various obstacles in the institution and activate all types of communication to achieve an integrated guarantee between treatment networks for the cancer patient.

- A communication plan was proposed that the researcher based her design on diagnosis and research results through various research tools. A number of recommendations were presented in the form of a communication message aimed at strengthening the passive communication aspect by adopting persuasive communication axes whose aim is to contribute to activating the public health social communication and exploiting its various strategies ، skills ، techniques and methods of personal and direct persuasion in order to achieve the best possible results within the framework of the available capabilities.

Keywords: Communication - Communication strategies - Health care - Cancer disease- Treatment networks.

مُقَدِّمَةٌ الدِّرَاسَةُ

منذ وجد الانسان كان الإتّصال ركيزة رئيسية في التعايش والتكيف مع سيرورة الحياة. ومع تطوره على مر العصور زادت اهميته ومكانته في شتى الميادين وهذا لما يؤديه من دور محوري في خلق المرونة في التسيير والتواصل، ومساهمته الكبيرة في وقتنا الراهن للنهوض بعملية الادارة في عديد المنظمات والمؤسسات وتصدره للمكانة الذهبية في حل الازمات والمشاكل مهما اختلف طابعها. فقد بات اليوم مرتبطا بانجاز كافة الاعمال من نشاطات او خدمات متنوعة بكفاءة عالية وفي احسن صورة مما جعل الاعتماد الكامل للمؤسسات في توظيفه لتسيير كافة المراحل التسييرية الداخلية مثل التخطيط، التنظيم، التسيير...، وحتى الخارجية فيما يتعلق بإتصالات المؤسسة مع عناصر بيئتها الخارجية بما فيها من جماهير بشكل عام.

ولم تعد الصحة اليوم حكرا في دراستها على الجانب الطبي فقط، بل غدت مجالا خصبا للبحث والدراسة في كل التخصصات من علم النفس وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد وعلوم التسيير وعلم الإتّصال. وبالتركيز على جوهر حضور الافراد في المجتمعات تسخر المؤسسات الصحية كل الاليات الإتّصالية من اساليب ووسائل للوصول الى تنمية صحية ودرجة مرضية من الثقافة الصحية والتربية الصحية لدى جميع الافراد وخاصة منهم اولئك الذين يعانون من أمراض معاصرة ومزمنة ومكلفة بشريا وماديا.

ويعد السرطان أحد أكثر الرهانات والتحديات التي تهدد الأمن الصحي العالمي بسبب تزايد بوتيرة جد متسارعة وضعت عديد الدول في ازمة تعامل مع هذا المرض. وبالنظر الى انعكاساته وثقل اثاره على المستوى الاقتصادي والاجتماعي سعت الجزائر من خلال مؤسساتها الحكومية والمدنية بمختلف هياكلها الى التصدي له من خلال التخطيط ضمن محاور كبرى جسدتها استراتيجيات حكومية متعاقبة طالما كان الإتّصال الإجتماعي العمومي هو أساس التخطيط فيها بهدف تحقيق المصلحة الإجتماعية العامة من خلال كافة الأساليب والتقنيات الإتّصالية.

ورغم الازمات المتعاقبة التي هزت المنظومة الصحية في الجزائر ومازالت تتخبط فيها الى وقتنا الراهن الا انها وفي كل الإستراتيجيات المقترحة حاولت التعامل بما تملك من إمكانيات بشرية ومادية لتقديم رعاية صحية ذات جودة تهدف من خلالها دائما الى تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان لتقديم خدمة صحية ذات مستوى عالي وفاعلية واخرها المخطط الوطني الخماسي 2019/2015.

والمؤسسات الاستشفائية كأحد عناصر المنظومة الصحية الفاعلة تسعى جاهدة الى العمل على تفعيل وتجسيد مختلف المخططات الحكومية بما تتوفر عليه من إمكانيات لتقديم افضل تكفل للمريض مع توظيف الإتصال بكل ابعاده التنظيمية والإجتماعية. اذ ينخرط المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة - من خلال هياكله المختلفة ومنها مركز مكافحة السرطان CAC بما يحتوى من شبكات علاج في عملية التكفل بمرضى السرطان الوافدين من مختلف ولايات الشرق الجزائري المجاورة لتجسيد اهداف الصحة العمومية.

وقد تسبب التكفل بعدد المرضى من باقي الولايات في خلق الكثير من الأزمات والصعوبات التنظيمية التسييرية التي أنعكست بشكل حتمي على مستوى التكفل المقدم مما دفعنا الى التساؤل والبحث في البعد الإتصالي الداخلي على مستوى المركز الإستشفائي ابن رشد -عنابة - عموما وشبكات العلاج المتوفرة للتكفل بمرضى السرطان خصوصا، ومدى مساهمة إستراتيجيات الإتصال الشخصي ومهارات الإتصال في جودة خدمة التكفل المقدمة للمريض في ظل إختلاف السياقات المؤثرة في نجاح العملية الإتصالية بين الطبيب القائم بالإتصال والمريض المتلقي لرسائل إتصالية متعددة خلال مراحل التعامل مع المرض بتأثيرات مختلفة تتحكم فيها جملة من الظروف المتعلقة بطرفي العملية الإتصالية.

ومن هذا المنطلق هدفت الدراسة الى الإجابة على كل الإستفهامات الواردة من خلال بناء خطة عملية ممنهجة ابستمولوجيا ونظريا وميدانيا تجسدت في التالي:

- **أولاً** تطرقت هذه الدراسة الى تحديد اللبنة الابستمولوجية والمنهجية للدراسة من خلال تحديد اشكالية الدراسة وبناء التساؤل الرئيسي الذي حدد معالم فرعية تسمح بالاجابة عنه، ثم صياغة أهداف وأهمية الدراسة مع تقديم لمجالاتها وحدودها المكانية والزمانية والعمل على عرض البراديجم "النسقي" والنظريات المؤطرة للدراسة إتصاليا من نظرية " بالو الطو" ونظرية "النسق التعاوني". كما تضمن الجزء إضافة الى إختيار " المنهج الوصفي" وتحديد مجتمع الدراسة وأدوات جمع البيانات، عددا من الدراسات السابقة وتحديد المفاهيم المرتبطة بالدراسة لغويا وإصطلاحيا وإجرائيا.

- أما في **ثاني** إجراء فقد تطرقت الدراسة الى العمل على التعرف الإستراتيجية الإتصالية بأنواعها وخصائصها ومستوياتها ومراحلها ثم الانتقال الى عرض الإتصال وسلطت الضوء على فروع عديدة من أنواعه في المنظومة الصحية مثل: الإتصال الإجتماعي والإتصال العمومي والإتصال الصحي

بأشكاله وأساليبه إضافة إلى الإتّصال الشخصي والإتّصال التنظيمي والإتّصال الإقناعي بما يحتويه من عناصر وخصائص وإستمالات.

وتطرق الفصل الثالث الى الصحة كمفهوم شامل إضافة الى الخدمة الصحية ومستوياتها مع عرض التطور التاريخي للنظام الصحي بالجزائر منذ الإستقلال مروراً بمرحلة البناء التدريجي التي ميزت حقبة ما بعد الإستقلال، ثم مرحلة التطوير وتنمية النظام الصحي والإشارة الى مرحلة الأزمة 1990-2000 ومرحلة إعادة التنمية من جديد إنتقالاً الى تنظيم وهيكله قطاع الصحة لتتحول في آخر العناصر الى مستويات الرعاية الصحية وأنواعها في المؤسسات الصحية الجزائرية.

أما رابع فصل في الجزء النظري فسلط الضوء على النظام الصحي الجزائري والمخططات الإصلاحية منذ الإستقلال بمختلف أنواعها من مخططات طويلة المدى واخرى قصيرة المدى إضافة الى المخططات التكميلية، مع التطرق الى إستراتيجيات الإتّصال وأهمية المهارات الإتصالية في قلب الجهود الجزائرية لمكافحة هذا المرض وبالضبط المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2015/2019 الذي تبنته الحكومة بهدف تخفيف العبء على المريض وتحسين نوعية التكفل والرعاية المقدمة له.

أما الجزء الميداني الذي شمل إنجاز مجموعة من الأدوات المنهجية المؤطرة إبستيمولوجيا والمتمثلة في الأدوات البحثية المستعملة خلال المرحلتين الإستكشافية الإستطلاعية والمرحلة التفسيرية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة - ومركز مكافحة السرطان CAC وذلك من خلال جمع العديد من المعلومات عن العمليّة الإتصالية التنظيمية والإستراتيجية الإتصالية العامة المرتبطة بعمليّة التكفل من خلال أداة المقابلة وشبكة الملاحظة وإستمارة المقابلة.

واختتمت الدراسة بجملة من النتائج العامة وبعض الإقتراحات والتوصيات التي تمت صياغتها ضمن خطة إتصالية متكاملة المراحل تهدف الى تعزيز مكانة الإتّصال بين الطبيب ومريض السرطان على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - عنابة -.

الفصل الأول:

الخلفية المعرفية والإطار

المنهجي والمفاهيمي

للدراسة

✓ تمهيد:

لدراسة أي موضوع بحثي يجد الباحث نفسه أمام إشكال أو إنشغال واقعي يفرض عليه بناء صورة شاملة من المعلومات حول ذلك الإنشغال إلا أن وجود المعلومات حول موضوع ما غير كاف علمياً ما لم يتم تأطيرها منهجياً، لهذا نجد أن هذا الفصل يقدم تصوراً لمدخل نظري يُوَظِر إشكالية الدراسة، إنطلاقاً من تحديد مفاهيمها وخلفياتها النظرية، التي تعالج ضمن أبعادها النظرية وتداخل عواملها وإسقاطاتها الإمبريقية على مساهمة إستراتيجيات الإتصال الشخصي ومهارات الإتصال في تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان، وما قد يمثلها من نظريات متوقعة على مستوى شبكات العلاج في المستشفى الجامعي ابن رشد -عناية -محل الدراسة.

أولاً- الإشكالية وأهداف الدراسة:

الإشكالية:

يرتبط الإتصال بالإنسان منذ الأزل، فهو الوسيلة التي لطالما يحقق من خلالها الفرد أهدافه أيا كان نوعها. ومع تطور المجتمعات وتعدد الحاجيات الإنسانية والحياة الاجتماعية أضحت العمليات الإتصالية أحد أهم الدعائم التي يتم خلالها تفاعل الأفراد والمجتمعات والتنظيمات والأنساق.

فالإتصال "موجود بصفة دائمة وكل الأحياء يتصلون، وفي الحياة الاجتماعية لا يمكن أن يتم أمرا دون الإتصال"⁽¹⁾. وليس هذا فحسب بل يبرز الإتصال في كافة نواحي الحياة ما أدى بالمجتمعات، المؤسسات والحكومات الى إدراك قيمته كآلية ضرورية من أجل تفعيل الأهداف. ويطلق على الإتصال الهادف نحو المصلحة العامة للمجتمع الإتصال الاجتماعي أو الإتصال الاجتماعي العمومي.

ويتميز بالتخطيط، فهو النشاط الذي يستخدمه الإنسان لتنظيم حياته وإستقرارها أو لتغيير حياته الاجتماعية. ويهدف الى تحقيق المصلحة العامة، الشيوخ والمشاركة العمومية، وتعديل السلوكيات بفضل قوة الاقناع على أن يتوافق مع الأهداف والغايات المجتمعية.

والإتصال العمومي ما هو إلا جزء من ترقية الصحة كمقاربة عامة تهدف الى التغيير عن طريق مناهج التربية الصحية، التسويق الاجتماعي والإتصال الجماهيري، لذلك فالمشكلات الصحية لم تعد مجرد إهتمام خاص بالصحة العمومية ونتاج الحملات الإعلامية العمومية في وسائل الإتصال الجماهيري فحسب، وإنما وجب أن تتداخل مختلف مؤسسات المجتمع بإشراك جميع الفاعلين للحفاظ على الكيان الصحي الواحد. وهو ما سعى إليه "لودويك"⁽²⁾ مع مطلع الحرب العالمية الأولى ببحوثه التي برزت كمنظرة عضوية للمجتمع بالتطلع إلى ما رمت إليه نظرية البناءات المفتوحة آنذاك إذ يقول

(1) - Madeleine Grawits ، Méthode de Sciences Sociales ، Editions Dalloz ، 9^{ème} Editions ، Paris ، 1993 ، p174.

(2) - Florence Chauvin et Autres ، Du Bon Usage Pour la Communication en Education Pour la Santé ، Ed CFES ، 1998 ، p44.

"باسكال" في كتابه الأفكار " LES PENSEES لا يمكننا معرفة الأجزاء دون الإطلاع على الكل أو الإطلاع على الكل دون معرفة الأجزاء⁽¹⁾".

وللصحة أهمية كبيرة تجعل منها محور اهتمام على مستوى عالمي حيث تطمح كل الدول الى محاربة الأمراض وفق مفهوم التنمية الصحية⁽²⁾ المترجم إجرائيا في خطط هدفها تنمية القطاع الصحي والرقى به.

إن أحد أهم تحديات المجتمعات الحديثة تتمثل في كيفية تسخير الإتصال في توجهات الصحة العمومية لتحسين التكفل بالأفراد وبالتوعية الصحية المقدمة. لذا يعتبر الإتصال إستراتيجية رئيسية في مجال الصحة والصحة العمومية، يظهر من خلال الحملات، التفاعلات، ومختلف أشكال التواصل لضمان الوقاية والعلاج. أما المريض فبدوره يبحث عن إستراتيجيات الإتصال المناسبة للإعلان والإعلام حول المرض أي التشخيص، العلاج والمتابعة. وتحت أخلاقيات مهنة الطب الطبيب على ضرورة وضع التشخيص بعناية فائقة مع تخصيص الوقت الكافي للمريض وبمساعدة مختلف الطرق العلمية" وفي هذا الإطار تنصدر إشكاليات الإتصال الثنائي، والجماعي بين أفراد الفريق الطبي، ومع الجمهور العام والمؤسسات الصحية الواجهة لتحسين عملية وسيرورة التكفل بالمريض خاصة العلاج والوقاية.

وفي الجزائر جعلت الحكومة منذ الإستقلال الصحة أولوية وإعتبرتها أحد المقومات الأساسية لحياة الإنسان والمجتمع، لهذا شرعت في وضع وتنفيذ مخططات تنموية بشكل متجدد وبصفة دورية، بتكثيف المجهودات وتسخير كل الإمكانيات والوسائل الإتصالية اللازمة من أجل الوقاية من عديد الأمراض وعلاجها وفق أهداف التنمية الصحية في الجزائر.

ورغم تسخير كل الإمكانيات المادية والبشرية يشهد قطاع الصحة في الجزائر عجزا ملحوظا قاد إلى أزمات ومشاكل عدة أهمها تدني مستوى الخدمات الصحية وضعف الوعي الصحي لدى الأفراد، مما خلق فجوة كبيرة بين المريض والمراكز الصحية في الجزائر. وحتمت هذه المؤشرات وبشكل قطعي تكثيف الجهود المبذولة نحو الرعاية المقدمة للمريض، وإعتماد تنظيم مؤسساتي عقلاني يديره طاقم

(1) -Florence Chauvin et Autres ، Opcit ، p44.

(2) -جفال عبد الحميد، التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية، دار الأيام عمان، الأردن، ط1، 2016، ص23.

بشري متخصص ومستوعب لدوره ومبادئ المهنة التي ينتمي لها لتحقيق أهداف الإستراتيجية الصحية الوطنية.

وللوقاية من الأمراض ومرافقة المرضى عمدت وزارة الصحة على الإهتمام بصحة المواطن من خلال التخطيط المحكم وفق أهداف السياسة الوطنية للصحة في المجالين التاليين⁽¹⁾:

- حماية السكان وإستمرار الحياة الجيدة لهم بدون ظهور الإعاقات الجسمية والعقلية والإجتماعية.

- رفع مستوى صحة المجتمع برفع الطاقات البشرية السليمة وتوفير الموارد البشرية التي تعمل على بعث التطور والترقية الإجتماعية والإقتصادية والثقافية لتحسين المستوى الصحي للفرد.

وفي هذا الإطار رسمت الجزائر إستراتيجية بمحاور كبرى للسياسة الصحية، من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرقلت عملية التنمية لكن المشاكل الصحية الجديدة المرتكزة حول أمراض ثقيلة وعصرية مثل السرطان، تطلبت تجديدا تاما لأدوات التسيير وقنوات الإتصال⁽²⁾.

ويعتبر السرطان في الجزائر السبب الأول في الوفيات مع توقعات منظمة الصحة العالمية أن تتضاعف الأرقام بحلول سنة 2030. وأكدت السجلات الجزائرية⁽³⁾ أن هناك حوالي 45000 حالة إصابة جديدة بالسرطان في السنة مع 24000 حالة وفاة منها بسبب الطابع المتسارع بوجه خاص للتحويلات الديمغرافية في بلادنا والتنمية الإجتماعية والإقتصادية السريعة جدا مما يعكس تغيرا عميقا في اسلوب حياة المواطن. وكإضافة الى هذه الأرقام يشكل السرطان عبئا ثقيلًا بشكل خاص بل مشكل صحة عمومية لأنه يسبب المعاناة على المستوى الشخصي والاسري دون أن ننسى العبء المالي الذي يتحمله القطاع الصحي في الجزائر.

ان التكفل بمرضى السرطان في الجزائر من أحد أهم الإنشغالات المطروحة ما يقودنا بالضرورة الى الإهتمام بالبعد الإتصالي ومختلف إستراتيجيات الإتصال المعتمدة من أجل تحسين نوعية التكفل بالمرضى على مستوى المستشفيات ومراكز مكافحة السرطان. إذ تعد إستراتيجيات التواصل مع المريض من أهم مفاتيح نجاح عملية التكفل والمتابعة. ويسمح الإتصال بضمان الكشف الفعال

(1) سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، -الباحث الإجتماعي - العدد 11-مارس 2015 الصفحة 218.

(2) - سميرة بيطام، التنمية الصحية المستدامة ضرورة حتمية لترقية قطاع الصحة في الجزائر، العنوان:

<https://hopital-dz.com/index.php/1/?app=article.show.339>

(3) - plan national cancer 2015-2019.octobre2014

بالنسبة للمريض أوالمعالج، ورفع فرص نجاح إستراتيجيات التشخيص والعلاج وبالتالي المساهمة في تحسين نوعية التكفل. فالإِتِّصال رابط قوي بين الطب المؤسس على الحقائق والطب المتمركز حول المريض⁽¹⁾

لذا وتماشيا مع الرؤى الدولية إنخرطت الجزائر في الإستراتيجية الخماسية التي تربطها بمنظمة الصحة العالمية كمخططات وطنية للإستجابة السريعة لمتطلبات المواطنين وإحتياجاتهم مع الزيادة في تحسين جودة الخدمات الصحية والطبية المقدمة في مجال مكافحة السرطان.

في مطلع الألفينيات إنخرطت الجزائر في توجه عالمي يسعى الى تحسين نوعية التكفل بالمريض ما حتم على الحكومة إيجاد الوسائل والسبل لمقابلة هذه الطلبات والاستجابة لها، الشيء الذي أدى إلى تطبيق المفاهيم التسويقية من خلال الإنطلاق من حاجيات المريض والعمل على تقديم خدمة صحية وطبية ذات جودة متميزة مع ضمان المرافقة والتكفل النوعيين بمرضى السرطان وضرورة التحكم في التكنولوجيات العلاجية الحديثة والأخذ بعين الإعتبار الوضع الإقتصادي الإجتماعي للجزائر....

ومنذ الإستقلال تبذل الجزائر جهودا جبارة لاسيما في السنوات الخمس عشر (15) الأخيرة في مجال مكافحة السرطان وذلك من خلال إستثمار موارد كبيرة في التمويل والبنية التحتية والموارد البشرية. وقد أعلن رئيس الجمهورية السابق السيد عبد العزيز بوتفليقة مرض السرطان مشكل صحة عمومية وألوية وطنية رئاسية، لذا أنفرد المخطط الوطني للسرطان 2019/2015 برؤية إستراتيجية متجددة تركزعلى المريض لتحسين نوعية الحياة وتحقيق الهدف الأساسي المتعلق بتقليص الوفيات، وذلك في إطار المواضيع التالية:

- مقارنة تركز على المريض وشبكة العلاج منذ التشخيص الى المتابعة والمرافقة .

- أهمية الوقاية.

- ضرورة إعتداد مقارنة متعددة التخصصات والقطاعات.

(1) Bastien Sala Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS Faculté de Médecine THESE D'EXERCICE DE MEDECINE pour le DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE 22 octobre 2018 à N7

-ترقية التكوين في مجالاته المختلفة.

يغطي المخطط 19 هدفاً، 60 تدخلاً، 239 إجراءً ضمن 8 محاور إستراتيجية تتمثل في:

-تحسين الوقاية

-تحسين الكشف المبكر

-تحسين التشخيص

-تفعيل العلاج

-تنظيم التوجيه والمرافقة والمتابعة المريض

-تطويرنظم الإعلام و الإتصال حول السرطان

-تعزيز التكوين والبحث حول السرطان

-تعزيز قدرات التمويل للتكفل بالمرضى

ويعمل المخطط على تكثيف الجهود في عديد الجبهات وعلى كافة المستويات وتنشيط شبكات العلاج الموجودة مثل: الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP اجتمع منظم بين المهنيين في قطاع الصحة من خلاله يتم مناقشة حالة المريض والعلاجات الممكنة.

بالإضافة الى خلق خلايا إستماع لمرضى السرطان بهدف تخفيف الضغط على المريض، وكذا تسهيل عملية التنسيق بين المنظمات الجمعوية المكلفة بالعناية بمرضى السرطان.

يتجه المخطط الى تحسين نوعية التكفل بمرضى السرطان من خلال إستراتيجيات الإتصال المناسبة المرافقة لمهام التشخيص/ العلاج والآثار الجانبية/ وطرق المتابعة.

لذا فإن حصول المريض على المعلومات الدقيقة من خلال إستراتيجيات الإتصال المناسبة وإشراكها في سيرورة التكفل من أهم دوافع مشاركته الفعالة في إتخاذ القرار حول صحته، إذن:

كيف تساهم إستراتيجيات الإتصال في تحسين نوعية التكفل بمرضى السرطان بالمركز الاستشفائي

الجامعي ابن رشد -عناية-؟ وبصيغة اخرى ماهو دور إستراتيجيات الاتصال لتحسين نوعية

التكفل المقدمة لمرضى السرطان؟

وهو التساؤل الرئيسي الذي سنحاول الاجابة عليه في هذه الدراسة التي تعنى بمختلف مراحل التكفل بمرضى السرطان من خلال التعرف على إستراتيجيات الإتصال الفعالة وتحديدتها على ثلاثة مستويات:

- في مرحلة التشخيص بين المريض والمعالج للتعرف على طرق الإعلان الأنسب عن المرض ونوعية المعلومات المقدمة وفق التركيز على مهارات الإتصال الشخصي.

-في توجيه قرارات العلاج المناسبة من قبل الفريق الطبي متعدد التخصصات انطلاقا من الإتصال الجماعي.

-وفي متابعة مريض السرطان لتحسين نوعية الحياة.

ب- التساؤلات الفرعية:

1/ ماهي إستراتيجيات الإتصال الفعالة التي يعتمد عليها الطبيب في إعلان تشخيص السرطان للمرضى؟

2/ ماهي إستراتيجيات الإتصال الفعالة التي يعتمدها الأطباء لإتخاذ القرار العلاجي المناسب؟

3/ ماهي إستراتيجيات الإتصال المناسبة لمتابعة ودعم المريض وتحسين نوعية الحياة؟

ج- الفرضيات:

الفرضية العامة:

- تساهم استراتيجيات الاتصال في تحسين نوعية التكفل بمرضى السرطان ولها دورا إيجابيا في التفاعل العلائقي بين الطبيب و المريض في مختلف مراحل العلاج .

الفرضيات الفرعية:

1/ لإعلان تشخيص السرطان، يعتمد الطبيب على إستراتيجيات الإتصال المباشر من خلال تزويد المريض بالمعلومات الطبية الدقيقة ومرافقته النفسية.

2/ خلال الإجتماعات متعددة التخصصات حول السرطان RCP يعتمد الأطباء على إستراتيجيات الإتصال الجماعي من خلال التشاور وتبادل الآراء لاتخاذ القرار العلاجي المناسب للمريض.

3/ تعمل خلايا الإستماع والتوجيه الموجودة بمركز مكافحة السرطان على ضمان المرافقة والدعم النفسي للمرضى وعائلاتهم بإستعمال جملة من إستراتيجيات الإتصال.

- أسباب اختيار الموضوع:

تتنوع اسباب اختيار موضوع الدراسة الموسوم بعنوان: "دور الإستراتيجية الإتصالية في تحسين التكفل بمرضى السرطان" دراسة ميدانية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - عنابة - بين أسباب ذاتية واخرى موضوعية ويمكن إجمالها في ما يلي:

• أسباب ذاتية:

-يشكل الموضوع محل الدراسة إهتماما خاصا في نفس الباحثة وذلك بما يطرحه من تساؤل وغموض حول واقع الإتصال وفعاليته ومهارته في المؤسسة الصحية مما يثير الشغف العلمي والإهتمام الشخصي به.

-ما يتناوله الموضوع من الازع الانساني والشخصي في أهميته خاصة وأن المخطط الوطني لمكافحة السرطان المطروح للتقييم يضع المريض كأولى اولوياته من مختلف الجوانب العلاجية والوقائية .

-الرغبة في التعرف على واقع سيرالإتصال في المؤسسات الصحية وكيفية توظيف المخطط الوطني للسرطان في هذا المجال الحساس خاصة وأن الاحصائيات الرسمية تشيرالى ارتفاع ملحوظ للمصابين بالسرطان في الجزائر لعدة اسباب منها البيئية والديمغرافية.

• أسباب موضوعية:

-أول الأسباب التي لا يمكن تجاوزها باعتبارها احد الشروط الأساسية لتناول أي موضوع ألا وهو ارتباطه بالتخصص فهو يصب في عمق تخصص الاعلام والإتصال بشكل عام والإتصال في التنظيمات بشكل خاص.

-قلة الدراسات خاصة منها العربية والجزائرية التي تتناول موضوع الإتصال في الميدان الصحي رغم أهميته الكبيرة فيه، وكذا نقص تقييم المخططات الموضوعية في مجال مكافحة السرطان في الجزائر.

-جدة الموضوع واعتباره محط نقاش وجدل حيث لا يزال الجانب الإتصالي يفتقد للممارسة الناجعة التي تمكن من تحقيق اسمى درجات النجاح خاصة على مستوى شبكات العلاج المتوفرة وبين المهنيين الصحيين كفاعلين في القطاع.

-الدور الايجابي الذي يؤديه الإتصال في مختلف المجالات ومنها الصحية اذ يساعد بفضل تقنياته وآلياته الفعالة وطرحه لمجموعة من الخطط الاستراتيجية في النهوض بمراكز علاج السرطان في الجزائر والرقى بها.

- توجه القطاع العمومي بالجزائر الى تبني مخططات متوسطة وطويلة المدى تماشيا مع مختلف التوجهات العالمية في ميدان مكافحة السرطان، لذا تحاول الدراسة تحديد نقاط القوة والضعف في المخطط الخماسي الوطني لتحسين التكفل بمرضى السرطان.

-تزويد المكتبة بدراسة تكون بمثابة أرضية خصبة تسمح بميلاد دراسات جديدة.

- أهداف الدراسة:

رغم كل ما تبذله الجزائر من جهود وتقدمه كمحاولات للنهوض بقطاع الصحة لا يزال القطاع يعاني من مشكلات عويصة تعيق تنفيذ مختلف البرامج المسطرة لتحقيق الاهداف التي تطمح لها في مختلف الجوانب الصحية عموما ومجال مكافحة السرطان كأحد أهم تحديات هذا العصر خصوصا. لذا فإن دراستنا تتمحور حول تشخيص واقع تنفيذ مختلف الاستراتيجيات التي يتضمنها المخطط الوطني للسرطان 2015-2019 بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة - وهذا بهدف التعرف على اهم الاليات التي وضعها مركز مكافحة السرطان لتجسيد محاور استراتيجية المخطط الوطني للسرطان 2015/2019 المتمركز حول المريض بهدف تقليص عدد الوفيات وتقييم سيرها وتطبيقها عمليا من قبل ممتهني الصحة، وهذا من خلال تقسيم الدراسة إلى ثلاثة مراحل يمكن تلخيصها فيما يلي:

1-القيام بعملية تشخيص معمقة للتعرف على الحقيقة العملية في مراكز علاج السرطان لتطبيق الاستراتيجيات التي يتناولها المخطط الرئاسي 2015-2019 في خضم التغيرات المتسارعة التي طرأت على مختلف الجبهات في الجزائر والمجال الصحي العالمي ككل من حيث الجانب العلمي أو الاقتصادي أو التكنولوجي..... ومعرفة مدى استغلالها للفرص المتاحة لها ضمن ما تملكه وتتوفر عليه من نقاط قوة من اجل تحقيق الاهداف المسطرة.

2- إكتشاف أهم المصاعب التي حالت دون تحقيق افضل النتائج مع تقديم أهم نقاط الضعف التي يجب العمل على تجاوزها من خلال الإستثمار في التقنيات الإتصالية الداعمة لشبكات العلاج المستغلة على مستوى مراكز علاج السرطان مثل الاجتماعات الاستشارية RCP وخلايا الاستماع... التي سيتم تقييم فاعليّة كل منها على المستوى الإتصالي.

3- تقديم خطة إتصالية نحاول من خلالها تقديم جملة من بالتوصيات التي ستساهم بدورها في تفعيل الجانب الإتصالي بمختلف تقنياته وأساليبها الإقناعية من اجل تحقيق افضل النتائج التي تمكن مركز العلاج والأطباء على وجه الخصوص من زيادة الوعي الصحي وتحقيق التعبئة الكافية والرقى بالتعامل مع المرضى.

➤ أهداف الدراسة:

ونطمح من خلال دراستنا المقدمة في مجال الصحة الى جملة من الأهداف التي تبرز من خلالها ضرورة تحقيق التكامل بين المجال الصحي والإتصالي وهذا بإعتبار أن الإتصال أحد ضروريّات الحياة بشتى مجالاتها ويمكن أن نجمل أهداف الدراسة فيما يلي:

1- إبراز أهمية الإتصال في المنظومة الصحية وهذا لأنه قد إقتحم الميدان الصحي ولم تعد الصحة تكتفي بالعلاج الطبي والبحث لمواجهة المشاكل الصحية وإنما أصبح من الضروري اللجوء الى الإتصال الصحي وإستراتيجيات الإتصال من أجل تحقيق أرقى الأهداف.

2- التنويه بضرورة التحكم في إستراتيجيات إتصالية تساهم في تدعيم القطاع وزيادة فاعليّة تواصل الأطباء مع المرضى، فيما بينهم ومع المؤسسة لتحسين التكفل بالمرضى.

3- لفت انتباه القائمين على قطاع الصحة الى أهمية تطبيق وتوظيف التقنيات الإتصالية والإقناعية لزيادة الوعي والتحسيس لدى المرضى والعمال المهنيين في القطاع لأنه كلما تنوعت الدعائم الإتصالية زاد نشاط القطاع.

4- التأكيد على دور شبكات العلاج وضرورة إستغلالها من خلال تنشيطها بأساليب إتصالية اقناعية متنوعة وثرية تساهم في تحقيق الدعم والتكفل والرعاية المناسبة لمرضى السرطان نظرا لخصوصيته خاصة وأنه اصبح يشكل مرض العصرما جعله محورا هتمام الحكومات والمؤسسات والهيئات الدولية في العالم واكثر المجالات خصوبة للباحثين في عديد التخصصات اهمها الإتصال كما أن الوقاية

الفعالة وحملات التحسيس اليوم لم تعد حكرًا على وسائل الإتصال الجماهيري فقط بل تجاوزت هذا إلى مختلف الهيئات والحكومات في العالم.

5- كما نطمح من خلال هذه الدراسة إلى طرح خطة إتصالية تزيد من فاعلية الإتصال في كمادة تفاعلية علائقية بين أطراف العملية الإتصالية من إدارة أطباء ومرضى.

وهو هدف التنظيمات التي تسعى إلى تسيير عملية نقل المعلومات أو الأفكار ونشر الوعي الصحي من الطبيب ومختلف الفاعلين في المجال الصحي إلى الأفراد مهما كانت مستوياتهم أو إنتمائاتهم بهدف تعديل سلوكياتهم بفضل قوة الإقناع والعمل على تقويم وتطوير أدوات التسيير وقنوات الإتصال المبرمجة في مراكز العلاج. إضافة إلى الكشف عن مدى تطور نظم الإعلام والإتصال حول مرض السرطان وإستغلال أهم الفرص المتاحة ونقاط القوة المتوفرة لتحسين الرعاية وزيادة الوعي لدى مريض السرطان وبالتالي تقليص عدد الوفيات بهذا المرض.

– أهمية الدراسة:

قدمت هذه الدراسة في إطار الحاجة الملحة لمثل هذا النوع من المواضيع التي يجب الاستفادة منها في وضع استراتيجيته الإتصال، خاصة مع أهمية القطاع وحساسيته الكبيرة التي زادت إحساسنا بالمشكلة البحثية المقدمة مما أثار أهمية للدراسة يمكن تقديمها فيما يلي:

أ – الأهمية العملية:

- ضرورة التعرف على إستراتيجيات الإتصال في المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة -.
- أهمية دراسة تحقيق الأهداف الإتصالية المسطرة ضمن المخطط الإتصالي المقدم من الوزارة الوصية .
- أهمية التعرف على التقنيات والوسائل الإتصالية المناسبة المقدمة في المخطط الوطني المقدم ضمن الإستراتيجية الوطنية المقدمة لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة .
- تقديم الإستراتيجيات الإتصالية المناسبة لنجاح عملية التكفل بمرضى السرطان بالمستشفى محل الدراسة.

-معرفة أهم العوائق التي تحول دون نجاح تنفيذ الخطط المسطرة ضمن المخطط الوطني الخماسي على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة-.

ب - الأهمية العلمية:

-ندرة الدراسات التي إهتمت بأهمية الإتصال في المؤسسة الاستشفائية خاصة منها التي تسلط الضوء على الإتصال ومدى إستغلال إستراتيجياته سواء على مستوى الإتصال المباشر أو الجمعي أو الشخصي في مختلف شبكات العلاج المتوفرة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

- من خلال هذه الدراسة يمكننا الوصول الى جملة من المعلومات التي تسمح لنا بالتعرف على الاستراتيجيات الإتصالية المساهمة في تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان ومدى توافقها والخطط المسطرة في الخطط الوطني للسرطان 2015-2019 اضافة الى التعرف على اهم العراقيل التي حالت دون تنفيذها بالشكل المطلوب على مستوى المستشفى محل الدراسة.

- مفاهيم الدراسة:

1. مفهوم الدور:

• لغة:

- دور جمع ادوار: الحركة، عود الشيء الى حيث كان أو الى ما كان عليه المرة⁽¹⁾.

جملة المسؤوليات والأنشطة والصلاحيات التي تمنح لشخص او جماعة، جاء من اللفظ دور ومصدره دار وجمعه أدوار بمعنى قام⁽²⁾.

وفي معجم المعاني الجامع - معجم عربي -عربي ورد مصطلح الدُّور بمعنى: مهمة ووظيفة ويقال قام بدور/ لعب دورًا: شارك بنصيب كبير⁽³⁾.

• اصطلاحا:

ينطوي الدور على واجبات وحقوق، فواجبات الفرد تكون صميم الدور الذي يؤديه. اما الحقوق فتكون محصلة للواجبات والمهمات المتوقع ادائها من طرف الأفراد في المجتمع. فالفرد لا يقدم دورا اجتماعيا

(1) -المنجد في اللغة و الاعلام ، دار الشرق ، بيروت ، لبنان ، دون ذكر سنة النشر، ص526.

(2) - معنى خليل عمر: معجم علم الاجتماع المعاصر، ص 362.

(3) - <https://www.almaany.com/ar/dict/ar>

واحدا بحكم تعدد مشاغل الناس وإرتباطاتهم فضلا عن انها غير متساوية. وقد تختلف مع اختلاف البيئة التي يعيش فيها والظروف التي يمر بها.⁽¹⁾

فالدور هو مظهر المركز السلوكي، أي هو طاقته الديناميكية ومحصلة الحيوية التي تترابط فيها الحقوق و الواجبات، فإذا ما تناولنا المستشفى كمثال سنجد أنه يشتمل على مجموعة كبيرة من الأدوار المحددة مثل: دور الإدارة - دور الطبيب - دور الممرض..... ضمن مجموعة من المراكز التي تتشكل بدورها لتصبح أحد مكونات السلطة القائمة.⁽²⁾

⁽³⁾Le rôle : « Agir ;être dans une position ou l'on parait a son avantage »

يعرف ليمان الدور: بأنه تنظيم الإتجاهات وعادات الأفراد التي تناسب وضعا معيناً في نظام العلاقات الإجتماعية.⁽⁴⁾

ويعرفه عبد الحليم عبد العالي بأنه توجيه اوتقويم عضو معين بالجزء الذي ينبغي أن يقدمه في التنظيم وهذا الدور يتضمن نقطتين أساسيتين وهما :⁽⁵⁾

*يتكون الدور من أنماط سلوكية واضحة من التوقعات وليس الدور المتوقع

*يتكون الدور من أنماط سلوكية واضحة يسلكها الشخص شاغر المركز الاخر ويسمى هذا بالدور الممارس.

• إجراءات:

ومما سبق يمكن تعريف الدور اجرائياً من خلال دراسة مفهومه على مستوى شبكات العلاج المتوفرة في دور الإتصال واستراتيجياته في تحسين علاقة الطبيب بمرضى السرطان، اضافة إستراتيجيات الإتصال داخل الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP ودور ومهمة الإتصال في خلايا

(1) -احسان محمد الحسن ، النظريات الإجتماعية المقدمة دراسة تحليلية في النظريات الإجتماعية المعاصرة ، دار وائل ، عمان ، الاردن، ص159.

(2) -فادية فؤاد حميدو محمد ، البناء الإجتماعي للمؤسسات الطبية -دراسة انثروبولوجية، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 2008، ص138.

(3) -le petit Larousse ; illustré ; paris ; France ; 2010 ; p896

(4) - خليل عبد الرحمان، مصعب المعاينة، علم النفس الاجتماعي، دار الفكر، دط، عمان، 2000، ص 145.

(5) - محمد عاطف غيث واخرون، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، دط، القاهرة، 1995، ص 392.

الإستماع على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة - لتخفيف الضغط وتحسين التكفل بمرضى السرطان في كل مراحل من التشخيص الى العلاج ثم المتابعة.

2. الإتصال:

يعتبر الإتصال أحد أهم الأنشطة الإنسانية التي اصبح لها دور كبير في حياة الافراد. وقد ازدادت أهميته بعد التطورات التي تلاحقت خلال التاريخ الإنساني على وسائل الاعلام، مما جعل من الإتصال محط إهتمام الباحثين في مختلف التخصصات منذ القرن الماضي من خلال إجراء الدراسات والابحاث التي تناولت الرسائل التي تبثها وسائل الاعلام المختلفة ومدى تأثيرها.

تعددت تعريفات الإتصال بين الباحثين كل حسب جهات الفكرية والعلمية والمدراس الفكرية فالإتصال يتداخل مع الكثير من العلوم اضافة الى أن مفهومه يعتبر علما حديثا واحدى الظواهر الإجتماعية المعقدة. وسنتطرق فيما يلي الى جملة من التعاريف التي تطرقت الى الإتصال.

• لغة:

- اصل كلمة اتصال الى الكلمة اليونانية **commune** والتي تعني الشيء العام اوالمشترك والمشتقة من كلمة **communication** والتي تعني الحديث المشترك.⁽¹⁾ وهو نفس ما ذهب له "منال هلال مزاهرة" في كتابها نظريات الإتصال الى أن اصل كلمة اتصال المشتقة من الكلمة اللاتينية **COMMUNIS** تعني ذات الشيء المشترك. اما في اللغة فكلمة اتصال تعني البلاغ فنحن نقول أوصله الشيء أوصل اليه الشيء أي أبلغه اياه، كما تعني أيضا ربط الشيء بالشيء.⁽²⁾

وحسب الدلالات اللغوية لكلمة الإتصال يتبين أن عملية الإتصال تحدث بين طرفين كما أنها تتم من خلال وسيلة ويكون من ثارها حدوث إرتباط عملية الإتصال نحاول أن نشترك في جملة من المعلومات وكذلك الافكار والاتجاهات.⁽³⁾ الإتصال هو العملية التي تشيع أوتنتشر ما كان قاصرا على فرد واحد، أو بين اثنين أو أكثر.

(1) - عبد العزيز شرف، نماذج الإتصالية وفي الفنون والتعليم وادارة الاعمال، الدار المصرية البداية، ط2، القاهرة، 2003، ص 07.

(2) - منال هلال المزاهرة، نظريات الإتصال، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، الطبعة الاولى، 2012، ص 31.

(3) - W. Schramm، Men، Message and Media، New York، Harper & Row Publishers، 1993، p13.

وعرف قاموس "اكسفورد" الإتصال بأنه نقل الأفكار والمعلومات وتوصيلها أو تبادلها. ويجري هذا التبادل بين المرسل والمتلقي أو مرسل ومستقبلين أو عدد من المستقبلين. (1)

• اصطلاحا:

• هو عملية تفاعل بين عناصر العملية الإتصالية المرسل والمستقبل والرسالة في مضامين إجتماعية معينة وفي هذا التفاعل يتم نقل أفكار ومعلومات ومنبهات بين الافراد عن قضية او معنى مجرد او واقع معين والإتصال عملية مشتركة في الأفكار والمعلومات عن طريق عمليات إرسال وبث المعنى ثم استقبال بكفاءة معينة لخلق استجابة معينة في وسط اجتماعي ما وتتفق أغلب الدراسات التي تناولت هذا الموضوع على أن الإتصال ينقسم الى عديد الأنواع والنماذج. (2)

• اجرائيا:

هو عملية نقل المعلومات والأفكار والإتجاهات أو العواطف على مستوى شبكات العلاج بدءا من الطبيب الى مريض السرطان في مرحلة تشخيص المرض ثم بين مجموع الأطباء في إجتماعات RCP لاختيار العلاج الأنسب وبين مرضى السرطان وخلايا الإستماع المتوفرة في المستشفى الجامعي ابن رشد -عابدة- بهدف تحقيق ما تضمنه المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان سنة 2015-2019 الذي يركز أساسا على تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان.

3. الاستراتيجية الإتصالية:

اختلف تعريف الإستراتيجية من حيث المعنى والمدلول، فقد قدمت لها العديد من التعاريف نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر: (3)

- تعريف الأستاذ " عبد الوهاب الكيلاني" الذي يرى بأنها علم وفن الخطط العامة المدروسة بعناية، ومصممة بشكل متلاحق ومتفاعل ومنسق، لإستخدام الموارد بمختلف أشكال الثروة والقوة، لتحقيق الأهداف الكبرى.

(1) -مقال هلال المزاهرة، مرجع سبق ذكره، ص 32.

(2) - عبد العزيز شرف، مرجع سبق ذكره، ص 07.

(3) - ثابت إلهام، التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية في الوظيفة العمومي الجزائري: دراسة حالة وزارة شؤون الخارجية الجزائرية. رسالة ماجستير (جامعة الجزائر: كلية العلوم السياسية والإعلام: قسم العلوم السياسية 2003) ص-79-80.

- في حين يرى الأستاذ " سيد الهواري " بأن الإستراتيجية تشير إلى الإطار العام الذي يحكم كل القرارات الهامة، فيمكن أن تشير إلى السياسات الإدارية بإعتبارها مجموعة من القواعد العامة التي تحكم تصرفات المسؤولين، في تحقيق أفضل إستخدام للموارد المتاحة للمنظمة، من أجل تحقيق أهدافها، في إطار إستراتيجية واضحة المعالم.

- أما الأستاذ "إسماعيل محمد السيد" فيعرفها بأنها:

عبارة عن خطط وأنشطة المنظمة التي يتم وضعها بطريقة تضمن خلق درجة من التطابق بين رسالة المنظمة وأهدافها، وبين هذه الرسالة والبيئة التي تعمل بها بصورة فاعلة وذات كفاءة عالية.

- أما من وجهة نظر الكتاب الغربيين فوردت عدة تعاريف حول الاستراتيجية التالية:⁽¹⁾

يرى الباحث (george steiner) جورج ستينر بأن:

الاستراتيجية عبارة عن وضع أغراض وأهداف المؤسسة في ظل ظروف المؤسسة الخارجية والداخلية، وإعداد إستراتيجيات معينة لتحقيق تلك الأهداف، ثم إتخاذ القرارات الإستراتيجية لتنفيذ تلك الإستراتيجيات.

- أما روبرت بوسكي (robert bosquet) فيرى أن مصطلح الإستراتيجية معروف منذ عقدين من الزمن، لكن رغم ذلك لم يتم الإتفاق حول تعريف موحد، فلكل تعريفه الخاص عن الإستراتيجية. "الإستراتيجية هي عبارة عن مجموعة من القرارات، والأفعال المتعلقة بالخيار حول الوسائل وترابط الموارد بغرض الوصول إلى الهدف".

"الإستراتيجية تحدد مجموعة الخصائص المتعلقة بالقرار المختار من أجل التوجيه بطريقة محددة وفي وقت معين أنشطة المؤسسة "

"هي فن التحكم في المصير، وهي إختيار أكثر من إخضاع".

(1) -بن قيط جودي ، استراتيجية الإتصال للادارة الإستشفائية الجزائرية دراسة وصفية للادارة الإستشفائية بالاغواط ، رسالة ماجستير في علوم الاعلام والإتصال، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية والاعلام، معهد علوم الاعلام والإتصال ، 2012، ص 48.

أما الباحث " ألفريد شاندر (Alfred. d.chandler) فيعرف الإستراتيجية" كونها تمثل الأهداف والغايات الأساسية طويلة الأجل للمؤسسة، وإختيار خطة العمل، وتخصيص الموارد الضرورية لبلوغ هذه الغايات.

أمّا الإستراتيجية الإتصالية فتعرف بأنها فن تسيير ووضع مختلف أشكال الإتصال في المنظمة في إنسجام من أجل تلبية الاهداف ذات المصلحة العامة.

وتحقيقها يمر عبر تطوير أو تنمية علاقات إنسانية وإجتماعية بين الأشخاص الطبيعيين الذين يكونون المنظمة من جهة وبين هؤلاء والمنظمة كشخص معنوي من خلال ممثليها الرمزيين وميكانيزماتها للعمل من جهة أخرى فهي تشمل كل الرموز المرتبطة بتاريخها ثقافتها قيمها وحقل مرجعها وايضا وسائل نقلها المشتركة.(1)

• **إجرائيا:** تعتبر الاستراتيجية الإتصالية في دراستنا هذه بمثابة كافة الأشكال والصيغ الإتصالية في شبكات العلاج المتوفرة على مستوى محل الدراسة بكافة أنواع الإتصال الشخصي والإتصال الجمعي وغيرهما في مجال التكفل بمرضى السرطان بكل الابعاد العلاجية سواء كانت البيولوجية او النفسية.

4. الصحة:

• **لغة:** تعني حالة البدن الذي يعمل بطريقة عادية ودون مرض.(2)

• **اصطلاحا:** ينص تعريف المنظمة العالمية للصحة OMS على ان "الصحة هي تلك الحالة الكاملة من الراحة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، ولا تعني فقط غياب المرض أو العاهة، إذ أن امتلاك حالة صحية جيدة ممكن الحصول عليها، تشكل احدى حقوق كل كائن انساني".(3)

• وتعرف الصحة كذلك بأنها: "علم تشخيص وعلاج المجتمع، فيدرس المهتمين بهذا الحقل تركيبية المجتمع من زوايا متعددة تتداخل فيها الكثير من العلوم مثل: علم الاجتماع، علم النفس الاجتماعي، الأنثربولوجيا الإجتماعية، علم إجتماع الإتصال..."(4)

(1) - فضيل دليو، اتصال المؤسسة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2009، ص139-140.

(2) - نورالدين حاروش، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دون ذكر اسم دار النشر، الجزائر، 2008، ص58-59.

(3) - انظر تعريف المنظمة العالمية للصحة .

(4) - للاطلاع اكثر انظر: وفاء فضة وآخرون: ترميض صحة المجتمع، دار اليازوري، عمان، الاردن، 2002.

لا يوجد هناك اتفاق حول مفهوم واحد للصحة كل حسب تخصصه ومجال بحثه مما ساهم في تعدد مفاهيم الصحة وتوسعها لكنها لم تلتزم بالدقة فهي تنتم أحيانا بالغموض وأحيانا أخرى بالتناقض، فعرفت الصحة بأنها: "هي غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز .

فيعرفها دستور " المنظمة العالمية للصحة" في مؤتمره الدولي للصحة المنعقد في 19 جوان 1946 الصحة بأنها حالة مريحة كاملة على المستوى الجسدي والعقلي والاجتماعي ولا يتمثل فقط في غياب الأمراض والعاهات. ويعد الحصول على أحسن حالات الصحة التي يمكن أن يبلغها الإنسان من بين الحقوق الأساسية لكل إنسان أي كان عرفه أودينه أو وضعه الإقتصادي أو الاجتماعي.⁽¹⁾ ويعرفها هوريلمان على أنها حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما. وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكانياته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه مع ظروف الموضوعية للحياة.⁽²⁾

كما تعددت مفاهيم الصحة منذ ظهورها فإختلفت من معتقد لآخر ومن تاريخ الى تاريخ آخر فعرف مفهوم الصحة في القرن الخامس قبل الميلاد معنى ايجابي، ليشير في القرن التاسع عشر إلى دلالة تركز على المرض ثم تعددت مفاهيمه وتعريفاته مع مطلع القرن العشرين وسنتطرق فيما يلي إلى تلك المفاهيم بأكثر عمق:⁽³⁾

* كمفهوم يركز على المعايير:

يرى البعض أن الصحة مفهوم يثير حكما خارجيا فليس الفرد من يعرف نفسه على أنه بصحة جيدة وإنما الآخرون، وليس "المجنون" من يصنف نفسه كذلك وإنما العالم الخارجي من يصفه بالمرض العقلي. لذا تعرف الصحة على أنها ظاهرة جماعية لا تتحقق ولا يمكن تعريفها إلا من خلال الجماعة. أما الصحة المجتمعية **communautaire** فلا تكون إلا إذا اجتمع أعضاء تجمعهم رقعة جغرافية واحدة أو تربطهم علاقة إجتماعية موحدة كجماعة حول مشكل صحي لتقديم حلول أي عندما يفكر

(1) - عبد الله مرسللي، الاعتراف الدولي بحق الانسان في الصحة، المجلة الاكاديمية للبحث القانوني ويعرفها، المجلد 11/ العدد 01-2015، ص 143.

(2) - جربوش سمية، الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة، روافد، العدد الثاني، ديسمبر 2017، ص 251.

(3) - سعيدون ليليا، تصميم حملة لاعلام الطلبة والوقاية من السيدا باشارك الجامعة (دراسة حالة جمعية الانبيس بجامعة عنابة)، جامعة باجي مختار عنابة، كلية الاداب والعلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية، قسم علوم الاعلام والاتصالية، 2011، ص 39-40

أعضاء مجموعة جغرافية أو إجتماعية بطريقة جماعية حول مشكل صحي بتحديد الحاجيات والأولويات.

وعرفت منظمة الصحة العالمية الصحة "أنها حالة كاملة حسية فيزيقية عقلية إجتماعية، ولا تعني فقط غياب المرض أو عدم القدرة، وإنما الاستحواذ على حالة جيدة من الصحة التي يريد الإنسان الوصول إليها هي إحدى الحقوق الرئيسية لكل كائن إنساني مهما كان عرقه، دينه، آراؤه السياسية، ظروفه الإقتصادية أو الإجتماعية. وصحة كل الشعوب شرط أساسي للسلام في العالم والأمان وهذا يعتمد على التعاون المشترك لكل الأفراد والحكومات".

اما قاموس لاروس الطبي فيعرفها على أنها : "حالة العمل الجيد للعضوية"⁽¹⁾ وأشار فارلياك verliac أن كل من الصحة والمرض مفهومان غيرمنفصلان يتواجدان لدى الفرد بدرجات بمعنى درجات للصحة وأخرى للمرض حيث أن الصحة تتنوع على طول متصل حده الأول الصحة المثالية والتي يليها إنحدار في درجاتها ومعاييرها متجه نحو المرض الإعاقة والعجز منتهيا بالموت.⁽²⁾

5. مفهوم المرض:

بعد تطرقنا الى مفهوم الصحة وجب علينا التعرف لمفهوم اخر لطالما إرتبط بها الا وهو مفهوم المرض الذي بات يعرف عند الأنثربولوجيون على أنه حدث بيولوجي لا يصيب الجسد فقط وإنما أيضا حدث له علاقة متينة بالعوامل الخارجية عن الجسم وهي جملة من الاسباب والمتغيرات الإجتماعية.⁽³⁾

• لغة:

• المرض: جمع أمراض، عليل، فسادالصحة⁽⁴⁾.مرض : مرض، مرضا ومرضاً: تغيرت صحته وإضطربت بعدإعتدالها.⁽⁵⁾

• المريض: جمع مرضى من مرض:يقال : "بذن مريض" اي ناقص قوة.⁽⁶⁾

(1) -Larousse médicale(2000) ;France :paris ; Edition Larousse

(2) -Verliac ;J.F ; la psychologie sociale et santé ;sans dat ;p4. <https://ufr-spse-v-paris10.fr>

(3) - جربوش سمية، الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة ، مرجع سبق ذكره، ص 252.

(4)-الرائد:معجم ألفبائي في اللغة والإعلام ، دارالملايين ، دون ذكر اسم البلد، 2003، ص808.

(5) -مجاني الطلاب ، دارالمجاني ، ط5، بيروت ، لبنان ، 2001، ص908.

(6) -المنجدي اللغة والاعلام، ط40، دار الشرق ، ببيروت ، لبنان ، دون ذكر سنة النشر، ص757.

• اصطلاحاً:

المرض هو حالة إخلال عضوي أو عقلي في البدن أو في مدارك الانسان مسببا له أثارا نفسية ليس على المريض فحسب بل على دائرته الإجتماعية كذلك، فالمرض هو إعاقة قدرات المريض على مواجهة اقل الحاجات اللازمة لأداء وظائفه،⁽¹⁾ ويحدث عند قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم في القيام بالدور المناط به على اكمل وجه، كما ينتج كذلك عندما تختل ميكانيزمات التوافق الداخلي بين عضوين أو أكثر في أداء وظائف حيوية و فيزيولوجية، كما يعدّ المرض من جهة ثانية :حالة من الضعف في القدرات الطبيعية للفرد وبالتالي زيادة في متاعبه النفسية مثل : التوتر والخوف.⁽²⁾

وحتى يتم ضبط الحالات المرضية، وُكلت وظيفتها للأطباء الذين يعينون المريض في استعادة مداركه وقواه المعتادة، بل ولتنشيطها حتى يستطيع القيام بأدواره والإضطلاع مرة أخرى بمراكزه المهنية والإجتماعية التي هيا من اجلها وعليه يتوقع من الأطباء سلك تصرفات قد تجنب المرضى الهلاك وتقييم المضاعفات، على غرار السعي لإفهام المرضى ما اصابهم ليتخذوا القرار السليم بشأن الوضع الصحي الذي يمرون به.

• إجرائياً:

يعتبر المرضى وحدات إجتماعية لا يمكن ان يتحقق شفاءهم الا من خلال التسليم بأن المرض هو نتاج عوامل متعددة الظروف صحية وإجتماعية خاصة. فبفقدان الجسم لقدرته يصاب المرضى بالقلق والخوف والتوتر التي يكون لها اثر مباشر وسبب رئيسي في حدوث مضاعفات مختلفة لمحملة والغير محتملة، فيزداد الشعور بالاضطراب حسب نمط التواصل بينهم وبين افراد بيئتهم، ويتحول اهتمام المرضى الى التركيز عن ذواتهم الداخلية مما يستوجب تدخل الأطباء والمؤسسات الاستشفائية للحفاظ على الصحة الجسمية وسلامة المدارك الفيزيولوجية والنفسية والإجتماعية.

(1) - ايمن مزاهرة وأخرون ، علم إجتماع الصحة ، دار اليازوري ، عمان ، الاردن ، 2002، ص54.

(2) - للإطلاع اكثر أنظر: عبد المنصف حسن على رشوان ، الممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر، دون ذكر سنة النشر .

6. السرطان:

• لغة:

يسمي السرطان في بعض الاحيان بالورم الخبيث ما يعني النمو الجديد السيء (واصل الكلمة مستمد من الكلمة اليونانية كارينكوس) السلطعون البحري كما كان يسميه **cancer** بالإنجليزية الأطباء اليونانيون الأوليين بسبب ضخامة حجم السلطعون في الوسط ومخالبه الممتدة التي شكلت تشابها مع اورام سرطان الثدي وهو اول شكل تمت ملاحظته لهذا المرض.

• اصطلاحا:

• هو تعبير عام لمجموعة من الامراض التي تتميز بالنمو الفوضوي وغير المنضبط للخلايا.⁽¹⁾
ويعرف كذلك بأنه مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الامراض التي يمكنها أن تصيب كل اجزاء الجسم. ويشار الى تلك الامراض ايضا بالاورام الخبيثة ولعل اهم ما يميز هذا المرض هو التطور السريع لخلايا شاذة يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة ومن ثم اقتحام اجزاء الجسم المتاحة والإنتشار الى اعضاء اخرى ويطلق على تلك الظاهرة اسم النقيلة، وتمثل النقائل اهم اسباب الوفاة من جراء السرطان.⁽²⁾

ويعرف **مالكوم شوارتز السرطان Cancer** ورم خبيث ينتج عن تغير يصيب الخلايا البشرية ويبعدها عن هدفها تتمرد هذه الخلايا وتنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة فوضوية فتغزو الأنسجة والاعضاء في كل أن حاء الجسم.⁽³⁾

7. مفهوم الاستشفاء أو المستشفى:

• لغة: الاستشفاء: يعني شفي المريض: برئ، استشفى بكذا: نال به الشفاء، استشفى، استشفاء به، طلب الشفاء.

• **المستشفى:** "جمع مستشفيات: المكان الذي يدخله المرضى للاستشفاء.⁽⁴⁾

(1) - ابو سعد عماد، السرطان ما هو انواعه، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر الطبعة الاولى، ص 75.

(2) - <https://www.who-int/ar/news-room/factsheets/detail/cancer>

(3) - فلفير فتيحة، بودوح محمد، الاكسيما لدى مرضى السرطان (دراسة ميدانية بمستشفى عفرون)، المجلة العربية للابحاث والدراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 12، عدد 1 جانفي 2020-السنة الثانية عشر، ص1004.

(4) - المنجد في اللغة والاعلام، مرجع سابق، ص 395-396.

• اصطلاحاً:

المستشفى هو الجزء المتكامل من المنظمة الاجتماعية الصحية، ووظيفته توفير العناية الصحية الكاملة لجميع السكان العلاجية والوقائية، ويعتبر المستشفى أيضاً مركز التدريب العاملين في حقل الصحة والأبحاث الاجتماعية الباثولوجية⁽¹⁾.

تعتبر المؤسسات الصحية وخاصة منها المستشفيات من المؤسسات ذات التركيبة المتداخلة لمجموعة من المهام و الإجراءات المختلفة و المتعددة، وتقوم على مهارات متخصصة ومتنوعة، وعليه لا بد من التطرق لمفهوم المؤسسات الصحية ومفهوم المستشفيات ومن ثم تاريخ ظهور المستشفيات حتى تصبح على ما هي عليه اليوم.

أما المستشفى فقد وردت في القاموس العربي "المنجد" في باب شفي يشفي شفاء بمعنى أن المستشفى هو المكان الذي يطلب فيه الشفاء، أي البرء من العلة؛ وعرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه (AHA) American Hospital Association : "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين لمرضى"⁽²⁾.

أما منظمة الصحة العالمية فعرفت "المستشفى على أنه ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الصحي ووظيفته توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع، سواء كانت علاجية، أو وقائية وأن المستشفى تكون مركزاً لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذلك مركزاً للأبحاث الطبية والاجتماعية، فضلاً عن كونه مركزاً لإعادة تأهيل المرضى الراقدين و كذلك المراجعين للعيادة الخارجية".

• إجراءات:

المستشفى هو التنظيم الصحي المسؤول عن توفير العناية الصحية الكاملة لمرضى السرطان في كل مراحل علاجهم، يهدف فريقه دائماً إلى تحقيق الرعاية والخدمة الصحية المتكاملة للأفراد المرضى بين العناية الصحية الجسدية من خلال توفير أفضل الأدوية الأطباء الأكثر كفاءة لتقديم

(1) - فادية فؤاد حميدو محمد، البناء الاجتماعي للمؤسسات للمؤسسات الطبية -دراسة انثروبولوجية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008، ص76.

(2) بشير كاوجة، تكنولوجيا المعلومات في المؤسسة الإستشفائية (دراسة تطبيقية بالمؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، تخصص علوم الاعلام و الإتصالية، 2012، ص 70-71.

نتائج ايجابية في العلاج الجسدي مع توفير كل الامكانيات التي تمنح المرضى وذوهم الراحة النفسية وتخفف عنهم الضغوطات من خلال توفير خلايا الاصغاء التي يسهر عليها جملة من الأطباء النفس أن بين لتقديم المساعدة وقت الحاجة.

8. الطب والأطباء:

• لغة:

- الطب: الطب والطب: علاج الجسم والنفس.
- الطبيب: جمع اطبة وأطباء. صاحب علم الطب، كل ماهر حاذق بعمله.
- تطبيب: عناية المرضى وعلاجهم بالأدوية.
- تطيب: تلقي علاجاً او خضع لعلاج طبي.⁽¹⁾

• اصطلاحاً :

- استقبال المرضى وتشخيص الأمراض هي المرحلة الأولية يصف الأطباء على إثرها الأدوية ويحددوا فيها طرائق العلاج المناسبة، فمن المفترض الا يحاسب الأطباء على النتائج كالكشفاء مثلاً بل على مدى ما يبذلونه من عناية بالمرضى ضمن البروتوكولات المتعارف عليها طبياً وما تضمنه من تكفل نفسي واجتماعي⁽²⁾. ويمكن دراسة طبيعة العلاقة بين الأطباء والمرضى من عدة زوايا، يؤدي فيها الإتصال دور بارز وفعلي في تكريس العلاج الاستشفائي، بحسب كيفية الاداء على كل المتفاعلين الاستشفائيين لأدوارهم او بما يتماشى وتوقعات كل منهم تجاه الآخر، ضمن ما يسمى بتوقعات الدور.⁽³⁾

• إجرائياً:

الأطباء افراد من المجتمع، لهم ميزات ثقافية ونفسية واجتماعية وعلمية خاصة، تؤهلهم لممارسة مهنة الطب، فهم في خدمة المرضى وما تقتضيه منهم الوظيفة العلاجية: مثل المرافقة من تكفل نفسي واجتماعي...ومساعدة طالبي الخدمة على التعافي واسترداد ادوارهم الاجتماعية التي غيبتها

(1) - المنجد في اللغة والاعلام :مرجع سابق، ص457.

(2) -محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية ، منشأة المعارف الاسكندرية ، مصر، ص42.

(3) -فادية فؤاد حميدو محمد ، البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية دراسة انثروبولوجية"، ص139.

المرض ولفترة ما من الزمن، حيث يستعين الأطباء في الاداء مهامهم بفرق ووسائل تساعدهم على كشف وحصر الامراض و علاجها.

مما لاشك فيها ان إعداد الأطباء من أكبر إنشغالات المجتمعات عبرعصورلما لهم من دور إستراتيجي في صيانة صحة الأفراد وجماعات المجتمع دون تمييز، ولأهمية هذه الوظيفة الإجتماعية، تجتهد كافة الدوائر البيداغوجية المختصة في تلقين طلبة الطب تقنيات ومناهج دراسية (اطول ما يمكن ان تكون بالجامعات)، اين يتطلب من أطباء المُستقبل التحلي بجملة من الميزات أهمها: الصبر والجلد والاستعداد الفيزيقي والعقلي والنفسي لتحمل كل أنواع الصعاب، التي تواجههم أثناء تأدية المهام: ليلا/نهار.

9. الإجتماعات الإستشارية متعددة التخصصات RCP:

إجتماع منتظم بين المهنيين الصحيين، يتم خلاله مناقشة وضع المريض، والعلاجات الممكنة بناءً على أحدث الدراسات العلمية، وتحليل الفوائد والمخاطر التي تنطوي عليها، فضلاً عن تقييم جودة العلاج المقدم وتأثيراته. وتجمع الإجتماعات الإستشارية متعددة التخصصات ما لا يقل عن ثلاثة أطباء في مختلف التخصصات. ثم يقوم الطبيب بإبلاغ أهم القرارات للمريض ويقدم له برنامج العناية الشخصية (PPS).⁽¹⁾

هو إجتماع منتظم بين اطباء⁽²⁾ من مختلف التخصصات يتم خلاله مناقشة ملفات المرضى بطريقة جماعية. ويهدف إلى اختيار العلاج الأنسب للمريض، مع مراعاة أحدث خصوصيات حول مرض السرطان ، ولكن أيضاً الفوائد والمخاطر والعواقب على جودة حياة المريض.

(RCP)اجتماع بين الأطباء من مختلف التخصصات، المشاركين في علاج السرطان منهم: أطباء الأورام، أخصائيو الأعضاء، الجراحين، أطباء الأشعة، أخصائي و الأمراض، أخصائي والعلاج الإشعاعي،... يمكن للطبيب المعالج المشاركة. يتم تنظيمها في المؤسسات الصحية في المنطقة، وهي عنصر أساسي في تنظيم رعاية مرضى السرطان.⁽³⁾

(1) -<https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/RCP>

(2) -<https://www.deuxiemeavis.fr/blog/article/150-cancer-qu-est-ce-qu-une-rcp>

(3)- <https://www.oncopaca.org/fr/page/rcp-dossier-patient>

خلال هذه الاجتماعات، يتم تقديم ملف المريض ومناقشته بشكل جماعي. وتقييم فوائد ومخاطر كل علاج. أما بالنسبة للعلاج المقترح فهو نتيجة هذه الاستشارة. يجب أن يأتي اقتراح العلاج المقدم للمريض بالضرورة من الاجتماع الاستشاري (وهذا يعني أن العلاج لن يقرر من قبل الطبيب وحده، ولكن من قبل فريق مكون من عدة أطباء). هو كذلك مساحة للمناقشة حول الإستراتيجيات التشخيصية والعلاجية بين المتخصصين من العديد من التخصصات.

ويستفيد ملف جميع مرضى السرطان الجدد من الرأي الصادر في اجتماعات RCP. وينطبق الشيء نفسه على أي تغيير جوهري في المعالجة. ومن ثم يتم إرسال هذا الإشعار للمريض ووضعه في ملفه الطبي. مما يساهم في أن شاء برنامج الرعاية الشخصية (PPS). ويمكن للطبيب المعالج المشاركة في اجتماع RCP حيث سيتم مناقشة ملف المريض.⁽¹⁾

• إجراءات:

هي مجموع اللقاءات الجماعية المنظمة على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد -عناية- التي تتم في فضاء إتصالي تفاعلي جماعي بين فريق من الأطباء في مختلف التخصصات بهدف دراسة ملف اوعدة ملفات تتعلق بسيرورة العلاج وتقديم الرعاية لمرضى السرطان في مختلف اطوار العلاج وتقييمها ومن ثم الخروج بعدد القرارات التي تخص علاج المريض.

10. خلايا الإستماع لمرضى السرطان:

ويشرف عليها طبيب عام وطبيب نفساني ووكيل إداري، وتهدف إلى توجيه ومراقبة المرضى من خلال بالتواصل مع المستشفيات المتخصصة في علم الأورام هذه الخلية، أن لديها أيضا مهمة تحديد عدد مرضى السرطان وتوفير العلاج النفسي للمرضى الذين يعانون من هذا المرض من أجل تخفيف معاناتهم. ومهمة الخلية لا تقتصر على الإستماع للمرضى فحسب، بل دعمهم من حيث الرعاية والمتابعة الطبية على مستوى المستشفيات المتخصصة". وتعمل المؤسسات الصحية الموجودة في تحويل جميع حالات السرطان إلى خلية الإستماع من أجل رعاية المرضى بسرعة.⁽²⁾

(1) -Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ، ESPACE PRO - INFOS COVI ، Source : Institut National du Cancer - > Version validée au 18 mars 2020 ، <https://www.oncopaca.org/node/1343>

(2) - <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/S-informer-et-etre-ecoute>

• **اجرائيا:**

وهي خلية الإنصات المتواجدة على مستوى المستشفى محل الدراسة والمتكونة من طبيب عام وطبيب نفساني ومسؤول إداري، تهدف الى توجيه ومراقبة المرضى الوافدين للمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة-، لها مهمة تحديد عدد مرضى السرطان على مستوى المؤسسة الاستشفائية وتوفير العلاج النفسي اللازم للمرضى الذين يعانون من مرض السرطان بغاية تحقيق معاناتهم.

- **مجالات الدراسة:**

1 - **مكانيا:**

وهو المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد-عنابة- الذي يعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع إداري لها شخصية معنوية وإستقلال مالي، أنشأت بموجب مرسوم تنفيذي تحت وصاية إدارية من وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في حين يمارس وزيرالتعليم العالي البحث العلمي الوصاية البيداغوجية ويكتسي هذا المركز الإستشفائي طابعا جهويا حيث يقوم بالتغطية الصحية في مجالات الطب والجراحة لكل ولايات الشرق الجزائري مثل:

عنابة، سكيكدة، الطارف، سوق اهراس، تبسة، قالمة، وواد سوف، ويحمل الطابع الاستشفائي الجامعي من خلال تأدية المهام المرتبطة بالتكوين القاعدي و المستمر، ويضم العديد من المصالح مثل: الجراحة العامة والاعصاب والتوليد والانعاش والتخدير والمسالك البولية الاستعجالات الجراحية كما يضم اقسام تقنية هي المخبرالمركزي والصيدلية. أما من ناحية الهيكلية الإدارية فيحتوي على أمانة عامة تتفرع عنها أربع مديريات وهي كالتالي:

- مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية.

-مديرية الوسائل والتجهيزات

-مديرية الموارد البشرية

مديرية الموارد المالية والمحاسبة.

أما الهياكل فتتمثل في:

-ابن رشد.

-ضريان.

-ابن سينا.

-طب الاطفال.

-طب العيون.

-مركز مكافحة السرطان.

-جراحة الاسنان صاولي عبد القادر.

-جراحة الاسنان ايليزا.

2- زمانياً:

تم إجراء هذه الدراسة منذ شهر مارس 2019 الى شهر ديسمبر 2021 على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة -وقد تم تقسيم المدة الى ثلاثة فترات ومراحل زمنية أساسية جاءت كما يلي:

2-1 - مرحلة القراءات النظرية 2018/2019 :

وقد تم في هذه المرحلة الإستكشافية والإستطلاعية، القيام بجمع أكبر عدد ممكن من المصادر والمراجع ذات الصلة بموضوع الدراسة وكل ما يمكن الإستفادة منه خلال إنجاز العمل، إضافة الى محاولة التوصل الى الدراسات السابقة القريبة أو المشابهة للموضوع أو المتقاطعة مع دراستنا في أحد أبعادها، وفي نفس المرحلة عملت الباحثة على الإطلاع على ميدان الدراسة والقيام بقراءات متفرقة حول الخطط والمجهودات المقدمة وطنيا وعالميا في إطار التكفل والتصدي لمرض السرطان. خاصة وأن موضوع الدراسة ذو أبعاد كثيرة يطرأ عليها عديد التغيرات بإستمرار، ومن ثم تم إعداد خطة أولية لتحقيق أهداف الموضوع في المرحلة الأولى من الدراسة.

2-2-مرحلة استطلاع الميدان 2019/2020 :

وتم في هذه المرحلة التي عرف فيها القطاع الصحي أزمة تفشي وباء كورونا مما أوجد صعوبات عديدة منعت تواجد الباحثة بشكل مستمر في المؤسسة محل الدراسة نظرا لخصوصية تلك الفترة التي قلبت كل موازين قطاع الصحة العالمي بشكل عام و الصحي الجزائري على وجه الخصوص حيث توجهت المؤسسات الصحية العمومية والمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عناية كأحد الانساق الفرعية منها الى التعامل مع وباء كوفيد 19 بتغييرات جذرية على مستوى تمويلها وهياكلها المادية و البشرية .

2-3-مرحلة الدراسة في الفترة الممتدة من 2020 الى 2021 :

عملت الباحثة في هذه المرحلة على صياغة وتوزيع وقياس و تحليل أدوات الدراسة على مستوى شبكات العلاج المتوفرة بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عناية- في ظروف جد خاصة بهدف جمع أكبر عدد من المعلومات التي تزيد من رصانة الدراسة وموضوع إستراتيجيات الإتصال في الصحة ومكافحة السرطان في الجزائر، ومن ثم إستخلاص أبرزالنتائج التي توضح الإجابة عن التساؤلات الفرعية والتساؤل الرئيسي التي تسمح بتقييم الوضع الاتصالي على المستوى التنظيمي و الشخصي.

سادسًا - حدود الدراسة:

إنَّ أيَّ بحث علمي يكون بصدد الإنتاج يتعرض الباحث فيه لجملة من المعوقات والصعوبات التي يجتهد الباحث في العمل على تجاوزها أوإختيار بدائل عنها تسمح له بتحقيق أهداف دراسته ومن بعض ما واجهته الباحثة في إنجاز هذه الدراسة نذكر ما يلي:

- حساسية الموضوع المقترح في الدراسة
- غموض الشق الإتصالي لدى مجتمع البحث وغياب الإهتمام بالموضوع كليا.
- تكتم المؤسسة الإستشفائية عن عديد المعلومات والعناصر المتعلقة بالمؤسسة، مثل: المعلومات الداخلية نظرا لخصوصيتها.
- صعوبة الحصول على دراسات سابقة في نفس سياق موضوع الدراسة المقدمة.

- صعوبة الحصول على الوثائق تدعم تشخيصنا للواقع الإتصالي في المؤسسة محل الدراسة خاصة ما يتعلق بالمؤسسات التي تتعامل معها المؤسسة الإستشفائية في مجال تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان.

- صعوبة توزيع وإسترجاع إستمارة المقابلة والتعامل مع الأطباء لعدد الأسباب منها الوضعية الوبائية التي زعزعت إستقرار المؤسسات الاستشفائية بشكل عام اضافة الى ضيق الوقت وكثرة الأعباء بالنسبة للأطباء.

ثانيا- الإجراءات المنهجية الموجهة للبحث:

1. نوع الدراسة ومنهجها:

يشير البروفيسور فارس البياتي في كتابه "الحاوي" الى أن المنهج هو الجملة الإجراءات والأساليب التي يعتمد عليها الباحث في جمع البيانات والمعلومات وتصنيفها وتحليلها (1).

وتتدرج دراستنا حول إستراتيجيات الإتصال لتحسين التكفل بمرضى السرطان ضمن الدراسات الوصفية التي يعرفها البروفيسور فارس رشيد البياتي بأن الدراسات الوصفية من أساليب التحليل المرتكز على المعلومات الكافية والدقيقة عن الظاهرة أو الموضوع المدروس خلال فترة معينة من اجل الحصول على معلومات ونتائج يتم تفسيرها بطريقة موضوعية تتسجم مع معطيات الظاهرة التي يتم البحث فيها(2)، كذلك والتي تعمل على تحليل وتصوير وتقييم خصائص مشاكل محددة وتمد الباحثين بقدر وفير من المعلومات والبيانات الأساسية التي ترسم صورة عامة للظاهرة المدروسة إضافة إلى أنها تصف الظاهرة التي يراد دراستها بصورة منفصلة عن المحيط الإجتماعي والظواهر الأخرى المحيطة بها.

كما تهدف دراستنا الى تحليل وتفسير وشرح وتأويل وفهم ووصف الوقائع وجمع الحقائق والمعلومات والملاحظات حولها كما هي موجودة عليه، وذلك من خلال توظيف أدوات المنهج الوصفي التي تستعمل في جمع المعلومات اللازمة للدراسة مثل: المقابلة و الملاحظة و الاستبيان(3) وتعتبر

(1) فارس رشيد البياتي ، الحاوي في مناهج البحث العلمي (خط-مناهج - ادوات وتحليل إقتباس وتوثيق خرائط-نماذج مصطلحات)، دار السواقي العلمية ، عمان ، الأردن ، ط1، 2018 ، ص64.

(2)- المرجع السابق ، ص88.

(3)- فارس رشيد البياتي ، مرجع سابق ، ص64.

* للإطلاع اكثر انظر الصفحة 92 من كتاب الحاوي في منهجية البحث العلمي

دراستنا المسحية من نوع تحليل العمل من خلال مسح جزئي يكون على عينة مختارة من مجتمع الدراسة مما يسمح لنا بإثراء الموضوع والحصول على أكبر قدر من التحليل المعمق للظاهرة المدروسة وبالتالي:

- الحصول على معلومات شاملة حول مرض السرطان وكيفية تعامل القطاع الصحي معه والتعرف على أهم الآليات والتقنيات الإتصالية المتوفرة على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد.
- فهم الموقف الكلي والعوامل المؤثرة أي يسهل على بحثنا تكوين فكرة عامة حول واقع الإتصال الصحي وأهم التحديات التي يواجهها في تنفيذ إستراتيجيات مخطط السرطان الخماسي 2015-2019 .
- إسترجاع الحالة التاريخية مما يساهم في الحصول على إحصائيات مرضى ووفيات السرطان في العشر سنوات الاخيرة.
- بما أنه طريقة للتحليل الكيفي للظواهر مما يساهم في تفسير عديد السلوكات الإتصالية بين شبكات العلاج والمرضى.

ما يجعلها تتوافق مع مؤشرات المنهج الوصفي وذلك لعديد الإعتبارات التي يتوفر عليها هذا المنهج حيث أنه يمثل أحد أساليب التحليل المرتكز على جمع المعلومات الكافية والدقيقة عن الظاهرة أو موضوع محدد خلال فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية تم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة.

والباحث في هذا المنهج يجد أن نشأته إرتبطت بالمسوح الإجتماعية والدراسات المبكرة في إنجلترا وفرنسا، وكذا بالدراسات الأنثروبولوجية في الولايات المتحدة الأمريكية إنجلترا. ويقوم هذا المنهج على دراسة وتحليل وتفسير الظاهرة من خلال تحديد خصائصها المختلفة وأبعادها وتوصيف العلاقة بينها، وذلك لتقديم وصف علمي متكامل لها. لذلك نجد أن المنهج الوصفي يشتمل على عديد المناهج الفرعية والأساليب المساعدة كأن يعتمد على دراسة حالة أو دراسة ميدانية أو تاريخية أو المسوح الإجتماعية وغيره. (1)

(1) - خالد حامد. منهجية البحث في العلوم الإجتماعية والانسانية، جسر للنشر والتوزيع، المحمدية، الجزائر، الطبعة الاولى، 2008،

لا يسمح المنهج الوصفي لنا بالتعرف على معالم الظاهرة وأسباب وجودها فحسب وإنما كذلك يشمل التحليل الكامل للبيانات مع قياسها وتفسيرها والوصول الى وصف دقيق للظاهرة ولنتائجها.

فالمنهج الوصفي يسمح لنا بالتعرف على معالم الظاهرة أو المشكلة وتحديد أسباب وجودها وتشخيصها والوصول الى كيفية تغييرها.⁽¹⁾

ويمكن تجسيد أهم عناصر هذا التعريف عمليا وميدانيا في دراستنا هذه من خلال تحليل إستراتيجيات ومحاور المخطط الصحي الخاص بالسرطان 2015-2019 لتقصي كافة الحقائق المحيطة به والتعرف على أهم المعلومات المتعلقة بمضمونه من خلال الحصول على مصادر البيانات التالية:

الوثائق الخاصة:

وهي مجموع الوثائق المتحصل عليها من المؤسسة محل الدراسة.

المقابلات الشخصية:

وتتمثل في الزيارات الميدانية المتتالية التي تهدف الى الحصول على المعلومات المرتبطة بموضوع الدراسة من الناحية التنظيمية.

المسح المكتبي:

الذي سيسمح بالإطلاع على مختلف المراجع التي لها علاقة بموضوع الدراسة.

هذا وخاصة أن المرحلة الأولية في الدراسة ستطرق الى تشخيص وتحليل الواقع الصحي في تطبيق المخطط الحكومي الخماسي 2015-2019 في مستشفى ابن رشد الجامعي وذلك بهدف التعرف على أهم الدعائم الإتصالية التي يتضمنها المخطط في إستراتيجياته الكبرى والمتمحورة حول مريض السرطان والتي يمكن إستغلالها وإستثمارها في شبكات العلاج المتوفرة لمريض السرطان التي تبدأ بالعلاقة المباشرة بين الطبيب والمريض للإعلان عن المرض وتنتهي بالمتابعة والتكفل بالعلاج.

(1) - أحمد عبد الله اللوح ، مصطفى محمود ابو بكر، البحث العلمي تعريفه -خطواته -مناهجه -المفاهيم الاحصائية ، الدارالجامعية ، الاسكندرية، 2002، ص52.

2. مجتمع الدراسة والعينة:

من المتعارف عليه أن البحوث التطبيقية تستند في تطبيقاتها لمجتمع البحوث التطبيقية تستند في تطبيقاتها لمجتمع البحث بغية الاستفادة من موضوع البحث ويمكن وصفه أنه جميع العناصر ذات العلاقة بمشكلة الدراسة¹.

أ- مجتمع الدراسة:

وهو ما يسمح للباحث أن يختار منه عينة الدراسة، التي يرغب في تعميم النتائج عليه.⁽²⁾ وهو جمع محدود أو غير محدود من المفردات التي تنتمي الى الظاهرة المبحوثة⁽³⁾، يعتبر مجتمع البحث جميع الوحدات التي يرغب الباحث في دراستها وقد يكون مجموعة من الأشخاص اذا كان موضوع البحث عن الأشخاص مثلما هو الحال في دراستنا هذه، وهو كذلك جميع الفاعلين الإداريين والأطباء على مستوى المستشفى الجامعي -ابن رشد- عنابة وقد شمل مجتمع الدراسة 14 رئيس مصلحة إضافة الى 1131 شبه الطبي، و265 طبيب معالج من مختلف التخصصات.

ب- عينة البحث:

دراسة العينات من الدراسات الأساسية في بحوث الإعلام والاتصال، حيث يعتمد الباحث في إجراء دراسته على إختيار عينات تمثل مجتمع البحث تمثيلا صحيحا، وتعرف على أنها جزء من مجتمع الدراسة الكلي المراد تحديد سماته⁽⁴⁾ كما العينة هي من وحدات المعاينة تخضع للدراسة التحليلية أو الميدانية، ويجب أن تكون ممثلة تمثيلا صادقا متكافئ مع المجتمع الاصيل ويمكن تعميم نتائجها عليه.⁽⁵⁾

ومن أنواع العينات المناسبة للدراسات الوصفية الميدانية نذكر العينة العشوائية البسيطة التي تؤدي الى إحتمال إختيار أي فرد من أفراد المجتمع⁽⁶⁾ كعنصر من عناصر العينة ، ولكل فرد فرصة متساوية لإختياره ضمن العينة وكذلك إختيار الفرد في العينة لا يؤثر على إختيار أي فرد آخر. خاصة وأن الأسلوب العشوائي الذي يقوم على مبدأ عدم وجود تباين بين المفردات المبحوثة، اي نها تكون

(1)- فارس رشيد البياتي ، مرجع سابق ، ص267.

(2)- فرج الكامل ، بحوث الإعلام و الرأي العام ،تصميمها وإجراؤها و تحليلها ، القاهرة، دار النشر للجامعات، 2001 ، ص121.

(3)- أحمد بن مرسي، الأسس العلمية لبحوث الإعلام والاتصال، الورسم للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى، 2013، الجزائر، ص141.

(4) فرج الكامل، بحوث الاعلام والرأي العام ، تصميمها وإجراؤها وتحليلها، القاهرة، دار النشر للجامعات، 2001، ص123.

(5) - محمد عبد الحميد ، تحليل المحتوى في بحوث الاعلام ، الطبعة الثانية ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ، 1979.

(6)-فارس رشيد البياتي ، مرجع سابق ، ص 273.

متجانسة، بمعنى انها متساوية في المعلومات المطلوبة وبالتالي في التمثيل. مما يدفع الى الابتعاد عن عامل الصدفة في المعاينة بتطبيق الاسلوب الغير خاضع للحساب الذي يوفر من خلاله فرصة ظهور متساوية للمفردات.⁽¹⁾

يؤكد ذلك انه يطبق هذا النوع من العينات في حالة ما اذا كان المجتمع المدروس متجانسا ومتكافئا في جميع الخصائص.⁽²⁾

ولقد إختارنا في هذه الدراسة عينة عشوائية شملت 40 (أربعين) طبيب معالج على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي من مختلف التخصصات، وذلك طبقا لجملة السمات والخصائص التي تتوفر عليها المفردات بما يخدم أهداف الدراسة.

ج- أدوات القياس:

تعتبر تلك الأدوات التي تساعد الباحث في جمع المعلومات والبيانات ومختلف الملاحظات التي يسجلها الباحث عن مفردات مجتمع البحث ذات العلاقة المباشرة بالدراسة المنجزة في شكل كمي قابل للعد و التسجيل أو في شكل صفات تقويمية لخصائصها. ومن ابرز الأدوات الميدانية التطبيقية نجد⁽³⁾: الملاحظة-الاستبيان-المقابلة-الاستمارة ...

و تعد دراستنا حول إستراتيجيات الإتصال لتحسين التكفل بمرضى السرطان من الدراسات الوصفية، وبهذا يوفر لنا المنهج الوصفي مرونة كبيرة في التعامل مع متغيرات الدراسة وتحقيق أهدافها المرجوة من خلال ضمان حسن التوظيف لأدواته البحثية الميدانية التالية:

- المقابلة
- الملاحظة.
- إستمارة مقابلة .

(1)- احمد بن مرسي ، مرجع سابق، ص149.

(2) خالد حامد، منهجية البحث في العلوم الإجتماعية والانسانية ، جسور للنشر و التوزيع ، الطبعة الثانية ، 2012 ، ص132.

(3)- احمد بن مرسي ، الاسس العلمية لبحوث الاعلام و الاتصال ، مرجع سابق، ص166.

ج-1- المقابلة:

وهي من أدوات جمع المعلومات والبيانات بين الأفراد والجماعات التي لم يسبق توثيقها. وهذا من خلال المقابلة وجه لوجه في شكل حوار منتظم يأخذ أسلوب : سؤال /جواب فيحدث تفاعل لفظي بين الباحث و المبحوث للحصول على المعلومات اللازمة¹.

أي أنها حوار يتم بين القائم بالمقابلة وبين شخص أو مجموعة أشخاص بهدف الحصول على معلومات حول موضوع معين وتتعلق خاصة بالأراء والاتجاهات أو السلوك، أو المعلومات أو الشهادات ويطلق عليها كذلك التحقيق بواسطة المقابلة، فهي عبارة عن أسئلة محضرة سابقا. ومن المتفق عليه أن تكون مشاركة المستجوبين إرادية وأن تكون أجوبتهم محاطة بالسر المهني.

وتمتاز المقابلة عن غيرها من أدوات البحث بأنها الأكثر مرونة تسمح للمبحوث بالملاحظة المعمقة في فهم الموقف الكلي مما يسمح للباحث بشرح وتفسير ما قد يكون غامض من الأسئلة ويستطيع أن يتكيف مع الجو الاجتماعي الذي تجرى فيه المقابلة حتى يكون أكثر واقعية.

والمقابلة فن يحتاج الى مهارة وخبرة وتدريب، يكتسبها الباحث عن طريق الممارسة العلمية إضافة الى الميدان والإحتكاك بالمبحوثين، وللمقابلة جملة من القواعد منها:⁽²⁾

- إستشارة دوافع المبحوثين للإستجابة وبالتالي الحصول على معلومات دقيقة وموضوعية.
- تهيئة الظروف الملائمة وتقديم الوقت المناسب للمبحوث.
- يستحسن إجراء المقابلة عن طريق المناقشة والحوار، مع تحكم الباحث في مستويات الأسئلة والانتقال المنطقي فيها.

وبوصفها أكثر وسائل جمع البيانات شيوعا وفاعلية في الحصول على المعلومات الموثقة والرسمية بهدف جمع المعلومات والبيانات الأكثر مصداقية مما يساهم في وضوح الأفكار والجهود المبذولة من طرف المسؤولين سيتم اعتمادها مع:

* مدير النشاطات الطبية والتمريضة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة.

(1)- نفس المرجع السابق ، ص172.

(2) - خالد حامد ، مرجع سابق، ص ص 133.134.

* المسؤول عن خلية الإستماع والتوجيه بمركز السرطان بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة.

* الأطباء الأعضاء في الإجتماعات الإستشارية متعددة التخصصات RCP .

وتم طرح مجموعة من التساؤلات وفق التسلسل المنطقي والعلمي والعملي لمراحل الإستراتيجية الإتصالية وهذا بهدف جمع أكبر قدر ممكن من الوثائق الرسمية والمعلومات الموثقة حول موضوع الدراسة وكذلك معرفة واقع برامج التسيير الإتصالية وأهم التحديات التي تعرقل السير الحسن لإستراتيجيات المخطط من أجل السيطرة على مرض السرطان .

كما إستعانت الباحثة بإستمارة مقابلة هذه الأخيرة التي لا تختلف من حيث تنظيمها الهيكلي عن باقي الأدوات فيحرص الباحث على توزيعها الى محاور تأخذ في ترتيبها التسلسل المعتمد على مستوى خطة البحث المتطابقة مع وضع التساؤلات وتحديد الأهداف التي يتم من خلالها الإشارة الى نوع المعلومات المطلوبة على مستوى كل محور من محاور الدراسة (1)، و ضمن أدوات البحث المقدمة مع مجموع الأطباء الإستشفائيين بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة - شملت محاورها المراحل الثلاث في التكفل بمرضى السرطان بالمستشفى محل الدراسة فتم بناء أسئلة " المحور الأول " حول مرحلة الإعلان عن المرض ثم تطرقت الباحثة في المحور الثاني الى أسئلة عديدة منها المفتوحة والمغلقة ناقشت معلومات للتعرف على مرحلة العلاج من خلال الإجتماعات الإستشارية متعددة التخصصات RCP، وقدم المحور الثالث كذلك مجموعة تساؤلات للتعرف على التكفل النفسي المقدم بهدف المتابعة من طرف خلايا الإستماع على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة.

ج-2- الملاحظة:

وبوصفها إحدى الأدوات البحثية التي لا يمكن الإستغناء عنها في أي دراسة وذلك لأنها تعتمد على الباحث وحسن بناءه لشبكة ملاحظات تخدم موضوعه، وذلك لقدرتها على جعل الباحث أكثر اتصال مع المبحوث. والملاحظة العلمية تمثل طريقة منهجية دقيقة ذات قواعد محددة للكشف عن الظواهر ولمعرفة العلاقات التي تربط بين عناصرها من خلال ملاحظة الظواهر في ميدان البحث أو الحقل أو المختبر وتسجيل ملاحظته وتجميعها. (2) وتتخذ عدة أشكال بدءا بالملاحظة البسيطة الى أدق

(1) - أحمد بن مرسي، مرجع سابق، ص 174.

(2) - خالد حامد، منهجية البحث في العلوم الإجتماعية و الانسانية، مرجع سابق، ص 131.

الملاحظات العلمية التي تستخدم فيها الأدوات والأجهزة ووسائل التسجيل المضبوطة ومن أهم أنواعها:

-الملاحظة البسيطة:

تتم فيها المعاينة والوصف لبعض المواقف أو الأحداث أو الحالات ميدانيا⁽¹⁾.

-الملاحظة بالمشاركة:

وهي الملاحظة التي يقوم بها الباحث داخل المجتمع المبحوث دون إنفصال عن أفراده بحيث يخضع نفسه الى ظروفهم المختلفة بمشاركتهم وأساس هذا النوع هو الحصول على معلومات وبيانات كيفية متعلقة بجوانب يتعذر مراقبتها عن بعد مثل: الحوار الجاري بين أفراد المجتمع المبحوث أو طريقة قيامهم ببعض التصرفات أثناء تأدية أعمال معينة وردود افعالهم في مواجهة بعض المواقف الخاصة وما يبدو من تأثيرهم على وجوههم أو بعض الحركات للرأس أو اليدين أو الجسم....⁽²⁾

الملاحظة عن بعد⁽³⁾:

وهي مراقبة المجتمع المبحوث من مكان يتمكن من خلاله الباحث رصد جميع حركات أفراده من خلال الجلوس في مكان يمكنه من المشاهدة المباشرة لمراقبة التصرفات والحركات الظاهرة التي يمكن رؤيتها من مسافة معينة لحساب مدى تكرارها .

وحاولت الباحثة من خلال الملاحظة المباشرة ودون إعتقاد وسائط تغطية أكبر قدر من محاور الدراسة وسيتم ذلك على مستوى:

• الإجتماعات الإستشارية متعددة التخصصات من خلال تصميم شبكة ملاحظة خاصة تشمل أبرزالعناصر المتحركة في العمليّات الإتصالية قبل أثناء وبعد الإجتماعات الإستشارية RCP والهدف من هذه الأداة العمل على أن تشمل شبكة الملاحظة كافة المتغيرات المرتبطة بموضوع الدراسة التي قد تغفلها الأدوات الأخرى إضافة إلى أن ملاحظات المختص في الإتصال تكون فاعلة في عديد الجوانب التي يمكن أن يتجاوزها المهنيين في قطاع الصحة .

(1) -خالد حامد ، مرجع سابق ، ص 138

(3)-احمد بن مرسي، مرجع سابق ، ص 169

(4)-نفس المرجع السابق ، ص 171.

ثالثاً - التأسيس النظري للدراسة ومتغيراتها:

أ - مقارنة الدراسة:

تتعلق أيّة دراسة علمية من إختيار المقاربة النظرية التي يبنى عليها الموضوع ونقصد بالنظرية مجموعة من القوانين العلمية والمبادئ والقضايا العامة المرتبطة إرتباط منهجيا ومنطقيا فيما بينها والتي تتناول بالتفسير والتحليل الظواهر والحقائق المترابطة والمتصلة بموضوع معين. (1)

ويشير كل من "روثنال" و"يادين" الى أن النظرية تعتبر بمثابة نسق من المعارف لتعميمه أو التفسير الجوانب المختلفة للواقع وأنها ترتبط بأشياء ومصطلحات أخرى مع أنها تختلف عنها في بعض الجوانب والوظائف إذا كانت نسق ما هي إلا إطار فكري فيه بصورة عامة نسق معقد (2).

وقد تمّ تبني المقاربة النسقية كمقاربة كبرى تتلائم وموضوع دراستنا خاصة وأنها تتبنى جملة من المفاهيم الداعمة لدراستنا نذكر منها:

التفاعل في العملية الإتصالية وهو ما تفسره عديد النظريات والمدارس التي هي تحت لواء هذه المقاربة.

• المقاربة النسقية:

وتعتبر المقاربة النسقية من أهم المقاربات في علم الإجتماع تستمد مبادئها من آراء مجموعة كبيرة من العلماء الكلاسيكين والمعاصرين حيث تعمل هذه المقاربة على إقتراح طرق لفهم الوضعيات المعقدة وإقتراح طرق لفهم الوضعيات المعقدة وتقديم الحلول المناسبة للمشاكل المطروحة فعليا فهي في نظر الباحثين مقارنة توفر شبكات للقراءة وأدوات للملاحظة، وطورا تعمل كبراديجم يدخل على إشكالات وممارسات جديدة. وإعتمد الباحثون على ما قدمته النسقية في بناء نماذج إتصال خاصة منها نموذج شانون وويفر الذي أصبح قاعدة إنطلق منها غيرهم في صياغة النماذج المفسرة لعملية الإتصال وإستعملت هذه المقاربة خاصة في الدراسات المتعلقة بالإتصال الشخصي. (3)

(1) - لجنة من الاساتذة المصريين المتخصصين: معجم العلوم الإجتماعية، مراجعة ابراهيم مذكور ، الى الهيئة المصرية العامة للكتاب ، 1975 ، ص 60.

(2) - عبد الله محمد عبد الرحمان، النظرية في علم الاجتماع المعاصر النظرية الكلاسيكية ، دار المعرفة الجامعية ، 2006 ، ص 60.

(3) فضة عباسي بصلبي ، محمد الفاتح حمدي، مدخل لعلوم الإتصال و الإعلام (الوسائل- النماذج والنظريات)، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن ، ط 1 ، 2017 ، ص 254.

وتسمح هذه المقاربة بتجديد الدراسات في العلوم الإجتماعية والإنسانية من خلال إستعارة مفاهيم مختلفة من علوم أخرى لتضع الإتصال التنظيمي خلال سنوات 1960 في زاوية خاصة وبرزت بعد ذلك إجتهدات تجدد نظرية الأنساق في الإتصال التنظيمي لتجعله أكثر ملائمة وإستكشاف.

لقد إنطلقت المقاربة النسقية من حقيقة إعتبار المنظمة وحدة اجتماعية هادفة، وجعلت من هذا المنطلق قاعدة فكرية في التعامل مع المتغيرات التي أرست جوانبها النظرية وقد عرف "النظام" بأنه نظام مركب يجمع بين الأشياء والأجزاء التي تكون بمجموعها تركيب كلي موحد. ويرى الباحثون بأن النسق أو النظام من الناحية الشكلية يتضمن حقائق أو مبادئ والأجزاء المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض ويجمعون على أن النسق عبارة عن مجموعة متفاعلة من الأجزاء، والنظم الفرعية التي تؤلف بتكاملها كيانا منظما أكبر من الأجزاء التي تكونت منها كما أن المؤسسة ذاتها عبارة عن نظام يتألف من مجموعة نظم فرعية، فنظام الإنتاج، نظام التسويق، المالية، الأفراد.... والبحث والتطوير تعد بمثابة نظم فرعية تشكل بتكاملها المؤسسة ومنه يتضح بالأنشطة عبارة عن نظم متفاعلة ومتغيرة بعضها يمثل أجزاء من الكل والبعض الأخر يمثل كل يضم الأجزاء.⁽¹⁾

وتعتبر المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة نسق مفتوح في علاقاتها ونشاطها مع مؤسسات البيئة الخارجية مثل الجامعة بكل فروعها وبمختلف كلياتها، كما أنها كيان مستقل تمارس مجموعة من الأنشطة المنهجية، تتضمن عديد الأجزاء الفرعية متمثلة في مراكزها العديدة.

• أنواع الأنساق:

أكدت المقاربة النسقية على نوعين من النظم وهما:

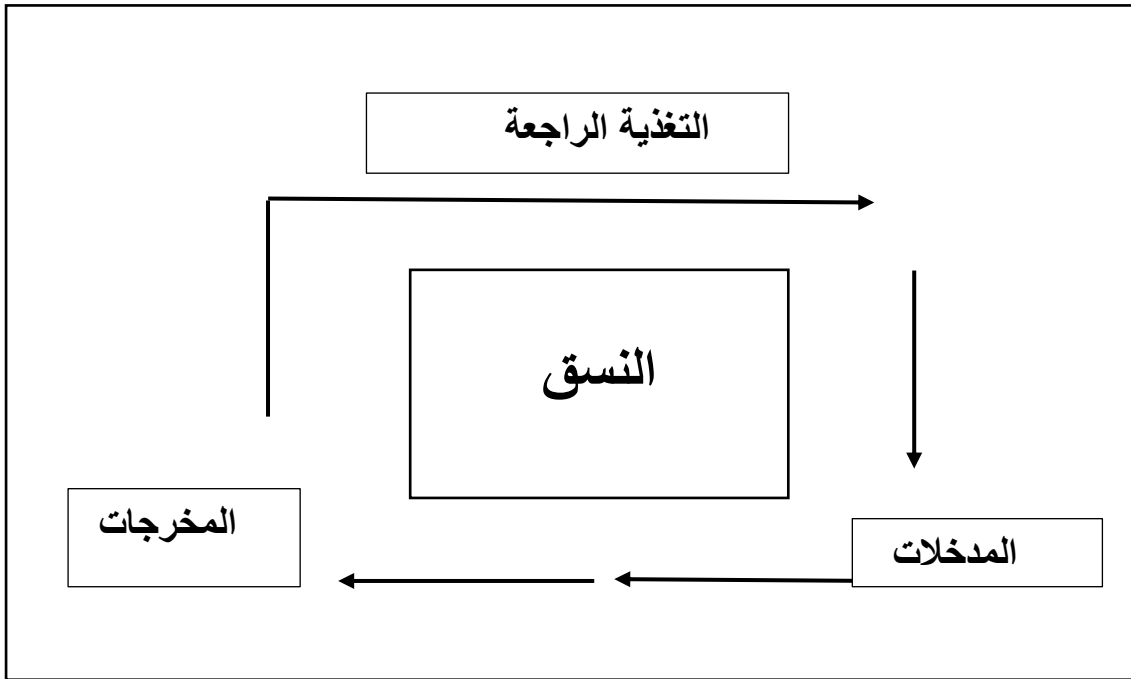
- **النسق المغلق:** وهو ذلك النظام الذي يقوم على أساس عدم وجود التفاعل بينه وبين البيئة الخارجية.
- **النسق المفتوح:** فهو الذي يقوم على أساس تفاعل بينه وبين البيئة الخارجية وتمثل المنظمات الإنسانية نظام مفتوح يتألف من مجموعة نظم فرعية كما هو الحال في المؤسسة الصناعية التي تتكون من نظام إنتاج ونظام تسويق، مالية...إلخ.

(1) - خليل حسن الشماع ، خيضر كاضم محمود، نظرية المنظمة ، دارالمسيرة للنشر والتوزيع ، ط4 عمان ، 2009، ص83.

كما أن النظم الفرعية تتفاعل مع بعضها البعض في المؤسسة على أساس أنها كل شاملة ومتكاملة مع العلاقات القائمة في إطار نظام أكبر مثل البيئة التي تتعامل معها المؤسسة في مختلف نظمها الإقتصادية والسياسية والاجتماعية والتكنولوجية كما هو موجود في هذه النظم.

والأنشطة التي تعتمد لإستيراد الطاقة المتاحة من البيئة البشرية والمادية والنظام المالي والمعلوماتي في إطار عملية تفاعلية للنظم الفرعية المكونة لها وهي تقدم مخرجات للبيئة تتمثل في السلع والخدمات وتأخذ من البيئة استجابات وتغذية عكسية تمثل مصدر معلومات لتجاوز إنحرافات ومنه يتضح أن الأنساق المفتوحة تشكل الإطار العام للتفاعل القائم بين المتغيرات السائدة في الوسط الذي تعيش فيه المؤسسة، كما تشكل الحالة الطبيعية لجميع النظم السائدة وهي تتعرض للتلاشي عند فقدانها القدرة على التفاعل مع البيئة.⁽¹⁾ وفي الشكل البياني التالي وصف لمتغيرات النسق:

الشكل الأول : وصف عناصر ومتغيرات النسق



المصدر²: فضة عباسي بصلي ، محمد الفاتح حمدي ، مدخل لعلوم الإتصال و الإعلام

(الوسائل - النماذج والنظريات) ، دارأسامة للنشر والتوزيع ، الأردن ، ط 1 ، 2017 ، ص 255.

(1) - خليل حسن الشماح. المرجع السابق ، ص 89.

(2) - فضة عباسي بصلي ، محمد الفاتح حمدي ، مدخل لعلوم الإتصال و الإعلام (الوسائل- النماذج والنظريات) ، دارأسامة للنشر والتوزيع ، الأردن ، ط 1 ، 2017 ، ص 255.

و من الشكل أعلاه يصف الفاعلون مكونات التحليل النسقي على أنه:

***علبة سوداء:** تعتبر النظام (النسق) كمحول لمتغيرات الدخول القادمة من البيئة القادمة من البيئة المحيطة الى متغيرات مخرجات بعد هذا التحول داخل العلبة السوداء .

*متغيرات دخول وخروج:

المتغيرات متأثرة بالوسط المحيط والمخرجات الصادرة عن النشاط الداخلي للنظام .

*التغذية الراجعة:

وهي كل ميكانيزم يسمح بإرسال مدخلات النظام في شكل معطيات معلومات مرتبطة مباشرة بالمخرج ترتكز على ديناميكية التغيير .⁽¹⁾

-وتعتبر المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة نسق مفتوح يتميز بالتفاعل المستمر بين مختلف عناصر البيئة الداخلية وعناصر البيئة الخارجية وذلك من خلال علاقة العمل والمنفعة المتبادلة بين مختلف التخصصات والمصالح الموجودة على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي -ابن رشد - عناية-وجمهوره الداخلي وكذلك مع مختلف المؤسسات الأخرى والمؤسسة الاستشفائية في إتصال دائم ومستمر مع بيئتها الخارجية من أجل الحصول على مختلف إحتياجاتها المادية والمعنوية والعلمية بهدف توفير خدمات متعددة تطمح بها الى تحقيق أفضل تكفل للمرضى على مستوى المستشفى .

• خصائص النسق:

تتميز المؤسسة بكونها تمثل نظام مفتوح من العلاقات السائدة بين الفعاليات والأنشطة التي تقوم بأدائها ولكي تستطيع المؤسسة الحفاظ على ذاتها من الضمور فإنه لا بد من وجود الخصائص التي ينبغي أن تتسم بها وتحقق من خلالها التفاعل مع البيئة الخارجية ويمكن ايجازهم خصائص النسق فيمايلي:

(1) فضة عباسي بصلي ، محمد الفاتح حمدي، مدخل لعلوم الإتصال و الإعلام (الوسائل- النماذج والنظريات)، دارأسامة للنشر والتوزيع، الأردن ، ط1 ، 2017، ص255.

يتألف النظام من نظم فرعية وهويشكل مع غيره من النظم ذات العلاقة بأجزاء من نظم أكبر لكل حدود تفصله عن بيئته التي يعمل فيها بحيث يمكن القول بأن النسق يتميز بالكلية والاستقلال عن بقية الأنساق الكائنة.

لا يمكن للنسق أن يستمر إلا إذا قام بتحقيق التوازن مع البيئة التي يعمل بها بحيث يقوم بإستيراد الطاقة (المدخلات) كما يقوم بتصدير السلع والخدمات (المخرجات) ويتحقق هذا التوازن رغم أن النظام في إتصال دائم مع البيئة، كما أنه قادر على مواصلة البقاء ويبقى في تغيير مستمر دائم إذ أن حالة الثبات تعني زوالها.

وتتفاعل مجموعة الأجزاء التي يتكون منها النظام مع بعضها لتحقيق أهداف لا يستطيع الجزء أن يحقق أهداف النظام بمعزل عن الأجزاء أو النظم الفرعية الأخرى⁽¹⁾.

وتعتبر المؤسسة الإستشفائية ابن رشد - عناية - نسق مفتوح لها عديد الأنشطة والإتفاقيات مع أكثر من جهة ومؤسسة مكنها ذلك من التفاعل مع المحيط ومنه استطاعت المحافظة على إستقرارها والتوازن في بيئتها خاصة وأنها تعمل في قطاع حساس جدا وحيوي يفرض عليها الحفاظ على علاقتها الوطيدة مع مؤسسات المحيطة بها لتتمكن من توفير حاجيتها من الموارد (التجهيزات - الأدوية... إلخ)

ويتألف النظام من مجموعة عناصر تتمثل في المدخلات والمخرجات والتغذية العكسية وتكون على النحو التالي:

• المدخلات:

وتتضمن الموارد البشرية والمالية والمعلومات التي يحصل عليها النظام من البيئة فالموارد البشرية تضم الأفراد بمختلف شخصياتهم وإتجاهاتهم ودوافعهم والعلاقات فيما بينهم، أما المعلومات فتشمل البيانات الواردة معالجتها وتخزينها وإستعادتها.

-وتعتمد جملة من التفاعلات بين البيئة الداخلية والخارجية من أجل تحقيق أهداف المؤسسة وشملت جملة من القوانين والتشريعات وكل ما يرتبط ويخص نظام الداخلي من أبواب وفصول ومواثيق

(1) - خليل حسن الشماع، المرجع نفسه، ص 83.

وتعليمات حول خطط الحكومة وإستراتيجياتها لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان من خلال شبكات العلاج المتوفرة على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة.

• العمليات أو التحويل:

هي كل الفعاليات الفنية والإدارية التي يقومها بها النظام من أجل تحويل المدخلات الى مخرجات تتحول الى سلع وخدمات أو معلومات تقدم للبيئة. (1)

أما العمليات التي تقدمها المؤسسة الإستشفائية ابن رشد-عنابة-من خدمات صحية والتسيير الإداري والمحاسبي لتكلفة الأعمال المختلفة والنشاطات المتعددة على مستوى المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة وتتمثل في أهم العمليات التي تعمل على تجسيد جل القوانين والمواثيق الصادرة من الوزارة الوصية وتحويلها مخرجات مثل لوائح والتعليمات...إلخ.

• المخرجات:

وتتضمن مختلف الخدمات الصحية والمعلومات المقدمة للبيئة الخارجية للمؤسسة الاستشفائية من مرضى ومؤسسات مدنية ومؤسسات حكومية عديدة... وهذا كأساس لوجود هذا النظام والحصيلة التي يقدمها للبيئة ضمن رسالة هادفة ورؤية إستشرافية واضحة المعالم.

وتتم عملية تسيير مختلف العمليات والوسائل المتوفرة حسب الظروف بجودة عالية وأقل التكاليف الممكنة وهذا من خلال تفعيل الجانب الإتصالي وتجسيده عبر عديد التقنيات والأنشطة الإتصالية مثل اللوائح والتعليمات والمخططات والتقارير الصحية المتنوعة وكل ما يتعلق بتقديم أفضل الخدمات الصحية التي تطمح الى تقديم التكفل الأمثل للمرضى في المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة.

• التغذية العكسية:

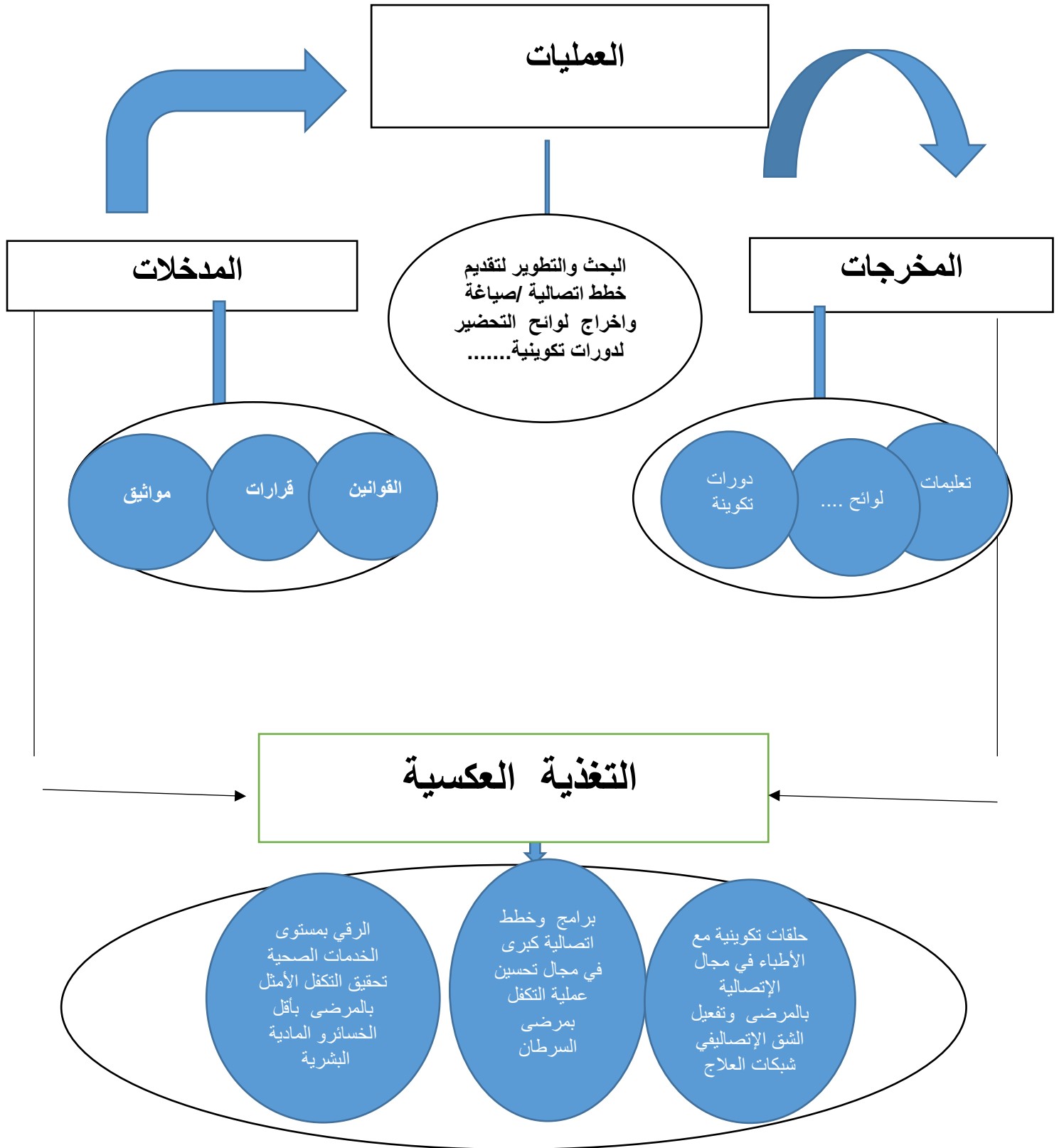
وهي مجموع المعلومات التي تناسب النظام وتؤثر في سير العمليات ومدى تقبل البيئة للمخرجات المقدمة متضمنة في ذلك الاجابية والسلبية للمخرجات في البيئة التي يعمل بها النسق إذن

(1) خليل حسن الشماخ. المرجع نفسه، ص 84.

الإستجابة لهذه المتغيرات البيئية من شأنها أن تؤدي الى تصحيح الإنحرافات أو تعميق الجوانب الإيجابية يؤدي الى تحسين كفاءة النظام وفعاليته.

وسيتم التطرق اليها والتعرف عليها في دراستنا من خلال مجموعة مؤشرات تجسدها أبرز الأهداف الإتصالية للتأسيس بمدى أهمية الإتصال بمختلف إستراتيجاته وآلياته وتقنياته وأساليبه لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان، ومدى إنعكاساته الإيجابية على المستوى المادي والمعنوي للمؤسسة الإستشفائية محل الدراسة.

ومن خلال ما سبق تقديمه تطرقت الباحثة إلى إجمال عناصر المقاربة النسقية مع موضوع الدراسة المتمحور حول دور الإستراتيجيات الإتصال في تحسين التكفل بمرضى السرطان وربطه بالمؤسسة الإستشفائية ابن رشد - عناية - محل الدراسة في الشكل التالي:



الشكل الثاني : نموذج يوضح المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة كمنسق مفتوح (من اعداد الباحثة).

وقد وقع اختيارنا بعد الإطلاع على عديد النظريات المفسرة للعملية الإتصالية على:

1) نظرية النسق التعاوني Co-Operative System Theory لـ (تشسر)

(بارنارد):

وهي من أهم النظريات وأبرزها في ميدان الإدارة فيرى برنارد أن التنظيم نسق مفتوح يقوم على أساس تعاوني مقصود وهادف وهو كذلك يمثل وحدة فرعية في نظام اكبر من ناحية. كما أنه يضم وحدات أصغر منه من ناحية أخرى لهذا فالتنظيم يقوم على العناصر الثلاثة التالية:⁽¹⁾

أ- وجود هدف مشترك يجمع بين الأعضاء يسعون إلى تحقيقه. (والهدف المرجو هو تحسين عملية التكفل المقدمة لمرضى السرطان في الجزائر).

ب- وجود نظام إتصالات فعال بين أعضاء التنظيم. (نظام اتصالي بين المخططات المقدمة من طرف الوزارة الوصية والمراكز الاستشفائية ومراكز مكافحة السرطان CAC)

ج- رغبة أعضاء التنظيم الصادقة للعمل والمساهمة. (تحقيق تكفل أفضل على مستوى شبكات العلاج المتوفرة لمرضى السرطان خلال المراحل الثلاثة " الاعلان -العلاج -المتابعة".

وتركز هذه النظرية على المفاهيم التالية:

أ- الفرد:

وهو جزء لا يمكن فصله عن النسق وهو عنصر له القدرة على التكيف وعلى التوازن الداخلي مع العالم الخارجي، وله القدرة على الاستمرار بالرغم من التغيرات التي تحدث داخل ذاته او خارجه عنه.

ويرى برنارد ان الفرد غالبا ما يكون على إستعداد لتقبل أية رسالة بإعتبارها أمرا صادر إليه إذا توفرت أربعة شروط متتابعة هي:

1- إذا كان قادر على فهم واستيعاب الرسالة.

(1) - عبد الرحيم محمد، نظرية النظام التعاوني -نظرية النظام التعاوني - تشسر بارنارد CO-OPERATIVE System Theory، متوفر على الرابط :

<http://dr-ama.com/?p=2581>

2- إذا كان يعتقد ان الرسالة تتناقض مع اهداف المنظمة

3- إذا كان انها تتمشى مع اهدافه الشخصية.

4- اذا كان قادرا من الناحية الذهنية والجسمانية على مواكبتها.

ب- التنظيم الرسمي:

إن التنظيم الرسمي من وجهة نظر برنارد يتألف من العناصر التالية:

الهدف المشترك/ الإتصال / السلطة وقبولها /إتخاذ القرارات /التخصص /الرغبة في العمل / التوجيه والاشراف.

ويلخص برنارد ذلك في نتيجة مفادها ان تبعية المنظمات لتنظيم رسمي أعلى يترتب عليها إشكال من التقييد والحد من حرية الحركة للمنظمات التابعة التي تصبح بالتالي معتمدة أوقاصرة أو ناقصة.

ج- التنظيم غير الرسمي:

إن التنظيم غير الرسمي مفيد لأنه وسيلة لحفظ الأفراد في إطار التنظيم الرسمي لذلك فإن مهمة الإدارة تجعل هذا النوع من التنظيم يعمل بإتجاه يساهم في تحقيق المنظمة لمختلف اهدافها ويتجسد في المجالات التالية:

-تتمية وتدعيم الإتصال بين الاعضاء في التنظيم

-تحقيق التماسك والترابط بين الاجزاء المختلفة للتنظيم

- تحقيق شعور التكامل الشخصي واحترام الذات وحرية الاختيار بين أعضاء التنظيم⁽¹⁾.

وتتخذ هذه الدراسة من "نظرية النسق التعاوني" مرجعا تستقرأ وتستنبط من خلاله اجابة المسؤول في المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة - عن اسئلة المقابلة التي تطرقت الى الشق التنظيمي المتعلق بكيفية تنفيذ المستشفى الجامعي كنسق كلي للمخطط الوطني للسرطان ومختلف المخططات الاخرى المقدمة من طرف الوزارة الوصية كنسق عام. والتعرف على مجموع المراحل الاستراتيجية التي تسطرها الادارة العليا في المؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عنابة - وسبل تنسيقها بين مختلف المصالح

⁽¹⁾ متوفر على الرابط :

<http://dr-ama.com/?p=2581>

في المستشفى محل الدراسة حتى تضمن السير الحسن بين مختلف اجزاءها كنسق متعاون وفعال لتحقيق التنمية والدعم الإتصاليين شبكات العلاج المتوفرة على مستوى المستشفى بهدف تحقيق التماسك والترابط بين الاعضاء الفاعلين في المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة لضمان تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان وهو ما يطمح اليه أساسا المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2015-2019.

(2) نظرية بالو آطو:

مدرسة "بالو الطو" هي تسمية ملائمة لمجموعة من الباحثين من خلفيات علمية مختلفة (علم النفس، علم النفس الاجتماعي، علوم المعلومات والإتصالات) الذين عملوا، في مرحلة ما من حياتهم، في بالو الطو، وهي بلدة صغيرة في ولاية كاليفورنيا، من 1950. تأسست المدرسة من قبل غريغوري باتسون بمساعدة دونالدد ومجموعة من الباحثين في مختلف التخصصات (John Jackson، Weakland، Jay Haley، Richard Fisch....⁽¹⁾)

إنقذت مدرسة "بالو آطو" النماذج الخطية في التواصل واقترحت تواسلا في شكل دائري. وهي ترى أن "تعقد الوضعية التفاعلية أمرلا نقاش فيه، واختزالها في متغيرين أو أكثر يشغلان بطريقة خطية غير صائب فعند دراسة الظاهرة بالتواصلية لا بد من الاخذ بعين الاعتبار عوامل التعقيد والتركيب واختلاف السياق. الشيء الذي يجعل المتلقي في مستوى المرسل من حيث الأهمية. أن التواصل سيرورة ينتج فيها المشاركون ويتقاسمون المعلومة من أجل تفاهم متبادل .

ونظرا لأهمية الإتصال في هذا الصدد سنحاول من خلال هذه الورقة البحثية تسليط الضوء على فكر باتيسون وتوجهات مدرسة "بالو الطو" واضافاتها في مجال تفسير الإتصال.

مدرسة بالو آطو:

رغم إختلاف الدراسات والتخصصات بين دراسات الأنثربولوجيا والدراسات النفسية والفلسفة وعلم الإجتماع لم يتفانى مجموعة من الباحثين متعددي التخصصات و"بالوآطو" جهات من في مدرسة غير مرئية قامت على مستوى الفكر والتصور.

(1) - Elodie GIRER L'Ecole de Palo Alto Approche systémique des organisations ،Master MEEF/M2 PIF UE12 Stages et connaissance du milieu professionne ، novembre 2017 .p17-18.

كان ذلك في الفترة ما بعد الحرب العالمية الثانية حين إختارت هذه المدرسة نظرية الأنساق لتحليل الظواهر الإتصالية وقد كان عناصر هذه المدرسة خلال سنوات الخمسينيات وثمانينيات يعملون في مراكز بحث مختلفة عبر الولايات المتحدة الأمريكية منجزين دراسات عديدة حول ظواهر الإتصال بين شخصية واتصال الجماعات وحول الرموز والطقوس والشعائر... وعلى الرغم من غياب القطب المؤسسي الذي سيؤوي هؤلاء الباحثين المنحدرين من افاق معرفية مختلفة التقى هؤلاء حول عدد من المفاهيم مثل:

القيد المزدوج والحركية والجوارية والاشاراتية ودائرية الإتصال مبرزين تقارب منهجي كبير فيما بينهم ولعل هذا الأمر هو الذي جعل "ايف وينكن" يسمي مدرسة "بالو الطو" بالمدرسة "غير المرئية".

وسميت "بالو الطو" نسبة الى مدينة في ضواحي "سان فرانسيسكو" القريبة من جامعة "ستان فورد". فجمعت المدرسة جملة من الباحثين الذين اتسموا بالجرأة العلمية والمنهجية من بينهم دون "جاكسون" القادم من "ميرييلاند" هو الذي أسس في مدينة "بالو الطو" معهد البحوث العقلية سنة 1959 من أجل البحث والعلاج النفسي. وبهذا يمكن القول أن كل باحث من هذه المدرسة أضاف لها وترك بصمة خاصة واسهاما في حياة هذا التيار الفكري.

عندالتطرق الى نظرية "بالو الطو" وجب علينا الاشارة الى المقاربة الكبرى التي تدرج ضمنها هذه النظرية وهي المقاربة النسقية التي تركز على عدة مبادئ ومفاهيم اساسية مثل:

التفاعل:

وأشارت في هذا الى تفاعل عناصر النسق.

الشمولية:

وقد قدمت المقاربة النسقية فكرة متمثلة في أن كل نسق يتكون من أنساق فرعية غير أن المجموعة ليست متساوية مع الاجزاء التي تكونها.

التنظيم:

وقد إنبثقت النظرية البنائية الوظيفية من المقاربة النسقية فاهتمت بدراسة المكونات الواقعية لبناء النسق الإعلامي والمؤسسي إضافة الى مجموعة عوامل داخلية وخارجية تحيط بالنسق الاعلامي

ووصف المدخلات اي العناصر المحركة للانتاج ووصف المخرجات المنتج النهائي ووصف العمليات (السيرورة) التي تتم من خلال مراحل تحويل المدخلات الى مخرجات وطبيعة العلاقة بين العناصر المحركة لهذه العمليات.

ومن المبادئ والاساسيات التي تقوم عليها **بالو الطو** نذكر ما يلي:

كل سلوك إنساني إلا وله قيمة تواصلية

أنه لا يمكن أن لا نتواصل

أن **التواصل** غير محصور في اللغة والكلام، بل أنه يمتد أيضا إلى الحركة والإشارة والرمز والصورة...

وجود مستويين في عملية **التواصل**، مستوى المضامين ومستوى العلاقات

الإهتمام بالسياق أكثر من المضمون

وجود تفاعل تماثلي وتفاعل تكاملي، ووجود نمطين من **التواصل**: رقمي ومحاكاتي

أن التمثلات تلعب دورا مهما في التلقي

اعتماد نظرية منبثقة من صلب العلوم الأنسانية عوضا عن النظرية الرياضية التي تعتمد على النماذج الخطية

تصور البحث في **التواصل** إنطلاقا من المركب والمتغيرات المتعددة، وكذلك الوضعيات والسياقات المختلفة والأنظمة الدائرية

اعتماد المنظور الدائري للتواصل حيث تكون لدور المتلقي الأهمية نفسها التي تعطي للمرسل

أن جوهر **التواصل** (essence de la communication) يكمن في سيرورات علائقية و تفاعلية ديناميكية، بحيث أن الروابط والعلاقات بين العناصر تساوي أكثر مما تساويه العناصر إذا أخذت معزولة.

• الإتصال من منظور بالو الطو:

بالنظر الى الظواهر بالأصلية ندرك أن "توصلا ما " يحدد بكونه كل إنتاج إنساني يمكن قراءته من خلال مقامه الذي يستمد منه معناه. أن الفاعلين الاجتماعيين المعنيين مختلفون في الهوية والتعبير على حد سواء .

ومعنى التواصل اكثر شمولية من معناه المعتاد المنحصر في المنطوق والمكتوب والشبه لغوي اي تلك العناصر التي تمثل اشكال التبادل الأساسية بين الأفراد. أننا نوسع من دائرته لكي يشمل ايضا أفعال وسلوكات الفاعلين الاجتماعيين ويشمل كذلك ما يطلق عليه ما لم يتم توصيله. أي ما كان ممكنا فعله او قوله او كتابته... في الطرف المعني. ولم يتم فعله او قوله او كتابته والذي يحمل معنى ما. وبهذا فإن كل عدم تواصل هو في نهاية الامر تواصل يمكن قراءة دلالاته اذ تعبر على سياقه الخاص.

اذن بالتواصل هو كيان مبني **construit** نابع من وضعية تفاعل وتداخل مجموعة فاعلين تأخذ معنى ضمن السياق الذي يحدد مفهومه. وبهذا لايمكن تحديد جزئية تواصلية خارج مفهومي السياق والمعنى.(1)

• السياق : la conceptualisation

وقد أشارت عديد الأبحاث الى الاهمية الكبرى التي يتخذها السياق أو كما يسمونه في بعض الأبحاث "التسييق" في تكوين معنى بالتواصلات.

فبالنسبة للسانيات"التلفظية" مثلا يتم بناء معنى الأحاديث في مجمله بوضع هذه بالتواصلات ضمن "سياق ما". فالمعنى يتم دائما من تحديد الرابط بين شيئين وأول عناصر هذا الوضع العلائقي هو طبيعة الحال السياقات التي يتم فيها التبادل فالمتكلم يبذل جهدا بإستعماله مجموعة من الإشارات لتوضيح السياق الذي يراد من مخاطبه "أ" يتلقى وفقه الخطاب. أي أن كل فعل لغوي يندرج ضمن سياق العرض أي ما نقوله يتواجد ضمن وضعية تواصلية(2) وهو ما تعمل الباحثة على دراسته وإكتشافه بين الطبيب ومريض السرطان في مرحلة الاعلان عن المرض ، وبين الطاقم الطبي المعالج خلال

(1) –Alex MUCCHEIELLI ;Jean Antoine Corbeau ; Valery FERNANDEZ ;Théorie des processus de la communication ;armand Colin ;Paris1998 ;p.p13-23

(2) - Alex MUCCHEIELLI ;Jean Antoine Corbeau ;p.p13-23

الإجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP للإتفاق حول نوع العلاج المتفق عليه ،
والتواصل المقدم من طرف خلايا الإستماع والتوجيه أثناء المتابعة النفسية لمرضى السرطان بالمركز
الاستشفائي محل الدراسة .

-السياق في التواصل حسب تأطير بالو آلطو:

ركزت بالو الطو على فكرة أن معنى التواصل يتوقف أساسا على السياق المنجز داخله. ولقد أكد
العلماء المنتمون الى هذه المدرسة على أهمية السياق من خلال إستخلاص مفهوم التأطير إستنادا الى
السياق ذاته.(1) ذلك أن الإهتمام ينصب من منظور نسقي وبنائي، على الوضعية الكلية والراهنة
وعلى طريقة استمرارها (الطريقة التي تشتغل بها) وبالتالي الطريقة التي يمكن من خلالها أن تتغير.

يقول فادزلافيك:

"أن الظاهرة تظل غير مفهومة مادام مجال الملاحظة ليس واسعا لكي يدمج السياق الذي يتضمن
الظاهرة.

فعدم القدرة على إدراك تشكل وتعدد العلاقة بين فعل ما والإطار الذي يندرج ضمنه بين جهاز ما
ومحيطه يؤدي بالملاحظ لشيء غريب الى منح موضوع دراسته خصائص يمكن أن لا تكون متوفرة
فيه..." (2) أن هذا السياق عنده هو أولا وأساسا سياق التفاعلات بين الفاعلين المعنيين ذلك أن لا
شيء يمكن التعامل معه بشكل منعزل، فكل شيء وكل كائن أنما يوجد ويتموقع داخل مجموعة أخرى
من العناصر المتفاعلة معه. هكذا يكون مفهوم إعادة التأطير أساسا لكل الدراسات حول تغيير
السلوك.

فمن أجل تغيير سلوك ما يجب بالأساس تغيير النظام الذي يندرج ضمنه ذلك أن السلوك المعني
يتخذ معنى جديد داخل الإطار المعدل.حينها لن يصبح عنصرا مميزا عند الفاعل.ويتضح من هذا أن
مدرسة بالو الطو كشفت أن سلوكيات بالتواصل مرتبطة بالمعنى الذي تأخذه لدى الفاعلين في السياق
العام الذي تدور فيه.

(1)-WEAKLAND ; « somatique familiale ;une marge négligée » ;in sur l'interaction ;p.Watzlawick et
al..Seuil ;1981 p 456.

(2) - P.Watzlawick et al ;Une logique de la communication ;Seuil ;1972 ;p15

ركزت مدرسة **بالو الطوعلى** ظاهرة "بنية العلاقات" **la structuration des relations** التي أصبحت أحد السياقات الأساسية التي يتخذ فيها التفاعل معنى. ولقد بينت السوسولوجيا الفينومينولوجية (أعمال **berger;luckman**) وسوسولوجيا الفردانية المنهجية أهمية الفاعلين ونواياهم و مشاريعهم في ظواهر بالتواصل مشيرين الى وجود هذه المرجعيات الذاتية للفاعلين⁽¹⁾:

- أن المعاني التي تنشأ لدى الافراد من خلال تفاعلاتهم بواسطة رموز تتم في سياقات وأطر معينة.
- أن الفهم والمعنى نتاج عملية الإتصال (التفاعلات باعثة للمعاني) أي أن الفهم والمعنى لا ينفصلان عن ظروف تشكلها (السياقات).

-أن السياقات لا تساهم فقط في خلق معاني التبادلات ولكن السياقات والمعاني تتكون من تبادلات نفسها فالمعاني ليست معطيات ومن اهم السياقات التي يمكن اخذها بعين الاعتبار في دراسة عملية الإتصال :

-السياق المكاني

-السياق الفيزيقي / الحسي

-السياق الزمني

-سياق العلاقات الإجتماعية

-السياق الثقافي القيمي

-السياق الهوية والانتماءات

تؤكد المقاربة الإتصالية على تواجد كل هذه السياقات في أن واحد.

ونظرية "**بالو الطوعلى**" تتبناها درستنا لما قدمته المدرسة من مبادئ عديدة في العلاقات الإنسانية متجاوزة النماذج الإتصالية الخطية حيث يمكن القول عنها أنها جمعت عديد المبادئ للنظريات الكلاسيكية والحديثة في أن واحد في تحليل العملية الإتصالية كما تهتم بدراسة المكونات الواقعية لبناء النسق خاصة أن درستنا ستنمحوحول العلاقة الإتصالية والعملية التفاعلية بين مرضى السرطان والأطباء المعالجون بشكل خاص وشبكات العلاج المقدمة على مستوى ميدان الدراسة بشكل عام. اذ اضفت صبغة جديدة على العملية الإتصالية وهي الزامية دراسة النسق وتوفره في

(1) -الكيس موتشيلي -جان انطوان كوربلان -فاليري فيرنانديز ، ترجمة: محمد يشوني ، المعنى والتسييق و السيرورات، ص57-58.

العملية الإتصالية اي أن المعاني تنشأ لدى الافراد من خلال تفاعلهم بواسطة رموز تتم في سياقات وأطر معينة.

وستجسد أدوات البحث في دراستنا مبادئ أساسية لمدرسة "بالو الطو" في العملية الإتصالية التفاعلية وتحليلها على مستوى مرضى السرطان وشبكات العلاج المتوفرة حيث سنتبنى شبكة الملاحظة المصممة في دراستنا عديد السياقات التي اقترحتها المدرسة مثل:

السياق المكاني/ السياق الفيزيقي الحسي/السياق الزمني/السياق الاجتماعي/السياق الثقافي/ سياق القيم/سياق الهوية/والإنتماءات والتأكد من توفرها في أن واحد، وذلك لأن تحليل عملية الإتصال يعتمد على السلوك اللغوي اللفظي وغير لفظي القائم على تفسير الرموز والمعاني التي بعد تحليلها سنحاول التعرف على الإستراتيجيات الإتصالية المستعملة بغرض تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان خاصة من خلال أداة المقابلة المباشرة مع الأطباء المعالجين، وإستمارة المقابلة التي ستوجه الى خلايا الإستماع ومسؤولين في مراكز مكافحة السرطان.

رابعا-الدراسات السابقة:

بعد البحث عن المواضيع والدراسات التي تربط بين الإتصال والصحة تبين لنا أن هذا النوع من المواضيع يفتقر الى المعالجة كما هو مطلوب خاصة وأنا لم نجد الدراسات السابقة ذات اوجه التشابه مع موضوع دراستنا ومتغيراتها بشكل متطابق هذا ما دفع بنا الى الاستفادة من بعض الدراسات باللغات الاجنبية التي سبق لها وتطرقت الى مواضيع الصحة والإتصال ومنها:

-أولاً:

- دراسة "سميرة عمّار"، من جامعة محمّد الخامس - سويسي - الرباط، المغرب، أطروحة

دكتوراه موسومة بـ:

" الإتصال والعلاقات الشخصية في الوسط الإستشفائي - العلاقة بين الطبيب والمريض بالسرطان "

« La communication et les relations interpersonnelles dans le milieu hospitalier :

La relation médecin-malade atteint de cancer »^{(1)(*)}

قامت الباحثة في مستهل دراستها بعرض مقارنة مفاهيمية للاتصال والتواصل بين الأشخاص والعلاقات الشخصية في الوسط الاستشفائي، ثم حددت خصوصيات العلاقة بين الطبيب والمريض وبالتحديد مع مرضى السرطان، من خلال مرحلتين مهمتين من مراحل هذا العلاج والتكفل بالمرضى، وهما: مرحلة الإعلان عن نتائج التشخيص، ومرحلة الرعاية المرتبطة بتخفيف الآلام.

أجرت الباحثة دراسة استقصائية على مرضى السرطان والأطباء بمستشفى محمد بن عبد الله (المعهد الوطني للأورام) (INO (Institut National d'Oncologie)، وتوسعت الدراسة لتشمل الهياكل العامة الأخرى، من أجل استكشاف بيئة المستشفى المغربي من حيث طبيعة ومستوى العلاقات بين الطبيب والمريض بالسرطان.

وكشفت الدراسة عن وجود معوقات في التواصل وسيرورة العلاقات بين الأطباء والمرضى، نتيجة صعوبات تتعلق بالمستوى الاجتماعي والثقافي للمرضى، واللغة أو اللهجة غير المشتركة، وعمر المريض، وحالة المريض، والبيئة والسياق، فضلاً عن الوقت المخصص للتشاور.

هذه المعوقات الإتصالية مرتبطة بدرجة كبيرة بكل من الطبيب والمريض في إطار مقارنة نسقية للاتصال والعلاقات والتفاعلات الناجمة، والتي تنتج عن العناصر التآلية: المرض، ومرحلة المرض، والوضع، والبيئة والسياق. وتتداخل كافة هذه العناصر في نفس الوقت في عملية الإتصال الذي يعتمد على العلاقة، فالإتصال والعلاقات تؤثر على بعضها البعض، وكل منهما هو مصدر ونتيجة للآخر على حد سواء.

(¹) Samira AMAR : « La communication et les relations interpersonnelles dans le milieu hospitalier

- La relation médecin-malade atteint de cancer » ، Thèse de doctorat en Communication et expression en milieu de travail ، l'Université Mohammed V-Souissi ، Faculté des Sciences de l'Education ، Maroc ، sous la direction du Pr. Rachid Belhaj Saïfi ، 2011-2012. Pour plus d'informations ، Visiter le lien :

www.santemaghreb.com/actus.asp?id=15337&fbclid=IwAR04VTPJcqwGwgE_Th0p6BdkhBKZCWEuWQQ2U-XOBSug-02fWMkI426lyHM

(*) تحصلت هذه الأطروحة على الجائزة الأولى لأفضل أطروحة دكتوراه في العلوم الإنسانية والاجتماعية لسنة 2012 في إطار تعزيز البحث العلمي الوطني ولتميز أفضل أعمال البحث في مرحلة الدكتوراه في طبعتها السادسة بتاريخ: 17 ديسمبر 2012، والتي دأبت على تنظيمها جامعة محمد الخامس - سويسي - الرباط، المغرب، تحت قيادة الجامعة.

واقترحت الباحثة عددًا من التدابير التي يتعين إتخاذها للتغلب على هذه العقبات والمعوقات بهدف تقديم دعم أفضل لمريض السرطان من ناحية، ومن ناحية أخرى اقترحت نموذجًا للاتصال يلخص احتياجات الرعاية الخاصة بمرضى السرطان، وهو نموذج من شأنه أن يوصي بالطرائق والأدوات التي تساعد في عملية توجيه المريض نحو الامتثال العلاجي ونحو تغيير الموقف عند الضرورة، نموذج من شأنه أن يقدم الدعم والمرافقة ومتابعة العلاقة بين الطبيب ومرضى السرطان، بما يساهم في تحسين العلاقات بين الطبيب والمريض من أجل الرفاه النفسي للمريض والطبيب معًا، وهو عنصر أساسي يساعد في عملية شفاء المريض وتحسين نوعية حياته وحياته طبيبه المعالج.

–ثانياً–

• دراسة "Anne Lancelot"، من جامعة بول فارلان – Université Paul Verlaine

Metz، أطروحة دكتوراه موسومة بـ:

"التعاطف الظاهر لمقدم الرعاية الصحية من منظور مرضى سرطان الشعب الهوائية"

L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique⁽¹⁾

قام الباحث بدراسة استكشافية واستطلاعية في بداية دراسته وتوصل إلى أنّ سرطان الشعب الهوائية لا يزال السبب الرئيسي لوفيات السرطان في فرنسا (21000 حالة وفاة بين الرجال و7700 في النساء، المعهد الوطني للصحة النباتية، 2010). ولذلك رأى الباحث أنّه من الضروري، بالإضافة إلى الرعاية الطبية، الحفاظ على نوعية العلاقة بين مقدمي الرعاية الطبية، والأطباء، والمرضى، والعمل على تعزيز هذه العلاقة. لأنّ أحد المكونات الأساسية في رعاية المرضى هو التعاطف. ومن أجل أن تكون قادرا على العمل على الجانب العاطفي داخل العلاقة، فمن الضروري تحديد توقعات المرضى نحو مستويات التعاطف الناجم عن مقدمي الرعاية والأطباء تجاههم.

⁽¹⁾Anne Lancelot : « L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique » ، Thèse de doctorat en Psychologie ، Université Paul Verlaine - Metz ، École doctorale Perspectives interculturelles : écrits ، médias ، espaces ، sociétés ، France ، sous la direction du Tarquinio Cyril et la co-direction de Costantini-Tramoni Marie Louise Professeur en Psychologie de la santé et Maître de Conférences en Psychologie clinique ، soutenue le : 21 octobre 2010. Pour plus d'informations ، Visiter le lien: <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01749885>

وقام الباحث ببناء إستمارة مقابلة موجهة إلى مرضى السرطان إنطلاقاً من الأدبيات النظرية والمقاييس الموجودة في هذا الإطار، إذتقيس إستمارة المقابلة الموجهة مستويات التعاطف المتصور من طرف المرضى نحو مقدمي الرعاية الطبية.

وقد قاس الباحث مستويات تعاطف مجموعتين هامتين جدا من منظور مرضى السرطان:

"فريق الرعاية الصحيّة" و "الفريق الطبي":

- المجموعة الأولى: 112 مريضا لقياس تعاطفهم نحو "فريق الرعاية الصحية".
 - المجموعة الثانية: 116 مريضا لقياس تعاطفهم نحو "الفريق الطبي".
- وأشارت عناصر التحقق الإحصائي على صدقيتها من حيث الموثوقية وهيكله العوامل الإحصائية، وكشفت الدراسة أن المرضى يتوقعون صفات تعاطفية متميزة من الأطباء أو الممرضين، وترتبط هذه التوقعات المحددة بتمثلات وتصورات المرضى نحو مهنة الطبّ والتمريض.
- وأوصت نتائج هذه الدراسة ضرورة تقديم التدريب إلى فرق الرعاية والفرق الطبية في وقت لاحق من أجل تعزيز إقامة علاقة متعاطفة مع المريض.

-ثالثا-

• دراسة "Laurie Balbo"، من جامعة غرونوبل Université Grenoble، أطروحة

دكتوراه موسومة بـ:

" الإتصالات الصحيّة: تأثير تأطير الرّسالة والهدف المُعلن (الوقاية مقابل الفحص) والوسيط

من خلال قيمة التّصوّر الذّهني"

Les communications de santé : l'effet du cadrage du message et de l'objectif annoncé (prévention versus dépistage) et la médiation par la valence de l'imagerie mentale. ⁽¹⁾

⁽¹⁾Laurie Balbo: «Les communications de santé: l'effet du cadrage du message et de l'objectif annoncé (prévention versus dépistage) et la médiation par la valence de l'imagerie mentale» ، Thèse de doctorat en Sciences de gestion ، Université Grenoble ، dans le cadre de École doctorale sciences de gestion (Grenoble) en partenariat avec Centre d'études et de recherches appliquées à la gestion (Grenoble) ، France ، sous la direction de Marie-Laure Gavard-Perret ، Soutenue le : 09-12-2011.

- استناداً إلى البحوث التي تدرس إستراتيجيات الإتصال التي قد تؤدي إلى تغيير السلوك، هدفت هذه الدراسة إلى معالجة المشكلة التالية: كيف يمكن تحسين فاعلية الإتصالات الصحية؟ من خلال تجربتين أُجريتاً في الولايات المتحدة بين عامي 2009 و2010، ودرس الباحث تأثير صفتين للرسالة، وهما تأطير عواقب الرسالة (المكاسب مقابل الخسائر) والهدف المعلن للاتصال (الوقاية مقابل الفحص).
وتسلط النتائج الضوء بوجه خاص على أن تأطير المكاسب يؤدي إلى إتخاذ موقف أكثر توافقاً مع الهدف المخطط له، وإلى زيادة النية في تحقيق الأهداف، فضلاً عن السعي الهادف لجمع وتبادل المعلومات.
وتوفر هذه الدراسة أيضاً فهماً أفضل للآليات التي ينطوي عليها إظهار أن الرسالة الإتصالية غير الناجحة تسبب المزيد من الصور الذهنية السلبية التكافؤ وأن تكافؤ قيم الصور الذهنية يتوسط تأثير التأطير. كما أن هذه الدراسة قدمت مساهمات نظرية تسلط الضوء على المؤلفات المتعلقة بالإتصالات الصحية، فضلاً عن المساهمات الإدارية، التي تقدم دروساً لصانعي القرار في مجال الإتصالات الصحية.

-رابعاً-

- دراسة "Chantal Laurens"، من جامعة تولوز 2 - Université - Toulouse II،
أطروحة دكتوراه موسومة بـ:

الإتصال والعمل الجماعي لمقدمي الرعاية في المستشفيات المختلطة: حالة المديرين
التنفيذيين الصحيين والمرضى ومساعدتي التمريض

Communication et travail collectif des soignantes en situation de métissage à l'hôpital: le cas des cadres de santé ، infirmières et aides-soignantes⁽¹⁾

Pour plus d'informations ، Visiter le lien: www.theses.fr/2011GRENG015

⁽¹⁾ Chantal Laurens: «Communication et travail collectif des soignantes en situation de métissage à l'hôpital: le cas des cadres de santé ، infirmières et aides-soignantes»، Thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication ، Université - Toulouse II ، dans le cadre de École doctorale et discipline ، sous la direction de Arlette BOUZON ، Professeure ، LERASS ، Université Paul Sabatier ،

هدف هذا البحث إلى دراسة طبيعة العمل الجماعي لفرق الرعاية الصحية في المستشفيات في سياق متعدد الثقافات. إنطلاقاً من المشكلة التي مفادها أنّ فرق العمل المختلطة تشكل صعوبة محتملة في التعامل والتواصل الفعّال مع بعضها. وقد إعتمدت الباحثة مقارنة إتصالية، بناءً على رؤية مفاهيمية للموضوع، ضمن تموضع إبستيمولوجي يهدف إلى التفسير.

وأجرى الباحث الدراسة الاستقصائية في أقسام الرعاية التابعة لمركز المستشفيات الإقليمي، وإستند في تحليله للمعطيات على ملاحظة المشاركين لمدة ثلاثين شهراً، ومعايشة الفريق ومشاركته في أنشطته. كما أجرى الباحث مقابلات شبه منظمة وإستبيانات وسجلاً لجمع البيانات من خطابات مقدمي الرعاية الصحية، وقام بمعالجة بيانات الملاحظة من خلال التحليل الكمي والنوعي.

وقد كشفت أبرز نتائج الدراسة عن وجود تمييز عنصري في فرق الرعاية الصحية، ولهذا فقد شكك الباحث في فاعلية إدماج التنوع الثقافي في عملية إعداد أو تطوير الذكاء الجماعي لفرق العمل.

-خامسا -

- دراسة "Mélanie Sustersic"، من جامعة تولوز 2 - Université - Toulouse II، أطروحة دكتوراه موسومة ب: وثائق معلومات المرضى (FIP)، أداة للاتصال بين الطبيب والمريض: اقتراح وتفعيل أساليب إعداد الفحص والتقييم السريري

Fiches d'Information pour les Patients (FIP) ، un outil au service de la communication médecin patient : Proposition et validation de méthodes pour la construction et l'évaluation clinique ⁽¹⁾

Toulouse III ، France ، IPrésentée et soutenue le : 19 septembre 2014. Pour plus d'informations ، Visiter le lien: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127207>

⁽¹⁾ Mélanie Sustersic: « Fiches d'Information pour les Patients (FIP) ، un outil au service de la communication médecin patient : Proposition et validation de méthodes pour la construction et l'évaluation clinique » ، Thèse de doctorat en : ISCE/Modèles ، méthodes et algorithmes en biologie ، santé et environnement ، Université Grenoble Alpes (ComUE) ، dans le cadre de École doctorale ingénierie

كانت الخطوة الأولى في عمل الباحث هي اقتراح أسلوب فعال لإعداد وثائق معلومات المرضى **FIP) Fiches d'Information pour les Patients** انطلاقاً من 125 وثيقة معلومات خاصة بحالات الفحص التي أظهرت حاجة كبيرة للرعاية الأولية. وأظهرت الدراسة القائمة على الملاحظة التي أجريت في 26 مكتبا للصحة العامة مع 350 مريضاً أن المرضى أنفسهم هم من الطالبين لوثائق معلوماتهم المرتبطة بالمرض (FIP) وأن وثائق المعلومات المتعلقة بالمرض وتشخيصه ومتابعته باعتبارها أداة اتصالية بين الطبيب والمريض هي موضع تقدير من طرف المرضى، كما أن فهم الأمراض الحادة هو أكثر محدودية من الأمراض المزمنة أو في الحالات التي تتطلب وصفات طبية للمرضى الذين يعانون من انخفاض المستوى الأكاديمي. كما قام الباحث بدراسة أولية على عينة عشوائية عنقودية أجريت في 24 مَصحة عامة مع 400 مريض، أظهرت نتائجها أن وثائق معلومات المريض **FIP** تسمح للمرضى بتحسين مستوى معرفتهم حول الأمراض ومن ثم تعديل سلوكهم الصحي بشكل إيجابي، بما في ذلك للمرضى الذين يعانون من مستويات تعليم منخفضة.

واقترح الباحث نموذجاً نظرياً يوضح أساليب نمذجة وإعداد وثائق معلومات المريض **FIP** أثناء الفحوصات والاستشارات الطبية، والتي طور الباحث من خلالها مستويات قياس عامة مستخدمة في جميع أنواع الفحوصات والاستشارات الطبية:

- المستوى الأول: درجة اتصال الطبيب-المريض **Un Score de Communication Médecin-Malade (CMM)**.

- المستوى الثاني: درجة الرضا بالالتزام العام، فبمجرد التحقق من صحة الخصائص النفسية لهذه الدرجات، درس الباحث محدداتها. وفي الحالات الصعبة، كان المحدد الوحيد لقياس درجة اتصال الطبيب-المريض **Un Score de Communication Médecin-Malade (CMM)** هو نوعية المعلومات الواردة (ماذا وما الذي يجب فعله لتحقيق احتمال وجود الإتصال الجيد) كما أن درجة الرضا ارتبطت بنفس القدر بالبنية التحتية، والفريق الطبي والفريق الشبه الطبي.

pour la santé ، la cognition ، l'environnement (Grenoble) ، en partenariat avec Techniques de l'ingénierie médicale et de la complexité - Informatique ، Mathématiques et Applications (Grenoble) ، France ، sous la direction de PR Jean-Luc Bosson ، Présentée et soutenue le: 14 novembre 2017. Pour plus d'informations ، Visiter le lien: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01958846>

كما قام الباحث من خلال الأساليب المقترحة بتقييم تأثير وثائق المعلومات خاصة بالمرضى على طبيعة علاقة الطبيب بالمريض (La Communication Médecin-Malade (CMM)، وتوصلت نتيجة التقييم إلى وجود التزام عام لدى المرضى وتحقيق رضاهم في قسمين للطوارئ مع 324 مريضا.

واستنتج الباحث في الأخير أن إحدى الأساليب البسيطة لتحسين علاقة الطبيب بالمريض من خلال الإتصال (La Communication Médecin-Malade (CMM) هي استخدام وثائق معلومات المريض FIP أثناء الفحوصات والإستشارات الطبية كمكمل للمعلومات الشفوية. وهذا الأسلوب هو معيار أساسي للحكم على هذه العلاقات بين الطبيب والمريض، وينبغي إستخدامه في المستقبل على نحو أفضل، وتحديدًا لتقييم التدخلات العلاجية غير الدوائية المتزايدة، والتي يكون الإتصال محددًا رئيسيًا لفعاليتها.

❖ مناقشة عامة للدراسات السابقة:

مما سبق عرضه من دراسات سابقة ذات علاقة بالدراسة الحالية في شقها المعرفي أو النظري أو المنهجي يتضح لنا أنه قد تم التطرق لموضوع علاقة الطبيب والمريض وأهمية الإتصال في مجال الصحة و عملية التكفل بمرضى السرطان في أكثر من دراسة تنوعت بين العربية والأجنبية، شملت عديد الاقطار والبلدان في العالم.ومما لاشك فيه أن كل دراسة من الدراسات التي توصلت لها الباحثة قد سلطت الضوء على جزئية رئيسية في هذه الدراسة وإستقادت منها في أحد أبعادها.وذلك لتوفر العديد من أوجه الإتفاق سواء في متغير الإتصال الفاعل في المجال الصحي أو فيما يخص مجال التكفل والرعاية الصحية المقدمة للمرضى خاصة ما إرتبط منها بمرض السرطان، فرغم اختلاف الدراسات وتنوعها بين العربية و الغربية إلا انها اشتركت مع دراستنا في أنها سلطت الضوء على العلاقة التواصلية بين مريض السرطان والطبيب المعالج مع البحث في تأثير السياقات المختلفة بينهما على نتيجة التكفل المقدم لمرضى السرطان.

حيث اشتركت الدراسة خاصة مع الدراسة الأولى لـ "سميرة عمار" في أكثر من عنصر وتقاطعت معها في اختيار المقاربة والنظرية وفي تركيزها على مرحلتين اساسيتين في علاقة الطبيب بالمريض وهي الاعلان عن المرض وتقديم العلاج وتوصلت الى وجود عديد المعوقات المرتبطة بالمستوى والسياق الإجتماعي و الثقافي اضافة الى سياقات اخرى ، مما كان لها أثر في التأسيس للدراسة

ميدانيا على مستوى المركز الاستشفائي ابن رشد - عناية -، وذلك بالعمل على البحث في أكثر تفاصيل تجعل دراستنا اشم من الناحية التنظيمية والمهنية العلاجية من خلال التطرق لواقع الإتصال وفعاليته في التخطيط لمجال الصحة وأمراض العسرالثقيلة مثل السرطان في الجزائر ومدى الوعي بأهميته على مستوى مركز مكافحة السرطان و شبكات العلاج المتوفرة على مستوى المركز الاستشفائي ابن رشد عناية ، فعملت الباحثة على تبنى مقاربة ابستمولوجية متكاملة المبادئ وبحث في الدراسة بين كل عناصر العملية الاتصالية خلال مراحل التكفل الثلاثة وهو ما اختلفت فيه عن باقي الدراسات التي سبق الإشارة إليها وأضافت البحث عن استراتيجيات الإتصال في الجانب التنظيمي المرتبط بالتخطيط و الإستراتيجيات الأخرى المتعلقة بالإتصال الشخصي وإستراتيجيات الإتصال الإقناعي في إطار نماذج الإتصال المطبقة في المجال الصحي مع الأخذ بعين الاعتبار السياقات المتداخلة في الديمومة الاتصالية أثناء عملية التكفل بمرضى السرطان في الجزائر خلال المراحل الثلاثة (التشخيص والاعلان عن المرض-تقديم العلاج -المتابعة) ومدى الوعي والتجسيد لإستراتيجيات الإتصال الشخصي والتنظيمي والإقناعي في شبكات العلاج المتوفرة بهدف تحسين التكفل والخدمة الصحية المقدمة لمرضى السرطان مما يجعل الدراسة جامعة لعدة عناصر تفرقت في الدراسات السابقة المتوصل لها.

خلاصة الفصل:

ومما سبق فإن هذا الإطار المنهجي قد حاولت الباحثة من خلاله التطرق الى جملة من العناصر التي تمكن من بناء تصور منهجي ومفاهيمي يسمح للدراسة بالتأسيس للجانب النظري الخاص بالموضوع حسب ما يوافق مبادئ وأسس إمبريقية وابستيمولوجية واضحة تسمح لأدوات الدراسة بجمع الكم الكافي من المعلومات عن موضوع الدراسة وتجاوز مشاكلها وعوائقها الميدانية بالمؤسسة محل الدراسة و الإنطلاق في عملية التحليل اللازمة للوضعية على مستوى شبكات العلاج المتوفرة للتكفل بمرضى السرطان خلال المراحل الثلاثة والتعرف على أبرز مؤشرات العجز المحققة مقارنة بمحاور المخطط الوطني الخماسي للسرطان 2015/2019 .

الإطار النظري للدراسة

الفصل الثاني:

الإِتِّصَالُ:

تَوَجُّهَاتِهِ،

وَإِسْتِرَاطِيَّاتِهِ

فِي الصِّحَّةِ

تمهيد:

ان نجاح عملية الإتصال بوصفه ركيزة من ركائز إستمرارية المؤسسة الخدماتية وحسن سيرها كفيل بتحقيق الرضا لدى طالبي الخدمة في المؤسسة الصحية بإعتبارها أحد أهم مؤشرات التنمية في العالم ويقدم هذا الفصل عديد الأبعاد المرتبطة بالإتصال ك عملية على المستوى الشخصي والتسييري والتخطيطي على كل المستويات وتطرقت الباحثة بتسلسل منطقي من الإتصال وأنواعه ومستوياته الى تقديم الإتصال الإجتماعي الصحي والعمومي من حيث الأشكال والأساليب والأهمية والمميزات والخصائص، وصولا الى تقديم الإستراتيجية الإتصالية وأبرز مبادئها ومراحل بناءها إضافة إلى ابرز أنواع إستراتيجيات الإتصال كمتغير رئيسي وجب تغطية الكم الكافي من الجانب النظري حوله ، إنتقالا الى وسائل الإتصال التنظيمية وأهمية الأسلوب في رسالة المؤسسة وتحقيق الكفاءة الإتصالية، ثم التعرف على الإتصال التنظيمي وأهميته وأبرز أنواعه معوقاته المرتبطة بعناصر العملية الإتصالية في مجال التكفل بمرضى السرطان، إضافة إلى طبيعة الموضوع المدروس التي تفرض التعرف على الإتصال الشخصي وأهم مميزاته المتعلقة بمهارات الإتصال في عملية التكفل المقدمة ، وصولا إلى عرض شامل عن الإتصال الإقناعي كجزء لا يتجزء من العملية الإتصالية خلال التكفل بمرضى السرطان في المراحل الثلاثة بكل أنواعه وإستراتيجياته ونماذجه وإستمالاته.

أولاً- الإِتِّصال:

ويعرفه **تشارلز كولي** أنه: العملية التي توجد فيها العلاقات الإنسانية وتنمو عن طريق إستعمال الرموز التي تصدر عن العقل.⁽¹⁾

ويرى **ميشال لونت**: أن الإِتِّصال لا يعني الاعلام والاستعلام فقط إنما يعني الاقناع أي آراء وسلوك الغير وهو يرتكز بالخصوص على النتائج المترتبة عن التأثير المرتبط بالاقناع وهو ضروري بالنسبة للفرد والمجتمع.⁽²⁾

بالنظر الى الإِتِّصال على أنه عاملاً مشتركاً في عدد كثير من المهن والمجالات المختلفة. فقد أخذ الباحثون مفهوم الإِتِّصال في عدة محاولات جادة بهدف الكشف عن ما هو غامض في المصطلح. هذا ما لم يجعل هذه المحاولات تقتصر على مهنة دون أخرى فاهتم الباحثون بالتربية والمهنيين بالتوجيه والتثقيف والتوجيه والإرشاد والإدارة وكل منهم كان ينظر الى مفهوم الإِتِّصال بما يتماشى مع مجال عمله والاهداف التي يعمل من اجلها وهذا ما يبين التشابه والتباين في مثل هذه التعريفات.

فاعتبر الباحثون في علم النفس الإِتِّصال كنسق⁽³⁾... يؤثر حتماً في العلاقات المتبادلة بين أعضاء الجماعة ورائهم واتجاهاتهم اي أن جملة تغيرات تحدث داخل الكائن الحي نتيجة لمؤثر ما سواء كان داخلياً او خارجياً فإنه يعني أن ثمة اتصال قد وقع.

كما ذهب بعض الباحثي الى اعتبار الإِتِّصال عملية يقوم بها الشخص في ظرف ما، بنقل رسالة ما تحمل معلومات أو آراء أو إتجاهات أو مشاعر الى الآخرين لهدف معين عن طريق الرموز بغض النظر عما قد يعترضها من تشويش.⁽⁴⁾

ولم يغفل علماء العرب عن تعريفه اذ يستخدم الجاحظ اكثر هؤلاء العلماء اهتماماً بذلك لفظ البيان للتعبير عما نسميه بالإِتِّصال فبعد دراسة لتعريفه للبيان سيتضح لنا اشتمال هذا التعريف على العناصر الأساسية لعملية الإِتِّصال التي تتطابق مع عناصر عملية الإِتِّصال التي تتطابق مع عناصر عملية الإِتِّصال كما بينها بيرلو Berlo.⁽⁵⁾

(1) - كامل خورشيد مراد، الإِتِّصالية الجماهيرية والاعلام - التطور الخصائص والنظريات -، دار المسيرة، ط1، عمان، 2011، ص 25.

(2) - عامر مصباح، منهجية البحث في العلوم السياسية والاعلام، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، الجزائر، 2008، ص 178.

(3) - جمال محمد ابوشنب، نظريات الإِتِّصالية والاعلام المفاهيم، المداخل النظرية، القضايا، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2012 ص 10-11-12.

(4) - خليل صالح ابو أصبع، الإِتِّصالية الجماهيرية، دار الشروق للنشر، ط1، عمان، 1999، ص 11.

(5) - خليل صالح ابو أصبع، المرجع السابق، ص 54.

تعددت المدارس الفكرية التي اهتمت بالاتصال فذهب علماء النفس في تعريف الاتصال من خلال العلاقة بين المنبه والاستجابة التي تشير الى الاتصال الهادف والمقصود فيعرفه كارل هوفلاند وآخرين بأنه العملية التي يقوم الفرد القائم بالاتصال بارسال مثيرعادة ما يكون لفظيا حتى يعدل سلوك الآخر. ويعرف الاتصال بأنه عملية يقوم بها الشخص في ظرف ما بنقل رسالة ما تحمل المعلومات أو الآراء أو الاتجاهات أو المشاعر الى الآخرين لهدف ما عن طريق الرموز بغض النظر عما يعترضها من تشويش.

وهذا التعريف يشتمل على مجموعة من العناصر:

الاتصال عملية وهذا يعني بأنه سلسلة من العمليات أو الأحداث المستمرة المتحركة دائما تجاه هدف وذلك لأن الاتصال ليس كيانا جامدا وثابتا في الزمان والمكان ولكنه عملية ديناميكية يتم إستخدامها لنقل المعاني والقيم الإجتماعية والخبرات المشتركة.⁽¹⁾

المتصل (القائم بالاتصال):

أية عملية إتصالية تعني وجود من يقوم بالاتصال وهو المتصل Communicator وقد يكون شخصا عاديا أو معنويا (مؤسسة/شركة /وزارة...الخ) وهو الطرف الذي يبادر بالاتصال اذ يقوم بتوجيه رسالته الى شخص او اشخاص عديدين.⁽²⁾

• الرسالة:

وهي المعلومات والآراء أو المشاعر أو الاتجاهات التي يرغب المتصل بنقلها الى الاخرين عبر الرموز التي قد تكون صوتية مثل الكلام أو صورية مثل الكتابة أو حركية مثل: الإشارات أو أن تكون خليطا من اشكال الرموز.

• المتلقى:

ونعني به الذين يتلقون الرسالة سواء كأن المتلقي فردا او جماعة او مؤسسة او جمهور.

• الهدف:

أن عملية الاتصال يجريها القائم بالاتصال لهدف ما قد يكون للتأثير في أفكار أو مشاعر أو اتجاهات أو آراء المتلقين للرسالة.

(1) - خليل صالح ابو أصبع، المرجع السابق، ص 11.

(2) - خليل صالح ابو أصبع، المرجع السابق، ص 12.

• الوسيلة:

إن الرسالة يتم نقلها عن طريق وسيلة ما وفي حالة الإتصال الشخصي يتم نقلها عن الطريق الشفوي أما في حالة الإتصال الجماهيري قد يتم نقلها عبر الكتاب أوالمجلة أوالجريدة أوالاذاعة أوالتلفزيون أوالسينما أو وسائل الإعلام الجديدة.

• التشويش:

مهما كان نوع عملية الإتصال أو مستواها أو نوع الوسيلة المستخدمة فإن هناك بعض عناصرالتشويش التي يحتمل أن تتداخل في العملية الإتصالية مما يمكن أن يؤثر في نجاح العملية الإتصالية. الظرف الذي تتم فيه عملية الإتصال:

- إذ أنه لا يتم في فراغ فهو يتم في بيئة إجتماعية وثقافية واقتصادية وبيئة وغيرها. وتعتبر هذه العناصر الاساسية في اية عملية إتصالية والتي يمكن تمثيل عناصرها الرئيسية من خلال النموذج الذي اقترحه بيرلو.

باعتبار أن عملية الإتصال تتكون من أربعة عناصر اساسية وهي: المصدر-الرسالة-الوسيلة - المتلقي.(1)

- مستويات الإتصال:

يمكننا تقسيم الإتصال من حيث مستواه على اربعة مستويات رئيسية:

أ- الإتصال الذاتي : Intra personal Communication

وهو العملية الإتصالية التي تتفاعل وتأخذ مكانها داخل المرء نفسه. فهي إذن عملية شخصية بحتة يتم فيها مخاطبة الإنسان لذاته. ولايختلف هذا النوع من الإتصال عن الإتصال بين الافراد سوى أنه ذاتي، ونحن فيه نستخدم الرموز نفسها للاتصال بالآخرين... يتم في ذاتنا كعملية اتصالية متكاملة(2). ويعتبر الإتصال الذاتي ضروري لاستمرار البقاء والنمو. ودون نظام فعال للاتصال الذاتي لا يستطيع الكائن اي يؤدي وظيفته في البيئة التي يعيش فيها فهو يسمح للفرد أن يتخذ قراراته بناء على ما تلقى من معلومات عبر حواسه.(3)

(1) - خليل صالح ابو أصبع، المرجع السابق، ص13

(2) - خليل صالح ابو أصبع، المرجع السابق، ص14

(3) - فؤادة عبد المنعم البكري، الإتصال الشخصي في عصر تكنولوجيا الإتصالية، عالم الكتب، القاهرة، 2005، ص10.

ب- الإتّصال بين الأشخاص: inter personal communication

وهو الإتّصال المباشر بين الناس، ويعرف بالإتّصال المواجهة ويتم وجها لوجه بين شخصين أو أكثر حيث يمكن فيه أن نستخدم حواسنا الخمس، ويتيح هذا الإتّصال التفاعل بين هؤلاء الأشخاص والتعرف على رجع الصدى لدى المُستقبل. ويعتبر الإتّصال الشخصي هو افضل أشكال الإتّصال إذ يوفر للقائم بالإتّصال فرصة التعرف الفوري والمباشر على مدى تأثير رسالته في المُستقبل ومن ثم تصبح الفرصة أمام المتصل سامحة لتعديل رسالته وتوجيهها، بحيث تصبح أكثر فاعليّة أو اقناعا.⁽¹⁾ وقد يتم الإتّصال بين عدة أفراد او مجموعة كبيرة من الافراد ويسمى في هذه الحالة اتصالا جميعا كما يحدث في ندوات والمؤتمرات والاجتماعات.⁽²⁾

ج- الإتّصال الوسطي: Medio Communication

ويشتمل هذا النوع على خصائص من النوعين السابقين الإتّصال بين الأشخاص والإتّصال الجماهيري. ويمكن التعرف على هذا النمط الإتّصالي الذي يجمع بين خصائص الإتّصال المواجهي والجماهيري من خلال:

الإتّصال الوسطي يكون كاتصال المواجهة إذ أن المتلقين للرسالة عددهم قليل وفي الغالب يكون المتلقي شخص واحد ومعروف من طرف المتصل والرسالة ذات طابع خاص. فهي محصورة على التعميم والمشاركون فيه عادة ذو ثقافة مشتركة ومرتبون بالإتّصال الشخصي وغالبا ما يكون الإتّصال الوسطي غير محكم البناء Unstructured.⁽³⁾

ثانياً - الإتّصال الإجتماعي الصّحي والعمومي:

وهو عمليّة ذات اتجاهين تحوي في طياتها تأثير وتأثر كذلك هو كل السياسات او الممارسات او الخطط الإتّصالية داخل اي تنظيم. ويعرف كذلك الاتصال الإجتماعي على انه مجموع النشاطات الإتّصالية التي تطمح الى تغيير تمثلات التصورات، السلوكيات أو تعزيز عمليّة التضامن.⁽⁴⁾

(1) - خليل صالح ابو أصعب، مرجع سبق ذكره، ص 14.

(2) - فؤادة عبد المنعم البكري، مرجع سبق ذكره، ص 11.

(3) - فؤادة عبد المنعم البكري، مرجع سبق ذكره، ص 15

(4)- Peter Stockinger ، Notions de Base en Sciences de l'Information et de la Communication Adaptées au Contexte Interculturel ، Institut National des Langues et Civilisations Orientales ، Paris ، 2007/2008.

وبشكل عام هو أحد الميادين ذات الأهمية القصوى في ميادين الإتصال بشكل عام، ويرتبط بمختلف التفاعلات بين اطراف المجتمع له عدة تقاطعات مع مختلف التخصصات منها الإتصال التربوي والإتصال العمومي والإتصال السياسي كذلك الإتصال في خدمة التنمية المستدامة..... وذلك من منطلق انه ذو نمط علائقي يضم عديد القيم اهمها : تحمل المسؤولية /احترام الفروقات والاختلافات / التبادل العلائقي.....

وبما ان الاساليب الصحية تؤثر تأثيرا مهم في تصورات الافراد للمرض واستجاباتهم له وتعبيراتهم المختلفة عنه⁽¹⁾. وحتى يتم بلوغ النسبة المرضية خاصة في ما تعلق بالنتقيف الصحي لدى الافراد عموما و المرضى بشكل خاص الذين يعانون امراض مزمنة وغيرها من امراض العصر التي باتت تهدد استقرار الفرد و امنهم الصحي نتيجة عديد السلوكات المضرة التي غزت حياة الافراد في العصر الراهن.

يعتبر الإتصال الإجتماعي أحد أهم السبل المنتهجة في تحقيق عملية التثقيف الصحي التي تعمل على اقناع الافراد للتأثير فيهم بهدف تبني سلوكيات صحيحة لخدمة المجتمع هذا ما جعل عديد الدول في العالم تسخر الإتصال الإجتماعي في مجال الصحة مثل: أندونيسيا في مجال تنظيم النسل مما جعلها تحقق نتائج ايجابية في عملية تعديل سلوكات الجمهوراضافة الى فرنسا عندما وظفت الحملات التوعوية للحد من ظاهرة التدخين، التي كانت ابرز نتائجها بعد سنة من الحملة حيث تم سن قوانين تمنع الظاهرة، اما على الصعيد العربي فوجدت عديد المحاولات لتطبيق استراتيجيات الإتصال الإجتماعي في البعض منها مثل ما قدمته دراسة عبد القادر رحيم في تونس والتي تناولت الثقافة الغذائية ونتج عنها كذلك تعديل في بعض من السلوكات الصحية لدى الافراد.

والجزائر كغيرها من الدول إستغلت الإتصال الإجتماعي في المجال الصحي في عديد الميادين حيث عملت منذ سنوات الثمانينات على تطبيقه في مختلف المجالات خاصة منها الخدماتية مستغلة في ذلك وسائلها واشكالها لاسيما بعد ان أيقنت عجز الرسائل التقليدية و البسيطة على تحقيق النتائج المطلوبة على مستوى عملية التغيير أو التعديل. ومن أهم الاليات او الوسائل المنتهجة للاتصال الإجتماعي في الجزائر ما يسمى في الخطاب الاعلامي بالحركات الجموعية التي اصبحت منتشرة

(1) - نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والجالات، دارالمعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1987، ص105.

بكثرة خاصة بعد اصدارالقانون 31-90 الخاص بالجمعيات،⁽¹⁾ التي باتت تعتبر احد اهم سمات هذا العصر، لانه ومن غير الممكن ان يواجه المجتمع مختلف المشاكل و الظواهر الطارئة فيه خاصة الصحية منها دون ان تؤدي التنظيمات الغير حكومية دورا بارزا فيها مثل: مرض السرطان الذي اصبح يهدد امن الصحة العمومية بالجزائر خاصة بعد انتشاره بشكل متسارع في الأونة الأخيرة نتيجة مجموعة من التغيرات الفردية الإجماعية كالنظام الغذائي وعديد السلوكات الاخرى التي تشكل خطرا على صحة الافراد.

ومنه فإن الإِتِّصال الإجماعي هو كافة الانشطة والاساليب الإتصالية التي تمارس في المستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة - بالتنسيق مع عديد الجمعيات والمراكز الصحية لنقل المعلومات والخبرات الصحية لمرضى السرطان بهدف توعيتهم وتنقيفهم وزيادة معارفهم الصحية، واقتناعهم بالتخلي عن السلوكيات المضرة بهم قصد حمايتهم من المضاعفات المزمنة للمرض، وهو ما سنعمل على البحث فيه من خلال ادوات البحث في دراستنا.

1. الإِتِّصال الصحي:

يندرج كنوع من انواع الإِتِّصال ضمن اطارالإِتِّصال الإجماعي الذي يقوم على ضرورة توعية افراد المجتمع بمختلف المشاكل الإجماعية التي يمكن ان تصيبهم او تهددهم مثل: الأمراض والأوبئة... وتتضح أهمية الإِتِّصال الإجماعي من كونه المجال الذي يستهدف بناء الانسان الواعي المتحضر في سلوكه المتفهم لقضايا مجتمعه، قضيته هي قضية بناء الانسان في ذاته وفي علاقته مع الاخرين في الاطارالضيق وعلاقته، وعلاقته مع المجتمع في الاطار الواسع.

ومايزيد من أهمية هذا النوع من الإِتِّصال القضايا التي تشكل مركز إهتمامه مثل قضايا الأسرة والأمومة والطفولة وكذلك ما يتناوله من مواضيع تتعلق بسلوكيات المجتمع في عاداته وتقاليده وقيمه واخلاقياته، ومن دوره في مواجهة كل ما يعترض المجتمع من مشكلات وأمراض إجماعية ومن تصديه لمهمة نشر الآراء والأفكار الجديدة والمستحدثة ذات النفع للانسان والمجتمع، مسؤولته تجاه قضايا المساواة والعدل والتضامن الاجتماعي.⁽²⁾

(1)-منصوري مصطفى، طالبي زوبيدة، دور الإِتِّصال الإجماعي في التنقيف الصحي لدى مرضى السكري -جمعية الامال بولاية غيليزان انموذجا-، مجلة العلوم الإجماعية، الجزائر، العدد19، جويلية2016، ص66.

(2) - السيد احمد مصطفى عمر، الاعلام المتخصص دراسة، بنغازي ليبيا، منشورات جامعة قار يونس، ط1، 1997، ص141.

وكأحد أنواع الإتّصال الإجتماعي فهو يشير الى نوع من أنواع الإعلام الذي يهتم بتوصيل الأخبار والمعلومات والأفكار والحقائق حول المسائل الطبية والقضايا الطبية التمريضية والصحية والأحداث الصحية والطبية العارضة أو الطارئة التي يواجهها المجتمع أو الأمراض المزمنة وكيفية التعامل معها وتقديم الإرشادات والنصائح بقصد توجيه الأفراد وليس بقصد الإعلان عن السلع أو المنتجات أو الخدمات أو غيرها من أجل التوعية الصحية والتثقيف الصحي.(1)

1.1 أشكال وأساليب الإتّصال الصحي:

تتعدد الاشكال والاساليب في الإتّصال الصحي ولكن في الغالب هناك تقسيمين فالأول اتصال مباشر يتم بين القائم بالإتّصال الصحي والجمهور مباشرة ويغلب عليه الطابع الشخصي أما الثاني فهو اتصال غير مباشر وتستخدم فيه وسائل الإتّصال الجماهيرية من صحف واذاعة وتلفزيون ويتوجه إلى جمهور واسع.(2)

➤ - الإتّصال المباشر:

وهو الإتّصال الذي يلتقي فيه القائم بالإتّصال من طبيب أو ممرض أو مهنيو القطاع الصحي بالشخص المستهدف وهو ذو تأثير هام وقوي إذا أحسن القائم بالإتّصال أسلوبه ومهاراته ويستحسن أن يتبع فيه طريقة المناقشة ما أمكن ذلك حتى يتمكن المتلقي من التعبير عن ما في نفسه ويستفسر بالاسئلة ويقترح بما يفيد، وتمتاز هذه الطريقة بالمشاركة والتوافق والتكيف والوضوح والمرونة.(3)

وللاتصال الصحي نماذج عديدة مثل الزيارات التي تقوم بها الوفود الطبية الى المنازل والقرى بهدف التوعية بأحد الأمراض أو قصد التحسيس بحملة صحية معينة كالتلقيح مثلا الخاص بالاطفال، وهنا يلتقي الطبيب برب الأسرة أو بالمررض مباشرة ويقنعه بضرورة التوجه الى المركز الصحي قصد تلقي العلاج، أو يقدم معلومات صحية لهذه الاسرة كضرورة غسل الفطريات جيدا قبل تحضيرها أو تعقيم الماء بمادة الجافيل أو التوجه الى المستشفى عند حدوث أعراض معينة لأحد أفراد الاسرة

(1)-محمد ابو سمرة ، الاعلام الطبي والصحي ، عمان ، دار الراجحة للنشر والتوزيع ، ط1، 2010 ، ص 29 ، 30.

(2) - محمد قارش ، مختار جلولي، اساليب الإتّصال الصحي في الجزائر ، مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي ، العدد11، جوان 2015ص39

(3) - عبد العالي دبله، فضيلة صدرتي، واقع تطبيق التربية الصحية في الاوساط المدرسية ، مجلة علوم الانسان والمجتمع ، جامعة محمد خيضر بسكرة ، العدد 06 ، 2013 ، ص 21.

حتى لا يتفشى المرض الآخرين، كذلك يتجسد في الحملات التي تنظمها وزارة الصحة مثلا في الاماكن العمومية عن طريق توزيع المطويات والنشرات الصحية على المواطنين للتحميس ضد مرض معين. كذاك هو الحال بالنسبة للمؤسسات الإجتماعية التي تعتبر من أهم وأبرز أماكن الإتصال الصحي ونجد أبرز مثال على ذلك المدارس والمؤسسات التربوية العامة..... إضافة إلى عديد النماذج التي تندرج تحت هذا النوع من أنواع الإتصال الصحي كالحملات العمومية على الشواطئ في فصل الصيف بالإضافة الى المحاضرات والندوات والملتقيات والتي تستهدف الجمهور والمواطنين مباشرة إذ يكون بإمكان الحضور الاستفسار وطرح الأسئلة.

➔ الإتصال غير المباشر:

يستهدف الإتصال الصحي جمهوره عن طريق وسائل الاعلام والإتصال الجماهيرية، وقد برز هذا النوع بفعل تطور التكنولوجيا وظهور وسائل الاعلام.

ويعرف بأنه إتصال يقوم به المثقف الصحي أو القائم بالاعلام الصحي مع الناس من غير مقابلة شخصية وانما يكون يكون من خلال إستعمال أساليب وسائل أخرى توصل المعلومات إلى الرأي العام من خلال وسائل الاعلام والإتصال الجماهيري.

2.1. أهمية الإتصال الصحي:

للاتصال الصحي دور كبير في عملية تحسيس ضد مختلف الأمراض التي يمكن ان تتعرض لها الصحة الفرد فهو عامل ايجابي في التنبيه ضد عديد السلوكات المضرة بصحة الأفراد. كما أنه يزود الفرد بثقافة صحية من خلال احاطته بنصائح وتوجيهات في هذا المجال، او دفعه لتبني سلوك معين مثل الاقلاع عن التدخين او القيام بأخذ لقاح معين أو الفحص بهدف الكشف المبكر عن السرطان.... وغيرها عن طريق استخدام العديدين الإستمالات العاطفية، مثل: التخويف، الترغيب، التحذير.....او العقلية مثل الحجج و البراهين.....

واعتبر عديد الباحثين من مراكز الإتصال بكلية "بلومبيرغ" للصحة العامة في جامعة "جونز هوبكنز" الامريكية أن الإتصال مفتاح عملية تغيير المعرفة والاتجاهات، وتبني افكار جديدة وصولا الى

سلوك صحي ايجابي فالإتصال لديه القدرة على نشر القيم الإجماعية على سبيل المثال في مسألة تنظيم النسل لابد ان يتم تعريف الأسرة بالوسائل المستخدمة وكيفية استعمالها.(1) وكذلك نجاح الإتصال في العملية التواصلية بين الطبيب و مريض السرطان بشكل ناجح يسمح بتحسين وتيسير عملية التكفل بالمريض في كل مراحل العلاج داخل مراكز مكافحة السرطان.

2. الإتصال العمومي:

تعددت وإختلفت تعريفات الإتصال العمومي من باحث لآخر كل حسب وجهة نظره وفيما يلي: سننطلق الى البعض منها والاكثر اتقاها عليها من طرف العلماء:

تقدم عدة تعريفات للاتصال العمومي على انه "بث رسائل واقعية أو خيالية تشمل موضوعات معينة على أعداد كبيرة من الناس مختلفين فيما بينهم في النواحي الإقتصادية، الإجماعية، الثقافية والسياسية ويتواجدون في مناطق مختلفة، وتبث هذه الرسائل عن طريق وسيلة عمومية.(2)

وهو كذلك بأنه تلك العملية التي يقوم فيها القائم بعملية الإتصال ببث وإرسال رسائل متعددة، من خلال وسائل إتصال عمومية إلى عدد من الجماهير الموجودين في حيز جغرافي واسع يصعب معه التعرف على رجوع الصدى، أو الأثر الذي تتركه الرسالة إلى الجماهير الموجهة إليهم، بشكل مباشر وفوري نظرا للحاجز الواسع أي الزماني والمكاني.

وعرفه " فرنان بترو" على انه نشر لآراء في صيغ مناسبة تعمل على تحقيق التفاعل الفكري والحضاري داخل المجتمع الواحد من خلال جملة العلاقات التي تتلائم وخصائص جماهيرها (3).

اما الإتصال العمومي كعملية فهي تبدأ بصنع أو صياغة الرسالة من طرف القائم بالإتصال ومن ثما نشرها بإستخدام وسائل متعددة الى مناطق وجماهير مختلفة، تكون بمجرد ما يفهمها المُستقبل قد حققت المعنى والهدف الذي كان يطمح له المُرسِل أو القائم بالإتصال.(4)

ويتميز هذا النوع من الإتصال بخصائص بيولوجية وسيكولوجية وإجماعية يتطلب استقبال الرسائل فيه عملية بيولوجية لدى الفرد قد تتحول الى وظيفة.

(1)-محمد قارش ، مختار جلولي، اساليب الإتصال الصحي في الجزائر، مرجع سابق ، ص42.

(2) - مي العبد الله، نظريات الإتصال، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، لبنان، 2010 ، ص26-27.

(3) - رضوان البخيري، مدخل الى وسائل الاعلام والإتصال، دار الجسور للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2014 ، ص 19.

(4) - طه عبد العاطي نجم، الإتصال الجماهيري في المجتمع العربي الحديث، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية ، مصر، 2008 ،

وهناك إفتراض بأن الإِتِّصال العمومي هو مرآة عاكسة للبناء الإِجتماعي والقيم السائدة في أن النظم الإِجتماعيَّة تعتبر نتاجا للإِتِّصال، ودور الإِتِّصال في تطوير هذه النظم من خلال بحث أهميته بين الجماعات داخل كل نظام. ويبرز ذلك في دور الحديث اللغوي والتفاعل الإِجتماعي، ويزيد هذا النوع من الإِتِّصال من إحتمال وجود تشابه بين الناس في طريقة التفكير والسلوك وفرص إمكانية العمل مع بعضهم لإِنجاز الهدف، ويساعد كذلك في أهم الحقول البحثية في مجال علوم الاعلام والإِتِّصال اما كمصطلح - علمي فقد انتشر استعماله منذ نهاية الثمانينات وبداية التسعينات.

مميزات و خصائص الإِتِّصال العمومي:

الإِتِّصال العمومي احد أهم الظواهر البشرية والإِجتماعيَّة التي نالت اهتمام علماء الإِجتماع وعلم النفس الإِجتماعي، وهذا بالنظر الى الأهمية البالغة التي يتخذها هذا النوع من الإِتِّصال في بناء وتشكيل العلاقات الإِجتماعيَّة يصعب الحديث عنها في غيابه. يؤدي هذا النوع من الإِتِّصال دور رئيسي في حياة الفرد إذ أن هناك مجموعة من الخصائص المميزة التي تجعله غالبا ما يكون ذا إتجاه واحد.

ثالثاً - الإستراتيجيَّات الإِتِّصالية في القطاع الصِّحي المراحل والأنواع:

نظرا لارتباط مفهوم الإستراتيجية بإستمرارية المؤسسة وتطورها، شكل مصطلح الإستراتيجية لوحده حقل دراسة من الباحثين، فتعددت أفكارهم بتعدد اتجاهاتهم، فشهد هذا المفهوم تطورا سريعا، وبالرغم من هذا الاختلاف إلا أنها تتفق في الجوهر والمضمون مما جعلها متكاملة عند النظر إليها بصورة شاملة. وفيما يلي سنتطرق الى مفهوم الإستراتيجية بإختصار اضافة الى النماذج الاساسية في صنع الاستراتيجية وكذلك تقديم اهمية خصائص ومستويات الاستراتيجية وانواع إستراتيجيات الإِتِّصال.

● الإستراتيجية:

ويعكس مصطلح إستراتيجية بعدا عسكري قوي حيث إستعمله القادة العسكريون في مختلف تعاملاتهم مع الأعداء، وعلى مرالتاريخ الإنساني فكل العديد من اصحاب النظريات العسكرية في الكتابة عن الاستراتيجية من مختلف الزوايا. وتعني (statos) ذات الاصل الاغريقي أي القيادة (to lead) ومعناها (agein) أي الجيش أما الجزء الثاني من الكلمة army وتعني في اللغة اليونانية وتعني

القائد وهي وظيفة strategos، وهوخبير إستراتيجي عسكري تعني الاستراتيجية لديهم جملة من الاساليب والرسائل المستعملة التي تطمح الى تحقيق هدف رئيسي.⁽¹⁾

• الاستراتيجية الإتصالية:

مجموعة من القرارات الكبرى التي تتخذ من بين الاختيارات الهامة في الإتصال، تحديدا لاهداف المرجوة منه والوسائل المستعملة فيه.⁽²⁾ اي ان الاستراتيجية تتعلق بكل ما له صلة الارتباط والتنسيق في اداء عمل ما اوالسعي لتحقيق غاية مشتركة اضافة الى استعمالها كافة أشكال ووسائل الإتصال الشخصية والجماعية.⁽³⁾

• صنع الإستراتيجية:

هناك ثلاث نماذج أساسية يمكن إستخدامها في صنع الإستراتيجية وهي:

1 - النموذج الخطي:

و يعني قيام الإدارة العليا بوضع الأهداف ثم القيام بإتخاذ القرارات ووضع الخطط كوسيلة لتحقيق هذه الأهداف. ويتميز هذا النموذج بشروط عدة يمكن اجمالها في مايلي:⁽⁴⁾

- أ - إن البيئة يمكن التنبؤ بها وبالتغيير الممكن حدوثه فيها.
- ب - إن إنجاز الأهداف التي تضعها المنظمة هوالفاعل الأساسي لجميع العاملين بالمنظمة أو بالمؤسسة.
- ج -إن حلقة الوصل الأساسية بين المنظمة وبينتها هي مجموعة المستهلكين الذين تحاول المنظمة خدمتهم.
- د - إن متخذي القرارات داخل المنظمة يتسمون بالرشد.

(1) - روبرت ، أ ، ميتس - ديفيدلي ، ترجمة عبد الحكيم الخزامي :الإدارة الإستراتيجية بناء الميزة التنافسية، مصر ، القاهرة ، دار الفجر للتوزيع ، 2008 ، ص 28.

(2) -Fabienne Deuviller :Dictionnaire bilingue de la publicité et de la communication bordas ;paris ;1990 ;p163

(3) - عيسى بوكرموش، استراتيجية الإتصال في الحملات الاعلامية -دراسة وصفية لاستراتيجية التوعية المرورية ولاية غرداية نموذجاً-، رسالة ماجستيرفي علوم الاعلام والإتصال-فرع اتصال استراتيجي-، كلية الاعلام والإتصال ، جامعة الجزائر 3 ، 2013/2012.

(4) -مؤيد سعيد سالم :أساسيات الإدارة الإستراتيجية ، ط 1 ، عمان : دار وائل للنشر ، 2005 ، ص 27.

2 - النموذج التّكفي:

- و يقوم هذا النموذج على وجهتي نظر تأثرية أو وجهة نظررد الفعل، ووفقا لوجهة النظراأولى ترى أن المنظمة يجب أن تعمل بحيث تؤثر مسبقا في أي تغيير يمكن أن يحدث في البيئة.
- أما وجهة النظر الثانية فإنها ترى أن المنظمة يجب أن تنتظر حدوث التغيير في البيئة ثم تقوم ببناء إستراتيجيات لمواجهة هذا التغيير كنوع من رد الفعل للبيئة، ويشترط في هذا النموذج مايلي:
- أ - أن البيئة هي السبب الرئيسي في أي تصرف من تصرفات المنظمة.
- ب - أن البيئة أكثر إتساعا و أكثر عمقا.
- ج - أن التغييرات التي تحدث في إستراتيجيات المنظمة هي رد فعل للمتغيرات التي تحدث داخل مجموعات الأفراد ذوي المصلحة.
- د - أن الإداريين داخل المنظمة يتمتعون بقدر محدود من الرشد.

3 - النموذج التفسيري:

- يرى هذا النموذج أن دورالإداري في الإدارة العليا هو تصنيف المعلومات البيئية إلى مجموعات محدودة، ونقل هذه المعلومات إلى الإداريين في المستويات الأدنى،والذين يحددون الأهمية النسبية لكل مجموعة وفقا لأغراض ورسالة المنظمة وأهدافها،وهو يقوم على الإفتراضات التالية :
- أ - أن المنظمة والبيئة تحتوي على العديد من المتغيرات المعقدة بصورة تجعل الواقع التنظيمي غير متجانس.
- ب - أن الدافعية هي الحافزاأساسي في نجاح الإستراتيجية.
- ج - أن نشاط وضع الإستراتيجية هو نشاط يخص كل الأطراف العاملة بالمنظمة وليس رجال الإدارة العليا لوحدهم.

• أهمية إستراتيجية الإِتصال:

- * تضمن المؤسسة تحقيق الأهداف العامة، وبالتالي تحقيق الإستراتيجية العامة لها هذا إن كان الإِتصال فعال.
- * تساهم في حسن اختيارالمواضيع والأوقات الملائمة، إضافة إلى الأساليب الأكثرفاعليّة في التنفيذ.

- * تحقق استخدام أمثل لوسائل الإتّصال المتاحة للوصول إلى الجماهير المستهدفة، وهذا من أجل تحقيق الأهداف الموجودة من هذا الإتّصال.
- * إمكانية الإستشراف بالمشكلات التي يتوقع حدوثها ورسم البرامج التي تؤدي إلى مواجهة هذه المشاكل ومعالجتها أو العمل على إزالة أسباب حدوثها.

• خصائص الإستراتيجية الإتصالية:

- الإستراتيجية تحرك مرحلي ويعني هذا أنه على حسب الظروف والمرحلة التي يمر بها المشروع ويتحدد أسلوب التحرك والعمل، كما نقصد بها المرونة في العمل، "La flexibilité dans le travail" أي على المؤسسة أن تكون إستراتيجيتها تتميز بالمرونة حسب التغيرات الحاصلة في المحيط البيئي الذي توجد فيه.
- الإستراتيجية هي استغلال للفرص وتجنب المخاطر، باستعمال نقاط القوة، والحد من نقاط الضعف في المؤسسة، ولابدّ لها من أن يأخذ بعين الاعتبار القيود الإجتماعية والقانونية.
- تركّز الإستراتيجية الإتّصال على عادة تخصيص موارد، وذلك لأن إبقاء الموارد (كلها أو جزء منها) على حالها، يمكنه فقط من بقاء الشيء على ما هو عليه، و مواجهة التغيرات البيئية، و يتطلب التغيير في هياكل الموارد الحالية، وطريقة توزيعها على الاستخدامات.
- أن التحركات الإستراتيجية الإتصالية تتم في الزمن القصير أو الزمن الطويل، وقد تتكرر أو لا تتكرر، و ذلك استنادا إلى طبيعة الظروف البيئية على مستويين الداخلي والخارجي.
- تستغل الإستراتيجية المزايا التنافسية في مواجهة التهديدات و المشاكل أو اقتناص الفرصة المتاحة، و قد تكون هذه المزايا هي نوع معين من الموارد⁽¹⁾.

• مستويات الإستراتيجية:

1- مستوى الإستراتيجية العليا:

على هذا المستوى يتم ممارسة الفعل الإستراتيجي التخطيطي للمؤسسة ككل من قبل الإدارة العليا، و يتم التركيز على تطوير مزيج من النشاطات والاتجاهات الإدارية التي تتعلق بكل ما يجري في المؤسسة من نشاطات وممارسات إدارية وإنتاجية، كما يتم التركيز على اتخاذ القرارات ذات العلاقة

(1) - المنتدى التعليمي، ناس الخضرة، ص 15:15، 2016/02/27.

بعمل المؤسسة و منتجاتها وأسواقها القائمة والمستقبلية، ومستويات التدفقات المالية من الوحدات الإنتاجية وإليها، وعلاقة المؤسسة مع الأطراف الأخرى في البيئة الخارجية.

2- مستوى الإستراتيجية الوظيفية:

يتمحور هذا المستوى من النشاط الإستراتيجي في الأقسام الإنتاجية المختلفة أو الفروع أو الخطوط الإنتاجية للمؤسسة متعددة المنتجات، وتسمى كل من هذه الأقسام عادة بوحدة العمل الإستراتيجية، حيث ينصب الإهتمام الرئيسي لهذا المستوى من الإستراتيجية على تحسين الموقف التنافسي لمنتجات المؤسسة، إن الإدارة العليا المؤسسات الكبيرة تتعامل مع الوحدات كما لو أنها مؤسسات شبه مستقلة وتتيح لها المجال لبلورة إستراتيجيات خاصة بها ضمن الإطار العام للإستراتيجية الكبرى التي تطور على مستوى الإدارة العليا⁽¹⁾.

3- مستوى الإستراتيجية التشغيلية:

على هذا المستوى الإداري يتم بلورة بعض أشكال الإستراتيجيات الهادفة إلى تعظيم إنتاجية التكنولوجيا و الموارد الأخرى في ظل الإستراتيجيات التي تطور على مستوى الإدارة الوسطى، إن الهدف الرئيسي لممارسة الإستراتيجية على هذا المستوى هو زيادة فاعلية الأداء في المؤسسة بما يخدم أهداف الإستراتيجيات التي تطور على مستوى الإدارة الوسطى و العليا. ونلاحظ أن المستويات المختلفة لمستويات الإستراتيجية السابقة تكون مترابطة ومتكاملة فيما بينها حتى تستطيع المؤسسة الاستشفائية تحقيق أهدافها كمؤسسة عمومية خدماتية تهدف الى تحقيق الاستراتيجية العامة المسطرة من طرف الوزارة الوصية والموزعة حسب الإمكانيات والظروف على مديريات الصحة في مختلف ولايات الوطن لتصل الى مدرء المؤسسات الإستشفائية لتجسيدها على مستوى الخدمات لتحسين التكفل بالمرضى الوافدين الى المؤسسات الاستشفائية. و هنا لا بدّ من ملاحظة أن هذه المستويات الثلاثة، من الإستراتيجيات يجب أن تتفاعل مع بعضها البعض بصورة تكاملية من أجل تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة⁽²⁾.

(1) - أحمد القطامين، الإدارة الإستراتيجية مفاهيم و حالات تطبيقية، دار النشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2009، ص51-50.

(2) أحمد القطامين، مرجع سابق ص54.

• أنواع الإستراتيجيات:

و تتمثل في:

1- الإستراتيجية الدفاعية:

تعمل هذه الإستراتيجية على تحقيق الثبات و تتماشى مع هيكله تتميز بتكامل أفقي عالي، و مركزية في اتخاذ القرارات وشبكة اتصال واسعة بين الوحدات التنظيمية.

2- الإستراتيجية الاستكشافية:

هي عكس الإستراتيجية السابقة بحيث تعمل على تقديم الجديد، وتعتبر وظيفة الإبداع من أهم الوظائف، ولتحقيق ذلك تملك المنظمة سياسة استقطاب للكفاءة البشرية القادرة على فحص واستكشاف مختلف الفرص المتاحة و تعتمد المنظمة في هذه الوضعية على هيكله ذات مرونة عالية تتميز بتطبيق اللامركزية في اتخاذ القرارات واعتماد أساليب اتصال أكثر تطوُّراً لاتجاهات (أفقية، عمودية، جانبية).

3- الإستراتيجية التحليلية:

وفق هذه الإستراتيجية يمكن الدِّمج بين مميزات الإستراتيجيتين السابقتين من جهة التقليل من تهديدات البيئة و من جهة أخرى استغلال مختلف الفرص المتاحة فيها، بمعنى الإقدام على اتخاذ أي خطوة يكون بعد القيام بدراسة للجدوى لذلك فالهيكله تحاول أن تزوج بين الاستقرار والمرونة في نفس الوقت⁽¹⁾.

4- إستراتيجية الاستجابة:

ويطلق عليها أيضا إستراتيجية "رد الفعل" و في هذه الوضعية تواجه المنظمة مشكلة الفشل في ضبط الهيكله مع الاختيار الإستراتيجي، وعليه فإنها تبقى القائمة بين الإستراتيجية والهيكله، بالرغم من التغيرات والمتغيرات التي تميز البيئة الخارجية والتي تؤثر على الأهداف المسطرة⁽²⁾.

(1) - عبد الوهاب سويسي، منظمة المتغيرات، الأبعاد و التصميم، دار النجاح للكتاب، إصدار 2009، ص202.

(2) - عبد الوهاب سويسي، مرجع سابق، ص203

5- استراتيجية التركيز:

وتستخدم اذا كان الهدف المطلوب تحقيقه عاجلا والجمهور المستهدفة منتشرة في أماكن متباعدة بحيث يصعب أن تتعرض للرسالة الموجهة من خلال وسيلة واحدة واذا كانت الموارد المالية تسمح بذلك.⁽¹⁾

6- استراتيجية التوقيت:

وتعتمد على إختيار الوقت المناسب لإذاعة بيان أو قرار معين بهدف كسب تأييد معين أو تجنب مشكلة متوقعة وكثيرا ما يلاحظ إعلان بعض القرارات التي تستهدف إرضاء الأفراد في مناسبات أو أوقات معينة.

7- إستراتيجية التريث وعدم التورط:

ويلجأ المتحدث لهذه الإستراتيجية اذا إكتشف أن هناك حملة مخالفة لمايقدمه في موقف معين من طرف أحدهم، ويكون الرد الإيجابي هنا من خلال بعض الأفعال مثل المعلومات الوفيرة والأكثر دقة ووضوح للجمهور بهدف التأثير عليهم.

8- إستراتيجية المفاجأة:

وتستعمل هذه الإستراتيجية حين يصبح لأي معلومة جديدة تأثير حاسم في ترجيح كفة المتحدث أو المؤسسة، وتحدث أيضا عند تقديم معلومات مهمة في وقت معين للتأثير على إتجاهات الجماهير وكسب التأييد لرأي معين أو لتحويل الأنظار عن بعض المشكلات القائمة وتوجيه الإهتمام الى موقف جديد.⁽²⁾

9- استراتيجية المشاركة:

وتقدم هذه الإستراتيجية لتشجيع الأفراد على تقديم إقتراحاتهم وتسمح لهم بالإختيار وتفتح المجال للتعبير عن آرائهم مما يرفع من روح الإنتماء والوحدة بين أفراد المؤسسة.⁽³⁾

(1) - ياسر بن علي الشهري: الدليل العلمي للعلاقات العامة في المنظمات غير الربحية (البناء الإحترافي للإدارة العلاقات العامة) مكانة للتطوير الاعلامي ، ص248.

(2) - نفس المرجع ، ص249.

(3) - نفس المرجع ، ص250.

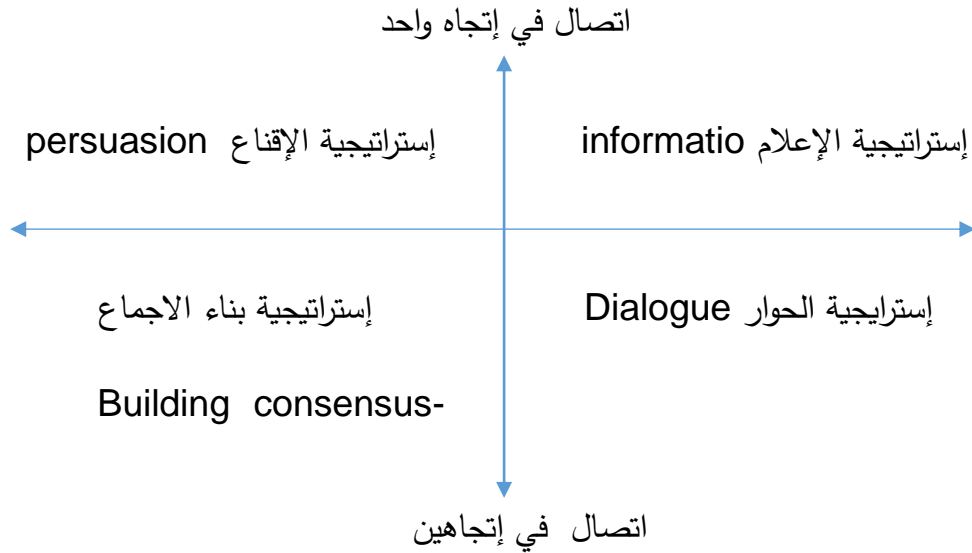
10- إستراتيجية ملتقى الطرق:

ويحاول فيها المتحدث تقديم كل الأساليب والإستتمالات الإتصالية لجذب الإهتمام اللازم لأكبر عدد من الحاضرين (1).

ويحدد رولر RULER في نمودجه الذي اطلق عليه مصطلح النموذج الموقفي لاستراتيجيات الإتصال **situational Model of Communication** (2) حيث يمكن استخدام إستراتيجية معينة في موقف محدد أو إستخدام مزيج منها في موقف آخر.

وحدد حسب نماذجه المقدمة محورين شمل الأول منها: طبيعة العمليّات الإتصالية ومدى تفاعل الجمهور المُستقبل مع هذه العملية.

ويمثل أحد طرفي هذا المحور الإتصال في إتجاه واحد. ويمثل الطرف الثاني الإتصال في اتجاهين. وشمل المحور الثاني طبيعة المضمون والمعاني التي تتضمنها الرسائل الإتصالية. ويمثل أحد طرفي هذا المحور الرسائل التي يعتبر مضمونها ومعانيها عن رؤى المؤسسة فقط. اما الطرف الثاني فيشير الى الرسائل التي تعبر عن المؤسسة والجمهور المُستقبل معاً، وتحمل دلالات تعكس رؤى الطرفين .Connotation



شكل رقم 03: إستراتيجيات الإتصال في العلاقات العامة

المصدر: ³ راسم محمد الجمال، خيرت معوض عياد، إدارة العلاقات العامة: المدخل الاستراتيجي، ص21.

(1) - نفس المرجع ، ص 251.

(2) - للمزيد اطلع على :

راسم محمد الجمال ، خيرت معوض عياد، ادارة العلاقات العامة المدخل الاستراتيجي ، الدار المصرية اللبنانية ، ط4، 2014.

³ راسم محمد الجمال،خيرت معوض عياد،ادارة العلاقات العامة المدخل الاستراتيجي،ص21.

1- إستراتيجية الاعلام: information

ويكون الإِتِّصال حسب هذه إستراتيجية في اتجاه واحد يعبر عن رؤى المنظمة ويحمل دلالات ذات معنى واحد. وتعمل على تقديم المعلومات الى الجماهير الأساسية لمساعدتهم في تكوين الرأي واتخاذ القرارات. وتشتترط هذه الإستراتيجية وضوح سياسة الاهداف المنظمة اضافة الى توفير مزيج من الرسائل الإِتِّصالية التي تعبر عن تلك الأهداف. وفي نفس الوقت تتطلب جمهورا مدركا يبحث عن المعلومات.

2- إستراتيجية الإقناع: Persuasion

تعد هذه الإستراتيجية من الإستراتيجيات الأساسية في إتصالات المنظمة عندما تسعى الى خلق قاعدة للعلاقات الإستراتيجية مع جماهير المنظمة الأساسية وتسعى من خلالها الى التغيير المقصود في معارف واتجاهات وسلوكيات جمهور معين وتتطلب إستراتيجية الإقناع أهداف واضحة محددة ومزيج من الرسائل الإقناعية. وعادة ما توجه الى الجمهور غير النشط، أو جمهور ضمني وتعود هذه الإستراتيجية في أساسها النظري الى النظرية المعرفية والسلوكية.

3- إستراتيجية بناء الإجماع Consensus Building

تجمع هذه الإستراتيجية بين الإِتِّصال في إتجاهين، والمضمون الإِتِّصالي الذي يعبر عن رؤى المنظمة والعاملين فيها وعادة ما تطبق هذه الإستراتيجية عندما يكون هناك تعارض بين اطراف يعتمد كل منهما على الطرف الاخر، لهذا تعمل المنظمة على خلق أرضية مشتركة بين جماهيرها تحقق الحد الأدنى من مصالح الطرفين، وتوجه عادة الى الجمهور النشط وينتج عنها تطوير في سياسات المنظمة وهي احدى إستراتيجيات الإِتِّصال التنظيمي الرئيسية في بناء علاقات إستراتيجية بين جماهير المنظمة.

4- إستراتيجية الحوار Dialogue

تجمع هذه الإستراتيجية بين الإِتِّصال في اتجاهين، والمضمون الإِتِّصالي الذي يعبر عن رؤى كل من المنظمة وجماهيرها، ويحمل دلالات تعكس وجهة نظر الطرفين، وتتضمن استشارة الجمهور في سياسات المنظمة واخذ رأيه في القضايا المختلفة بعين الاعتبار، ويتم اشراك الجمهور في صنع القرار. حيث تحرص على تنفيذ برامج المسؤولية الإجتماعية من خلال مبادئ هذه الإستراتيجية التي تعود في أساسها النظري الى الإِتِّصال الشخصي ونظرية التفاوض.

الاستراتيجية	طبيعة الإتصال	دلالات المضمون	الهدف	الجمهور	الأساس النظري
استراتيجية الاعلام	اتصال في اتجاه واحد	دلالات ذات معنى للمنظمة فقط	تشكيل الرأي تسهيل اتخاذ القرار	الجمهور المدرك	نظريات الإتصال و التأثير
استراتيجية الاقناع	اتصال في اتجاه واحد	دلالات ذات معنى للمنظمة والجمهور	تغيير المعرفة والاتجاه والسلوك	الجمهور الضمني او غير النشط	نظريات الاعلان والدعاية
استراتيجية بناء الاجماع	اتصال في اتجاهين	دلالات ذات معنى للمنظمة فقط	ارضية مشتركة تحقيق مصالح للطرفين	الجمهور النشط	نظريات تحقيق التفاوض - نظريات الإتصال التنظيمي
استراتيجية الحوار	اتصال في اتجاهين	دلالات ذات معنى للمنظمة والجمهور	الاشترك في صنع القرار وبلورة للمشكلات وسبل حلها	الجمهور المدرك والنشط	نظريات التفاوض والإتصال الشخصي

جدول رقم 01: يوضح استراتيجيات الإتصال في العلاقات العامة

المصدر¹: راسم محمدالجمال، خيرت معوض عياد، ادارة العلاقات العامة المدخل الاستراتيجي، ص 222.

¹ - راسم محمدالجمال، خيرت معوض عياد، ادارة العلاقات العامة المدخل الاستراتيجي، ص 222

■ الإستراتيجيات المنطقية:

وتقدم اطارا مفيدا لمخطط البرامج الإتصالية من اجل اقناع الجمهور بجدوى الاستجابة لتلك الخطط وخاصة عندما يكون هذا الجمهور مهتم بالقضية المطروحة، ولديها دوافع للتفكير فيها. وقد تستخدم الاستراتيجيات المنطقية بعض الاستمالات الوجدانية الايجابية لجعل الجمهور المستهدف يفكر افضل في موقفه. وتتفرع من هذه الإستراتيجيات الفرعية من أهمها: الإتساق -التصنيف -التأثير -الإستمالة.....(1)

1- إستراتيجية الإتساق:

تعتمد هذه الاستراتيجية على خلق علاقة إرتباط سلبي بين عناصر الرسالة مما يجعلها تتعارض مع المعلومات الموجدة لدى جمهورها وهذا بدوره يؤدي الى شعور الافراد بما يعرف بالتنافر المعرفي هذا التنافر يؤدي الى تضارب النظام المعرفي لدى الافراد بما يتطلب البحث عن حل لتقليل هذا التضارب، واعدة الاتساق ويستفيد مخطط الإتصال من هذه الاستراتيجية في تقديم الرسالة بطريقة تحدث تعارضا في المعارف لتقدم لهم حل يعيد لهم الاتساق.(2)

2- استراتيجية المشاركة:

وتسعى الرسالة الإتصالية في هذه الاستراتيجية الى خلق ارتباط ايجابي بين عناصر الرسالة من جانب، واتجاهات ومعتقدات المتلقين من جانب اخر ويستخدم مخطوط البرامج الإتصالية للتأكيد على وجود أرضية إتفاق بين رؤى الجمهور. وهذه الاستراتيجيات تجعل المتلقين ينظرون للمنظمة وسلوكياتها بطريقة ايجابية وينتشر استخدام هذا النوع من الإستراتيجيات خاصة في المنظمات الخدمائية وتتفق هذه الإستراتيجية كثيرا مع إستراتيجية بناء الإجماع.

3- استراتيجية التصنيف:

تستجيب هذه الاستراتيجية لرغبة الأفراد في تنظيم واقعهم في الفئات المتجانسة التي تبدو منطقية ومقنعة من وجهة نظرهم مثل جيد وسيء.... فإذا استطاع مخطط البرامج

(1) -ناصر اودية ، استراتيجيات العلاقات العامة في المؤسسة، الورسم للنشر والتوزيع ، طبعة الاولى، 2013، ص160.

(2) - احمد راسم الجمال ، مرجع سابق ، ص230.

الإِتِّصالية ان يغير طريقة نظر الجمهور الى موقف معين فإن ذلك يغير طريقة تقييم الافراد للقضايا المرتبطة بالموقف او الشخص.

4- استراتيجيَّة التأثير:

وتسعى هذه الاستراتيجيَّة الى حث المتلقين على اتباع سلوك معين دونما العمل على تغيير الاتجاه، فالحملة تسعى الى تغيير سلوك ثم تحاول تغيير الاتجاهات المرتبطة بهذا السلوك.

5- استراتيجيَّة الاستقلال:

تستعمل هذه الاستراتيجيَّة في حال تعرض المُرسِل الى منحي معين، او يتخذ مواقف تتناقض مع ما يجب ان يكون، ومن هنا تتوجه الرسالة الى مخاطبة الرغبة في الاستقلالية من خلال رسائل معينة للحصول على الدعم والمساندة.

6- استراتيجيَّة الاستمالة:

وتخاطب هذه الاستراتيجيَّة لرغبة الافراد في الاشتراك في شيء له مقابل مثير، وتخاطب حب الفضول لدى الجمهور المُستقبل للرسالة، ففي أحيان كثيرة يبدو الفعل الجاد مملا ويفضل كثيرا من الافراد المشاركة في أنشطة مثيرة. فهذه الاستراتيجيَّة تجعل من الرسالة اكثر اثارة من خلال طرح الاسئلة لاستمالة حب الفضول او حث الجمهور على المشاركة.

7- استراتيجيَّة حل المشكلة:

تكون هذه الاستراتيجيَّة من الاستراتيجيات المهمة والاكثر تأثيرا لدى الافراد المهتمين بالقضية، اوفي مرحلة الإهتمام بهم وفقا لهرم التأثير الاقناعي حيث يبحث هؤلاء الافراد عن المعلومات ويتطلعون الى التعرف عن سبل حل المشكلة المثارة.

8- الإستراتيجيَّة الغائيَّة:

تقدم هذه الاستراتيجيَّة من خلال الاعتماد على اظهار النتائج الايجابية المترتبة عن حل المشكلة وعادة ما يستخدم مخطوطو الإِتِّصال هذه الاستراتيجيَّة على اضافة الواقعية على سلوكيات المُستقبل كنتيجة تفاعلية في العمليَّة الإِتِّصالية.⁽¹⁾

(1) - احمد راسم محمد الجمال ، مرجع سابق، ص ص 230-232

9- الإستراتيجيات الوجدانية:

وتركز الاستراتيجيات على استمالات عاطفية اكثرفاعليَّة وفائدة في مخاطبة الجماهير الغير المهتمة بما هو مطروح، وأالجماهيرالتي لم تقرر وتقتنع بعد ومن اهمها: استراتيجية تقليل التوتر، التعبير، الدفاع الذاتي، التكرار، التقمص.....⁽¹⁾

10- إستراتيجية تقليل التوتر:

وتعتمد على إستخدام إستمالات التخويف حيث تحاول الرسائل الإتصالية تخويف المتلقي من النتائج السلبية المترتبة على عدم القيام بسلوكيات معينة تركز على جانين الوجداني والسلوكي وهي إحدى الإستراتيجيات المهمة لدى مخطو البرامج الإتصالية للحملات الصحية خاصة وتستعمل هذه الإستراتيجية بحذر حتى لا تأتي بنتائج عكسية تجعل المتلقي يستاء من الرسالة والقائم بالإتصال.

11- إستراتيجية التَّعبير:

تسعى هذه الاستراتيجية الى إظهار سلوك المتلقي وكأنه مرغوب من وجهة نظر المُستقبل وغير متعارض معها بمعنى ان الرسائل الإتصالية تبدو وكأنها تعبر عن وجهة نظر المتلقي. فبعض السلوكيات التي يكون لها تأثيرات ايجابية واخرى سلبية، فالمخدرات على سبيل المثال يكون لها نتائج ايجابية واخرى.

12- إستراتيجية الدفاع الذاتي:

يقوم المُستقبل بالسلوك المطلوب والاستجابة للرسالة يعنى له دفاعا عن ذاته. ويحتاج تطبيقها الى دراسات قبلية دقيقة لجعل الرسائل الإتصالية تبدو واقعية للجمهور المُستقبل.

13- إستراتيجيات التكرار:

وتعتبر هذه الاستراتيجية في البرامج الإتصالية اذا استخدمت بالتوازي مع استراتيجيات اخرى مع الاخذ بعين الإعتبار أن يكون التكرار المتنوع وبطريقة مشوقة.

14- إستراتيجية التأكيد:

وتركز هذه الاستراتيجية على رغبة الافراد في الوصول الى سلطة والمكانة ويتم استخدام هذه الاستراتيجية في القضايا التي تستحوذ على اهتمام الجمهور، وتكون نسبة الانخراط

(1) - ناصر اودية ، مرجع سابق ، ص160.

فيها عالية. وتقدم البرامج الإِتصالية التي تتبنى هذه الاستراتيجيَّة وعودا للمتلقّي برقابة وسلطة اكبر على الاخرين أوعلى مواقف وسياسات المنظمة في حال استجابته الايجابية للرسالة، وتبني الاتجاه او السلوك المقترح. ومن ثم فالرسالة تُؤكّد على الفائدة المباشرة التي تعود على المتلقّي.

15- إستراتيجية التقمص:

وتركز هذه الاستراتيجية على رغبة الافراد في تقمص دور يجعلهم مقبولين اجتماعيا يشعرون بالعتاء ورعاية الاخرين.¹

16- إستراتيجية التوحد:

وتخاطب رغبة الافراد في الشعور والاحساس الجيد بأنفسهم فالافراد عادة ما يتطلعون الى نماذج جيدة ويعتزون بتشابههم معهم وعلى ذلك يتم ايجاد ارتباط وعلاقات ايجابية بين الافكار المقترحة ورمزا او شخصية مفضلة لدى الجمهور.

17- إستراتيجية التأثير القوي:

تخاطب رأي الأغلبية او قادة الرأي ولعلها تشبه في بعض جوانبها دائرة الصمت التي التي تعتمد على خوف الافراد من العزلة لذلك ينضمون لرأي الأغلبية.²

❖ مراحل بناء الخطة الإِتصالية:

1- المشكلة:

يمتد الإِتصال من الماضي الى الحاضر، ومتجها نحو المُستقبل، و ليس للاتصال بداية أو نهاية واضحة و فاصلة، فهو جزء من حياة الإنسان، يتدفق و يتغير كما تتغير بيئته، وكما تغير الإنسان و تغير من حوله ممّن يتفاعل معهم، فالحاجات الإِتصالية للإنسان ليست ثابتة أو مستقرة، و لذلك فهي تحتاج باستمرار إلى التوافق الذي يقوم على الخبرات والتجارب السابقة و على التوقعات المُستقبليَّة، و في هذا السياق يشير " دون فابون إلى أنه ليست هناك خبرة تبدأ في لحظة معينة، و لكن هناك دائما شيئاً ما يسبقها، و أن ما يبدو حقيقة

¹ -- احمد راسم محمد الجمال ، مرجع سابق، ص ص 230-232

² -- احمد راسم محمد الجمال ، مرجع سابق، ص ص 230-232.

هو معرفتنا أو أن هناك شيء يحدث...". و هذا ما يتجسد من إنتاج الموضوعات و الأفكار والتساؤلات التي تكون مشكلات يسعى إلى حلّها و معالجتها عن طريق بثها، و يسعى إلى البحث و التنقيب عن معرفة جديدة تزيل الغموض حول مشكلته، و لكن مع كل معرفة يصل إليها تزداد حيرته، و مع ازدياد الحيرة تزداد التساؤلات، و مع التساؤلات يبدأ البحث من جديد عن مشكلات جديدة، وهكذا في حركة مستمرة، لا تعرف الثبات تبدأ الإستراتيجية الإتصالية بجمع المعلومات عن الوضع المحيط بالمشكلة و يتم جمع المعلومات و ترتيبها و تحليلها من المصادر التالية:¹

1-1- المعرفة الشخصية:

تعتبر المعرفة الشخصية أفضل مصدر للمعلومات عن المشكلة موضوع البحث.

1-2- المصادر الأولية:

عن طريق الملاحظة المسوح والعينات والاستمارة والمقابلة.

1-3- المصادر الثانوية:

هي التي يتم جمعها و تسجيلها من قبل الآخرين و تكون معظمها منشورة وموجودة في المكتبات، و يتم الحصول عليها عن طريق البحث العلمي، كالكاتب، المجالات، الصحف والنشرات، الوثائق الحكومية، مراكز الأبحاث و بنوك المعلومات.

1-3- تحليل طبيعة المشكلة:

وتحليل طبيعة المشكلة يتضمن معرفة ما يلي:

حجم المشكلة، أسباب المشكلة، الجمهور الذي يتأثر بالمشكلة، العوائق التي تواجه المشكلة، البدائل المختلفة لحل المشكلة و تقييم الحلول المختلفة⁽²⁾.

¹ - La stratégie de communication ، <http://Fr.wikipedia.org/wiki/stratégiedecomunication>

⁽²⁾ - <http://www.makalaty.com> / يوم 24/02/2020 الساعة 11:20.

1-4- ذكر الحلول الممكنة:

حل المشكلة يعتمد بشكل أساسي على نوعية المعلومات المتوفرة عن أسبابها و حجمها و فئة الجمهور المستهدف الذي يتناولها. واختيار أفضل الحلول وتطبيقها، بالإضافة إلى تحديد ميزانية الحملة.¹

2- الأهداف:

يقصد بالهدف الغاية التي تسعى الإستراتيجية الإتصالية لتحقيقها، أي لماذا يوجه القائم بالإِتصال رسائل و مضامين اتصالية لجمهور مستهدف؟ وما الفائدة التي تحققها هذه الإستراتيجية للمؤسسة أو المنظمة؟ وتكمن أهمية تحديد الأهداف مع بداية الخطة في توجيه جهود القائم بالإِتصال نحو غاية مقصودة، فلا تكون جهودا مشتتة، كما يشترط في الأهداف أن تكون واقعية إجرائية قابلة للتحقيق في مدة زمنية محددة أيضا، ويوجد نموذج مشهور في الإِتصال يحدد بصورة منهجية خطوات تحديد الأهداف، وهو نموذج AIDA لايلمو لويس ELmo Lewis، يحتوي على ثلاثة مراحل أساسية هي⁽²⁾:

- جعل الجمهور المستهدف يتعرف على المؤسسة أو علامتها التجارية، و ذلك من خلال إثارة انتباهه بوجود المؤسسة.
- جعل الجمهور المستهدف يحب المؤسسة و يتعلق بها.
- جعل الجمهور المستهدف يتحرك ويسلك سلوكا ايجابيا تجاه المؤسسة، و ذلك من خلال اتخاذ قرار الشراء مثلا.

3- الجمهور المستهدف:

بعد القيام بتحديد المشكلة والأهداف جاء دور تحديد الجمهور المستهدف ونقصد هنا تحديد الجمهور الذي سوف يتأثر بخطة الإِتصال، و بالرغم من البساطة، التي تبدو في هذا المصطلح إلا أن الواقع الفعلي غير ذلك، فليس من السهولة دائما تحديد الجمهور، لدرجة يمكن القول أن الجمهور يتميز بالديناميكية، وكل قضية تخلق جمهور خاص بها⁽³⁾.

¹- La stratégie de communication ، <http://Fr.wikipedia.org/wiki/stratégiedecomunication>

⁽²⁾La stratégie de communication ، <http://Fr.wikipedia.org/wiki/stratégiedecomunication> .

⁽³⁾ - عبد العزيز محمد النجار ، العلاقات العامة مدخل بيئي، الإسكندرية، المكتب العربي الحديث، 1993، ص 151.

3-1- تعريف الجمهور المستهدف:

يعتبر الجمهور المستهدف عنصر أساسي لتخطيط عملية الإتصال، فهو يمثل مجموعة الأفراد أو الجماعات المتجانسة التي توجه إليها الرسائل الإتصالية، كما أن تحديد هذا الجمهور يعتبر ذو أهمية كبيرة، فيمكن أن يختلف حسب الموضوع المحدد، وكلما اتسع نطاق الأهداف، زاد عدد الجمهور المستهدف، و تعتبر هذه المرحلة مهمة جدًا في إستراتيجية الإتصال، لأنها توفر الكثير من النفقات بالتركيز على الجماهير التي تتعلق بتلك الأهداف فقط، فهي لا توجه رسائلها الإتصالية إلى كافة الجماهير، وبهذا فتحدد الجمهور يساهم في خفض التكاليف، وزيادة فاعلية وسائل الإتصال إلى جانب توفير الوقت بالنسبة للمنظمة، وعند تحديد الجمهور وطبيعته، وجب على المنظمة مراعاة الأمور التالية:

- توفير بيانات عن خصائص هذه الجماهير، من حيث السن، التوزيع الجغرافي، المستوى الثقافي والتعليمي، الإجتماعي والمهني.
- التوازن بين مصالح الجماهير المتضاربة.
- ضرورة أن تكون المنظمة على علم بالاختلافات الموجودة في الأفكار والانفعالات والعواطف.
- الأخذ بعين الاعتبار التغيرات الحاصلة في بيئة المنظمة.
- تبسيط الأهداف المباشرة من أجل استيعاب الجمهور لها.

3-1-1- أنواع الجماهير:

يمكن أن يكون الجمهور مباشر أو غير مباشر، أولي أو ثانوي، داخلي أو خارجي.

• الجمهور الداخلي و الخارجي:

- أ- **الجمهور الداخلي:** هو جمهور المنظمة ويشمل مجلس الإدارة، العمال، حملة الأسهم، فهذا الجمهور له مصالح ترتبط ارتباطا وثيقا بالمنظمة.
- ب- **الجمهور الخارجي:** ويقصد به سكان المنطقة التي تتواجد فيها المنظمة، والجمهور الكلي الذي يكون مجتمعا محليًا أو المجتمع بأسره⁽¹⁾.

(1) - عبد العزيز محمد النجار، مرجع سابق، ص 204.

• الجمهور المباشر وغير المباشر:

أ- **الجمهور المباشر:** الجمهور الذي يعرض مباشرة لوسائل الإِتِّصَال وممثليه.

ب- **الجمهور غير المباشر:** هو ذلك الجمهور الذي يعرض بنحو غير مباشر لوسائل الإِتِّصَال.

لما ينظم الجمهور يصبح من الممكن تحديد مجموعات المُستقبِلين وفق مبادئ متفرعة "Arborexene"، فمثلا يمكن تشكيل جمهور الإِطارات إلى مؤطرين، مؤطرات، مسيرين، أو إلى إِطارات تجارية، إِطارات مالية، إدارية، مهندسون والشكل التالي يبين كيفية تقسيم هذا الجمهور

4- اختيار الوسائل:

تحتل الوسائل مكانة هامة بين عناصر الإِتِّصَال الأخرى، باعتبارها القناة التي يتم بها تبليغ رسالة معينة إلى الجمهور المستهدف لتحقيق أهداف الإِتِّصَال...، و لهذا فالتعرف على الوسيلة و معرفة إمكانياتها و خصائصها واستخداماتها، يعد أحد الجوانب الإستراتيجية التي تهم أي مسؤول عن عمليَّة الإِتِّصَال.

• الوسائل الكتابية والتكنولوجية للاتصال:

- الرسائل الكتابية:

هذه الوسائل تسمح للمعلومة أن تكون مدونة مكتوبة وهي تأخذ عدة أشكال:

✓ جريدة المنظمة Le journal d'organisation⁽¹⁾:

وهي تشتمل على العناصر الرئيسية للاتصال الداخلي، تعتبر وسيلة دقيقة، هدفها إعطاء الإحساس للعاملين بالانتماء للمنظمة، بالإضافة إلى تشجيع روح التعاون. تسمح بالتوضيح للعمال الفلسفة التي تقوم عليها المنظمة، مشاريعها، إنجازاتها، كما تسمح هذه الجريدة للمنظمة و للقائمين عليها بعرض دور كل قسم في المنظمة، و حدود مهمته، و كذلك مهمة و دور كل فرد، بالإضافة إلى وصف الأحداث الخارجية التي تقوم بها المنظمة (الملتقيات الصحفية، اجتماعات للمناقشة، النتائج التي تحقها الفرق الرياضية الممولة من طرف المنظمة..)، و يمكن أن تكون هذه الجرائد شهرية، أربيع شهرية، أو سنوية، و هي تشتمل على كل أنواع الرسائل:

(1) Jean Pierre Lehnish ، La communication d'entreprise ، édition de Tell ، 2003 ، Paris ، P: 52.

- رسائل ذات خاصية التكوين (التكوين العام أو التقني).
 - معلومات عامة، معلومات إجتماعيَّة أو قانونية.
 - الإعلانات الصغيرة، التحقيقات الإدارية.
- و يمكن إعداد هذه الجريدة إمَّا داخل أو خارج المنظمة: الجهات الخارجية عن طرق لجنة التحرير.

✓ لوحة الإعلانات Le tableau d'affichage: (1)

هدفها التحويل السريع للرسائل الموجزة والموجهة لمجموعة الأفراد، و متواجدة في الأماكن الضرورية و الملائمة الإِتِّصال مثلا (مدخل المنظمة، الجدار المقابل للمصعد، المطعم) تحمل هذه الرسائل قرارات جديدة للمنظمة، أهداف أو نتائج شهرية أو سنوية، عرض لائحة العمال الجدد.

✓ التقارير Les rapports:

في إطار الحياة المهنية تعتبر التقارير وسيلة ممتازة للاتصال الداخلي، و هدفه دراسة معمقة من أجل تحضير قرار من طرف المسؤولين وتعتبر الوسيلة الأكثر فاعليَّة للاتصالات الرسمية، ويتم التعليق عليها بالاقتراحات من قبل المنفذين، كما نجد أن هذه التقارير تتكون من خمسة عناصر: المقدمة، عرض، المشكل، الحلول الممكنة، و الأساليب المختلفة لعرضه بنوع التقرير المطلوب و هدفه لذلك نجد(2):

أ- التقارير الإخبارية:

وتتضمن عرضا للمعلومات والبيانات الخاصة بموضوع معين عرضا تحليليا، دون محاولة تقديم اقتراحات أو وجهات نظر معينة بما يتعلق بالمعلومات أو البيانات التي يتضمنها التقرير.

ب- التقارير التحليلية:

و هي الموافقة لعرض موقف أو مشكلة معينة مع عرض وتحليل جوانب الموقف وتقديم اقتراحات بشأنها.

(1) Jean-Pierre Lehnish ، op.cit ، P : 54.

(2) حجاب محمد منير، وهبي سحر محمد، المدخل الأساسي للعلاقات العامة "مدخل سلوكي"، القاهرة، دار الفجر للنشر و التوزيع، 1995، ص 157.

ج- التقارير السنوية:

و تتضمن شرحًا و توضيحًا لجميع أعمال المنظمة و الهيئة طوال السنة.

د- التقارير الدورية:

وهي تقارير تعد كل فترة زمنية معينة شهرا أو عدة أشهر. بالإضافة إلى التقارير الإحصائية، الإدارية، التفسيرية.

• الوسائل التكنولوجية:

للسائل التقنية الحديثة في مجال الإعلام والإِتصال دورا كبيرا سواء من ناحية كونها أدوات جمع و تخزين، و معالجة المعلومات التي تمتاز اليوم بكثرتها نظرا للتغيرات المتسارعة والمتجددة التي يشهدها المحيط الداخلي والخارجي للمؤسسة، من بين هذه الوسائل نجد:

✓ الإنترنت Internet:

✓ هي شبكة خاصة بالمنظمة، تستعمل التكنولوجيا الحديثة للانترنت، مثل البريد الإلكتروني، شبكات البحث... فهي تقوم بالتزويد بالمعلومات في الحين (عقود جديدة، فتح مواقع، مجلات الصحافة...) و كذلك المعلومات التجارية (تقديم المنتجات) و من فوائد هذه الشبكة:

- السرعة التي تضمنها في تبادل المعلومات.

✓ البريد الإلكتروني:

نوع جديد للاتصال، يتميز بالإعلام السريع، و يسمح بالتبادل، و صعود المعلومات، بالإضافة لتكلفته البسيطة، و يسمح بالاستغناء على العديد من الوسائل الأخرى كالهاتف والفاكس وغيرها من الوسائل الأخرى⁽¹⁾.

(1) - شريط حورية، مكانة الإِتصال الداخلي في المؤسسة العمومية الإقتصادية، رسالة ماجستير، الجزائر، كلية الآداب و اللغات، قسم الإعلام والإِتصال، 2000، ص، 159.

• الوسائل الشفهية والسمعية البصرية:

- الوسائل الشفهية:

- تتصف هذه الوسائل بالسرعة و التفاعل التام و تمثل في الوقت الحالي مركزاً بارزاً في الفكر الإداري، باعتبار أن العلاقات الإنسانية والسلوكية تشجع على ضرورة التفاهم عن طريق الإتصال المباشر وهي تأخذ عدة أشكال من بينها:

✓ الاجتماعات Les réunions:

- تقدم الاجتماعات دوراً هاماً في مختلف الجماعات والمنظمات الإنسانية، والاجتماعات على كافة صورها وأشكالها تتمثل في عدد من الأفراد يجتمعون سوياً بهدف مناقشة و دراسة موضوع معين أو لحل مشكلة معينة واتخاذ قرار بشأنها⁽¹⁾.
- و يمكن تقسيم أنواع الاجتماعات حسب نمط إدارتها و حسب النمط القيادي لرئيس الاجتماع:⁽²⁾

أ- الاجتماعات الأوتوقراطية:

- وهي لا تعتبر اجتماعاً بالمعنى التقليدي لها، وإنما هي الأقرب لأن تكون عملية عرض بيانات أو معلومات على الحاضرين، حيث يقوم رئيس الاجتماع بالعرض على الحاضرين، ويتخذ في ذلك مكاناً منفرداً، يكون في مواجهة المشاركين، وتتضح أهمية الاجتماعات الأوتوقراطية في الحالات التالية:

- عندما لا يكون هنالك متسع من الوقت للمشاركة من جميع الأعضاء.
- عندما لا تتوافر للمشاركين المعلومات الكافية عن موضوع معين.

ب- الاجتماعات لطلب الرأي أو المشورة:

- يقوم رئيس الاجتماع في هذا النوع من الاجتماعات بعرض المشكلة المطلوب اتخاذ قرار بشأنها، ويطلب من الأعضاء إبداء آرائهم حول حلّ المشكلة، ولكنه يحتفظ في النهاية بسلطة اتخاذ القرار.

(1) -خيري خليل الجميلي، الإتصال و وسائله في المجتمع الحديث، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2001، ص، 121

(2) - أحمد ماهر، السلوك التنظيمي "مدخل بناء المهارات"، ط7، الدار الجامعية للنشر و التوزيع، مصر، 2003، ص، 172.

ج- الاجتماعات الديمقراطية:

يكون اتخاذ القرار في مثل هذه الاجتماعات متاحة لجميع المشاركين، و يكون لكل عضو حق في التموين على القرار المتخذ، و تنحصر مهمة الرئيس في مثل هذا النوع من الاجتماعات في السيطرة على مجريات الأمور، و التفاعلات بين الأعضاء و يكون له سلطة إبداء الرأي في القرار مثله مثل باقي الأعضاء.

ويمكن إيجاد أنواع أخرى للاجتماعات مثل: الاجتماعات الدورية، الاجتماعات السنوية، الاجتماعات الخاصة، الاجتماعات العامة،... الخ.

✓ اللجان:

هي شكل متخصص من جماعات العمل، و تعقد بصفة رسمية لتناول موضوعات معقدة أو متخصصة، أو مطلوبة على وجه السرعة أو فيها مخاطرة، إذا تم اتخاذ القرار من خلال فرد واحد، ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

اللجان الدائمة، لجان المهام الخاصة، اللجان التمهيدية.

✓ المقابلات:

تعتبر المقابلات إحدى وسائل الإِتصال الشخصية المباشرة و المهمة،... حيث يتم من خلالها المواجهة بين اثنين أو أكثر ويدور بينهما حديث أو نقاش حول موضوع، أو مسألة أو مشكلة لتحقيق هدف أو غرض معين⁽¹⁾. و المقابلات أنواع:

- مقابلات الاختيار.

- مقابلات النصح و الإرشاد.

- مقابلات تقييم الأداء.

✓ الهاتف:

هو الوسيلة الأكثر استعمالاً و انتشاراً داخل مؤسسة أو منظمة، نظراً لميزتها التي تسمح بتبادل الآراء بسرعة، حيث أن الرد يكون مباشراً.

(1) - خيري خليل الجميلي، مرجع سبق ذكره، ص: 159.

✓ المناقشات والمحادثات المباشرة:

و تعد هذه الوسيلة من الأساليب الهامة في مجال اتصال المستويات الإدارية العليا بالمرؤوسين، فيتم في أغلب الأحوال من جانب الإدارة عند صدور بعض القرارات وترسلها كرسالة إلى المشرفين وتترك لهم مهمة تفسير هذه القرارات، ويكون الإِتِّصال الفعال جيِّد في حالة العلاقة الطيبة بين المشرفين والمرؤوسين، فتدور المناقشات بروح ديمقراطية وتؤدي فعاليتها في مهمة التعليمات والقرارات و كيفية تنفيذها وجدوى ذلك في تحقيق أهداف المنظمة⁽¹⁾.

✓ سياسة الأبواب المفتوحة:

تعد من أهم الوسائل المساعدة على تنمية الروح المعنوية العالية وإيجاد التعاون الكامل بين العاملين والإدارة... وغالبا ما تتجه إلى هذا الأسلوب القيادة الديمقراطية حيث أن الرئيس يستمع للمرؤوسين بدون أي قيود، والباب المفتوح للجميع دون تخصيص.

• الوسائل السمعية البصرية:

الهدف منها توجيه الأفراد أو إثارة اهتمامهم حول موضوع معين: الأمن، النوعية، البيئة، لكن تتميز بتكلفتها العالية و من بين هذه الوسائل نجد:

✓ فيلم المنظمة:

يعتبر في غالب الأحيان كوسيلة ممتازة للاتصال الداخلي، و لكنها لا تكون متكيفة مع الظروف، و لكن تأثيرها محدود، و تبقى الأفلام غالبا حبيسة الأدرج بعد أيام من انجازها، و يرجع ذلك إما لعدم قدرتها على حل مشكل الإِتِّصال القائم، وإما أنها لا تتلاءم وحاجيات وطموحات الجمهور الموجه له.

✓ المعارض و المهرجانات والتظاهرات الثقافية:

و تعتبر من أحسن الوسائل في توصيل رسالة المنظمة إلى أكبر عدد من الجمهور إذا أحسن تحديد الهدف منها، و نفذت بطريقة جيدة.

(1) - شريط حورية، مرجع سابق، ص 160.

✓ **الملصقات:**

تعتبر من وسائل الإِتِّصال البصرية الهامة في عمليَّة التوعية والإرشاد ولكنها يجب أن تكون إلى جانب جزء من برنامج أو خطة إرشادية منظمة.

✓ **مجلات الحائط:**

تعتبر من أهم الوسائل الإِتِّصالية التي تضم مجموعة من الأفكار والمعلومات لبلورتها وتكسيروها لدى العمال.⁽¹⁾

و تضم مجلة الحائط معلومات وأخبار وإرشادات وتوجيهات تتهم العاملين بالمؤسسة و غالباً ما تكون المجلة موجهة إلى الأعضاء أو العاملين داخل المؤسسة أكثر من اهتمامها بالجمهور الخارجي...

✓ **رسالة إلى العمال:**

و هي عبارة عن وثيقة موقعة من طرف المدير موجهة إلى العمال وتأتي مناسبة لحدث في حياة المنظمة.

✓ **المؤتمر الصحفي:**

أول ما ينبغي أن يقرره القائم بالإِتِّصال بهذا الشأن، هو هل هناك ما يستدعي لعقد هذا المؤتمر؟ إذا أرادت المؤسسة تعريف الجمهور بنشاطها و سياستها، أو إطلاع الرأي العام على معلومات جوهرية فإن المؤتمر الصحفي مهم جداً. و يعقد المؤتمر في الحالات التالية:

* حالة الإعلان عن أنباء هامة و يصعب تناولها كلها في البيان الصحفي.

* ضرورة الرد على تساؤلات تثار في وسائل الإعلام و تدور في أوساط الرأي العام حول موضوع متعلق بالمؤسسة كتقليص ساعات العمل، و الاستغناء عن عدد من العمال، و هناك أنواع مختلفة للمؤتمرات نذكرها:

* المؤتمر الصحفي الدفاعي (في حالة وجود أزمة تتعرض لها المؤسسة).

* المؤتمر الصحفي الفوري (بعد وقوع الحدث مباشرة).

* المؤتمر الصحفي المنظم (و يتم عقده بشكل دوري).

(1) - حسين عبد الحميد أحمد رشوان، العلاقات العامة و الإعلام من منظور علم الاجتماع، ط4، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003، ص 229.

5- تصميم الرسالة:

و تعتبر من أهم العوامل التي تؤخذ في الحساب أثناء وضع الإستراتيجية، و تتضمن الأهداف العامة للعمل الإتصالي، الذي يتطلب قدرة عالية على الإبداع لأجل وضع إستراتيجية مركزة في شكل سهل وهادف إلى التأثير القوي، وهو يتعلق مباشرة بخصوصيات كل مؤسسة وأهدافها العامة⁽¹⁾.

فالإتصال في المنظمة يستند على الرسائل التي تزود بها المديرية وكل العاملين بها، وتمثل هيكل لخطابات المنظمة، حيث كل خطاب للمنظمة لا بد أن تكون الرسالة مرجعا له من أجل زيادة الفاعلية وتجنب عدم الانسجام، وصياغتها يجب أن تنجز بإمعان لجعل المحتوى مضبوط ومنظم، وهذا مهما كانت مهمتها أو الجمهور الموجهة إليه، لأنها تشكل المركز بالنسبة لخطابات المنظمة من أجل الوصول إلى أحسن صورة، وأحسن مكانة وكما يجب أن تتماشى الرسالة و أهداف الإتصال التي تم تحديدها من قبل⁽²⁾.

فللرسالة دورا هاما في بناء الإستراتيجية، لأنه بمعرفة نوع النشاط الذي تمارسه المؤسسة، وبالوقوف على مكانتها السوقية، وبتحقيق حاجات الأطراف ذات المصلحة يمكن للمؤسسة أن يكون لديها فكريا إستراتيجيا ناتجا عن الدور القيادي الذي يمارسه مديرها باعتباره صانعا للإستراتيجية.

✓ أسلوب إعداد رسالة المؤسسة:

لا بد من توفير الوقت اللازم لإعداد رسالة المنظمة، ولا يكون ذلك إلا بالوقوف على الأسئلة التالية والإجابة عليها:

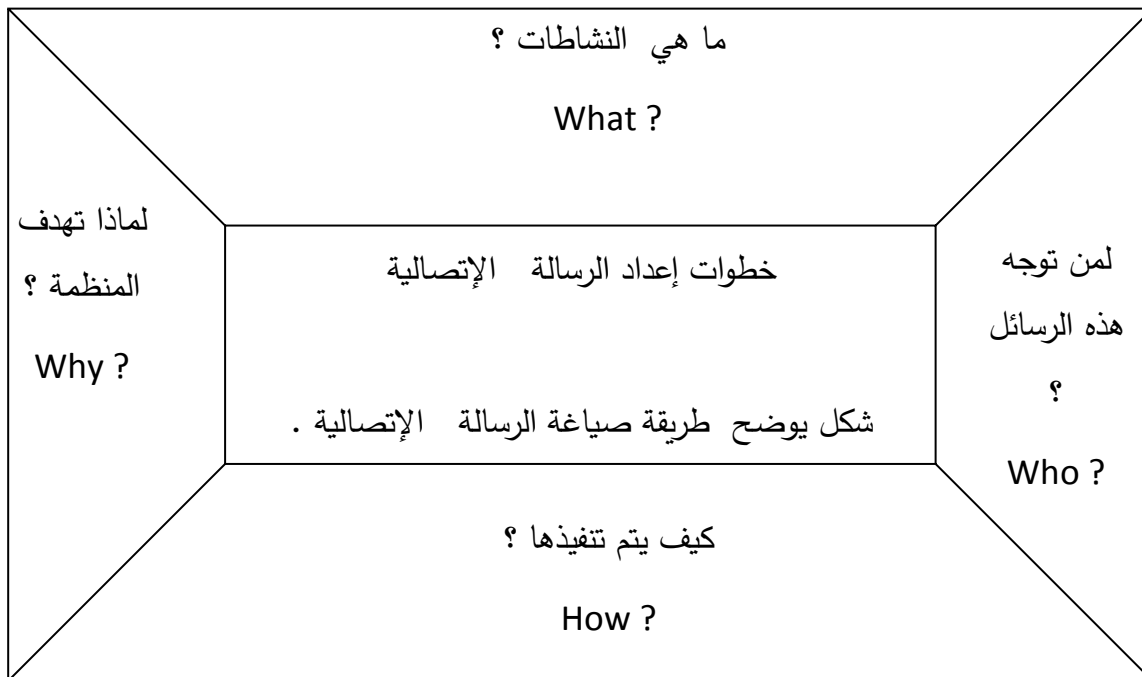
- ماذا؟ (What ?) :
- أو بصيغة أخرى ما هو نشاط المؤسسة؟ ويتم ذلك بمعرفة الحاجات التي تريد المؤسسة إشباعها، فلا يحدد مجال النشاط على أساس السلع المقدمة و إنما يكون على أساس الحاجات الواجب إشباعها.

(1) – Dominique Beau ، Sylvain Dandel ، Stratégie d'entreprise et communication dunod ، 1992 ، P : 95.

(2) –Therry Libeart ، Le plan de communication ، op.cit. P : 127-128.

- من؟ (Who ?):
- أو بعبارة أخرى، لمن يوجه هذا النشاط؟ ذلك بالوقوف على المجتمع المستهدف، فأسلوب إعداد الرسالة يجب أن يحدد بدقة القطاع السوقي الَّذِي توجه إليه وخدمات المؤسسة.
- كيف؟ (How ?):
- أو كيف يتم تأدية هذا النشاط؟ إذ يتم ذلك بتحديد الأسلوب الَّذِي تنتهجه المؤسسة لتحقيق أهدافها المسطرة، أو معرفة الطرق المختلفة لإيصال منتجاتها أو خدماتها لجمهورها.
- لماذا؟ (Why ?):
- أو بصياغة أخرى، ما الغرض من وجود المؤسسة؟ و يكون ذلك بالوقوف على الغرض الأساسي من وجود المؤسسة، ففي أسلوب إعداد الرسالة لا بد من الإشارة إلى سبب وجود المؤسسة.

و يمكن اختصار ما سبق في الشكل رقم 04:



6- الميزانية:

هي وثيقة تحتوي على جميع الإيرادات المحددة و النفقات المرخص بصرفها لسنة مالية محددة، من 01 جانفي إلى 31 ديسمبر - تنجز كمشروع يدرج فيه جميع الإيرادات المتوقع تحصيلها بناءً على مقررات إدارية بحيث تكون مفصلة وموزعة على مختلف أبواب الميزانية.

أما الشق الثاني، فمخصص للنفقات المسموح بصرفها وهي الأخرى تكون موزعة على مختلف الأبواب والبند والفقرات.

• تحديد حجم النفقات:

من الضروري تحديد حجم النفقات المادية التي يتطلبها برنامج الإتصال، فكل منظمة تعد خطة اتصال داخلي عليها التفكير سنويا في برنامج نشاطها من خلال إعداد ميزانيتها، و هذا ما يظهر كعنصر محرك لخطة العمل السنوي⁽¹⁾. لذلك فالميزانية التقديرية للاتصال عبارة عن تعبير رقمي لنشاط الإتصال المُستقبلي في المنظمة على المدى القريب، المتوسط أو البعيد.

و من خصائص ميزانية الإتصال أنها:

* مكملة Etre complété:

دمج كل النفقات المشتركة في العملية، هذه النفقات يمكنها أن تخص اليد العاملة، اقتناء آلات جديد (التكنولوجيا الجديدة للاتصال و المعلومات).

* منزلقة Etre gisante:

الظهور المفاجئ لقوانين جديدة، أزمات جديدة تتعرض لها المنظمة، عنصر لم يدرج في إستراتيجية الإتصال للفترة الطويلة، كلها عوامل تجعل المنظمة تبرمج احتياطي مالي لحالات طارئة.

و هذا ما يدل على أنها قابلة للتعديل بصورة مستمرة تبعا للتغيرات الحاصلة في بيئة المنظمة، و لذلك نجد أن الإتصال في المؤسسة يتعامل مع واقع مزدوج، وهو ما يعرف بواقع الطوارئ⁽²⁾. الذي يتولد عن بعض الأحداث غير المتوقعة التي قد تعرفها المنظمة، وواقع مسيرممكن التحكم فيه، لهذا الغرض وجب على الإتصال أن يكون مستعدا لمواجهة هذه التغيرات والتعامل معها بطريقة ذكية من أجل الحفاظ على استقرار المنظمة وقوة خطابها الداخلي والخارجي....، ما يجعلها تحافظ على مصداقيتها في الوسط البيئي.

بعض المنظمات تقوم بإعداد الميزانية على أساس التغيرات في رقم أعمالها، بينما منظمات أخرى فإنها تعدها وفق تغيرات أهدافها، وهذه الطريقة هي الأفضل لأن شح الإمكانيات في المنظمة قد يؤدي إلى عدم تلبية الأهداف الموجودة من الإتصال.

(1) Therry Libeart ، Plan de communication ، op.cit ، P : 159.

(2) بن لعلام اسمهان، الإتصال الداخلي وتسيير المؤسسة، رسالة ماجستير، الجزائر، كلية العلوم السياسية والإعلام، 2001، ص 62.

كما أن ضعف تمويل إستراتيجية الإِتِّصال يمكن أن يحد من فعاليتها، كما أنه يصعب في بعض الأحيان تقييم ميزانية الإِتِّصال لأنها تكون مندرجة ضمن تكلفة الإِتِّصال ككل.

7- الجدولة الزمنية:

هي ترتيب الأولويات تنفيذ عملية معينة عبرفترة زمنية لإنجاز مهمة أو مهام معددة مع تحديد أزمنة الأداء وتوقيت البدء والانتهاؤ للعمليات وتسمى برزنامة الإِتِّصال.

- إن إعداد رزنامة الإِتِّصال يهدف إلى:

* ينمي مرئية كل نشاطات الإِتِّصال.

* تدعيم التنسيق داخل النشاطات.

و من الأمور التي يجب أخذها في الحساب عند إعداد هذه الرزنامة نجد⁽¹⁾:

أ- المتطلبات الداخلية:

- في الوقت الأقصى للنشاطات، توفرالمصدرين للرسائل، وتوفرقنوات بثها والمُستقبلين لها، والتماسك بين مختلف الدعائم الداخلية، الأحداث الداخلية.

ب- المتطلبات الخارجية:

- وهي متعلقة بالمتطلبات التقنية، وفترات الإدراك أوالفهم، التحقق الفعلي، البث.

ج- المتطلبات الحالية:

- ما تتطلبه حملات الإِتِّصال الخارجي،الوضع الحالي لقطاع النشاط، نتائج المنظمة، والجوالإجتماعي الداخلي.

8- المتابعة و التقييم:

يعتبر تقييم خطة الإِتِّصال مسألة ضرورية لسببين أولهما:

لتحديد ماهي الأنشطة الإتصالية التي حققت الغرض منها، و إلى أي مدى تم هذا؟ و ثانيهما: لتقييم الوقت والإمكانيات المستثمرة في مثل هذه الأنشطة.

في حين عرفت المراجعة أو التقييم بأنها عملية تقييم إجمالي لبيئة المؤسسة وإمكانياتها وقدراتها ولأهدافها وإستراتيجياتها. فهي تقيس مدى مضي المؤسسة في الطريق الصحيح وإن لم تكن فأين

⁽¹⁾Marie-France lebel ، organiser la communication interne ، Ed d'organisation ، Paris ، 1988 ، P : 22

ينبغي أن توجه الإهتمامات، بحيث تتم بصفة دائمة و منتظمة بهدف الكشف عن مواطن الضعف والخلل في النواحي الإستراتيجية، ومحاولة تصحيحها و تصويبها نحو الأهداف الموجودة، حيث تمثل الخطوة الأخيرة من مراحل الإدارة الإستراتيجية بحيث توضع لمواجهة وتعديل المُستقبل والذي يتميز بوجود عوامل داخلية وخارجية تتغير باستمرار، فتخضع كل الإستراتيجيات لعملية التقييم لمعرفة مدى تناسبها مع التغيرات التي تحدث في البيئة، و التأكد من أن الأهداف المسطرة في الإستراتيجية مطابقة لما حدث في الواقع العملي لها، فهي بذلك توفر العديد من المعلومات التي تظهر نقاط القوة والضعف في التنفيذ قصد معالجتها ومنع تكرار حدوثها.

و لهذا يمكن القول أن إعداد الإستراتيجية و تنفيذها يصبحان بلا جدوى إذا حدثت تغيرات في العوامل الداخلية أو الخارجية، فباعتبار المتابعة أو الرقابة وظيفة إدارية تهدف إلى التأكد من تحقيق الأهداف حسب الخطة الموضوعة في المؤسسة، وذلك بمتابعة تنفيذها ومقارنة النتائج الفعلية بالمتوقعة واستخدام هذه المقارنة في وضع الخطط للمستقبل⁽¹⁾.

رابعاً - الإتصال التنظيمي: أهميته وأبرز معوقاته

الإتصال التنظيمي أحد أبرز العمليات الرئيسة والحيوية في بناء علاقات إنسانية داخل التنظيم فمن خلاله فقط تستطيع المؤسسة ان تتطور وتستمر من خلال تبنيتها لمنظومة إتصالية تعمل على تعزيز الثقة مع المتعاملين معها والفاعلين فيها خاصة وان الإتصال التنظيمي يسعى الى تحقيق النجاح الاداري و الفاعلية التنظيمية ويمكن تلخيص أهمية الإتصال التنظيمي فيما يلي :

- 1- الإتصال ضروري لنقل البيانات والمعلومات والإحصاءات والمفاهيم التي تبنى عليها القرارات داخل التنظيم .
- 2- يعمل على الربط والتنسيق بين أهداف المنظمة والافراد والجماعات .
- 3- يقدم الإتصال دورهام في توجيهه وتغيير السلوك الفردي والجماعي للأفراد العاملين في المنظمة.⁽²⁾

(1) - شوقي ناجي جواد، إدارة الأعمال منظور كلي، دار الحامد للنشر، عمان، الأردن، 2000، ص 384.

(2) - علي عياصرة، محمود العوده الفاضل، الإتصال الاداري و أساليب القيادة الإدارية في المؤسسات التربوية، دار حامد للنشر و التوزيع، 2006، ص 27.

أهداف الإتّصال التنظيمي:

- يسمح الإتّصال التنظيمي بتحقيق عديد الأهداف التي يمكن الإشارة الى بعضها فيما يلي:
- اطلاع المرؤوسين وجميع الافراد في التنظيم على الأهداف والسياسات والبرامج وكل ما يتعلق بالتنظيم وهذا لجعل إمكانية تحقق أهداف التنظيم العالية.
- الإتّصال وسيلة للتعريف بغرض من التعليمات والقوانين في المنظمة .
- يسعى الى تحقيق غاية مفادها تسهيل عملية إتخاذ القرارات عن طريق توفير المعلومات اللازمة للأفراد والجماعات داخل مكان العمل .
- يهدف الى تحقيق التنسيق بين الأفعال والتصرفات فغياب الإتّصال يجعل من المؤسسة عبارة عن جملة من الموظفين الذين يعملون منفصلين عن بعضهم البعض.(1)
- متابعة انجاز وتقييم الأداء على المستوى الجماعي والفردي.
- المساهمة في تدعيم العلاقات الانسانية في العمل وتقديم نموذج جيد في تلقي وإبلاغ الاخبار والموضوعات ذات الروح الإجماعية بالنسبة لجماعات العمل .
- يساعد الإتّصال في التنظيمات على التنسيق بين الوحدات والاقسام في البناء الكلي للتنظيم من اجل احداث التكامل والتوازن والانتظام في الوحدات كمطلب أساسي لتحقيق الأهداف المحددة، وأيضا يتغلغل في جميع وظائف وأنشطة المنظمة.
- الرد على كل الاستفسارات والتساؤلات والمقترحات المرفوعة الى القيادة بطريقة فعالة وناجحة، مع التصريح بقبول تقديم الشكاوي الموضوعية مع تحديد احتياجات التنظيم وجماعات العمل.(2)

وسائل الإتّصال التنظيمي:

وهي وسائل مختلفة وكثيرة لكل منها دور في إيصال المعلومة او نشرها داخل التنظيم ،لكن استعمال أي منها يعود الى الظروف المتاحة داخل المنظمة ويعود هذا التعدد الى تنوع المادة المنقولة اضافة الى تعدد وسائل الإتّصال في العصرالراهن ونذكر منها عموما وسائل الإتّصال اللفظية بما فيها من (المقابلات -الاجتماعات -المؤتمرات - الندوات)، ووسائل كتابية مثل: (لوحة الاعلانات - المذكرات -التقارير -النشرات الدورية-الكتيبات -الفاكس -الشكاوي -ملمصقات)، اضافة الى وسائل

(1) -فضيل دليو، إتصال المؤسسة ، مخبر علم الاجتماع الإتصال ، جامعة منتوري ،الجزائر ،2003،ص87.

(2) -فضيل دليو ،نفس المرجع السابق ، ص 89

الإِتِّصال الغير لفظي مثل: الاشارات والحركات والأشياء... وكذلك وسائل الإِتِّصال الالكترونية ومن بينها الانترنت و البريد الالكتروني (1).

ومن ابرزها عموماً:

- ✓ إِتِّصال شخصي
- ✓ ندوات ومحاضرات
- ✓ لجان إستشارية
- ✓ دراسات مسحية
- ✓ تحليل ما تنشره وسائل الإعلام
- وهناك وسائل تستخدمها المؤسسات كـمخرجات :
- ✓ إِتِّصال الوجاهي
- ✓ الهاتف
- ✓ برقية برقيات فاكس وفاكس
- ✓ رسائل وبريد إلكتروني
- ✓ وسائل الإِتِّصال الجماهيري

👉 - معوقات الإِتِّصال في القطاع الصحي العمومي بالجزائر:

إنَّ الإِتِّصال عملية إجتماعية تفاعلية تقوم وتَعتمدُ إعتِماً كبيراً في حُدوثها على المُشاركة في المعاني بَيْنَ المَصْدَر (المُرْسِل)، والمُسْتَقْبِل، وحينَما نَقُولُ أَننا نمارِس الإِتِّصال بواسطة الرُّموز، يَكُونُ الهدفُ مِنْ ذلك إنتاجَ معانٍ لَدَى المُسْتَقْبِلِ تَمَّائِلُ مع المعاني التي أَرْسَلها المَصْدَرُ إليه أو العَكْس، وبقَّة التَّمائِل تُؤدِّي إلى حُدوث الإِتِّصال النَّاجح والفَعَال بَيْنَ طرفي عملية الإِتِّصال، بالإضافة إلى ذلك يَتَوَقَّفُ النَّجاح في العمليَّات الإِتِّصاليَّة على سلوك المُرْسِلِ والمُسْتَقْبِلِ، وعلى كفاءة وسيلة الإِتِّصال في العبور مِنْ خلال القناة الخاصَّة، أي: السَّمع والبصر، أي أنَّ المُرْسِلِ يَجِبُ أَنْ يَكُونُ قادراً على التعبير، والمُسْتَقْبِلِ يَجِبُ أَنْ يَكُونُ مُرْسِلاً جيِّداً، لأنَّه يَتَحَوَّلُ من المُسْتَقْبِلِ إلى مُرْسِلِ أو العكس، وذلك بما يتفقُ مَعَ الأحوال والأوضاع، أمَّا بالنسبة لكفاءة وسيلة الإِتِّصال فإنَّ هذا الأمر يَتَوَقَّفُ على صفات

(1) حسين حريم، مبادئ الإدارة الحديثة (النظريات، العمليات الإدارية، وظائف المنظمة)، دار حامد للنشر والتوزيع، الاردن، 2006، ص284.

الرِّسالة والأوضاع المحيطة بها، مثل: أن تكون واضحة وفي مستوى فهم المُستقبل، وأن تُركِّز على الحقائق والمعلومات المُهمَّة ولا تُضْمُّ معلومات أكثر من القدر الذي يَسْتَطِيع المُستقبل استيعابه، وأن تكون هذه المعلومات لها أهميَّة خاصَّة، وأن تُشرِّح بأسلوب بسيط وغير مُعقَّد. بالإضافة إلى ما ذُكر تَتَوَقَّفُ فاعليَّة الإِتِّصَال على الموقِف الذي تُسَلِّم فيه الرِّسالة والظُّروف التي تُحيط بالمُستقبل وحالته النَّفسيَّة، إلى جانب الأسلوب الذي تُقدِّم به المعلومات⁽¹⁾.

والواقع أنَّ مَعوقات الإِتِّصَال وعقباته تُعدُّ مُشتركة، بِمعنى أنَّ مسؤوليَّة حدوثها لا تقع على طرفٍ واحد، أو جزءٍ من نظام الإِتِّصَال دون غيره، وإنَّما هو مسؤوليَّة مُشتركة تتحمَّلها وتضطُّعُ بها عدَّة أطراف أو حلقات، وبالتالي فإنَّ نظام الإِتِّصَال الفعَّال يُقدِّم قيمته من دون وجود حلقة مُؤثِّرة للتغذية العكسيَّة التي يَصِفُها بَعْضُ المُختصِّين بأنَّها "صمَّ الأمان" أو "مُؤشِّر فاعليَّة الإِتِّصَال" لأنَّها تُعطينا صورةً واقعيَّة عن مدى فاعليَّة الإِتِّصَال⁽²⁾.

وفي دراسة له أشار كونتز إلى أنَّ 80% من المُديرين ذكروا بأنَّ صُعوبة الإِتِّصَال هي إحدى المُشاكل الرِّئيسيَّة التي تُواجههم في أعمالهم، وعليه فإنَّه في حالة تَعَثُّر نظام الإِتِّصالات بِمنظِّمة ما نتيجة الصُّعوبات المُختلفة التي تُواجهها، فإنَّه يَنرَتَّبُ عن ذلك نتائج سلبية على مستوى أدائه، ونظام الإِتِّصَال كأيِّ نظام من الأنظمة الإداريَّة الأخرى يواجه صعوبات ومُشاكل باستمرار، وعدم التنبُّه لها يَخْلُق سوء الفهم في عمليَّات الإِتِّصَال، ولكنَّ بإدراك هذه المَعوقات المؤثِّرة على عمليَّة الإِتِّصَال يَكُون المَسئول في وَضْع أَفضَلٍ لِإِتِّخَاذ الإجراءات المُناسِبة للتغلب على هذه الصُّعوبات⁽³⁾.

ومن أبرز مَعوقات الإِتِّصَال التي أُجمِعَ عَلَيْهَا المُختصُّون، نذكرُ ما يلي:

- إفتقار مُستلمي الرِّسائل لمهارات: الإنصات، والتَّحليل، والإستقراء، والمنطق، وهي مهارات في غاية الأهميَّة لفهم الإِتِّصَال وآليَّاته، وتقدير أهميَّته.

(1) عمر عبد الرَّحيم نصر الله، "مبادئ الإِتِّصَال التَّربوي والإنساني"، ط 1، دار وائل للطباعة والنَّشر، عمَّان، الأردن، 2001، ص ص 40-39.

(2) بشير العَلَّاقَة، "الإِتِّصَال في المنظَّمات العامَّة: بين النَّظريَّة والممارسة"، اليازوري، عمَّان، الأردن، 2009، ص 76.

(3) زهير بغول، "الإدارة: المفهوم والوظائف"، المرجع السَّابق، ص 121.

- العقبات الإداريَّة النَّاتجة عن ضَعْفِ الهياكل التَّنْظِيمِيَّةِ أو جمودها، ما يُضْعِفُ عمليَّةَ التَّنْذُقِ السَّلِيمِ للرِّسَالِ، شفهيَّةً كانت أو تحريريَّةً، وتُعَدُّ مَشَاكِلَ عِنَقِ الرُّجَاةِ (Bottleneck) مِنْ أَكْثَرِ المَشَاكِلِ الَّتِي تُفْسِدُ الإِتِّصَالَ بِرُمَّتِهِ.
 - التَّفْسِيرُ الخاطِئُ لِمُضْمُونِ الرِّسَالَةِ، وَتَعَمُّدُ تَشْوِيهِهَا مِنْ قِبَلِ أَطْرَافٍ أَوْ قَنَوَاتِ الإِتِّصَالِ، أَوْ تَضْفِيَّةِ مِضْمُونِ الرِّسَالَةِ، أَوْ تَفْسِيرِهَا بِشَكْلِ مُجَزِّأٍ أَوْ حَذْفِ أَجْزَاءِ مِنْهَا أَوْ إِخْفَانِهَا لِأَيِّ سَبَبٍ كَانَ.
 - الإِخْتِلَافَاتُ الفِكرِيَّةُ وَالدِّهْنِيَّةُ وَالإِدْرَاكِيَّةُ بَيْنَ مُرْسِلِ الرِّسَالَةِ وَمُسْتَلْمِيهَا، وَتَبَايُنُ التَّقَاتِ والخِبرَاتِ وَالرُّؤْيَى بَيْنَهُمَا.
 - تَدَاخُلُ وَتَشَابُكُ المَصَالِحِ وَالأَمْرِجَةِ وَالإِتِّجَاهَاتِ بَيْنَ المُرْسِلِ وَالمُسْتَقْبَلِ، مِثْلُ: التَّدَاخُلِ فِي العَوَامِلِ التَّقَاتِيَّةِ، وَالإِجْتِمَاعِيَّةِ، وَالنَّفْسِيَّةِ، وَالإِقْتِصَادِيَّةِ، وَالتِّكْنُولُوجِيَّةِ، وَغَيْرِهَا⁽¹⁾.
 - التَّشْوِيشُ الَّذِي يَطْرُقُ عَلَى الرِّسَالَةِ، وَهُوَ نَوْعَانِ:
 - الأَوَّلُ يَتَعَلَّقُ بِوَسِيلَةِ الإِتِّصَالِ.
 - وَالثَّانِي يَتَعَلَّقُ بِالمَعْنَى، أَيْ عَدَمُ القُدْرَةِ عَلَى تَفْسِيرِ الرِّسَالَةِ.
 - وَجُودُ فِرْضِيَّاتٍ وَأَرَاءٍ غَيْرِ وَاضِحَةٍ.
 - الرِّقَابَةُ عَلَى الإِتِّصَالِ وَحَذْفُ بَعْضِ أَجْزَاءِ الرِّسَالَةِ وَتَحْرِيفُ المَعْلُومَاتِ لِلتَّأثيرِ عَلَى صَاحِبِ القَرَارِ.
 - عَدَمُ إِخْتِيَارِ الوَسِيلَةِ المَلَائِمَةِ للإِتِّصَالِ.
 - عَدَمُ فَهْمِ ظُرُوفِ الطَّرْفِ الأَخْرِ فِي الإِتِّصَالِ⁽²⁾.
- وَأَكْثَرُ تَفْصِيلِ فَإِنَّ العَمَلِيَّةَ الإِتِّصَالِيَّةَ دَاخِلَ المُؤَسَّسَاتِ تَواجِهَ العَدِيدِ مِنَ العَوَائِقِ وَالتِّي تَحْدُ مِنْ فِعَالِيَّتِهَا وَتُؤَدِّي بِهَا فِي غَالِبِ الأَحْيَانِ إِلَى عَدَمِ تَحْقِيقِ أَهْدَافِهَا المَسْطُورَةِ، وَذَلِكَ فِيمَا يَلِي:

(1) بشير العلق، "الإِتِّصَالُ فِي المُنْظَمَاتِ العَامَّةِ: بَيْنَ النُّظْرِيَّةِ وَالمَمارِسةِ"، المَرِجِ السَّابِقِ، ص 80-81.

(2) عليّ فلاح الرِّغْبِي، "الإِتِّصَالَاتُ التَّسْوِيفِيَّةُ: مَدخَلُ مَنهْجِي تَطْبِيقِي"، مَرِجِ سَابِقِ، ص 38-39.

➔ معوقات الإِتِّصال التَّنظيمي:

➔ 1- المعوقات الشخصية:

ويمكن تحديد تلك المعوقات في النقاط التالية:

المتعلقة بالمُرسل:

ومنهما الحالة النفسية للمرسل بإعتباره المتحكم في العمليَّة الإِتِّصالية وموجهها حيث تعتبر مسؤولة 50% من معوقات الإِتِّصال ومشاكله وفق ما توصلت اليه الدراسات في هذا المجال وأن الحالات المزاجية المتوترة مثل: التوتر ، التعصب ، الهيجان ، الإحباط التي يمر بها المُرسل تؤثر بشكل سلبي على جوهر الرسالة بمعنى أنها تصل الى المُستقبِل بشكل مربك للغاية وبالتالي تزيد من قلق المتلقي وعليه تفقد المعنى المطلوب الذي قصده المُرسل.¹ وتعتبر الحالة النفسية السلبية للمرسل من أبرز المعوقات التي يتطلب من المُرسل قدرا عاليا من ضبط النفس والتأني قبل إرسال أي نوع من الرسائل.

- الإفتراضات أو الأحكام الخاطئة لدى المُرسل:

قد يعتقد المُرسل ان رسالته مفهومة وواضحة مسبقا دون اي يدرك أن هذا الإنطباع قد لا يكون موجودا بنفس المعنى لدى المُستقبِل ولهذا السبب يكون على المُرسل واعيا ومدركا لطبيعة السياق الثقافي للمستقبل.

- الإِستخدام الخاطي لتوقيت إرسال الرسالة:

فالتوقيت الخاطي لتقديم الرسالة من قبل المُرسل قد يؤثر على بالسلب على قيمة الرسالة وجورها فقد تصل في وقت متأخر أو مبكر وفي كلتا الحالتين يكون تأثيرها ضعيف او معدوم وفي حالات كثيرة يكون التأثير سلبيا ونتائج وخيمة.

- عدم كفاءة المُرسل من مهارات الإِتِّصال:

عندما يكون المُرسل غير متمكن من مهارات الإِتِّصال اللازمة يؤدي ذلك تشويه الرسالة ويفقدها معناها خصوصا في الإِتِّصال اللفظي الذي يعتمد على التعابير اللفظية وصياغة

¹ -Angason Q :behavioral aspects of communion simulated simulated setting ;journal of behavioral science ;vol 6 no 13 winter-2007 ;p114.

عبارات وجمل بشكل دقيق قد يسبب بث رسائل مضللة تكون سبب في فشل عمليَّة الإِتصال داخل التنظيم عموماً وداخل التنظيم الصحي بشكل خاص.

أ- معوقات متعلقة بالرسالة:

- الغموض الَّذِي تحويه الرسالة الإِتصالية المقدمة .
- التحريف الَّذِي قد يتعرض له محتوى الرسالة .
- استخدام عبارات خارج المعنى المطلوب إيصاله.

ب- معوقات متعلقة بالقناة الاتصالية:

- اختيار واستخدام قنوات اتصالية غير مناسبة .
- اعتماد عديد القنوات الإِتصالية التي تؤدي الى وجود عديد الاخطاء في العمليَّة الإِتصالية.¹

ج- معوقات متعلقة بالمُسْتَقْبَل:

- الحالة السيئة للمستقبل وجهل المُرْسِل بمختلف السياقات المتعلقة بالمُسْتَقْبَل .
- الفهم الخاطئ للمستقبل وتعالیه لأسباب عدة منها اختلاف المستوى التعليمي او الثقافي.... عن الإستماع للرسالة المقدمة.
- عدم الموضوعية والتحيز لوجهة نظره مما يحول دون استقبال الافكار المطروحة من طرف المُرْسِل .

د- معوقات متعلقة بالتغذية العكسية:

- ويمكن القول أن الافتقار الى عمليَّة المتابعة والتقييم والتقويم في سير العمليَّة الاتصالية وعدم الإهتمام بالنتائج أحد أبرز المعوقات التي تحول دون نجاح العمليَّة الإِتصالية .

هـ- المعوقات التنظيمية:

- وتنتج من طبيعة التنظيم الغير جيد في المؤسسة الَّذِي بدوره يتميز بالعجز عن مواكبة مطالب وإحتياجات المنظمة ومنها:
- عدم الاستقرار التنظيمي وارتفاع معدلات التغييرات التي تحدث على مستوى المناصب المفتاحية في المؤسسة ، اضافة الى الغياب التام لفاعليَّة إدارة المعلومات المتوصل لها

1 - عبد المعطي عساف، مبادئ الإدارة ، دار زاهر للنشر و التوزيع، عمان، 2000، ص268.

على مستوى المؤسسة سواء المتعلقة بمرور الموارد المؤسسية البشرية أو المادية أو المرتبطة ببيئة المؤسسة الخارجية .

و- معوقات نفسية إجتماعية:

للحالة العاطفية والإجتماعية دور مؤثر في العملية الإتصالية والإستقرار النفسي يؤثر في النظراليها تفسير الأشياء ويمكن ايجاز مظاهر التأثير في العملية الاتصالية على مستوى المؤسسة في:

- يؤثر من خلال غياب الثقة في نفوس الموظفين بالمنظمة تأثيرا سلبيا في سلوكياتهم مما يلغي قيمة الإتصال بينهم.

- الاختلاف بين الأفراد في المستويات الإدارية.

ز- معوقات بيئية:

ويمكن تقديم بعض العراقيل ومنها:

- إنتشار الفوضى داخل المؤسسة.

- غياب الثقة بين العمال وإنتشار اللاعدالة بينهم .

- غياب وجود أدوات إتصالية مناسبة تسمح للعمال بالتعامل فيما بينهم .

- عدم ملائمة الظروف الفيزيقية من حرارة، ضوضاء، تهوية من شأنه ان يؤثر على عملية الإتصال داخل التنظيم.

وغير ذلك كثير من المعوقات التي تؤثر على استقرار وإستمرار المؤسسة، بالتالي يجب على كل المؤسسات اي كان نشاطها العمل على تجاوز كل العوائق الاتصالية التي تكون سبب في خلق مشاكل على المستوى التنظيمي للمؤسسة خاصة فيما يتعلق بعملية التنسيق بين وحدات المؤسسة ومواردها.

خامساً - الإِتِّصال الشَّخصي: خصائصه ونماذجه**1- الإِتِّصال الشَّخصي المباشر:**

ويتم بين عدد من الأشخاص مباشرة فيما بينهم وبدون وسيط ويتم من خلال كلمات
اشارات.....

2- الإِتِّصال الشَّخصي غير المباشر:

ويكون بين مجموعة من الاشخاص يتخذ من التكنولوجيا أداة أو وسيلة لإيصال الرسالة
واستقبالها.

3- الإِتِّصال الجماهيري:

ويتطلب هذا النوع من الإِتِّصال وجود جمهور مستقبل مثل الخطابات السياسية المصورة
الموجهة للجماهير.

4- الإِتِّصال الجمعي:

ويكون هذا النوع من الإِتِّصال بين مجموعة من الافراد، حيث يعكس بشكل كبير عدد
المشاركين والمُستقبِلين في العمليَّات الإِتِّصالية، مقارنة مع الإِتِّصال في جماعات صغيرة
بالإضافة الى أن أعضاء الجماعة المتصلة يتفاعلون فيما بينهم ومع الاخرين، حيث يسود
التأثير الانفعالي او العاطفي.

وتنتقل الرسالة في هذا النوع من الإِتِّصال من المتحدث الى مجموعة من الأفراد كالإستماع الى
المحاضرة أو الخطب أو المؤتمرات ويتميز بالصيغة الرسمية والإلتزام بقواعد اللغة ووضوح الصوت.
ويتميزالتفاعل بين أعضاء هذا النوع من الإِتِّصال بأنه مرتفع ولكن في حدود التجمع القائم كما يتميز
أيضا بوحدة الإهتمام والمصلحة أوالالتقاء حول الاهداف العامة، بالإضافة الى ان أعضاء الجماعة
يجمعهم تنظيم داخلي كما تتميز هذه الجماعات بارتفاع مستوى الوعي بين افرادها.

وعادة ما يتم في أماكن التجمعات أو تلك التي تقام خصيصا لهذه الأغراض وخلال الإِتِّصال المحدود
بين القائم بالإِتِّصال وهذه الجماعات فان كثير من خصائص الإِتِّصال المواجهي يمكن ان تتسحب

على هذا النوع من الإتّصال حتى وان كان لا يشترط معرفة القائم بالإتّصال بأفراد هذه الجماعات كما في الإتّصال الشخصي والإتّصال بالجماعات الصغيرة.⁽¹⁾

ويمكن القول أن هذا الإتّصال بشكل مختصر يحدث بين فريق أو مجموعة أفراد بهدف قضاء وقت أوالتحدث أوإتخاذ قرارأو حل مشكل حيث تتاح فرصة الإتّصال للجميع في الموقف الإتصالي فيتفاعلون مع بعضهم البعض.⁽²⁾

- أما مفهوم الإتّصال الشخصي ولقد ورد لغة على أنه الإتّصال المباشر أو الوجه لوجه.

أما اصطلاحاً فهو اتصال يحدث بين شخصين يتحقق من خلاله تفاعل ينتج الإتّصال الشخصي وغالباً ما يحدث في مواقف وجها لوجه حيث يستطيع المرسل من خلاله ان يرى ويسمع المُستقبل ويقيس ردة فعله، وبذلك يسمح هذا النوع من الإتّصال من قياس رجع الصدى الفوري مما يتيح تنظيم وإعادة صياغة وبناء الرسالة الإتصالية حسب مدى استجابة المُستقبل لها.⁽³⁾ اما اجرائياً يمكن تعريفه ذلك الإتّصال الذي يحدث بشكل مباشر بين مريض السرطان والطبيب المعالج او خلايا الإستماع والتوجيه وأحد الجمعيات مرضى السرطان اومع هيئة الأطباء المعالجين الاعضاء في مجموعة الاستشارية RCP بشكل مباشر ودون أي تعقيدات، حيث يتم من خلاله تبادل الآراء والحوارات والمعلومات، يمكن من خلاله التعرف على رد فعل المُستقبل والتعامل مع رجع الصدى بشكل فوري مع المُستقبل للرسالة الإتصالية.

وفي مفهوم آخر للإتّصال الشخصي:

ويطلق عليه كذلك الإتّصال المواجهي، المباشر، والإتّصال وجها لوجه " face to face" وفي بعض الدراسات يسمى الإتّصال الإنساني أي الإتّصال الذي يحدث بين فرد وفرد آخرأو فرد ومجموعة من الأفراد، أو بين جماعة من الأفراد فيما بينهم.⁽⁴⁾

(1) - منال هلال مزاهرة ، مرجع سابق ، ص52

(2) - الإتّصال الجمعي ، شبكة بحوث و تقارير ، تاريخ الاطلاع 2020/10/17 ، التوقيت 13.00 ، متوفر على الرابط : <https://b.nrme.net/detail1223256123.html>

(3) - فضيل دليو ، الإتّصال ، مفاهيمه ، نظرياته ووسائله، دار الفجر القاهرة ، 2003، ص21، 22.

(4) - صالح خليل ابوصبح ، الإتّصال و الاعلام في المجتمعات المعاصرة، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان ، الاردن، ط5، 2006 ، ص18.

ويرى دين بارنلاند Dean Barnaland ان الإِتِّصال الشخصي هو تفاعل الأفراد وجها لوجه من خلال تبادل اللفظي والغير لفظي للرموز في المواقف الإِجتماعيَّة غير الرسمية. أما بيترهارتلي peter Hartley فيرى ان الإِتِّصال الشخصي لقاء يتمُّن مشاركة إتصالية بين إثنين وجها لوجه.⁽¹⁾ وفي مفهوم آخر يعتبر تلك العمليَّة التي بمقتضاها تبادل معلومات وأفكار بين الافراد بطريقة مباشرة دون إستعمال وسائط أو قنوات⁽²⁾، وهو إتصال يتمُّن بالتفاعل بين الافراد ويعتبر بذلك أقوى وسائل الإِتِّصال في عمليَّة تغيير اتجاه أو فكر معين.⁽³⁾

✓ عناصر الإِتِّصال الشخصي:

_ ويمكن تحديد عناصر الإِتِّصال الشخصي فيما يلي:

- القائم بالإِتِّصال:

وهو الَّذي يبادر بتوجيه رسالة محتوى الرسالة من خلال مجموعة من الرموز وبطريقة مباشرة يتمُّن القائم بالإِتِّصال بأنه أما مجموعة لأشخاص او شخص واحد عادي او يحمل صفة إجتماعيَّة معينة⁽⁴⁾.

- الرسالة:

* وهي جملة المعلومات والأفكار التي يسعى القائم بالإِتِّصال الى نقلها بهدف الحصول على اجابات معينة أو إستجابة أو تفاعل أو إشتراك حول موضوع معين.

- المُستقبل:

• وهو فرد أو مجموعة من الأفراد الَّذين يستقبلون محتوى الرسالة الإِتِّصالية من القائم بالإِتِّصال أو المُرسِل وجها لوجه، وأهم ما يميز المُستقبل هو أنه تارة مستقبل وتارة اخرى يكون المُرسِل ويتمُّن الإِتِّصال الشخصي بأنه عمليَّة تفاعلية فيها يحدث فعل ورد فعل.

(1) - جمال العيفة، الإِتِّصال الشخصي في المجتمع الجزائري بين الفاعلية وقلة الإهتمام الرسمي ، ص 213 .

(2) - محمد سيد فهمي، تكنولوجيا الإِتِّصال في الخدمة الإِجتماعيَّة، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، 2006 ، ص 109.

(3) - فضيل دليو، الإِتِّصال مفاهيمه ونظرياته ووسائله ، دار الفجر القاهرة، 2003، ص 18.

(4) - صالح خليل ابو إصبع، الإِتِّصال والاعلام في المجتمعات المعاصرة ، ط5، دار مجدلوي للنشر و التوزيع ، عمان 2006،

- الوسيلة:

وهي الوسيط أو القناة التي يتم من خلالها نقل الرسالة الإتصالية المُرسِل الى المُستقبل وتشمل الوسيلة جملة من الرموز اللفظية (اللغة، المفردات والصوت، وغير اللفظية مثل الاشارات) الحركات الجسدية، الإيماءات والحواس التي يستعملها المتصل لنقل وتوصيل وشرح وتوضيح المعاني والافكار. (1)

-الهدف:

وهو ذلك الغرض أو النتيجة التي يسعى القائم بالإتصال أو المُرسِل والمتلقي على حد سواء الى تحقيقها من خلال التفاعل في العمليّة الإتصالية، فالمُرسِل يتوقع نتيجة معينة تتطلب منه عناية وصياغة معينة للرسالة الإتصالية حسب الاثر الذي تتركه الرسالة لدى المُستقبل الذي قد يتجاوب بشكل فوري مع الرسالة مما يولد حتمية إضفاء تعديل معين يطرأ على الرسالة مما يسمح بتوضيحها أكثر.

- الأثر الإتصالي:

وهو الإنعكاس أو النتيجة النهائية الذي تتركه العمليّات الإتصالية فور إنتهائها وذلك بترك إنطباع معين يكون بشكل عام أمّا إيجابى أو سلبى لدى طرفي العمليّات الإتصاليّة.

- رجع الصدى:

وهو التغذية العكسية او الرد الذي يوضح من خلاله المُستقبل للمرسل مدى فهمه ووضوح مضمون الرسالة المقدمة لديه أما بقبولها أو رفضها أو طلب أكثر توضيح وشرح حول ما تحمله الرسالة أكثر.

وفي الإتصال الشخصي تكون عمليّة الرد بين طرفي العمليّات الإتصالية من خلال جملة من الرموز اللفظية والغير لفظية يكون الرد فيها فوري ومباشر مما يفتح المجال أمام القائم بالإتصال ليقوم

(1) - خلاص دحمان ، الإتصال الشخصي ودوره في تحقيق التواصل الانساني في المجتمع الجزائري ، دراسة تحليلية لواقع الإتصال في الاسرة الجزائرية، رسالة ماجستير قسم الاعلام و الإتصال ، جامعة الجزائر 2، ص21.

بإضافات وتعديلات مختلفة على صياغة مضمون الرسالة ليحقق الهدف أو الغاية المطلوبة للعملية الإتصالية.⁽¹⁾

أما خصائص الإتصال الشخصي فيمكن اجمالها فيما يلي:

بشكل عام تتفق مختلف المراجع على جملة من الخصائص اختلف التعبير عنها من مرجع الى آخر هي:

* المرونة:

وتتجلى في كون التأثير أو رجح الصدق فيه كبير. وعلى ضوء المرونة التي يتصف بها الإتصال الشخصي والاهمية الكبيرة التي يتميز بها من احاطة المرسل علما بأن رسالة قد وجدت التفسير المناسب لدى الطرف الاخر مما يزيد من كفاءة هذا النمط من الإتصال في تحقيق درجة عالية من الاقناع.⁽²⁾

* التلقائية:

ويتم هذا النوع من الإتصال بشكل عفوي غير مقصود وغير رسمي أي لا تنظمه قواعد أو تقاليد أو سلطة وعليه فأهم خصائصه:⁽³⁾

(أ) - عدم تقييد هذا النوع من الإتصال بقواعد وإجراءات مسبقة، حيث تتم العمليات من خلال الإتصالات الشخصية اليومية.

(ب) - يعتمد على وعي الفرد المشترك في العملية الإتصالية ومدى تقييمه للأمور.

(ج) - لقادة الرأي دور مهم في هذه العملية التي تتم على مستوى كل الطبقات.

الإتصال الشخصي هو نتاج الحاجة الطبيعية للأفراد في عملية التواصل والتبادل.⁽⁴⁾

- تمر المعلومات في هذا النوع من الإتصال في اتجاهين.

- يتميز الإتصال الشخصي بتغذية عكسية فورية.

يسمح الإتصال الشخصي بالتحكم في اتجاه الرسالة أو الحديث.

(1) - صالح خليل ابو اصبع ، مرجع سابق ، ص 16.

(2) - جمال العيفة، مرجع سابق ، ص 214.

(3) - جمال العيفة ، مرجع سابق ، ص 215.

(4) - ليليا سعيدون ، مرجع سابق ، ص 64.

تدعم الرسائل الصورية المعلومات المقدمة أو المراد إيصالها وذلك بهدف خدمة مشاهد معين. يشمل هذا النوع من الإتصال عدة تقنيات إتصالية غير لفظية مثل لغة الجسد والملابس.... يتميز هذا النوع من الإتصال عموماً بالعفوية حيث يتم التعامل فيه حسب العادات الإجتماعية السائدة.

يعتبر الإتصال الشخصي بشكل عام عملية يتم على أثرها نقل معلومات من شخص لآخر، بهدف إيجاد فضاء تفاهم مشترك يسمح للمرسل والمستقبل بالتفاهم.

أما فيما يخص أكثر المعوقات التي يواجهها هذا النوع من الإتصال فنجد أنه يعاني من:

1- عملية المغالطة والتحريف الجزئي والكلّي للمعلومات المقدمة خاصة اثناء تناقلها عبر الوسائط المختلفة.

2- الفروقات الفردية التي تخلق نوع من الصعوبة في الإستجابة لمحتوى الرسالة المقدمة.

3- العائق اللغوي لدى القائم بالإتصال على مستوى صناعة محتوى الرسالة او معاناة المستقبل في فهم بعض المصطلحات الواردة في الرسالة.

أما مقومات الاساسية في نجاح العملية الإتصالية والإقناعية نذكر أهمية الإستماع وإستيعاب المحتوى لدى مستقبل الرسالة، إضافة الى إستعمال اللغة الواضحة البسيطة المناسبة لكل الفئات، مع دعمها بمختلف الاشارات والحركات في اطار الإتصال الغير لفظي لشرح الفكرة او محتوى الرسالة والإقناع به.

وللاتصال الشخصي أهمية بالغة في حدوث العملية الإقناعية خاصة فيما يتعلق بالمجتمعات في البلدان النامية وخاصة انه كلما زادت معلوماتنا حول الفكرة ومعرفتنا بها تيسرت عملية الاقتناع والتأثير بها. إضافة الى هذا فإن مصدر الإقناع له دور في رفع درجات التأثير مع مراعاة التركيز على الرسالة المناسبة والدعيمة الملائمة.

✓ تقنيات الإِتِّصال الشخصي لتحسين الكفاءة الإِتِّصالية:

1. التعريف بالمهارة في التنظيم:

- حيث يتم شرح المهارة شفهيًا، بأنها الملاحظة المباشرة للمهارة، ويتم طرح أسئلة من طرف المسؤول أو المدرب لرؤية مدى إستيعاب و فهم الموظف أوغيره من الناس.(1)
- ويتم اكتسابها من خلال:
- التدريب المستمر على المهارة.
 - التدريب المستمر على المهارة مع مراعاة التدرج تحت رعاية المسؤول أوالمدرب حتى يتقن الموظف المهارة و يجتنب الاخطاء.
 - الممارسة الجيدة من طرف المسؤول أو المدرب إن وجد فالممارسة ضرورية لاكتساب المهارة. والمقصود هنا بالمهارة هو تحويل المعرفة الى سلوك.

وهذا التعريف يعني أن المعرفة لا تتحول الى سلوك قابل للتطبيق إذا لم يتم التدريب على عمليَّة التحويل نفسها بالإِتِّصال. والتواصل المستمر والتكرار الذي يعزز المهارة و يرسخها. فمهارة الإِتِّصال اللفظي وغير اللفظي تحتاج الى تدريب، ومهارة الكتابة تحتاج الى تدريب و مهارة القراءة تحتاج الى تدريب. وهنا يجب العمل على تطوير مجموعة من المهارات التي يتحقق الهدف من الإِتِّصال.

فمهارات الإِتِّصال أهم مهارات القرن الحادي والعشرين، وأهمية إكتسابها في التنظيم ، ومهارات الإِتِّصال هي المهارات التي تستخدم في الحياة العمليَّة التي بموجبها يقوم شخص بنقل أفكار أو معاني أو معلومات رسائل كتابية أو شفوية مصاحبة بتعبيرات الوجه ولغة الجسم وعبر وسيلة اتصال، تنتقل هذه الأفكار إلى شخص آخر وبدوره يقوم بالرد على هذه الرسالة حسب فهمه لها. عادة ما تؤدي الشخصية بناء على هذه المهارات، دورًا رئيسيًا وأساسيًا في الترويج للإنسان، سواء تقدم لوظيفة ما، أو التأهل لبرنامج معين بناء على تنافس بينه وبين الآخرين، الدعوة لرسالة سامية، وغيرها من الأمور. ويقاس مدى نجاح مهارات الإِتِّصال في مدى توفيرها(2).

(1) -قاموس لسان العرب

(2) -اسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، تنمية مهارات الإِتِّصال ، المكتب العربي للمعارف ، ط1، القاهرة، 2019، ص41.

- وتوجد خمس مهارات رئيسية⁽¹⁾ يجب توفرها وهي مهارة: الكتابة، التحدث، القراءة، الإستماع، والقدرة على التفكير خاصة وأنها المسؤولة بدرجة أولى عن تحديد الأهداف والقيام بعملية الترميز.

✓ مهارة التّحدث:

وهي قدرة المُرسِلِ سواء تعلق الأمر بالموظف أو الرئيس على توصيل الأفكار بصورة بسيطة ومفهومة والابتعاد عن الغموض والتكرار.

✓ مهارة الكتابة:

تساعد الكتابة المُرسِلِ على توصيل التعليمات والأفكار بطريقة واضحة ومفهومة وذلك عن طريق المذكرات والتعليمات المكتوبة.

✓ مهارة الاستماع:

تساعد هذه المهارة المُرسِلِ على فهم الآخرين و الإنصات الجيد، و هي وسيلة فعالة يستوعب فيها المسؤول أفكار الآخرين.

✓ مهارات القراءة:

- الهدف من القراءة الواعية، هو الوصول الى فهم المعنى بسرعة والمُرسِلِ الذي يفهم ما هو مكتوب بسرعة يكون أكثر قدرة على التعلم و على تطوير باقي المهارات.

✓ مهارة التفكير:

- لا بد للمرسِلِ أن يتحكم في هذه المهارة سواء تعلق الأمر بالمسؤول أو الموظف. وهنا لا بد من الإشارة الى الاختلاف في مستويات التفكير لدى المُرسِلِ والمستقبل وقدراتهم الإتصالية، بالإضافة الى طبيعة الموضوع الذي قد يتحكم فيه المُرسِلِ على سبيل المثال أكثر من المُستقبل و العكس أيضا ممكن.

أ- أهمية مهارة الإتصال:

- يعد الإتصال الإنساني جانبًا مهما في الحياة فهو أداة فعالة من أدوات التغيير والتطوير والتفاعل بين الأفراد والجماعات. وله دورًا مهمًا في التطور والتغيير الإجتماعي والثقافي والاقتصادي، فكلما اتسعت وتنامت خطوات التغيير والتطور، اتسعت وازدادت الحاجة إلى المعلومات والأفكار

(1)- محمود حسن اسماعيل ، مهارات الاتصال، دار الياسمين للنشر ، مصر ، ص24.

والخبرات، وبالتالي إلى قنوات الإتّصال لنقلها وإيصالها إلى الأفراد والجماعات ونظرا لأهمية التواصل مع الآخرين وعمل الفريق سواء في الجامعة أم العمل، فإن امتلاك مهارات الإتّصال بات اليوم أحد المتطلبات للنمو الشخصي اوالمؤسسي والتنظيمي للوصول إلى هدف أوالأهداف التي عادة ما توضع من خلال تخطيط مسبق (اي استراتيجية)، ورؤية واضحة المعالم، وإعداد جيد في بيئة صحية، سواء كان التخطيط على المدى القصير أو المتوسط أو البعيد، لا بد من التمكن من الكثير من هذه المهارات الإتصالية ومن الأمثلة الكثيرة ومتنوعة في المهارات فن الإلقاء والتحدث، إعداد وكتابة السيرة الذاتية، إستخدام الحاسوب والإنترنت، فن إدارة الأزمات وحل المشكلات، مهارة الكتابة الصحفية، حسن الخلق، حسن الخط، فن الإستماع والإنصات، القدرة على التنبؤ والتحليل، العمل ضمن فريق والعمل تحت الضغط، وإستعمال أسلوب المنطق العلمي في النقاش والحوار، قوة اللغة ومملكة التعبير والإيجاز، القدرة على البناء والتصميم، فن إدارة الوقت، التحدث بأكثر من لغة، القدرة على كتابة أبحاث وتقارير معبرة وافية... إلخ⁽¹⁾

ب - الفاعليّة:

أما الفاعليّة هنا، يقصد بها تقييم أداء المؤسسة بالنسبة للأهداف من خلال النظر الى نتائج الأداء أي مدى تحقيق الأهداف المسطرة. بحيث تظهر النتيجة المحصل عليها وفقا للأداء. كما يحدث في كثير من الأحيان أن تكون الكفاءة موجودة و لكن و في غياب الفاعليّة يضعف الأداء والعكس أيضا صحيح ففي غياب الكفاءة لا يمكن التحدث عن الفاعليّة.

1 . كفاءة الإتّصال:

تتميز الإتصالات ذات الكفاءة العليا بالخصائص التالية: (2)

بصفة عامة السرعة وتقديمها لمعلومات مرتدة و تسجيلها وتخصيصها على شخص معين و ملاءمة شكلها لموضوعها، بقائها في الذهن، تأثيرها على السلوك، و تكلفتها المنخفضة. والوسائل الشفهية في الإتّصال توفر حصول أطراف الإتّصال عل المعلومات مرتدة تساعد على رد الفعل السليم وإتمام

¹ -المرجع السابق ، ص 50

(2) - دليل الإتصال الإداري الفعال مشروع تطوير الكفاءة المؤسسية لقطاع الخدمات التربوية بالتعاون مع المجلس الثقافي البريطاني و DFID، أعده منى مؤتمن عماد الدين ، رئيسة فريق الإتصال الإداري ، حسن صالح هيفاء التكروري ، رائف رشيد ، الاردن ، جويلية 2001 ص 10.

عمليات الإتّصال بنجاح. وبعض الوسائل ممكن أن تحفظ في سجلات و ملفات. وذلك مثل المراسلات والمذكرات و التقارير .

2 . علاقة الكفاءة بالفاعليّة:

الكفاءة في الإتّصال تعني تحقيق الهدف من الإتّصال والذي يعني بشكل أدق تحقيق النتائج المرغوب فيها والتي من أجلها تم الإتّصال. ولا يتم ذلك إلا من خلال الإستخدام الجيد لوسائل الإتّصال بشكل فعال و ناجح. لذلك ينتظر دائما أن يحقق الإتّصال الجيد والفعال نتائج جيدة بأقل تكاليف ممكنة سواء إما المدة الزمنية المحددة لأداء العمل، أقل عدد لانجاز العمل، بأقل تكلفة مالية. والمقصود هنا أن فاعليّة الإتّصال تعني درجة و مدى نجاح المؤسسة في تحقيق أهدافها المسطرة سابقا، لتكون الكفاءة احدى الاساليب المهمة الي جانب آليات وعوامل أخرى سنتطرق اليها لاحقا (اليات الإتّصال الفعال) لتحقيق هذه الفاعليّة وهي بذلك تبدو كمتغير يتأثر بعوامل هامة مثل: كفاءة استعمال الإتّصال.

سادسًا - الإتّصال الإقناعي: التّقنيّات والنّمادج

أشار له الدكتور صلاح مذكور على أنه أحد أنواع فنون الإتّصال الشخصي والجماهيري يهدف إلى تقديم وإيصال رسالة محضرة مسبقا لمجموعة من الأفراد أو فرد واحد بهدف تعديل سلوك كمحصلة ايجابية لتفاعل المرسل والمستقبل. لكن قبل التحدث على الإتّصال الإقناعي بشكل مفصل سنتطرق الى المصطلح بشكل مفصل :

الإقناع:

" وهو عمليّة اتصال تتضمن بعض المعلومات التي تؤدي بالمُستقبل إلى إعادة تقييم إدراكه لمحيطه أو إعادة النظر في حاجاته وطرق التقائها أو العلاقات الإجتماعيّة أو معتقداته أو اتجاهاته".⁽¹⁾ وبهذا تعتبر عمليّة الإقناع بمثابة عمليّة ترمي إلى توضيح وتبيان طرق إشباع حاجات الفرد وتحقيق رغباته. كما يذهب الدكتور صلاح مذكور الى تعريفه على أنه:

(1) - نزهة حانون، الأساليب الإقناعية في الصحافة المكتوبة الجزائرية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص اتصال و علاقات عامة، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعيّة، جامعة منتوري، قسنطينة- الجزائر، السنة الجامعية، 2007-2008، ص 07.

1- هو فن إغراء وتحفيز الآخرين بهدف إتباع سلوك ما بأساليب معينة تتوافق ورغبات القائم بالاتّصال واعتبره كذلك المحاولات التي يبذلها أحد الأطراف للتأثير على طرف آخر بإستعمال الجدل الذي يقوم إما على المنطق أو العاطفة أو الاثنان معا.⁽¹⁾

* هو جميع العمليات المنطقية والعاطفية والعقلية الهادفة للتأثير على الطرف الآخر تأثيرا ايجابيا لصالح القائم بالاتّصال.⁽²⁾

وفي تعريف متعددة لمجموعة من الباحثين نجد ان "بيتينغوس وكودي" يعرف الاقناع بأنه: "محاولة واعية من قبل أحد الأفراد بهدف تغيير اتجاهات ومعتقدات فرد آخر أو مجموعة من المتلقين لرسائله الإتصالية"، اما "أندرسون" فيقول ان الاقناع :

" عملية اتصال يسعى من خلالها القائم بالاتّصال للحصول على استجابة معينة من قبل المتلقي". ويرى "ريشارد م. برلوف" أنه:

" عملية رمزية يحاول من خلالها القائم بالاتّصال إقناع الآخرين بتغيير اتجاهاتهم أو سلوكياتهم حيال موضوع مامن خلال نقل الرسالة إليهم في ظل مناخ يكفل لهم حرية الاختيار"⁽³⁾

1-1- قواعد أساسية في عملية الإقناع:

إن نقطة البدء في عملية الإقناع هي أهم ما في العملية الإقناعية و على أساسها تتجح فيما تريد أن تقنع به الآخرين، فإذا كنت مستمعا جيدا فتق أنك مقنعا جيدا أيضا فنقطة البدء هي الإستماع الإيجابي إنه ليس بمقدورنا إقناع الآخرين ما لم نستمع لوجهات نظرهم جيدا. ونفهم ماذا يقولون بالضبط ولنتمكن من إقناعهم ومحاورتهم وهناك الكثير من القواعد التي يمكن إشتقاقها من طبيعة الموقف الإقناعي منها:

- اولا- قناعة المرسل بما يقدمه حتى يتيسر عليه إقناع المتلقي بها.²
- ثانيا- منطقية الفكرة المقدمة ووضوحها وسلامتها.
- ثالثا- كفاءة وقدرة المرسل في بث وعرض ما يقدمه.
- رابعا- تحلي المرسل بالصفات الإيجابية اللازمة مثل الصدق والامانة.
- خامسا- إختيار الظروف المناسبة لتطبيق عملية الإقناع إن عملية الإقناع متكاملة العناصر.

(1) - صلاح مذكور ، الإتصال الاقناعي ، مرجع سابق، ص85

(2) - نفس المرجع السابق ، ص86

(3) - سعيدون ليليا ، مرجع سابق، ص 54.

وينبغي لكي يتحقق الإقناع إتباع أسلوب ملائم وآليات تتسجم مع هذا الأسلوب، ولكن هذا ينبغي أن يتوافق مع الإلتزام بالعديد من القواعد المساعدة لنجاح العملية الإقناعية.

مستويات الإقناع:

وتكون اما:

- **اولا** - تجاوز الفكرة وعدم الإقتناع مطلقا. (1)

- **ثانيا** - تقبل الفكرة والإقتناع بها مؤقتا (الاقناع الخادع).

- **ثالثا** - تقبل الفكرة والإقتناع بها بشكل مطلق ودائم.

يعتبر أساس نجاح العملية الإقناعية هو تحقيق هدف معين على إثره يتم إحداث أثر واضح على مستوى سلوك المُستقبل إلا أنه عند مقارنة ما يجب أن يكون أو ما هو مخطط له مع ما هو كائن وحاضر من خلال تحقيق النتيجة الفعلية الظاهرة على مستوى سلوكيات المتلقي، نجد أن النتيجة تكون إما عدم الإقتناع المطلق أو الإقتناع المؤقت أو تحقيق الهدف الأمثل وهو الإقتناع الدائم.

✓ **محتوى الرسالة الإقناعية:**

تتخذ الرسائل بوصفها محتوى للسلوك الإتصالي عدة أشكال تستخدم في بعضها الإتصال اللفظي الذي سبق الإشارة له بأنه يجمع بين الرموز الصوتية واللغة المنطوقة أما في شكلها الآخر فتتخذ الإتصال غير اللفظي الذي يتجسد في لغة الإشارة والحركات والافعال والملابس والالوان..، ومن أكثر الأمور التي يجب مراعاتها في صياغة محتوى الرسالة هي مدى أهمية وضوحها وسهولة إستيعابها لدى المُستقبل أو المتلقي، إضافة الى توظيف مجموعة من الإستمالات ذات التأثير المهم في العملية الإقناعية، إضافة الى مراعاة جملة من خصائص الوسيلة المستهدفة للجمهور المُستقبل وذلك لتوصيل المعنى المرغوب به.

ويرتبط محتوى الرسالة اجمالا بمستوى القدرة على الإقناع خاصة فيما يتعلق بكشف جميع السبل الممكنة للإقناع في كل حالة بعينها وحين نتحدث عن الرسالة سوف نلاحظ أن القائم بالإتصال او

(1) - محمد بن فهد الجبير، مهارات الإتصال، مذكرة مقتبسة بتصرف من عدة مصادر، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، ص ن، ص ص (48،49).

القائم على اقناع المتلقي عليه اتخاذ قرارات عدة مثل: تحديد الحجج والبراهين التي يستخدمها والأخرى التي يستبدها والحجج التي يسهب في وصفها و تلك التي يجب أن يختصرها.⁽¹⁾

كذلك نوعية الإستimalات التي يقدمها في عملية الإقناع. فكل رسالة إقناعية هي نتاج العديد من القرارات بالنسبة لشكلها و محتواها و أغلب تلك القرارات لا تتعلق بالهدف الإقناعي للرسالة فقط و لكن ترتبط أيضا بخصائص المتلقي او المستهدف في العملية الإقناعية وكذلك مهارات القائم بالاتصال.⁽²⁾

✓ الإستimalات الإقناعية:

لا تخلو اي رسالة اقناعية من إستimalات إما أن تكون ضمنية (في سياق الكلام) أو علنية و يكون هدفها التأثير في فكر وعاطفة المتلقي حيث يعتبر الموقف الإقناعي المحدد الأساسي لنمط الإستimalة المستخدمة ففي بعض الأحيان تكون الإستimalات الواقعية أكثر فاعلية في موقف ما دون الآخر وفي أحيان أخرى تكون الإستimalات الإنفعالية أو العاطفية أكثر جدوى و هذا يعتمد على طبيعة الجمهور المستهدف و مدى ما يتمتعون به من مشاركة في العملية الإقناعية فضلا عن المستوى التعليمي كأحد العوامل المحددة للاستجابة، وتعد الاستمالة أهم الأدوات السيكولوجية لاسيما أن أفعال الفرد وسلوكه مرتبط و بشكل كبير باحتياجاته ورغباته.

✓ تعريف الإستimalة:

يعرف شذوان علي شيبه:

الإستimalة في كتابه الإعلان بين النظرية والتطبيق بأنها " منبهات من مثيرات ترفع في مستوى التحفيز سلبا أو إيجابا بقبول توصيات أو توجيهات الرسالة الإقناعية"⁽³⁾.

- أنواع الإستimalات:

" تتوزع الإستimalات المستخدمة في الرسالة الإقناعية بين الترهيب والترغيب ومنها العاطفي ومنها العقلاني أيضا" وتوجد ثلاثة أنواع من الإستimalات المستخدمة في الرسالة الإقناعية وهي: الإستimalات العقلانية، العاطفية و التخويفية وسوف نعرف كل منها على النحو الآتي:

(1) - حسن عماد المكاوي و ليلي حسين السيد، الاتصال و نظرياته المعاصرة، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، ص 187.

(2) - إيناس رأفت مؤمن، إستراتيجية التسويق و فن الإعلان، دار الكتاب الجامعي، الطبعة الأولى 2003، ص 37.

(3) - المرجع السابق، ص 38.

✓ الإِستِمالات العقلانية:

وتعتمد على مخاطبة العقل المتلقي وتقديم الحجج والشواهد المنطقية وتفنيد الآراء المضادة بعد مناقشتها وإظهار جوانبها المختلفة حيث توظف الإِستِمالات الإِقناعية لمخاطبة عقل المتلقي و محاولة التأثير فيه وبالتالي تحتاج حجج وأدلة وبراهين وأحكام منطقية مع تكذيب الآراء المضادة حيث يستخدم في ذلك:

- **الاستشهاد بالمعلومات الأحداث الواقعية:** بمعنى ما نذكره يكون له أثر ووجود ملموس في الواقع.

- **تقديم الأرقام والإحصاءات والنسب المئوية:** بمعنى استخدام لغة الأرقام فعند استخدام الأرقام والإحصاءات تقنع المتلقي أما إذا كان الكلام خاليا من الأرقام لأن نسبة القبول تكون ضعيفة.

- **بناء النتائج على مقدمات:** بحيث نقول إذا صحت المقدمات تصح النتائج.²

- **تفنيد وتكذيب وجهة النظر المضادة:** معناها تقديم وجهة النظر الأخرى بمعنى أنك كقائم بالإِتِّصال لك وجهة نظر تتبناها و تدافع عنها لها وجهة نظر مضادة، فمن خلال الرسالة الإِقناعية تلجأ إلى الدفاع عن وجهة نظرك بإستعمال الوقائع و الأرقام لتكذيب وجهة النظر الأخرى.²

- **الإِستِمالات العاطفية:** تستهدف التأثير في وجدان المتلقي و إثارة حاجاته النفسية والاجتماعية ومخاطبة حواسه لما يحقق أهداف القائم بالإِتِّصال وعادة تعتمد الإِستِمالات العاطفية على استخدام الشعارات والرموز وإستخدام الأساليب اللغوية كالتشبيه والإِستعارة والكناية بالإضافة إلى دلالات الألفاظ والاستشهاد بالمصادر.

- **إستخدام الأساليب اللغوية:** توظف جميعها المحسنات البديعية (جناس، طباق، مقابلة، سجع) والصور البيانية (التشبيه، الكناية، الإِستعارة) لتقريب المعنى وتجسيد وجهة نظرالقائم بالإِتِّصال.²

- **صيغ أفعال التفضيل:** استخدامها لترجيح فكرة معينة أو مفهوم ما.¹

- **عرض الرأي:** على أنه حقيقة وذلك رغم عدم الألفاظ والإِجماع عليها.

(1) - المرجع نفسه، ص ص (38،39).

2 - المرجع نفسه، ص 38.

- **استخدام غريزة القطيع:** وذلك باستغلال الضغط الذِّي يجعلنا نتوافق مع الجماعة المرجعية التي ينتمي إليها و يمكن أن نطلق عليها العدوى النفسية.

- كما يجب أن يحس القائم بالإقناع بإحساس المتلقي و يشعر بشعوره ليكون الإِتِّصال الروحي أداة تأثير فيها و يستخدمه في استفزاز مشاعرها و يملئ عليها ما يريد من آراء ذلك أن الإحساس المشترك بينهما يجعله قادرا على إثارة ميولاته.

- استمالات التخويف:

تعد "من أهم التقنيات المستخدمة في المجال الإقناعي و يشير إلى إثارة مخاوف أفراد الجمهور من الآثار السلبية لقضية ما أو موضوع معين بهدف تغيير الإتجاه نحوه."⁽¹⁾ وتعد استمالات التخويف رسائل اقناعية توضح الأضرار الإجتماعيَّة التي تترتب على عدم الإستجابة لمحاذير الرسالة الإقناعية والهدف من إستخدام استمالات التخويف ليس مجرد اثاره الرعب بين المتلقين لكن الشرح والتفسير وتقديم الحقائق الموضوعية المقنعة ويؤكد روجر على أن استمالات التخويف تعمل من خلال تصوير أو توضيح خطورة مشكلة معينة و التأكد من احتمالية حدوث هذه المضار والتعرف على الآثار الإيجابية للإستجابة الوقائية و تتوقف تلك المتغيرات على مستوى التخويف المطلوب.

كما يشير مصطلح استمالة التخويف إلى مضمون الرسالة الذِّي يشير إلى النتائج غير المرغوبة التي تترتب على عدم اقتناع المتلقي أو قبوله لتوصيات القائم بالإِتِّصال وسوف تنشط أمثال تلك الإستمالات درجة معينة من التوتر العاطفي تزيد أو تقل وفقا لمضمون الرسالة.

يقوم استخدام استمالات التخويف على الفروض التالية:

* استخدام هذه الإستمالات يؤدي إلى احساس الفرد بالتوتر نتيجة لزيادة الإحساس بالخوف أو الشعور بالعزلة التي تركز عليها رموز الرسالة.

* الإحساس بالتوتر في هذه الحالة يشكل حافزا للفرد على تجنب الخطر أو النتائج الغير مرغوبة.⁽²⁾

(1) - المرجع السابق، ص 42 .

(2) - حسن عماد مكاوي، مرجع سابق، ص 193.

- الأساليب الإقناعية المستخدمة في الرسالة:

تؤثر أساليب عرض المحتوى على التعليم والإقناع، و هناك العديد من الإعتبارات التي تؤدي إلى اختيار أسلوب معين وإستخدام نوع معين من الإستمالات بما يتوافق وخصائص جمهور المتلقين ويمكن عرض هذه الاعتبارات على النحو التالي:

أ/ وضوح الأهداف مقابل استنتاجها ضمناً:

تشير نتائج الدراسات السابقة إلى أن الإقناع يكون أكثر فاعليَّة عندما نذكر أهداف الرسالة أو نتائجها بوضوح بدلاً من أن نترك للجمهور عبء استخلاص النتائج بنفسه، فقد وجد الباحث هوفلاند "أن نسبة الأفراد الذين غيروا اتجاهاتهم بما يتوافق مع أهداف الرسالة حيث أنه حينما قدم المتحدث نتائج بشكل محدد و ذلك بالمقارنة إلى نسبة الذين غيروا إتجاهاتهم بعد أن تعرضوا للرسالة ترك المتحدث نتائجها ليستخلصها الجمهور"⁽¹⁾

عندما تكون أهداف الرسالة واضحة و محددة تسهل عليهم عبء استخلاص النتائج لأنه يسهل ذلك تغيير اتجاهاتهم.

كذلك وجد لازارسفيد كلما كان الاقتراح الذي يقدمه القائم بالإتصال محددًا إزداد إحتمال إتباع النصيحة.

حيث يجب أن نشير في هذا الصدد إلى أن هذه الاعتبارات التي تذهب إلى أبعد من مجرد مشكلة وضوح البدائل الضمنية و هي تتوقف على ظروف أخرى كثيرة مثل مستوى التعليم و ذكاء المتلقي - درجة أهمية الموضوع أو ارتباطه بالمتلقي - نوع القائم بالإتصال.

فالملاحظ أنه كلما زاد ذكاء المتلقي وتعليمه كان من الأفضل ترك الهدف ضمني وإذا كان الموضوع مهماً سوف يكون لديه معلومات كثيرة عنه، حيث أنه سوف يدقق و يتفحص حجج القائم بالإتصال و نتائجها بالتالي يصح تركه ليستخلص النتائج بمعرفته أكثر فاعليَّة ، كذلك إذا كان القائم بالإتصال محل شكوك المتلقي، فإن التأثير سوف يقل إذا قدم الرسالة بشكل محدد.⁽²⁾

(1) - المرجع السابق، ص 193.

(2) - المرجع نفسه، ص ص (193، 194).

ب/ تقديم الرسالة للأدلة و الشواهد:

يحاول أغلب القائمين بالإِتِّصال أن يدعموا رسائلهم الإقناعية بتقديم أدلة أو عبارات تتضمن إما معلومات واقعية أو آراء منسوبة إلى مصادر أخرى غير القائم بالإِتِّصال، وذلك لإضفاء شرعية على موقف القائم بالإِتِّصال و إظهار أنه يتفق مع موقف الآخرين، فهناك إعتقاد بأن هذه الشرعية تزيد من قدرة القائم بالإِتِّصال على الإقناع و لكن نتائج الأبحاث العلمية لم تصل إلى نتائج قاطعة في هذا الشأن حتى الآن.

و هناك العديد من العوامل التي تلعب دورا أساسيا في تحديد نتائج عمل القائم بالإِتِّصال أهمها مصداقية المتحدث فاستخدام الأدلة و الشواهد يزيد من مقدره المصادر ذوي المصداقية المنخفضة على الإقناع.

و بشكل عام يمكن تقديم بعض التعميمات حول التأثير لتقديم الأدلة والشواهد منها:

- يرتبط استخدام الأدلة والشواهد في الرسالة بإدراك المتلقي لمصداقية المصدر فكلما زادت مصداقية المصدر، قلت الحاجة لمعلومات تؤيد ما يقوله.
- تحتاج بعض الموضوعات لأدلة أكثر من غيرها، وخاصة تلك الموضوعات غير المرتبطة بالخبرات السابقة للمتلقي.
- يقلل التقديم الضعيف للرسالة من وقع أي دليل.
- تقديم الأدلة يكون وقع أكبر على الجماهير الذكية أي أولئك الذين يتوقعون إثباتا للأفكار المعروضة عليهم.
- يتوقف تأثير الدليل على ما إذا كان المتلقون يعتبرونه صحيحا أو غير صحيح و علينا أن ندرك أن الدليل الذي يقدم حقائق غير الدليل الذي يقدم آراءه فتأثيرهما مختلف، والواقع أن هذا الاحتمال لم يخضع للدراسة في أبحاث حول تأثير الآراء على اقناع.¹

ج/ عرض جانب واحد من الموضوع مقابل عرض جانبيين المؤيد و المعارض:

لقد أشار الباحثون "هوفلاند" و "المزدین" و "سفيلد" في كتابهم "تجارب على الإِتِّصال الجماهيري"

(1) - المرجع السابق، ص 194.

وقد وجد الباحثون " أن تقديم الحجج المؤيدة و المعارضة أكثر فاعليّة وأقدر على التعبير لدى الفرد المتعلم، وحين يكون الجمهور مترددا فإن تقديم الجانبين يكون أقوى أثرا "(1)

حيث يتضح من خلال ذلك أنه كلما كان الجمهور أكثر ترددا كلما دعت الضرورة إلى تقديم حجج تكون المؤيدة و المعارضة و ذلك لتكون أكثر فاعليّة .

و في المقابل يكون التركيز على جانب واحد من الموضوع أكثر فاعليّة في تغيير آراء الأفراد الأقل تعليما، أو الأفراد المؤيدين أساسا لوجه النظر المعروضة في الرسالة حيث يصبح تأثير الرسالة في هذه الحالة تدعيميا.

كذلك فإن الرسالة التي تذكر جانبي الموضوع - المؤيد و المعارض- تكون أكثر قدرة على تحصين المتلقي من الدعاية المضادة، في حين أن الرسالة التي تعرض جانب واحدا تكون غير قادرة على تحصين الجمهور.

حيث لخص "هوفلاند" و"جانيس" و "كيلي" الفائدة النسبية للرسائل التي تعرض جانب واحدا من جوانب الموضوع و تلك التي تعرض الجانبين حيث أشاروا إلى:

" أن عرض جانبي الموضوع - مؤيد و معارض- تكون أكثر فاعليّة على المدى الطويل إذ كان العرض من المحتمل أن يتعرض لدعاية مضادة و إذا كان رأي الجمهور لا يتفق أساسا مع رأي القائم بالاتصال"(2) و يكون تقديم جانبي الموضوع أقل فاعليّة إذا كان الجمهور يتفق أصلا مع موقف القائم بالاتصال ولا يتعرض بعد ذلك لدعاية مضادة.

د/ ترتيب الحجج الإقناعية داخل الرسالة:

- عادة ما يشار إلى الرسالة التي تحتجز أقوى وأهم الحجج إلى نهاية، أما الرسالة التي تقدم الحجج الأقوى في البداية فهي تنتج التأثير العكسي، حيث أثبتت الدراسات أن الحجج التي تقدم في البداية تكون تأثيرها أقوى من الحجج التي تقدم في النهاية في حين أظهرت دراسات أخرى نتائج عكسية و بشكل عام يمكن القول أنّ: "ترتيب الذروة أفضل بالنسبة للموضوعات غير المألوفة، وحين لا يكون الجمهور مهتما بالموضوع"(3).

(1) - حسن عماد مكاوي، مرجع سابق، ص 194 .

(2) - المرجع نفسه، ص ص (194,195) .

(3) - المرجع السابق، ص 197.

و كذلك إننا حين نرتب حججا متعارضة على الموضوع كان محورا للجدال و النقاش، فإن الحجة التي تقدم أولا يمكن أن يكون لها تأثير أكبر على المتلقي.

و قد يتوقف قول الحجج على تقييم الجمهور للقائم بالإتصال ومدى التزام الجمهور، وأشارت التجارب أنه في بعض الأحوال يكون تأجيل الحجج الأقوى حتى النهاية أفضل من تقديمها في البداية، فليس هناك قاعدة أو قانون عام لترتيب الحجج في عملية الإقناع، و لكن علينا أن نفهم على الأقل الظروف التي يفضل فيها استخدام ترتيب ما بدلا من الآخر.

و/ استخدام الاتجاهات أو الاحتياجات الموجودة لدى الجمهور:

لاحظ علماء الاجتماع و خبراء العلاقات العامة أن الأفراد يكونون أكثر استعدادا لتدعيم احتياجاتهم الموجودة عن تطويرهم لاحتياجات جديدة عليهم تماما و تدعم أبحاث الإتصال هذا الرأي و تشير بقوة إلى أن الرسالة تصبح أكثر فاعلية حينما تجعل الرأي أو السلوك الذي تعرضه يبدو للجمهور على أنه وسيلة لتحقيق احتياجاته الموجودة فعلا أما خلق احتياجات جديدة وإجبار الجمهور على إتباع أسلوب لإشباعها فيعتبر مهمة أكثر صعوبة.

يشار هنا إلى أن الرسالة تكون أكثر فاعلية عندما يعتبر الموضوع المطروح للجمهور عبارة عن وسيلة لتحقيق الاحتياجات أما الأمر الأكثر صعوبة هو خلق احتياجات جديدة و إجبار الجمهور على إتباعها.

ه/ تأثير رأي الأغلبية:

يتأثر نجاح الإتصال بطبيعة الظروف التي يتلقى فيها الفرد المعلومات و بشكل عام فإن المعلومات التي تتفق مع الرأي السائد يزيد احتمال تأييد آخريين لها، في حين أن الرسائل التي تردد رأي الأقلية لا يحتمل أن تجذب المؤيدين لأنه قد أثبتت دراسات عديدة أن الجماهير تعتقد بعض الآراء لأنها تؤمن ببساطة بأن تلك الآراء تتفق مع رأي الأغلبية أو الرأي الشائع، يتضح أن كلما كانت الرسالة و المعلومات متضمنة لها تتفق مع رأي الأغلبية إزداد تأييد الجمهور لها.⁽¹⁾

ي/ تأثير تراكم التعرض و التكرار:

يؤمن عدد كبير من علماء الإتصال بأن تكرار الرسالة من العوامل التي تساعد على الإقناع

(1) - المرجع نفسه، ص ص (195،197).

وينعكس هذا الإيمان في الحملات التي تعتمد إلى تكرار الرسائل و تؤكد الدراسات التي أجراها "بارتسيت" أن: "التكرار يقوم بتذكير المتلقي باستمرار بالهدف من رسالته ويشير في نفس الوقت احتياجاته ورغباته"⁽¹⁾

يشير هنا إلى أنه من أجل تثبيت الرسالة في ذهن المتلقي لا بد من اللجوء إلى التكرار الذي يقوم بعملية التذكير متضمنا الإشارة إلى احتياجاته ورغباته.

■ عوامل نجاح العملية الإقناعية:

- * لابد من توفر مهارات إتصالية أخرى مثل مهارة الحديث مهارة الإستماع، مهارة السؤال، مهارة الكتابة.
- * اكتسب الثقة و المصادقية و كون لنفسك شخصية مقبولة عند الآخرين، و هذا هدف طويل يجب أن تسعى إلى تحقيقه قبل أن تحتاجه.
- * تجنب اليأس و كن واثقا من مهاراتك.
- * حدد هدفك من العملية بدقة، أي ما الشيء الذي تريد أن تقنع فيه المتلقي.
- * ليكن هدفك خيرا نافعا للمتلقي، يجنب إستغلال مهاراتك لتخدع آخرين أو تبتزهم.
- * إجعل هدفك واقعا يمكن تحقيقه، فليست كل الأهداف الإقناعية يمكن تحقيقها.
- * إفهم شخصية المتلقي النفسية و الثقافية و الإجتماعية.
- * فكر أي إستراتيجيات الإقناع أفضل للمتلقي.⁽²⁾
- * افترض دائما أن المتلقي شخص رشيد و ذكي فلا تحتقره.
- * تذكر أن المتلقي لديه ما يرد به على حججك، فإستعد و فكر في الموقف جيدا.
- * يمكن أن تجري تجربة مع الصديق ليساعدك على تحديد نقاط ضعفك و نقاط قوتك.
- * إختار الظروف المكانية و الزمانية و النفسية المناسبة للطرفين أنت و المتلقي.
- * تفاعل لكن لا تنفعل، تجنب الشدة في الأسلوب و الحدة في الصوت، اختر ألطف الكلمات والتعبيرات.
- * إستخدام أسلوب المنطق المقدمات و النتائج.

(1) - حسن عماد مكاوي، مرجع سابق، ص 198.

(2) - محمد بن فهد الجبير، مرجع سابق، ص 50.

من أجل عمليَّة إقناعية فعالة وهادفة لا بد من اتباع هذه الشروط ومراعاتها آخذا بعين الإعتبار جملة خصائص متوفرة في المتلقي وفي ظروف الموقف الإِتصالي والهدف من العمليَّة الإقناعية.⁽¹⁾

✓ نظريات الإِتصال في الإقناع والتأثير:

1- نظرية التاءات الثلاثة:

تتم عمليَّة الإقناع و التأثير في سلوك الأفراد عبر ثلاث مراحل حسب نظرية ميشال لونات، وهي: التوعية، التشريع، التتبع أو المراقبة، ومن هذه المسميات الثلاثة إشتق إسم نظرية التاءات الثلاث.⁽²⁾

أ_ المرحلة الأولى:

👉 التوعية

و تتضمن التوعية آليات الإقناع اللساني و التوضيح و التفهيم و تعزيز كل ذلك بالأدلة والبراهين المقنعة والتي تنساب إلى عقول المُستقبِلين. و يشترط في الأفكار المراد إيصالها، البساطة بحيث لا تتعب المُستقبِلين في فهمها وهضمها، و عدم التناقض لتتال المصادقية لدى المُستقبِلين.

و يشترط كذلك في التوعية، الموضوعية وعدم التحيز أو الإنطلاق من أحكام مسبقة ذاتية، والتي من شأنها أن تنفر المستمع أو تدفعه إلى تبني مواقف مضادة إزاء ما يلتقي، وهذا يؤدي إلى وجود حاجز سميك بين المُرسِل و المُستقبِل، يضاف إلى ذلك إختيار الوقت المناسب لإرسال الرسالة. بحيث تقع موقعا مناسبا من المُستقبِل.

ب_ المرحلة الثانية:

👉 التشريع

في نظر ميشال لونات، يجب أن تعزز مرحلة التوعية والتفهيم بمرحلة موائية وهي إصدار قانون يدعم الفكرة و يمنع الفرد من مخالفتها. فهو يرى أن التوعية و توضيح الأشياء، و بين المخاطر والفوائد من أمر ما، غير كاف للتأثير على سلوك الفرد و تغييره، أو لصد أفراد معينين من فعل شيء ما فيه مضرة لهم وللمجتمع.

(1) - المرجع السابق، ص 50.

2- عامر مصباح، الإقناع الإجتاعي "خلفيته النظرية وآلياته العلمية". ط: بلا. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، 2005. ص 66

ففي كثير من الأحيان تجد الأفراد يعرفون تماما الأضرار و المخاطر المحدقة بهم من تعاطي المخدرات، أو الإدمان على المواد الكحولية، أو التدخين، ولكن لا يجدون القوة الكافية لديهم من منع أنفسهم من تعاطيها.

ج- المرحلة الثالثة:

التتبع

في هذه المرحلة يرى ميشال لونات أنه لا بد من أجل نجاح عملية الإقناع و التأثير من المراقبة والمتابعة للعملية ككل، لأن الإنسان بحاجة إلى التذكير و التأكيد بإستمرار حتى في الأمور البسيطة اليومية.

ففي هذه النظرية الأمر يفترض أن تغيير الظاهرة المراد معالجتها يتم عبر ثلاث مراحل، تبدأ بالتوعية و تنتهي بالتتبع مروراً بالتشريع. و هي عكس النظريات الأخرى، إذ أنها نظرية تدخل عنصر السلطة و القوة الخارجية لحمل الفرد على تعديل أو تغيير سلوكه.

2- نظرية التنافر المعرفي:

يرى ليون فيستنجر (1962) أن نظرية التنافر المعرفي تتركز حول فكرة أن الشخص إذا كان يعرف عدة أشياء لا تتوافق معرفياً مع بعضها البعض، فإنه يحاول بطرق مختلفة أن يجعلها أكثر توافقاً. فإذا كان هناك عنصران من المعلومات لا يتوافقان مع بعضهما البعض معرفياً، يقال أنهما في حالة تنافر، وقد تكون عناصر المعلومة تعبر عن نوع السلوك أو الوجدانيات، أو الرأي، أو أشياء في البيئة أو ما إلى ذلك، وتؤكد (لفظة معرفية) أن النظرية تتناول العلاقة بين عناصر المعلومات. و التنافر هو حالة من حالات الدافعية، بحيث تدفع بالفرد إلى تغيير سلوكه وآرائه، ولعل أبسط تعريف للتنافر هو أن نصيغه من ناحية توقعات الشخص، فلقد كدس الفرد _ من خلال مجرى حياته عددا من التوقعات عن الأشياء التي تتماشى مع بعضها البعض والأشياء التي لا تتماشى. فإذا لم تتحقق هذه التوقعات تكون هناك حالة من التنافر (ليون فيستنجر 1962).

3- نظرية التحليل المعرفي:

تقوم هذه النظرية على إفتراض أن الإنسان حيوان عاقل، يقوم بتحليل المعلومات التي يتلقاها من المحيط الخارجي، ويبني إعتقاداته وإتجاهاته النفسية، ونواياه السلوكية والسلوك الفعلي، على نوع المعلومات التي يتلقاها. وأكثر من ذلك يبنيه على ضوء تحليله للمعلومات. ومن ثم (فمارتن) يركز على

العامل المعرفي في عملية الإقناع والتأثير وتغيير الإتجاهات و تعديلها، وعملية التأثير في سلوك الفرد متوقفة على كمية المعلومات التي يوفرها المصدر، ونوعيتها ومنطقيتها، و بساطتها ودرجة الإثارة التي تتوفر عليها.⁽¹⁾

4- نظرية التوازن المعرفي:

تعود مساهمة (هيدر فريتز) في بناء نظرية التوازن المعرفي إلى المقال الذي نشره عام 1946 بعنوان (الإتجاهات والمنظومة المعرفية) و هو بمثابة نتيجة لمجموع البحوث التي نشرت حول ظاهرة الإتجاهات النفسية للأفراد، و كيفية تكوينها و تعديلها و تغييرها.

ويرى (هيدر) أن مفهوم حالة التوازن هي: وجود مواقف معينة أين الوحدات الإدراكية والتجارب الوجدانية تعمل دون ضغط.

بمعنى أن تكون هناك حالة من التوافق والإنسجام بين وحدات شخصية الفرد، أي بين الإدراك والسلوك والمعتقدات والإتجاهات كما أن هذا التوازن و الإنسجام هو حاجة ورغبة نفسية للفرد يسعى للحفاظ عليه أو لإيجاده إن فقد.²

✓ مستويات التوازن:

- المستوى الفردي:

والذي يكمن في سعي الإنسان إلى إحداث عملية التوازن بين الإتجاهات الشخصية، بحيث لا تكون متعارضة مع بعضها البعض. ويلجأ إلى الفصل بين الإتجاهات التي تتعارض، والإتجاهات التي تتشابه وعزلها عن بعضها البعض.

_ مستوى الأفراد فيما بينهم:

إذ يسعى الأفراد إلى إحداث التوازن بين إتجاهات بعضهم البعض، بحيث تكون في حالة إنسجام. وغالبا ما تزداد هذه الحالة في الجماعات الصغيرة التي يسعى إلى الحفاظ على إنسجامها وتماسكها وترابطها.

(1) عامر مصباح، الإقناع الاجتماع " خلفيته النظرية وآلياته العلمية"، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون ، الجزائر ، 2005، ص 67.

² نفس المرجع السابق ، ص 67.

5- نظرية العلاقات الإجماعيَّة:

تنطلق هذه النظرية من إفتراض مفاده أن العلاقات الإجماعيَّة القائمة بين الجماعات والأفراد تتدخل بدور كبير في إستجابة الناس للرسائل الإعلامية، فالرسائل الإعلامية تمر عبر شبكة العلاقات الإجماعيَّة، لتصل إلى ذهن الفرد وعواطفه وبنيته النفسية، ومن ثم فالقائم بعملية الإقناع والتأثير يجب أن يكون مدركاً لنمط العلاقات الإجماعيَّة، وواعياً بالمداخل والمخارج لهذه العلاقات. فإستجابة الناس للرسائل الإعلامية مرتبطة بنمط علاقاتهم الإجماعيَّة.¹

6- نماذج الإِتصال في التأثير:

○ نموذج التدفق عبر مرحلتين:

الفكرة العامة لهذا النموذج هي:

أن وسائل الإعلام لا تتدفق مباشرة على الجمهور، وإنما تتدفق على مرحلتين. فهي تصل إلى قادة الرأي، ثم تتدفق عن طريقهم إلى الرأي العام. فقادة الرأي هم بمثابة الواسطة بين وسائل الإعلام والجمهور.

ويرجع أصل هذا النموذج إلى الدراسة التي قام بها كل من لازرسفيلد بريسلون وغوديت (1940) على الانتخابات الرئاسية الأمريكية. وقد أجريت الدراسة على أساس أن وسائل الإعلام تؤثر في الجمهور، بناءً على فكرة الحافز والاستجابة، لكن من خلال هذه الدراسة تبين أن نمط الحافز والاستجابة غير كاف لتفسير كيفية تأثير وسائل الإعلام على الرأي العام.⁽²⁾ عندئذ لجأ الباحثان إلى إدخال فرضية جديدة على البحث وهي:

أن تدفق الرسائل الإعلامية على الرأي العام يكون على مرحلتين. وبعد الدراسة، تبين أن الرسائل الإعلامية تتدفق ابتداءً على قادة الرأي، ثم تتدفق على الرأي العام. على اعتبار أن الناس لا يعيشون متفرقين ومنعزلين عن بعضهم البعض، وإنما يعيشون ضمن جماعات صغيرة.

وهذه الجماعات هي التي تعطي المعنى للرسائل الإعلامية المتدفقة، وتقوم بعملية صياغة جديدة أو تعديل وتنقيح لها، ثم بعد ذلك تسمح للرسائل الإعلامية بالتدفق على جمهورها وفقاً لتصورها.

¹ - الدكتور بشير العلاق، نظريات الإِتصال (مدخل متكامل)، ص73.

⁽²⁾ - عامر مصباح، الإقناع الإجماعي "خلفيته النظرية وآلياته العلمية"، مرجع سابق، ص 103.

• المعلومات تتدفق على مرحلتين:

من وسائل الإعلام إلى أفراد ذوي إطلاع حسن نسبيا بالواقع الاجتماعي، ويولون عناية مستمرة لوسائل الإعلام.

المرحلة الثانية من هؤلاء الأفراد ذوي الإطلاع الحسن إلى الأفراد الذين لديهم تعرض مباشر وبصورة أقل لوسائل الإعلام، ويعتمدون على آخرين في الحصول على المعلومات.

وقد ضمن لازارسفيلد وزميله نموذجه هذا مجموعة من الفرضيات:

إن الإستجابة ورد الفعل لرسالة وسائل الإعلام ليست مباشرة وفورية، بل غير مباشرة ومتأثرة بهذه الروابط الإجتماعية.

إن النمط يشمل عمليتين:

واحدة للاستقبال والإهتمام، وواحدة للتجاوب على شكل قبول أو رفض للمؤثر، أو محاولة الاعلام والاستقبال لا تعادل الإستجابة ولا يعادل عدم الإستقبال عدم الإستجابة.

لا يتساوى كل الأفراد في مواجهة حملات وسائل الإعلام، بل لهم أدوار مختلفة في عملية الإعلام، وأولئك الذين يعتمدون أساسا على إتصالاتهم بآخرين.

أصحاب الدور الأكثر نشاطا (قادة الرأي) يتميزون باستخدام أكثر لوسائل الإعلام، وذو مستوى اجتماعي أعلى، ووعي بتأثيرهم الشخصي على الآخرين، وأن لهم دورا كمصدر ودليل.

ومن وجهة نظر هذا النموذج، تساهم وسائل الإعلام في نسج العلاقات الإجتماعية للمجتمع، وتتنافس مع المصادر الأخرى للأفكار والمعرفة، والأيدولوجيا.⁽¹⁾

• نموذج نشر الابتكارات:

يرى كل من روجرز وشوماكر (1973) أن من بين الطرق التي تلجأ إليها وسائل الإعلام لإقناع الجمهور بأفكار معينة، هي نشر الابتكارات والاكتشافات العلمية الجديدة حول موضوع معين. باعتبار أن الإنسان مولع بالتعرف على الجديد، وسهولة الإقناع بالأفكار الجديدة، خاصة إذا كانت هذه الابتكارات الجديدة تستند على أسس علمية دقيقة. وتزيد مصداقية هذا النموذج أكثر لدى الطبقة المثقفة والمتعلمة، وذلك لميل هذه الفئة من الناس إلى كل ما هو علمي ومنطقي.

(1) مرجع سبق ذكره ص 104

وينبني هذا النموذج على افتراض مفاده أن هناك أربع خطوات واضحة على الأقل في عملية نشر الابتكار.

1- المعرفة:

يتعرض الفرد لإدراك بوجود الابتكار، ويتعرف على طريقة تبني هذا الابتكار. بمعنى أن البنية الإدراكية للفرد تتحصل على معلومة واضحة حول طبيعة الابتكار وكيفية التعامل معه.

2- الإقناع:

وهي مرحلة متقدمة وناتجة عن تشبع الفرد بالمعلومات بحيث يصل به الأمر إلى تكوين اتجاه معين إزاء هذا الابتكار.

3- القرار:

يقوم الفرد - نتيجة تلقيه لتلك المعلومات حول الابتكار - ببلورة الأفكار حول الابتكار الجديد لإتخاذ موقف معين إما يتبنى هذا الابتكار أو يرفضه.

4- التصديق:

تكاد تكون هذه هي المرحلة الأخيرة التي يلجأ إليها الفرد في البحث عن المؤيدات التي تعزز موقفه، وتقوّي قراره نحو تبني الابتكار، ويزود بنيته الإدراكية مجموعة من الأدلة المنطقية المؤيدة لقراره. وبناءً على ذلك، تقوم وسائل الإعلام بنشر الابتكار بين الجمهور وفق طرق وآليات تسهل قبوله لديه. وأثناء عملية نشر الابتكار يفترض ظهور ثلاث مراحل، فهناك السوابق، والعملية، والعواقب.⁽¹⁾ وتشير إلى الظروف المحيطة بالحدث، ومميزات من يشاركون فيه. فيمكن أن تكون الظروف مناسبة لتبني الابتكار، كذلك الظروف التي تؤدي بالمزارعين إلى تغيير نوعية البذور وأساليب البذر عندما تكون الظروف الفلاحية مهيئة لذلك، كتعرض الفلاحين إلى نقص في إنتاجهم. أو أن يكون الأفراد الذين يتعرضون إلى الابتكار يميلون إلى التغيير، وحب الإطلاع على الجديد، والملل من الروتين.

- أما العملية:

فهي تشير إلى الطريقة التي تتم عبرها تعلم أو تبني الابتكار، أو بناء اتجاه إزاءها. فتبني الابتكار في معظم الأحيان، لا يتم دفعة واحدة، وإنما يتم عبر مراحل معينة ويتطلب وقتاً معيناً.

(1) عامر مصباح، الإقناع الاجتماعي "خلفيته النظرية وآلياته العلمية"، ص 105.

- أما العواقب:

فتشير إلى النتائج المترتبة عن تبني الإبتكار. ويمكن أن تكون هناك حاجة للفصل بين الوظائف المحددة للمعرفة والإقناع والقرار والتصديق، التي ينبغي أن تحدث دائماً بهذا التسلسل. ويشير هذا النموذج إلى أن بدائل المتلقي تتوقف على المرحلة الأولى وهي مرحلة المعرفة. فتبني الإبتكار مثلاً يتوقف على الصفات الشخصية، والخصائص الإجتماعية للفرد.

وبصفة عامة، فإن هذا النموذج يعتمد على العامل الخارجي في عملية الإقناع والتأثير، والذي يمكن أن يكون أكثر نفوذاً على الفرد بحيث لا يجد من تبني ما يتعرض له من معلومات. خاصة إذا صادفت هذه الأفكار شخصاً من النوعية المقصودة. كأن يكون مثقفاً أو متعلماً، أو هو بحاجة ماسة إلى شيء جديد ينقذه من مشكلة ما يعاني منها.

• نموذج روس R. S. Ross

تتم عملية الإقناع والتأثير عبر مجموعة من الخطوات والمراحل التي تشكل مضمون نموذج روس.

فالمرحلة الأولى:

يتم فيها تجميع المعلومات والتجارب والخبرات لدى المُرسِل ، ويقوم بتنظيمها وتصنيفها حتى تضح فكرة منطقية ومقبولة، عندئذ يقوم بتحويلها في شكل رسالة ليرسلها إلى المُستقبل.

المرحلة الثانية:

تكمُن في أهمية الوسيلة لنقل الرسالة وضرورتها لإحداث عملية الإقناع والتأثير. وتختلف أهمية وفاعلية الرسالة من موضوع لآخر، ومن ظرف زمني ومكاني لآخر.. ومن ثم اختيار نوعية الرسالة تنطوي على دقة بالغة الأهمية، حتى تحقق الرسالة هدفها.

المرحلة الثالثة:

وتكون على مستوى المُستقبل الذي يتلقى الرسالة، ويقوم بالاستجابة لها عن طريق إحداث عملية بناء جديدة للرسالة الأصلية المتلقاة. وذلك وفقاً للمعطيات السيكلولوجية والمعرفية والمحيطية المتوفرة لديه. وكل هذه العناصر تتدخل لتعطي فهماً معيناً، أو معنى معيناً للرسالة، قد يختلف بعض الشيء عن الرسالة الأصلية.

المرحلة الرابعة:

وتتمثل في الآثار المترتبة عن تلقي الرسالة من قبل المُستقبلِ واستجابته لها. وذلك فيما يسمى برجع الصدى. ورجع الصدى هو المعيار أو الميزان الذي يعتمد المرسل في تقييم أدائه ومحتوى رسالته، وبناءً عليه يقوم بعملية التعزيز أو التعديل أو التغيير أو التنقيح. (1)

وتتدخل عناصر أخرى لوضع أو بناء رسالة المرسل، كالظروف التي تحيط بالمرسل.

والذي يتدخل كمؤثر يحدد المعنى الفعلي للفكرة. ويتضمن عنصر الظرف معرفة المرسل الأفكار التي تقدمها المعلومات، وتجربته السابقة، مع تلك المعلومات، ومشاعره واتجاهاته وعواطفه في وقت الإرسال.

ويؤكد روس في نمودجه عن فكرة فك الكود لدى المتلقي. والتي تعني أن المتلقي عند تلقيه للرسالة الإقناعية، يقوم ب عملية تفكيك لرموزها، وتمييزها وتفسيرها. ويختار الأشياء التي تتفق مع ثقافته وكذلك الحاجات التي يريد إشباعها. والثقافة هنا تعمل كذلك كمؤثر يحدد المعنى الفعلي للرسالة. وتتكون الثقافة من معرفة المتلقي لمعلومات الرسالة، ومن تجاربه السابقة مع تلك المعلومات، ومن مشاعره واتجاهاته.

وضمن روس في نمودجه كذلك الرموز والكود وترتيب المعلومات والصوت. ويطلق على كل هذه العناصر، المناخ العام للحالة أو الظرف الإِتصالي.

وبصفة عامة، يؤكد روس في نمودجه على أن هناك شروطاً أساسية يجب أن تتوفر، ويكون لها الدور الأساس في حدوث عملية الإقناع والتأثير. وهذه الشروط هي: كمية المعلومات المتوفرة لدى المرسل، وكذلك الظرف المحيط بالعملية، و عملية تحويل الرسالة إلى أفكار، وتفكيك الكود ورموز الرسالة. وأخيراً دور إتجاهات المتلقي ومشاعره وبنيته السيكلوجية ونوعية إستجابته لرسالة المرسل. وهذه العناصر هي التي تحدد مستقبل عملية الإقناع والتأثير بالنجاح أو الفشل.

• نموذج ديفيد برلو (1960)

ضمن ديفيد برلو نمودجه في كتابه: "عملية الإِتصال"، وقد صنّفه ضمن نماذج الإِتصال الثنائي التي تتم بين فردين. ويقوم هذا النموذج على إفتراض مؤداه: أن الفرد يجب أن يفهم السلوك البشري

(1) -عامر مصباح، الإقناع الإِتصالي "خلفيته النظرية وآلياته"، مرجع سابق، 2005، ص 117

حتى يستطيع أن يحلّ عمليّة الإِتصال. ويفترض **ديفيد برلو** أن عمليّة الإقناع والتأثير تتحكم فيها أربعة متغيرات أساسية نوردّها كما يلي:¹

المصدر:

وهو الذي يقوم بعملية الإِتصال ويكون نقطة بدايتها. وأدائه لل عمليّة الإقناعية يتطلب جملة من الشروط نلخصها في النقاط التالية:

• المهارات الإِتصالية للمصدر:

والتي تتلخص في وضع الفكرة التي يراد إيصالها في كود عن طريق الكتابة أو الكلام، ثم فك الكود عن طريق القراءة أو الاستماع، وأخيرا مهارة القدرة على التفكير ووزن الأمور وحسن تقييمها.

• اتجاهات المصدر:

والتي يمكن تبويبها إلى اتجاهات المصدر نحو نفسه، وذلك إما بالإيجابية أو السلبية. فإذا كان إتجاه المصدر نحو ذاته سلبيا فإن هذا الأمر يشكل صعوبة كبيرة أمام عمليّة الإقناع والتأثير، ويجعل منها عمليّة فاشلة. أما إذا كان اتجاهه نحو ذاته إيجابيا، فهذا يعزز ويقوي من حظوظ نجاح العملية، ويقوي الثقة في نفس المصدر ويتعدى حتى إلى تقييم الرسالة التي يبنيها ويرسلها.

وكذلك هناك اتجاه المصدر نحو الموضوع، ويتعلق ذلك بمدى قناعة المصدر بموضوعه، وتأكده مما يقوله وثقته به. فإذا كان المصدر شديد التمسك بالموضوع الذي يطرحه، فإن ذلك ينعكس على سلوكه أثناء عمليّة الإقناع. وذلك من خلال المثابرة في الإقناع والتفسير والتوضيح والدفاع والمرافعة والمنافحة، وتكرار العمليّة عدة مرات دون كلل.

بمعنى آخر، أن المصدر لا يستطيع أن يوصل رسالته والإقناع بها دون أن يؤمن بها، أو يكون متحمسا لها ويحبها ويتشبث بها.

ولهذا السبب ترفض كثير من الشركات تعيين أي أفراد في وظيفة بائع ما لم تتأكد من أن ذلك الفرد يؤمن بالسلعة التي سيقوم ببيعها، واتجاهه نحوها إيجابي.

¹ نفس المرجع السابق

وأخيراً إتجاه المصدر نحو المتلقي، وهذا العامل يؤثر على قدرة وفاعليَّة المصدر في إتصاله بالمتلقي وتبليغه للرسالة الإقناعية، وكذلك يحدد نوعية علاقة المتلقين بالمصدر.⁽¹⁾

فمثلاً، حينما يدرك القراء أو المستمعون أن الكاتب أو المتحدث يحبهم فعلاً، فهذا يؤدي بهم إلى أن يكونوا أقل انتقاداً لرسالته، ويزداد إحتمال قبولهم لما سيقوله لهم. وبناءً على ذلك يزداد حب المتلقين للمصدر ومتابعة رسائله.

• مستوى معرفة المصدر:

من الواضح أن في أية عمليَّة إقناعية، فاقد الشيء لا يعطيه. وعدم معرفة المصدر بموضوعه، أو قلة إطلّاعه عليه يجعله غير قادر على الإقناع. ولذا تطلب في القائم على الإقناع والتأثير الناجح، المعرفة الجيدة بالموضوع، وسعة اطلاعه على ما يريد إرساله. ويتوفر على الأدلة الكافية حول صحة ومصداقية الموضوع، وطرق ووسائل توصيل الموضوع، وآليات الإقناع التي توفر عليه الجهد وعدم الرفض من قبل المُستقبِلين.

- النظام الإجماعي والثقافي الذي يحيط بالمصدر:

وخاصة نظام القيم السائد والعلاقات الإجماعيَّة. فالقائم بعمليَّة الإقناع والتأثير يتأثر بمركزه في النظام الإجماعي والثقافي، ومكانته في ذلك النظام، والأدوار التي يؤديها، ونوعية التقدير الإجماعي الذي يتلقاه، والوضع الإجماعي والاقتصادي له. إضافة إلى المعتقدات الدينية، والقيم الثقافية التي يتوفر عليها، ونوعية التكوين العلمي والإجماعي والثقافي الذي تلقاه في حياته. كل هذه العناصر تتدخل في عمل القائم ب عمليَّة الإقناع والتأثير. وتنعكس شخصيته على الآليات التي يتبناها في العملية، وكذلك في نوعية الأفكار التي يضمّنها رسالته، ونمط ترتيبه للأفكار، ومستوى وضوحها، وموضوعيتها، وقابليتها للإقناع بها، ومدى مرونتها ومصداقيتها في المجتمع الموجه إليه.

(1)-عامر مصباح، الإقناع الإجماعي "خلفيته النظرية وآلياته العلمية، مرجع سابق، ص 118

المتلقي:

المتغير الثاني في نموذج ديفيد برلو هو الشخص الذي يستقبل الرسالة، ويقوم بعملية فك كود الرسالة. وتتدخل نفس العناصر التي ذكرتها في المصدر سابقا أثناء فك كود الرسالة من قبل المُستقبل وكذا الموقف الذي يتخذ إزاء الرسالة المتلقاة.

الرسالة:

المتغير الثالث في نموذج ديفيد برلو هو الرسالة. وهناك ثلاثة عناصر يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في الرسالة وهي:

• كود الرسالة:

وهو مجموعة الرموز التي إذا وضعناها في ترتيب معين يصبح لها معنى عند المتلقي. فأى لغة هي كود مادامت بها مجموعة من العناصر، ومجموعة من الأساليب لجمع تلك العناصر في تكوين له معنى معين.

• مضمون الرسالة:

يمكن تعريف مضمون الرسالة بأنه مادة الرسالة التي اختارها المصدر لتعبر عن أهدافه. فمضمون الرسالة هو العبارات التي تقال أو المعلومات التي تقدم، والاستجابات التي تخرج بها والاحكام التي نقترحها.

وبصفة عامة، فالمضمون هو مبنى الرسالة، يحمل جملة مفيدة - ومعلومة مهمة.

• معالجة الرسالة:

تشير معالجة الرسالة إلى سلوك المصدر إزاء الرسالة التي يبني مضمونها، والآليات التي يقع عليها اختياره في إرسال الرسالة، والأبواب التي يدخل بها إلى المُستقبلين. وكذلك نوعية المضمون الذي يعطيه للرسالة، هل يكون في شكل معلومة؟ أو يعطي دليلا يثبت به صحة رأي معين؟ وبصفة عامة، يمكن تحديد معالجة الرسالة في أنها تلك القرارات التي يتخذها القائم بالإقناع في اختياره وترتيبه لكل من الكود والمضمون.

الوسيلة:

المتغير الأخير في نموذج برلو ديفيد هو القناة التي يتم عبرها نقل الرسالة، من المصدر إلى المُستقبل.

وتختلف وسيلة عمليَّة الإقناع من موضوع لآخر، ومن مصدر لآخر. كما يخضع اختيار الوسيلة إلى مهارة المصدر وتجربته في الإقناع، ومعرفته وعلمه بطرق وآليات الإقناع. وكذلك خبرته بالوسائل الفعالة في الإقناع. فلا شك أن هناك بعض القائمين بالإقناع أنجح من غيرهم في إقناع الآخرين، وذلك يرجع لعدة عوامل من بينها الوسائل التي يبنونها في العملية. كما أن وسائل الإعلام الجماهيري تختلف من حيث الفاعليَّة ، فالتلفاز يكاد يكون الوسيلة الأكثر فاعليَّة وتأثيراً في الجمهور من غيرها في هذا القرن.⁽¹⁾

☞ الإِتِّصال الإقناعي:

1- الفرق بين الإِتِّصال العام والإِتِّصال الإقناعي: الإِتِّصال العام في مفهومه يشير إلى كل أنواع الإِتِّصال فهو روح الحياة الاجتماعيَّة وأساسها إذ لا يمكن تصور حياة في غياب الإِتِّصال وتظهر هذه الأهمية في أساس ربط العلاقات الاجتماعيَّة بين الأفراد والجماعات وهذا في سبيل ضبط المسار الاجتماعي الذي يعني بالضرورة الإستقرار الاجتماعي.

وبالتالي يعتبر عمليَّة تفاعل مجموعة من العناصر من مرسل ورسالة ومتلقي.

- إذن الإِتِّصال العام اشمل من الإِتِّصال الإقناعي، هذا الأخير هو فرع بسيط منه، كذلك إن الإِتِّصال العام الموجود بالفطرة عند الأفراد عكس الإِتِّصال الإقناعي الذي لابد من التخطيط و القصدية الواضحة و الإستعداد المسبق له من خلال الوقوف على تحديد الحجج و البراهين التي تمكنه من الوصول إلى عاطفة المتلقي أو عقله، وذلك حسب الهدف الذي ينشده المرسل حيث أن الإقناع يستند إلى مساع معمولة في الوصول إلى الهدف المنشود و هذا ما يميز الإِتِّصال العام عن الإِتِّصال الإقناعي.²

بالإضافة إلى ذلك الإِتِّصال الإقناعي يقوم على تخطيط أي قبل أن يقوم المصدر بالعمليَّة الاتصالية يخطط لها مسبقاً كذلك تحويل الوظيفة السيكولوجية و هذا بهدف تحقيق الإستجابة العلنية من طرف المتلقي، كما أن الإِتِّصال الإقناعي يستهدف تغيير وجهة نظر ما عند الفرد أو الجماعة و لذلك فهو يخاطب العواطف والإنفعالات كثيراً.¹

(1)- عامر مصباح، الإقناع الاجتماعي "خلفيته النظرية وآلياته العلمية". مرجع سابق، ص 111.

(2) يوم الإثنين 20 أبريل 2020 على الساعة 16:00 -www.auargla.5ferum، info/t252-topic

خطوات الإِتّصال الإقناعي:

حدد العالم وليام ماكجوير مراحل الإِتّصال الإقناعي في إحدى عشرة خطوة، وهي:

- 1/ التعرض للرسالة
- 2/ الإِنتباه للرسالة
- 3/ الإِهتمام بها
- 4/ الفهم
- 5/ إكتساب معلومات جديدة
- 6/ القبول و تغيير الإِتجاه
- 7/ تذكر الرسالة والإِتجاه الجديد
- 8/ إسترجاع الرسالة
- 9/ إتخاذ القرار، وفقا للإِتجاه الجديد
- 10/ التصرف طبقا لهذا الإِتجاه
- 11/ التمسك بالسلوك الجديد.

يتضح من خلال هذه المراحل أن هناك تسلسل منطقي من التعرض للرسالة والإِهتمام بها ثم فهمها والبحث عن معلومات جديدة حولها ثم محاولة القبول المبدئي ثم تذكر وتكرار مستمر للرسالة من ثمة إتخاذ القرار قبول التغيير و بعدها ينعكس ذلك بوضوح في جملة السلوكيات التي يتبناها الفرد طبقا للإِتجاه الجديد.

و من أجل أن ندعم أكثر مراحل عمليّة الإقناع هناك عديد الباحثين الذين أشاروا إليها لكنها تختلف من باحث لآخر.⁽¹⁾

- كما قام الباحثين بولروهاال بتجميع هذه المراحل في خمسة مراحل أساسية:

1/ الإِنتباه:

يقصد به أن تستحوذ الرسالة على انتباه وإهتمام الجمهور المستهدف و إذا لم تتحقق هذه الخطوة فإن رسالة الإِتّصال الإقناعي تفقد فعاليتها في تحقيق الهدف المرجو منها.

(1) - المرجع نفسه ، ص ص (278:279).

و يتضح لنا هذا من خلال أنه من شروط الرسالة الإقناعية أن تكون جذابة ومثيرة وتتمتع بصفة جلب الإنتباه لأنه بغياب خاصية جلب الإنتباه تصبح الرسالة غير فعالة و هادفة وبالتالي تجد صعوبة في تحقيق الهدف منها.

2/ الفهم:

لابد أن تكون الحجج والبراهين والرموز التي تم الإستعانة بها في الرسالة قد تم إدراكها و إستيعابها وفهمها جيدا من قبل الجمهور المستهدف حيث اطلق mc guire على خطوتي الإنتباه و الفهم اسم العوامل الحسية.

تعتبر مرحلة فهم الرسالة مرحلة مهمة للغاية فلكي ينتبه الجمهور للرسالة لابد أن تكون واضحة ليتمكن المتلقين من فهمها و إستيعابها لأنه في غياب عنصر الفهم و الإدراك لن تستطيع أبدا توصيل موضوع الرسالة و من ثمة يصعب تحقيق الغاية منها.

3/ القبول:

يقصد به قبول الجمهور المستهدف لما توصلت إليه رسالة الإتصال الإقناعي من حلول وتوصيات و تتوقف معظم الدراسات الأجنبية عند هذه الخطوة مفترضة أن قبول الجمهور المتلقي للرسالة يؤدي بالضرورة إلى تنبيه السلوك الذي تحث عليه، حيث أن متلقي الرسالة لن يستطيع القيام بالسلوك المستهدف بطريقة فورية بمجرد تلقيه للرسالة إذ تتدخل العديد من العوامل الحائلة لتحقيق ذلك.

قبول الرسالة وما تحتويه أمر غاية في الأهمية لأنه إذا حاول المتلقي رفض الرسالة وعدم الإهتمام بها هذا مؤشر يدل على فشل الرسالة الإقناعية في توصيل المحتوى المطلوب إيصاله وخاصة إذا كانت تحتوي على حلول لمشاكل وكذا توصيات لمعالجة المشكلة ويتضح لنا قبول المتلقي للرسالة من خلال جملة السلوكيات التي يتبناها والتي تنطبق وطبيعة الرسالة الإقناعية.¹

4/ التذكّر:

إذا كانت مساعي القائم بالإتصال الإقناعي ناجحة في إستمالة الجمهور المتلقي للرسالة و قبوله لها، و لكن لم يتذكّر موقفه الجديد فإن محاولات الإقناع تكون أخفقت في تحقيق أهدافها العملية إذ

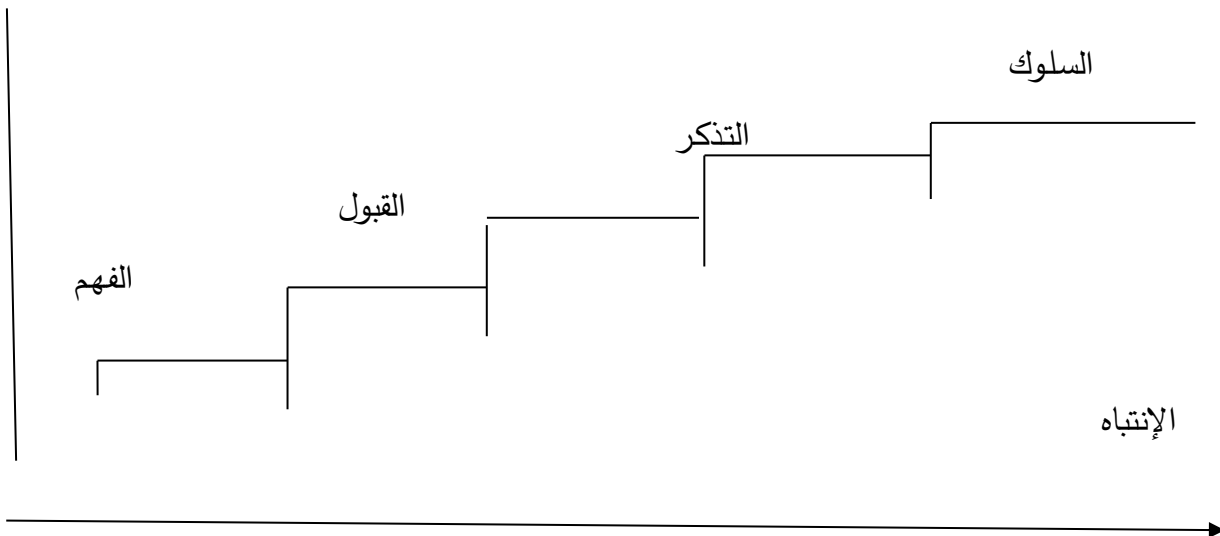
(1) - المرجع السابق، ص ص(279، 280).

أنه ليس كافياً إرسال رسالة، لكن لابد من إحتفاظ الجمهور بها لفترة كافية يتم فيها حدوث العمل المرغوب فيه.⁽¹⁾

5/ تبني السلوك:

تعد هذه الخطوة الهدف الأساسي لعملية الإِتِّصال الإقناعي وفي الغالب الأعم حسب هاذين الباحثين لا يتم القياس العملي لسلوك الناتج عن رسالة الإِتِّصال الإقناعي وإنما يتم إستخلاصه من متغير القبول للرسالة حيث تعد مرحلة إتخاذ سلوك من النتيجة الفعلية التي جعلت الرسالة الإقناعية تخضع لجملة هذه المراحل لتصل إلى الهدف المرجو ولكن برأي هاذين الباحثين فإن الهدف يمكن إستخلاصه من ردة فعل المتلقي المتمثلة في قبول الرسالة.⁽²⁾

الشكل 05: يوضح مراحل الإِتِّصال الإقناعي عند الباحثان بولر و هال:



المصدر: وسام محمد أحمد نصر، دور حملات التوعية في الراديو و التلفزيون في التثقيف الصحي للمرأة المصرية، 2006، ص 81.⁽³⁾

(1) - سطوطاح سميرة، مرجع سابق، ص 280.

(2) - المرجع نفسه، ص 281.

(3) - وسام محمد أحمد نصر، دور حملات التوعية في الراديو و التلفزيون في التثقيف الصحي للمرأة المصرية، رسالة دكتوراه في الإعلام، جامعة القاهرة، السنة الجامعية 2006، ص 81.

و هناك من الباحثين من يرى أن نجاح القائم بالإِتِّصال الإِقناعي في إستمالة الجمهور المتلقي للرسالة و تحقيقه لعنصر القبول لها لا يعني أن محاولة الإِقناع قد نجحت في تحقيق أهدافها إذ لا بد أن يتذكر هذا الجمهور المتلقي موقفه الجديد المستمد من هذه الرسالة و لا بد له من الإحتفاظ به في ذاكرته لفترة كافية نسبيا يتم خلالها حدوث الهدف المرجو.

- حاول كارل هوفلاند و زملائه جانيز وكيلى دراسة العناصر التي تتدخل في عمليَّة الإِتِّصال الإِقناعي لذلك فقد أشاروا إلى أن عمليَّة الإِتِّصال الإِقناعي تتم من خلال ثلاث عناصر وهي:

1- المثير (السمات الخاصة بالموقف الإِتِّصالي) و قد حددها هوفلاند في العوامل الخاصة بالمصدر و الرسالة و الجمهور.

2- الإستجابة (تأثيرات الإِتِّصال على الرأي و الإدراك و الإِتِّجاه و السلوك).⁽¹⁾

3- العمليات الداخلية (الإدراكية) التي تتم لدى الجمهور المستهدف متمثلة في الإِتِّنباه و الفهم والقبول التي تتوسط العلاقة بين المثيروالإستجابة كما أوضح هوفلاند وزملاؤه: " أن العوامل الخاصة بالمصدر تؤدي إلى حدوث الإِتِّنباه للرسالة الذي ينتج عنه تغيير في الرأي و تغيير في الإدراك، أما العوامل الخاصة بالرسالة فإنها تؤدي إلى حدوث الفهم الذي ينتج عنه تغيير في المكون العاطفي لدى الجمهور المستهدف أي تغيير في الإِتِّجاهات".⁽²⁾

يتضح لنا أنه كلما كانت هناك جملة خصائص تتوفر في المصدر و فعاليتها تتضح عندما تكون له قدرة في تغيير الرأي و الإدراك بإضافة إلى أن فاعليَّة الرسالة تتضح في أنها تسهم في الفهم ومن ثمة إحداث التغيير الذي يستهدف المكون العاطفي لدى المتلقي.

وبالنسبة للعوامل الخاصة بالجمهور فهي تؤدي إلى حدوث القبول الذي ينتج عنه تغيير في الرأي و تغيير في الإدراك.

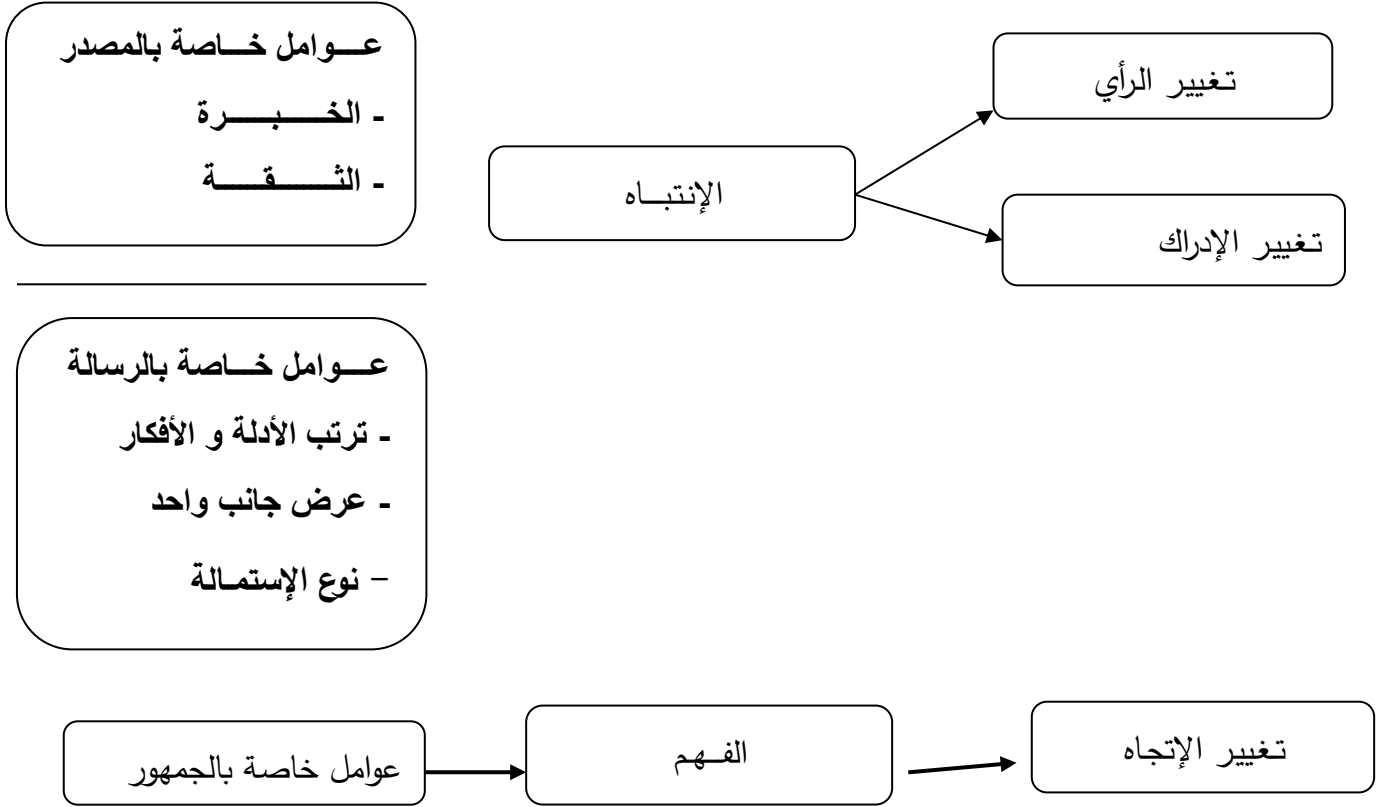
أما العوامل الخاصة بالرسالة فإنها تؤدي إلى حدوث الفهم الذي ينتج عنه تغيير في المكون العاطفي لدى جمهور المستهدف أي تغيير في الإِتِّجاهات، و بالنسبة للعوامل الخاصة بالجمهور فهي تؤدي إلى حدوث القبول، الذي ينتج عنه تغيير في السلوك.

حيث قدم كل من هوفلاند وزملائه نموذج حول مراحل عمليَّة الإِتِّصال الإِقناعي:

(1) - سطوطاح سميرة، مرجع سابق، ص 281.

(2) - المرجع السابق، ص 281.

الشكل 06: نموذج هوفلاند و زملائه:



المصدر: محمد نسيم سويلم: إستراتيجية الإقناع، 2001، ص 56. (1)

فمن أوجه النقد التي وجهت لهذا النموذج ما أشار إليه إنسكو من صعوبة القياس الفعلي و العملي لبعض العوامل الخاصة بالمصدر.

أما الباحثان بروشاسكا و ديكلمنت فقد حدد مراحل الإِتِّصال الإقناعي في خمسة خطوات، وهي:

1- مرحلة ما قبل التفكير أو ما قبل التأمل في الرسالة:

في هذه المرحلة لا يفكر المتلقي في تغيير سلوكه الحالي أو في تبني سلوك جديد أي لا يكون لديه النية أساسا للتغيير هنا يكون المتلقي ليس لديه فكرة أو النية في تغيير سلوكه أو إهتماماته. (2)

2- مرحلة التفكير أو التأمل:

في هذه المرحلة يصبح لدى المتلقي وعي بموضوع الرسالة، حيث يبدأ التفكير في عملية التغيير ولكنه يظل متأرجحا في إتخاذ القرار نظرا لصعوبة عملية تغيير السلوكيات القائمة.

(1) - محمد نسيم سويلم-إستراتيجية الإقناع، دط، مصدر للخدمات العلمية، القاهرة، 2001، ص 56.

(2) - المرجع السابق، ص 283.

3- مرحلة الإِستعداد:

خلال هذه المرحلة يقيم المتلقي الفوائد التي ستعود عليه من جراء تغيير سلوكياته فإذا وجد أنها ستفوق ما سيبدله من جهد و ما سيلاقيه من معارضة فإنه سيكون أكثر استعدادا للتغيير أي تكون لديه النية القوية للتغيير.

يتضح هنا أن المتلقي يبحث عن إيجابيات التي ستعود عليه جراء عملية التغيير هو ما سيبدله من جهد جراء معارضة لفكرة التغيير من بعدها تتشكل الرغبة القوية في التغيير.

4- مرحلة إتخاذ سلوك ما:

يطلق على هذه المرحلة مرحلة التنفيذ حيث يندمج الفرد في محاولة علنية و صريحة لتنفيذ السلوك الجديد و في هذه المرحلة ينبغي تذكير المتلقي بأن السلوك الجديد المستهدف تبنيه ليس بالشئ الغريب أو الشاذ.

يشير هنا إلى المحاولة الجادة التي تسعى لدمج المتلقي مع السلوك الجديد مع ضرورة تذكيره بأن السلوك الجديد ليس مخالف و غريب.

5- مرحلة الإِبقاء على السلوك أو مرحلة الإِستمرارية:

قد يواجه الفرد بعض التحديات التي تدفعه دون إستمرارية في تنفيذ هذا السلوك إذ يواجه هذا السلوك الجديد بمقاومة من قبل معايير الجماعات التي ينتمي إليها الفرد، من هنا ينبغي بث رسائل تحفز المتلقي على الإِستمرارية في تبني و تنفيذ هذا السلوك.

حين يتبنى المتلقي سلوك جديد مخالف تماما لسلوك و معايير الجماعات لابد من إرساء بنية ودعيمة تعتمد على تحفيز هذا الأخير على ضرورة الإِستمرارية في تنفيذ هذا السلوك.²

يذهب باحثو الإِتّصال إلى أن " فهم الطريقة أو الكيفية التي يعالج و يتناول بها الجمهور المستهدف الرسالة هي التي تبين وتحدد مدى تأثير الرسالة الإِتصالية عليهم ومدى تحقيقها للإِستجابة المرغوبة".⁽²⁾

(1) - سطوطاح سميرة، مرجع سابق، ص 283.

(2) - المرجع نفسه، ص 283.

لقد سعى الباحثون في الإتصال إلى محاولة جادة لفهم أسلوب معالجة تناول الجمهور للرسالة ومن ثمة تحديد مدى تأثير الرسالة الإتصالية الإقناعية ومدى إمكانتها وقدرتها على تحقيق الأهداف وردود الأفعال المرغوبة إحداثها.

حيث قد تعددت النماذج والنظريات المرتبطة التي تحدد مراحل الإتصال الإقناعي إلا انه قد تم فقط عرض النماذج المرتبطة بموضوع الدراسة والتي تخدمها و ما تطرحه من عوامل مؤثرة في الإتصال الإقناعي، كما أنها تفيد في الجانب الخاص بالدراسة التجريبية للبحث.

أهداف الإتصال الإقناعي:

تتعدد أشكال وأساليب الإتصال الإقناعي وبالتالي تختلف أنماط التأثيرات التي تهدف إلى تحقيقها فبعض رسائل الإتصال الإقناعي تهدف إلى التأثير على المعتقدات، وبعضها يهدف إلى التأثير على الإتجاهات، والبعض الآخر يهدف إلى التأثير على السلوكيات. و لقد تعددت هذه الرؤى فعلى سبيل المثال يشير **جونسن** إلى أن أهداف الإتصال الإقناعي يمكن أن تأخذ 6 أشكال رئيسية، وهي:

أ/ التبني:

يتمثل الهدف الرئيسي للقائم ب الإتصال الإقناعي في تشجيع الجمهور المستهدف و إقناعه ببدء ممارسة سلوكيات جديدة أو بدء تبني معتقدات و إتجاهات جديدة

ب/الإستمرارية:

يتمثل هذا الهدف في تشجيع الجمهور المستهدف و إقناعه بضرورة إستمراره في ممارسة سلوكياته الحالية أو بضرورة إستمراره في تبني الإتجاهات التي يعتنقها بالفعل و على نفس المستوى الحالي من الإلتزام بها.

ج/التحسين:

إذ يقصد بذلك إقناع الجمهور المستهدف بممارسة سلوكياته الحالية بمستوى أفضل مما هو قائم بالفعل، أو تقوية درجة تبنيه للإتجاهات التي يعتنقها بالفعل.

د/الصد/ الردع:

هنا يهدف القائم بالإِتِّصال الإقناعي إلى إقناع جمهوره المستهدف بعدم البدء في ممارسة سلوكيات معينة أو بعدم البدء في تبني معتقدات أو اتجاهات ما، ولعل هذا يمثل الهدف الرئيسي لعديد من حملات التوعية.

هـ/ الإنقطاع/ التغيير:

في هذه الحالة يتمثل الهدف في إقناع الجمهور المستهدف بالكف عن ممارسة إستجابة حالية أي التوقف عن ممارسته لسلوكيات معينة أو التوقف عن تبنيه لإتجاهات ما، و يعد هذا الهدف من أصعب مهام الإِتِّصال الإقناعي، إذ أنه بمجرد تعلم أنماط سلوكية ما أو تبني إتجاهات ما تصبح أكثر مقاومة لأي محاولات لتغييرها.⁽¹⁾

و/ التقليل:

نظرا لصعوبة تحقيق الهدف السابق بطريقة فورية و مباشرة، فقد يلجأ القائم بالإِتِّصال إلى البدء أولا بتحقيق هذا الهدف، حيث يمكنه إقناع الجمهور المستهدف بالتقليل تدريجيا من ممارسته لبعض السلوكيات أو تقليل درجة تبنيه لبعض المعتقدات والإتجاهات.

حيث يتضح من خلال جملة هذه الأهداف أنها تختلف باختلاف طبيعة محتوى الرسالة الإقناعية حيث يختلف معها طريقة أو أسلوب تقديم هذه الرسالة أين يعتبر كل هدف لديه ميزة و خاصية معينة كل منهم يعتمدها الإِتِّصال الإقناعي بغية تحقيق الفاعليَّة و الهدف من الموقف الإقناعي.⁽²⁾

أما الباحث ميلر فقد حاول تجميع هذه الأهداف السابقة في ثلاثة أهداف رئيسية التالية:

1- تشكيل إستجابة:

يقصد بها إكتساب معتقدات جديدة بشأن الموضوعات الجديدة، أو تعلم أو إكتساب قيم و إتجاهات جديدة.

2- تدعيم الإستجابة:

يقصد بها جعل المعتقدات أو الإتجاهات أو السلوكيات القائمة بالفعل لدى الأفراد أكثر مقاومة لأي

(1) - المرجع السابق، ص ص (276،277).

(2) - المرجع السابق، ص ص (277،278).

محاولة تستهدف تغيير ويكثر استخدام هذا النمط في إطار الإتصال الإقناعي يهدف إلى تدعيم إستجابة ما لدى الجمهور المستهدف.⁽¹⁾

3- تغيير الإستجابة:

يعد التغيير من أهم التأثيرات التي يهدف الإتصال الإقناعي إلى تحقيقها و يرى الكثيرون من علماء وباحثي الإتصال أنه يمكن تغيير الإتجاهات إلا أنه من الصعوبة تغيير السلوكيات الإجتماعية فأن هذا الهدف يحتاج إلى الكثير من الجهود.⁽²⁾

يتضح من خلال هذه الأهداف أنه من تشكيل إتجاهات أو سلوكيات جديدة لابد أولاً من إكتساب معتقدات أو إتجاهات جديدة من ثمة تدعيمها من أجل المحافظة عليها أو تعرضها للمقاومة أو محاولة تستهدف تغييرها ثم العمل على تغيير الإستجابة وهو الهدف الذي تشكل من أجله الإتصال الإقناعي، حيث أكد الباحثون أنه يمكن للإتصال الإقناعي أن يغير الإتجاهات إلا أنه من الصعوبة عليه أن يغير السلوكيات الإجتماعية، لأنه يتطلب جهود مستمرة أكثر.

(1) -نادية منماني ، الإتصال الإقناعي والحجج، مطبوعة ببيداغوجية موجهة لطلبة السنة الاولى ماستر اتصال وعلاقات عامة، جامعة محمد الشريف مساعديّة -سوق اهراس - الجزائر ، ص 37.

(2) - المرجع نفسه، ص 37.

✓ خلاصة الفصل:

تطرق هذا الفصل الى مجموعة من المعلومات ذات العلاقة المباشرة مع الإتصال في القطاع الصحي من الناحية التسييرية من خلال الإتصال التنظيمي وتوجهاته وإستراتيجيات الإتصال التي يمكن تطبيقها وتجسيدها لتدعيم التعبئة الجماهيرية في تحقيق الصحة والوعي الإجتماعي من خلال اليات الإتصال العمومي في اطار تحقيق تنمية صحية شاملة وكذلك لتفعيل المخططات الحكومية التي تسعى لتحسين الوضعية الراهنة بتفعيل الإتصال الإجتماعي والصحي العمومي بكل أبعاده لتحقيقها، كذلك قدم هذا الفصل ابزر النقاط المتعلقة بالإتصال الشخصي والاقناعي التي يجب البحث فيها وتحليلها في ميدان الدراسة على مستوى شبكات العلاج بداية مع عناصر العملية الاتصالية في الإتصال الشخصي وأهم الاستراتيجيات التي يتبناها الطبيب في العملية العلاجية مع مريض السرطان في الإعلان عن المرض، الى أهم الإستمالات والتقنيات والاساليب الاتصالية المطبقة مع المريض أثناء كل مرحلة من المراحل الثلاثة وكيف يتم الاقناع بتبني سلوكيات ونمط حياة جديد يناسب مريض السرطان ورحلته العلاجية مع مراعاة الاختلافات والتباينات الموجودة بالسياقات المحيطة والمؤثرة على عملية التكفل التامة بمرضى السرطان وفيما اذا كانت فعلا تستعمل عن وعي و إدراك حقيقي لدى الفاعلين في قطاع الصحة من أطباء و مهنيين مع مرضى السرطان مما يسمح لنا بإبراز دور وفاعلية الإتصال وإستراتيجياته المختلفة لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان.

الفصل الثالث:

المنظومة الصّحية

الجزائرية بين

المأسسة والتطور

تمهيد:

بذلت الجزائر منذ الاستقلال الجهودا معتبرة من اجل تحسين الوضعية الصحية، ذلك من خلال التأسيس لسياسة صحية تضمن من خلالها تقديم الخدمة والرعاية الصحية إلى كل المجتمع رغم تباين مستوياتهم وسيقاتهم، فإهتتم بإنشاء ما يعرف بالطب المجاني والذي جسده في الكثير من الدساتير وأكدت على ضرورته كحق من حقوق المواطن تكفله الدولة له.

ومر قطاع الصحة في الجزائر بفترات مختلفة، والمطلع على الفترات الزمنية التي مر بها القطاع الصحي منذ الاستقلال وحتى يومنا هذا يجد نوع من التطور والتحسّن قد طرأ على المجال الصحي بتباين من فترة إلى أخرى وهذا ما أكدته عديد المؤشرات مثل انخفاض الوفيات وإرتفاع متوسط العمر، إضافة إلى زيادة عدد الهياكل الصحية وزيادة المستخدمين في القطاع، ورغم كل الجهود المقدمة إلا أن القطاع لم يسلم من عديد الرهانات مما يتطلب إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة والعمل على التخطيط لإصلاح مختلف المجالات التي تتعلق بالصحة.

أولاً- الصحة والصحة العمومية في الجزائر:

مما لا شك فيه أن الصحة الجيدة هي أساس الحياة السعيدة للأفراد، هذا ما زاد الطلب على الخدمات الصحية ورفع من الحاجة لها بينهم عبر العصور، وعليه سيتطرق هذا الفصل إلى أهم المفاهيم المستعرضة حول مصطلح الصحة والخدمات الصحية إضافة إلى تطور المنظومة الصحية وأهم محطاتها في الجزائر.

مفاهيم الصحة:

قدم لها (Alfred Marshal) تعريف في كتابه "مبادئ الاقتصاد" تعريف على أنّها: "القوّة الجسميّة والعقلية والمعنوية أو النفسية للفرد، ويذهب هذا المفهوم إلى السلامة البدنية والعقلية والنفسية المرتبطة بالمستوى الصحي والتعليمي والغذائي والبيئي، وكذلك مستوى الخدمات الصحية المقدمة، والمرض بوصفه ذلك الانتقاص في الصحة الجسمية للفرد يعود اساسا الى احد العوامل المذكورة سابقا من صحة وتعليم وغذاء والبيئة، وهوما تعمل الخدمات الصحية على تخليص الفرد منه وتمكينه من العودة إلى الحالة الصحية الجيدة⁽¹⁾.

اما البنك الدولي فيعرفها على انها: القدرة على تحقيق الصحة داخل المجتمع او هي تلك الحالة المرتبطة بما ينعكس على الفرد من زيادة في الدخل والتعليم على سلوكهم، فمن خلال مقدار النفقات وكفاءة استعمال النظام الصحي لها مقارنة مع انتشار الامراض داخل المجتمع⁽²⁾.

والصحة العمومية تعرف بأنها "علم الوقاية من المرض، وذلك من خلال مجهودات منظمة للمجتمع تهدف الى تعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض والرقي بالحياة الاجتماعيّة"⁽³⁾، فهي كل شيء خارج عن الممارسة الطبية الفردية كالتلقيح والصحة في المدارس، ومكافحة الأمراض المعدية، والوظيفة المركزية للصحة العمومية هي القدرة على التعرف على المشاكل وقياسها ومحاولة التدخل⁽⁴⁾.

وبهذا فإن الصحة مفهوم غير ثابت حاول الكثير من الباحثين في علم الاجتماع وغيرهم كما سبق واشرنا في التعريفات السابقة لكن اذا تم التمعن فيما سبق عرضه حول تعريفات الصحة نجد أنّ:

(1) - طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة 02، دار الكتب المصرية، مصر 2006، ص: 17-18.

(2) - تقرير البنك الدولي، تعزيز عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، 1993، ص: 71.

(3) - أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعيّة الطبية، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة 01، بيروت 2000، ص: 42.

(4) - Fournier Pierre ، L'art et la Science de la santé publique In : Environnement et santé publique – Fondement et pratiques ، 2003 ، P. 40

- *الصحة عبارة عن تلك الحالة التي يتمتع بها الفرد بجسمه وعقله.
*المستوى الصحي للفرد يرتبط اساسا بالمستوى الإجتماعي والثقافي والبيئي.

مستويات الصحة:

مع تفرق وكثرة الابعاد لمفهوم الصحة، يمكننا صياغة جملة من المستويات تتميز بالنسبية والتغير الذي يمنعنا من قياسها او تحديدها وهي:

الصحة المثالية:

وهي المستوى الاول التي تكون في حالة متكاملة ومثالية لجميع الجوانب وهي عبارة عن الحالة التي يكون فيها الفرد خالي من الامراض، وهو هدف الذي تطمح اليه برامج الرعاية الصحية وتسعى إلى تحقيقه.

الصحة الإيجابية النسبية:

وهي المستوى الثاني وتتمثل في إمكانية الفرد لمواجهة المشاكل الصحية ومختلف المؤثرات على مجتمع النفس والجسم بكفاءة عالية دون ظهور أي أعراض مرضية.

الصحة المتوسطة:

ولا يظهر المرض بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي متغير خارجي او داخلي يقع الفرد في المرض، ورغم انه لا يشتكي منه بصفة واضحة الا أنه لا يظهر حالة صحية ايجابية بصفة عامة.

-المرض غير الظاهر:

وتتميز بالقصور الصحي الغير ظاهر وغياب تام للأعراض المرضية، ولا يظهر المرض الا من خلال تحاليل وفحوصات يعلم من خلالها المريض بوجود مرض.

-المرض الظاهر:

وتتميز بظهور أعراض مرضية غير مرغوب فيها تتسبب للمريض بألم وقلق ظاهر.

-الاحتضار:

وهو المستوى الذي يعجز فيه الفرد عن القيام بأي دور أو وظيفة حيوية لتصبح حالته الصحية سيئة جدا ويصعب استعادة عافيته.

ثانيًا - الخدمة الصحية:

مفهومها:

وهي أحد أهم وأبرز أنواع الخدمات التي يتزايد الطلب عليها مرارا من أفراد المجتمع. حيث يحتاج الأفراد الى توفرها بدرجة كبيرة من الاتقان والتميز وذلك لعدة عوامل ترتبط بكثرة الامراض خاصة مع كثرتها في الوقت المعاصر.

وفي هذا السياق سيتم تقديم جملة من المفاهيم حول الخدمة عموما وهي كما يلي:

"هي كل نشاط يقدم قيمة للفرد في وقت مكان محدد بهدف احداث تغيير اجابي يخدم العميل، او هي عبارة عن تلك المنفعة المقدمة من جهة الى جهة اخرى وعادة ما تترتبط مراحل انتاج الخدمة بجملة من المراحل المادية إلا أنه لا يمكن رؤية النتيجة النهائية للخدمة لانها تكون غير ملموسة"⁽¹⁾.

الخدمة هي كل العمليات التي تطمح الى تحقيق الرضا والقبول لطالب الخدمة فهذا التعريف يتميز بأن الخدمة المقدمة من اي عيوب وأخطاء لها تأثير على مقدم الخدمة وطالبها على حد سواء⁽²⁾.

أما التعريفات المقدمة حول الخدمات الصحية لم تتجاوز التعريفات السابقة ومن بينها:

الخدمات الصحية هي جميع النشاطات العمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المريض مقابل ثمن معين⁽³⁾.

وفي تعريف آخر " هي كافة الخدمات التي تعزز صحة الفرد وتحافظ عليها وتستعيدتها وهي كذلك كل الخدمات الصحية الشخصية والمرتكزة على السكان"⁽⁴⁾.

وهي الانشطة الموجهة للحفاظ على صحة الإنسان وسلامته من خلال معالجته من احد الامراض والوقاية منها⁽⁵⁾.

(1)- Jochen Wirtz et Autre : **Marketing de Services** ، 6 em édition ، Pearson éducation ، France ، 2009 ، P12

(2)- بديسي فهيمة، زويوش بلال، جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 07، 2011، ص137.

(3)- آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2012، ص281.

(4)- تقرير منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس (تقرير من الأمانة)، 15 أبريل 2016، ص01.

(5)- مصطفى يوسف كافي، إدارة الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص99.

ختاما يمكن إدراج التعريف القائل:

"إن الخدمات الصحية هي جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع سواء كانت علاجية أو وقائية مثل إنتاج الأدوية أو الأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية للرغبات الأفراد حول الخدمة المقدمة"⁽¹⁾.

✓ مميزات الخدمة الصحية:

تتفرد الخدمات الصحية بمجموعة من المميزات يمكن إجمالها فيما يلي⁽²⁾:

- 1- الخدمات غير ملموسة، ويصعب على العميل التعرف على جودة هذه الخدمة باستخدام حواسه المختلفة.
- 2- التلازم بين تقديم الخدمة وإستخدامها أي عدم الفصل بين وقت تقديم ووقت إستهلاكها.
- 3- تلاشي الخدمة فور تقديمها، أي عدم إمكانية الإستفادة منها مرة ثانية بعد تقديمها.
- 4- عدم حاجتها لقنوات نقل مادية وهو ما يؤكد أهمية الإتصال المباشر بين الخدمة ومن يقدم و طالبها اي العميل.

وهناك خصائص تميز الخدمة الصحية، منها التالي:

- تقدم الخدمات الصحية لكل الأفراد في جميع المستويات المادية الإجتماعيّة والثقافية والتعليمية.
- تطمح الى تقديم منفعة عامة لجميع الأطراف المستفيدة من تلك الخدمة الصحية.
- تتطلب الخدمة الصحية التواجد المباشر لطالب الخدمة من أجل الفحص والتشخيص والمعالجة⁽³⁾.

(1)- بن تريح بن تريح، عيسى معزوزي، أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز (دراسة حالة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية أحيدة بن عجيل بالآغواط)، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، الجزائر، المجلد 02، العدد 01، جوان 2018، ص77.

(2)- وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص46.

(3)- بديسي فهيمة، زويوش بلال، جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)، مرجع سابق، ص: 140.

- تتميز الخدمات الصحية بإرتباطها بحياة الإنسان وشفاءه، لذا فان معيارية الأداء للخدمات الصحية يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة وتحت رقابة إدارية مستمرة.
- للقوانين والأنظمة الحكومية تأثير كبير في سير المؤسسات الصحية، وهذا يتعلق بتحديد عناصر العمل في المؤسسة والخدمات الصحية التي تقدمها.
- عمليّة إتخاذ القرار في المؤسسات الصحية موزعة ما بين الإدارة ومجموعة من الأطباء، عكس ذلك على مستوى مؤسسات الأعمال بحيث إتخاذ القرار يكون لصالح شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون قمة الإدارة.
- إرتباط الخدمات الصحية بالإنسان جعل من تطبيق معاييرها في المؤسسات أمر صعب في المؤسسات الاستشفائية⁽¹⁾.

(1)- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص: 59 - 60.

ثالثاً - تطور النظام الصحي في الجزائر:

ورثت الجزائر نظام صحي متدني المستوى بعد الاستقلال، وهو ما لخصه انتشار عديد الأمراض المعدية، التي كانت نتيجة الظروف الاجتماعية والإقتصادية السيئة الموروثة عن الاستعمار، وإضافة الى هذا لم يكن حق العلاج للجميع، خاصة مع تركز الأطباء والمؤسسات الاستشفائية في المدن ذات الكثافة السكانية الاستعمارية، واغلبية السكان الجزائريين فقد تركزوا في المناطق الريفية التي تميزت فيها الخدمات الطبية بالطابع التقليدي مثل التداوي بالأعشاب الطبية بسبب افتقادها لوجود المراكز الصحية.⁽¹⁾

مما يفسر وجود الجزائر أمام تحديات كثيرة في المجال الصحي، مما حتم عليها العمل على توفير حاجيات السكان في مجال الصحة بشكل منسجم في إطار مواثيق صحية، مثلت توجيهات لسير العمل في النظام الصحي الجزائري وتوفير ما يمكن من وسائل.

وهذا ما يسمح لنا بتقسيم المراحل التي عاشتها المنظومة الصحية الجزائرية الى مايلي:

1. مرحلة البناء التدريجي للنظام الصحي (1962-1973):

تميزت هذه المرحلة بوضع متدهور، حيث كان يعاني المجتمع الجزائري من الفقر وانتشار الامراض مثل: السل والكوليرا والملاريا... الخ²، وهذا بسبب الأوضاع السيئة، في حين ان المؤسسات الإستشفائية تركزت أساسا في المدن الكبيرة، ووجد الطب العمومي في المؤسسات الاستشفائية اضافة الى المساعدات الطبية أشرفت عليها البلديات، اما المراكز الخاصة بالطب النفساني فقد أوكلت إشرافها الى وزارة التربية، وتم ايجاد 600 طبيب خاص لتسييرها.⁽³⁾

وبالنظر الى التقارير التي اعدتها وزارة الصحة في الجزائر خلال شهر ديسمبر سنة 2015، فإنه وفي سنة 1962 كانت المؤشرات والمعطيات الصحية في الجزائر كما يلي:⁽⁴⁾

(1) - وفاة سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2015 - 2016، ص 138.

2 - خلاصي عبد الاله، ص 66.

(3) - نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص 132.

(4) - تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الإصلاحات في الصحة التطور والآفاق، ديسمبر 2015.

- زيادة أمل الحياة بالنسبة للأشخاص الذين تعدى سنهم الواحد وخمسون سنة.
- وصول نسبة وفيات الاطفال الى 181 من 1000.
- بلغت نسبة الولادات خارج المستشفيات 70%.
- وجود 342 طبيب وسبعون صيدلي بهدف تغطية الخدمة الصحية ل 10 ملايين نسمة.
- وجود 143 مؤسسة عمومية للصحة مع 13 عيادة خاصة مرافقة في المدن الشمالية الكبرى.
- وسخرت الجزائر في هذه كل الامكانيات بهدف بناء نظام صحي وسط ظروف اقتصادية واجتماعية وثقافية صعبة ونسبة 80 % من الجزائريين يعانون من الأمية⁽¹⁾.
- وبهدف بناء نظام صحي يتلائم مع الوضعية في تلك المرحلة تم تسطير عديد الاهداف منها:⁽²⁾
 - توزيع المؤسسات الصحية وطاقتها الطبي على العديد من مناطق الوطن بهدف توفير العلاج لكل السكان .
 - التصدي للقضاء على عديد الأمراض المعدية.
 - حتمية الإبلاغ عن الأمراض المعدية منذ سنة 1962 .
 - تقديم خدمات صحية مجانية على مستوى مراكز الامومة والطفولة.
 - تعميم التطعيم المجاني منذ سنة 1969 لمختلف الامراض مثل: السل، السعال الديكي، الجدري، شلل الأطفال...
- وبهدف النهوض بهذا القطاع الحساس وضعت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تجسدت في عديد الاستراتيجيات طرحت في عديد المحاور منها:⁽³⁾

⁽¹⁾ - Les Réformes en santé évolution et perspectives ، Alger ، 2015 ، sur le site :

تاريخ الإطلاع : 2020/01/31 ، p12 ، www.santé.dz/Rencontre-évaluation-2015/Reformes-santé.pdf

⁽²⁾ - علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ، تخصص تسيير مالية عامة ، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2016/2015 ، ص 92.

⁽³⁾ - علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق ، ص 93 .

👉 الوقاية:

وباعتبارها أفضل طرق العلاج ووسيلة لتفادي الاصابة بالمرض والعمل من خلال التخطيط للقيام بعدد الحملات التلقيحية اضافة الى بث الثقافة الصحية والتشجيع على السلوكات الايجابية، بهدف التخفيف من الاصابات وانتشار الامراض.¹

👉 علاج الأمراض:

ويكون ذلك بتقديم رعاية صحية في مختلف المستويات ابتداء من المراكز الصحية وصولا الى المستشفيات كل حسب حالته ودرجة مرضه.²

👉 التوزيع الرشيد للأطباء:

هدفت من خلال هذا الاجراء الى تقديم تغطية صحية عامة في كافة التراب الوطني سواء من حيث الكوادر الطبية البشرية او من حيث المعدات والهيكل اللازمة. ومن أبرز مميزات هذه المرحلة نجد:

التسيير الطبي المجاني من خلال ما يعرف بطب الدولة التي عملت على ضمان العلاج والاستشفاء في كل بلديات الوطن، اما فيما يخص مراكز النظافة المدرسية فيتم تسييرها من قبل وزارة التعليم، اما قطاع الطبي الخاص فقد عمل على تقديم علاج بطابع ليبرالي على مستوى عيادات خاصة، كما صرحت للأطباء الخواص بإستغلال المؤسسات الصحية العمومية في اطار تعاقدية.⁽³⁾

ومن أبرز ما قدمته هذه الفترة:

- تأسيس المعهد الوطني للصحة العمومية كمؤسسة إدارية سنة 1964، وهذا حسب ماورد في المرسوم التنفيذي 64-110 بتاريخ 10 أفريل 1964.⁽⁴⁾ جاء هذا بغاية انجاز عديد الاعمال

(1)- خلاصي عبد الإله ، ،العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر-دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور الثالث في العلوم الإقتصادية ، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة ابي بكر بلقايد - تلمسان،-2019- ص 68.

(2) خلاصي عبد الإله،العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر-دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور الثالث في العلوم الإقتصادية ، مرجع سابق ، ص68.

(3)- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الإقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم التسيير، قسم علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2010/ 2009 ، ص 117 .

(4)- République Algérienne Démocratique et populaire ، Décret N 64 -110. Du 10 Avril 1964 ، portant création et statut de l'institut National de santé publique ، journal officiel ، N 035 ، Du 28 avril 1964 ، p509 .

المتعلقة بالدراسات والابحاث التي تسمح بتحسين وتطوير العمل في المنظومة الصحية الجزائرية.

- تقديم المشرع لأمر يقضي بتنظيم مهنة الطب و الصيدلة عام 1966 اضافة الى تقديم وزارة الصحة العمومية كوزارة مستقلة سنة 1965.

- بعد ظهور سياسة تأميم المحروقات سنة 1974 وفرت الحكومة الجزائرية السيولة التي تسمح لها بوضع برامج وبالتالي اعتماد سياسة التخطيط التي سمحت لها بتأسيس واقامة مؤسسات صحية مع زيادة عدد القائمين عليها من اطباء وصيادلة واداريين خاصة خلال المخطط الثلاثي والمخطط الرباعي الاول سنتي: 1967-1969 / 1970-1973.

- وتميزت سنة 1971 بإصلاحات شملت خاصة التعليم الجامعي للأطباء والصيادلة بما يتوافق مع التطورات العلمية فيما يخص الوقاية والعلاج وذلك لتكوين كوادر طبية تعمل على تقديم التكفل الصحي الامثل.

- وفيما تعلق بالتغطية الصحية فلم تتمكن الحكومة الجزائرية من تحقيق التوازن في توزيع الهياكل الصحية او تمركز المستخدمين من أطباء او مرضين حيث تركزت معظمها في المدن السكنية الكبرى وانعدمت تماما في الأرياف، ودليل ذلك تدني الحالة الصحية في تلك المرحلة حيث وصلت نسبة وفيات الاطفال الى حدها الأقصى عالميا، وفيما يلي سيتطرق الجدول التالي الى مؤشرات الصحة في الجزائر في تلك المرحلة:

الجدول رقم (2): المؤشرات الصحية في الجزائر خلال المرحلة 1966 - 1973

1973 - 1972	1970 - 1966	1966	
16.3 من الألف	16.3 من الألف	15.9 من الألف	الوفيات العامة
-	141.5 من الألف	150 - 180 من الألف	وفيات الأطفال
47.6 %	49 %	42 %	نسبة الولادات
-	53 سنة	-	متوسط الحياة
-	70 %	-	نسبة التلقيح

المصدر¹: سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، ص 117.

¹ - سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، ص 117

وفيما يخص عدد الكوادر الطبية في المنظومة الصحية فقد مرت هي الأخرى بعدد المستويات المتباينة، وهو ما سيفسره الجدول التالي:¹

الجدول رقم (3): عدد المستخدمين الطبيين خلال المرحلة 1963 – 1973 بالجزائر.

					السنة	
1973	1969	1967	1965	1963		
1241	519	417	304	285	الجزائريون	
1226	1179	1036	1115	1034	الأجانب	
2467	1698	1453	1419	1319	المجموع	
5938	7861	8649	8007	7922	عدد السكان لكل الطبيب	
279	132	86	-	36	الجزائريون	
93	80	78	-	115	الأجانب	
372	212	164	127	151	المجموع	
39379	62692	76628	89472	69205	عدد السكان لكل جراح أسنان	
332	206	160	-	70	الجزائريون	
64	59	84	-	194	الأجانب	
396	265	244	186	264	المجموع	
36992	50369	51504	61091	51225	عدد السكان لكل صيدلي	

المصدر:² من إعداد الباحثة اعتمادا على الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 – 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

وكقراءة لما تم التطرق له في الجدول اعلاه فإنه هناك تزايد مستمر بالنسبة للأطباء الاجانب، في حين استمر عدد الأطباء الجزائريون في الارتفاع من 285 طبيب عام 1963 الى 1241 طبيب عام 1973، وارتفع عدداً للأطباء الاجانب ليصل عددهم إلى 1226 طبيب عام 1973، وبلغ العدد

¹ خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر-دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور الثالث في العلوم الإقتصادية، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة ابي بكر بلقايد -تلمسان، 2019، ص71.

² الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 – 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

الاجمالي للطباء في الجزائر حينها 2467 طبيب، اما الصيداللة فبلغ عددهم¹ 332 صيدلي عام 1973، وأما فيما يخص جراحي الأسنان الجزائريين فقد ارتفع عددهم إلى 279 جراح أسنان عام 1973 بعدما كانوا 36 جراحا للأسنان سنة 1973.

وأهم ما ميز تلك المرحلة هو ارتفاع الهياكل الصحية القاعدية خاصة منها مراكز الامومة والطفولة ومختلف قاعات العلاج، وهو ما يفسره الجدول فيما يلي:

الجدول رقم (04): الهياكل الصحية في الجزائر 1962-1972

السنة	1962	1966	1969	1972
الهياكل				
عدد الأسرة	377787	39418	38978	-
المؤسسات العمومية	156	148	148	148
المؤسسات الخاصة	-	15	15	15
العيادات المتعددة الخدمات	0	0	0	16
المراكز الصحية	188	256	308	307
قاعات العلاج	734	1081	1005	1266
مراكز حماية الامومة	-	0	77	133
مراكز مكافحة السل	-	29	44	45
مراكز مكافحة التسمم	-	0	19	-

المصدر: - سنة 1962²: سنوسي علي، مرجع سبق ذكره، ص 120. سنوات 1966،
1969، 1972: ³ أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل
شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية، فرع التخطيط، جامعة الجزائر، سنة 2001،
ص 114.

¹ خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر-دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور الثالث في العلوم الإقتصادية، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة ابي بكر بلقايد-تلمسان، 2019، ص 71.

² - سنوسي علي، مرجع سبق ذكره، ص 120.

³ - أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية، فرع التخطيط، جامعة الجزائر، سنة 2001، ص 114.

ومن خلال الجدول اعلاه يتضح ان المؤسسات الصحية ابرزها مراكز الطفولة والامومة وقاعات العلاج قد ارتفع بنسبة معتبرة، وهذا بفضل الاولوية التي خصت بها الحكومة في تلك الفترة للعلاج المقدم على مستوى كل البلديات، مما اسهم في نقص عدد وفيات الأطفال بعد ان كانت نسبة الوفيات للأطفال في الجزائر من أعلى النسب في العالم.¹

ويمكن القول ان المنظومة الصحية في الجزائر تميزت بضعف كبير في تلك المرحلة بسبب نقص توفير الوسائل والمعدات مما جعلها اما خطط وبرامج محدودة الاهداف والخيارات، التي اجتهدت الحكومة لإعادة بعث النشاط في الهياكل الصحية التي خلفها المستعمر الفرنسي، وبالتالي تحقيق تنمية سياسية في المجال الصحي جسدها عديد الاشكال منها الخدمات التلقيحية لعدد الامراض الفتاكة، إضافة الى ضمان تقديم التطعيم الاجباري للأطفال، تحقيق الوقاية من الأمراض المعدية اضافة الى العمل على توفير التوزيع العادل للأطباء ومراكز العلاج في كل التراب الوطني.⁽²⁾

2. مرحلة تطوير وتنمية قطاع الصحة من 1974-1989:

عرفت هذه الفترة التأسيس والمرجعية القانونية لمجانبة العلاج من خلال الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر من سنة 1973⁽³⁾، والمرتبب أساسا بإنشاء الطب المجاني في قطاع الصحة الجزائري وتكفل الدولة بضمان التغطية الصحية لكل فئات المجتمع، من خلال التكفل الكامل والمباشر لخزينة الدولة بعلاج المواطن، مما نتج عنه توفر الخدمات الصحية المجانية.

واعتبرت هذه العملية كأول خطوة في تقديم الفاعلية للمنظومة الصحية الجزائرية بمختلف هياكلها وتوحيد القطاع ككل، إضافة إلى تسطير عديد البرامج والاستراتيجيات المتعلقة بحل المشاكل الاجتماعية والاقتصادية الصحية للجزائريين، وذلك بتقديم كل الآليات الكفيلة بتحقيق التنمية الصحية في الجزائر، وتم تفعيل تقديم العلاج المجاني منذ تاريخ 1974/01/01⁽⁴⁾.

1 - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 71.

(2) خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر-دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور الثالث في العلوم الاقتصادية، مرجع سابق، ص 71.

(3) - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 1 الأمر 73 / 65 المؤرخ في 1973/12/28 و المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادر بتاريخ 1974/01/01، ص 02.

(4) - نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 137

واكد ذلك الميثاق الوطني عام 1976 في أحقية كل جزائري بتلقي الخدمة الصحية المجانية بصفتها أحد المكاسب الثورية ومؤشر تضامن للتضامن الوطني الجزائري.⁽¹⁾ ودعم ذلك دستور 1976، في المادة رقم 67 والتي نصت على أن:

"كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي".⁽²⁾

وسعت من خلال القانون 83 - 11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 الى دعم السياسة الصحية الجزائرية باستغلال صناديق الضمان الاجتماعي، وقد تضمنت المادة 65 من نفس القانون السابق ذكره أنه: "يتم تحديد مبلغ المشاركة الثابتة لمؤسسات الضمان الاجتماعي في نفقات القطاعات الصحية بمرسوم ويتم تحديدها وفقا لتكلفة الصحة وحسب الافراد المؤمن عليهم اجتماعيا".⁽³⁾

وخصصت المنظومة الصحية ميزانية خاصة بهدف التكفل بعمال القطاع، وحولت أغلبية المراكز الطبية التابعة للضمان الاجتماعي الى وزارة الصحة، وبهذا أصبحت كل المراكز والمؤسسات الصحية تابعة لنظام صحي وطني واحد مهما كان نوع نشاطها.⁽⁴⁾

وعرفت هذه المرحلة توسع في توزيع المراكز الصحية الاجتماعية في الشركات الوطنية، مما سمح بإمكانية التمييز بين انواع المؤسسات الصحية ومختلف هياكلها:⁽⁵⁾

- شبكة عمومية مشكلة من الهياكل الإستشفائية والهيآت الصحية للعلاج الابتدائي.

- شبكة عمومية تظم:

✓ هياكل للعلاج تابعة للضمان الاجتماعي.

✓ المراكز الصحية الاجتماعية.

✓ الطب الخاص (عيادات، مخابر تحليل...).

(1) - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، 1976، ص 179.

(2) - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، 1976، ص 30.

(3) - Groupe de d'experts ، **les systèmes de santé en Algérie ، Maroc et et Tunisie M Défis et enjeux** ، May les note (Ipemed) N°13 ، avril 2012 ، p50 .

(4) - ريمه أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الإستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير ، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 01، 2017 / 2018 ، ص 205 .

(5) - سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010 ، مرجع سابق، ص 106.

- وتم إعادة تنظيم الشبكة العمومية للعلاج سنة 1984 و أصبحت مكونة من:¹
- القطاع الصحي والقطاع الصحي الفرعي.
 - المستشفيات المتخصصة اضافة الى المراكز الاستشفائية الجامعية.
- تأتي هذه الهيكلية استجابة لخمس مبادئ أساسية هي:⁽²⁾
- تطبيق مبدأ ثلاثي الأبعاد: القطاعية، الجهوية وتدرج العلاج.
 - إدماج جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية وإقامتها في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.
 - خضوع كل توسع للشبكة الصحية مخطط(الخريطة الصحية الوطنية).
 - إدخال النشاطات الوقائية والعلاجية في جميع مستويات توزيع العلاج.
- ✓ اما المرسوم تنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، فقد حدد المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) وإعتبر أنها هيكل مستقل تماما، بعد أن كانت عبارة عن مراكز مندمجة في باقي القطاعات الصحية.⁽³⁾
- اضافة الى هذا عرفت هذه الفترة تأسيس وانشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية عام 1989 وذلك مقتضى المرسوم التنفيذي 89 - 11 المؤرخ في 07 فيفري 1989، وعملت من خلالها على ادراج مفاهيم حديثة في إدارة الخدمات الصحية بواسطة تدريب الموظفين ومسيري الهياكل الصحية الادارية.⁽⁴⁾ ومن خلال كل ذلك تم تطور الموارد البشرية على مستوى المؤسسات الصحية، وزيادة جودة التكوين المقدم في مجال العلوم الطبية .
- والجدول فيما يلي يوضح التطورات المتعلقة بالمستخدمين الطبيين وقد تم اعداده من طرف الباحثة بالاعتماد على الإحصائيات من 1962 - 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات والمتعلقة بقطاع الصحة.⁵

1

(2)- خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص73.

1- Groupe de d'expertes ، Les Systèmes De Santé En Algérie ، Maroc et Tunisie ، Défis et enjeux ، op.cit ، p50 .

(4)- علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 97 .
5- عبد الاله خلاصي ، مرجع سابق ، ص 75.

الجدول رقم (05): تطور المستخدمين الطبيين في المرحلة من 1974 - 1989.

1989	1986	1979	1974	السنة	
1031	1965	1785	1247	الاجانب	المستخدمين الأطباء
20436	13396	4561	1425	الجزائريون	
21467	15361	6346	2672	المجموع	
3	8	50	101	الأجانب	الصيدالة
1836	1576	1001	441	الجزائريون	
1839	1584	1051	542	المجموع	
8	19	101	84	الاجانب	جراحي الأسنان
6884	3735	1305	410	الجزائريون	
6892	3754	1426	494	المجموع	
72972	62100	32387	14373	الشبه طبيون	

من القراءة المقدمة للجدول اعلاه يتضح لنا أن المستخدمين الطبيين في هذه المرحلة قد ارتفع وبشكل خاص الجزائريون منهم حيث بلغ عددهم 20436 سنة 1989، كذلك ارتفع عدد الجراحين الجزائريين والصيدالة الجزائريين مقارنة بالجراحين والصيدالة الاجانب، وعرف عدد المهنيين في قطاع الصحة تزايد كبير في نفس هذه المرحلة حيث بلغ عددهم 14373 في عام 1974 والى 72972 سنة 1989 مما يفسر التعافي النسبي للقطاع في مجال العجز من حيث التغطية الصحية. ولم تستثني الحكومة العمل على تطوير وزيادة الهياكل الصحية، وهو ما توضحه الباحثه في الجدول المرتبط بمؤسسات الصحة العمومية في الجزائر بالاستناد الى الاحصائيات الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات:

الجدول رقم (06): تطور المؤسسات والهيكل الصحيّة في الجزائر من 1974 - 1989

السنة	1974	1979	1986	1989
المرافق الصحيّة	143	182	238	275
المستشفيات	143	182	238	275
مراكز صحيّة	558	747	1025	1238
عيادات متعددة الخدمات	1402	175	2574	-
قاعات العلاج	106	1422	359	485
عدد الأسرة في المستشفيات	43404	44347	52898	58605

من الجدول أعلاه يتضح لنا ان الحكومة قد استحدثت عديد الهياكل الصحيّة الجديدة، وما يلفت الانتباه هو ظهور هياكل جديدة ممثلة في العيادات متعددة الخدمات، وتطور عددها خلال هذه الفترة حيث وصلت إلى 485 عيادة سنة 1989 بعدما كانت 106 سنة 1974، والتي جاءت لإيصال العلاج لكل المواطنين عبر التراب الوطني وإلغاء التفرقة بين المناطق. والمراكز الصحيّة هي بدورها عرفت ارتفاع في العدد بحيث تم تسجيل 1238 مركز صحي سنة 1989، أما فيما يخص المستشفيات ارتفعت من 143 مستشفى سنة 1974 إلى 275 مستشفى سنة 1989 بعدد 58605 سرير إستشفائي.

كما ميز هذه المرحلة إنشاء هياكل صحيّة جديدة سنة 1986 وهي المراكز الإستشفائية الجامعية والمراكز الإستشفائية المتخصصة، كما سمح بفتح عيادات طبية وجراحية خاصة لإعطاء فاعليّة لهذا القطاع من أجل التدخل السريع لمعالجة الأمراض وتغطية الاحتياجات الطبيّة كمّاً ونوعاً والمدمن اللجوء إلى العلاج بالخارج.¹

¹ - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 77.

3. مرحلة الأزمة (1990 – 2000) :

أخذت هذه المرحلة صفات متميزة وظروف خاصة اثناء الفترة الممتدة من 1990 – 2000:

- انهيار اسعار البترول منذ سنة 1986 مما تسبب في حدوث عديد الأزمات المالية، خاصة وانها تعتمد اعتماد كلي على مداخيل النفط، وانعكس ذلك على قدرة تمويل المنظومة الصحية وأدى الى تجميد عديد المشاريع التنموية والمخططات وبرزها المشاريع المتعلقة بقطاع الصحة ما قد حتم على الدولة ضرورة الإستدانة من الخارج منذ سنة 1994.⁽¹⁾

- هجرة الكفاءات في قطاع الصحة بسبب التدهور الأمني الذي عرفته البلاد، وما رافقه في تلك المرحلة من غلق لمؤسسات وهياكل صحية خاصة في الأرياف.

خلال هذه المرحلة ساد نظام تمويل بديل، ويقصد به تعاقد هيئات الضمان الإجتماعي مع المؤسسات الصحية من أجل تغطية تكاليف العلاج بالنسبة للمؤمنين اجتماعيا، وهو ما نص عليه قانون المالية لسنة 1992.⁽²⁾

عرفت هذه الفترة إصدار مجموعة من المراسيم المتعلقة بتنظيم قطاع الصحة من أجل إضفاء نجاعة أكبر وتسيير أكثر حداثة للقطاع، وتمثلت هذه المراسيم فيما يلي:⁽³⁾

- المرسوم التنفيذي رقم 93 – 05 المؤرخ في 12 جانفي 1993، المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية.

- المرسوم التنفيذي رقم 93-140 المؤرخ في 30 مارس 1994، المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية (LNCPP) وذلك قبل إدخاله في السوق.

- المرسوم التنفيذي رقم 94 – 47 المؤرخ في 09 فيفري 1994، المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء .

(1)- عياش نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد 31، جوان 2009 ، جامعة قسنطينة، ص295.

(2)- Groupe de d'experts ، Les Systèmes De Santé En Algérie ، Maroc et Tunisie ، Défis et enjeux ، op.cit ، 51.

(3)- خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 77.

- المرسوم التنفيذي رقم 94 - 47 المؤرخ في 30 مارس 1994، المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري.

- المرسوم التنفيذي رقم 94 - 293 المؤرخ في 25 فيفري 1994، المتعلق بالصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) ، والتي هي مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية.

- المرسوم التنفيذي رقم 95 - 108 المؤرخ في 09 أبريل 1995، المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم (ANS)، والتي هي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم.

- المرسوم التنفيذي رقم 96 - 68 المؤرخ في 27 جانفي 1996، المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان (DSP).

- المرسوم التنفيذي رقم 96 - 355 المؤرخ في 19 أكتوبر 1996، المتعلق بإنشاء شبكة المخابر.

- إستفادة المنظومة الصحية خلال هذه الفترة أيضا بوكالة وطنية للتوثيق الصحي (ANDS) التي تعنى بتطوير التوثيق والمعلومات والاتصال، وأيضا مركز وطني لليقظة الصيدلانية، وبقظة العتاد (CNPM) والمكلفة بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.⁽¹⁾

فيما يخص الموارد البشرية خلال هذه الفترة فإن الجهود المبذولة في مجال التكوين سمحت بتسجيل زيادات معتبرة في تعداد الإطارات الطبية الجزائرية والشبه طبية، حيث تم إحصاء 28274 طبيبا جزائريا و7966 جراح أسنان و4022 صيدليا في سنة 1997، وقدرت نسبة التغطية بطبيب لكل 1123 نسمة وجراح أسنان واحد لكل 4033 نسمة وصيدلي واحد لكل 7818 نسمة، إذا يمكن القول أن نسبة التغطية لحاجات السكان بمستخدمي القطاع كانت مرضية خلال هذه الفترة. أما فيما يخص المستخدمين الشبه طبيبين تم إحصاء عددهم في نفس السنة 1997 بـ 41657 تقني سامي و30048 تقني في الصحة، أما أعوان الصحة فبلغ عددهم 14206 عونا.

بالنسبة للهياكل الصحية فإن ما يمكن ملاحظته ليس الزيادة في عدد الهياكل والمنشآت القاعدية، ذلك أن هذه المرحلة تميزت بوضعية أمنية جد مزرية عرفتها البلاد في بداية التسعينات مما أثر سلبا على مردودية الوحدات القاعدية حيث أن بعضها تعرض للإتلاف والإغلاق خصوصا

(1) - علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 101.

في المناطق الريفية، ويمكن مقارنة التغطية الصحية من حيث الهياكل الصحية لسنة 1997 بالنسبة لسنة 1996 حيث تم إحصاء:

- عيادة لكل 70441 نسمة في 1997 حيث كانت عيادة لكل 66264 نسمة في 1996.
- فيما يخص المراكز الصحية كانت التغطية الصحية سنة 1997 مركز صحي لكل 28599 نسمة وكانت مركز صحي لكل 26378 نسمة في 1996.¹
- فيما يخص قاعات العلاج لكل 9433 نسمة في 1997 وقاعة علاج لكل 7038 نسمة في 1996.⁽²⁾

هذه الأرقام والمؤشرات تبقى بعيدة عن الأهداف التي كانت مسطرة حيث تم تسجيل في سنة 1998⁽³⁾:

- فيما يخص الزيادة في الولادات 25.3 من الألف.
- فيما يخص الوفيات من الأطفال 44 من الألف.
- فيما يخص الوفيات العامة 604 من الألف.
- فيما يخص متوسط مدى الحياة 68 سنة.

4. مرحلة إعادة التنمية من جديد (2000 - ليومنا هذا):

عرفت هذه الفترة وضع أمني وسياسي هادئ بعض الشيء خاصة اذا تمت مقارنتها بالفترة التي سبقتها بحيث تميزت هذه الفترة بمعدلات نمو مرتفعة ومتسارعة ويرجع ذلك في الأساس إلى ارتفاع أسعار المحروقات مما سمح لقطاعات عديدة بالنهوض من بينها قطاع الصحة ذلك بفضل الأموال الكبيرة التي تم ضخها من طرف الحكومة.⁴

ومن أهم مميزات هذه الفترة ما يلي:

¹-خلاصي عبد الاله،مرجع سابق ، ص78.
⁽²⁾- أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، مرجع سابق، ص 120.
⁽³⁾- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الإقتصادية في الجزائر آفاق 2010، مرجع سابق، ص131.
⁴ - عبد الاله خلاصي ، مرجع سابق ، ص 79.

• تغيير تسمية الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر منذ جوان 2002 إلى اسم "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات".⁽¹⁾

• في بداية هذه الفترة تمّ وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق. ويهدف البرنامج الحكومي في هذا المجال إلى تهيئة الكوادر البشرية من خلال التكوين الأساسي والمستمر من أجل ترقية القطاع وتحسين أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات الصحية المقدمة، ولتحسين جودة هذه الخدمات، عملت الحكومة على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية، تهدف إلى تشجيع الأدوية المماثلة وتقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة الخطيرة.⁽²⁾

• ضخ أموال كبيرة في إطار برامج دعم النمو الاقتصادي كما يلي:⁽³⁾

◀ برنامج خاص بدعم النمو الاقتصادي 2001 - 2005، من خلال إنجاز 14 مستشفى بمبلغ قدره 12.878.462.000.00 دج.

◀ البرنامج التكميلي الخاص بالنمو 2005 - 2009 بهدف إنجاز 156 مستشفى و 25 هيكل صحي جوارى بمبلغ 258.666.171.000.00 دج.

◀ برنامج النمو الاقتصادي 2010 - 2014 بهدف إنجاز 120 مستشفى و 171 هيكل صحي جوارى بمبلغ 95.891.715.000.00 دج.

• صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهادف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، والتي تضمن تغييرا لقطاعات الصحية إلى: مؤسسات عمومية إستشفائية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، مؤسسات

(1) - عياد ليلي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015 / 2016، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، 2015 - 2016، ص 127.

(2) - خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999 - 2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 03، 2010 / 2011، ص 50.

(3) - تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الإصلاحات في الصحة التطور والآفاق، ديسمبر 2015.

إستشفائية متخصصة، وقد ألغي المراكز الصحية لتتحول إلى عيادات متعددة الخدمات، أو إلى قاعات للعلاج حسب واقعها.⁽¹⁾

• وضع برنامج "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" المقدر بتكلفة 2000 مليار (دج) والمخطط للفترة من 2009 إلى 2025.⁽²⁾

• أيضا من أجل تنظيم هذا القطاع عرفت هذه الفترة صدور مجموعة من التعليمات الوزارية والمراسيم التنفيذية:³

- التعليمات الوزارية رقم 15 المتعلقة بوضع محاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية.

- المرسوم التنفيذي رقم 07/ 140 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتعلق بفصل العلاج عن الإستشفاء.⁽⁴⁾

- إنشاء اللجنة الوطنية متعددة القطاعات للحماية من الأمراض الغير منتقلة في 2013.

• فيما يتعلق بالقطاع الصحي الخاص وبعدها كان مهما شاطلة المراحل السابقة فقد أصبح يشهد تطورا ملحوظا، هذا من خلال الدور الفعال الذي أصبح يؤديه عبر الطب الوقائي والإستشفائي، وأيضا استكمال النقائص بالقطاع العمومي من خلال توفير عدد معتبر من الهياكل الصحية الخاصة والتي بلغت حسب إحصائيات 2014 ما يقارب 7742 عيادة طبية متخصصة، 6654 عيادة طبية عامة و5928 عيادة طب الأسنان.

• بالنسبة للموارد البشرية والتي بدورها تنقسم إلى الممارسين الطبيين والطواقم الشبه طبي، فقد عرفت تطورات ملحوظة، ويمكن إيجاز هذه التطورات الحاصلة على مستوى الموارد البشرية خلال هذه الفترة في الجدولين الآتيين:⁵

(1) - عياد ليلى، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015/ 2016، مرجع سابق، ص 128 .

(2) - وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، مرجع سابق، ص 142.

³ - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 81.

(4) - علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 106.

⁵ - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق ص 81.

الممارسين الطبيين: يمكن عرض تطور عدد الممارسين الطبيين في الجزائر حسب القطاع كالتّالي:

الجدول رقم (07): تطور عدد الممارسين الطبيين حسب القطاع خلال الفترة (2000 - 2014).

2014	2006	2000	السنة	
			الممارسين الطبيين	
52306	13325	11275	عام	أطباء
			خاص	
16770	6575	5803	عام	صيادلة
			خاص	
1284	224	202	عام	جراحي الأسنان
			خاص	
7240	4845	4647	عام	جراحي الأسنان
			خاص	
5928	4728	3346	عام	جراحي الأسنان
			خاص	

المصدر¹: الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 - 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

-الجزائر بالأرقام -نتائج 2013-2015، النشرة رقم 46، 2016، الديوان الوطني

للإحصائيات.²

من خلال الجدول أعلاه يتجلى لنا أن عدد الممارسين الطبيين خلال هذه الفترة عرف تطورا كبيرا، وعرف تزايد من سنة لأخرى، وهذا نتيجة لأولوية التكوين الذي أولته الدولة الجزائرية في تكوينهم، بحيث ارتفع عدد الأطباء من 17078 طبيبا بين عام وخاص سنة 2000 إلى 69076 طبيبا في سنة 2014، حيث أن أغلبيتهم ينتمون إلى القطاع العام، أما فيما يتعلق بالصيادلة، فبدورهم عرف عددهم تطورا ملحوظا خلال هذه الفترة، إلا أن الصيادلة الخواص هم يشكلون الأغلبية الساحقة، في حين أنّ جراحي الأسنان عددهم في القطاع العام أكثر بقليل منه في القطاع الخاص.

¹ - الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 - 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

² - الجزائر بالأرقام -نتائج 2013-2015، النشرة رقم 46، 2016، الديوان الوطني للإحصائيات.

الممارسين الشبه طبيين: يمكن عرض تطور العمالة الشبه طبية في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): تطور العمالة الشبه طبيون في الجزائر خلال الفترة (2001 - 2014).

السنة	النوع	2001	2006	2014
تقنيون ساميون	تقنيون	48755	57510	88478
مساعدون في السلك شبه طبي	المجموع	10433	9810	25050
		85843	89968	121803

المصدر: ¹ الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 - 2011، الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

² الجزائر بالأرقام - نتائج 2013 - 2015، النشرة رقم 46، 2016، الديوان الوطني للإحصائيات.

يتجلى لنا من الجدول أن هناك ارتفاع مستمر في صنف الحاصلين على شهادة دولة (تقنيون ساميون) حيث تم تسجيل 8847 تقني سامي في الصحة سنة 2014 بعد ما كان عددهم لا يتجاوز 48755 سنة 2001، في حين هناك انخفاض في عدد الممرضين من الأصناف الأخرى (التقنيون والمساعدون)، وخاصة بالنسبة للمساعدين الشبه الطبيين، هذا راجع لسياسة التكوين التي انتهجها الحكومة سعياً منها للقضاء على هذا الصنف من التكوين، ولكن لضرورة هذا النوع "مساعدون شبه طبيين" أعادت الحكومة فتح هذا التخصص من جديد على مستوى مختلف مدارس التكوين الشبه الطبية وهذا ما يترجمه ارتفاع عددهم سنة 2014، حيث تم تسجيل 25050 مساعد شبه طبي في الجزائر.

• فيما يتعلق بالهياكل الصحية خلال هذه الفترة، فإنه قد ارتفع بشكل لافت للنظر في الفترة 2011 - 2016 حيث بلغ مجموع المستشفيات المنجزة 205 مستشفى، بينما بلغ عدد

(1) الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 - 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

(2) الجزائر بالأرقام - نتائج 2013 - 2015، النشرة رقم 46، 2016، الديوان الوطني للإحصائيات.

العيادات متعددة الخدمات، 528 عيادة بعدما كان عددها 50 عيادة خلال الفترة 1999 – 2004، كما تم إنجاز خلال الفترة 2001 – 2016، 1000 قاعة علاج بزيادة قدرها 306 قاعة مقارنة بالفترة 1999 – 2004.⁽¹⁾

رابعاً- تنظيم وهيكله النظام الصحي في الجزائر:

بعد إستعراضنا لتطور النظام الصحي الجزائري من خلال مختلف المراحل التي مرّ بها، سنتطرق الى تنظيمه العام ومختلف هياكله.

1. تنظيم النظام الصحي في الجزائر:

عرف المشرع الجزائري النظام الصحي من خلال المادة 04 من قانون 05/85: "المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها."⁽²⁾ إن النظام الصحي الجزائري مسير من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات³ (MSPRH)، والتي تقوم بدورها بإدارة مؤسسات العلاج الإستشفائي والقطاع الصحي العمومي.⁽⁴⁾ وتعتبر وزارة الصحة والسكان هي المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية ورفع المستوى الصحي للمواطنين، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية تم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها.⁽⁵⁾

ويوضح الشكل التالي الصورة السليمة لنظام الخدمات الصحية في الجزائر:

(1) - عمر بوعزيز، قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعيّة والنمو الاقتصادي في الجزائر، الإنفاق الصحي نموذجاً خلال الفترة:

1990 / 2016، مجلة البحوث الإقتصادية والمالية، المجلد الخامس، العدد 01، جوان 2018، ص 820.

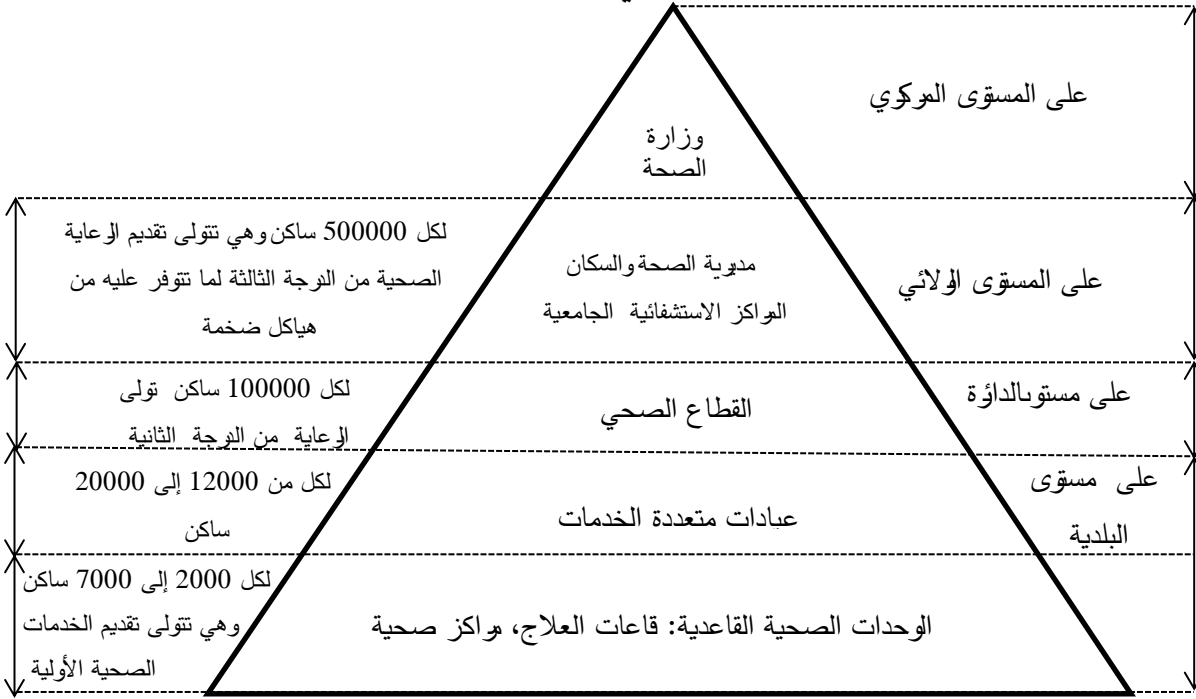
(2) - المادة 04 من القانون رقم 85 / 05 المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

(3) - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 83

(4) - تاريخ الإطلاع : 2020/02/13 . www. Andi .dz/index .php / ar / secteur .de .sante

(5) - بوزناد دليله، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر) ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية ، تخصص تسويق ، جامعة الجزائر ، 2011 / 2012 ، ص 132.

الشكل رقم 07 : الخدمات الصحية العمومية في الجزائر.



المصدر¹: بوزناد دليلة، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر)، مرجع سبق ذكره، ص 133.

• المستوى المركزي:

يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من:

- الوزير: يقوم وزير الصحة والسكان بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال:⁽²⁾

✓ وقاية صحة السكان ورعايتها.

✓ التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي.

✓ التنظيم الصحي والخريطة الصحية.⁽³⁾

✓ العلاج الطبي في الهياكل الصحية⁽⁴⁾

¹ بوزناد دليلة، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر)، مرجع سبق ذكره، ص 133

⁽²⁾ - شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الإستشفائية)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم التسيير، تخصص مناجمت المنظمات، جامعة بسكرة، 2016 - ص120.

⁽³⁾ - خلاصي عبد الإله، مرجع سابق، ص 83-84.

⁽⁴⁾ - خلاصي عبد الإله، مرجع سابق، ص 85

- ✓ تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه الطبيين.
- ✓ العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات.
- ✓ ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان إختصاصه والسهل على تطبيقها.
- ✓ دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة.
- ✓ التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها.
- ✓ الحماية الصحية في الوسط العائلي والعملي.
- وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:⁽¹⁾
 - ديوان الوزير:
 - يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة وملحقون بالديوان وعددهم أربعة، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.
 - الأمانة العامة:
 - تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده إثنان من مديري الدراسات ويلحق بها مكتب البريد والإتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.
 - المفتشية العامة:
 - يشرف عليها ستة مفتشين يقومون بالمهام التالية:
 - ✓ الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية.
 - ✓ توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية.
 - ✓ العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد.
 - ✓ ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

(1) - شرف الدين زديرة، المرجع نفسه ، ص121.

- المديريات المركزيّة:

تشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:¹

- ✓ مديرية الوقاية.
- ✓ مديرية الصيدلة و الدواء.
- ✓ مديرية السكان.
- ✓ مديرية التكوين.
- ✓ مديرية التخطيط.
- ✓ مديرية التقنين والنزاعات.
- ✓ مديرية المصالح الصحيّة.

• المستوى الجهوي:

بغية تحقيق العدالة وضمان مبدأ المساواة في الحصول على العلاج، ومن أجل الموازنة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، أسست الجهوية الصحيّة سنة 1995.⁽²⁾

وتعتبر هذه الجهوية هيئة فاحصة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتداخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالأهداف الإستراتيجية، اتخاذ القرارات، وتخصيص الموارد.

شكلت هذه الجهوية لخمس مناطق صحيّة وهي:

- ✓ منطقة الوسط وتضم 11 ولاية.
- ✓ منطقة الشرق وتضم 14 ولاية.
- ✓ منطقة الغرب وتضم 11 ولاية.
- ✓ منطقة الجنوب الشرقي وتضم 07 ولايات.
- ✓ منطقة الجنوب الغربي ويضم 05 ولايات.

وما هو ملاحظ أن هذه المؤسسات الجهوية تبقى افتراضية حيث ليست لديها أي استقلالية مالية على مستوى كل جهة، وهي غير محددة بشكل دقيق على مستوى الهيكل القانوني.

(3)-خلاصي عبد الاله، مرجع سابق ص85.

(2)- عيادة ليلى، أثر جودة الخدمات الصحيّة على رضا المستهلك دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحيّة الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015 / 2016، مرجع سابق، ص 128 - 129.

• المستوى الولائي:

على مستوى كل ولاية تتواجد مديرية الصحة والسكان، حسب المرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 14 جويلية 1997، والتي تسيّر وتحدد القواعد التنظيمية وتشغيل هذه المديرية، حسب ما ورد في الجريدة الرسمية رقم 47 وتتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومة الصحية،¹ وتنسيق مهام ونشاطات المنشآت والهياكل الصحية، وتمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدلانية، مخابر، عيادات خاصة.... إلخ)، وهي مكلفة بمختلف المنشآت الصحية المتخصصة، والقطاع الصحي والمراكز الإستشفائية الجامعية، ويبلغ عدد القطاعات الصحية 185 قطاعا صحيا، ويختلف عددها من ولاية من أخرى، ويشمل كل قطاع صحي مصلحة وبائية، وطب وقائي، مكلفة بجمع المعلومات الوبائية، وتقديم البرامج الوطنية على مستوى القطاع الصحي.⁽²⁾

• المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الإستشفائية، وحدات إستشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية) تتولى هذه المنشآت تحديد إحتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية وللحد على الضغط على المراكز الإستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة إنتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو مستشفى ورعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب اسمها في الحملات الوقائية والتطعيم للسكان في منطقة معينة وهي تتكون على:⁽³⁾

✓ عيادات متعددة الخدمات.

✓ المركز الصحي.

✓ قاعات العلاج.

لكن في سنة 2007 تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية.

✓ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

(1)- خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 86.

(2)- عياد ليلي، المرجع نفسه، ص 129.

(3)- شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الإستشفائية)، مرجع سابق، ص 123.

✓ المؤسسة الإستشفائية المتخصصة.¹

كما ألغيت المراكز الصحية لتتحول إلى عيادات متعددة الخدمات أو قاعات علاج حسب حالتها المادية.²

وسنتطرق إلى هذه الهياكل والمؤسسات بالتفصيل من خلال العنوان الموالي.

2. الهياكل والمؤسسات بالنظام الصحي الجزائري:

تنقسم المؤسسات الصحية الإستشفائية في النظام الصحي الجزائري إلى قسمين، المؤسسات الصحية العمومية وهي خاصة للقانون العام ولا تهدف إلى تحقيق أرباح، والمؤسسات الصحية الخاصة وتخضع للمراقبة وشروط الممارسة التي تفرضها الوزارة الوصية، مع الإشارة إلى هيمنة المؤسسات الصحية العمومية على الخدمات الصحية في الجزائر.

1.2. المؤسسات الصحية العمومية:

سنتعرض من خلال هذا الفرع المؤسسات الصحية العمومية التي يجمعها نظامها القانوني المشترك، والمعاد هيكلتها من خلال المرسوم التنفيذي رقم 07 / 140 المؤرخ في 19 ماي 2007. حيث قسم الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر إلى ما يلي:

❖ المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU):

تعرفه المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 467 كما يلي: "المركز الإستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، ويتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناءً على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي.."⁽³⁾.

حيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على المركز الإستشفائي الجامعي، ويمارس وزير التعليم العالي والبحث العلمي الوصاية البيداغوجية والإنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية، ويجب توفر شروط تتمثل في:⁴

1 - خلاصي عبد الاله ، مرجع سابق ، ص 87.

2 - خلاصي عبد الاله ، مرجع سابق ، ص 88.

(3) - المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 و الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية

الجامعية و تنظيمها و سيرها.

4 - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق ، ص 88.

- يجب توفر موارد مالية وطاقت بشرية بعدد كاف تتبث الكفاءة المطلوبة لضمان نشاط العلاج، لاسيما المستوى العالي والتكوين في مرحلتي التدرج وما بعد التدرج والبحث حتى تستطيع القيام بأعمال العلاج والتكوين والبحث.
- وجود هياكل أساسية وتجهيزات علمية وتربوية وتقنية صالحة لاستقبال الأساتذة والطلبة وتضمن لهم الحد الأدنى لشروط العمل.⁽¹⁾
- يجب توفير حد أدناه تسعة تخصصات وذلك حسب ما أقرته المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 25/86 وهذه الإختصاصات هي كالآتي:

✓ الطب الداخلي.

✓ الجراحة العامة.

✓ طب الأطفال.

✓ أمراض النساء والتوليد.

✓ أمراض الأنف والأذن والحنجرة.

✓ أمراض العيون.

✓ الراديو الإشعاعي.

✓ البيولوجيا.

✓ التحذير و الإنعاش.⁽²⁾

فيما يخص مهام المركز الإستشفائي الجامعي فهي عديدة ومنها ما هو متعلق بميدان الصحة والعلاج، وأيضا له مهام أخرى تخص مجال التكوين والبحث، ويمكن توضيح هذه المهام فيما يلي:

⁽¹⁾ - سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الحقوق ، تخصص دولة ومؤسسات عمومية، جامعة الجزائر 01، 2016 / 2017، ص 19.

⁽²⁾ - المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 25 / 86 المؤرخ في 11 فيفري 1986 والذي يتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية.

- في ميدان الصحة والعلاج:⁽¹⁾

- ✓ يتضمن المركز الإستشفائي الجامعي نشاط التشخيص والعلاج والإستشفاء والإستعجالات الطبية الجراحية والوقائية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان.
- ✓ يتولى تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.
- ✓ يقوم بالمساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية والعلمية والتربوية للمؤسسة الصحية.
- ✓ يقوم بالمساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية النظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعيّة.²
- ✓ يضمن المركز الإستشفائي الجامعي للسكان القاطنين بالقرب منه، والذين لا تعطيههم القطاعات الصحية المجاورة، المهام المسندة إلى القطاع الصحي والتي تتمثل أساسا في تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها والوقاية والتشخيص والعلاج والإستشفاء والتخطيط العائلي وإعادة تأهيل مستخدمي الصحة والمصالح الصحية بصفة عامة وكذا تحسين مستواهم.³

- في مجال التكوين والبحث:⁽⁴⁾

- ✓ ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي في علوم الطب.
- ✓ المشاركة في تكوين المستخدمين الشبه طبيين والمستخدمين الإداريين والتقنيين التابعين للصحة العمومية والمشاركة في دورات التكوين المتواصل، الذي يجبر العمال مهما كان مستواهم ومررتهم بمتابعة دورات التكوين المتواصل التي تنظمها المؤسسة أو المؤسسات والمراكز المتخصصة الأخرى.
- ✓ القيام في إطار تنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان العلوم الصحية.
- ✓ تنظيم مؤتمرات وأيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين البحث في علوم الصحة.

(1) - مسعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مرجع سابق، ص 21.

2 - خلاصي عبد الاله ، مرجع سابق ، ص 89.

3 - خلاصي عبد الاله ، مرجع سابق ، ص 90.

(4) - مسعودي علي، نفس المرجع السابق، ص 22.

✓ كما يمكن للمركز الإستشفائي الجامعي أن يبرم في إطار التنظيم المعمول به إتفاقيات مع المؤسسات الصحية أو أي هيئة أخرى بعد إستشارة المجلس العلمي للمؤسسة من أجل القيام بمهامه الخاصة بالتكوين والبحث في علوم الصحة.

❖ المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)

عرفت المؤسسة الإستشفائية المتخصصة مقتضيات المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 465 على أنها مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي⁽¹⁾، على غرار باقي المؤسسات العمومية الإستشفائية ويتم إنشائها بمرسوم تنفيذي بناءً على إقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد إستشارة الوالي وتوضع تحت وصاية الوالي في الولاية الموجود بها مقر المؤسسة.²

إن أهم ميزة أو خاصية تميز المؤسسة الإستشفائية المتخصصة عن باقي الهيئات الإستشفائية، هي كونها مكلفة بالإعتناء والتخصص بمرض معين أو بداء أصاب جهازا عضويا معينا في جسم الإنسان أو بمجموعة من الأشخاص الذين لهم سن معين، كما إقتضت ذلك المادة 03 من نفس المرسوم التنفيذي، لذلك فإن التسمية لمثل هذه الهيئات الإستشفائية تتضمن دائما الإختصاص الخاص بالنشاط المكلفة به.⁽³⁾

فيما يتعلق بالمهام الموكلة لهذه المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، فقد نصت عليها المادة 05 من المرسوم التنفيذي السابق الذكر، كما يلي:

- ✓ تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والإستشفاء.
- ✓ تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.
- ✓ المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.⁽⁴⁾

(1) - المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

2 - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 90.

(3) - عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، تخصص القانون العام، جامعة الجزائر 01، 2013/2012، ص 154.

(4) - المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

هذا، ويمكن إستخدام المؤسسات الإستشفائية المتخصصة كميدان لتقديم تكوين في مجالي شبه الطبي والتسيير الإستشفائي في إطار إتفاقيات تبرم مع المؤسسات المكلفة بهذا التكوين وهذا بموجب المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97.⁽¹⁾

❖ المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) :

عرفت المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤسسات العمومية الإستشفائية على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية² والإستقلال المالي وضع تحت وصاية الوالي.⁽³⁾

وتتكون المؤسسات العمومية الإستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والإستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، وتحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.⁽⁴⁾

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية حسب المادة 04 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجيات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام الأتية:⁵

- ✓ ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والإستشفاء.
- ✓ تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ✓ ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية.
- ✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة حديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الإستشفائية ميدانا للتكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس إتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.⁽⁶⁾

(1) - المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

2 - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 91.

(3) - المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

(4) - سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مرجع سابق، ص 26.

5 - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 92.

(6) - المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

❖ المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):

نصت المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 على أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي.⁽¹⁾

تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان وبرغم من طابع الإدارية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، إلا أن هذا لا يعني أن وظيفتها هي وظيفة إدارية، حيث أن وصفها بأنها ذات طابع إداري يرجع لكون الموظفين والأعوان المنتمين إليها هم خاضعون لقانون الوظيفة العمومية وللنصوص التنظيمية المتعلقة بتطبيقه، كما يرجع لقواعد المالية العامة التي يخضع لها تسييرها المالي.⁽²⁾

وتتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة فيما يأتي:

- ✓ الوقاية والعلاج القاعدي.
- ✓ تشخيص المرض.
- ✓ العلاج الجوارية.
- ✓ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- ✓ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان، وتكفل على الخصوص بما يأتي:⁽³⁾

- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدان لتكوين الشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس إتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

(1)- المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

(2)- سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مرجع سابق، ص 26.

(3)- سعودي علي، المرجع نفسه، ص 27.

أما العيادات متعددة الخدمات فتتمثل المهام الأساسية لها في⁽¹⁾: تقديم مختلف الخدمات الصحية والإستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة، الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية، تقوم بالوساطة بين مركز الصحي والمستشفى، مع الإشارة أنه منذ سنة 2007 تم إلغاء المراكز الصحية وتحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات.

✓ المؤسسات ذات الشخص الوحيد وذات المسؤولية المحدودة.²

✓ الشركات ذات المسؤولية المحدودة.

✓ شركات المساهمة.

✓ التعاضديات والجمعيات.

والجدول الموالي يبين أهم الهياكل و لمؤسسات العمومية والخاصة بالمنظومة الصحية الجزائرية.

الجدول رقم 09: الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة في النظام الصحي الجزائري لسنة 2016.

عدد الأسرة	العدد	النوع	
12910	15	المركز الإستشفائية الجامعي (CHU)	
818	01	المؤسسة الإستشفائية الجامعية (EHU)	
11725	75	المؤسسة الإستشفائية المتخصصة (EHS)	
37041	200	المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH)	
1324	9	المؤسسة الإستشفائية (EH)	
7217	273	المؤسسة العمومية للصحة الجوية (EPSH)	
2185	1283	العيادات متعددة الخدمات	
	5875	قاعات العلاج	
	28	العيادات طبية	Cliniques PRIVES
	249	العيادات جراحية	
	36	العيادات تشخيصية	

(1) - وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، مرجع سابق، ص146.

2 - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 94

9042	المتخصصة	CABINETS PRIVES	المؤسسات الصحية الخاصة
7298	العامة		
6514	جراحة أسنان		
10260	الصيدليات		
709	مخابر تحليل		
151	مراكز غسل الكلى		

من إعداد الباحثة إعتامدا على¹:

- Office National les Statistiques (ONS) ، Santé en chiffres ، Année 2016 ، édition octobre 2017 ، pp ; 9 – 16.

خامساً - مستويات الخدمة الصحية التي يقدمها النظام الصحي في الجزائر:

تختلف الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الأنظمة الصحية من حيث التطور والتميز، فكلما كان النظام الصحي متطورا ومميزا تكون الخدمة الصحية متطورة ومميزة والعكس صحيح، لكن المستويات الصحية المقدمة تبقى ثابتة رغم اختلاف الأنظمة الصحية وهي تتمثل في ثلاثة مستويات وهي:²

- ✓ الرعاية الصحية الأولية.
- ✓ الرعاية الصحية الثانوية.
- ✓ الرعاية الصحية المتخصصة.

1. الرعاية الصحية الأولية:

عرفت منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية على أنها:

"الرعاية الصحية الأساسية أو الهامة ميسرة لكافة أفراد المجتمع ومعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيا وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن

¹ -Office National les Statistiques (ONS) ،Santé en chiffres ،Année 2016 ،édition octobre 2017 ،pp ; 9 – 16.

² - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 96.

للمجتمع ولبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره وبروح من الاعتماد على النفس.⁽¹⁾ كما عرفت الرعاية الصحية الأولية على أنها تلك الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية وتقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية والوقاية الصحية وصحة البيئة والتثقيف الصحي.

إذا هي المستوى الأول للاتصال⁽²⁾ الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي، إذ تقدم الرعاية الصحية المتكاملة بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعملون.

وتم تحديد عناصر للرعاية الصحية الأولية وتتمثل في:

- ✓ التوعية والتثقيف الصحي.
- ✓ خدمات الأمومة والطفولة متكاملة.
- ✓ تحصين الأطفال ضد الأمراض الشائعة.
- ✓ مكافحة الأمراض المتوطنة وعلاج الأمراض الشائعة.
- ✓ توفير الأدوية الأساسية.
- ✓ الإصحاح البيئي وتوفير مياه الشرب والتغذية الجيدة.

وفي النظام الصحي الجزائري يتواجد هذا المستوى الأول من مستويات الخدمة الصحية في المناطق الحضرية والأحياء من خلال الهياكل خارج المستشفيات كالعيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، العيادات الطبية الخاصة وعيادات طب الأسنان والتي تتوفر على خدمات الرعاية الصحية الأساسية التالية: الاستشارات الطبية ورعاية الأسنان، رعاية الأم والطفل، التمريض والإستكشاف، التثقيف الصحي وأنشطة الوقاية، وحالات الطوارئ الأولية.⁽³⁾

(1)– Talbot.L ، Verrinder.G ، PromotingHealth; **The priuary Health care Approach** ، Elsevier Australia ، 4rh edition ، 2010 ، p 03.

(2) – خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 97.

(3)– L.ABID ، **organisation actuelle du système de santé et perspectives** ، interention du colloque international sur les politique de santé ، Ecole National supérieure en science politiques ، Alger 18 – 19 janvier ، 2014 ، p : 14.

2. الرعاية الصحية الثانوية:

يمكن تعريف المستوى الثاني من الخدمات الصحية المقدمة، أي رعاية الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته بالمستشفى (أثناء تنويمه) في مجالات الطب الرئيسية، كالباطني والجراحة العامة والأطفال والنسائية والتوليد ويشمل هذا المستوى التخصصات الطبية الرئيسية، وتقدم هذه الخدمات في المستشفى مع اشتغالها على أقسام الإسعاف والطوارئ والعيادات الداخلية والخارجية وكذلك خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمداخلات الجراحية.⁽¹⁾

وفي الجزائر فإن هذا المستوى من الخدمة الصحية يتعلق بالرعاية المقدمة على مستوى المؤسسات الإستشفائية العمومية (EPH) وتشمل مستويين:

✓ المستوى الأول:

المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) على مستوى الدائرة أو بين الدوائر والتي تتوفر على التخصصات المتاحة التالية: الطب الباطني، طب الأطفال، الاستعجالات الطبية، والتصوير الطبي، وحدة طب الأسنان، جراحة العامة، التوليد، بيولوجيا المختبرات، الصيدلانية.²

✓ المستوى الثاني:

المؤسسة العمومية الإستشفائية على مستوى الولاية والتي تتوفر على التخصصات المتاحة التالية: التخدير، أمراض القلب، أمراض الدم، جراحة العظام، جراحة الأعصاب، أمراض النساء والتوليد، أمراض الكلى، طب الأنف والأذن والحنجرة، طب العيون، الطب النفسي، طب الرئة، طب حديثي الولادة، الطب الشرعي، طب الأورام، علم الأوبئة، والغدد الصماء.⁽³⁾

(1) - بحدادة نجا، تحديد الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية لمغنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير

في العلوم الإقتصادية، تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، 2012/2011، ص38.

² - خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 98

(3) - L.ABID ، Organisation Actuelle Du Système De Santé ، op .cit ، p 15.

3. الرعاية الصحية المتخصصة:

إن هذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية، سوى أن هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية، بمعنى كل التخصصات الطبية عدا التخصصات الرئيسية، مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى، ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات الصحية هو استخدامه لتكنولوجيا أكثر تعقيدا وكفاءات بشرية عالية، ضف إلى هذا التكلفة العالية وطول مدة الإقامة وكذا الحاجة إلى عناية خاصة ومركزة.⁽¹⁾

في النظام الصحي الجزائري تكون الرعاية الصحية المتخصصة على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH)، وهي خدمة صحية على درجة عالية من التخصص وصنعت بالولاية وتشمل التخصصات التالية:²

- ✓ جراحة القلب، الجراحة لتجميلية، الجراحة الصدرية، جراحة الأوعية الدموية، جراحة المسالك البولية، الطب النووي.
- ✓ الحروق من الدرجة الثالثة، أمراض المناعة، أمراض الجهاز الهضمي.
- ✓ مراكز مكافحة السرطان، العلاج بالأشعة.

إن تنفيذ هذه الرعاية المتخصصة يتطلب الموارد البشرية الكفأة، بحيث تحتاج تكوين ميدانيا من طرف فرق خارجية أجنبية، إضافة إلى توفير التجهيزات والمعدات الطبية الحديثة والمتطورة والتي يتطلب استيرادها وتوفيرها، وقد تكون هناك أنشطة تم تطويرها من قبل مؤسسة واحدة فقط في منطقة ما، وبالتالي تتخذ طابعا وطنيا.⁽³⁾

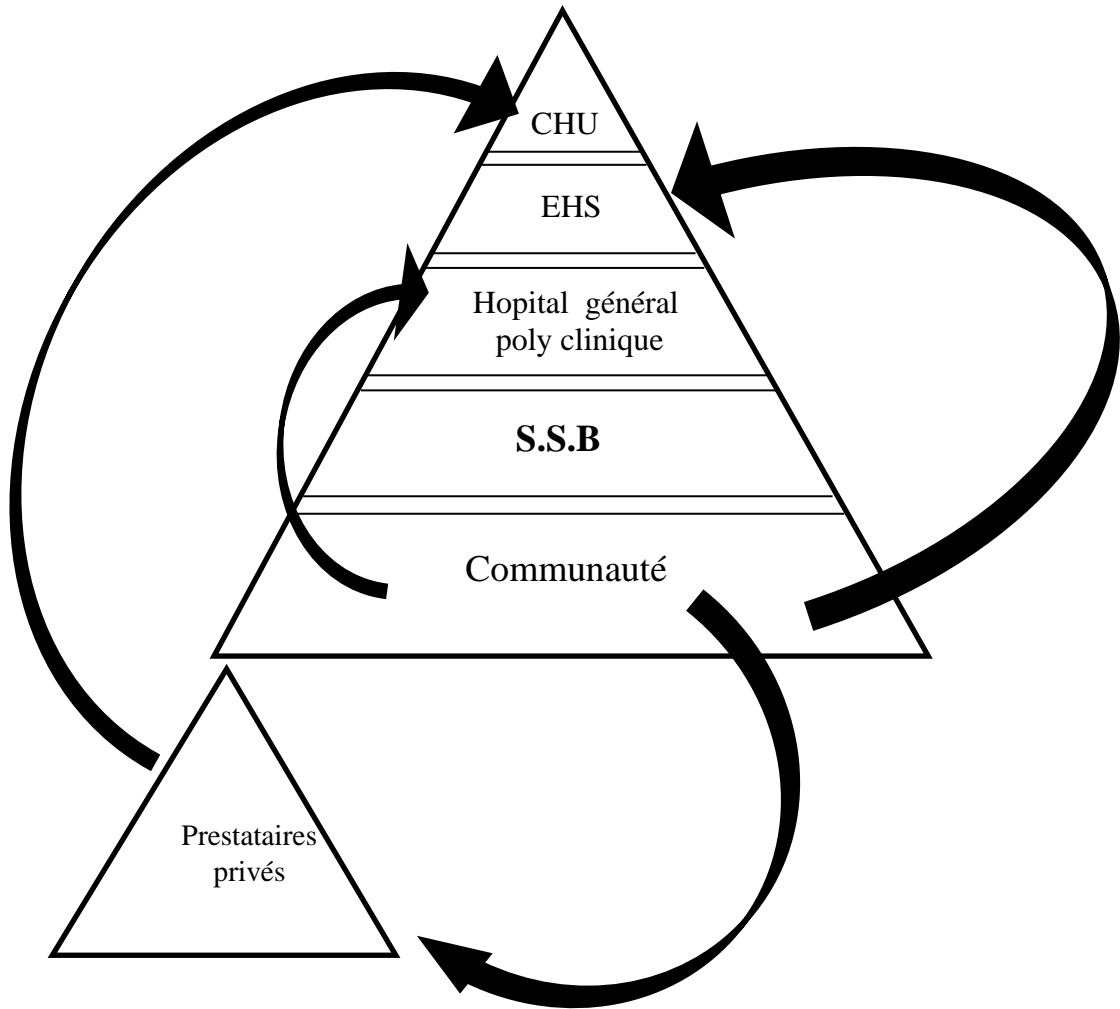
ويمكن توضيح مستويات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر من خلال الشكل الموالي:

(1) - بحدادة نجاة، تحديد الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية لمغنية، مرجع سابق، ص 39.

(2) - خلاصي عبد الإله، مرجع سابق، ص 99.

(3) - LABID ، op .cit ، p : 16 .

الشكل رقم 08: مستويات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر.



Source¹ : BraBralrunia ، **trausitionsarutaire en algérie et défis de fiuancement de_l'assurance maladie** ، intervention du colloque international sur les politiques de santé Alger ، 18 – 19 janvier 2014 ، p 25.

¹ -BraBra lrunia ،trausitionsarutaire en algérie et défis de fiuancement de l'assurance maladie intervention du colloque international sur les politiques de santé Alger ،18 – 19 janvier 2014 ، p 25.

✓ خلاصة الفصل:

مما سبق يتبين من خلال المراحل التي مر بها النظام الصحي منذ الاستقلال ليومنا هذا بعدد الخطوات الاستراتيجية في الممر الصحي، حيث أن الحكومة الجزائرية سعت جاهدة إلى تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان، وهذا المسمى الحكومي لتطوير النظام الصحي ظهر من خلال زيادة عدد المرافق والمؤسسات الصحية، وتضاعف عدد المستخدمين في المجال الصحي سواء أطباء أو ممرضين وإداريين، كذلك من خلال برامج الوقاية من الأمراض المتقلبة والتلقيح الإجباري، وأيضاً إرساء مبدأ الطب المجاني.

كما سمح هذا الفصل ببناء اللبنة المعرفية لتنظيم وهيكله قطاع الصحة في الجزائر من حيث الخصائص والتقسيم الهيكلي للمؤسسات الصحية في الجزائر من مراكز استشفائية جامعية CHU والمؤسسات الصحية العمومية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة EHS والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية Epsp ، لأن التعرف على خصائص الهياكل الصحية يسمح بتشخيص المؤسسة محل الدراسة من الناحية التسييرية بطريقة صحيحة وفق خصائص المراكز الاستشفائية الجامعية ومكوناته، وعدم الخلط بينها كنسق كلي وبين بعض الوظائف التي تقدمها أنواع أخرى من المؤسسات الاستشفائية، وبالتالي تقييم وتشخيص الاستراتيجية الاتصالية المتعلقة بالرعاية الصحية المقدمة بجل أنواعها لمرضى السرطان خلال عملية التكفل بهم في كل مراحل العلاج: (الاعلان - العلاج - المتابعة).

الفصل الرابع:

الإِتِّصَال

ونظام الصِّحَّة

لمكافحة السَّرَّطَان

في الجزائر

تمهيد:

بما أن أساس قياس التنمية لدى أي حكومة في العالم مرتبط أساساً بالتعليم والصحة، حيث إن تحقيق صحة المجتمعات هو هدف كل البرامج والخطط التنموية المقدمة من طرف الوزارة الوصية بوصفها نسق عام يهدف إلى تحقيق منفعة إجتماعية عامة، بتسخير كل الآليات والسبل المطلوبة للنهوض بقطاع الصحة، بوصفه قطاع إستراتيجي حساس ومحور مرتبط بكل فئات المجتمع، هذا ما دفع بالحكومة الجزائرية منذ الاستقلال وحتى اليوم إلى العمل على تقديم مخططات طويلة المدى بهدف مواجهة الأمراض الثقيلة التي باتت خطر يهدد الصحة الإجتماعية، مثل: مرض السرطان، ونجد أن الفصل المقدم سيعمل على التطرق إلى أهم محطات الإصلاح في نظام الصحة الجزائري والمخططات المقدمة لنجاح هذه المشاريع، وذلك بالتعرف على ملفات النظام الصحي وأكثر الرهانات والتحديات المتعلقة بالنظام، خاصة المرتبطة بالوسائل المادية والبشرية، ثم التخطيط لمكافحة السرطان في الجزائر مع استقراء للمخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2015-2019.

أَوَّلًا- إِصْلَاحَاتُ النِّظَامِ الصَّحِيِّ فِي الجَزَائِرِ:

إنَّ إِصْلَاحَ النِّظَامِ الصَّحِيِّ يَعْنِي إِحْدَاثَ تَغْيِيرٍ شَامِلٍ وَعَمِيقٍ يَعْتَمِدُ عَلَى التَّغْيِيرِ المِجْتَمَعِيِّ الدِّيمُقْرَاطِيِّ وَالدَّوْلَةِ المَدْنِيَّةِ الحَدِيثَةِ، وَيُمْكِنُ أَنْ يَقْصِدَ بِعَمَلِيَّةِ إِصْلَاحِ النِّظَامِ الصَّحِيِّ بِأَنَّهَا: "عَمَلِيَّةٌ تَغْيِيرٌ إِسْتِرَاطِيغِيٌّ مُسْتَمْرِعَةٌ بَعِيدَةٌ المَدَى ذَاتَ أَهْدَافٍ مُحَدَّدَةٍ تَرْمِي إِلَى جَعْلِ النِّظَامِ الصَّحِيِّ قَادِرٌ عَلَى تَقْدِيمِ خِدْمَاتٍ صَحِيَّةٍ ذَاتِ كِفَاءَةٍ، فَاعِلِيَّةٍ، وَعَدَالَةٍ مُتَيْسِرٍ الحَصُولِ عَلَيْهَا مُحْتَمَلَةً التَّكَالِيفِ وَذَاتِ جُودَةٍ عَالِيَةٍ."⁽¹⁾

وَهُنَاكَ إِتْفَاقٌ نَسْبِيٌّ عَلَى المَحَاوِرِ الأَسَاسِيَّةِ لِأَيِّ إِصْلَاحٍ لِلنِّظَامِ الصَّحِيِّ، وَهِيَ كَالتَّالِيِ:⁽²⁾

- ✓ يجب أن يكون التغيير الحادث هيكلي وليس سطحي.
- ✓ يجب أن يصاحب أهداف التغيير، تغيير في المؤسسات، وليس إعادة تحديد بسيط للأهداف.
- ✓ لا بد أن يكون التغيير طويل المدى وله أثر دائم عبر الزمن.
- ✓ يجب أن يشمل عدد كبير من المقاييس المتناسقة.
- ✓ يجب أن يكون المسار موجها من طرف سلطات وطنية أو جهوية.
- ✓ تكييف خصائص البلد مع التغييرات التي سوف تحدث.

وَكَمَا هُوَ مَعْرُوفٌ فَإِنَّ الجَزَائِرَ قَدْ شَهِدَتْ فِي العَقْدِ الأَخِيرِ مِجْمُوعَةً مِنَ الإِصْلَاحَاتِ مُسْتَمْتَلَةً مِنَ القِطَاعَاتِ الإِقْتِصَادِيَّةِ وَالإِجْتِمَاعِيَّةِ، مِنْ بَيْنِهَا قِطَاعُ الصِّحَّةِ، حَيْثُ أَنَّ وَضْعِيَّةَ الهَيَاكِلِ الصَّحِيَّةِ العَمُومِيَّةِ قَدْ أَثَارَتْ إِهْتِمَامًا مُتَخَذِي القَرَارِ الجَزَائِرِيِّينَ، مِمَّا دَفَعَهُمْ إِلَى دِرَاسَةٍ وَتَشْخِصِ حَالِ الصِّحَّةِ وَهَيَاكِلِهَا وَمُؤَسَّسَاتِهَا وَذَلِكَ قِصْدُ إِصْلَاحٍ شَامِلٍ لِلنِّظَامِ الصَّحِيِّ فِي الجَزَائِرِ، وَقَدْ عَرَفَتْ سَنَةَ 2002 تَغْيِيرًا وَاضِحًا فِي المَنْظُومَةِ الصَّحِيَّةِ حَيْثُ اتَّضَحَ هَذَا التَّغْيِيرُ جَلِيًّا فِي تَغْيِيرِ اسْمِ وَزَارَةِ الصِّحَّةِ وَالسَّكَّانِ لِتَصْبِيحِ وَزَارَةِ الصِّحَّةِ وَالسَّكَّانِ وَإِصْلَاحِ المَسْتَشْفِيَّاتِ، وَسَنَتَرَقُّ مِنْ خِلَالِ هَذِهِ المَسَاحَةِ العِلْمِيَّةِ إِلَى تَخْطِيطِ عَمَلِيَّةِ إِصْلَاحِ النِّظَامِ الصَّحِيِّ فِي الجَزَائِرِ أَهْدَافَ مَشْرُوعِ الإِصْلَاحِ وَمُلفَاتِهِ، إِخْتِلَالَاتِ النِّظَامِ الصَّحِيِّ وَالتَّدَابِيرِ المُقْتَرَحَةِ مِنْ طَرَفِ مَجْلِسِ الإِصْلَاحِ.

(1) - جَمِيعَةُ التَّنْمِيَةِ الصَّحِيَّةِ وَالبِيئَةِ وَبِرَامِجِ السِّيَاسَاتِ الصَّحِيَّةِ، الحَالَةُ الصَّحِيَّةِ وَالخِدْمَاتِيَّةِ الصَّحِيَّةِ فِي مِصْرٍ، مِصْرٍ، النِّشْرُ

جَمِيعَةُ التَّنْمِيَةِ الصَّحِيَّةِ وَالبِيئَةِ وَبِرَامِجِ السِّيَاسَاتِ الصَّحِيَّةِ، سَنَةَ 2005، ص 22.

(2) - عَدْمَانِ مَرْيَزْقِي، وَاقِعُ جُودَةِ الخِدْمَاتِ فِي المَوْسَّسَاتِ الصَّحِيَّةِ العَمُومِيَّةِ، دِرَاسَةٌ حَالَةُ المَوْسَّسَاتِ الصَّحِيَّةِ بِالجَزَائِرِ العَاصِمَةِ، أَرْطُوحَةُ مُقَدَّمَةٌ لِنَيْلِ شَهَادَةِ الدِكْتُورَاهِ فِي عِلْمِ التَّسْيِيرِ، جَامِعَةُ الجَزَائِرِ 03، 2007 / 2008، ص 100 .

ثانيًا - تخطيط عمليَّة إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

إن عمليَّة إصلاح النظام الصحي كانت من خلال المخططات التي رسمتها واعتمدها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وذلك ابتداءً من سنة 2000، وكانت وفق فترات زمنية محددة كالتالي:

✓ مخططات قصيرة المدى من 2000 إلى 2003.

✓ مخططات متوسطة المدى إلى غاية 2005.

✓ مخططات طويلة المدى إلى غاية 2009.

✓ المخططات التكميلية من 2010 إلى 2014.

1. مخططات قصيرة المدى من 2000 إلى 2003:

خلال هذه المرحلة تم تحديد عدة نقاط، حيث تعتبر هذه النقاط المحاور الأساسية الواجب إعدادها وتنفيذها، وقد اشتملت على ما يلي:⁽¹⁾

- التشاور مع مختلف الفاعلين في قطاع الصحة بشأن مشروع الإصلاح.
- إعداد ومباشرة العمل في برامج الإِتِّصَال الاجتماعي، والمتعلقة بإشراك السكان في المباحثات والمناقشات حول السياسة الصحية، ودعم وتوطيد المشاركة في حل مشاكل الصحة في الجزائر.
- مراجعة القانون رقم 05/85 المتعلق بحماية وترقية الصحة.
- مراجعة الاتفاقيات المبرمة مع صناديق الضمان على المرض وتحسين مدونة العقود الطبية والشبه الطبية.
- دراسة وإعداد الحسابات الوطنية للصحة.
- القيام بمباحثات مع وزير التعليم العالي والبحث العلمي بخصوص إصلاح الدراسات الطبية وشبه طبية، والتحكم في مناهج التكوين، وإعطاء الأولوية في التكوين إلى الطب المتخصص من أجل الاستجابة إلى الاحتياجات الوطنية.

(1) - خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999 - 2009) دراسة حالة : المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 03، 2010/2011، ص 77-78.

- إعداد البطاقة الصحية، ودراسة المخططات الصحية الوطنية والجهوية.
- التفاوض من أجل إلغاء ديون المؤسسات الصحية العمومية.
- إعداد دراسات موحدة حول القطاعات الصحية بعد القيام ب عملية تغطية الاحتياجات الصحية وتحديد طبيعة ومستوى مصادر التعبئة، وكذا تعيين المناطق ذات الأولوية.
- مراجعة القوانين الأساسية للمستخدمين في قطاع الصحة، حتى يتم جذب واسترجاع المتخصصين المؤهلين في القطاع العمومي، ومن جهة أخرى تشجيع الأطباء وشبه الطبيين على العمل في المناطق المعزولة والنائية.
- إعادة تهيئة وتأهيل الهياكل الصحية وتجهيزها، والبدائية تكون بالقطاعات الصحية من الدرجة الأولى والمناطق الأكثر حرمانا، وربط ذلك بعملية التنمية وتدعيم الأنشطة ذات الصيغة الطبية والصحية، كبناء هياكل إستشفائية جديدة.
- وضع ميثاق لتهيئة الأنشطة في المؤسسات الصحية وتعميم نظام الإعلام الآلي في التسيير.
- إعداد برامج وطنية لمحاربة الأمراض المزمنة (السكري، الربو، القلب والشرابين، السرطان، الأمراض العقلية) وذلك بتفعيل برامج الوقاية من الأمراض.
- تدعيم برامج النظافة في الوسط الإستشفائي.
- إعداد وتوزيع المخططات والرسوم البيانية وتبسيطها والتي تبين مجموع الأمراض المتفشية عبر الوطن.

2. مخططات متوسطة المدى إلى غاية 2005:

- ركزت هذه المخططات في مضمونها على مجموعة من النقاط وتمثلت فيما يلي:⁽¹⁾
- اختيار أسلوب العمل والوسائل الواجب توفيرها من أجل تحقيق التوازن بين التغطية الصحية الشاملة ومستوى التمويل.
- وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة، مع تنظيم الطرق الكفيلة للتكفل بالمرضى.

(1) - خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مرجع سابق، ص 79.

- تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية والتي تركز أكثر إستقلالية في التسيير .
- تطبيق القواعد الضرورية للوصول إلى تحقيق 45% على الأقل من الاحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية.
- وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم استعمال تكنولوجيات الإعلام الآلي.
- إعداد وتطبيق البرامج المحلية للمخططات الصحية.
- وضع ميكانيزمات محددة لمنح المواد واستغلالها.
- لامركزية الميزانيات الخاصة بالتسيير على مستوى عديد الولاية، ووضع لجنة تتكفل بتقييم النشاطات الطبية والتسيير على مستوى كل مديريات الصحة عبر الوطن.
- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات واقتراح التعديلات والبدائل لذلك.

3. مخططات طويلة المدى إلى غاية 2009:

يتضمن هذا المخطط ما يلي⁽¹⁾:

- توفير الوسائل الضرورية لسير المراكز الجهوية من أجل تقديم نوعية خدمات صحية عالية التخصص (الأمراض السرطانية، أمراض القلب، نقل الأعضاء، الأمراض العصبية).
- تقييم هذه الأنشطة من خلال تحديد المعوقات ووضع الأولويات في التنفيذ.
- تكييف بعض المصالح الصحية من أجل ضمان التكفل بالأمراض المتعلقة بشيخوخة السكان.
- تدعيم مخططات المالية والوقاية من الأمراض المستعصية كأمراض الإيدز....إلخ.

4. المخططات التكميلية من 2010 إلى 2014:

- أهم المحاور الكبرى التي ركز عليها هذا النوع من المخططات ما يلي⁽²⁾:
- إنشاء وتهيئة المنشآت الصحية لضمان التغطية الصحية الشاملة.

(1)- R.A.D.P ،M.S ،P ، Bilan du système national de santé et programme d'action_2005 – 2009 ، Alger ، november 2004 ، p 72 .

(2)- les Réforme en santé évolution et perspectives ، op. cit ، pp 35 – 37.

- فتح برامج للإستكشاف والمعالجة وهذه البرامج ذات مستوى عالي.
- إنشاء الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء.
- إعادة النظر في تنظيم المؤسسات الصحية العمومية.
- العمل على تأهيل الموارد البشرية وإعادة النظر وتأسيس الخدمة المدنية.
- إنشاء وكالة لتسيير الإنجازات والعتاد الطبي.
- إنشاء شهادات للدراسات المتخصصة والدعوة إلى الشراكة في بعض الاختصاصات.
- إنشاء لجنة وطنية متعددة القطاعات المحاربة والوقاية من الأمراض غير المتنقلة.
- إنشاء مصالح جامعية جديدة على مستوى المؤسسات الإستشفائية العامة والمتخصصة.

4. أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

نتيجة للوضع المزري الذي وصلت إليه مؤسسات المنظومة الصحية وسوء تقديم الخدمات وتدني مستواها، كان لابد على السلطات البحث عن الحلول المناسبة لتسوية الوضع والتكيف مع الأوضاع الراهنة حيث يعرف مجال الصحة تطورات هائلة في المعدات والأدوات وحتى في مجال التسيير والتنظيم.

لأجل هذا سعت الحكومة إلى تبني سياسة إصلاحية جديدة، فقد تناول المجلس الوطني للإصلاح في 15 أوت 2002 مشروع الإصلاح وملفاته والأهداف التي يسعى هذا الإصلاح إلى تحقيقها، وقد تم إثارة كل هذا في تقريره السنوي آخذا بعين الاعتبار المعطيات المحصلة من المديرية المركزية لوزارة الصحة.

• أهداف مشروع الإصلاح:

وضع المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وقد وردت هذه الأهداف في تقرير المجلس، وتمثلت فيما يلي⁽¹⁾:

(1)- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière : **Les préalables et les actions urgentes** ، Alger ، 2003 ، sur le site : [www. Sante.dz/reforme – hospitalière / rapport – preliminaire.htm](http://www.Sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm).
تاريخ الإطلاع: 17 / 02 / 2020.

- إعادة تركيز نظام الرعاية والاستشفاء وتكييفه مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام معلومات (إعلام آلي) قوي وفعال.
- توفير الوسائل اللازمة لمهنيين الصحة، بغض النظر عن وضعهم ومسؤولياتهم، وهذا لغرض الاستجابة بفاعليَّة للاحتياجات الصحية.
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لجميع أصحاب المصلحة في الحفاظ على صحة المواطنين.
- التأكيد على حقوق وواجبات المستخدمين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
- توفير الموارد المالية اللازمة لسير عمل المرافق الصحية.
- تحسين فاعليَّة الإنفاق المجتمعي بأي شكل من الأشكال على المرافق الصحية.
من بين الأهداف التي سعى الإصلاح إلى تحقيقها أيضا:
- تقريب الهياكل خارج الإستشفائية التي تهتم بالوقاية ولعلاج القاعدي للمواطنين.
- تحقيق أفضل تغطية للهياكل الصحية في المناطق الداخلية والجنوبية بالوطن.
- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المختصة ذات المستوى العالي.
- تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.⁽¹⁾
- تحسين قدرات المنظومة من خلال تحديث الخريطة الصحية بهدف التوزيع العقلاني والعاقل للموارد، إعادة تأهيل وتعزيز المنشآت الصحية الجوارية والفرق الطبية المتنقلة، وتحسين الرعاية في الوسط المدرسي.⁽²⁾

كما أن السياسة الجديدة لسنة 2008 إرتكزت على الأهداف التالية:

- ❖ الرفع من كفاءة تشغيل المستشفى أي بمعنى استعداد المستشفى للقيام بمهامه وذلك من خلال تحسين إدارة المستشفى، وتحقيق مبدأ التدرج في العلاج إذ أن المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النظام الوطني للصحة في الجزائر مبدأ تدرج العلاج وذلك انطلاقا من الهياكل غير الإستشفائية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الإستشفائية التي تقوم على تخصصات أكثر كذلك العمل على إعداد وتطوير القوى العاملة ويظهر ذلك من خلال تكفل الدولة

(1) - علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 110.

(2) - دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004 - 2013)، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الإقتصادية، العدد 06، 2015، ص 148.

بتكوين مهنيين في الصحة وتحملها لنفقات تدريب الأطباء والمختصين وإقامة كليات ومعاهد صحية، وبالتالي تضمن سياسة الإصلاح الجديدة.

❖ تحقيق الجودة والتحكم في التكاليف وذلك من خلال التنسيق والتكامل بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات الإستشفائية للصحة الجوارية، كذلك العمل على ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف إذ أن من أهم أهداف سياسة إصلاح المستشفيات تحقيق ترشيد الإنفاق والتسيير الجيد للموارد بما يقلص من التكاليف.⁽¹⁾

ثالثاً- تدابير توفير الرِّعاية الصِّحية في الجزائر:

ومن أجل تحقيق أهداف الإصلاح المستمرة وتكييف القطاع مع الاحتياجات الصحية الجديدة و المُستقبليّة، جاء في السياسة الحكومية في مجال الصحة سنة 2015 مجموعة من التدابير القانونية والتنظيمية التي تعمل على ذلك، وتمثلت أهم هذه التدابير في:

▪ تدابير الوقاية:

يبدل القطاع جهوداً لتعزيز مكافحة الأمراض المعدية والقيام بشكل حاسم ب عملية مكافحة الأمراض والوقاية منها، في هذا السياق جاء ما يلي:⁽²⁾

- تدعيم وتعزيز برامج الوقاية الوطنية التي تشكل جزءاً من هدف القضاء على الأمراض المعدية، ووضع برامج وخطط وقائية جديدة، ونظام ترصدي للأوبئة.
- إنشاء إطار للتنسيق وطني متعدد القطاعات لمحاربة الأمراض غير المعدية، ذلك بموجب مرسوم تنفيذي، والشروع في تنفيذ الخطة الوطنية للحد من عوامل الخطر الشائعة (التدخين، نمط الحياة غير المستقر والنظام الغذائي غير الصحي) المتعلق بالأمراض غير المعدية، إضافة إلى تطوير نظام مراقبة لعوامل الخطر هذه.
- إحياء وتنفيذ برامج الوقاية والكشف عن الإصابة بالسرطان والأمراض المزمنة الأخرى.
- تطوير وتعزيز برامج الوقاية المحددة في ولايات الجنوب.

▪ تدابير لحماية صحة الأم والطفل: يعمل القطاع على خفض معدل وفيات الأمهات والأطفال

من خلال:⁽³⁾

(1)- ريمة أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 220- 221 (بتصرف).

(2)- Ministère de la santé ، dela population et de la réforme Hospitalière ، **politique gouvernement a le dans la dorucun de la santé** ، septembre 2015 ، p 02.

(3)- IBId ، op.cit ، p 03.

- إطلاق خطة وطنية لتخفيض وفيات الأمومة للفترة 2015 – 2019، ذلك من خلال حصول الجميع على رعاية جيدة طول فترة الحمل والولادة.
- تعزيز ومراقبة حالات الحمل وتحسين خدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة.
- تعزيز الحماية للقاحية والتحصينية.
- تطوير الرعاية المتكاملة للطفل، من خلال تقديم رعاية شاملة والأخذ بالتدابير الوقائية.
- اعتماد وتنفيذ آليات للرقابة و التحكم في أسباب الوفاة لدى الطفل و الأمهات.

■ التدابير المتعلقة بتوفير الرعاية وتنظيم وسير النظام الصحي:

إن تطوير الرعاية المتخصصة في جميع أنحاء البلاد، وتحسين إدارة حالات أمراض الطوارئ الخاصة بالقلب والطبية الجراحية هي مجالات ذات أولوية في هذا القطاع خاصة منها مكافحة السرطان، ولهذه الغاية يعمل القطاع على:⁽¹⁾

- تنفيذ الخطة الوطنية لمكافحة السرطان 2015 – 2019 في محاورها المتعلقة بالتشخيص والعلاج لاسيما عن طريق العلاج الإشعاعي وتخفيف داء المريض.
- تطوير زراعة الأنسجة والأعضاء.
- تحسين الحالات الإستعجالية المتعلقة بالأمراض القلبية والطبية الجراحية، ذلك من خلال تحسين وتطوير الموارد البشرية والمادية.
- تعزيز آلية التوأمة بين المرافق الصحية في الجنوب والهضاب والشمال لتوفير الرعاية المتخصصة،
- تدعيم وتعزيز القدرات الإستيعابية للمنشآت الصحية.
- تطوير وتنظيم الرعاية الصحية المنزلية.
- تحديث نظام المعلومات الصحي وتعميم الطب عن بعد.
- تحسين توزيع الممارسين المتخصصين على المستوى الوطني.
- إعادة تنشيط ملف التعاقد مع منظمات الضمان الاجتماعي.
- التقييم والتوحيد القياسي لنشاط القطاع الخاص.

(1)- Ministère de la santé ، de la population et de la réforme Hospitalière ، **politique gouvernement dans la domaine de la santé** ، op.cit ، p 03.

• ملفات الإصلاح:

ركز المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في تقريره التمهيدي على ستة (06) ملفات أساسية

للإصلاح، تمثلت في: (1)

- ملف "الإحتياجات الصحية والطلب على الرعاية" برز كأولوية من هذا الملف واقع دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائية الفرعية وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي، وتم التعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من ناحية وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات الجهوية أو الوطنية من ناحية أخرى.

- ملف "الهياكل الإستشفائية" يتمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، ويضم هذا الملف العديد من الأهداف مثل:

- تعزيز رقابة الدولة على مرافق الصحة العمومية والخاصة.
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها.

• التنظيم والتسيير المحكم للمرافق الصحية من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي.

• استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعتبر النواة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

- ملف "الموارد البشرية" يتعامل هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي ألا وهو المستخدمين، وذلك من خلال دراسة ومراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، أجورهم، ترفيتهم في المسار المهني وتكوينهم، بحيث يعد التكوين ضرورة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين والشبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا العمل لا يتم إلا بالاشتراك مع قطاعات أخرى وهي التعليم العالي والتكوين المهني.

- ملف "الموارد المادية" في هذا تم التركيز بشكل كبير على دمج الموارد المادية في تنظيم الرعاية مما يعني توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين التسلسل الهرمي للرعاية وتوحيد الوسائل، والهدف

(1) -Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière ، **les prétables et les actions urgentes** ، Alger ، 2003 ، sur le site : www.sante.dz/reforme-hospitaliere/ rapport - liminaire . 02 / 20 تاريخ الإطلاع: 2020/

هو توفير شبكة من الرعاية بكافة الوسائل الضرورية ولكن توزيعها يكون بطريقة عقلانية. وتشكل الجوانب المتعلقة بالصيانة والمعايير الفنية والسلامة والجودة، وتنفيذ التقنية والتدريب مكمل لهذا الملف. كما يدعم هذا الملف التفكير في العناصر التي يمكن أن تسهم في تطوير سياسة وطنية لمكافحة المخدرات.

- ملف "التمويل" ركز هذا الملف على دراسة طرق وكيفيات توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر من ناحية التسيير المالي، كما عالج هذا الملف القوانين الأساسية التي تسيّر المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في تمويل النشاطات الطبية وحول الشروط اللازمة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تعمل على تحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

- ملف "إشترك القطاعات" برز هذا الملف أن نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ترتبط إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى لقطاع المالية العمل والحماية الإجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

وإن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، وقد تم التأكيد على وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب عدة مرات، بغض النظر عن المسافات والظروف المناخية والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين المتخصصين القادرين على تلبية جميع الاحتياجات الصحية، من ناحية أخرى تتطلب حالات الاستعجالات إتباع نهج أكثر توثيقا من شأنه أن يبني على التحقيقات الجارية بناء على طلب الإدارة.

وتستحق هاتان النقطتان أن تكون موضوع تفكير متعمق من أجل اقتراح حلول ذات صلة.

رابعاً - رهانات وتحديات النظام الصحي:

لقد إنبتق من أشغال التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات خلاصة حول العقبات والإختلالات الأكثر وضوحا التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، وخصوصا المستشفيات.

• الرّهانات والتحدّيات المتعلقة بالتنظيم والوسائل المادية والبشرية:

يظهر من خلال عمل مجلس الإصلاح، والمقابلات التي أجريت والحلقات الدراسية، نتيجتين مشتركتين، من ناحية تبين أن الطريقة الحالية لتنظيم المستشفيات قديمة ومن ناحية أخرى هناك حاجة الآن إلى تغييرات ضرورية، ويبرر قدم أدوات التنظيم الحالي بالقيود الجديدة المفروضة على المؤسسات والتي ترتبط باحترام توازن الميزانية على مستوى الاقتصاد الكلي والتمكين الاقتصادي لجميع الجهات الفاعلة في المستشفيات وكان موقف الكثير مع النظرة التي مفادها أن إهمال الإدارة المركزية يؤدي إلى إختلالات في التوازن المالي حسب المناطق أو القطاعات أو الأنشطة. وتتمثل الإختلالات المرتبطة بالتنظيم والوسائل المادية والبشرية كما أوردها المجلس الوطني للإصلاح فيما يلي⁽¹⁾:

- تعدد هيئات التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية مرهقة وغير فعالة.
- عدم تكامل النظام الأساسي للمنشآت.
- الإجراءات الإدارية والتسيرية ناقصة وغير كافية.
- التوزيع غير المتكافئ للموارد المادية والبشرية بين المناطق وداخلها.
- عدم كفاية التجهيزات والمعدات أو قدمها.
- عدم تجانس حظيرة العتاد والمعدات ونقص الصيانة.
- غياب مراجعة مدونة الأعمال والتسعير.
- عدم وجود توافق في الآراء وقواعد الممارسة الطبية الجيدة المعممة.
- صعوبة الوصول إلى رعاية المستخدمين.
- قلة الكفاءة والجودة في توفير الرعاية.
- تقييم غير كاف للأنشطة الطبية.
- غياب الدعم المؤسسي للمرضى خلال فترة الإستشفاء على المدى الطويل.

⁽¹⁾ -Rapport préliminaire du conseil national de la reforme hospitalière : les preables et les actions urgents ، تاريخ الإطلاع : www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapporte-preliminaire.htm ، 2003 ، Alger ، 20/08/2021

ولقد وضعت بعض الحلول والتدابير المقترحة لهذه الاختلالات من طرف المجلس الوطني للإصلاح وتمثلت في:

- إعطاء المزيد من الاستقلالية في إدارة المستشفى.
- الحد من تدخلات الوصاية من خلال إعادة تركيز مهام الإدارة المركزية وأجهزتها غير المركزة.
- إعادة تعريف مهام المستشفيات وتكييف قوانينها مع هذه المهام من خلال تسهيل إجراءات الإدارة والرقابة الإدارية والمالية.
- مراجعة الهيكل التنظيمي لإدارات المؤسسات الصحية وفق الأهداف الموصوفة خاصة الإقتصادية والمالية.
- مراجعة الوضع المالي للموظفين بهدف تحسين ظروف الممارسة والتقدم الوظيفي وإدخال نظام محفز في انتظار نتائج إصلاح الخدمة المدنية.
- توحيد الموارد المادية والبشرية، وكذا وضع خريطة صحية لتوزيع الموارد البشرية.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى الوزارة، تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- إحصاء شامل لحظيرة العتاد الطبي وغير الطبي بغية تحديثها وإعداد قائمة التجهيزات والأدوات.
- إنشاء لجنة على مستوى الوزارة لتحسين مدونة الأعمال والتسعير المعمول بها.
- وضع تدريجيا لتوافق الآراء وقواعد الممارسة الطبية الجيدة.
- استعادة وترتيب التسلسل الهرمي للرعاية عن طريق إعلام المستخدمين وإقامة شبكات الرعاية مع الإهتمام الخاص بالحالات الاستعجالية.
- تحسين شروط الاستقبال، الإقامة والنظافة في المستشفيات.
- إنشاء هيكل مسؤول عن التقييم الخارجي للأنشطة الطبية ونوعية الرعاية.
- إنشاء أدوات التقييم الداخلي داخل المستشفيات والهيكل.

• الرّهانات والتحدّيات المتعلقة بالتمويل:⁽¹⁾

يعاني القطاع الصحي من العديد من الإختلالات المتعلقة بالتمويل بسبب الافتقار إلى الوسائل اللازمة لمواجهة الطلب المتزايد على الرعاية الصحية، كما أن التغطية الصحية من حيث البنية التحتية والموارد البشرية والمادية غير متكافئة بحيث غالبا ما يتم حرمان المستشفيات العامة من الوسائل اللازمة لتولي مسؤولية بعض الأمراض.

ويعد الافتقار إلى الموارد المالية عاملا أساسيا في تقادم وضعية القطاع العام إذ أنه لم تتوقف ميزانيات مؤسسات الصحة العامة من الانخفاض منذ عام 1987 وقد أدى هذا الانخفاض الكبير في الموارد إلى تدهور كبير في ظروف تشغيل الهياكل الصحية.²

إن إعادة هيكلة النظام الصحي أصبحت اليوم أمر ضروري، بحيث يمكن من إنشاء نموذج تنظيم قادر على تلبية الطلب على الرعاية من خلال ضمان جودة الخدمات المتاحة لجميع السكان، ويجب أن يستند تمويل هذا النظام إلى مبادئ التضامن والإنصاف.

يمكن تلخيص الإختلالات والقيود المتعلقة بالتمويل على النحو التالي:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.
- ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض عليها.
- مديونية كبيرة.
- لا تحكم في التكاليف ولا في النفقات الصحية.
- عدم توازن ميزانيات القطاعات الصحية وذلك لصالح المستشفى على حساب الهياكل غير الإستشفائية، وهذه الإجراءات تعطل النظام وتشكك في تحديد أولويات الرعاية.

⁽¹⁾ –Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : **les preables et les actions urgents** ،
Alger ، 2003 ، sur le site : www.santé.dz / reforme – hospitalière / rapport – préliminaire .htm : تاريخ الاطلاع
20/09/2021

² Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : **les preables et les actions urgents** ،
Alger ، 2003 ، sur le site : www.santé.dz / reforme – hospitalière / rapport – préliminaire .htm : تاريخ الاطلاع
20/09/2021

- والتدابير العاجلة المقترحة عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات نعرضها فيما يلي:
- البحث عن مصادر جديدة لتمويل النظام الصحي، من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية (على التلوث والتبغ،.... إلخ) ومساهمة التأمينات الإقتصادية.
 - تعيين محتوى واقعي للتعاقد من خلال تحديث تسميات الأعمال الطبية والتسعير.
 - قيام وزارة التضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين، بحيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كيفية التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
 - التأكد من أن جميع المرافق الصحية خاضعة للمراقبة البعدية الوحيدة وفقا لأنظمة المعمول بها.
 - مبادرات مجانية لجمع الأموال لبعثات المستشفيات (التدريب غير الجامعي والاستثمارات والاستعانة بمصادر خارجية للخدمات الإقتصادية والعمامة).
 - إدراج الإيرادات في الميزانية.
 - وضع مخطط حسابات للمستشفيات.
 - السماح للمستشفيات للتعاقد على تقديم الخدمات مع المؤسسات والشركات الوطنية والدولية.
 - إعادة تنشيط آليات النقل للميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي للمستشفيات.
 - تبرئة المستشفيات العمومية من الرسوم الجمركية على المعدات.
 - الانتقال من نظام يتميز بهياكل التمويل إلى نظام تمويل الأنشطة، سيستمر تمويل المهمات الأساسية للمستشفى (الحالات الاستعجالية، التدريب، البحوث، الوقاية) من خلال التخصيص الشامل.
 - تعزيز إجراءات تحديد التكاليف الحالية.
 - جعل الموارد المادية والبشرية مربحة (تجميع المنصات التقنية، إعادة توزيع الموارد البشرية.... إلخ).
 - تعزيز شبكات تحديد الأولويات والرعاية كوسيلة للتحكم في التكاليف.
 - إنشاء الهياكل الضافية للمستشفى بميزانية إضافية مستقلة عن ميزانية مستشفى قطاع الصحة.
 - مواصلة عملية التخلص من ديون المستشفيات.

• الرّهانات والتحدّيات المتعلقة بالإعلام والإتصال:

يعاني الإعلام الصحي من عواقب الانتقال من النمط التقليدي لجمع الاستغلال وتحليل المعلومات إلى أسلوب يقدم تقنيات جديدة ويعتمد على إدخال التكنولوجيات الجديدة للإعلام والإتصال وهذا ما أدى أساسا إلى ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة، ولا يخبرنا نظام الإعلام المالي إلا جزئيا عن مدى حقيقة الطلب على الرعاية وعن جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان، ولذلك من الضروري تحديد وتصميم نظام إعلام موثوق به وتحديد أهدافه، بهدف توفير الأدوات اللازمة لصنع القرار، ويتم شرح الحاجة الملحة لإنشاء هذا النظام بشكل أكبر من خلال أنه يغطي جميع مجالات النظام الصحي بما في ذلك⁽¹⁾:

- التسيير الإداري والمالي.
- تسيير الأنشطة الطبية والغير الطبية.
- تسيير الأدوية و المواد الاستهلاكية.
- تسيير المعدات الطبية والغير الطبية.
- تسيير وإدارة شؤون الموظفين.
- تسيير دائرة وشؤون المرضى.
- والاختلالات المتعلقة بالإعلام تتمثل في:
- مكاتب الدخول لم يتم تشغيلها بالكامل بعد.
- سجلات وأدوات تسجيل غير كاملة.
- المستخدمون لديهم نقص في التدريب على الترميز والتصنيف الدولي للأمراض.
- سوء حفظ السجلات والتقارير الطبية.
- عدم تكامل وملائمة بعض السجلات الإدارية.

(1) -Rapport préliminaire du conseil national de la reforme hospitalière : les preables et les actions urgents تاريخ الاطلاع : www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm ، Alger ، 2003 ، sur le site : www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm .2021/09/20

وتمثلت التدابير المقترحة من طرف المجلس الوطني للإصلاح في:

- إعادة العمل بالمناهج المعروفة والآلية في التقييد الإلزامي للمهام المنجزة طبية كانت أو غير طبية، ويدخل ضمن ذلك بصفة خاصة الحفاظ على ملف المريض، ومراقبة المريض داخل المستشفى، وأن هذه التدابير تسعى إلى تفادي النشر عن المسؤولية البشرية وتعويضها بمسؤولية الآلة.
- تحديد المجالات التي سيتم إدراج فيها الإعلام الآلي، ووتيرة هذه العملية ومصاحبته على تطوير التكوين الضروري لذلك.
- إنشاء هياكل وطنية وإقليمية مسؤولة عن إنشاء نظام الإعلام وتوفير جميع الوسائل اللازمة لإنجاز مهامها.
- إنشاء وسائل لضمان الربط بين المرافق الصحية في نفس المنطقة وبين المناطق الصحية.

• الرهانات والتحديات المتعلقة بالتكوين:

وقد تم تحديد هذه العراقيل والاختلالات على النحو التالي:⁽¹⁾

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بعين الاعتبار الاحتياجات التي يعبر عنها القطاع الصحي.
- نظرا لعدم كفاية المعرفة بالمتطلبات الحقيقية لرعاية السكان فإن القطاع نفسه في بعض الحالات غير قادر على التعبير وتقديم طلب دقيق عن كمية نوعية التكوين الذي يحتاجه.
- لم يعد التكوين الأكاديمي قادرا على تلبية المؤهلات المطلوبة بممارسة المهنة أو متطلبات تنوع المجال.
- عدم الكفاءة في بعض الحالات بين المؤهلات الأكاديمية والكفاءة المهنية يؤدي إلى نقص كبير إن لم يكن اختفاء لبعض التخصصات الطبية والشبه الطبية.
- لا يتم تضمين بعض التخصصات مثل الفزيائيين الطبيين ومديري مراكز البيانات ووكلاء الصحة والنظافة في خطة إدارة الموارد البشرية.
- مدارس تكوين الشبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
- تكوين المديرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي، لا يستجيب إلى مواصفات التسيير الاستشفائي.

(1) - Rapport preliminaire du consiel national de la réforme hospitaliere : les preables et les actions urgents تاريخ الاطلاع : www.santé.dz/reforme.hospitaliere/Rapport-preliminaire.htm ، Alger ، 2003 ، sur le site : 20/09/ 2021

التدابير التي أقرها المجلس تخص عدة مستويات إذ يجب أن تسعى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى:

- تحديد الضرورة الملحة للإحتياجات من حيث المهنيين الصحيين وملفات التكوين (إنشاء قوائم مرجعية لمهن صحية).
- إعادة النظر في الديمغرافيا الطبية، وملفات التكوين والمحتويات التعليمية، وذلك مع قطاع التعليم العالي وفقا للإحتياجات التي أعربت عنها وزارة الصحة.
- دراسة الإحتياجات اللازمة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من مهندسي الطب الحيوي والتكوين التقني غير الطبي مع وزارة التكوين المهني.
- إعادة فتح عند الإقتضاء، ملاحق مدارس تكوين شبه الطبية على مستوى المستشفيات، كجزء من تكوين الموظفين على العمل (إعادة تكوين، ترقية).
- تقديم دورات تدريبية خارج المستشفيات الجامعية لوضع الأطباء في المُستقبل في وضع مهني ملموس.
- التفكير مع القطاعات المعنية في التكوين المؤهل والمعدل الذي يتألف على سبيل المثال من الحصول على شهادة ثانية دون الحاجة إلى اجتياز المنهج الأكاديمي بالكامل للمتخصصين.
- إنشاء بوابات من خلال التكوين الأكاديمي أو التأهيل للمهارات المكتسبة للسماح بتنقل الموظفين.
- وضع خطة لإعادة إدماج المهنيين الصحيين المكونين أو العاملين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والمؤسسات المسؤولة عن التعاون الدولي.
- إعادة تنظيم هيكل التكوين الطبي والإداري وفقا للإحتياجات القطاع.
- مراجعة ملفات التكوين، ومحتوى الدروس وفقا للإحتياجات التي يعبر عنها القطاع الصحي.
- إنشاء على المستوى المركزي لجنة مشتركة بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، مع سلطات صنع القرار.
- إنشاء على المستوى الجامعي وإقامة مؤتمرات للعمداء لتحديد الأدوات والهيكل للتحقق من صحة الوظائف والكفاءات والمؤهلات.

• الرّهانات والتحدّيات المتعلقة بالقطاع الخاص والقطاع الشبه عمومي:

بعد انضمام السلطات العمومية إلى مسعى التحرر الاقتصادي والإجتماعي و الذي أعلن عنه منذ بداية الإصلاحات، ونتيجة للضغوطات الكبيرة التي كان يعاني منها القطاع الصحي العام كان لابد على الحكومة من استحداث قطاعين لتخفيف من العبء الذي تتحمله الدولة، وبذلك فقد تم إنشاء القطاع الشبه عمومي سنة 1975 تم القطاع الخاص و الذي تم إضفاء الطابع المؤسسي عليه ابتداء من دستور سنة 1989، لكن حقيقة الأمر هي أن استحداث هذا القطاع طرح مشكل عدم التوازن الناتج عن منظومة صحية مزدوجة، وبالتالي البحث عن ضرورة انسجام وتماسك هاذين النظامين وفي الواقع فإن تطور القطاع الخاص كان نتيجة لرقابة السيئة ما نتج عنه ارتفاع كبير في التراخيص لافتتاح عيادات استشفائية خاصة وبالتالي امتصاص القدرات البشرية والكفاءات الطبية وعدم تحكم السلطات العامة في هذا القطاع.⁽¹⁾

إن العيادات الاستشفائية الخاصة بالرغم من كون هدفها تجاري إلا أنها تخلق نوع من المساواة في العلاج من خلال استقبالها للزبائن القادرين على الدفع لها، ومن ثم فسح المجال للقطاع العمومي للقيام بدوره وتلبية الحاجات الصحية لبقية المواطنين إلا أنه يجب أن نضيف أن هذه العيادات الخاصة تتطور بشكل رئيسي في تخصصات مربحة تجاريا مثل الجراحة والأمومة، وتتطور أيضا في بعض المناطق ذات الكثافة السكانية العالية وتجذب أيضا المديرين التنفيذيين من القطاع العام.

لذلك من الأمور الضرورية في سياق إصلاح النظام الصحي يجب تحديد بدقة مكان القطاع الخاص في نظام الرعاية الصحية الكلي ويجب أيضا قياس ومعرفة العواقب المترتبة من ازدواجية النظام الصحي.

وتتمثل الاختلالات المتعلقة بتسيير القطاع الاستشفائي الخاص في:

- عدم وجود قوانين أساسية واضحة تنظم المؤسسات الاستشفائية الخاصة والشبه عمومية.
- غياب دفاتر الشروط لهذه المؤسسات.
- عدم وجود معايير تنطبق على قطاع المستشفيات الخاصة من حيث تنظيم الأنشطة الطبية.
- وجود تصنيفات ورسوم غير مخفضة للعامة.
- نقص التعاون المؤسسي بين القطاعين العام والخاص.

(1)- Rapport preliminaire du consiel national de la réforme hospitaliere : les preables et les actions urgents تاريخ الاطلاع : www.santé.dz/reforme.hospitaliere/Rapport-preliminaire.htm ، Alger ، 2003 ، sur le site : www.santé.dz/reforme.hospitaliere/Rapport-preliminaire.htm ، 20/09 2021

- تحديد تكاليف الأتعاب بطريقة عشوائية ودون رقابة.
 - مشكل حصول الفئات الفقيرة على الرعاية الصحية اللازمة.
 - غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي.
 - انعدام المشاركة الفعالة في أنشطة الوقاية.
 - إشكالية النشاط التكميلي.
- وتمثلت التدابير المقترحة من طرف مجلس الإصلاح في:
- تحديد وتعريف القوانين الأساسية التي تنظم المؤسسات الاستشفائية الخاصة والشبه عمومية.
 - إعداد دفاتر الشروط لهذه المؤسسات وفقا لمواصفات البطاقة الصحية.
 - تحديد قواعد تنظيم الأنشطة الطبية ومكان القطاع الخاص في النظام الصحي الوطني.
 - وضع معايير موحدة في إنشاء وبناء المؤسسات الإستشفائية سواء منها الخاصة أو الشبه عمومية.
 - ادماج المؤسسات الصحية ذات الطابع الخاص مع مختلف شبكات الرعاية الصحية المتوفرة وطنيا وجهويا.
 - تكفل المؤسسات الصحية بالتكفل بالنشاط الاستعجالي خاصة عند غياب الهياكل الصحية او الوسائل والاليات اللازمة.
 - التعاون مع التأمين الصحي تمويل قطاع الصحة الخاص مما ييسمح بالحفاظ على مبدأ وصول الصحة لكل مواطن مع التكفل التام به.
 - تنويع الأنشطة المتعلقة بنظام الإعلام الصحي.
 - دعم القطاع الخاص بالاعتماد على الشفافية خاصة المتعلقة بالرسوم.

خامساً- التّخطيط لمكافحة السرطان في الجزائر لتحسين عمليّة التّكفل بالمرضى:

يعتبر التخطيط الاستراتيجي عملية جوهرية في الإدارة الإستراتيجية بإعتباره العملية أكثر أهمية بين مختلف العمليات في الإدارة ويشير التخطيط الاستراتيجي الى عملية صياغة الرسالة في المؤسسة في ضوء رؤيتها وبناء غايتها وأهدافها المُستقبلية ، ويستند هذا النوع من التخطيط على عديد العمليات في التحليل الاستراتيجي لبيئة المؤسسة الداخلية والخارجية حيث يساعد هذا التخطيط على إختيار الاستراتيجية المناسبة وذلك لما وفره التحليل الاستراتيجي من معطيات حول نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات التي تحيط بالمؤسسة ، ويعرف التخطيط الاستراتيجي على أنه الطريقة الأنسب لتحقيق الاهداف والغايات قريبة المدى وبعيدة المدى وتحديد توجه المؤسسة بغية الوصول الى هدفها، ممايفرض على ادارة المؤسسة الإستشفائية تقديم الدعم الكامل وتمكين العاملة في كافة المستويات التنظيمية في المؤسسة ، لانه جزء حيوي يسمح بدراسة الجمهور الداخلي والخارجي بهدف تغطية احتياجاته على مستوى الخدمات الصحية في المؤسسة الإستشفائية.¹

- واقع التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات العمومية الجزائرية:

اهتمت المؤسسات الاستشفائية بعملية التخطيط للصحة لكونه يسمح لمؤسسة ان تبقى على علم ومعرفة بما يمكن ان يعترضها من أزمات مستقبلا وقد تزايدت وتيرة التخطيطي على مستوى هذا القطاع مؤخرا خاصة مع التغيرات الكبيرة التي طرأت على القطاع الصحي العالمي خلال الفترة الزمنية الاخيرة.

فقد تطور التخطيط الاستراتيجي بإعتباره أسلوب عملي لإدارة موارد المؤسسة وتحقيق أهدافها ولكن برغم التطور الذي يشهده موضوع التخطيط الاستراتيجي كمدخل في ترشيد التصرف بالموارد وفق أسلوب علمي ومنهجي منظم، وأصبح أكثر تعقيد بسبب التطورات الكبيرة التي شهدتها ويشهدها العالم الحديث ، وتعدد الاساليب والطرق في التخطيط الاستراتيجي داخل المستشفيات العمومية الجزائرية، ويمكن القول ان واقع التخطيط الاستراتيجي يتجلى من حيث المعوقات المرتبطة بتطور الفكر الاستراتيجي عموما وبذات الوقت تحدث إشكاليات في خطط التنمية والتطور خاصة في مجال التصدي لأضرار العصر الثقيلة وأبرز هذه العوائق على مستوى المستشفيات العمومية نذكر مايلي:

1- جمال تراكة ، عبد السلام عبد اللاوي، السياسة الصحية وقضايا التنمية في الجزائر، اعمال الاسبوع العلمي الدولي بسوسة-تونس - من 01 الى 06 مارس 2020، المؤتمر العلمي الدولي الصحة و الأنظمة الصحية في الدول النامية الواقع والتطلعات-الجزء الثاني- 02/01 مارس 2020، دار تمكين للطباعة والنشر، ص11.

- صعوبة الوضع المالي للعديد من المستشفيات العمومية الجزائرية التي تعتمد في وضع مخططاتها على الامكانيات المحدودة والمتاحة وهذه لا تؤهلها للقيام بعمليات تخطيط الاستراتيجية.
- عدم إهتمام الادارة العليا في المستشفيات العمومية بالمشكلات والقضايا الاستراتيجية نتيجة لإهتمامها بالمشكلات الروتينية اليومية وإنشغالها فيها، الأمر الذي جعل المستويات الادارية العليا بمعزل عن الإهتمام بقضايا مصيرية للمستشفيات ، خاصة منها المرتبطة بالتغيرات التكنولوجية وتوطير عمليات التكفل بالأمراض الثقيلة وغيرها مما يقف حاجزا أمام الإهتمام بالقضايا الاستراتيجية والتخطيط لها.
- الاعتقاد بأن عملية التخطيط الاستراتيجي هي مسؤولية هيئة متخصصة في التخطيط وليس مسؤولية الادارة على كافة المستويات، الامر الذي يجعل عملية التخطيط الاستراتيجي خارج نطاق الإهتمام المباشر للكثير من العاملين في المستشفيات العمومية الجزائرية.
- المركزية العالية في أنظمة الحكم عموما، وهذا الامر يحول في أغلب الأحيان دون الإفصاح عن التغييرات الهيكلية المطلوبة للتخوف السلطة من ان يكون في هذا مساس بمصالح الدولة.
- التفرد في اتخاذ القرارات ذات الصلة بعملية التخطيط الاستراتيجي وعدم السماح للأفراد العاملين بالمشاركة في إتخاذ تلك القرارات، الأمر الذي ينعكس سلبا على دوافع وسلوك الافراد والبيئة الثقافية للمستشفيات العمومية الجزائرية بصفة عامة.
- قصور المستشفيات العمومية الجزائرية وعدم قدرتها على تنفيذ الخطط الاستراتيجية التي تم وضعها فالكثير من المستشفيات الجزائرية تعتمد الى وضع خطط استراتيجية بعد ان تكون قد عملت على تحليل البيئتين الداخلية والخارجية، والتي تكون تلك الخطط مصاغة بشكل جيد ، غير أن الكثير من تلك المستشفيات تكون قد وضعت تلك الخطط كمتطلبات شكلية أما الجهات المختلفة المرتبطة بها وليس بقصد تنفيذها.

✓ سياسة التنمية الصحية في ظل التقشف:

- يعتبر التقشف برنامج حكومي ذو طابع إقتصادي يستهدف الحد من الإسراف في النفقات، وتشجيع الإدخار والعمل على مضاعفة الإنتاج علاجا لأزمة إقتصادية تمر بها البلاد، وغالبا

ما تؤشر الحكومات الى هذا المنحى،¹ من خلال موازنتها العامة التي توصف بالنقشفية في عمليات السيطرة على نموالدين العام ورفع مستويات النموالاقتصادي وهو ما يحدث على أكثر من مستوى للتخفيف من الخدمات الإجتماعية والصحية والعامة التي تقدمها السلطات الرسمية.

- التخفيف من نفقات الوزارات لاسيما تلك التي توصف بالكماليات التي يمكن الإستغناء عنها.
- إقفال باب التوظيف في القطاع العام او تقليصه الى أدنى الحدود بهدف التخفيف من أعباء الخزينة العامة.

وهذا ما يؤثر عموما على مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين في كل القطاعات ومنها القطاع الصحي العمومي وبوصفه أحد القطاعات الحساسة ينظر الى سياسة التقشف بنوع من المساعدة والتسهيل لهذا القطاع ان يسير على النسق الذي تعود عليه حتى يتضرر في عملية التنمية والتي هي ضرورة ملحة يتطلبها الواقع وكذا ما تفرضه العولمة من ضرورة مسايرة التطورات الحاصلة في هذا المجال وخاصة تلك المتعلقة بالامراض الثقيلة التي تسعى الحكومات عالميا الى مواجهتها.

اما فيما يخص السياسات الحكومية الصحية في الجزائر فتشير المخططات التوجيهية للفترة الممتدة بين 2009-2025 إستثمارات تقدر ب20مليارأورو² لبناء مرافق صحية جديدة وكذا تحديث المستشفيات الموجودة.³

وفي هذا الصدد تم الشروع في عديد الاصلاحات ذات العلاقة المباشرة مع وظيفة صيانة البنى التحتية ومعدات المستشفيات وتدريب الهيئات الصحية من خلال العمل على رقمنة تسيير كل المؤسسات الاستشفائية الوطنية والملفات الطبية للمرضى قصد تطوير ودعم القطاع الصحي وكانت مبادرة تعميم النظام المعلوماتي على قطاع الصحة الشرط المسبق لمشروع شراكة بين وزارة الصحة والإتحاد الأوربي المطبق في 2009.

وقد تم إختيار المستشفى الجامعي لوهران كمؤسسة نموذجية للشروع في العملية، وإنتهت نتائج هذه التجربة في سنة 2019، حيث عملت وزارة الصحة على تعميم نظام موجد في المؤسسات الاستشفائية في

¹- المرجع السابق، ص ص 11، 12.

²- سعيد باتول، قطاع الصحة بالعاصمة غير معني بالتقشف وأربع عيادات ستدخل الخدمة الشهر المقبل، مقال منشور بجريدة الشروق الجزائرية العدد 1412، ليوم 14/06/2016.

³- جمال تراكاة، عبد السلام عبد اللاوي، السياسة الصحية وقضايا التنمية في الجزائر، مرجع سابق، ص 13.

مختلف ربوع الوطن. وفي نفس الصدد تم توحيد المعطيات على جميع الاصعدة كالمعلومات الخاصة بالمرضى وعدد المرضى المعالجين حسب الفترات والامراض التي تم احصاؤها والموارد البشرية في المؤسسات والتراث الطبي.

كما يتم جمع معلومات خاصة بالمرضى في شكل قواعد معلومات ضمن ملف طبي الكتروني، أما فيما يتعلق بالمعلومات الخاصة بالموارد البشرية فستدرج في قاعدة معلومات أخرى، حيث سيكون هناك جمع منظم لكل هذه المعلومات عبر مختلف الهياكل الاستشفائية للبلاد وسيتم وضعها في نظام معلومات خاص وإرسالها الى المعهد الوطني للصحة العمومية ووزارة الصحة وهو ما يسمح بوضع جهاز إنذار صحي على مستوى الوصاية ومخطط تسيير مكلف بالكشف عن النقائص المسجلة في قطاع الصحة وقتران حلول لها.

شكل القطاع الصحي في الجزائر محورا أساسيا من السياسات الإجتماعية، حيث كان هذا الأخير ضمن القطاعات التي منحت لها الدولة الأولوية منذ الاستقلال.

مرت سياسة اصلاح المنظومة الصحية بعدة مراحل و كانت كل مرحلة كانعكاس للظروف السائدة تلك الفترة وقد سبق التطرق الى تلك المراحل اكثر تفصيلا سابقا ، لكن عموما بادرت الدولة بإصلاحات كثيرة و سطرت استراتيجيات و مشاريع عدة بهدف إعطاء الخدمات الصحية صبغة جديدة أكثر جودة وفعالية وهكذا قطعت أشواطا كبيرة لم تجعلها تسلم من المعيقات والمشاكل التي مازلت تعانيها خاصة في ظل تزايد احصائيات الاصابة بمرض السرطان الذي انتقل كاهل الحكومة على مر السنين حيث سطرت له عديد المخططات التي طمحت بها الى تحسين التكفل وتقديم الوعي الكاف في اطار مكافحة السرطان.

✓ السرطان والرعاية الإجتماعية في الجزائر:

وجود مرض السرطان ليس بالأمر الحديث او الجديد وإنما موجود منذ القدم يهاجم خلايا جسم الانسان. وقد ذكر قديما في الكتب الهندية، كما أن المصريون القدماء أول من وصف هذا المرض حيث كشف تشريح عدد من الموميאות إلى وجود إصابات بسرطان العظام بالإضافة إلى أورام سرطانية أخرى .

قد تم اكتشاف العلاج الكيميائي للسرطان¹ بمحض الصدفة نتيجة دراسة تأثير الغازات السامة (غاز الخردل) المستعملة في الحرب العالمية الأولى والثانية فقد لوحظ أن ذلك الغاز يسبب هبوطا حادا في عدد

¹- فيصل محمد مكي أمين، السرطان مرض العصر الحقيقة والوهم، منشورات معهد سكيبة، الطبعة الأولى، 1990، ص 07.

كرات الدم البيضاء للمصابين، الأمر الذي أدى إلى استعماله بنجاح في علاج سرطانات الدم والغدد الليمفاوية، ومنذ ذلك التاريخ توالى الاكتشافات لمئات من الأدوية الكيميائية لعلاج السرطان. ووردت في أحد الأبحاث الأجنبية الصادرة في كتاب جماعي بعنوان:

"Sciences sanitaires Et Sociales" في عام 1996 ، سيموت أكثر من 840.000 شخص بسبب السرطان في أوروبا. في الولايات المتحدة ، سيكون عددهم 550.000 على الأقل ، ومع ذلك كان من الممكن تجنب أكثر من نصف هذه الوفيات عن طريق الإجراءات الوقائية.¹

وأقام علماء الأوبئة روابط بين التعرض لفترات طويلة لبعض المواد وارتفاع معدل الإصابة بأنواع معينة من السرطان لتحديد أسباب الإصابة .

واكدو على ان إنتشار المرض مرتبط أساسا بسلوكيات الافراد وبيئتهم وأسلوبهم في الحياة، مثل النظام الغذائي أو النشاط البدني ، اللذان يغيران من خطر الإصابة بالسرطان.

وركزو على مدى أهمية الاكتشاف المبكرومدى ارتباطه بفاعلية العلاج. فيكون الاكتشاف المبكر بتشخيص المرض في مرحلة لا يزال من السهل علاجها قبل ظهور الأعراض التي كان من الطبيعي أن تدفع المريض للاستشارة. حيث توقعت الابحاث انه يمكن أن تنخفض معدلات الوفيات بنسبة 50 في المائة على الأقل إذا تم تعميم الوقاية سيتم علاج الأورم السرطانية في وقت مبكر قبل تعشي الامر .

الاكتشاف المبكر والعلاج فعال. يحدث تجنب صدمة التشخيص بمرض السرطان ومن ثم ألام العلاج. بالإضافة إلى ذلك ، فإن العديد من طرق وأليات الوقاية من السرطان ، والنشاط البدني المنتظم أو الاهتمام بالنظام الغذائي ، تقلل أيضًا من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية أو غيرها من الأمراض.

وكما تطرقنا في مفاهيمنا سابقا الى ان مرض السرطان عبارة عن "تمو غير طبيعي لخلايا الجسم، والخلية هي: "وحدة تكوين الأجسام الحية والجسم البشري"، ولها وظيفتان، التكاثر ووظيفة أخرى تخصصية تختلف باختلاف نوع الخلية قد تكون هذه الوظيفة التخصصية "حركة" كما في العضلات أو "إنزيمات"، أو "إفراز" عصارة، أو غير ذلك من الوظائف الحيوية، في الجسم البشري مكتمل النمو.²

¹- Eliane Jeanne&Joel Quénet&Elisabeth Le bihan ;Sciences sanitaires Et Sociales ; (Fabien GRuhier :Réduire les risques de cancer ; td.14.2) ; Terminale SMS ;Nathan Technique.

²

والنمو السرطاني هو عبارة عن " قيام الخلايا بتكاثر متزايد وغير منتظم يفوق حاجة الجسم بل وينقلب إلى الإضرار بها، وذلك على حساب الوظيفة الأصلية ويؤدي هذا التكاثر والنمو غير الطبيعي في كثير من الأحيان إلى ظهور الأورام، وفي بعض الحالات كما في الدم مثلا لا تكون هناك أورام محسوسة وإنما تتجول الخلايا السرطانية مع الدم.

وتختلف الأعراض باختلاف العضو المصاب، فالسرطان يمكن أن يصيب أي جزء من جسم الإنسان، إذ يمكن أن يحدث في الثدي أو المسالك البولية أو الرئتين وغيرها ، وظهور الورم في أي عضو يؤدي إلى ظهور لأعراض معينة، فإذا حدث في الثدي مثلا ظهر على هيئة ورم محسوس، و قد تصاحبه إفرازات، وفي المثانة يؤدي إلى كثرة التبول والحرقان وتغييرلون البول ووجود إفرازات. كما يؤدي إلى نزيف بولي، وفي الرئتين قد يؤدي إلى السعال والإفرازات التي قد تكون مصحوبة بدم وهكذا تختلف الأعراض باختلاف العضو المصاب¹.

☞ أنواع الأورام : ويوجد هناك نوعان من الأورام التي تصيب الانسان منها: أورام حميدة وأورام خبيثة.

- الأورام الحميدة: تتكون من خلايا غير سرطانية ويمكن إستئصالها ب عملية جراحية، ولا تعود في غالب الأحيان . كما أنها لا تنتشر داخل الجسم ولا تؤثر في الأنسجة المجاورة لها و نادرا أن يكون لها تأثير خطير على حياة المصاب.

- الأورام الخبيثة: تتكون من خلايا سرطانية، تتكاثر بالانقسام وتدمر الخلايا والأنسجة المجاورة إذا لم تعالج. وتنتقل مع مرور الوقت إلى أنحاء متفرقة من الجسم بواسطة الدورة الدموية أو النظام الليمفاوي. الأورام السرطانية الصغيرة تكتشف بواسطة الكشف اليدوي الجيد أو بواسطة أشعة أكس أو الأشعة الصوتية. وسبب تسمية الخلايا السرطانية بالمرض الخبيث لانقسام وتكاثر الخلايا بشكل غير طبيعي، وهذا الانقسام و التكاثر يحتاج إلى طاقة مما يؤدي إلى إستنفاد طاقة الجسم التي يحتاجها لاتمام عمله الطبيعي.

✓ -مسببات مرض السرطان:

لدى مرض السرطان مسببات غير معلومة بالتحديد لظهوره ولكن هناك بعض لمسببات المتعارف عليها أهمها:²

1- أسماء رجيل، تأثير التحول الوراثي على زيادة التكاليف الصحية في الجزائر-دراسة حالة ولاية الجزائر العاصمة -، جامعة محمد الصديق بن يحيى -جيجل-، العدد السادس جوان 2018 ، مجلة اقتصاديات المال و الأعمال، ص 621.

2- المرجع السابق، ص 623.

■ التدخين:

من المعروف والثابت طبيا أن التدخين بجميع أنواعه من سجائر و غليون و تبغ يسبب سرطان الرئة وأمراض شرايين القلب و ضغط الدم التي تؤدي إلى الذبحة الصدرية و النوبة القلبية . ويسبب تدخين الطباق أو يشجع على الاصابة بسرطان الفم والحلق والمثانة والمريء والبنكرياس كذلك فإن هناك مخاطر تصيب أحد الزوجين غير المدخنين أصلا عند ارتباطه بالزواج من شخص مدخن.

و في دراسة للباحث (همبل)¹ أوضح أن الإصابة بسرطان الرئة من الممكن أن يصيب غير المدخن لمجرد تواجده في مكان ما مع شخص مدمن على التدخين ، كذلك فإن معدلات سرطان الرئة عند الإناث في هونج كونج هي الأعلى في العالم بسبب تزايد نسبة المدخنات .

■ شرب الخمر:

إن تناول الخمر يؤدي إلى إحتمال الإصابة بالسرطان في الطريق التي تسلكه الخمر في الجسم بدأ من الفم ومرورا بالبلعوم والحنجرة والمريء وبعد أن تمتص الكحول من المعدة والأمعاء الدقيقة وينتشر في الدم ليؤثر على القولون والثدي على شكل أورام سرطانية.

■ المهنة:

دور المهنة في سرطان الإنسان ينبغي أن يدرس من ناحية التعرض الكيميائي الشديد الخطورة والمحدد المصدر في موقع العمل، وتوضح دراسات الحالات وشواهدا أن الرئة والمثانة وجهاز تكوين الدم هي أكثر المواضيع تأثيرا بالأخطار المهنية. وفي عدد قليل فقط من السرطانات التي تقع في مواضع أخرى مثل سرطانات الأنف أو الجلد².

■ الإشعاع: إن تعرض صغار السن للإشعاع يزيد من خطر إصابتهم بالسرطان أكثر من تعرض

كبار السن، على الأقل بالنسبة لسرطان الثدي والمعدة، وهناك فئات قليلة من البشر يتعرضون باستمرار لأخطار الأشعة العالية بحكم عملهم في مناجم العناصر المشعة والمشتغلون باستخدام الطاقة الإشعاعية في الطب والمعالجون بالأشعة العميقة.

1 - أمان ، غانم سلطان ، مرض السرطان في دولة الكويت دراسة تحليلية في الجغرافيا الطبية، دورية الإنسانيات بجامعة الإسكندرية، العدد 9، 2001، ص 231 .

2 - سعيد محمد الخفار ، البيئة والأورام علم السرطان البيئي الوقائي، دار الفكر المعاصر، بيروت، لبنان، 1990، ص 77.

- **المبيدات الحشرية:** إن انتشار مرض السرطان بين الصغار يعود إلى وصول بعض المبيدات مثل اليالدرين إلى أغذيتهم عن طريق الخضر والفواكه المرشوشة بمبيدات وأسمدة تحتوي على هذه المادة، أو بالتغذية على ألبان ولحوم حيوانات تغذت على نباتات مرشوشة بهذا المبيد الذي استخرج من أجسامها.
- **عوامل البيئة الحضرية:** قرب السكن من مراكز النشاط الصناعي أو محطات الوقود أو خطوط كهرباء ذات ضغط عالي.
- ✓ **إنتشار الأمراض السرطانية بالجزائر حسب العمر والجنس:** يعتبر مرض السرطان مرض خطير جدا لأنه يمس بكل الفئات العمرية و كل من الجنسين سواء ذكور أو إناث.

• بالنسبة للذكور:

يوضح الجدول الموالي المعدلات الإجمالية لإنتشارمرض السرطان لدى الذكور حسب فئاتهم العمرية.

العمر	5-9	-14	-19	-24	-29	-30	-39	-44	-49	-50	-59	-60	69-65	70-74	+75
		10	15	20	25	34	35	40	45	54	55	64			
الإصابات	200.0	400.0	600.0	800.0	10000	12000	14000	16000	/	/	/				
معدل الاصابة	22.9	20.5	24.7	22.9	29.9	36.3	51.0	93.2	171.5	257.4	425.9	751.9	1122.4	1218.7	1415.9

الجدول رقم 10: المعدل الإجمالي لإنتشارمرض السرطان عند الذكور حسب الفئات العمرية

Source¹: Institut National de Santé Publique ، (INSP) ، Institut National de Santé Publique INSP Résultats du réseau national des registres du cancer ، Alger ، le 28 / 10 / 2014 ، P 06.

¹ Institut National de Santé Publique ، (INSP) ، Institut National de Santé Publique INSP Résultats du réseau national des registres du cancer ، Alger ، le 28 / 10 / 2014 ، P 06.

وضح الجدول معدل إنتشار مرض السرطان لدى الذكور في الجزائر خلال سنة 2015 ، حيث نلاحظ تذبذبات على مستوى معدل إنتشار مرض السرطان مابين الإرتفاع والإخفاض عند الفئات العمرية التالية: 5-9، 20-24، كما واصل معدل إنتشار إرتفاعه بداية من الفئة العمرية 25-29 بمعدل 9، 29 إصابة لكل 100000 شخص ليصل إلى معدل إنتشار جد مرتفع 9، 141 إصابة لكل 100000 شخص عند الفئة العمرية +75. وهذا يدل على أن مرض السرطان جد مرتفع عند الفئة المسنة خاصة.

• بالنسبة للإناث: كما يوضح الجدول الموالي المعدلات الإجمالية لإنتشار مرض السرطان لدى الإناث حسب فئاتهم العمرية.

✓ الجدول رقم 11: المعدل الإجمالي لإنتشار مرض السرطان لدى الإناث حسب الفئات العمرية

العمر	4-0	9-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	75+
			14	19	24	29	34	39	44	49	54	59	64	69	74	
معدل الانتشار	18.5	12.5	16.0	30.0	25.4	58.0	102.2	155.8	318.0	435.1	465.1	540.3	582.8	842.9	709.9	820.5

Source ¹ : Institut National de Santé Publique ، (INSP) ، Op.cit ، p10

¹- Institut National de Santé Publique ، (INSP) ، Op.cit ، p10

يتضح من خلال الجدول السابق ان معدل إنتشار مرض السرطان عند الإناث، يمتاز بالتذبذب عند الفئات العمرية التالية:

(4-0)...، (20-24) بين الإرتفاع والإخفاض، وهذا يعود لضعف إصابة هذه الفئات بمرض سرطان الثدي الذي يعتبر أكثر مرض سرطان انتشارا بين النساء في الجزائر، ليعود بعد ذلك إلى الإرتفاع (0، 58 إصابة لكل 100000 شخص) عند الفئة العمرية (25-29)، ويواصل إرتقاعه (9، 842 إصابة لكل 100000 شخص)، إلى غاية الفئة العمرية (65-69) التي تعتبر أكثر الفئات العمرية تعرضا لمرض السرطان عند النساء، حيث يعود بعدها للإخفاض عند الفئة (70-75) ب (9، 709 إصابة لكل 100000 شخص)، ليواصل إرتقاعه (5، 820 إصابة لكل 100000 شخص) عند الفئة العمرية (75+) بإعتبارها الفئة الأكبر سنا. ويعد إنتشار الأمراض السرطانية لدى الذكور والإناث مرتفع جدا لدى فئة كبار السن، والتي بدورها تتطلب رعاية صحية كبيرة.

✓ - إنتشار الأمراض السرطانية حسب نوع المرض والجنس في الجزائر:

توجد أنواع مختلفة لمرض السرطان ومنتشرة بكثرة في الجزائر لدى كل من الجنسين سواء ذكور أو إناث.

بالنسبة للذكور:

يوضح الجدول رقم 12: معدلات إنتشار أنواع مرض السرطان لدى الذكور:

Rhinopharynx	cervical	larynx	Peau	Estomac	Système hematopoietique	Vessie	Prostate	Colo-rectum	Poumon	أنواع السرطان	معدل الاصابة
%5	اقل من %5	اقل من %5	اقل من %5	اكثر من %5	%10	%10	اكثر من %10	اكثر من %20	اكثر من %20	2013	0 5 10
%5	اقل من %5	اقل من %5	اقل من %5	اكثر من %5	اقل من %10	%15	اكثر من %10	اكثر من %20	اكثر من %20	2014	15 20 25
/	اكثر من %5	اقل من %5	اقل من %5	اكثر من %5	اكثر من %10	اكثر من %15	اكثر من %0	اكثر من %20	اكثر من %25	2015	30

1-Institut National de Santé Publique (INSP) ،Direction des statistiques ، Op.cit ،(2013-2015) ، P15

¹ - Institut National de Santé Publique (INSP) ،Direction des statistiques ، Op.cit ،(2013-2015) ، P15

يظهر من الجدول أعلاه أن مرض السرطان عند الذكور له أنواع عدة، كما أنه متواجد بمعدلات مرتفعة، وهذا ما يؤكد خطورة هذا المرض بدرجة ازدياده وتنوعه، فنلاحظ أن كل نوع من الأمراض السرطانية المتواجدة في الشكل في زيادة شبه مستمرة خاصة خلال سنة 2015.

الجدول رقم 13 : يوضح أكثر أمراض السرطان إنتشارا بين الذكور

السنة	Prostate	Colon restum	Poumon
2013	%13.6	%23.4	%21.9
2014	%13.4	%23.1	%23.2
2015	%20.6	%24.2	%27.1

من إعداد الباحثة بالاعتماد على¹:

p10-15. ،Op.cit ، (INSP) ،-Institut National de Santé Publique

تعد الأنواع السرطانية الثلاث الظاهرة في الجدول السابق الأكثر إنتشارا لدى الذكور، وهذا يعود للنوعية التغذوية والتدخين بدرجة كبيرة مما يستدعي التدخل بكل السبل والأليات لتخفيف من إنتشار هذا المرض والسيطرة عليه.

¹ -Institut National de Santé Publique ، (INSP) ،Op.cit ،p10-15.

✓ بالنسبة للإناث: كما يوضح الجدول الموالي معدلات إنتشار أنواع مرض السرطان لدى الإناث.

الجدول رقم 14: يوضح أكثر الأمراض السرطانية التي تصيب الإناث:

أنواع السرطان	Sein	Colon rectum	Col Uterin	S.hematopoiétique	Estomac	peau	Ovaire	Cerveau	Poumon	Thyriode
2013	%70	%19	%5	%11	%8	%5	%9	%5	%2	%20
2014	%75	%20	%8	%8	%5	%2	%5	%7	%5	%12
2015	%80	%22	%8	%10	%10	%8	%7	%7	%7	%15

من اعداد الباحثة بالاعتماد على:

1 Institut National de Santé Publique ،(INSP) ،Op.cit ،p10-15.

¹ Institut National de Santé Publique ،(INSP) ،Op.cit ،p10-15

يبين الجدول السابق أنواع الأمراض السرطانية التي أصابت الإناث خلال الفترة الزمنية 2013-2015، كما أن معظمها متزايد على طول الفترة خاصة مرض سرطان الثدي. والجدول الموالي يوضح أكثر الأمراض السرطانية التي تصيب الإناث حسب الاحصائيات التي سبق التطرق لها.

الجدول رقم 15 : يوضح أكثر أمراض السرطان إنتشارا بين الإناث:

أنواع السرطان الاكثر انتشار	Sein	Colon rectum	Col Uterin
2013	%69	%19	%4.9
2014	%75.7	%21.6	%7.2
2015	%79.7	%22.7	%7.2

من إعداد الباحثة بالإعتماد على ¹:

-Institut National de Santé Publique ، (INSP) ،Op.cit

يوضح الجدول السابق أكثر الأمراض السرطانية فتكا بالجزائريات على مدار السنوات (2013،2014،2015) ، حيث يحتل مرض سرطان الثدي أكبر المعدلات، كما أنه متزايد على طول الفترة مما يوضح جليا أن مرض السرطان بشكل عام منتشر بالجزائر سواء بالنسبة للإناث أو الذكور على حد سواء،

¹ -Institut National de Santé Publique ، (INSP) ،Op.cit.

وهو في تزايد مستمر، وفتك بحياة العديد من المجتمع الجزائري لذا وجب على الدولة التصدي لهذا الأمر بتوخي كل إجراءات الحيطة والحذر، أي الوقاية خير من العلاج، من خلال نشر التوعية بمختلف الأساليب و التقنيات الاتصالية والاعمل على تفعيل الإتصال الإجتماعي العمومي لحسن التعامل مع الوتيرة المتزايدة لهذا المرض بشكل موسع على مستوى التراب الوطني. كما لابد من توسيع و زيادة التغطية الصحية، وتطوير الأجهزة الإستشفائية بما يتماشى مع التطور التكنولوجي الذي يساهم في زيادة نسبة شفاء المرضى من هذا المرض المزمن وحسن التكفل بمرضى السرطان خلال المراحل الثلاث الاعلان العلاج المتابعة.

ومن المتوقع أن تتسبب الزيادة السريعة التي تشهدها هذه الأمراض السرطانية بكافة أنواعها التي تصيب كل من الإناث والذكور على حد سواء، و كافة الفئات العمرية دون إستثناء في عرقلة مبادرات التخفيف من وطأة الفقر في البلدان المنخفضة الدخل لاسيما برفع التكاليف التي تتحملها الأسر مقابل الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية ذات الصلة. فبالرغم من أن الإنفاق على الصحة يمثل إستثمارا بشريا إلا أن هذه النفقات الصحية والصيدلانية منها خصوصا، أصبحت تشكل ضغوط تمويلية على أنظمة الضمان الإجتماعي، وذلك نظرا لتسارع وتيرة نموها في ظل التحول الوبائي الحاصل بالإننتقال من الأمراض المتقلبة إلى الأمراض المزمنة مما أدى إلى الحاجة لتطوير العرض الصحي وتوفير التغطية الإجتماعية.

وقد عملت الجزائر على إطلاق إستراتيجية وطنية مدمجة لمكافحة كافة الأمراض المزمنة وتشمل ثلاثة محاور للوقاية، منها: تطوير الوسائل العلاجية، ودعم المراقبة، وتخفيف تكاليف العلاج خاصة في مجال الأدوية حيث أن هذه الأخيرة باتت تشهد ارتفاع متزايد بسبب زيادة الأمراض المزمنة وعلى وجه خاص مرض السرطان الذي تعد أدويته مستوردة بنسبة 100% وذات تكاليف جد باهظة.

كما أنه بات من الأرجح للتخفيف من حدة هذا التحول الوبائي وجب تبني الوقاية قبل العلاج ولهذا يعتبر تطبيق نظام صحي جديد يعتمد على التطور والحصول على معلومات أكيدة وسريعة في كافة الميادين الصحية أمر جد ضروري الآن، وهذا يمكن تحقيقه بتطبيق نظام البطاقة الصحية الوطنية التي تساهم في التخفيف من حدة هذه الأزمة بشكل كبير وفعال.

1 - أسماء رجيل، مرجع سابق، ص 628.

وبالنظر للتزايد في الحصيلة مرضى السرطان بوتيرة سريعة وجب الاحاطة بطريقة التعامل الفاعلة مع مرضى السرطان من خلال كل المراحل في اطار علاقة طبية علاجية تهدف الى تقديم أفضل تكفل بالمريض خلال المراحل التالية: الاعلان عن التشخيص والعلاج المقدم اضافة الى المتابعة النفسية، مما يضعنا امام حتمية تفعيل الإتصال الصحي الإجتماعي والعمومي ماديا ومعنويا على مستوى المؤسسات الاستشفائية وطاقمها الصحي من أطباء ومهنيين لتحسين جودة التكفل بمريض السرطان.

❖ العلاقة العلاجية بين الطبيب ومريض السرطان:

من الأكيد أن نجاح عملية التكفل بمرضى سرطان لا يمكن ان يتحقق الا في وجود عملية إتصالية ناجحة على كل المستويات، من هنا نجد أن التركيز على العلاقة العلاجية بين الطبيب ومريض السرطان لم تحظ بالإهتمام الكافي في مختلف الدراسات والمخططات رغم الدور الذي تؤديه هذه العلاقة التواصلية خلال كل المراحل، بدايةً بمرحلة الاعلان عن المرض كنقطة رئيسية تتحكم في نجاح العملية العلاجية، حيث أشارت العديد من البحوث الى مدى تأثير هذه العلاقة في عملية الإستجابة لدى مريض السرطان نفسيا وفيزيولوجيا¹، خاصة وأن نجاح العملية الإتصالية مرتبط بمجموع ظروف وسياقات أن تمت مراعاتها تسمح بتخفيف الضغط والخوف عن المرضى خاصة وأن المريض بعد إعلان نتيجة التشخيص يجد نفسه عاجزا عن القيام بواجباته اليومية وممارسة أنشطته المعتادة مما يجعله في حالة إتكال² دائم على الغير وهو ما يخلق لديه الرغبة في التخلص من الداء في أسرع وقت ليستطيع تحقيق أهدافه، ليصبح نجاح الطبيب في علاجه أكبر الأمل لديه فينتظر منه تقديم الدعم والتعاطف وخاصة الإنصات خاصة إذا كان أمام مرض بخطورة السرطان.

• مفهوم العلاقة بين الطبيب والمريض:

وهي مجموع التبادلات التي تحدث بين الطبيب والمريض يقدم خلالها أحدهما الرعاية للأخر، وتكون بشكل أساسي والعلاقة العلاجية هي علاقة مهنية مبنية على سلطة الطبيب وذلك في الرؤية التقليدية، إلا أن هذه الرؤية تغيرت بعد التطور الذي شهده المجتمع، فنجد المريض لم يعد طرف سلبي في العلاقة

¹العاسمي، رياض نايل، علم نفس الصحة الإكلينيكي، دار الإصدار العلمي، الجزء الثاني، الطبعة الاولى، عمان، الاردن، 2016، ص 284.

² - Boucher ، O. Ulrich ، B. (2013). Les annonces en cancérologie:Le médecin face aux malades ، témoignages et repères méthodologiques.(1ère ed). France : Springer.

التواصلية مع المريض فقد اصبح يشارك الطبيب في كل القرارات التي تخصه، مما جعله طرف فعال في العلاقة العلاجية.¹

وبالرغم من تعدد النظريات التي تطرقت الى العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض إلا أنه يمكننا القول أن مسؤولية الطبيب في العلاقة العلاجية مع مريضه تعود أساسا مدى وعيه وحرصه على الإنصات الى معاناة المريض وإحترام خصوصياته وإنتمائه الثقافي، وعلى مشاركته القرارات العلاجية، إضافة الى قدرة المعالج على إدارة الضغوطات والصراعات التي قد تؤثر سلبا على أحكامه وقراراته وسير عمله بشكل عام، خاصة اذا تعلق الامر بوضعيات حساسة كالإعلان عن تشخيص مرض على درجة معتبرة من الخطورة.²

✓ الإعلان عن التشخيص لمريض السرطان:

الإعلان عن تشخيص مرض مايعني الإدلاء بمعلومات عنه وفتح المجال أمام بداية العلاج، وتدل هذه اللحظة على بداية المرض حتى وإن كانت الأعراض منذ قت طويل وهذا ما يدل على أهمية هذه المرحلة في الوضع الصحي للمصاب وكذلك مصيره لاحقا. وأكد ذلك Andre Grimaldi 2009 هذا عندما صرح أن المرض لا يبدأ مع الإعلان، وأضاف patrice Guex على أهمية اللقاء الأول الذي يحضر لفترة الاعلان لانه يعتبر الخطوة سيحدد من خلالها اطار العلاقة العلاجية بين الطبيب و المريض.³

وعموماً، وحسب عديد الدراسات والتجارب التي عمل على انجازها بعض الباحثين من مختلف التخصصات خاصة علم الاجتماع الصحي وعلم النفس و الاتصال... فإن الاعلان عن التشخيص بالنسبة لأغلب المرضى بالسرطان حدث لا ينتسى حسب السياق والموقف الاتصالي الذي يلتقى فيه المريض معلومات عن مرضه وتلك الظروف المحيطة بالإعلان لها تأثير حاسم على رد فعل وإستجابة المريض ومسار رعايته وتطور علاقته الاجتماعية والأسرية.

وركزت عديد الابحاث والدراسات عالميا وعربيا على طبيعة العلاقة العلاجية بين الطبيب ومريض السرطان وربطها بالإعلان عن التشخيص، فذهبت تلك الدراسات الى توضيح الدور الذي تؤديه العلاقة

1 - أحمد زين بو عامر ، منى قحوص ، العلاقة العلاجية طبيب -مريض والاعلان عن التشخيص في سرطان الثدي عند المرأة ، مجلة العلوم

الإنسانية ، العدد الثامن / الجزء الاول - ديسمبر 2017 ، ص 244.

2-المرجع السابق ، ص 246.

3 - عوالي عائشة، الاعلان عن التشخيص لدى مرضى السرطان ، جامعة الجزائر 2، ص1.

العلاجية وتركيز الانتباه على أهمية مرحلة الإعلان عن تشخيص الإصابة بالسرطان وتأثير المرحلة على الإستجابة النفسية و الفيزيولوجية لمرضى السرطان في تفعيل العلاج.¹

والاعلان عن التشخيص هو عملية تنطلق عندما يتم اكتشاف الأعراض وتؤدي الى خطة علاجية... وهي مرحلة تتميز بالانتظار وعدم اليقين والقلق والتجنب وهنا تتداخل عديد العناصر والسياقات التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند التنسيق للعلاج، فلا يمكن ضمان الثقة والإمتثال وتبني سلوكيات معينة لدى المريض ويقترحها الطبيب.

وتحسين مرحلة الإعلان عن المرض هو نقطة الإنطلاق هو جزء يتقاسمه المرضى والأطباء، حيث أن الجزائر كغيرها من الدول سعت الى إعداد مخطط وطني 2019/2015 في اطار مكافحة السرطان بإعتماد نظرة إستراتيجية جديدة متمركزة أساسا حول المريض، حيث جاء من بين أهدافها في الإجراء التاسع من المحور الإستراتيجي الخامس، والذي يؤكد على ضرورة جعل سيرورة الاعلان أكثر إنسانية إضافة الى إعطاء الأولوية الى التربية الصحية العلاجية قصد تحسين نوعية حياة المريض.²

والتركيز على مرحلة التشخيص والاعلان عن المرض بطريقة إنسانية يتحكم فيها القائم بالاتصال. وهو الطبيب المعالج الذي يتحكم في مسألة الاعلام عن المرض مراعيًا بذلك الى عدم الإعلان عن المرض، مراعيًا لمشاعر المريض وحالته النفسية، مما قد يجعل الطبيب يختار عدم إعلام المريض بالمرض الذي يعاني منه والاكتفاء بإعلام أفراد العائلة.

وعند الاعلان عن المرض يفترض ان يكون مرتبط بعدة معايير:³

- تخصيص وقت أكثر لإجراء استشارات الاعلان عن تشخيص المرض.
- التفرد مهنيًا ونفسيًا من أجل الاصغاء والشرح والمرافقة للمريض في اللحظة المناسبة.
- إقتراح محورين اضافيين قبل وبعد الاستشارة لإعلان المرض من طرف الطبيب لفهم أفضل لكل من حاجات و إنتظارات المرضى المختلفة.
- وضع المعلومات اللازمة تحت تصرف المرضى وقت الحاجة.
- إستقبال المرضى في أماكن ملامة وهادئة.

1- أحمد زين الدين بوعامر ، منى قحمون ، العلاقة العلاجية طبيب -مريض والاعلان عن تشخيص في سرطان الثدي عند المرأة ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد الثامن جزء الأول ، ص243-255.

² Le plan National Cancer 2015-2019

³ -Bettevy F ،Dufranc C ;Hofinann G ; Critères de qualité de l'annonce du diagnostic :point de vue des malades et de la ligue nationale contre le cancer Risque et qualité . 2006 .p70

وتعتبر العلاقة العلاجية عامل ضروري وركيزة اساسية لنجاح العلاج وهذا لتأثيرها على نفسية المريض ومدى استيعابه للمرض وتقبله والمشاركة في عملية التكفل او العلاج لتحقيق فرص أكبر للشفاء. والعمل على تطوير أساليب الإتصال للتعامل مع واقع المرض و التكيف مع الحياة الجديدة التي فرضها مرض السرطان، وهذا ما يفرض على الطبيب المعالج التعرف على الآثار النفسية التي تظهر على المريض وحسن التعامل معها، خاصة منها تلك الاستجابات الانفعالية وحركيتها الدفاعية لدى المريض واساليب تكيفه مع حاجته الصحية او العاطفية الوجدانية وتأثيراتها على عملية العلاج او التكفل المقدمة من الطبيب الى المريض. هذا ما يؤكد حساسية مرحلة الاعلان عن التشخيص في بناء تلك العلاقة العلاجية بين الطبيب و مريض السرطان وما يتبعها من أثر علاجي لاحقا.¹

وهكذا فإن مدى تحكم الطبيب في إستراتيجيات اتصاليه الشخصي مع المريض أثناء الاعلان عن المرض قاعدة او لبنة أساسية في تحسين تقبل التشخيص بالنسبة لمريض السرطان ونجاح عمليات التكفل اللاحقة لإستكمال العلاج و المتابعة الصحية من خلال قرارات العلاج من RCP الى المتابعة النفسية والاجتماعية مع خلايا الاستماع او المؤسسات المساعدة مثل الجمعيات لتقديم الرعاية الاجتماعية.

✓ الرعاية والتكفل الاجتماعي لمرضى السرطان في الجزائر:

يعاني النظام الصحي الجزائري منذ سنوات من عديد الازمات، وهذا حسب ما صرح به القائمون على القطاع، حيث يشكل مرض السرطان كما سبقت الاشارة ضغطا كبيرا على ميزانية الحكومة والمستشفيات.² وحسب الدكتور كمال بوزيد رئيس الجمعية الجزائرية لطب الأورام أن حوالي 300 الف دج للحالة الواحدة في بداية المرض و5 ملايين دينار جزائري عند تطور المرض.³

وهذا مع واقع وجود حوالي 20 مركز فقط لاغير متخصص في علاج السرطان 06 منها تابعة للقطاع الخاص، إضافة الى وجود 41 مصلحة ذات صلة و 77 وحدة تقدم العلاج الكيميائي، هذا النقص الفادح في مراكز التكفل يدفع ثمنه مرضى السرطان، وذلك لإنعكاسات جودة التكفل على نجاح علاج المرضى.⁴

1 - أحمد زين الدين بوعامر ، منى قحمون ، العلاقة العلاجية طبيب - مريض ، مرجع سابق ، ص253.

2 - عثمان لحياني، 16.12.2020، الجهات الرسمية تقر بمعاملة مرضى السرطان ، موقع العربي الجديد <https://www.alaraby.co.uk>

3-وكالة الأنباء الجزائرية . (29 10، 2019). افتتاح أول مركز نموذجي لفحص وكشف ومتابعة سرطان الثدي بالجزائر. تم الاسترداد من موقع وكالة الأنباء الجزائرية :

<http://www.aps.dz/ar/sante-sciencetechnologie/78774-2019-10-29-17-21-52> -

4- يمينة شيخ ، زبيدة بن عويشة، الرعاية الاجتماعية بالمصاببات بسرطان الثدي في الجزائر - جمعيات مكافحة السرطان نموذجا، مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية ، المجلد 07/العدد 01(2021)، ص318.

ويحتاج مرضى السرطان الى مجموعة بروتوكولات علاجية، ابرزها: العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي... وذلك حسب نوع الورم ومرحلته المرضية التي وصل اليها، وكذلك المعطيات المرضية المتوصل لها من خلال التحاليل والكشوفات الإشعاعية ذات التكلفة العالية في حال اللجوء الى القطاع الخاص، وذلك بسبب الإكتظاظ الذي تعرفه المستشفيات العمومية.

ومع النقص الذي يعانيه القطاع الصحي الجزائري من نقص في الإمكانيات والمشاكل البارزة مع زيادة الاصابات بالسرطان، مما وضع عديد المرضى امام متاعب نفسية ومادية ومادية كبيرة التي حتمت عليهم وعلى عائلاتهم البحث عن الدعم والرعاية على مستوى الجمعيات المتخصصة التي تحاول ان تعوض لهم النقص الموجود في التكفل والرعاية على مستوى المؤسسات الإستشفائية التابعة للدولة، وحسب الإحصائيات المتوفرة من وزارة الداخلية لسنة 2017¹ على نحو ما يقارب 108940 جمعية، بما فيها 4304 جمعية خيرية (المحلية، بلا تاريخ) أي بنسبة 03.95% من مجموع مؤسسات المجتمع المدني، ولا تشكل الجمعيات ذات البعد الصحي بالخصوص تلك المكافحة للسرطان منهم سوى نسبة ضئيلة جدا.

وتؤدي جمعيات مكافحة السرطان في الجزائر دورا هاما وأساسيا في مرافقة مرضى السرطان وتقديم الرعاية الإجتماعية، ولولا وجودها لتوقف العديد من المرضى عن العلاج، ورغم عددها المحدود أنها إستطاعت ان تؤدي الكثير من الأدوار التي لم تعد مؤسسات الدولة قادرة على تغطيتها، وجمعيات تعمل في اطار خدمة إجتماعية إستطاعت ان تقدم عديد المساعدات رغم انها لا تزال تفنقد الهيكلة الجيدة وتحديد الاهداف لتجاوز الازمات النفسية والعائلية والاجتماعية التي يتعرض لها مرضى السرطان.

وكما جاء في نتائج إحدى الدراسات البحثية المقدمة في مقال عن الرعاية الاجتماعية لمريضات سرطان الثدي، وهذا من خلال لعب دور الوسيط بين المريض وبين السلطات للنظر في هذه الفئة، ولن يتأتى لها ذلك الا من خلال التكوين في مجال الخدمة الاجتماعية واحترام التخصصات.²

¹. المحلية، و. ا. (s.d). قائمة موضوعة لجمعيات الوطنية والمحلية المعتمدة " في الجزائر . Consulté le 12 16 2020 ، sur موقع وزارة الداخلية والجماعات المحلية :

<https://www.interieur.gov.dz/images/pdf/Thematiquestdesassociations.pdf>

² يمينة شيخ ، زبيدة بن عويشة، الرعاية الإجتماعية بالمصاببات بسرطان الثدي في الجزائر.....مرجع سابق ، ص 339.

❖ إستقراء للمخطط الوطني الخماسي 2015-2019:

دقت الحكومة الجزائرية كغيرها من الدول في العالم ناقوس الخطر، وجندت كافة القوى المادية والمعنوية لمكافحة مشكلة السرطان باعتبارها خطر يهدد الصحة العامة في الجزائر، وتبنت مكافحة السرطان كأولوية وطنية وكمشروع رئاسي على مستوى غير مسبوق من التعبئة.

والواقع ان السرطان اصبح اليوم ظاهرة خاصة جدا في مجال الصحة. وقد استمر عدد مرضى السرطان في الارتفاع بشكل كبير في العالم ككل، حيث سجلت الاحصائيات وكانت هناك 14.100.000 حالة جديدة في سنة 2012 مع 8.200.000 من الوفيات المبلغ عنها من نفس السنة، ويبلغ عن 70 % من هذه الحالات في البلدان النامية. وتتوقع منظمة الصحة العالمية (OMC) ان تتضاعف هذه الارقام ب 2030.

أما إنخفاض معدلات الوفيات أكثر فهو مرتبط أساسا حسب ما ورد في مقدمة المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان مع التطور والتقدم العلمي والتكنولوجي، الذي أدى الى تحسن ملحوظ على مستوى الرعاية بالمرضى. ويلاحظ ان معظم دول العالم لم تتمكن من الوصول بطريقة مجدية تؤثر بشكل ايجابي للتغلب على هذا المرض وتطوره، اما الجزائر فقد اكدت سجلات السرطان التي تعترف بها السلطات ان هناك حوالي 45000 حالة اصابة جديدة بالسرطان في السنة مع 24.000 حالة وفاة.

ويرجع هذا الرقم الى الطابع المتسارع بوجه خاص للتحول الديمغرافي في بلادنا والتنمية الإجتماعية والإقتصادية السريعة جدا مما يعكس تغيرا عميقا في أسلوب حياة المواطن، اضافة الى هذه الارقام يعتبر السرطان عبئا ثقيلا بشكل خاص، لانه بسبب المزيد من المعاناة اكثر من اي مرض اخر على المستوى الشخصي والاسري، وهو مسؤول عن اكبر عدد من سنوات الحياة الضائعة ولا يوازن العبء المالي المرتفع والمتزايد بشكل خاص بين الهيكل المالي للنظام الصحي بأكمله.

وتبذل الجزائر منذ الاستقلال جهود جبارة لتعزيز الصحة والدفاع عنها ولا سيما في السنوات الخمسة عشر الأخيرة في مجال مكافحة السرطان.

ومن حيث الوسائل استثمرت الجزائر لمكافحة هذا المرض موارد كبيرة في التمويل والبنية التحتية والمعدات والموارد البشرية. ونفذت في نفس الوقت عديد المبادرات المتعددة في شكل برامج متكاملة شاملة لعدة قطاعات، فضلا عن تدابير تشريعية وتنظيمية من خلال سن قوانين وفرص ومبادئ لترتقي الى مستوى

المعايير الدولية، وفي الوقت نفسه. ونفذت عديد المبادرات في شكل برامج متكاملة شاملة لعدة قطاعات، فضلاً عن تدابير تشريعية وتنظيمية للوصول الى مستوى المعايير الدولية.

وهذه الجهود التي أحرزت تقدم كبير حتم توطيدها مع إستمرار التحديات الماثلة في المُستقبل.

وحسب ما صرح به المهنيون نعترف ان هناك حاجة ماسة لتحسين التنظيم بشكل افضل لهم من اجل الحصول على نتائج افضل.

إلا أنه ومع تزايد تأثير وظهور وانتشار افة السرطان التي اصبح من الضرورة الملحة تسليط الضوء على الحاجة الى وضع مخطط لمواجهة واحتواء مرض السرطان من كافة الجوانب.

وتسلط هذه الدراسة الضوء على المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2015-2019، فمن خلال هذه الخطة الوطنية لتعزيز قوة الدفع الجديدة مع رؤية إستراتيجية متجددة تركز على المريض بشكل رئيسي.

ويهدف هذا الاخير الى الحد والتخفيض في نسبة وفيات مرضى السرطان، وتحسين النهج الوقائي لعوامل الخطر ونوعية الحياة اثناء عملية العلاج وبعدها كجزء من حماية صارمة. وفي سياق الحفاظ على المساواة التامة في الحصول على الرعاية للجميع، حاولت الدولة الجزائرية أن تعمل على الاستناد لإستراتيجية مدعمة ومنظمة لمعركتها ضد مرض السرطان وجعلت لها أساليب عمل ذات أولوية، وهذا ما أكده رئيس الوزراء في رسالة منه نصت على ان مجال الوقاية الاولية والثانوية التي تتمتع بها الجزائر فيها خبرة متميزة يجب الاستثمار الربحي فيها أكثر في المكاسب الصحية وحتى من الناحية الإقتصادية بالنسبة لأمراض السرطان. ولهذا يجب السعي أكثر الى زيادة الاستفاداة من العلاجات ولا سيما المعالجة بالاشعة والاستناد الى خبرات وقرارات الاجتماعات الاستشارية المتعددة التخصصات، وبالتالي الإهتمام الخاص بالمتابعة والرعاية الداعمة التي تشكل حلقة وصل أساسية في سلسلة الرعاية. كذلك مضاعفة جهود التدريب والبحث.

تقويم المخطط الوطني للسرطان 2015-2019:

محاور وأهداف المخطط الوطني للسرطان: يعتبر السرطان اهم وابرز مشاكل الصحة العمومية في العالم، فرض نفسه على الدول والمجتمعات، وأصبح قضية حكومية اكثر منها إجتماعية او صحية مما استدعى إستراتيجية ومخططات بصفة إستعجالية كون المُعتمَدة من قبل غير كافية من حيث الانسجام والفاعلية.¹

¹ Messaoud Zitouni ، Rapport a monsieur le président de la politiques de santé ، 18 et 19 janvier 2014.

مفهوم مخطط مكافحة السرطان 2015-2019:

يعتبر بمثابة عملية مساعدة لإتخاذ القرار المستمد من إستراتيجية، ذات هدف رئيسي محدد أو نتيجة عملية إتحاد مع عدة شركاء أقسام إستراتيجية يعمل على إستشراق وتجهيز مختلف الموارد الضرورية لبلوغ الأهداف المرجوة مع بناء عديد المراحل وتحديدها.¹

ومخطط مكافحة السرطان يوضح ويبين نية الحكومة ورغبتها في حل الازمة والتحكم في عملية العلاج والتكفل المقدمة لمريض السرطان، فهو يجمع بين الامكانيات والموارد المتوفرة لرسم الطريق والاستراتيجية التي ستخذها الدولة لضمان نوعية العلاج و الوقاية في مجال مكافحة السرطان.

إن قرار السلطات العمومية في وضع مخطط لمكافحة السرطان في الفترة بين 2015-2019 يسعى الى جمع وتنظيم الامكانيات والموارد لتخفيف نسبة الوفيات بصفة منهجية وفعالة وذلك لترقية الصحة العمومية وتتجلى أهداف هذا المخطط فيمايلي:

* التخفيف من نسبة الوفيات لدى مرضى السرطان.

* تحسين عملية التحسيس الوقائية قبل وأثناء العلاج خاصة بالنسبة للتدخين.

* منح العلاج لجميع المرضى الجزائريين كحق قانوني.

* تحسين فحص بعض أنواع السرطان.

* تحسين نوعية التشخيص.

* تنشيط العلاج.

* تنظيم مجال التكفل ومرافقة المصاب.

* تطوير نظام للإعلام والإتصال حول السرطان.

* تعزيز التكوين والبحث في مجال السرطان.

* تعزيز قدرات التمويل والتكفل بالسرطان.²

¹ Le plan National Cancer 2015-2019.

²Messaoud ، Zitouni ، 2-3 mai 2015 ، plan national cancer 2015-2019 ، 1 éres journée internationales de chirurgie générale ، université de sétif.

المحاور الاستراتيجية للمخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019:

- المحور الأول: تحسين الوقاية ضد عوامل الخطر: (بالأخص مكافحة التبغ).
- المحور الثاني: تحسين تشخيص بعض السرطانات: (بالأخص سرطان الثدي).
- المحور الثالث: تحسين التشخيص من خلال: تحسين مصالحي المخابر، تحسين مصالحي التصوير.
- المحور الرابع: إعادة تنشيط العلاج.
- المحور الخامس: تنظيم التوجيه و التكفل بالمريض.
- المحور السادس: تطوير نظام للإعلام والإتصال حول السرطان (السجل السرطاني).
- المحور السابع: تكثيف التكوين والبحث في مجال السرطان.
- المحور الثامن: دعم قدرات التمويل للتكفل بالسرطانات¹.

❖ مؤشرات إستراتيجية مكافحة السرطان في الجزائر:

لتقييم أي سياسة عامة كانت لابد أن يظهر الأثر الذي ستحدثه من خلال مؤشرات، تسمح بقياس المخرجات ومدى تطابق الأهداف بالنتائج. وبالتالي الحكم على مدى نجاعة فعالية وكفاءة سياسة مكافحة السرطان سيتوقف على التأكد من بلوغ الهدف المسطر وفقاً للإستراتيجية المطبقة.

❖ المؤشرات الإيجابية لمخطط مكافحة السرطان:

- تنفيذ واقعي للمخطط على مستوى الصحة العمومية وفقاً للتعليمية 11 المؤرخة في 1 أكتوبر 2015.
- المرور من 4 مراكز لمكافحة السرطان إلى حوالي 26 حالياً.
- زيادة نسبة العاملين في القطاع مع العمل بشراكة مع دول أخرى أحياناً.
- القيام بحملات تحسيسية و وقائية أمر ظاهر من خلال تظاهرات: الصالون الوطني للاعلام عن السرطان 2016-2018 وأيام تحسيسية في الاماكن العامة والشركات.
- الحصول على العتاد واقتناء أجهزة جد مكلفة.
- ظهور القطاع الخاص وزيادة عدد العيادات المختصة في مرض السرطان.
- بلوغ 40% من تنفيذه حسب تقرير المنسق الوطني للتخطيط².

¹ Messaoud Zitouni « Bilan intermédiaire 2017-2018 des activités du comité de pilotage & suivi », INSP ، 2019.

² سماعيلي عادل حميدة، مغيش كنزة، إستراتيجيات تسيير المنظومة الصحية في الجزائر دراسة المخطط الوطني للسرطان 2015-2019، مجلة صوت القانون ، المجلد الثامن/عدد خاص ، 2022، ص406.

❖ أبرز مؤشرات وصعوبات تنفيذ مخطط السرطان 2015-2019:

- عدم استغلال موارد الصندوق الوطني لمكافحة السرطان.
- عدم تفعيل القنوات الاتصالية اللازمة لانجاح اليات وتقنيات الاتصال الاجتماعي العمومي.
- نقص شديد في الموارد البشرية المختصة خاصة في ظل التقشف وظهور جائحة كورونا.
- غياب التقنيين للمحافظة على سلامة الأجهزة.
- مشكل المواعيد الذي يظل سائد (من 6 الى 8 أشهر).
- عدم التنسيق بين مختلف المؤسسات المختصة وسيطرة اللوبيات على الأدوية.

✓ خلاصة الفصل:

مما سبق يتضح أنّ المنظومة الصحية الجزائرية ما زالت رغم كل التحسينات تعاني من كثرة النقائص والمشاكل، ممّا استوجب عليها وضع مشروع إصلاح سنة 2002 عملت من خلاله على تشخيص الوضعية الصحية ومختلف المؤسسات والهياكل التابعة للقطاع، وسعت الى العمل على التوزيع العادل للأطباء حتى تسمح لكل المواطنين من الحصول على العلاج، وعملت كذلك من خلال نفس المشروع على تغطية وتقويم عديد النقائص والإنحرافات المرتبطة بتسيير القطاع الموارد البشرية والمختلف الموارد الاخرى في المؤسسات الصحية مثل الموارد المالية وما يتعلق بالتكوين والإعلام.

و رغم التحسن الذي سجلته المنظومة الصحية الجزائرية إلا أنها مازالت تواجه الكثير من الرهانات والتحديات المتعلقة خاصة بإستغلال الإتصال بكل أنواعه، وتفعيله على مستوى كل المخططات والمشاريع المقدمة بهدف تجسيده واقعيا بأليات تساهم في نجاحه، وإزالة العقبات التي حالت دون تطوره، وتحقيق التنمية الصحية المستدامة خاصة المتعلقة منها بمكافحة مرض السرطان الذي بات خطرا يهدد الصحة الإجتماعية وإقتصاد الحكومات العالمية عموما والجزائرية خصوصا.

فقد وفر هذا الفصل جملة من المعلومات التي توضح الصورة حول المسار التخطيطي للحكومة من أجل تحقيق الوقاية وتحسين التكفل بمرض السرطان الذي اضحى بكل أنواعه واقعا إجتماعيا وخطرا متسارعا يجب التعامل معه وفق إستراتيجية متكاملة التخطيط شاملة لكل الإمكانيات المادية كأحدث التقنيات التكنولوجية في العلاج والتسيير، والإمكانيات البشرية من أطباء في مختلف التخصصات وطاقم شبه طبي في المؤسسات الإستشفائية الجزائرية بغية تحقيق التكفل الشامل والأفضل لمرضى السرطان.

الإطار

الميداني

للدراسة

الفصل الخامس:

إستراتيجيات الإتصال
لتحسين التكفل بمرضى
السرطان في مستشفى
ابن رشد - عناية

الفصل الخامس: إستراتيجيات الإتصال لتحسين التكفل بمرضى السرطان في مستشفى ابن رشد - عناية -

أولاً- تقديم اطار العمل ومراحل البحث الميداني:

درست الباحثة الجانب الميداني من خلال مرحلتين أساسيتين:

✓ المرحلة الاستطلاعية والاستكشافية للدراسة:

والتي شملت إستعمال المقابلة مع المسؤول الإداري عن النشاطات الطبية والتمريضية بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عناية- وإستكشفت الباحثة من خلالها عديد المؤشرات المتعلقة بالاستراتيجية الإتصالية التسييرية الخاصة بالتكفل العلاجي لمرضى السرطان مع مركز مكافحة السرطان والتي توصلت من خلالها الى ان القنوات الإتصالية التنظيمية ضعيفة وغير مفعلة كما يجب ان تكون داخل النسق الكلي.

وبعد تعرف الباحثة على واقع التسيير داخل المؤسسة ووجهت ادوات البحث نحو شبكات العلاج المتوفرة بالمؤسسة محل الدراسة وبالضبط اجرت الباحثة مقابلة مع مسؤولة خلية الإستماع هدفت من خلالها الى التعرف على كيفية العمل داخل الوحدة وكيف يساهم الطبيب النفساني في تحسين عمليّة التكفل والمتابعة النفسية لمرضى السرطان وأهم الإستراتيجيات والآليات الإتصالية المستعملة. وخلصت الباحثة الى ان خلية الإستماع والتوجيه هي كيان موجود قانونيا فقط في حين أنّ الواقع هو أنّ هذه الخلية لا توجد منها سوى وحدة ناشطة بثمانية أطباء نفسانيين فقط لاغير مع عدم توفير مكاتب مستقرة لهم فهم يعملون فقط على مستوى اقسام العلاج في ظروف مهنية سيئة وعوائق اتصالية عديدة تحول بينهم وبين نوع التكفل المقدم الذي يتبنون فيه استراتيجيات منطقية يقدمون من خلالها معلومات بأمثلة وادلة وحجج منطقية تساهم في كسب ثقة المريض وتعزيز ثقته بنفسه.

وكإجراء استكشافي اخر صممت الباحثة شبكة ملاحظة تضمنت عناصر مختلفة شملت عديد السياقات المرتبطة بإجتماعات RCP على مستوى الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات المسؤولة عن قرارات العلاج لمرضى السرطان وذلك من خلال مشاركتها في اكثر من اجتماع والخروج بعديد النتائج

أهمها التنوع في استراتيجيات الإتصال المنطقية وتوظيف عديد المهارات الإتصالية اثناء مناقشة ملفات مرضى السرطان للخروج بأفضل تكفل علاجي للمريض في حدود الامكانيات المتوفرة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة-.

✓ أما المرحلة الثانية لدراسة الجانب الميداني فقد كانت مرحلة تفسيرية:

فقد عمدت الباحثة الى توزيع الاستمارة بهدف تحكيما مع بعض الاساتذة من قسم علوم الاعلام والاتصال من جامعة باجي مختار عنابة - وهما : الاستاذة الدكتورة "سعدى وحيدة" والاستاذة الدكتورة "اوهاببة فتيحة" حيث وجهت لنا عديد الملاحظات حول:

- تدعيم بعض المحاور بأسئلة تفصيلية اضافية تخدم المضمون بهدف الاجابة على تساؤلات الاشكال بطريقة اوضح وأعمق. اضافة الى تقديم وتأخير بعض المفاهيم بمفاهيم اوضح تساعد المبحوثين على الفهم الدقيق لمعنى السؤال وبالتالي الحصول على اجابات نوعية دالة. وكذلك الاستغناء عن بعض الاسئلة التي كانت تحتل تكرار اجابات سابقة.
- ووزعت الباحثة استمارة مقابلة في الميدان بشكلها النهائي وهي تشمل 53 سؤالاً موزعة على 3 محاور رئيسية مرتبطة مباشرة بمراحل التكفل بمرضى السرطان من الاعلان عن المرض الى العلاج من خلال قرارات RCP والمتابعة وقد شملت عينة مكونة من 40 طبيب معالج على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة- وقامت بتحليل إجاباتهم بهدف تفسير النتائج المتوصل لها سابقا والتحقق منها. وقد استنتجت الباحثة من خلالها ان الأطباء في المؤسسة محل الدراسة ليس لديهم تمكن من أليات الإتصال واستراتيجياته المستعملة وانما يمارسون بطريقة ضمنية غير مخطط لها.
- وفي الأخير قدمت مجموعة من النتائج العامة المؤسس لها إمبريقيا مع التأكيد على ضرورة تفعيل الإتصال بمختلف أشكاله داخل شبكات العلاج لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان.

ثانيا - عرض نتائج الملاحظات العلمية والمقابلات الاستكشافية:

1- عرض نتائج شبكة ملاحظة الاجتماعات متعددة التخصصات RCP:

تم تطبيق شبكة الملاحظة على عدد من الاجتماعات متعددة التخصصات لمكافحة السرطان RCP حيث استهدفنا المشاركة في 4 (أربعة) من الاجتماعات المتخصصة في امراض سرطان الكلى والمسالك البولية. ويتم عادة كل خمسة عشر يوما بحضور المنسق الرئيسي وعدد من الأطباء المختصين في جراحة الكلى والمسالك البولية، ومختصين في امراض السرطان، تشريح الخلايا، العلاج بالاشعاعات والعلاج الكيميائي على مستوى مركز مكافحة السرطان.

النتائج				المتغيرات	عنصر الملاحظة
	غير مناسبة	*	نوعا ما	مناسبة	حجم القاعة
	غير مريحة	*	نوعا ما	مريحة	الكراسي
	غير مناسبة	*	نوعا ما	مناسبة	التهوية
	غير مناسبة	*	نوعا ما	مناسبة	الإضاءة
*	غير مناسبة		نوعا ما	مناسبة	وسائل الإتصال
*	متأخر		في الوقت تماما	قبل الاجتماع	الوقت
*	لم تستعمل		فيديوهات وأفلام	مطبوعات	نوع الدعائم
/	سيء	/	متوسط	جيد	استعمالها
/	غير ملائمة	/	نوعا ما	ملاءمة الوضعية	ملاءمتها

	القلق		العصبية	*	الراحة	الهيئة العامة	المظهر العام
	غير مناسب	*	مناسب		مناسب تماما	المظهر	
	غير موجود		التصنع	*	مع الوضعية	الحركات	
	غير واضحة	*	أحيانا		دائما	الشفافية	
	غير موجودة	*	بعضهم		جميع المشاركين	الخبرة	
	غير واضح	*	أحيانا		واضح	الوضوح	الصوت
	ضعيف	*	متوسط		قوي	القوة	
	بطيء	*	مناسب		سريع	السرعة	
	غير واضح	*	غالبا		واضح دائما	النطق	
*	قراءة الالكترونية		استعمال وثائق		تلقائية	طريقة تقديم المعلومة	تقديم المعلومات
*	عامية	*	فرنسية		عربية	اللغة	اللغة
	غير موجود		أحيانا	*	موجود	احترام الآخر	القيم
	سيء	*	متوسط		جيد	الالتقان	
	سيء	*	متوسط		جيد	الالتزام اثناء الاجتماع	
	نادرا	*	أحيانا		دائما	التعاون والتشارك في عملية العلاج	
	غير موجود	*	أحيانا		موجودة	المشاركة	العادات
	سيئة	*	متوسطة		جيدة	العلاقة بين الأطباء والادارة	

	غير موجودة		فردية	*	جماعية	العلاقات بين الأطباء والمستخدمين	(تابع) العادات	
	تفاعل ضعيف		تفاعل متوسط	*	جيد	التفاعل بين الأطباء		
*	نادرا		متوسطة		كثيرة	العطل		
	نادرا	*	احيانا		دائما	ساعات العمل	احترام التنظيم الداخلي	
	غير موجود	*	نوعا ما		موجود	احترام قواعد العمل		
	نادرا	*	احيانا		دائما	اللباس		
	الدرجة العلمية		المنصب	*	التخصص	نوع التقسيم	تقسيم العمل	
*	عن خبرة سابقة		عاطفية	*	عقلانية	تقديم الرأي		
	غير موجودة		متوسطة	*	ثقة عالية	مكانة المرسل (الطبيب)		
	غير موجودة	*	احيانا		موجدة	اليات الاقناع		
	نادرا	*	غالبا		دائما	التوافق والانسجام		
*	تحفظ		سلبي	*	ايجابي	تغيير رأي		
	اكثر	*	5		4	عدد الحاضرين		
	نادرا		لا تتوافق	*	تتوافق	القرارات		
*	نوعا ما		غامضة		واضحة	مهارة الحديث		المهارات
*	نادرا		أحيانا		دائما	مهارة الكتابة		
	نادرا	*	أحيانا		دائما	مهارة الاستماع		

	ضعيفة	*	متوسطة		جيدة	مهارة القراءة	(تابع) المهارات
	ضعيفة		متوسطة	*	جيدة	مهارة التفكير	
	غير مناسبة	*	أحيانا		مناسبة	المدة الزمنية	
	نادرا	*	أحيانا		دائما	اختلاف الآراء	
	نادرا	*	أحيانا		دائما	تقديم ملخص	
	سطحية	*	متوسطة		معمقة	التشخيص	المعلومات
*	حسب الحالة		مراحل متعددة		مرحلة واحدة	التكفل	
	لا تتم العودة له	*	حسب الحالة		خروج الملف من RCP	المتابعة	
	غير موجودة		نادرا	*	موجودة	العقلية	الإستراتيجيات
	غير موجودة	*	نادرا		موجودة	السيكولوجية	
	غير موجودة		نادرا	*	موجودة	بناء الأجماع	
	غير موجودة		نادرا	*	موجودة	استراتيجية الحوار	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية الاتساق	
	غير موجودة	*	نادرا		موجودة	استراتيجية التصنيف	
	غير موجودة	*	نادرا		موجودة	استراتيجية التأثير	
	غير موجودة	*	نادرا		موجودة	استراتيجية الاستمالة	
	غير موجودة		نادرا	*	موجودة	استراتيجية حل المشكلة	
	غير موجودة		نادرا	*	موجودة	الاستراتيجية الغائية	
	غير موجودة		نادرا	*	موجودة	استراتيجية المشاركة	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية المفاجأة	

*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التريث وعدم التورط	(تابع) الإستراتيجيات
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التوقيت	
	غير موجودة	*	نادرا		موجودة	استراتيجية التركيز	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية الاستجابة	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	الاستراتيجية التحليلية	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	الاستراتيجية الاستكشافية	
	غير موجودة	*	نادرا		موجودة	الاستراتيجية الوجدانية	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية تقليل التوتر	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التعبير	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية الدفاع الذاتي	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التكرار	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التأكد	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التقمص	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التوحد	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التأثير القوي	
*	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية انشاء المعاني	

من خلال الملاحظة بالمشاركة التي تم تقديمها فيما سبق ومن خلال العناصر المحددة في الجدول اعلاه سجلنا عديد الملاحظات المتعلقة بالعملية الإتصالية فيما بين الأطباء والظروف التنظيمية والمهنية وغيرها مما سيتم التفصيل فيها لاحقا:

◀ الظروف المهنية:

- حجم القاعة:

يعتبر حجم القاعة الذي يتم فيها الاجتماع مناسباً من خلال ما تحتويه من وسائل تحقق للأفراد المجتمعون الراحة وداخلها دون اي ازعاج او قلق ولحجم القاعة دور كبير في خلق الشعور بالراحة لدى اعضاء الاجتماع خاصة اذا كان عدد الحضور كبيراً. وما لاحظناه على حجم قاعة الاجتماعات بمركز مكافحة السرطان CAC من مناسبة الى مناسبة نوعاً ما تتسع الى مجموعة من الكراسي وطاولة دائرية الشكل ومكتب لمنسق الاجتماع RCP.

- الكراسي:

اذا ارادت اية مؤسسة ان تضع طاقمها العامل في جو من الراحة للقدرة على تقديم افضل الخدمات لابد من توفير افضل التجهيزات لطاقم العمل، وما يمكن قوله عن الكراسي المتوفرة بقاعة RCP في المركز هو انها مريحة نوعاً ما وليست جيدة بدرجة كبيرة حيث انها تناسب حجم القاعة وعدد الحاضرين اثناء الاجتماع من اطباء منسقين واطباء معالجين ومتربصين مقيمين.

- التهوية والاضاءة:

تعتبر التهوية المناسبة والاضاءة الجيدة عنصران رئيسيان في بيئة العمل، اما الشيء الملاحظ على مستوى قاعة الاجتماعات في المركز فإنها مناسبة نوعاً ما تتلائم وظروف الاجتماع عموماً. تتوفر الغرفة على ستائر ومكيفات مما يسمح بالتحكم في حرارة الغرفة وجوها ونوع الاضياء داخلها خاصة وأنه اثناء الاجتماع يتم استخدام جهاز الدانتشو لعرض ملفات المرضى.

- وسائل الإتصال:

تكون معظم قاعات الاجتماعات المتوفرة على مستوى المؤسسات قد جهزت مسبقاً بمجموعة من الأجهزة المخصصة للإتصال، إلا أن ما تمت ملاحظته في قاعة الاجتماعات بمركز مكافحة السرطان والمخصصة للاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP هو أنها تعاني من نقص في الوسائل الإتصالية حيث أنها لا تحتوي حتى على هاتف يسمح بالتواصل داخل القاعة ويوجد بها فقط جهاز العرض (داتاشو) الذي يستعمل لعرض ملفات مرضى السرطان، ورغم توفره إلا أن طاقم العمل يجد نفسه في كل اجتماع أمام نفس العائق إلا وهو عدم توفر اسلاك التوصيل الكهربائية المناسبة لتشغيل الحواسيب الخاصة بهم وتوصيلها بالكهرباء.

- الحضور:

رغم أن وقت الاجتماع RCP بالساعة واليوم قد سبق تحديده من قبل وهو بصفة دائمة كل خمسة عشر يوم إلا أن أعضاء الاجتماع والمكون من الأطباء المعالجين في مختلف التخصصات لدراسة ملفات مرضى السرطان ومناقشة العملية العلاجية كمرحلة أساسية في التكفل بهم في كل مرة يحضرون متأخراً وذلك بسبب الارتباطات المهنية المختلفة للأطباء مثل العمليات المستعجلة وغيرها. فبالرغم من أن توقيت بداية الاجتماع من الساعة 13.30 إلا أن الأطباء لا يحضرون بشكل منتظم فمنهم من يحضر متأخراً عن بداية الاجتماع ومنهم من يحضر أثناء الاجتماع، لهذا فإن الصفة الملاحظة عموماً على وقت الحضور هو التأخر الدائم عن الوقت المخطط له.

◀ الدعائم الإتصالية:

رغم أن الباحثة حاولت التعرف على الدعائم الإتصالية الحاضرة أثناء الاجتماع من حيث نوعها، مثل: المطبوعات أو الفيديوهات.... لتجارب علاجية جديدة أو أدوية وتقنيات حديثة عديدة وإستعمالها ومدى ملاءمتها، إلا أنها لم تتوفر أبداً أثناء الاجتماعات العديدة التي تمت بحضور الباحثة على مستوى المركز وهذا راجع لعدم اهتمام أعضاء الاجتماع بتوظيف مثل هذه الدعائم الإتصالية أثناء الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP.

لكن يتم الاعتماد على شبكة دروبوكس داخلية يتم من خلالها إرسال والاطلاع على الملفات وتسجيلها ومتابعتها مع تقديم بطاقة معلومات تسمح بتسجيل معلومات الحالة والقرار المتخذ. إضافة الى الإمايل (البريد الإلكتروني) للتواصل قبل وبعد الاجتماع.

◀ المظهر العام:

في إطار الملاحظات التي سجلتها الباحثة حول العناصر المرتبطة بالمظاهر العام مثل الهيئة العامة التي لاحظنا أنها توحى بالقلق عموماً والمرتبطة بالضغط المهني الكبير الذي يتعرض له أعضاء الاجتماع، أما ما يتعلق بالمظهر الغالب عموماً فهو مناسب للعمل والمناقشات أثناء تقديم ملفات مرضى السرطان. وكانت الحركات الإتصالية الغالبة أثناء الاجتماع مرتبطة بالوضعية التي يكون عليها القائم بالإتصال أثناء الاجتماع، مع تقديم كل البروتوكول العلاجي المقدم لمرضى السرطان بشفاافية بهدف مناقشتها دون وجود لأي جاذبية خاصة في المظهر، أما فيما يخص الخبرة لدى أعضاء الاجتماع فهي تنحصر في بعض المشاركين فقط.

◀ الصوت:

ان الصوت الانساني هو من اهم وسائل التعبير واحد العناصر الاساسية في نجاح العمليّات الإتصالية لذلك فالصوت من حيث القوة والسرعة والنطق يجب أن يتميز بالوضوح حتى يؤثر المتكلم ويجذب الانتباه ويستطيع الاقناع بما يقدم أكثر، وما تمت ملاحظته بهذا الصدد على مستوى اجتماع RCP فإن القائمين بالإتصال خلاله يتميزون احيانا بصوت واضح النطق يكون على الاغلب قوي ومناسب السرعة يسمح لباقي الاعضاء المشاركين كمستقبلين ان يستقبلوا المعلومات المقدمة بكل اريحية.

◀ تقديم المعلومات:

تميزت المعلومات المقدمة من طرف الأطباء المشاركين في اجتماع RCP من حيث الطريقة بالعلبة للقراءة الالكترونية لملفات المرضى من طرف كل طبيب معالج او من طرف المنسق عموماً، ومن ثم مناقشة المعلومات المكتوبة والخروج بقرار العلاج للإجتماع، في حين لاحظت الباحثة الغياب التام للتلقائية او لإستعمال وثائق معينة أثناء تقديم المعلومات العلاجية المتعلقة بمرضى السرطان، متبعين بذلك

المعلومات المتوفرة فقط اثناء القراءة الالكترونية باعتبارها الملفات الالكترونية تحمل كل العناصر المتعلقة بالحالة.

← اللغة:

عملية الكلام وصياغة المُرسَل لفكرته في قالب لغوي يتوافق مع مقتضيات اللغة المشتركة بينه وبين المتلقي ثم الانتقال إلى استقبال الرسالة وفهمها والذي لا يتحقق إلا بوجود لغوي مشترك مع المُستقبل، وفيما يتعلق بما تم ملاحظته على مستوى إجتماع RCP فإن الاعضاء في تواصلهم يعتمدون على إستعمال اللغة الفرنسية والعامية مع بعضهم البعض اثناء مناقشة المعلومات المقدمة عن المرضى أو العلاج المقدم لكل مريض... وهذا يعود الى عديد الأسباب أهمها أن اللغة الفرنسية هي اللغة التقنية بالنسبة للأطباء مما يجعلهم يتبنونها في تعاملهم أثناء مناقشة العلاج الواجب تقديمه للمريض.

← القيم:

لا يمكن للفرد في اي نسق كان ان يتعامل مع اهدافه دون ان تكون له جملة من القيم التي توجد من خلال تفاعله مع محيطه وتتحكم في سلوكيات الفرد مع الاطراف الاخرى. ومن العناصر التي تم التطرق لها في الملاحظة نجد احترام الآخر الذي لاحظت الباحثة انها صفة موجودة بشدة فيما بين الاعضاء المشاركين في اجتماع RCP، اما فيما يتعلق بالالتقان فنلاحظه بشكل متفاوت بين الأطباء المعالجين نوعا ما كل حسب خبرته وقدرته في التعامل مع حالات السرطان التي يقدم لها التكفل العلاجي، أما الملاحظ حول التزام الاعضاء الحاضرين اثناء الاجتماع فيمكن القول انه موجود ولكن ليس لدى الجميع فقد لاحظنا ان بعض الاعضاء يتطرقون فيما بينهم الى احاديث جانبية بينما ينشغل البعض الآخر بهاتفه الشخصي مع الخروج المتكرر باستمرار لإستقبال المكالمات، ولكن بقيت عملية التشارك وقيمة التعاون من الصفات البارزة التي تتحد وتتفاعل بهدف تحقيق افضل تكفل للمرضى السرطان في مرحلة العلاج.

◀ العادات:

والملاحظ ان الأعضاء المشاركين في إجتماع RCP يتميزون بالتشاور والأخذ برأي أهل الخبرة لهذا نجد ان العلاقة بينهم جماعية فالملاحظ لنقاشاتهم سيلفت إنتباهه الى وجود سياق عام تغطي فيه صفة مشاركة في إتخاذ القرارات العلاجية مما يخلق تفاعل وتواصل ايجابي فيما بينهم، ورغم قلة الاعضاء المشاركين بسب كثرة الغيابات التي تكون على الأرجح بسبب العطل او الانشغالات المهنية مع المرضى عموما او الادارة.

◀ احترام التنظيم الداخلي:

ان احترام التنظيم الداخلي لكل مؤسسة كنسق كفيل بأن يؤهلها لتحقيق اهدافها المسطرة وأبرز المؤشرات التي عملت الباحثة على ملاحظتها: احترام ساعات العمل وقواعد العمل واللباس وقد وجدنا ان الغالب في كل الشروط المرتبطة بإحترام ساعات العمل موجود احيانا وليس بصفة دائمة مثله مثل قواعد العمل التي تحترم في أغلب الاوقات ماعدا بعض الحالات الاستثنائية والاستعجالية، كما انه ورغم ان لباس الطبيب محدد دائما ومتعارف عليه الا ان اعضاء الاجتماع احيانا يكسرون هذه القاعدة كل حسب الظروف فمنهم من يحضرا الاجتماع بلباس العمل ومنهم من يحضر باللباس العادي.

◀ تقسيم العمل:

وفي اطار الملاحظات المقدمة تم الإهتمام من طرف الباحثة بمجموعة عناصر لها علاقة بموضوع الدراسة أبرزها:

- نوع التقسيم: وتم وضع هذا المتغير في ثلاث احتمالات للملاحظة منها التخصص والمنصب والدرجة العلمية الا ان ما تم تكرره حسب المشاركة في كل مرة هو أن التقسيم يكون بين الأعضاء حسب نوع التخصص لكل طبيب معالج.
- تقديم الرأي: اما ما تم ملاحظته اثناء الاجتماع حول كيفية تقديم الاراء حول عملية التكفل والعلاج فيما اذا كانت عقلانية ام عاطفية ام اذا كانت عن سابق خبرة فقط، وما يلاحظ هنا من الأطباء الاعضاء بأن القرارات المنطقية والمبنية في الكثير من الاحيان عن خبرة سابقة هي الاكثر ارتباطا بالبروتوكول العلاجي المقدم لمرضى السرطان بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عناية.

• **مكانة المُرسِل (الطبيب):** ارتبطت مكانة الطبيب كمرسل بجملة المهارات الإتصالية الواضحة عليه ومدى تمكنه من التفاعل والتأثير على الاستشاريين المختصين اثناء مناقشة ملفات مرضى السرطان واسلوبه في صياغة المعلومات المقدمة والاليات المقترحة من طرفه ضمن الجماعة الاستشارية المعالجة. وما يلاحظ عموما ان الأطباء المشاركين ذوي الخبرة والممارسة يتحلون بالثقة العالية مع انفسهم وباقي الاعضاء فنجدهم يؤثرون باستمرار على قرارات الاعضاء ويتفاعلون اكثر من الاعضاء الاقل خبرة في عملية التكفل ويتاثرون بقرارات الأطباء الاكثر خبرة عموما في تقديم العلاج المناسب للمريض.

• **آليات الاقناع:** لاحظت الباحثة في عديد المرات التي شاركت من خلالها في اجتماعات RCP المنعقدة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عناية- ان الاعضاء المشاركين من أطباء معالجين يعملون في مناقشة البروتوكول العلاجي ضمن جماعة تختلف تخصصاتهم وتجمع خبراتهم بهدف تقديم التكفل الافضل لمرضى السرطان. وفي هذا الاطار وجدنا ان كل طبيب ضمن تخصصه يستعمل اليات اقناعية ذات طابع منطقي عقلي عموما تمتزج احيانا باليات اقناعية اخرى عاطفية مثل مراعاة بعض الحالات المرضية المتقدمة والتي تقيم خارج الولاية...

وذلك بهدف تقديم الطبيب للتكفل العلاجي المناسب لمرضى السرطان وفق الأهداف المسطرة من طرف المؤسسة الاستشفائية من جهة ولتنويع البروتوكول العلاجي المقدم وهو ما يخلق الثقة اكثر لدى الطبيب.

• **التوافق والإنسجام:**

وهما الصفاتان البارزتان لدى اعضاء RCP فالأطباء المشاركين في الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات ورغم عدم الاتفاق احيانا حول بروتوكول معين الا انهم يصلون الى رأي علاجي دائما يتفقون عليه جميعا، وبروح الجماعة التي يعمل كل الطاقم الطبي على خلقها والحرص على وجودها اثناء الاجتماع رغم وجود إختلافات في التخصصات وفي الخبرة المهنية.

• تغيير رأي:

الملاحظ بهذا الصدد ان الأطباء خلال مناقشتهم وتقديم آرائهم ومن خلال تلك الآليات الاقناعية والتوافق والتناسق والتفاعل بينهم ومكانة الأعضاء المناقشين التي تسمح بتغيير الرأي المخالف للجماعة الاستشارية وبالتالي التأثير الايجابي في القرارات العلاجية.

• عدد الحاضرين:

وقد لاحظت الباحثة انه ورغم الغيابات المتكررة لبعض الأطباء خلال المشاركات المتتالية في عدد من الاجتماعات الاستشارية ومع الوصول المتأخر للبعض الاخر الا ان عدد الحاضرين لا يقل عن 5 خمسة اطباء استشاريين اثناء بداية الاجتماع من مختلف التخصصات.

• القرارات:

المتمعن للمناقشات اثناء الاجتماع والاراء المقدمة والتوافق والانسجام والتفاعل بين الاعضاء الاستشاريين نجد ان القرارات المتوصل لها في البروتوكول العلاجي المقدم لكل مريض أغلبها تتوافق وهذا لقدرة الاعضاء على تحقيق التفاعل والتأثير الايجابي فيما بينهم وتشاركهم في ظروف مهنية واحدة وسياقات عديدة مشتركة بينهم في المركز ومحاولتهم الجماعية لتحقيق التكفل العلاجي المناسب والصحيح لمرضى السرطان في كل المراحل.

◀ المهارات:

• مهارة الحديث:

من المتعارف عليه ان المهارة في الحديث هي قدرة المُرسِل على تقديم المعلومة بصورة واضحة ومبسطة يستطيع من خلالها المُستَقْبِل فهم الرسالة المقدمة بكل وضوح وما نلاحظه خلال مناقشة الأطباء المعالجين هو تمكنهم من صياغة وتقديم المعلومات فيما بينهم غالباً خاصة اذا تكلمنا عن الأطباء ذو الخبرة المهنية ومع المرضى المتحكم في تقدم مرضهم بفضل العلاج المقدم لهم ونجاح

القرارات السابقة المرتبطة بإجتماع RCP في حين يبقى تحكم البعض من المشاركين في هذه المهارة متوسط نوعا ما.

• مهارة الكتابة:

للكتابة دور اساسي في نجاح المرسل لتوصيل مختلف الافكار والمعلومات بطريقة واضحة خلال العمليّات الإتصالية وذلك عن طريق التعليمات المكتوبة.....، والملاحظ ان الاعضاء المشاركين في الاجتماعات التي تم حضورها لا يولون اهمية لهذه المهارة وذلك بسبب ان الأطباء يكتفون فقط بإستخدام الملف الالكتروني الذي يحتوي قرارات العلاج المتخذة خلال الاجتماع.

• مهارة الاستماع:

تساهم مهارة الإستماع لدى القائم بالإتصال على فهم الاخرين لان الإنصات الجيد وسيلة فعالة حتى ينجح المُستقبل في فهم الرسالة المقدمة له، وبالملاحظة نجد ان هذه المهارة حاضرة بصفة مستمرة ودائمة في الإجماعات الإستشارية لأنها أساس التفاعل الناجح بين الأطباء المعالجين وذلك لان توفر مهارة الإنصات بينهم ضروري من أجل الوصول لقرار علاجي مناسب في جو التناسق والانسجام والتوافق في القرارات بفضل وجود مستقبل متفاعل يعي ويفهم الرسائل المقدمة له لحسن استغلال الإستماع لديه.

• مهارة القراءة:

تعتبر القراءة الواعية او مهارة القراءة جسر العبور الى الفهم الصحيح والسريع لمضمون الكتابات المقروءة من طرف المرسل مما يسهل عليه جذب انتباه المتلقي وما لاحظته الباحثة ان هذه المهارة جيدة لدى الأطباء الحاضرين اثناء قراءة كل منهم لملفات مرضى السرطان الخاصة به والبروتوكول المقدم من طرفهم اثناء اجتماع RCP، وان كانت هذه المهارة متوفرة بمقاييس اتصالية بنسبة لا بأس بها لدى الأطباء ذو الخبرة البسيطة فإنها وللأمانة حاضرة بأسلوب ممتاز وجيد مع الأطباء المناقشين اصحاب الخبرة العميقة وذلك لوجود مزيج من العناصر الايجابية لدى الطبيب القائم بالإتصال مثل

الفصاحة والثقة بالنفس... التي تسمح لهم بخلق رسائل اتصالية واضحة وقوية ذات تأثير في الاعضاء المعالجين مما يسمح لمدخلات العمليات الاتصالية القائمة اثناء الاجتماع RCP بتقديم مخرجات تصب في مصلحة مريض السرطان وبالتالي تقديم العلاج المناسب.

• مهارة التفكير:

ان اختلاف مستوى التفكير بين المرسل والمستقبل ومهاراتهم وقدراتهم الاتصالية بالاضافة الى طبيعة الموضوع تجعل المرسل هو المتحكم في توجيهه من خلال افكاره وصياغته واستمالاته بهدف نجاح العمليات الاتصالية، وبملاحظة مدى توفر هذه المهارة فهي موجودة لدى جميع اعضاء اجتماع RCP بنسب متفاوتة من طبيب الى آخر وتتحكم فيها وضوح المعلومات المقدمة من طرف الطبيب المعالج اضافة الى مرحلة تقدم المرض لدى كل مريض سرطان.

• المدة الزمنية:

والملاحظ ان المدة الزمنية للاجتماع كاملا تصل احيانا الى ساعتين وقد تتجاوز هذه المدة وعدد ملفات المرضى المناقشة وحجم المشاركين هوالعنصر الاساسي المتحكم في الوقت فقد تصل مدة المناقشة في ملف المريض الواحد الى خمسة عشر دقيقة أو أكثر أحيانا للخروج بقرار العلاج حسب الحالة المرضية والبروتوكول العلاجي المقدم سابقا لمرضى السرطان، وعموما يمكن القول ان المدة الزمنية لكل طبيب مناقش مناسبة نوعاما تسمح له بتوظيف المهارات الاتصالية المناسبة لتقديم الكم الكافي من الأفكار والمعلومات الملائمة لسياقات اجتماع RCP وذلك بهدف الحصول على التفاعل الايجابي من الاعضاء.

• اختلاف الآراء:

اثناء العمليات الاتصالية المستمرة التي تتميز بالتفاعل بين اعضاء اجتماع RCP لاحظت الباحثة ان اختلاف الآراء خلال المناقشة للخروج بقرارات العلاج المناسبة لمريض السرطان يكون احيانا حسب الحالات المرضية الاستثنائية وقناعة الطبيب المختص المعالج إلا ان هذا الاختلاف سرعان

ما يتخذ مساره الصحيح بعد المناقشة وعلاقة التأثير والتأثر بين الطاقم الطبي المشارك في الاجتماع.

تقديم الملخص:

فيما يخص تقديم ملخص عام قبل الاجتماع فالملاحظ انه نادرا ما يقدم ملخص عن ما يقدم لكن ما يرتبط بملفات المرضى فإنه يتم تقديم ملخص يحتوي على أهم بيانات مريض السرطان والعلاج المقدم من طرف الطبيب المختص ليتم اتخاذ القرار العلاجي المناسب وفق ما سبق تقديمه خلال الملخص.

المعلومات:

• التشخيص:

يعتبر التشخيص المرحلة الأساسية التي تضمن نجاح المراحل العلاجية القادمة لهذا فقد لاحظت الباحثة ان الطبيب المعالج على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC يعمل خلال اجتماع RCP على تقديم التشخيص المعمق والشامل للحالة المرضية وتغطية كل الجوانب من خلال عملية التشخيص النهائي للمرض وتحديد مدى تقدمه وانتشاره في جسم المريض بهدف ايضاح الخطوات القادمة والاجابة عن اي تساؤل قد يقدم اثناء مناقشة الملف واتخاذ القرارات المناسبة للتكفل والعلاج.

• التكفل:

الملاحظ من خلال المناقشات بين الأطباء الاستشاريين اثناء الاجتماع ان عمليات التكفل تكون من خلال مراحل متعددة يتفق فيها الأطباء من عديد التخصصات على كل مرحلة علاجية او بروتوكول علاجي معين يناسب كل مرة تطورات المرض وهذا بهدف تحقيق التكفل المناسب لكل مريض السرطان وبالتالي تفعيل شبكة العلاج على مستوى المركز لتقديم الأنسب دائما.

• المتابعة:

بعد استكمال العلاج المتابع عموماً وتمام عملية التكفل يخرج ملف المريض من اجتماع RCP عموماً لكن الملاحظ ان هذه القاعدة قد تستثنى احياناً وذلك بخصوصية الحالة المرضية التي تستدعي احياناً المتابعة حتى بعد تقديم العلاج المناسب للحالة وذلك لمراقبة اي طارئ في صحة مريض السرطان.

◀ الاستراتيجيات:

• الإستراتيجية الدفاعية:

تقدم هذه الاستراتيجية لتحقيق الثبات وتتماشى مع السياق التنظيمي العام للمؤسسة مع مركزية اتخاذ القرار وشبكة اتصال واسعة، وتظهر هذه الاستراتيجية كما استنتجت الباحثة من خلال مشاركتها العديدة وملاحظتها بشكل دائم تقريباً في اجتماع RCP من خلال توافق القرارات وانسجام الآراء بين الأطباء من مختلف التخصصات على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة - والاهداف العامة المسطرة ضمن امكانيات المؤسسة والخطط والبرامج الحكومية لتحسين التكفل بمرضى السرطان.

• الإستراتيجية الاستكشافية:

تعمل هذه الاستراتيجية على تقديم الجديد وخلق الابداع بهدف إستكشاف فرص جديدة تطبق اللامركزية في اتخاذ القرارات واعتماد أساليب الإتصال الأكثر تطوراً في كل الإتجاهات الإتصالية على مستوى المؤسسة والملاحظ عن هذه الإستراتيجية نادراً ما قد نلاحظها حسب الحالة المرضية والطبيب المعالج لأن الطاقم الطبي اثناء اجتماع RCP يحاول دائماً الخروج بقرارات علاجية مدروسة تتوافق وامكانيات المؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عنابة - ضمن محاور المخططات الحكومية المسطرة في اطار تحسين التكفل.

• الإستراتيجية التحليلية:

والملاحظ ان هذه الاستراتيجية تحضر احيانا حسب الحالة المرضية وذلك لان الباحثة لاحظت ان الاعضاء الاستشاريين احيانا يجتهدون في اتخاذ قرارات تتميز بالمرونة فنلمس فيها تواوج الابداع والابتكار في القرارات العلاجية مع الحفاظ على الاستقرار بعد دراسة الجدوى.

• إستراتيجية الاستجابة:

لم يلاحظ وجود هذا النوع من الاستراتيجيات اثناء إجتماعات RCP الظروف التي تواجه مشكلة فشل في ضبط مختلف الظروف المهنية وامكانيات المؤسسة الاستشفائية مع القرارات العلاجية المتخذة خلال الاجتماع.

• استراتيجية التركيز:

ولاحظت الباحثة حضور هذه الاستراتيجية اثناء الاجتماعات الاستشارية احيانا حسب الحالات المرضية التي تمت مناقشة ملفاتها من قبل ولم يتم التواصل معهم لأسباب معينة مما عرقل عملية العلاج والتكفل المقدم لمرضى السرطان مثل المرضى الذين يعانون ظروف مادية صعبة او يواجهون صعوبة في التنقل بسبب البعد الجغرافي واقامتهم خارج الولاية، وغيرها.

• استراتيجية التوقيت:

تعتمد استراتيجية التوقيت على اختيار الوقت المناسب لتقديم قرار معين بهدف كسب تأييد معين او لتجنب حدوث مشكلة، ويكون اختيار الوقت المناسب غالبا لإرضاء الطرف الثاني في العمليات الإتصالية وما لاحظته الباحثة هو ان هذه الاستراتيجية الإتصالية معمول بها كثيرا لدى اعضاء RCP خاصة اثناء مناقشتهم و تقديم القرارات الملائمة لحالة كل مريض سرطان.

• استراتيجية التريث وعدم التورط:

وما لوحظ ان هذه الاستراتيجية تستعمل احيانا اثناء إجتماع RCP خاصة اذا تخالفت الاراء بين الأطباء الاستشاريين في نوع العلاج المقدم للمريض فينتظر الاعضاء تقديم الكم الكافي من المعلومات عن الحالة والبروتوكول العلاجي المقدم مسبقا ليتم التأثر بالايجاب او السلب ومن ثم تقديم القرار المناسب.

• استراتيجية المفاجأة:

احيانا ما تفرض هذه الاستراتيجية نفسها في إجتماعات RCP عندما يقدم الطبيب المعالج او الطبيب المختص معلومات مهمة في وقت معين للتأثير في اتجاهات الأطباء المناقشين والتأثير فيهم وكسب تأييدهم في قرار علاجي معين وتغيير رأيهم حول بروتوكول معين الهدف منه هو التكفل الأفضل بمرضى السرطان في مركز CAC بالمستشفى الجامعي -عنابة-.

• استراتيجية المشاركة:

تعتبر هذه الاستراتيجية الإتصالية من الاستراتيجيات الإتصالية الاساسية المستعملة اثناء الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP على مستوى المؤسسة محل الدراسة ذلك لانها تفتح المجال امام الاعضاء الحاضرين للتفاعل والمناقشة وتقديم كل منهم لاقتراحات تسمح لهم بإختيار العلاج المناسب للمريض الذي يسمح لهم بكسب ثقته في التكفل المقدم دائما من طرف اطباء مركز مكافحة السرطان CAC بالمركز الاستشفائي الجامعي.

• استراتيجية ملتقى الطرق:

وكما تمت الملاحظة سابقا على المهارات الإتصالية المرتبطة بالأطباء المناقشين اثناء إجتماع RCP فإن كل طبيب كعضو من اعضاء الاجتماع واثناء تقديم الحالات المرضية التي يشرف على علاجها يحاول توظيف كل الامكانيات الإتصالية لديه من اساليب واستمالات كقائم ب الإتصال بهدف التأثير في اكبر عدد ممكن من الاعضاء المشاركين.

• استراتيجية الاعلام: information

لاحظت الباحثة وجود هذه الاستراتيجية احيانا واستنتجتها من خلال ما تحمله هذه الاستراتيجية من دلالات ذات معنى واحد وتعمل على تقديم المعلومات للأعضاء المناقشين حول المريض وعلاجه وذلك بهدف تكوين الرأي واتخاذ القرارات اضافة الى تقديم رسائل اتصالية تعبر عن أهداف العلاج المقدم له في اطار تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان في المستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة -

• استراتيجية الاقناع: Persuasion

تظهر هذه الاستراتيجية احيانا وتوجد في حالات عدم التوافق في الاراء بين الطبيب المعالج واحد الاعضاء في الاجتماع RCP حيث يهدف فيها القائم ب الإِتصال الى احداث تغيير في رأي أحد الأطباء اما المعالج اوالمسؤول فيعمل القائم ب عملية الاقناع باستعمال مختلف الاستمالات الاقناعية بهدف خلق سلوك ورأي متوافق و منسجم مع مايريد المعالج.

• استراتيجية بناء الاجماع Consensus Building:

لم تلاحظ الباحثة استعمال هذه الاستراتيجية او ادراجها اثناء الاجتماعات التي شاركت فيها مع الأطباء الاستشاريين وذلك لان الأطباء المعالجين وحدهم من لديهم صلاحية قرار نوع العلاج والمدة دون تدخل من مرضى السرطان كجمهور ثاني خلال الاجتماع وبالتالي غير موجودة.

• استراتيجية الحوار Dialogue:

تعتبر هذه الاستراتيجية احدالاستراتيجيات الرئيسية المستعملة والموجودة اثناء اجتماع RCP حسب ما لاحظت الباحثة حيث تكون العمليّات الإِتصالية في اتجاهين تغلب فيهما ميزة التفاعل ومضمون الرسائل الإِتصالية يتوافق ومسؤولية المؤسسة الإِجتماعيَّة والتنظيمية تجاه جماهيرها (مرضى السرطان) خاصة وان الاساس النظري لهذه الاستراتيجية يعود الى الإِتصال الشخصي.

← الاستراتيجيات المنطقية:

• استراتيجية الاتساق:

رغم ان هذه الاستراتيجية كانت ضمن الاستراتيجيات المنطقية التي حاولت الباحثة ملاحظتها في إجتماعات RCP على مستوى المؤسسة محل الدراسة الا انها غير موجودة بين الاعضاء المناقشين بسبب عزوفهم عن إستعمال اسلوبها الذي يعتمد على خلق ما يعرف بالتناظر المعرفي بين الاعضاء اي عدم تقديم الرسائل الإتصالية بينهم بطريقة تحدث تعارض حتى يتم العمل على اعادة الاتساق.

• استراتيجية المشاركة:

ظهرت هذه الاستراتيجية اثناء الاجتماع بين الأطباء الفاعلين من خلال رسائل اتصالية تشترك في بناءها خبراتهم وسياقاتهم المشتركة للوصول الى قرارات ايجابية تحقق سلوك يخدم المسؤولية الإجتماعية للمؤسسة الاستشفائية تجاه مرضى السرطان وتحسين التكفل بهم في المرحلة العلاج.

• استراتيجية التصنيف:

تتأسس هذه الاستراتيجية على ان القائم بالإتصال عليه ان يغير من طريقة نظر الجمهور الى موقف معين، والأطباء كفئة متجانسة في المعارف والمعلومات والبيئة المهنية اثناء الاجتماع وبطريقة ضمنية توجد أحيانا هذه الاستراتيجية أثناء الاقناع بقرار علاجي أو بروتوكول معين مع أحد ملفات مرضى السرطان.

• استراتيجية التأثير:

وجدت هذه الاستراتيجية احيانا مع بعض الحالات التي يسعى فيها المعالج الى تغيير قرارات مرتبطة بالعلاج المقدم في مرحلة ما من المرض قصد تقديم التكفل اللازم.

• استراتيجية الاستقلال:

وجدت هذه الاستراتيجية احيانا مع الأطباء المعالجين الذين تتم مناقشتهم لبعض الملفات التي لا يتوافق العلاج المقدم لها مع رأي اطباء RCP حيث يحاول الطبيب المعالج الاستقلال برأيه والاقناع به والحصول على الدعم من طرف الاعضاء وتقبل رأيه وقراره.

• استراتيجية الاستمالة:

لم تتوفر هذه الاستراتيجية اثناء كل اجتماع RCP حيث ان الطاقم الطبي المشارك يكتفي بعرض معلومات المريض والعلاج المقدم ثم الخروج بقرار بطريقة روتينية دون البحث عن تطوير او ابتكار في عملية التكفل والعلاج مثل اقتراح بعض الدعائم المساعدة على نجاح البروتوكول العلاجي...

• استراتيجية حل المشكلة:

لم يتطرق الاعضاء في RCP الى هذه الاستراتيجية لا ضمنا ولا ظاهريا في كل الملفات المتطرق لها اثناء اجتماع.

• الإستراتيجية الغائبة:

استعملت هذه الاستراتيجية كما لاحظت الباحثة بشكل دائم اثناء الاجتماع من خلال تقديم الأطباء لملفات مرضى تم التطرق لها مسبقا لتقديم النتائج المتوصل لها واقعيا بشكل ايجابي مما خلق جو تفاعلي اتصالي ايجابي بين الأطباء المشاركين بسبب نجاح قرارات علاجية سابقة تنعكس لديهم على انها تكفل ناجع بالمريض.

◀ الإستراتيجيات الوجدانية (العاطفية)

• استراتيجية تقليل التوتر:

تحاول الرسائل الإتصالية تخويف المتلقي من النتائج السلبية المترتبة على عدم القيام بسلوكيات معينة تركز على جانبين الوجداني والسلوكي وهي احدى الاستراتيجيات المهمة لدى المخطط والبرامج الإتصالية للحملات الصحية خاصة وتستعمل هذه الاستراتيجية بحذر حتى لا تأتي بنتائج عكسية تجعل المتلقي يستاء من الرسالة والقائم ب الإتصال. وقد لاحظت الباحثة ان هذه الاستراتيجية استعملها الاعضاء احيانا في بعض الملفات التي كانت حالة اصحابها حرجة نتيجة بعض القرارات العلاجية غير الصائبة او التي لم تجدي نفعا مع مريض السرطان.

• استراتيجية التعبير:

تسعى هذه الاستراتيجية الى اظهار سلوك المتلقي وكأنه مرغوب من وجهة نظر المُستقبل وغير متعارض معها بمعنى ان الرسائل الإتصالية تبدو وكأنها تعبر عن وجهة نظر المتلقي. فبغض السلوكيات التي يكون لها تأثيرات ايجابية واخرى سلبية، والجدير بالذكر ان الباحثة لاحظت وجود بعض المؤشرات المرتبطة بهذه الاستراتيجية اثناء مناقشة الاجتماع RCP بين الأطباء المختصين.

• استراتيجية الدفاع الذاتي:

والملاحظ ان توافق الاراء والقرارات بين اعضاء الاجتماع والتأثر بقرارات المجموعة الاستشارية دائما يجزم لنا بوجود هذه الاستراتيجية عموما.

• استراتيجيات التكرار:

لم توظف هذه الاستراتيجية خلال الاجتماعات ومع مجموع الحالات المقدمة بسبب ضيق الوقت والعجلة احيانا حتى يتمكن الأطباء من التطرق الى كل الملفات وخروج بقرارات علاجية كما ينبغي.

• استراتيجية التأكد:

وتقدم البرامج الإتصالية التي تتبنى هذه الاستراتيجية وعودا للمتلقي برقابة وسلطة اكبر أوعلى مواقف وسياسات المنظمة في حال استجابته الايجابية للرسالة، وتبني الاتجاه او السلوك المقترح، ومن ثم فالرسالة تؤكد على الفائدة المباشرة التي تعود على المتلقي وقد تطرق احد الأطباء في الاجتماع الى هذه الاستراتيجية مع حالة مرضية هو المسؤول عنها مما يسمح لنا القول انها تكون موجودة احيانا مع حالات استثنائية.

• استراتيجية التأثير القوي:

تخاطب رأي الاغلبية او قادة الرأي ولعلها تشبه في بعض جوانبها دائرة الصمت التي تعتمد على خوف الافراد من العزلة لذلك ينضمون لرأي الاغلبية ويمكن القول ان هذه الاستراتيجية حاضرة احيانا اثناء الاجتماع خاصة اذا ما ارتبط الامر باختلاف في الرأي او مخالفة في القرارات العلاجية المقدمة، فالطبيب احيانا يقدم علاج معين هو مقتنع بأنه الانسب الا ان الزملاء اثناء الاجتماع يبدون رأياً مخالفاً حول ذلك العلاج ومناقشته مما يجعل الطبيب يتأثر مباشرة ويستجيب للقرارات الجديدة المقدمة.

نتائج

الملاحظات

• نتائج الملاحظات:

1/ النتائج المتعلقة بالبيئة المهنية:

✓ من خلال ما سبق تقديمه من ملاحظات استتجت الباحثة عديد النقاط التي ارتبطت كل منها بسياقات مختلفة وعناصر كثيرة من ابرزها السياق المكاني لعناصر العمليات الإتصالية الذين يؤثرون ويتأثرون بها خاصة فيما يتعلق بتفاعلهم اثناء الاجتماع وصولا إلى المخرجات المقترحة. فقد تبين بعد التفصيل والتدقيق في الملاحظة ان السياق المكاني بالمؤسسة محل الدراسة يعتبر مناسب نوعا ما وليس بالمريح مما قد يؤثر على العملية اتصالية لدى الطاقم الطبي في عملية تقديم واستقبال المعلومة وكذلك التفاعل معها بشكل مستمر اثناء RCP بهدف تحسين التكفل بمرضى السرطان.

✓ أما ما يتعلق بالسياق الزمني فقد تبين انه غير مناسب للأفراد الفاعلين من اطباء ومختصين اعضاء في الاجتماع ما يفسر الحضور المتأخر والغياب المستمر عن الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات مما يكون سينعكس سلبيا على القرارات المقدمة حول العلاج المناسب الذي يعمل على توفير التكفل الأفضل لمرضى السرطان.

✓ أما السياق الفيزيقي الذي نضمن من خلاله توفير بيئة اتصالية مناسبة ينتج عنها اجتماع منظم يناقش ملفات حساسة ذات مسؤولية إجتماعية وانسانية ومهنية تقدم فيها معلومات في غاية الاهمية حول مراحل العلاج المقدمة لمرضى السرطان، فسلنا ظروفنا غير ملائمة على مستوى المؤسسة بسبب عدم الالتزام والضوضاء بإعتبارها عنصر تشويش يعرقل التفاعل الايجابي اثناء الاجتماع.

✓ اذا ما تم التمعن في الملاحظات المسجلة حول السياق الثقافي المقدم خلال الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP على مستوى مركز مكافحة السرطان بالمؤسسة محل الدراسة فالصفات المشتركة وتشابهه في بيئة العمل والتخصص والظروف المشتركة خلقت جملة السلوكات الملائمة بين الاعضاء الاستشاريين خلال الاجتماع.

✓ وبرز دور السياق الثقافي كثيرا على مستوى القرارات المقدمة بخصوص مرضى السرطان سهولة التأثير فيما بينهم مما اوجد ارضية خصبة تتميز بالانسجام بين الأطباء خاصة انهم يتشاركون تجارب وخبرات سابقة فيما بينهم مما يقدم اضافة لعملية التكفل بمرضى السرطان على مستوى المؤسسة محل الدراسة.

✓ برز السياق الاجتماعي اثناء اجتماعات RCP بين الأطباء الإستشاريين على مستوى المؤسسة محل الدراسة خاصة من خلال ملاحظة العلاقة بين الأطباء في جانبها غير الرسمي مما ساهم في زيادة التفاعل خلال المناقشة وبروز صفة المشاركة والتعاون والإحترام السائد بينهم.

✓ إضافة الى التوافق في القرارات وتفهم مختلف العوائق الإتصالية بهذا الصدد في التعامل مع مرضى السرطان وحتى فيما بينهم مع عمال الادارة والطاقم الشبه طبي بالمؤسسة كمحاولة لخلق انساق متكاملة فيما بينها تصب كلها في مصلحة مرضى السرطان بهدف تحسين التكفل بهم خلال المراحل الثلاثة سواء كانت التشخيص والاعلان عن المرض أو التكفل العلاجي بهم أو خلال مرحلة المتابعة بعد العلاج.

2/ النتائج المتعلقة بأنواع الإتصال ووسائله أثناء الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات

:RCP

من خلال الملاحظات المسجلة عن العمليات الإتصالية أثناء انعقاد الاجتماعات استنتجت الباحثة أن:

✓ الإتصال بين مجموعة الاعضاء في اجتماع RCP يعكس بشكل كبير عدد المتفاعلين الذين ميزهم التأثير والتأثر فيما بينهم بهدف حل مشاكل معينة واتخاذ قرارات متعلقة بالتكفل العلاجي لمرضى السرطان على مستوى المؤسسة محل الدراسة، حيث وجدت الفرصة للاتصال بين كل المشاركين في الموقف الإتصالي للتفاعل فيما بينهم.

✓ ويقدم الأطباء مضامين اتصالية تتناسب وتتفق عموما مع الاهداف التنظيمية والسياقات المشتركة مع باقي الاعضاء المُستقبلين لتلك الرسائل بهدف التأثير والاقناع بقرارات معينة متعلقة بالمرحلة العلاجية لمرضى السرطان وفق نسق اجتماعي وثقافي معين. واستندت الباحثة

في هذه النتيجة الى ان الإتصال الفعال بوصفه ميزة إنسانية تزيد من الارتباط والتماسك والتناسق بين أعضاء الجماعة مما يساهم في تحريكهم نحو تحقيق الأهداف المرغوبة على المستوى القريب والبعيد. والأطباء الإستشاريين أثناء إجتماعات RCP قدموا صورة عن الإتصال الشخصي بتوفر أغلب شروطه وعناصره في إطار الإتصال الجمعي بين الاعضاء. إلا أن ما يمكن إستنتاجه بوضوح هو أن الإتصال يمارس بطريقة ضمنية عفوية غير مخطط لها وغير منظمة ودليل هذا غياب إستغلال عديد الوسائل الإتصالية بمختلف أنواعها أثناء الإجتماع فنجد أنهم يكتفون غالبا بالإتصال الشفهي فقط لا غير مع توظيف وإستغلال تكنولوجيا الإعلام والإتصال.

✓ كذا غياب العديد من أنواع الإتصال غير الرسمي الأخرى التي كان يمكن أن تضيي الفاعلية والمشاركة أكثر أثناء إجتماعات RCP.

3/ النتائج المرتبطة بمهارات الإتصال المستعملة أثناء الاجتماع RCP:

تنتقل الرسالة الى الأعضاء المناقشين بهدف توضيح المعلومات والأفكار والإتجاهات حيال موقف اتصالي معين وللقائم بالإتصال دورا كبيرا في نجاح العمليّات الإتصالية وخلق تفاعل إيجابي ومؤثر بين الجماعة.

وما نستنتجه من الملاحظات المتعلقة بمهارات الإتصال المتوفرة أثناء مناقشة ملفات مرضى السرطان هو أن الفروقات الفردية والتفاوت في الخبرة المهنية والتخصص بين أفراد إجتماع RCP إضافة الى العوائق اللغوية تخلق احيانا بعض الصعوبة في الإستجابة والتأثير والإقناع بمحتوى الرسالة الإتصالية المقدمة. وتتلخص المهارات الإتصالية للقائم بالإتصال في وضع الفكرة التي يريد إيصالها وتبليغها في كود عن طريق الكتابة أو الكلام، ومن ثم فك الكود عن طريق القراءة أو الاستماع، وأخيرا مهارة القدرة على التفكير ووزن الأمور وحسن تقييمها. وهي مهارات الإتصال الشخصي مثلما صنفها "بيرلو"¹ إمبريقيا (مهارة القراءة الكتابة الحديث الإستماع ومهارة التفكير) لدى القائم بالإتصال تعمل كمزيج متكامل ورئيسي في إتخاذ

1 ***** للمزيد اطلع على فصل الثاني الاطار النظري ، ص153.

القرارات الصحيحة والمتوافقة التي تخدم الأهداف التنظيمية للمؤسسة كنسق مفتوح يهدف الى تقديم خدمة صحية لجمهور المرضى.

مما يستوجب على الطاقم الطبي بالمؤسسة محل الدراسة ككل تحسين تلك المهارت وتطويرها والإهتمام بها خاصة في عملية التواصل فيما بينهم وفي تواصلهم المباشر مع مرضى السرطان ليتم تحسين عملية التكفل في مختلف الجوانب وذلك لان تفعيل الإتصال بمختلف أنواعه كعنصر رئيس في تحسين عملية التكفل يسمح بتخفيف العبئ والضغط على المؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عنابة - خاصة من حيث التنظيم وجودة الخدمة المقدمة على كافة الأصعدة لتحقيق المسؤولية الإجتماعية تجاه مرضى السرطان.

4/ نتائج الاستراتيجيات الإتصالية التي يوظفها الأطباء اثناء RCP لمرحلة العلاج والتكفل المقدمة على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC:

✓ مرحلة العلاج والتكفل بمرضى السرطان هي اطول المراحل واكثرها حساسية لدى الطبيب والمريض على حد سواء ينتظر فيها المريض الشفاء وينتظر فيها الطبيب نتيجة العلاج الذي يقدمه للمريض عبر مراحل يرافقها اجتماعات استشارية متعددة التخصصات متتالية بشكل نصف شهري يعمل فيها فريق من الأطباء من مختلف التخصصات على مراجعة الحالات ومناقشة العلاج المقدم بشكل دقيق. ورغم عملهم الذي يراه الكثير وحتى هم انفسهم تقني وعلمي بشكل كامل. فقد استنتجت الباحثة بعد القيام بملاحظات مختصة انهم يتبنون استراتيجيات اتصالية عديدة اثناء نقاشاتهم فيما بينهم تغلب عليها الاستراتيجيات العقلية المنطقية بأنواعها مع المزج احيانا بإستراتيجيات وجدانية عاطفية تهدف كلها الى تحقيق عملية اتصالية تفاعلية ممارسة بطريقة ضمنية دون وعي منهم لآلياتها وتقنياتها واسسها وعناصرها كعملية مستمرة بين اطرافها.

✓ يتبادل المعالجون المعلومات بطريقة مباشرة وواضحة هادفة الى تحقيق جملة من الغايات المختلفة منها الشخصية والإجتماعية والتنظيمية والمهنية موظفين بذلك عديد الاستراتيجيات الإتصالية التي تميل تارة الى كفة المنطق والعقل وترجح تارة اخرى الى الاستراتيجيات العاطفية بهدف التأثير فيما بينهم والخروج بقرارات علاجية تحقق التكفل الصحيح لمرضى السرطان ضمن امكانيات وظروف المؤسسة محل الدراسة.

5- تحليل نتائج الإجابة عن أسئلة المقابلة مع السيد مدير النشاطات الطبية والتمريضة
DAPM بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة:-

الرقم	السؤال	الإجابة
01	ما هو الإنشغال المطروح لديكم أوبالأحرى تعاملكم كمسؤول إداري تجاه تزايد حالات السرطان المسجلة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة - خاصة والجزائر والعالم بشكل عام؟	أفاد المسؤول خلال المقابلة بأن المسؤولين في المؤسسة الاستشفائية يعيشون عديد الوضعيات الصعبة التي تطرح لديهم كل مرة جملة من الإنشغالات، مثل: عدم تخصيص الوزارة لميزانية مركز مكافحة السرطان CAC رغم رفع عديد المطالب للوزارة الوصية منذ تأسيس المركز الذي بقي التسيرفيه يكون من خلال تقاسم ميزانية المستشفى مع المركز مما يقلل من مستوى عمليّة التكفل بمرضى السرطان. وقد اضاف ان صعوبة الحصول على الموافقة من اجل اضافة عناصر في طاقم التمريض أي عناصر الشبه طبي بالمستشفى الجامعي بشكل خاص يسبب في عديد المرات عديد المشاكل والتجاوزات بسبب زيادة الضغط اقبال المرضى من مختلف ولايات الشرق المجاورة، مثل: سوق أهراس - سكيكدة - تبسة - الطارف..... فحسب رأي المسؤول فإن غياب ميزانية مستقلة خاصة بمركزمكافحة السرطان CAC التابع لمستشفى ابن رشد - عنابة - سبب الكثير من النقائص التي خلقت الكثير من الأوضاع الغير مرغوب فيها لدى طاقم المستشفى من مهنيين اداريين واطباء وممرضين انعكست بطبيعة الحال على عمليّة التكفل بمرضى السرطان في مراحل العلاج الثلاثة سواء في عمليّة تشخيص المرض أوالعلاج وحتى المتابعة مع المرضى.

<p>اجاب المبحوث بأن المؤسسة الإستشفائية تقوم بعملية تشخيص مستمرة تكون من خلال عديد المصادر هدف جمع اكبر قدر من المعلومات عن عملية سير العمل بالمؤسسة والوقوف على تفاصيل واقعية في الخدمة المقدمة لمرضى السرطان خلال المراحل الثلاث سواء في مرحلة التشخيص او العلاج او المتابعة. وكذلك الاطلاع على التقارير المفصلة المرفوعة من طرف كل رئيس مصلحة بشكل خاص الى الإدارة العليا، لتقوم هذه الأخيرة بعقد مجلسها العلمي بصفة دورية قد تكون حسب ما صرح به المبحوث إما كل 03 اشهر أو كل مدة 06 أشهر حتى يتم مناقشة مختلف النقائص والصعوبات والعوائق والمشاكل التي يعاني منها كل قسم من أقسام مركز CAC للعمل على حلها وفق الإمكانيات المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية -إبن رشد- بهدف تحسين عملية التكفل اللازمة بمرضى السرطان.</p>	<p>02 هل تقوم مؤسستكم بعملية تشخيص مستمرة على مستوى مصالحكم المختلفة حول حالات السرطان المسجلة لديكم على مستوى المؤسسة الاستشفائية لتوفير التكفل اللازم في مختلف المراحل لمرضى السرطان بمختلف أنواعه؟</p>
<p>صرح المبحوث بأن ابرز أهدافهم كمسؤولين استشفائيين على المستويين القريب و البعيد هو الحصول على ميزانية خاصة ومستقلة بمركز مكافحة السرطان CAC حتى يحقق المركز جملة من العناصر الاساسية لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان في المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة- اولها تحسين هو تحسين الإمكانيات التي يحتاجها المركز في مختلف مراحل التكفل بمرضى السرطان سواء كانت امكانيات مادية من أجهزة وأدوية أو إمكانيات بشرية من طاقم طبي متخصص وفريق شبه طبي متمكن، وكذلك يهدف المسؤولين في المستشفى الى تطوير المورد البشري العامل في المستشفى الجامعي -ابن رشد- والتابع لمركز مكافحة السرطان</p>	<p>03 بعد جمع اهم المعلومات عن سير عملية التكفل بمرضى السرطان هاهي أهم الأهداف التي تسعى ادارتكم الى تخطيطها ضمن الاستراتيجية العامة المقترحة من طرف الوزارة الوصية؟</p>

<p>CAC من خلال تقديم التكوين المتواصل لهم حول آخر المستجدات التقنية والطبية في المجال الصحي الإستشفائي.</p> <p>أما فيما يخص حصول الأطباء الإستشفائيين على دورات تكوينية في مجال الإتصال الصحي أو العملية التواصلية بين الطبيب والمريض فأجاب بأنها منعدمة تماما في مؤسستهم ومركز مكافحة السرطان على حد سواء.</p>		
<p>قدم المبحوث اجابة في هذا السياق مفادها أن الادارة الاستشفائية تحاول العمل في إطارها التنظيمي على تقديم مذكرات مصالحة وتعليمات مصالحة بهدف تنظيم عملية الجدولة الزمنية في أفضل شكل حتى يقتنع بها الطاقم الطبي والشبه طبي ويستطيع الالتزام بمواعيدها سواء كانت ساعات العمل اليومية او ساعات المناوبة الشهرية مما يحقق التكفل المناسب بالمرضى على مستوى المركز سواء كانوا قيد الإقامة او للعلاج اليومي لضمان حسن توفير العلاج 24/24 لكل المرضى. وأضاف كذلك أنه يتم الحرص على رفع تقارير بشكل مستمر وعقد إجتماعات أسبوعية لنقاش مختلف النقاط العملية لتجاوز أي أخطاء تنظيمية أو لإستكمال أي نقائص علاجية...</p>	<p>كيف تعمل على الإقناع والتأثير في الطاقم العامل من أطباء وممرضين ومستخدمين إداريين لتحقيق تلك الأهداف المسطرة من طرفكم كإدارة لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان في المراحل العلاجية الثلاثة (تشخيص - علاج - متابعة)؟</p>	<p>04</p>

<p>افاد السيد المدير بأنه يحدد مستوى التأثير على طاقمها الاداري والطبي والشبه طبي بمختلف القرارات والرسائل من خلال مدى إستجابتهم لمختلف التعليمات التنظيمية المقدمة لهم سواء كان أفراد الطاقم الشبه طبي أوالأطباء وروؤساء المصالح والاقسام الادارية، أما فيما يخص مستوى التأثير فأجاب المبحوث أن ذلك يتم مع المرضى على مستوى المستشفى ومدى رضاهم عن الخدمة العلاجية المقدمة لهم من طرف المعالجين وكيفية تكفلهم بمختلف إحتياجاتهم، وتقاس كذلك بقلة عدد الشكاوي المقدمة للمسؤولين من طرف المرضى الوافدين لمركزمكافحة السرطان على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة -.</p>	<p>كيف تحدد مستوى التأثير والتأثر لدى المهنيين مع المرضى في عملية التكفل بهم؟</p>	<p>05</p>
<p>اجاب المبحوث في هذا السياق بأن عملية صياغة الرسائل الإتصالية الموجهة للطاقم العلاجي من أطباء وممرضين وإداريين في المستشفى تراعي عديد النقاط والجوانب منها ما له صلة بالهيكل التنظيمي تقسيماته في المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة -، إضافة إلى مراعاة محتوى التقارير المرفوعة للإدارة سواء كانت اليومية او الاسبوعية، وكذلك فإن صياغة الرسائل تأخذ بعين الاعتبار الامكانيات المادية والبشرية المتوفرة على مستوى المركز بالمستشفى الجامعي ومستوى التكفل المقدم حاليا لمرضى السرطان بعد مقارنته حاليا مع ما يجب أن يكون.</p>	<p>كيف تعمل على صياغة مختلف الرسائل الإتصالية المقدمة للأطباء والمهنيين بالمستشفى بمعنى أحرماهي أهم النقاط التي تراعيها؟</p>	<p>06</p>

<p>صرح المبحوث بأن الادارة المسؤولة بالمستشفى تستخدم في عملية نقل رسائلها التنظيمية من تعليمات أو توجيهات أو قرارات الى فريق العمل جملة الوسائل الإتصالية منها: البريد الإلكتروني والفاكس والهاتف والتقارير المختلفة واللجان الاستشارية والاجتماعات.</p>	<p>ما هي الوسيلة الإتصالية التي تفضل نقل الرسالة بها الى مجموعة العمل حتى تضمن وصولها للجميع بدرجة الوضوح اللازمة؟</p>	<p>07</p>
<p>قدم المبحوث إجابة مفادها أن إدارتهم في عملية التسيير الزمني للوقت تقوم بعملية تنسيق بين مختلف المصالح والاقسام بتلك القرارات في المستشفى الجامعي -ابن رشد- من خلال تصميم حساب مشترك بين مختلف الأقسام أوالمصالح المعنية لتتم عملية المتابعة الزمنية به وموافاة الادارة الوصية بكل التطورات لحظة بلحظة سواء في الظروف العادية او في الظروف الاستثنائية لضمان تنفيذها خلال الفترة المحددة من قبل.</p>	<p>كيف تعمل ادارتكم على تسيير عامل الوقت في مختلف الظروف سواء العادية أوالاستثنائية منها للتحكم في تحقيق الاهداف المسطرة من قبل بعد ابلاغها للطباء والعاملين؟</p>	<p>08</p>
<p>اجاب السيد المدير بأن اكثر الصعوبات التي تواجه مركز مكافحة السرطان هي فعلا عوائق مالية واكثرها يعرقل السير الحسن ل عملية التكفل بمرضى السرطان في كل مراحل العلاج لان المركز يفتقد رغم عديد المطالب منذ الانشاء الى ميزانية مستقلة خاصة به هذا ما جعل المسؤولين دائما يقفون امام عجز على مستوى الادوية و الاجهزة المستعملة في مرحلة العلاج والتكفل المتابعة لمرضى السرطان بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عناية-.</p>	<p>هل تواجهكم بعض الصعوبات من حيث الموارد المالية المقدمة للمستشفى لتحقيق اهدافكم المسطرة فيما يخص عملية التكفل بمرضى السرطان؟</p>	<p>09</p>

<p>لم يستثن المبحوث أي مرحلة من المراحل وقال بأنهم يعانون من عراقيل مالية في كل مراحل العلاج المقدمة لمرضى السرطان في المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة- فقال بأن الأطباء على مستوى المخبرالتي تقوم بتحليل مرضى السرطان سواء في مراحل العلاج أوحى من أجل الكشف عن الاصابة بالمرض وتشخيصه تشكي من نقص كبير في المحاليل المستعملة من اجل ذلك وهذا ما يستدعي الأطباء الى إرسال المرضى الى المؤسسات الخاصة خارج المستشفى بهدف إجراء التحاليل اللازمة قبل تشخيص المرض أو بعده وكذلك أشارالمبحوث الى أن مرحلة العلاج هي الأخرى ليست افضل حال من المرحلة السابقة وقال ان الأطباء كذلك يشكون من نقص في الأدوية وذلك بسبب الضغط الذي يعاني منه المركزلتواجد واقبال المرضى من الولايات المجاورة ونقص الأدوية والضغط الكبيرعلى الأجهزة المتوفرة الموجودة داخل المركز الاستشفائي.</p>	<p>10</p> <p>في أي مرحلة من مراحل التكفل تكون أكثر العراقيل المالية؟ ولماذا؟</p>
<p>صرح السيد المدير بأن المسؤولين بشكل عام والافراد العاملين بشكل خاص يواجهون صعوبة في تقبل العديد من الخطط المطروحة من طرف الوزارة الوصية وذلك بسبب تباين الواقع المعاش من ضعف الإمكانيات والموارد المتاحة في المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة- مع الاستراتيجيات والخطط المسطرة من اجل مسايرة مختلف التطورات الموجودة على كافة المستويات و معاشتها بالمقارنة مع بعض المستشفيات الجامعية الأخرى بالولايات المجاورة، مثل: باتنة - سطيف - وهران - العاصمة...</p>	<p>11</p> <p>هل تجد صعوبة في تبني الافراد العاملين لمختلف الخطط المقدمة ضمن المخططات الكبرى الموضوعية؟ كيف ذلك؟</p>

<p>أجاب المبحوث بأن المؤسسة الاستشفائية تقوم بعملية تقييم ومتابعة لعمليات سير وتنفيذ مختلف الخطط المطروحة من تقارير تقييم اسبوعية وشهرية وثلاثية وسداسية بهدف متابعة سير تنفيذ تلك الخطط السطرة في المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة - .</p>	<p>هل تعمل إدارتكم على تقييم ومتابعة تنفيذ مختلف تلك الخطط المقدمة للتكفل بمرضى السرطان؟</p>	<p>12</p>
<p>قال السيد المدير بأن عملية التقييم تكون بشكل فوري اذا سجلت المؤسسة الاستشفائية أي تجاوز او خلل في إحدى مراحل التكفل المقدمة لمرضى السرطان من خلال معرفة سبب التجاوز ومن ثم عقد اجتماع رسمي يجمع بين الادارة والمسؤولين المعنيين بالامر ومن ثم اصدار تعليمة او تقديم تقرير مفصل حول الحالة الطارئة وعرض الحال.</p>	<p>كيف تقوم بعملية التقييم اذا وجدت بعث التجاوزات في عملية التكفل بمرضى السرطان في احدى المراحل؟</p>	<p>13</p>

نتائج المقابلة

✓ نتائج تحليل المقابلة:

وبعد التطرق الى جملة الإجابات المقدمة نستنتج عديد النتائج المتعلقة بإستراتيجية التسيير في المؤسسة الإستشفائية الجامعية ابن رشد-عنابة- وكيفية التعامل مع مختلف مراحلها وفق الترتيب الإمبريقي المتعارف عليه في مراحل الإستراتيجية الإتصالية الذي تم التطرق اليه في الفصل الثاني من الإطار النظري السابق. واهم مبادئ البراديعم النسقي بوصفه اللبنة الابستيمولوجية للدراسة وسياقات مدرسة "بالو آطو" بإعتبارها إحدى المقاربات النظرية المعتمدة الى جانب نظرية النسق التعاوني واللذان تتحدران من البراديعم النسقي السابق فإنه تم التوصل الى النتائج التالية:

✓ انطلاقا من المعلومات المقدمة من طرف المبحوث للإجابة عن السؤال الأول نستنتج أنّ المؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عنابة - نسق مفتوح يعمل بصفة تكاملية مع مجموعة انساق اخرى تشمل البيئة الداخلية والخارجية له وتتعاون فيما بينها من أجل تحقيق المصلحة العمومية تقوم بصفة مستمرة بالبحث في مختلف الانشغالات والاوضاع غير العادية على مستوى المؤسسة محل الدراسة ومنه فإن المؤسسة تقوم بعمليات تحليل مختلفة لعدد السياقات المتعلقة بنسقتها داخل المؤسسة وخارجها، لأنها كنظام عام يتألف من عديد الأنظمة الفرعية ذات العلاقة مع انساقها الجزئية تتأثر بها من خلال عديد الظروف الطارئة على بيئتها الداخلية والخارجية وتأثر فيها بجملة من القوانين الداخلية القرارات والتعليمات والاستراتيجيات المختلفة للتعامل مع كافة الأوضاع الطارئة والتعامل معها وتجاوز كل الاختلالات والنقائص الخارجة عن نطاق سيطرتهم وبالتالي قد تسبب عجز يحول دون تحقيق أحد اهداف النظام وذلك لان تفاعل الاجزاء التي يتكون منها المستشفى محل الدراسة بصفته نظام عام فيما بينها شرط اساسي في الوصول لمختلف الغايات المسطرة فلا يمكن ان يتم ذلك بمعزل عن الأجزاء او النظم الفرعية الأخرى التي تكون تابعة لادارة المستشفى، وبالتالي فهي تحاول تحقيق تفاعل ناجح ومتكامل بين مختلف اقسامها حتى تتجح كمؤسسة عمومية خدماتية في تقديم التكفل الامثل لمرضى السرطان.

✓ من إجابة المبحوث والمعطيات المقدمة حول إجابة السؤال الثاني المتعلق بعملية تشخيص بصفة مستمرة ومنتظمة هذا على إعتبار أن المؤسسة محل الدراسة نسق مفتوح له عديد الانشطة والاتفاقيات مع أكثر من مؤسسة في بيئتها التي تتفاعل بالضرورة معها لأن تعاون تلك الانساق المختلفة وتكاملها فيما بينها يضمن

توفر جملة من الشروط الملائمة لخلق سياقات تنظيمية ملائمة للتكفل بمرضى السرطان تتوافق مع سياقاته الإجتماعية والإقتصادية... وتقديم خدمة ذات جودة لمرضى المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة- لهذا فهي تعمل على تشخيص كل عناصرها من مدخلات سواء كانت موارد مالية او بشرية او معلومات على مستوى اقسامها وفروعها. وتعتمد على تحليل مختلف التفاعلات على مستوى شبكات العلاج المتوفرة على مستوى مصالحها ومدى إلتزامها بمختلف الخطط والاستراتيجيات المقدمة لهم في عديد التعليمات الموثيق الهادفة الى تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان على مستوى المؤسسة محل الدراسة لأن العملية التواصلية وكما هو متفق عليه عملية معقدة جدا مما يحتم على المؤسسة دائما السعي والبحث وجمع المعلومات المختلفة والأخذ بعين الاعتبار عوامل التعقيد والتركيب واختلاف السياقات بين كل عناصر العملية الإتصالية.

✓ يمكن استخلاص النتيجة التالية من خلال اجابة المبحوث عن السؤال الثالث الذي تمحور حول صياغة الاهداف ومدى إرتباطها بالنسق العام للمؤسسة بإعتبارها تعمل على تنفيذ مختلف الاستراتيجيات المسطرة من طرف وزارة الصحة وتعمل كنسق جزئي على تفعيل الجانب الإتصالي وتجسيده عبر عديد الانشطة الإتصالية، فالمؤسسة نسق مفتوح كما سبق وأشارت الفصول النظرية حيث ترى مقارنة النسق التعاوني أن التنظيم يقوم على أساس تعاوني مقصود وهادف والمستشفى كوحدة فرعية في نظام اكبر يضم وحدات اصغر منه يعمل على ايجاد العديد من الاسس مثل العمل على: السعي الى تحقيق اهداف مشتركة بين اقسام ومصالح المستشفى الجامعي محل الدراسة من خلال وجود نظام إتصالي فعال بينهم يزود الطاقم العامل بالمستشفى بكل المعلومات مما يرفع من روح المسؤولية لدى المهنيين من أطباء واداريين وطاقم شبه طبي من اجل تكثيف الجهود المبذولة لتحقيق الخدمة الكاملة واللائقة لمرضى السرطان الوافدين للمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة-.

✓ ومن اجابة السؤال الرابع استنتجت الباحثة ان المؤسسة محل الدراسة كنسق متعدد الاجزاء والعناصر يعمل على تفعيل كل القنوات الإتصالية والأساليب والاستمالات الاقناعية في عملية التأثير على طاقمها المهني المتنوع وذلك بعد اطلاع الادارة العليا في المؤسسة على مستوى فروعها ومصالحها بالاختلافات والاختلالات الموجودة بعد الاخذ بعين الاعتبار لكل التغيرات الحاصلة في بيئة المؤسسة الداخلية والخارجية مع العمل

من أجل استيعاب الجمهور لها في بيئة المؤسسة فتعمل على تبسيط أهدافها أو رسائلها الإتصالية المقدمة لجمهورها حتى يسهل عليهم استيعابها وتقبلها وتنفيذها في مختلف مراحل التكفل المقدمة لمرضى السرطان من تشخيص أو علاج أو متابعة.

✓ من إجابة السؤال الخامس نستنتج ان المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لا تتبنى معايير ثابتة في قياس عمليّة التأثير على جماهيرها في الداخل إلاّ من خلال قياس مدى استجابتهم للخطط المقدمة وقياس عمليّة التأثير لدى مرضى السرطان من خلال مدى تقبلهم لخدمات التكفل الاستشفائية في مختلف مراحل التعامل مع مرض السرطان لديهم، إلاّ أنّ التّكلم عن احتمال وجود محور إتصالي واضح في عمليّة التسيير يبقى ضئيل جدا لأنه حتّى وإن وجد فهو يمارس بطريقة ضمنية في مختلف المواقف التي تصادف خطوات تطبيق الاستراتيجية أو المخطط المقدم من طرف الوزارة الوصية والمؤسسة تتعامل معه حسب الامكانيات و الظروف المتاحة في ظل تعاون دائم وتنسيق فعال بين مختلف عناصر المؤسسة.

✓ إستنتجت الباحثة من خلال المعلومات المقدمة عن السؤال السادس والسابع أنّ المؤسسة الإستشفائية تراعي عديد الاعتبارات في تقديمها لرسائلها المختلفة فتعمل على صياغتها وفق الامكانيات المتاحة المادية والبشرية على مستوى المؤسسة وكذلك الظروف المختلفة المحيطة بسياقاتها المتعددة والمخططات الاستراتيجية الكبرى المقترحة من طرف الوزارة الوصية، إلاّ أنّه وفي تقديمها لمختلف رسائلها لا تستغل كل الوسائل الإتصالية المتاحة أو التي يمكنها الاستعانة بها من أجل تحسين عمليّة التأثير فتقتصر على اختيار وسائل دون أخرى مما قد يكون عقبة في تزويد الطاقم المهني بالمعلومات الكافية التي تتيح لهم إدراك وفهم وتبني تلك الرسائل دون معاناة وبالتالي تحسين خدمة التكفل بمرضى السرطان على مستوى مركز CAC بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة- أو حتى استغلال الوسائل الإتصالية بالشكل الكافي الذي يسمح للجمهور الخارجي أيضا بالتعرف على أهم الإنجازات أو الخطط التي تجتهد المؤسسة الاستشفائية لتقديمها بهدف كسب ثقة مرضى السرطان في الخدمة العمومية المقدمة على مستوى مؤسساتها الاستشفائية مما يضعنا امام عديد الاستنتاجات حول غياب استغلال المؤسسة الاستشفائية لعدد الاستراتيجيات الإتصالية في نظام تسييرها.

✓ يحيلنا جواب السؤال الثامن والتاسع والعاشر الى استنتاج مفاده ان المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة تعمل على وضع رزنامة من الوقت وتقسيمها وفق مراحل الخطة الموضوعية واعطاء كل مرحلة الوقت اللازم لتنفيذها سواء كانت في الاوقات العادية او الاخرى الخاصة بالاوقات الاستثنائية. اضافة الى هذا فإن المؤسسة تقوم بوضع ميزانية تتكفل بكافة المستلزمات من تجهيزات او معدات او كفاءات بشرية أو أدوية... وكل ما تتطلبه خطوات تحقيق او تنفيذ الخطط الإتصالية المقدمة بهدف تحقيق افضل تكفل لمرضى السرطان على مستوى شبكات العلاج المتوفرة لمختلف مراحل العملية العلاجية المقدمة لمرضى السرطان.

الا ان الاستنتاج الذي تضعنا الاجابة امامه ان المؤسسة تعاني من مشاكل وعراقيل مالية كثيرة في مختلف مراحل التكفل من تشخيص وعلاج ومتابعة.

✓ من الاجابة عن السؤال الحادي عشر نستنتج ان جمهور المؤسسة الداخلي يعاني من مشكلة اتصالية ذات بعد سلوكي وذلك لعدم تقبلهم لعديد الرسائل الإتصالية التي تتضمنها المخططات الكبرى المقترحة من طرف الوزارة الوصية وذلك لعدم توافقها مع واقع المؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عنابة- من حيث الامكانيات بكل انواعها المادية و البشرية والظروف التي تعانيها المؤسسة مع طاقمها المهني من أطباء ومسؤولين.

✓ من السؤال الثاني عشر والثالث عشر نستنتج ان المؤسسة كمنسق عام تعمل باستمرار على تقييم سير خططها وتعمل على تقويم وتعديل وتدارك كلما قد يبعدها عن تحقيق اهدافها العامة ويحول دون تحقيقها.

3-تحليل اجابات اسئلة المقابلة مع مسؤول خلية الإستماع على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة:

قامت الباحثة بتاريخ **2021/11/15** بإجراء مقابلة على مستوى خلية الإستماع والتوجيه بمركز مكافحة السرطان **CAC** بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة- مع الطبيبة النفسانية المسؤولة على الوحدة وباقي الأطباء النفسانيين المقدر عددهم بثمانية (08) اطباء بالخلية فتم مناقشتها في مجموعة من التساؤلات حول النشاطات المتعددة المتعلقة بالتكفل والمتابعة النفسانية لمرضى السرطان الوافدين للمركز على مستوى المؤسسة محل الدراسة بهدف التعرف على مدى مطابقة الخطط المسطرة من طرف الوزارة الوصية في استراتيجيتها الكبرى متمثلة في المخطط الخماسي لمكافحة السرطان والذي امتد من 2015 الى 2019 مع واقع التكفل المقدم بمركز مكافحة السرطان CAC بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة-.

وكان الهدف التعرف على النظام المتبع داخل شبكات العلاج وبالضبط خلية الإستماع والتوجيه على مستوى المركز ومحاولة التوصل الى معرفة عناصر ذلك التفاعل المتحكم في العمليات الإتصالية بين المختص النفساني ومريض السرطان من نوعية المعلومات المقدمة ووضع المريض ومرحلة المرض والسياقات المحيطة... وكل العناصر المتحكمة في سيرورة العمليات الإتصالية وفيما يلي تقديم للاجابات من طرف المبحوثة:

الرقم	السؤال	الإجابة
01	كيف يتم تحديد المواعيد لأول مرة مع مرضى السرطان؟	لا يتم تحديد موعد مع مرضى السرطان لأول لان الطبيب المعالج هو من يوجه مريض السرطان الى خلايا الإستماع والتوجيه بهدف التكفل النفساني احيانا لتجهيزه قبل الاعلان عن المرض و احيانا اخرى اثناء عملية المعالجة.
02	هل تجد تجاوبا مع مرضى السرطان بعد تواصلك معهم؟	افادت المبحوثة بأنه غالبا ما يكون هناك تجاوب من طرف مرضى السرطان بعد زيارتهم المتعددة وتواصلهم مع الطبيب النفساني و اضافت انه نادرا ما يعود احدالمرضى المتعافيين من المرض الى الطيبة النفسانية على مستوى المركز لمتابعة حالته النفسية التي تبقى متأثرة بدرجة عالية بما مر به المريض اثناء الاصابة بالمرض .
03	كيف تعمل على تخفيف الضغط الذّي يعاني منه المريض خاصة بعد تشخيص المرض كمرحلة اولى؟	صرحت السيدة مسؤولة الوحدة بأنها كطبيبة نفسانية تعمل على تخفيف الضغط لدى مرضى السرطان الوافدين للمركز على مستوى المركز الاستشفائي ابن رشد -عناية - من خلال تحضير المريض لفترات العلاج الموالية بعد عملية التشخيص وتقديم القدر الكافي من المعلومات بكل شفافية وموضوعية، و اضافت بأن طريقة تخفيف ذلك الضغط الموجود لدى المرضى

<p>تختلف من مريض لآخر كل حسب نفسيته ووضعيته ومستواه الاجتماعي والاقتصادي والنفسي.</p>	
<p>اجابت المبحوثة بهذا الصدد ان الحديث عن كسب ثقة المريض موضوع واسع جدا لايمكن حصره في اجابة سؤال واحد لكن ما يمكنها قوله هو ان الموضوعية لدى الطبيب وخبرته هما اساس الحصول على ثقة المريض عموما وهذا راجع حسب ما صرحت به الى اختلاف طبيعة المرضى الوافدين مما يحتم على الطبيب النفساني التعامل معه بحذر اكثر ودقة اكبر خاصة بالنظر لخصوصية مرض السرطان وخطورته.</p>	<p>04 كيف تعمل على كسب ثقة المريض حتى تستمر عملية حضوره لديكم؟</p>
<p>افادت المبحوثة ان اكثر ما يشتكي منه مريض السرطان عدا صعوبة الحالة الاجتماعية والعاطفية و الاقتصادية هو انهم يتذمرون من انهم يعانون من تصرفات بعض الأطباء الغير لائقة تجاههم والبعض من افراد طاقم الشبه طبي في المعاملة حيث لا يتم مراعاة نفسياتهم وظروفهم الخاصة احيانا اضافة الى ضياع بعض الملفات الخاصة بعلاج المرضى بعض المرات.</p>	<p>05 ماهي اكثر الصعاب التي يعانيها مرضى السرطان بمستشفى ابن رشد -عنابة ؟</p>
<p>اجابت المبحوثة قائلة انها قدمت مجهود كبير للحصول على خلية استماع مستقلة بذاتها عن باقي المصالح الاخرى وذلك حتى تستطيع تقديم برنامج علاج يغطي مختلف الاقسام العلاجية على مستوى مركز CAC لان هذا حسب ما صرحت يقدم الفرصة للطبيب النفساني الواحد أن يرافق ويتكفل بنفس مريض السرطان طيلة تواجده في المركز أو حتى في مختلف المراحل العلاجية المقدمة له واعتبرت ان هذه الخطوة كإجتهاد منها تسمح من خلاله بكسب ثقة مريض السرطان وتحسين التكفل النفسي به سواء في مرحلة الاعلان عن المرض او حتى مرحلة العلاج</p>	<p>06 كيف تعمل على التنسيق والتواصل مع الطبيب المعالج في بعض الحالات؟</p>

<p>وكذلك المتابعة فيما بعد العلاج. في حين صرحت المبحوثة ان التنسيق مع الطبيب المعالج يكن فقط في الحالات الضرورية واللازمة عبر الهاتف او من خلال الاجتماعات الاستشارية RCP أحيانا فقط لاغير اذا إستلزم الأمر إعلامه بحالة المريض.</p>		
<p>اجابت بأن عضوية الطبيب النفساني موجودة صحيح إلا انهم لا يحضرون إجتماع RCP إلا اذا استدعت الضرورة ذلك.لانه وحسب رأيها حضور الاجتماعات الاستشارية يآثر على وقت التكفل المقدم لمرضى السرطان على مستوى مصالح العلاج لانه يوجد ثمانية اطباء نفسانيين تابعين للوحدة موجودين بإستمرار على مستوى وحدات العلاج.</p>	<p>07 هل يستدعي حضورك لاجتماع RCP ضرورة حسب رأيك حتى تضع المريض في الصورة وتحضره للمراحل القادمة من العلاج؟</p>	
<p>أفادت المبحوثة بأن أصعب المراحل التي يعاني فيها الطبيب في تعامله مع المريض هي المرحلة الاولى من العلاج وذلك لأن الحصة الأولى بعد تشخيص المرض والإعلان عنه تجعل المريض في حالة نفسية صعبة جدا مما يجعل المختص النفساني يعمل على تكوين صورة مستقبلية للعلاج في الفترات القادمة من خلال تغطية الكم الكافي من المعلومات حول المرض ومراحله والدواء المقدم فيما بعد وآثاره غير المغروب فيها على جسم مريض السرطان في وقت لاحق.</p>	<p>08 ماهي المرحلة الأكثر تعقيدا في تعاملك مريض السرطان؟</p>	
<p>صرحت المبحوثة ان أكثر العوائق التي تواجه الطبيب النفساني مع مريض السرطان على مستوى المركز الاستشفائي ابن رشد -عناية- هو كثرة المرضى ونقص الطاقم الطبي النفساني المتكفل بهم وازافت ان وجود مريض مثلا في المراحل الاخيرة من المرض يؤثر سلبيا على نفسية مريض سرطان اخر تم تشخيص حالته في وقت مبكر مما سيؤدي الى تراجع حالته</p>	<p>09 ماهي اكثر العوائق التي تواجهك في تكفلك النفسي مع مرضى السرطان وأهلهم؟</p>	

<p>النفسية ومن ثم الصحية، كما افادت المبحوثة ان الأطباء النفسانيين يعانون من تهميش دورهم العلاجي من طرف الأطباء المعالجين والطاقم الشبه طبي مايستدعي احيانا تدخل المسؤول الطبي لتسوية بعض الانحرافات او العوائق الموجودة حتى لا يكون هناك تقصير في عملية التكفل.</p>		
<p>اجابت المبحوثة بأنها والأطباء النفسانيين على مستوى المركز تتفادى اي معاملات مع طاقم الادارة الا فيما يخص رفع تقارير عامة بصفة دورية عن عدد المرضى الوافدين لخلية الإستماع والتوجيه اما مع الطاقم الشبه بالتعامل في الحالات الضرورية فقط.</p>	<p>هل تعاني من صعوبة في تواصلك مع الطاقم الاداري والشبه الطبي على مستوى المستشفى؟</p>	<p>10</p>
<p>صرحت المبحوثة ان مستوى التكفل على مستوى المستشفى يعتبر من فوق المتوسط الى الحسن وذلك أنه رغم نقص الامكانيات وصعوبة تقديم التغطية الكافية لمرضى السرطان الا أنه يوجد إجتهد من طرف الطاقم الطبي المعالج والأطباء النفسانيين لتخطي الصعوبات وتحسين عملية التكفل .</p>	<p>ما تقييمكم لمستوى التكفل المقدم حاليا من طرف مركز مكافحة السرطان في مؤسستكم لمرضى السرطان؟</p>	<p>11</p>
<p>صرحت المبحوثة بأنها كمختصة نفسانية مسؤولة تعمل على تجاوز جملة العوائق والمشاكل الإتصالية الموجودة من خلال العمل دائما على توفير راحة المريض والتكفل الجيد به، مثل تقديم شكاوى للمسؤول في حالة وجود اي تصرفات غير مرغوب فيها من طرف الطاقم شبه الطبي لحلها على الفور واصلاح الموقف.</p>	<p>كيف تعمل كمختص على تجاوز التأثيرات المختلفة على المشاكل الإتصالية بين الادارة والمرضى والممرضين؟</p>	<p>12</p>

❖ تحليل إجابات المقابلة:

👉 تحليل الإجابة الأولى المتعلقة بواقع الإتصال التنظيمي و العملية التسييرية:

من اجابة السؤال الاول يتضح لنا ان الإتصال التنظيمي على مستوى المركز كعملية رئيسية وضرورية في بناء العلاقات الانسانية داخل المؤسسة الاستشفائية عموما وعلى مستوى مركز مكافحة السرطان خصوصا لا يرتقي الى المستوى المطلوب كما أبرزته أهمية الإتصال التنظيمي في الجانب النظري حيث ان تبني المؤسسة لمنظومة اتصالية تسييرية من شأنها تعزيز الثقة مع الجمهور الخارجي طالب الخدمة الصحية وحتى الجماهير الداخلية الفاعلة بها. ورغم وجود تنسيق في بعض الاحيان الا أنه غير كاف لتحقيق الربط والتنسيق بين المركز الاستشفائي الجامعي والتكفل الذي يسعى لتوفيره لمرضى السرطان الوافدين له.

👉 تحليل الإجابة الثانية أهمية الإتصال المباشر بين الطبيب والمريض:

من الجواب الثاني يتضح لنا ان القائم بالإتصال يعمل تحقيق نجاح ل عملية التواصل بينه وبين المُستقبل من خلال تركيزه على صياغة رموز واضحة ورسائل مباشرة تكون صريحة وشفافة تتناسب والسياقات المحيطة مع مريض السرطان مهما كانت مراحل مرضه مستغلة في ذلك كل التقنيات الإتصال الشخصي والاقناعي الممكنة والهادفة لتحقيق اثر ايجابي لدى المُستقبل بهدف تحقيق تكفل جيد به، والحفاظ على استمرارية التواصل من خلال توفير الكم الكافي من المعلومات للمرضى حول حالاتهم الصحية بكل مصداقية.

👉 تحليل الإجابة الثالثة بناء الرسالة الاتصالية الموجهة لمريض السرطان:

من خلال الإجابة المقدمة من طرف المبحوثة يتبين ان العمليات الاتصالية فعالة بين كل من الطبيب النفساني ومريض السرطان بشكل شخصي وان الطبيب دائما هو الطرف الذي يبادر بتواصل وتقديم رسائل مناسبة مبنية في صياغتها على خبرة القائم بالإتصال الذي يراعي بدوره الظروف الاتصالية والسياقات المرتبطة بحالة المتلقي (مريض السرطان) ومراحل علاجه المختلفة وعرض معلومات وأراء تتوافق والخلفية التي يكونها الطبيب عن المريض مسبقا مما يسمح له

بالتعامل مع الحالة وتخفيف الضغط من خلال توضيح الصورة لديه وبالتالي تحسين التكفل من جانبه النفسي لدى المريض.

تحليل الإجابة الرابعة ابرز الاستمالات المقدمة من المعالج النفسي للمريض:

من الإجابة السابق ذكرها حول هذا السؤال يتضح ان الطبيب النفسي كأحد افراد خلية الإستماع والتوجيه يعمل على تحقيق المتابعة النفسية مع مرضى السرطان مراعيًا بدوره خصوصية المرض والمريض ومرحلة العلاج المتوصل اليها إضافة الى السياق الإجتماعي والثقافي... فهو في عمله على كسب ثقة المريض يعمل على تقديم رسائل مؤثرة واقناعية موضوعية تحمل جملة من الحجج المنطقية المقنعة التي تتدخل فيها. وكما سبقت الاشارة في تحليل الإجابة السابقة خبرة المختص النفسي المتابع ومستوى الطرف الثاني في العمليّات الإتصالية (المُستقبل) حتى يتم استيعابها لدى مريض السرطان بسهولة ووضوح وبالتالي النجاح في اقناعه والتأثير فيه وتحقيق جملة من السلوكات الصحيحة التي تنعكس ايجابيا على صحته النفسية والجسدية.

تحليل الإجابة الخامسة العوائق الإتصالية التنظيمية بين المريض والطاقم المتكفل به:

من إجابة السؤال الخامس يتبين ان المصاعب التي يشكي منها مرضى السرطان بمستشفى ابن رشد -عنابة - متنوعة ترتبط بعوامل داخلية واخرى خارجية تتعلق بالتنظيم منها العوائق النفسية ذات الصلة بشخصية مريض السرطان واختلاف مدركاته وحاجاته وعواطفه التي تتفاعل مع عملية الإتصال من حيث درجة الفهم ورد الفعل مما يتسبب في اختلاف وجهات نظر الافراد في ادراك امورهم وكذلك حكمهم على الاشياء والمواقف، وإضافة الى ذلك نجد ان عديد المرضى يمتلكون اتجاهات سلبية تجاه الطاقم الشبه طبي او حتى الطبي احيانا الموجود على مستوى المستشفى وهذا بناء على آراء سابقة تؤثر بشكل كبير على فهم الامور وتفسير مختلف الرسائل المقدمة له في اطار تحسين عملية التكفل به. مما يتطلب من الطاقم الطبي وشبه طبي وخلايا الإستماع والتوجيه تحسين مستوى الشبكة الإتصالية على مستواهم لتحسين عملية التنسيق اكثر فيما بينهم بهدف التصدي لمختلف الصعوبات التنظيمية والإتصالية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عنابة.

تحليل الإجابة السادسة استخدام وسائل الإتصال التنظيمي في تحسين عملية التكفل:

بالنظر الى اجابة السؤال السادس نجد أن الإتصال التنظيمي في مركز مكافحة السرطان على مستوى المستشفى الجامعي لا يتوفر في استعماله على كل الوسائل المتاحة بين المختص النفسي ممثلا عن خلية استماع وتوجيه والطبيب المعالج حيث أن تبادل المعلومات فيما بينهم اثناء عملية التكفل بمرضى السرطان ضمن ظروف معينة لتحقيق جملة من الاهداف المتعلقة بالاستراتيجية العامة في صناعة او توفير كافة الامكانيات والظروف المناسبة للتكفل بمرضى السرطان خلال مراحل العلاج الثلاثة سواء كانت لتهيئة المريض قبل الاعلان عن المرض او المتابعة اثناء تلقيه لجرعات العلاج بالاشعة او حتى المتابعة بعد نهاية العلاج، الا ان كيفية التواصل الواقعية لتحقيق المطلوب لان استغلال وسائل الإتصال التنظيمي واضح يقتصر فقط على استعمال وسائل الإتصال الشفهي من الهاتف بشكل شخصي او اثناء الاجتماع احيانا، بينما يغيب استغلال باقي الوسائل الاخرى مثل: وسائل الإتصال الكتابي من التقارير والتعليمات والتوجيهات المكتوبة او وسائل الإتصال التنظيمي الحديثة...

تحليل الإجابة السابعة الوعي بتفعيل شبكات العلاج لتحسين التكفل بمرضى السرطان:

من الاجابة السابعة نلاحظ ان طاقم المختصين النفسيين بصفتهم اعضاء في خلية الإستماع والتوجيه ولكونهم جمهور داخلي فاعل على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عناية غير واعٍ بأهمية التنسيق والتشارك بين شبكات العلاج الثلاثة على مستوى المركز مما يتسبب في صعوبة تحقيق الاهداف والخطط المسطرة ضمن المخططات الحكومية الكبرى فعزوف النفسيين عن المشاركة في الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP كأحد الانشطة الإتصالية الرئيسية لشبكات العلاج على بهدف المتابعة الصحية لمرضى السرطان وفي اطار الجهود المبذولة لتحسين عملية التكفل بهم خاصة، وان احد ميزات الإتصال الشخصي تتمثل في التعرف الفوري على مدى التأثير والتأثر في ومع باقي اطراف العمليات الإتصالية مما يسمح للتكفل النفسي بقياس مدى نجاعة الحصص العلاجية المقدمة للمريض في كل مرحلة من مراحل (التشخيص والاعلان - العلاج - المتابعة).

تحليل الإجابة الثامنة واقع استراتيجيات الإتصال الشخصي بين المختص النفسي ومريض السرطان:

من إجابة السؤال الثامن يتضح لنا ان المختصين النفسيين على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC بالمستشفى الجامعي ابن رشد عناية يعملون وفق استراتيجية منطقية عقلية مخطط لها مسبقا في اطار السعي لتقديم التكفل الجيد بمرضى السرطان على مستوى المركز بما يتماشى ويساير المراحل العلاجية للمرضى خاصة قبل واثناء مرحلة العلاج، اي بعد الاعلان عن المرض واثناء تقديم جرعات العلاج حيث يعمل الطبيب النفسي وفق برنامج منطقي معين في عملية التواصل لتقديم جل المعلومات والنصائح الواجب تتبعها في تلك المرحلة او المراحل القادمة بكل مصداقية لتفادي الاصطدامات الغير مرغوب فيها مع التأثيرات الجانبية للأدوية في وقت لاحق مما يجعلهم يكرسون كل المهارات الإتصالية والاساليب الاقناعية في قالب منطقي يخدم اهدافهم كما سبق وتم تقديمه في المخطط الوطني لمكافحة السرطان في برامجه واستراتيجته التنظيمية.

تحليل الإجابة التاسعة لإنعكاسات العوائق الإتصالية على جودة الرسالة لدى مريض السرطان:

من المعلومات المقدمة في إجابة السؤال التاسع يتبين لنا ان جل العوائق والمصاعب التي تواجه المختصين النفسيين في عملية التكفل بمرضى السرطان تتعلق بالجانب التنظيمي بشكل عام وبالتواصل الشخصي والمباشر مع الأطباء والطاقم الشبه طبي على مستوى مركز مكافحة السرطان وهذا يعود بالاساس الى غياب التنسيق الجيد بين الطبيب المعالج والمختص النفسي المتابع حيث ان وجود تلك العوائق المتعلقة بالجانب التنظيمي التسيرري يتسبب في وجود بيئة اتصالية غير متوازنة تؤثر على نجاح العمليات الإتصالية في بلوغ هدفها عموما مما يخلق تذبذب في وصول المعلومات للمريض او للطبيب اثناء عملية الإتصال فيما بينهما.

تحليل الإجابة العاشرة عن تأثيرات البيئة التنظيمية في واقع التكفل النفسي بمريض السرطان:

اكدت اجابة السؤال العاشر ان ما تمت الاشارة له في التحليل السابق من وجود ضعف في التنسيق بين الاطراف الفاعلين في المؤسسة داخل شبكات العلاج من جهة وبين ضعف التنظيم والتخطيط بين العناصر الرئيسية في عمليات الإتصال التنظيمي من جهة اخرى تسبب في وجود عدة عراقيل تحول بين التكفل النفسي الجيد ومريض السرطان في مركز CAC خلال المراحل العلاجية الثلاثة،

لان التنسيق بين الطاقم الاداري وخليه الإستماع غير كاف لأن الخلية تقوم برفع تقارير عن عدد المرضى الذين تم التكفل بهم فقط دون التطرق الى عناصر أخرى مثل طرح المشاكل التنظيمية او غيرها من المطالب او الاقتراحات التي تحسن التكفل على مستوى خلايا الإستماع والتوجيه.

تحليل الاجابة الحادية عشر عن التكفل النفساني بين ما هو كائن وما يجب ان يكون:

من اجابة السؤال الحادي عشر يتضح انه ورغم وجود عديد الاجتهادات من طرف بعض الفاعلين في المؤسسة لتحسين التكفل بمرضى السرطان الا ان المستوى المقدم من طرف المؤسسة الاستشفائية لمرضى السرطان وحسب الامكانيات المتوفرة يبقى غير كاف ولا يرتقي الى البرامج والمخططات المسطرة من طرف الوزارة الوصية واستراتيجياتها التي تضع المريض كأولى اولوياتها وخاصة منها المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2015-2019 وذلك يعود الى جملة من المؤشرات الخاطئة التي توضح عدم استغلال الوسائل الإتصالية التنظيمية والتسييرية كما يجب ان يكون اضافة الى عدم توظيف التقنيات و الاساليب والمهارات الإتصالية المساعدة على تحسين مستوى التنسيق فيما بين شبكات العلاج المتوفرة على مستوى مركز مكافحة السرطان بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة-.

تحليل الاجابة الثانية عشر مساهمة التقنيات الإتصالية في تحسين التكفل لدى مرضى السرطان:

من الاجابة الثانية عشر وما تم التطرق له يتضح ان اطباء خلية الإستماع والتوجيه على مستوى المركز يجتهدون من خلال استغلال عديد التقنيات الإتصالية مثل التقارير والشكاوى لتجاوز بعض المشاكل الإتصالية بينهم وبين الطاقم الشبه طبي او الاداري او حتى الأطباء المعالجين وذلك بهدف خلق بيئة اتصالية فعالة واجابية تحقق السيرورة الإتصالية بين الاطراف الفاعلين للتكفل بمرضى السرطان وذلك بهدف ايجاد تفاهم متبادل فيما بينهم مع الاخذ بعين الاعتبار اختلاف السياقات على مستوى البيئة الإتصالية التنظيمية داخل مركز مكافحة السرطان CAC على مستوى المؤسسة الاستشفائية ابن رشد وعنابة ومراعاة عديد الظروف التنظيمية لدى جمهور المؤسسة الداخلي (الادارة- الأطباء- طاقم الشبه الطبي) والخارجي (مرضى السرطان) وعلى مستوى شبكات العلاج المتوفرة.

نتائج تحليل إجابات مقابلة

مسؤول خلية الإستماع

والتوجيه

❖ نتائج تحليل إجابات المقابلة مع مسؤول خلية الإستماع والتوجيه:

على ضوء الإجابات المقدمرف المبحوثة كمثلة عن خلية الإستماع والتوجيه بمركز مكافحة السرطان CAC توصلت الباحثة الى مجموعة من الاستنتاجات منها ما يتعلق بالشق التنظيمي الاداري للمركز ومنها ما يتعلق بالعملية الإتصالية والإستراتيجيات المستعملة في إطار عملية التواصل بين الطبيب النفساني ومريض السرطان لتوفير التكفل المطلوب به ويمكن إجمالها في ما يلي:

◀ نتائج متعلقة بالإتصال التنظيمي على مستوى مركز مكافحة السرطان و خلية الإستماع:

✓ مما سبق وبشكل عام يمكن القول ان ممارسة الفعل الاستراتيجي للمؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عناية- على مستوى الادارة العليا كمنسق مفتوح ورغم التركيز المخطط له على تطوير ذلك المزيج من النشاطات الإتصالية والممارسات الادارية والخدماتية لحسن التدبير واتخاذ القرارات ذات الصلة بعمل المؤسسة الاستشفائية عموما ومركز مكافحة السرطان بمختلف شبكات العلاج المتوفرة على مستواه الا ان العديد منها بقيت غير مفعلة في الواقع خاصة منها المتعلقة بتوفير خلية استماع وتوجيه بذات المعايير المخطط لها في ما سبق تقديمه أو التطرق له في المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2015-2019 الذي ركز وحرص على تقديم افضل تكفل لمريض السرطان ومرافقته في كل مراحل المرض من الاعلان -العلاج- المتابعة مركزا في استراتيجيته على تسخير كل الجهود والامكانيات البشرية والتقنية والتنظيمية لتحقيق ذلك.

✓ من بعض الاجابات المقدمة يتضح ان المؤسسة محل الدراسة تعاني من ضعف على مستوى التنظيم والتخطيط والتنسيق المرتبط بقنوات الإتصال التنظيمي مما انعكس بالسلب على شبكات الإتصال بأنواعها وفعاليتها داخل المركز على مستوى شبكات العلاج المتوفرة فيه للتكفل بمرضى السرطان خاصة وان التنظيم الرسمي كما اشار " برنارد " في نظرية النسق التعاوني هو توليفة متكاملة بين

الإتصال والهدف المشترك اضافة الى مدى تقبل السلطة لدى طاقم العمل وكذلك حسن اتخاذ القرارات مع احترام التخصصات المتوفرة والرغبة في العمل مع الحكمة في التوجيه والاشراف خاصة وان المؤسسة محل الدراسة ذات تبعية لتنظيم رسمي أعلى منه متمثل في الادارة المركزية للمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة- مما ترتب عنها التقييد والحد من حرية نشاطات المركز الاستشفائي وخليّة الإستماع والمتابعة وباقي شبكات العلاج المتوفرة.

← نتائج متعلقة بالعملية الإتصالية على مستوى خلية الإستماع بمركز مكافحة السرطان :CAC

✓ وفيما يتعلق بأشكال وأساليب الإتصال الصحي على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC يتضح ان هذا النوع من الإتصال يتخذ شكل واحد على مستوى المؤسسة محل الدراسة مع مرضى السرطان حيث يتم ممارسة الإتصال الشخصي المباشر بين الطبيب النفساني كتمثل لخليّة الإستماع وقائم بالإتصال والمريض كطرف ثاني متلقي في عملية الإتصال، في حين تغيب اي وسيلة اتصالية للتعامل مع المريض بصفة غير مباشرة مثل التواصل مع من خلال توفير وسائل اتصال جماهيرية خاصة بالمركز مثل مجلات تقدم معلومات معينة او توفير فيديوهات معينة متعلقة بالمرض على صفحات المستشفى الخاصة وغيرها من توظيف لوسائل الاعلام الجماهيري كأدوات مساعدة في عملية التكفل وهذا ما اشارله المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2015 / 2019 وذلك في محور خاص بتسخير كل تكنولوجيا الاعلام والإتصال لتحسين وتطوير عملية التكفل بمرض السرطان في الجزائر.

✓ يعتمد أطراف العملية الإتصالية في خلية الإستماع والتوجيه على الإتصال الشخصي أوالمباشر بين مريض السرطان والطبيب النفساني يكون وجها لوجه مما يتيح للطبيب التفاعل مع المريض والتعرف على الرجوع الصدى والقياس

الفوري لمدى تأثير رسالته المقدمة على المتلقي ومن ثم تصبح الفرصة امامه لتعديل ماقدمه في رسالته لتصبح اكثر تأثير واقناع. إلا أنّ الإجابات السابقة ساهمت في ان تستنتج الباحثة ان الأطباء النفسانيين على مستوى خلايا الإستماع يتبنون نوع واحد من الاستمالات والاستراتيجيات عموماً ألا وهي العقلية المنطقية وذلك من خلال بث رسائل في طياتها معلومات وحجج وبراهين ذات شفافية ومنطقية عقلية واضحة دون الاستعانة بباقي انواع الاستراتيجيات الإتصالية أو الاستمالات الاقناعية مثل الاستمالات العاطفية التي تكون في الكثير من الاحيان ذات تأثير اقوى من الاستراتيجية العقلية لوحدها خاصة وان هناك اختلافات عديدة لدى الافراد والسياقات المرتبطة بهم و بشخصياتهم و حياتهم مما قد يفرض استعمال اكثر من نوع من استراتيجيات الإتصال الشخصي مع مرضى السرطان وهوما يسمح لنا بالقول بأن مستوى التكفل لا يستوفي كل الشروط المطلوبة.

✓ اضافة الى مسبق تقديمه فقد استنتجت الباحثة بأن العمل مع مريض السرطان يكون من طرف الخلية غالباً اثناء تواجد المريض في المركز لأخذ العلاج الخاص به وان الطبيب لا يركز على متابعة مرضى السرطان عند انتهاء العلاج رغم انها مرحلة جد حساسة استوجب التركيز عليها من طرف الأطباء وزرع الوعي لدى مرضى السرطان بها في المراحل السابقة من التكفل، وذلك لتحقيق التكفل النفساني الكامل الذي يتوافق مع الخطط المسطرة مايجعلنا نجمل القول بأن واقع التكفل النفساني ليس كما يجب ان يكون مع مريض السرطان على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة - ويرجع ذلك إلى عدد المرضى الكبير المتوافد للمركز من مختلف الولايات ونقص عدد الأطباء النفسانيين مقرنة بعدد المرضى ما جعلهم يولون اهمية في التكفل بمرحلة الاعلان و العلاج اكثر من المتابعة بعد انتهاء العلاج المقدم.

ثالثاً- تفرغ وتحليل بيانات استمارة المقابلة:

1/ تحليل بيانات استمارة المقابلة الموجهة للأطباء الاستشفائيين السريريين

بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة:

❖ تفرغ البيانات والتحليل:

بعد إسترجاع استمارة المقابلة الموزعة بنسخة الاكترونية من خلال البريد الالكتروني الخاص بجميع الأطباء المعالجين على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC و نسخة ورقية قدرت الاجمالي بـ 50 استمارة بحث. وقد عملت الباحثة على توزيعها اثناء حضور الأطباء للإجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP لكنها لم تجد تجاوبا كبيرا من الأطباء على مستوى المؤسسة محل الدراسة حيث استرجعت اعدادا قليلة جدا من الاستمارات مقارنة بما تم توزيعه خاصة وان الباحثة كانت تطمح الى القيام بمسح شامل لولا صعوبات الميدان وحساسية المؤسسات الصحية وقطاع الصحة بسبب تفشي وباء كورونا وانعكاساته على كل الاصعدة والميادين ومنها البحث العلمي. وجدت الباحثة صعوبة كبيرة في تواجدها اليومي بالمركز الاستشفائي اضافة الى عدم تجاوب المبحوثين لهذا تم استرجاع 43 استمارة مقابلة عملت الباحثة على استغلال 40 استمارة منها في مرحلة التحقيق لإستكمال المعلومات والنتائج المتوصل اليها في المرحلة الاستطلاعية من البحث وقد تم جمع البيانات التالية من خلال الجداول:

البيانات الأولية للمبحوثين:

الخصائص السوسيوديمغرافية للعينة:

ج 1 - الجدول رقم 01: الجنس

الإجابة	ذكر	انثى	المجموع
التكرار	28	12	40
النسبة	70%	30%	100%

حسب الجدول أعلاه فإن نسبة الذكور مرتفعة أكثر من نسبة الإناث على مستوى المؤسسة محل الدراسة حيث بلغ عدد الذكور من المبحوثين نسبة 70 % بينما كانت نسبة الإناث 30 % من عناصر العينة المبحوثة وهو ما لاحظته الباحثة فعلا أثناء حضورها في ميدان البحث وينطبق مع المعطيات الديمغرافية في الجزائر.

ج 2 - الجدول رقم 02: العمر

العمر	25 الى 30 سنة	31 الى 36 سنة	اكثر من 36 سنة	المجموع
التكرار	2	15	23	40
النسبة المئوية	5%	37.5%	57.5%	100%

يتضح لنا من الجدول اعلاه ان نسبة المبحوثين الذين يفوق سنهم الستة والثلاثون (36) سنة هي الأعلى بين المبحوثين ووصلت الى 57.5% ثم تليها نسبة 37.5% من المبحوثين الذين يبلغ سنهم ما بين 31 سنة الى 36 سنة لتكون اقل نسبة هي 5% للمبحوثين الذين كانت اعمارهم ما بين 25 سنة الى 30 سنة، وقد لاحظت الباحثة عموما ان أغلب افراد الطاقم الطبي العامل بالمؤسسة الاستشفائية ابن رشد-عنابة هو طاقة شبانية حديثة التعامل مع الميدان المهني مما يسمح بحسن استغلال قدراتهم وتطويرها في حدود امكانيات المؤسسة يساهم في تقديم الافضل على مستوى الخدمات الصحية والتكفل.

ج 3 - الجدول رقم 03: الاختصاص الطبي

الاختصاص	جراحة عامة	الكلى والمسالك بولية	طب نساء وتوليد	طب الاورام السرطانية	العلاج بالأشعة	عدم الاجابة	المجموع
التكرار	06	9	5	11	07	2	40
النسبة المئوية	15%	22.5%	12.5%	27.5%	17.5%	5%	100%

بعد توزيع استمارة المقابلة بشكل عشوائي على مجموعة من الأطباء دون علم الباحثة مسبقاً بتخصصاتهم وبعد عملية التفرغ تم التوصل الى أن أغلب المبحوثين متخصصين في طب الأورام السرطانية هم أعلى نسبة قد اجابت من المبحوثين ووصل عددهم الى 27.5% وبلغت نسبة تخصص الكلى والمسالك البولية ثاني نسبة وقدرت ب 22.5 % من الأطباء، ثم وردت نسبة اجابات تخصص الأطباء المعالجين بالاشعة نسبة 17.5 % وشارك تخصص الجراحة العامة بنسبة 15 % من المبحوثين ووصلت نسبة المشاركين من تخصص طب النساء والتوليد الى 12.5% وبقيت نسبة 5 % للمبحوثين من تخصص طب عام كأقل نسبة في التخصصات المشاركة في تقديم الاجابات حول اسئلة الباحثة المتعلقة بمراحل التكفل بمرضى السرطان وبإستراتيجيات الإتصال المستعملة خلال كل مرحلة عموماً.

ج 4 - الجدول رقم 04: مسافة الإقامة من مكان العمل

الإجابة	نعم	لا	المجموع
التكرار	29	11	40
النسبة المئوية	72%	27.5%	100%

يتضح من الجدول اعلاه ان اكبر نسبة من الأطباء المبحوثين والمقدر عددهم بنسبة 72 % يقيمون داخل ولاية عنابة وانهم يمتلكون مسكناً قريباً من مكان العمل (المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - عنابة -)، بينما كانت نسبة الأطباء المقيمين خارج الولاية او من يملكون مسكناً بعيداً نوعاً ما عن مكان العمل هي 27.5 %، وهذا الامر يعتبر ايجابياً الى حد كبير حيث يساهم في امكانية تواجد الطبيب في مكان العمل متى استدعت الضرورة ذلك مما ينعكس الى مستوى الخدمات الصحية المقدمة والتكفل العام بمرضى السرطان خاصة.

البيانات الخاصة بالوظيفة:

✓ ج 5 - إجابة السؤال الخامس المتعلقة بمستوى شروط العمل المتوفرة في المؤسسة الاستشفائية

مكان العمل حالياً:

تنوعت إجابات المبحوثين من الأطباء عن ما يتعلق بشروط العمل المتوفرة على مستوى المؤسسة محل الدراسة بين الجيدة والمتوسطة والعادية والحسنة والضعيفة والسيئة. أما عموماً فأغلب الاجابات أشارت إلى أنها ظروف مهنية سيئة وضعيفة حسب إمكانات المؤسسة الاستشفائية المادية والبشرية خاصة إذا تمت مقارنة الواقع الحالي بما يجب أن يكون حسب المخططات الحكومية المسطرة ومدى تطبيقها واقعياً على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد عناية.

👉 ج 6 - الجدول رقم 05: مدى تقبل ورضا الأطباء بالأجر

المجموع	التعليق	لا	نعم	الإجابة
40	عدم تكافؤ الجهودات	40	00	التكرار
%100	المقدمة مع الأجر	%100	%00	النسبة المئوية

وضح الجدول أعلاه أنّ المبحوثين بنسبة 100 % يعتبرون الأجر المقدّم من طرف المؤسسة غير كاف تماماً ولا يتوافق مع الجهودات المقدمة على مستوى المؤسسة محل الدراسة وتنوعت تعليقات المبحوثين في هذا الصدد فمنهم من صرح بأن الأجر لا يناسب الجهودات المقدمة ومنهم من اعتبره أجراً ضعيفاً لا يكفي لإقتناء بعض الاساسيات حسب نظرهم. واعتبر البعض الاخر ان الحجم الساعي المقدم لا يتوافق والأجر في حين إكتفت نسبة منهم بالاجابة "لا" دون تقديم أي مبرر أو تعليق. وهذا ما ينعكس بالسلب على الأطباء أثناء تأدية مهامهم وبالتالي ضعف جودة ومستوى الخدمة الصحية المقدمة عموماً والتكفل الصحي المرتبط بمرضى السرطان بشكل خاص.

✓ ج 7 - الإجابة عن السؤال رقم 7 والمرتبطة بعدد المناوبات الشهرية للأطباء المبحوثين:

وقدم المبحوثون جملة من الاجابات المختلفة عن عدد مناوباتهم والسبب في هذا يعود الى طبيعة تخصص كل طبيب فشملت الإجابات أن البعض يقدمون من 6 الى 7 مناوبات في الشهر أو من 3 الى 4 مناوبات في الشهر بينما كانت الاجابات عموما بين 5 و 6 مناوبات في الشهر لدى اغلبية المبحوثين، مما جعل الباحثة تستنتج أن عدد المناوبات مرتبط في الغالب بنوع تخصص الطبيب وأنه لا يوجد تكافؤ في توفير التخصصات الطبية اثناء المناوبات الشهرية على مستوى المؤسسة محل الدراسة.

👉 ج 8 - الجدول رقم 06: الاستفادة من دورات تكوينية في مجال اختصاصك:

الإجابة	نعم	لا	التعليل	المجموع
التكرار	40	00	لا يوجد	40
النسبة المئوية	%100	00		%100

من الجدول اعلاه يتضح لنا ان كل الأطباء المبحوثين وفي مختلف التخصصات التي تم التطرق لها مسبقا يستفيدون من دورات تكوينية في مجال تخصصهم بهدف مواكبة كل المستجدات في عالم الطب وضمن تخصصهم بشكل خاص حيث بلغت نسبة المستفيدين من هذا النوع من الدورات التكوينية نسبة 100 %، في حين لم يجب أي أحد من المبحوثين بـ "لا" وهذا ما يثبت اجتهادات الطاقم الطبي الشاب على مستوى المؤسسة محل الدراسة ورغبتهم في تطوير قدراتهم المهنية بهدف تقديم تكفل أفضل للمرضى من جهة وتحضير كفاءات طبية جزائرية بمستوى عالمي.

👉 ج 9 - الجدول رقم 07: دورات التكوينية في مجال الإتصال بالمرضى

الإجابة	نعم	لا	المجموع
التكرار	من داخل الوطن	4	40
	0		
	من خارج الوطن		
	0		
من المؤسسة الإستشفائية	0	36	40
مجهود خاص	4		
النسبة	% 10	% 90	% 100

تدل معطيات الجدول اعلاه ضعف الوعي بأهمية الشق الإتصالي في التواصل مع المرضى عموما ومرضى السرطان بشكل خاص نظرا لخصوصية المرض حساسيته لدى الأفراد. اذ اجابت نسبة 10 % فقط من المبحوثين وهي نسبة ضعيفة جدا بأنهم قد شاركوا في دورات تكوينية مرتبطة بتواصلهم مع المرضى وكانت خارج المؤسسة محل الدراسة اي ان هذه المشاركات كانت اجتهادات خاصة من طرفهم للعمل على تحسن عملية التواصل مع المريض خاصة اثناء الاعلان عن مرض خطير وحساس.

ج 10 - الجدول رقم 08: مستوى وفاعلية الدورات التكوينية

الإجابة	نعم	لا	لا توجد اجابة	المجموع
التكرار	4	00	36	4
النسبة المئوية	%10	00%	%90	100%

يرتبط الجدول اعلاه بالاجابة المقدمة عن التساؤل السابق حيث نسبة 10 % فقط من المبحوثين شاركت في دورات اتصالية من مجهوداتهم الخاصة وهي حسبهم ترتقي الى المستوى المطلوب بعض الشيء خاصة وانها لم تكن على يد مختصين في الإتصال وانما اغلبها مع مختصين نفسانيين ورغم ان فئة المبحوثين المشاركة في هذا النوع من الدورات ابدوا بعض الرضا والقبول عنها الا انها تبقى غير كافية ولا تشمل كل الجوانب والعناصر في السيرورة الإتصالية او العملية ال تفاعلية بين الطبيب ومريض السرطان.

ج 11 - الجدول رقم 09: رغبة الأطباء في المشاركة بدورات تكوينية ذات علاقة بإستراتيجيات

الإتصال

الإجابة	نعم	لا	المجموع
التكرار	38	2	40
النسبة المئوية	%95	%5	%100

وضح الجدول السابق اجابات المبحوثين حول رغبتهم في الاستفاده من دورات تكوينية مرتبطة بإستراتيجيات الإتصال بالمرضى وقد افادت نسبة 95% من الاجابات المقدمة عن رغبتهم في مثل هذا النوع من الدورات التكوينية وذلك بهدف تحسين عمليّة التواصل والتعرف على أليات الإتصال الشخصي وخاصة الإتصال المباشر ما سيسمح للطبيب المعالج بالتواصل مع المريض على اسس علمية مخطط لها وذات وعي لدى الطبيب، اما نسبة 5 % فقط من المبحوثين فيرون انهم ليسوا حاجة لمثل هذه الدورات باعتبارهم متمكنين من هذا الجانب.

-المحور الأول: الاستراتيجيات الاتصالية المتعلقة بالاعلان عن المرض-

ج 12 - الجدول رقم 10: كيفية تحديد او برمجة المواعيد مع المرضى:

المجموع	الحضور باكرا في أغلب الأحيان	اعلام المرضى عبر الهاتف	تحديد تاريخ وساعة الموعد بدقة	الاجابة
40	3	1	36	التكرار
%100	%7.5	%2.5	%90	النسبة

يتضح لنا من الجدول اعلاه ان اجابات المبحوثين كانت مختلفة حول طريقة تحديد وبرمجة المواعيد مع مرضى السرطان رغم عملهم في نفس المؤسسة الاستشفائية وبنفس القوانين التنظيمية والتسييرية اي ضمن بيئة اتصالية واحدة الا ان اجابة المبحوثين أفادت بنسبة 90 % ان تحديد المواعيد مع مرضى السرطان يكون من خلال التحديد الدقيق لتاريخ وساعة الفحص. اما نسبة 7.5 % من الأطباء المبحوثين فأجابوا بأنهم يفضلون الحضور دائما في وقت مبكر حتى لا ينتظر المريض لمدة طويلة وكذلك لتقديم الوقت الكافي له في عمليّة الفحص، اما نسبة 2.5 % فكانت الاجابة ضرورة تأكيد الموعد وتأجيله مع المريض في حالة حدوث اي طارئ يمنع حضور الطبيب او اذا تم تغيير الموعد لسبب معين حتى لا يتعب المريض من الانتظار في حالة قدومه للموعد المحدد مسبقا.

ج 13 - الجدول رقم 11: ملاءمة نظام المواعيد الساري حاليا وتوافقه مع متطلبات المرضى

المجموع	لا	نادرا	دائما	الإجابة
40	25	13	2	التكرار
%100	%62.5	%32.5	%5	النسبة

من الجدول أعلاه يتضح ان اعلى نسبة من الأطباء المبحوثين وهي 62.5 % يؤكدون ان نظام المواعيد الساري على مستوى المؤسسة محل الدراسة لا يتلائم ومتطلبات المرضى نهائيا خاصة مع تزايد عددهم ونقص وعيهم بنظام المواعيد الساري داخل المؤسسة الاستشفائية ودليل ذلك حسب اجابتهم هو ان المرضى لا يحترمون مواعيد حضورهم انما يفضلون دائما الحضور باكرا وانتظار الطبيب المعالج وهو ما يسبب فوضى احيانا وتعب للمريض وللطاقم الشبه الطبي احيانا أخرى خاصة وان أكثر المرضى يتوافدون من الولايات والمدن المجاورة لولاية -عنابة- اما نسبة 32.5% من الأطباء فقد كانت اجابتهم ان نظام المواعيد الساري نادرا ما يتوافق مع متطلبات المرضى مبررين اجابتهم بنفس التبرير السابق والمرتبط بالحضور المبكر للمرضى في حين اعتبرت نسبة 5 % فقط ان النظام المعتمد يلائم دائما مرضى السرطان على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عنابة.

ج 14 - الجدول رقم 12: الثقافة الصحية لدى المرضى الوافدين على المؤسسة حول مرض

السرطان:

المجموع	نادرا	غالبا	دائما	الإجابة
40	28	12	00	التكرار
%100	%70	%30	%00	النسبة المئوية

حسب اجابات المبحوثين المقدمة في الجدول اعلاه يتضح لنا ان نسبة 70 % من الاجابات صرحت ان الأطباء اثناء تواصلهم بالمرضى في عملية الفحص يلمسون نادرا ثقافة صحية حول مرض السرطان وترتبط تلك الثقافة في الكثير من الاحيان بخصائص المريض من سنه ومستواه الثقافي والاجتماعي، واجاب نسبة 30 % من الاجابات المقدمة بأنه في الكثير من الاحيان اي غالبا ما يكون المريض قد اطلع على اعراض مرضه وجمع جملة من المعلومات حوله، في حين يبقى انه لا نستطيع وضع احتمال ان يكون كل مريض يملك معلومات مسبقة حول مرض السرطان بنسبة 100 % لان المبحوثين لم يصرحوا بذلك.

ج 15 - الجدول رقم 13: مدة المعاينة مع مريض السرطان:

الاجابة	اقل من 10 دقائق	من 10 الى 15 دقيقة	من 15 الى 20 دقيقة	اكثر من 20دقيقة	المجموع
التكرار	00	19	15	6	40
النسبة	00	%47.5	%37.5	%15	%100

من الجدول اعلاه يتضح ان اغلبية الأطباء في عملية فحصهم لمرضى السرطان وبنسبة 47.5 % لا تتجاوز مدة الفحص لديهم 10 الى 15 دقيقة فقط وهذا بسبب عدد المرضى الكبير الذين يتم فحصهم خلال نفس اليوم مما يسبب ضغط و ارهاق للطبيب المعالج، اما نسبة 37.5 % فتبين من اجابتهم ان مدة المعاينة تتراوح من 15 الى 20 دقيقة اذا سمح الوضع بذلك بينما كانت نسبة 15 % من الأطباء صرحو ان مدة المعاينة لديهم اكثر من 20 دقيقة وذلك حسب حالات مرضى السرطان ومرحلة تطور المرض او انعكاسات العلاج المقدم للعلاج.

ج 16- الجدول رقم 14: مدى كفاية مدة معاينة المريض لتقديم المعلومات اللازمة حول المرض:

المجموع	نادرا	غالبا	دائما	الإجابة
40	15	18	07	التكرار
100%	%37.5	%45	%17.5	النسبة المئوية

من الاجابات المقدمة في الجدول اعلاه يتضح لنا ان اغلبية الأطباء المبحوثين بنسبة وصلت 45 % يرون ان وقت المعاينة لايسمح لهم غالبا ان يستوفوا تقديم المعلومات الكافية لمريض السرطان بهدف توعيته بحساسية وجدية التعامل مع المرض وجوب الالتزام بالعلاج وبالارشادات والنصائح المقدمة من طرف طبيبه المعالج، بينها ذهبت نسبة 37.5% فأجابت بأن الوقت المقدم للمعاينة نادرا ما يسمح بتقديم الكم الكافي من المعلومات عن المرض خاصة وان الطبيب المعالج يعمل على تقديم اهم المعلومات للمريض مثل نمط الغذاء المتبع اوجرعات العلاج وطريقة تناول الدواء. اما نسبة 17.5% من الأطباء فكانت اجابتهم ان وقت المعاينة دائما يناسبهم لتقديم المعلومات اللازمة حول المرض، وحسب ملاحظة الباحثة ان النسبة الاخيرة هي من النسبة المشار لها في السؤال السابق التي اجابت بأن وقت معاينة مريض السرطان لديهم يكون أحيانا اكثرمن 20 دقيقة خاصة في مراحل معينة من المرض قد تحتم على الطبيب ربما البقاء مع مريض واحد اكثر من 20 دقيقة مثل مراحل العلاج بالأشعة...

✓ ج 17 - تحليل اجابة السؤال رقم 17 المتعلق بكيفية استقبال المريض الوافد من اجل المعاينة:

اختلفت اجابات المبحوثين حول هذا السؤال فمنهم من تحفظ على الاجابة وتجاوز السؤال، ومنهم صرح بأن الاستقبال يتم في افضل الظروف سواء من طرف الادارة أو الطاقم الشبه الطبي وحتى من طرف الأطباء، واعتبر البعض الاخر أن الضغط والعدد الكبير للمرضى يحول دون توفير الاستقبال الجيد لمرضى السرطان مما يجعل الاستقبال سيئ بكل المقاييس، وصرح البعض الاخر بأن الاستقبال المتوفر في حدود الامكانيات المتاحة للمؤسسة والطبيب وان المعالج غير مسؤول عن كل التجاوزات الموجودة بسبب اكتظاظ المرضى ومرافقيهم.

ج 18 - الجدول رقم 15: حرص الطبيب في انتقاء عباراته حتى تتلائم وفهم المريض:

المجموع	نادرا	احيانا	دائما	الإجابة
40	00	04	36	التكرار
%100	%00	%10	%90	النسبة المئوية

نلاحظ من الجدول اعلاه ان نسبة 90% من الطاقم الطبي عند عملية نقل نتيجة التشخيص او الاعلان يحرصون دائما على انتقاء عباراتهم حتى تتوافق وتتلائم مع البيئة الإتصالية والسياقات المؤثرة في المريض اثناء عملية التواصل والتفاعل للإعلان نتيجة التشخيص المقدم للمريض وهذا من خلال المزج بين عديد المهارات الإتصالية خاصة منها مهارة الحديث والإستماع مع تقديم معلومات منطقية ذات شفافية ومصداقية تضع المريض في الصورة حتى يكون على وعي بحساسية مرضه ويجيد التعامل مع حالته في الحاضر وتوقع التطورات في مراحل المرض القادمة دون الدخول في حالة من الهلع والخوف التي تؤثر سلبا على نفسية المريض مما يزيد الوضع سوء. في حين اختارت نسبة 10% الاجابة احيانا اي انهم احيانا ما يعملون على انتقاء العبارات المناسبة للمواقف والسياقات الملائمة اثناء العمليّات الإتصالية بين الطرفين للضغوط المرتبطة بالوقت وعدد المرضى.

ج 19 - تحليل اجابات السؤال رقم 19 المتعلق بضرورة التعرف على الحالة النفسية والاجتماعية للمريض:

رغم تجاوز بعض المبحوثين هذا السؤال وعدم الاجابة عنه الا ان أغلبية الأطباء المبحوثين اجمعوا على اجابات مفادها ان التعرف على حالة المريض النفسية والاجتماعية لها دور اساسي في فهم السياقات المكانية والثقافية والاجتماعية... للمريض لانها تسهل على الطبيب معرفة الحالة الفكرية وحتى المادية لمريض السرطان قبل مواجهته بحقيقة مرضه وكيفية التعامل مع الوضع. واكد بعض المبحوثين ان معرفة الحالة النفسية للمريض تساهم في بناء صورة لدى الطبيب في طريقة او منهجية الاعلان عن المرض وكذلك رسم الخطة العلاجية المُستقبليّة له وكيفية اقناعه للالتزام بها، وبالتالي فإن التعرف على حالة المريض حسب البعض تساهم في تقديم التكفل المناسب والملائم.

ج 20 - الجدول رقم 16: كيفية تحديد موعد للمريض بعد انتهاء التحاليل وتحديد التشخيص النهائي:

الإجابة	الإِتصال شخصيا	انتظار عودته لمعرفة النتيجة	التواصل مع احد المقربين منه	اخرى	المجموع
التكرار	17	21	2	00	40
النسبة المئوية	%42.5	%52.5	%5	%00	%100

من الاجابات المقدمة في الجدول اعلاه يتضح ان اغلب الأطباء وبنسبة 52.5 % ينتظرون عودة المريض بعد القيام بالتحاليل لإعلامهم بالتشخيص النهائي للمرض بينما وجدنا ان 42.5 % يجتهدون في الإِتصال شخصيا بالمريض وهذا في اطار التكفل الجيد بالمريض والعمل على تقديم العلاج المناسب في اقرب وقت ممكن حسب رأيهم ووضع المريض في صورة الوضع الصحي الحالي له وضرورة الالتزام مع الطبيب بهدف التصدي للمرض والحد من تطوره وتأثيراته جسديا و نفسيا.

في حين كان رأي 5 % من المبحوثين انه يمكن التواصل مع احد المقربين من المريض بطريقة شخصية لتفادي حالة الخوف والهلع لدى المريض ان امكن ذلك خاصة في بعض الحالات مثلا ذات التشخيص المتأخر للمرض مما يجعل السيطرة على المرض شبه مستحيلة علاجيا لدى الطبيب المعالج او في بعض الحالات التي يرى فيها الطبيب ان نفسية المريض او أن مستواه الإجتماعي والثقافي يأزم من وضعه اذا تم الاعلان عن المرض معه مباشرة... وغيرها من الحالات التي فضل فيها بعض الأطباء المبحوثين نقل نتيجة التشخيص النهائي لاحد المقربين من المريض وليس هو شخصيا.

ج 21 - الجدول رقم 17: استعداد شخص من أسرة المريض خلال الاعلان عن المرض:

المجموع	نادرا	أحيانا	دائما	الإجابة
40	20	18	2	التكرار
%100	%50	%45	5%	النسبة المئوية

وضح الجدول السابق اجابة الأطباء المبحوثين عن ضرورة استعداد احد المقربين من مريض السرطان كحتمية لدى الطبيب اثناء تشخيص المرض وضرورة توجيه المريض الى مختص اذا استعدت الضرورة ذلك. وكانت نسبة 50 % من الاجابات ترى انه نادرا ما يحتاج الطبيب الى استعداد احد المقربين من المريض اما 45 % من المبحوثين فأكدوا على ضرورة ذلك احيانا اما نسبة 5 % من المبحوثين فكان رأيهم انه دائما يجب استعداد شخص من اسرة المريض لتسيير التعامل مع اي وضع طارئ. حيث ان حتمية التعامل مع احد المقربين حسب رأي الأطباء تكون عندما يستنتج الطبيب ان المريض قدلا يستطيع استيعاب الموقف ولا يمكنه تفهم التحديات التي يوضحها له الطبيب حول مرضه مما يفرض على الطبيب ضرورة استعداد احد المقربين من المريض بهدف التخفيف عنه ولتجنب الصدمة اثناء نقل نتيجة التشخيص وشرح عملية التكفل والمتابعة في المرحلة القادمة.

ج 22 - الجدول رقم 18: إستعداد المختص نفساني اثناء التواصل مع المريض لنقل نتيجة

التشخيص:

المجموع	نادرا	أحيانا	دائما	الإجابة
40	23	14	3	التكرار
%100	%57.5	%35	%7.5	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه يتضح ان نسبة 57.5 % وهي النسبة الأعلى من الاجابات قد صرحت بأنه نادرا ما قد يلجأ الطبيب الى استدعاء المختص النفسي اثناء التواصل مع المريض للاعلان عن المرض وهذا للاعتقاد انه قادر على التعامل مع اي مريض والسيطرة على اي سلوك ناتج من المريض اثناء نقل نتيجة التشخيص اما نسبة 35 % فأجابت بأنها تحتاج احيانا الى استدعاء المختص النفسي حسب السياقات والظروف المحيطة بالمريض والتي يحددها الطبيب مسبقا قبل اعلان النتيجة التشخيص. اما نسبة 7.5 % من الأطباء فاعتبرت ان استدعاء النفسي اثناء الاعلان عن نتيجة التشخيص النهائي امر ضروري حتى يتم توجيه المريض وتقديم الدعم النفسي والتكفل الملائم له مع بداية المرض ومرافته ومتابعته في باقي المراحل بهدف توعيته وتحضيره لباقي المراحل القادمة من العلاج.

ج 23 - الجدول رقم 19: الأساليب التي يستعين بها أثناء الاعلان عن المرض

الإجابة	اساليب منطقية عقلية	اساليب عاطفية سيكولوجية	أخرى (جمعت بين الاساليب عاطفية والمنطقية العقلية)	المجموع
التكرار	23	00	17	40
النسبة	%57.5	%00	%42.5	%100

من خلال اجابة نسبة 57.5 % من الأطباء يتضح لنا ان المبحوثين اثناء تواصلهم مع المريض والاعلان على المرض يستعملون اساليب منطقية عقلية بهدف تقديم صورة واضحة ومعلومات شاملة للمريض عن المرض، اما نسبة 42.5 % فأجابت انها اثناء الاعلان على المرض تعمل على المزج بين الاساليب العاطفية السيكولوجية والاساليب المنطقية العقلية معا بهدف تقديم رسالة اتصالية متكاملة تجمع بين المعلومات اللازمة عن المرض والمحافظة على نفسية المريض وزرع الامل بالشفاء لديه من خلال الجمع بين المنطق والعاطفة وذلك لما لها من انعكاسات على مدى تقبل العلاج مع الاخذ بعين الاعتبار امكانات المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة في اطار سياقات ثقافية واجتماعية ومكانية... مشتركة بين مرضى السرطان والأطباء المعالجين.

ج 24 - الجدول رقم 20: القنوات المستخدمة اثناء الاعلان عن المرض

المجموع	جميعا	النظر في العين	حركات اليد	ايماءات الوجه	اللغة الفرنسية والعربية	اللغة العامية	الاجابة
40	21	02	00	00	05	12	التكرار
%100	52.5%	%5	%00	%00	%12.5	%30	النسبة

من الاجابات المقدمة اعلاه نرى ان اكبر نسبة والمقدرة بـ 52.5% من المبحوثين يستعملون مختلف القنوات الإتصالية المناسبة في الإتصال الشخصي المباشر والمزج بين الإتصال اللفظي وغير لفظي فنجد انهم اثناء نقل نتيجة التشخيص والاعلان عن المرض يتكلمون اللغة العامية والفرنسية اضافة الى ظهور ايماءات معينة على وجه الطبيب مع النظر في عين المريض مباشرة، اما نسبة 30 % فإكتفت بإختيار اللغة العامية اثناء نقل النتيجة النهائية للتشخيص والاعلان عن المرض، واجابت نسبة 12.5% انهم يستعملون اللغة الفرنسية والعربية اثناء اعلان المرض مع المريض وذلك حسب عديد العوامل منها سن المريض ومستواه الثقافي وغيرها من عديد السياقات والعوامل والظروف المتحكمة في بناء الرسالة الإتصالية المقدمة للمريض من طرف الطبيب. والى جانب هذه الاجابة أضاف 5 % من المبحوثين انهم الى جانب استعمال اللغة يفضلون النظر في عين المريض بهدف ايصال المريض الى حساسية الوضع، في حين لم يتم اختيار ايماءات الوجه وحركات اليد.

ج 25 - الجدول رقم 21: المعلومات التي يهدف الطبيب التأثير بها على المريض

المجموع	اخرى (تكرار الاجابات الثلاثة)	تقبل الوضع	زرع الامل في الشفاء	معلومات على العلاج	الإجابة
40	29	00	00	11	التكرار
%100	%72.5	%00	%00	%27.5	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه يتضح ان 72.5% من المبحوثين يهدفون الى التأثير على المريض من خلال المعلومات الثلاثة وهي تقديم الكم الكافي من المعلومات عن المرض وسبل العلاج المقترحة باستعمال جملة من الاستراتيجيات المنطقية والعمل في نفس الوقت على تقديم رسائل اتصالية اقناعية تهدف خلق سلوك ايجابي لدى المريض لجعله يتقبل واقع مرضه مع زرع الأمل في شفاؤه. اما نسبة 27.5 % من الأطباء المبحوثين اجابوا ان الهدف الرئيسي لديهم اثناء الاعلان عن المرض هو تقديم معلومات للمريض بكل تفاصيلها حول مراحل العلاج المقدمة لاحقا، وفي نفس الوقت لم يتم اختيار عنصر الاجابة المتعلق بزرع الامل في الشفاء او بتقبل الوضع كاجابة منفردة ولا من طرف اي مبحوث.

ج 26 - الجدول رقم 22: كيفية الحصول على ثقة المريض

الإجابة	الحجج العقلية	الحجج العاطفية	أخرى	المجموع
التكرار	29	2	9	40
النسبة المئوية	72.5%	5%	22.5%	100%

من الجدول اعلاه يتضح ان نسبة 72.5 % من الأطباء المبحوثين يستعملون حجج اقناعية عقلية مع مرضى السرطان وذلك بهدف الحصول على ثقتهم اثناء مراحل العلاج حيث ان تبني الحجج العقلية المنطقية حسبهم هو الحل الامثل الواجب استعماله مع جميع المرضى والاكثر تأثيرا فيهم حتى يلتزموا بالعلاج ومواعيد الحضور.... وغيرها من السلوكيات التي تنعكس على المريض اذا استطاع الطبيب كسب ثقته تماما، اما نسبة 22.5 % من الأطباء المبحوثين على مستوى المؤسسة محل الدراسة فأجابوا بأن المزج بين الحجج العقلية والحجج العاطفية هو اساس كسب ثقة المريض حسبهم وذلك من خلال تدعيم الحجج المنطقية العقلية المقدمة في شكل معلومات دقيقة وشفافة وصريحة حول المرض والعلاج وحالة المرض في الوقت الراهن مدعمة بحجج تستهدف حالته العاطفية خاصة مع حساسية وضعه ومرضه وحدها كفيلة بأن تجعل المريض يثق في قرارات طبيبه المعالج وبالتالي الموافقة عليها والالتزام بها، وجاءت نسبة 5 % لتمثل المبحوثين الذين يستعملون الحجج العاطفية فقط للحصول على ثقة مرضاهم.

✓ ج 27 - تحليل اجابات السؤال رقم 27 والذي هدفت الباحثة منه الى التعرف الالية المستعملة من طرف الطبيب لتجنب حالة الهلع واليأس لدى المريض بعد تشخيص الإصابة بالسرطان والاعلان عنه: وقد تعددت اجابات المبحوثين حول هذا السؤال الا ان معظم الأطباء المبحوثين اتفقوا في اجاباتهم عن ضرورة صياغة رسالة اتصالية (خطاب) تحتوي جملة من المعلومات المكيفة مع شخصية المريض والعمل على كسب ثقته من خلال شرح الوضعية بكل شفافية مع التأثير الايجابي على مرضى السرطان بهدف تقبل وضعهم اضافة الى العمل دائما على زرع الأمل في الشفاء لديهم، وصرح البعض الآخر بأنهم يفضلون توجيه المريض الى المختص النفساني او استدعاه اثناء الاعلان عن المرض، وقال اخرون انهم يفضلون السيطرة على الوضع بمفردهم اثناء الاعلان عن المرض من خلال التقرب اكثر من المريض واقناعه ان مرض السرطان هو مرض العصر وانه يمكن السيطرة عليه وان هناك دائما امل في الشفاء منه، في حين ذهبت فئة ضعيفة من المبحوثين الى انهم يفضلون الاعلان عن المرض احيانا الى احد افراد عائلة المريض تقاديا لأي حالة تفاعل غير مرغوب بها لدى المريض وعموما فإن الاعلان حسبهم يختلف من مريض لأخر ومن سياقات وظروف الى اخرى.

✓ ج 28 - تحليل اجابة السؤال رقم 28 والذي هدفت الباحثة منه الى التعرف على اهم الحالات الانفعالية الملاحظة على المرضى اثناء الاعلان عن التشخيص النهائي للمرض واجمع الباحثون في اجاباتهم المتقاربة عن ان الحالات الانفعالية مشتركة بين عديد من المرضى فأحيانا يكون اول رد فعل للمرضى واغلبهم هو البكاء والارتباك والحزن وظهور الخوف عموما ووضوح الصدمة على المريض احيانا اخرى وتقبل الوضع والتعامل بمنطق في بعض الاحيان وعموما ترتبط الانفعالات الظاهرة على المريض بالمستوى الاجتماعي والفكري والثقافي له وكذلك طريقة اعلان الطبيب عن المرض ومدى تأثير مختلف السياقات المحيطة بالطبيب والمريض على حد سواء.

✓ ج 29 - تحليل اجابات السؤال رقم 29 عن كيفية معرفة الطبيب ان المريض قد استوعب الخطاب الموجه له خاصة مع اختلاف طبيعة المرضى كمستقبلين في العمليات الإتصالية من حيث البيئة الإتصالية والسياقات المختلفة والمستويات الثقافية والتجارب الحياتية لكل مريض التي

تؤثر في طريقة تفاعل الأفراد المرضى مع الرسالة الإتصالية المقدمة: واختلفت الاجابات المقدمة من طرف المبحوثين حيث اجاب بعض الأطباء ان مقياس فهم ووصول +الأطباء اما البعض الاخر من المبحوثين فيرى ان مقياس وصول الرسالة هو في التزام المريض حرفيا بالعلاج ومواعيد الحضور والتعليمات الصحية المقدمة من طرف الطبيب ورجحت الباحثة ذلك الى ان بعض الأطباء لا يجيد قياس مدى فهم المريض لرسائله المقدمة وعدم تقديم اهمية للأمر رغم انه اساسي في اطار تحسين التكفل بمرضى السرطان.

المحور الثاني: الاستراتيجيات الإتصالية المستخدمة خلال الاجتماعات الاستشارية RCP :

ج 30 - الجدول رقم 23: انتظار اجتماع RCP وقراراته قبل العلاج

الإجابة	دائما	أحيانا	نادرا	المجموع
التكرار	15	19	6	40
النسبة المئوية	%37.5	%47.5	%15	%100

من الجدول اعلاه يتضح ان الطبيب بعد ظهور نتيجة التشخيص المتعلقة بمرضى السرطان يفضل احيانا وبنسبة 47.5% انتظار قرار اجتماع الأطباء في الاجتماعات RCP حتى تتم مباشرة العلاج مع المريض وفق القرار المتخذ من طرفهم، اما نسبة 37.5% يفضلون انتظار قرار RCP قبل مباشرة العلاج دائما، واختارت نسبة 6% من المبحوثين انهم يشرعون مباشرة في العلاج بعد الاطلاع على نتيجة التشخيص مباشرة بهدف كسب الوقت ثم مناقشة قرار العلاج خلال الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات ومن ثمة اما يتم مواصلة العلاج أو تغييره تماما حسب ما ينصح به الاستشاريون.

ج 31 - الجدول رقم 24: المشاركة بصفة منتظمة في اجتماعات RCP :

الإجابة	دائما	احيانا	نادرا	المجموع
التكرار	11	23	6	40
النسبة المئوية	%27.5	%57.5	%15	%100

من الجدول اعلاه يتضح ان مشاركة الأطباء المختصين لمناقشة ملفات مرضى السرطان واتخاذ قرارات العلاج المناسبة لكل حالة ليست بصفة دائمة حيث اجابت نسبة 57.5 % انهم لا يحضرون دائما للاجتماعات المنعقدة بصفة منتظمة كل 15 يوم على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC بالمؤسسة محل الدراسة وانما يحضرون احيانا فقط حسب ظروفهم وإرتباطاتهم المهنية ومدى توفر اجتماع في تخصص الطبيب، بينما كانت نسبة 27.5 % فقط هي النسبة التي اجابت بأنها تحرص على تحضر الاجتماع بصفة دائمة وغالبا ما ارتبطت هذه الاجابة عموما بالأطباء المنسقون اثناء الاجتماع واطباء الاورام واطباء العلاج بالاشعة..... وتبرير ذلك هو انهم كمنسقون واختصاصيون بأورام السرطان يجب ان يلتزموا الحضور دائما بهدف مناقشة الحالات وتقديم القرارات العلاجية الصائبة لمرضى السرطان بهدف تقديم التكفل المناسب لكل حالة مراعين خصائصها من خلال الحصول على الكم الكافي من المعلومات حولها، اما نسبة 15 % من المبحوثين فكانت اجاباتهم انهم نادرا ما يحضرون الاجتماع لأسباب متفرقة منها الالتزامات المهنية مثل الحالات الاستعجالية أو بسبب الغيابات او العطل وغيرها.

ج 32 - الجدول رقم 25: طريقة الاعلان عن موعد RCP:

الإجابة	من خلال الاعلان	من خلال رسائل شخصية	من خلال البريد الالكتروني	اخرى (من طرف الزملاء)	المجموع
التكرار	12	00	22	6	40
النسبة	30%	00%	55%	15%	100%

من الجدول السابق يتضح ان طريقة الاعلان عن موعد الاجتماع RCP لدى الطاقم الطبي غير موحدة رغم ان فاعلية الإتصال التنظيمي في اي مؤسسة تبرز من خلال وصول المعلومة الى كافة الافراد المعنيين بنفس الطريقة الا اننا وجدنا ان نسبة 55 % من الطاقم الطبي المشارك في RCP يصلهم اعلان موعد الاجتماع من خلال البريد الإلكتروني بينما اجابت نسبة 30 % من الأطباء انهم يعلمون بوجود اجتماع من خلال الإعلانات المتوفرة على لوحة الإعلانات او على باب قاعة الاجتماعات ... وذهبن نسبة 15 % من الأطباء الى انهم يحضرون الاجتماع بإعلام من زملاءهم في بعض الأحيان بسبب عدم

اطلاعهم على الاعلانات المقدمة من طرف الادارة احيانا وبسبب الضغوطات المهنية التي يعانيها الأطباء بسبب كثرة توافد المرضى مما يكون سبب رئيسي في وجود ضغط على المؤسسة الاستشفائية والمهنيين الاداريين على مستوى المركز محل الدراسة و الطبيب الفاعل فيها.

✓ ج 33 - تحليل اجابات السؤال رقم 33 الذي اجمع المبحوثين فيه على ان عملية ارسال ملف اجتماع RCP تكون من خلال السكرتيرة المكلفة على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة - حيث تعمل المسؤولة على ارسال نسخة من الملف الذي يحتوي قرارات RCP الى كل الأطباء المعنيين بالعلاج الحاضرين والغائبين اثناء مناقشة الملفات و الذين قد سبق لهم وارسلوا ملفات تحتوي معلومات مفصلة عن مريض السرطان وعلى نوع ومرحلة المرض والعلاج المقدم بدقة مما يعني ان عملية التنسيق والتواصل في القرارات تكون من خلال ملف القرارات الالكتروني فقط الذي يتم تقديمه بعد نهاية كل اجتماع للمتخصصين الاستشاريين مما يسمح بوضع الطبيب المعالج في سياق جملة القرارات المتخذة بهدف تقديم التكفل الافضل للمرضى السرطان الوافدين للمؤسسة في حدود الامكانيات المتوفرة بالمؤسسة محل الدراسة.

✓ ج 34 - وضحت اجابات السؤال رقم 34 حول الدور المقدم اثناء اجتماع RCP من طرف كل طبيب وقد تنوعت الاجابات المقدمة من طرف المبحوثين كل حسب دوره اثناء الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات، فكانت اكثر الاجابات التي وردت لدى الأطباء انهم اعضاء مناقشون وان دورهم خلال الاجتماع هو مناقشة مختلف الاراء الطبية حول العلاج المقدم لكل مريض والخروج بقرار نهائي اضافة الى عرض معلومات المرضى الخاص بملف مرضاهم المسؤولين عنهم. واجاب البعض الاخر الى دور المنسق في التنسيق بين الاعضاء وتسيير وتنظيم الملفات وتسيير النقاش اثناء الاجتماع وكتابة قرارات RCP ومن ثم ارسال الملف كامل الى المسؤولة الادارية لتقوم هي بدورها بإعادة ارساله للأطباء المعنيين.

✓ ج 35 - وضحت اجابات السؤال رقم 35 ان ابرز الشروط الواجب توفرها قبل انعقاد اجتماع RCP هو ارسال ملفات المرضى التي تحتوي تفاصيل العلاج المعتمد اي تقديم بطاقة خاصة بالمريض عبر الشبكة الداخلية للمؤسسة، كذلك اعلان موعد الاجتماع وحضور ما لا يقل عن اربعة خبراء اختصاصيين منهم الطبيب المختص في العلاج الإشعاعي و طبيب مختص في الاورام..... اضافة الى حضور عدد من

الأطباء المناقشين والتعرف على اهم القرارات العلاجية المتوصل لها بعد مناقشة حالات مرضى السرطان المختلفة بهدف تقديم التكفل العلاجي اللازم.

✓ ج 36 - الجدول رقم 26: اللغة الأكثر استعمالاً خلال إجتماع RCP:

المجموع	الانجليزية	الفرنسية	العامية	العربية	الإجابة
40	00	40	00	00	التكرار
100%	00	%100	00	00	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه يتضح ان الأطباء المبحوثين قد اختاروا اللغة الفرنسية كلغة هي الاكثر استعمالاً بين الأطباء اثناء الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات وذلك بنسبة 100 % والسبب الرئيسي في ذلك يعود الى انها حسب تحليلهم لغة تقنية وعلمية تسهل عليهم عملية التواصل فيما بينهم وذلك لضمان وصول الافكار والنقاشات المقدمة بطريقة علمية و عملية تخدم تلك السياقات المشتركة والخبرة المهنية بين طاقم الاستشاريين المتخصصين، ورغم ان اللغة الفرنسية هي اللغة الاكثر استعمالاً سواء اثناء قراءة ملفات المرضى او المناقشة الا ان هذا لا ينفي استعمال بعض الكلمات العامية واللغة العربية لكن بنسبة ضئيلة جداً لا تكاد تلاحظ بين الطاقم الطبي اثناء الاجتماع.

✉ ج 37 - الجدول رقم 27: تقنية عرض ملفات المرضى

المجموع	اخرى	تعرض بتقنية الداشوا	ملفات مكتوبة تقرأ	الإجابة
40	2	34	4	التكرار
% 100	%5	%85	%10	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه يتضح ان آلية عرض بطاقات المعلومات الخاصة بالمرضى تتم دائما خلال إجتماع RCP عن طريق عرض الملف الالكتروني بتقنية داتاشو وقد اكدت نسبة 85 % من المبحوثين ذلك مما يعني ان قاعة الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات مجهزة بألة عرض داتاشو تستعمل اثناء الاجتماع لعرض المعلومات الخاصة بالمرضى والمُرسلة من قبل الأطباء المعالجون مسبقا ليتم عرضها قراءتها باللغة الفرنسية، اما نسبة 10 من الباحثين فصرحوا ان الملفات تكون مكتوبة ويتم قراءتها من طرف الطبيب المعالج ويناقشها فريق RCP فور عرضها ويسجل القرار العلاجي المناسب لكل مريض، وصرحت اقل نسبة من المبحوثين والمقدرة ب 2 % فكانت انهم يحضرون ملفات المرضى الى اجتماعات الاستشاريين بهدف تقديم اكثر معلومات مثل التحاليل والاشعة وهذا لاتخاذ القرارات الصحيحة اللازمة للعلاج.

✓ ج 38 - الجدول رقم 28: الإستماع اثناء المناقشة

المجموع	اخرى	تداخل الاحاديث	الحديث الفردى	الإستماع تدوين الملاحظات	الاستماع	الإجابة
40	13	8	2	11	6	التكرار
%100	%32.5	%20	%5	%27.5	%15	النسبة

من الجدول اعلاه يتضح ان نسبة 32.5 % من المبحوثين في اجاباتهم عن هذا التساؤل اختاروا كل الخانات السابقة الخاصة بالإستماع وتدوين الملاحظات والحديث الفردي والمناقشة مما يدل على حسن تفاعلهم في نقاشات RCP، اما نسبة 27.5 % فقالوا انهم يفضلون الإستماع الى المتخصصين وتدوين الملاحظات بدقة واختارت نسبة 20 % من الأطباء الإستماع وتداخل الحديث اي مناقشة كل المعلومات بالتفصيل للخروج بالقرار العلاجي المناسب، واجاب 15% من المبحوثين انهم يفضلون الإستماع والتركيز مع النقاشات المقدمة حول العلاج الساري مع كل مريض دون التدخل في القرارات المقدمة من طرف اطباء اكثر خبرة في التعامل مع مرضى السرطان، واخيرا جاءت نسبة 5% كأقل نسبة فأجاب الأطباء فيها بأنهم يفضلون الحديث الكامل والفردي حول الحالة دون تدخل النقاش من طرف لزملاء اثناء تقديم المعلومات.

ج 39 - الجدول رقم 29: تدوين الملاحظات اثناء الاجتماع RCP:

المجموع	اخرى	الالكترونى	كتابيا	الاجابة
40	21	11	8	التكرار
%100	%52.5	%27.5	%20	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه يتضح ان الأطباء المبحوثين اثناء حضور الاجتماعات الاستشارية لا يسجلون الملاحظات المقدمة او القرارات المتخذة وذلك بسبب انهم يحصلون على نسخة الكترونية من ملف RCP وهذا ما اكدته نسبة 52.5% من المبحوثين الذين تنوعت الاجابات لديهم في انهم يفضلون التركيز في المناقشات والاراء المتبادلة حول العلاج المقدم لمرضى السرطان، اما نسبة 27.5 فقال فيها المبحوثين انهم يستعملون هواتفهم الذكية او حواسيبهم الشخصية بهدف تدوين بعض الملاحظات والقرارات سواء كانت الجانبية او الرئيسية المتعلقة بمرضاهم ليسمح لهم التدوين الالكتروني بحفظ المعلومات المتداولة بين الأطباء اثناء الاجتماع وقالت نسبة 20% من المبحوثين انهم يدونون القرارات اللازمة التي تتعلق خاصة بمرضى السرطان الذين يشرفون على حالتهم بشكل خاص، او مع الحالات المرضية الاستثنائية التي تستدعي تدخل عاجل.

ج 40 - الجدول رقم 30: تقبل الاراء والاقتراحات المتعلقة بالعلاج

المجموع	نادرا	احيانا	دائما	الإجابة
40	2	7	31	التكرار
100%	%5	17.5%	%77.5	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه يتبين لنا ان أغلب المبحوثين اثناء تفاعلهم خلال العمليّات الإتصالية فيما بينهم وبين زملائهم يتقبلون رأي الاستشاريين من مختلف الاختصاصات حول قرارات العلاج المقدمة فأجابت نسبة 77.5 % من الأطباء المبحوثين انهم دائماً يتقبلون الاراء والاقتراحات المقدمة اثناء مناقشة الملفات الخاصة بالمرضى وذهبت نسبة 17.5 % من المبحوثين الى انهم احيانا كثيرة يقبلون اراء و قرارات الأطباء حول العلاج المقدم لمرضى السرطان مما يعني انهم قد لا يتقبلوا بعض الأراء حول العلاج المقدم احيانا من طرف الطبيب المعالج، وبقيت اقل نسبة وهي 5 % التي اجابت انها نادرا ما تقبل الأراء المقدمة حسب الحالات التي تمت مناقشة ملفاتها حيث يستمع الأطباء الى اراء الاستشاريون متعدّدو التخصصات مع عدم قبولها ودون تقبلها في الكثير من الاحيان وذلك بحجة ان الطبيب هو الادري بتفاصيل الحالة المرضية فقط.

ج 41 - الجدول رقم 31: العوائق التي تمنع الطبيب من طرح افكاره وإقتراحاته اثناء اجتماع

:RCP

الإجابة	الوقت	الاختلاف في الاراء والتخصصات	حساسية المناصب في الموافقة على الخيارات	اخرى	المجموع
التكرار	17	11	3	9	40
النسبة المئوية	42.5%	27.5%	7.5%	22.5%	100%

وضح الجدول السابق ان نسبة 42.5 % من الأطباء المبحوثون يعتبرون ان الوقت هو اكثر العوائق التي تحول بين الطبيب وتقديم آراءه كاملة اثناء الاجتماع وان الوق المخصص للنقاشه غير كافي في معظم الاجتماعات بينما ترى نسبة 27.5 % ان العائق الرئيسي هو اختلاف التخصصات مما يخلق تضارب في الاراء اثناء النقاشات وهذا ما يتسبب عموما في عدم اقناع الأطباء الزملاء ببعض الافكار التي تكون ايجابية وفي مصلحة التكفل بالمرضى اما الاجابات الاخرى وبنسبة 22.5 % فقد تجاوزت عائق الوقت واختلاف المناصب وحساسية المناصب فقد اشارت الى ان اكثر ما يمنع الطبيب من طرح افكاره واقتراحاته

اثناء الاجتماع هو عدم قابلية التطبيق العملي لتلك الاقتراحات بسبب الفجوة الكبيرة بين ما يمكن ان يقدمه الطاقم الطبي على مستوى المؤسسة محل الدراسة والوسائل والامكانيات المتاحة بها اضافة الى هذا فإن بعض المحوئين عبروا حسب رأيهم الشخصي بأنه لا توجد عوائق من اي نوع كان، وبقيت نسبة ضعيفة جدا قدرت ب 7.5 % قالت ان حساسية المناصب في الموقفة على الاقتراحات والخيارات المقدمة تمنعهم في الكثير من الاجتماعات عن تقديم اراءهم العلاجية بكل شفافية لأن الامر قد لا ياخذ بعين الاعتبار من طرف الزملاء لاسباب ترتبط اساسا بمهام وحساسية مناصبهم.

ج 42 - الجدول رقم 32: رضا الطبيب عن العلاج المقدم لمريض السرطان

المجموع	أخرى	نادرا	احيانا	دائما	الاجابة
40	1	00	27	12	التكرار
%100	%2.5	%00	%67.5	%30	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه نرى ان الأطباء المعالجين وبنسبة 67.5% من المعالجين لا يصلون الى نسبة عالية من الرضا النفسي عن العلاج المقدم لمريض السرطان على مستوى المؤسسة محل الدراسة وذلك يعود الى جملة من الظروف المهنية على مستوى المؤسسة محل الدراسة، واجابت نسبة 30% من الأطباء بأنهم دائما راضين عن التكفل المقدم للمرضى في كل المراحل العلاجية المقدمة للمرضى علمستوى مركز مكافحة السرطان ابن رشد - عناية - في حين اختارت نسبة 2.5% من الأطباء الخروج عن الاختيارات المقدمة واعتبروا ان الرضا يبقى نسبي وغير ثابت لانه مرتبط بعدد العوامل حسبهم اهمها انه يكون في حدود امكانيات الطبيب والمؤسسة معا اضافة الى خصوصية المرحلة التي تم فيها تشخيص المرض مع عديد المؤشرات الأخرى.

✓ ج 43 - الجدول رقم 33: التواصل مع مريض السرطان بعد اجتماع RCP

المجموع	نادرا	احيانا	دائما	الإجابة
40	00	19	21	التكرار
%100	00	47.5%	%52.5	النسبة المئوية

قدم لنا الجدول اعلاه اجابات المبحوثين المتعلقة بتواصل الأطباء مع مرضى السرطان بعد كل اجتماع للإستشاريين متعددي التخصصات فتبين ان نسبة 52.5% من الأطباء المعالجين يتصلون بإستمرار مع مرضى السرطان بعد كل اجتماع RCP مما يوضح انه يتم تجاوب كبير مع القرارات والتعديلات على العلاج المقدم خلال اجتماع RCP وذلك لدراسة التطورات الطارئة على القرارات العلاجية المتوصل لها من طرف المختصين بعد الاجتماع. اما ثاني نسبة من اجابات المبحوثين وبلغت 47.5% فأخثاروا انهم احيانا يتواصلون مع المرضى بعد الاجتماع كل حسب حالته فليس كل الحالات المناقشة اثناء الاجتماع يتخذ فيها قرارات علاجية جديدة او مستعجلة لهذا فحسب المبحوثين فإن التواصل يكون احيانا وحسب الحالة المرضية وخصائص القرار العلاجي المقدم من طرف الاستشاريين متعددا التخصصات، وغالبا فإن التواصل يكون مع المريض الذي تم اتخاذ قرارات جديدة في التكفل العلاجي المقدم له مسبقا.

☞ ج 44 - من اجابات السؤال رقم 44 المقدمة من طرف المبحوثين يمكن القول انه وعلى العموم

قد اتفقت اجابات الأطباء في ان الاختلاف في عملية التواصل بين الطبيب والمريض يتميز ويختلف من مرحلة علاجية الى أخرى فحسب ما تم تقديمه فإن مرحلة العلاج تعتبر المرحلة الأكثر سهولة في التواصل بين الطبيب والمريض عكس المرحلة الاولى التي يهدف فيها الطبيب الى كسب ثقة المريض واقناعه بتقبل الوضع وضرورة التعامل معه اضافة الى التعرف عليه لتحديد اكثر وابزر السياقات تأثيرا عليه، اما العلاقة في مرحلة العلاج فتكون علاقة ثقة اكثر ود وتقرب من الأولى لان المريض قد تقبل وضعه شيئا فشيئا واصبحت طريقة التاصل افضل على العموم. ان التركيز

في مرحلة العلاج من طرف الطبيب يكون على الاجتهاد لتقديم افضل سبل العلاج الممكنة من الجراحة او الإشعاع او معا اضافة الى اقتراح جدول زمني يتماشى و تطورات المرض في جسم الحالة. وعموما فإن التواصل بين الطبيب والمريض يكون حسب حالته وشخصية المريض في حين ذهبت القليل من الاجابات الى ان التواصل يكون نفسه خلال كل مراحل العلاج.

ج 45 - الجدول رقم 34: التواصل مع مرضى السرطان اثناء مرحلة العلاج:

المجموع	نادرا	احيانا	دائما	الاجابة
40	00	8	32	التكرار
100%	00	%20	%80	النسبة المئوية

من قراءة الجدول أعلاه يتضح ان نسبة 80 % من المبحوثين يتواصلون بشكل مستمر مع مرضى السرطان بهدف التعرف على اهم التطورات والتأثيرات العلاجية المقدمة والتدخل السريع في حال وجود اعراض غير متوقعة على المريض لتدارك الوضع والسيطرة عليه، اما نسبة 20 % من الأطباء فأجابوا انهم احيانا فقط يتواصلون مع المريض اي عندما تستدعي الضرورة ذلك حسب الحالة المرضية ومدى استعجالية متابعة تطورات العلاج وانعكاساته عليها مما يدل على حساسية هذه المرحلة وتحدياتها الصحية و النفسية على المريض والطبيب المعالج والمؤسسة المتكفلة بتقديم الرعاية على حد سواء.

المحور الثالث : استراتيجيات الإتصال المعتمدة من اجل الدعم من خلايا الإستماع والتوجيه:

ج 46 - الجدول رقم 35: مدى تحسن وضع المريض بعد توجيهه إلى خلايا الإستماع

المجموع	نادرا	احيانا	دائما	الإجابة
40	2	21	17	التكرار
%100	%5	%52.5	%42.5	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه يتضح ان الطبيب المعالج بعد ما يوجه المريض الى الطبيب النفساني على مستوى خليه الإستماع الموجودة على مستوى مركز مكافحة السرطان يلمسون تحسن في وضع المريض حيث اجابت نسبة 52.5 % انهم في الكثير من الأحيان يرون ان المريض يتجاوب مع العلاج اكثر بعد تواصله مع خلية الإستماع والتوجيه والتجاوب والتحسن مرتبط اساسا بشخصية المريض وظروفه اضافة الى مهارة الطبيب النفساني المتابع معه، اما نسبة 42.5 % فصرح فيها الأطباء المعالجون انهم يعيشون تحسن وتجاوب كبير من مريض السرطان بعد عرض حالته على المتابع النفساني لأكثر من مرة على مستوى خلية الإستماع بالتوجيه خاصة فيما يخص معنوياتهم وزيادة املهم في الشفاء من مرض السرطان مما يزيد فرصة التجاوب و التفاعل مع الطبيب المعالج في زيادة الاستفسارات وتقديم المعلومات اللازمة وخلق بيئة تفاعلية تتميز باستمرارية التواصل بين الطرفين في العملية العلاجية في حين اجابت نسبة 5 % وهي نسبة ضعيفة جدا بأنه نادرا ما يكون هناك تحسن بين لدى المريض بعد تواصله مع المختص النفساني.

ج 47 - الجدول رقم 36: تخفيف خلايا الإستماع من الضغط على الطبيب المعالج

المجموع	نادرا	احيانا	دائما	الاجابة
40	8	19	13	التكرار
%100	%20	%47.5	%32.5	النسبة المئوية

بين الجدول اعلاه أنّ نسبة 47.5 % من الأطباء المعالجين يرون ان خلايا الإستماع بطاقتها الطبي النفساني المتخصص يخففون من العبء والضغط الذي يعانيه الطبيب المعالج على مستوى مركز مكافحة السرطان بالمؤسسة محل الدراسة من خلال تكفلهم النفسي بالمرضى وتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن اثار وانعكاسات العلاج في المراحل القادمة مما يساعدهم على زيادة ثقتهم بالطبيب المعالج في كل مرة والالتزام بالعلاج المقدم من حيث الجرعات و المواعيد المحددة من طرف الطبيب، اما نسبة 32.5 % من الأطباء فقالوا ان خلايا الإستماع دائما تساهم في تحقيق التكفل الكامل بمرضى السرطان معتبرين ان التكفل النفسي المقدم بطريقة صحيحة يخفف الضغط على الطبيب المعالج دائما وقالت نسبة 20% من الأطباء ان خلايا الإستماع بنوع وكم التكفل المقدم حاليا نادرا ما تفيد الطبيب المعالج خاصة اثناء مرحلة تقديم

العلاج حيث يعمل النفساني على شرح كل التغيرات الغير مرغوب فيها من طرف المرضى ومساعدتهم على تقبلها.

ج 48 - الجدول رقم 37: امكانية تغير سلوك المرضى بعد تواصلهم مع خلايا الإستماع:

المجموع	لا تتغير	سلبيا	ايجابيا	الإجابة
40	2	4	34	التكرار
% 100	%5	%10	%85	النسبة المئوية

من اجابات الجدول اعلاه يتضح ان نسبة 85 % من المبحوثين قالوا بأن كل التغيرات الظاهرة على سلوكات المرضى بعد تواصلهم مع خلايا الإستماع والتوجيه هي سلوكات ايجابية تعود على العلاج المقدم من طرف الطبيب بالنفع ، اما نسبة 10 % من الأطباء المبحوثين فقالوا انهم لاحظوا سلوكات متمردة وغير سوية على العلاج المقدم بعد تواصلهم مع خلايا الإستماع اما نسبة 5 % من المبحوثين فقالوا انهم لا يلاحظون اي تغيير على سلوكات المرضى خاصة منها المرتبطة بالعلاج، وعموما فإن المختص النفساني او الطبيب المتكفل بالعلاج اذا استطاع ان يلم ويحيط بنظرة شاملة عن السياقات والظروف المحيطة بالمريض سيستطيع اقناعه وكسب ثقته للالتزام بكل النصائح والارشادات المقدمة له.

ج 49 الجدول رقم 38: انعكاسات التكفل الاداري السيئ على العلاج المقدم من طرف الطبيب

المجموع	نادرا	احيانا	دائما	الإجابة
40	5	16	19	التكرار
%100	%12.5	%40	%47.5	النسبة المئوية

من النسب المئوية المقدمة في الجدول اعلاه يتضح ان التكفل المقدم من طرف طاقم الادارة ومدى جودته يؤثر وينعكس على مدى نجاح العلاج المقدم من طرف الطبيب دائما وهذا ماأكدته نسبة 47.5 % من المبحوثين حيث اكدت هذه الاجابة نسبة 40 % كثاني نسبة في تكرار الاجابة احيانا بمعنى في معظم

الاحيان ينعكس التكفل السلبي او جودة الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية على مدى نجاح العلاج المقدم و فعاليته بالنسبة لمرضى السرطان بالمؤسسة محل الدراسة، وقالت نسبة 12.5 % من الأطباء ان التكفل الاداري السيئ نادرا ما ينعكس سلبا نوع العلاج الذي يقدمه الطبيب على كيفية تقديمه مما يتسبب في فشله وبالتالي عدم توفر التكفل العلاجي اللازم لمرضى السرطان.

✓ ج 50 - تحليل إجابات السؤال رقم 50 عن كيفية تجاوز الطبيب للمشاكل الإتصالية بين الادارة والمرضى او بين المرضى والممرضين وقال المبحوثين ان هذه المشاكل كثيرا ما تحدث بسبب الضغط على الطاقم الشبه الطبي والادارة او بسبب الضغوطات الكبيرة لعدد المرضى وحساسيتهم وسوء التنسيق بين طاقم العمل.... لهذا فالأطباء يلجؤون الى حل تلك المشاكل كل حسب نوعها وحجمها ومدى اضرارها، فقال البعض منهم انهم يلجؤون الى المشكلات بشكل عقلائي وودي بين زملاء العمل وقال البعض الاخر انهم يعملون على رفع تقارير اوشكاوى فور حدوث اي مشكل قد يؤثر سلبيا على التكفل المقدم لمرضى السرطان لان صحة المريض هي اولى الاولويات بالنسبة للطبيب حتى يتم التحكم في الوضع، اما البعض الاخر فيقدم تقارير للمسؤول مع اقتراح بعض الحلول لتجاوز العقبات والمشاكل التي تحول دون تقديم التكفل الافضل لمريض السرطان.

✓ ج 51 - تحليل اجابات السؤال رقم 51 تعددت الاجابات المقدمة فيما يخص مستوى التكفل والرعاية والدعم المقدم من طرف مركز مكافحة السرطان CAC بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد- عنابة- فكانت اغلب الاجابات هي انه ورغم وجود عديد الاجتهادات من الطاقم العامل إلا أنه لا يرقى الى مستوى التكفل المطلوب او المخطط له، بينما ذهب بعض المبحوثين الى اعتبار انه مستوى يمكن القول عنه انه مقبول في حدود الامكانيات المتوفرة على مستوى المؤسسة وان الطاقم العامل من اطباء واداريين يجتهدون من اجل تقديم التكفل الافضل وتجاوز العوائق الموجودة.

نتائج مرحلة التحقيق

2- نتائج مرحلة التحقيق:

طبقت الباحثة أدوات دراستها بهدف التعرف وقع الإتصال والتواصل بين الطبيب ومريض السرطان وبين الأطباء والادارة وواقع الاليات والتقنيات الإتصالية الممارسة على مستوى شبكات العلاج المسؤولة عن تقديم التكفل والتفاعل المباشر مع النسق العام للمؤسسة الاستشفائية العمومية ابن رشد -عنابة- والجمهور طالب الخدمة الصحية وهم مرضى السرطان.

حيث توسعت الدراسة لتشمل استكشاف البيئة والسياقات بالمؤسسة محل الدراسة من خلال عديد المقابلات والملاحظات التي ساهمت في استكشاف العلاقات الإتصالية ومساهمة الاستراتيجيات الإتصالية بمختلف انواعها في تحسين عمليّة التكفل المقدمة لمرضى السرطان وجاءت استمارة المقابلة التي تم تصميمها وبنائها وفق الاهداف والمحاور الكبرى للدراسة لتكون اداة التحقيق لما تم التوصل اليه بإستعمال الادوات البحثية المقابلة مع مسؤول النشاطات الطبية والتمريضية على مستوى المؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عنابة - والمقابلة مع مسؤول خلية الإستماع والتوجيه وتصميم عناصر الملاحظة بالمشاركة للاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP في المرحلة السابقة والتي توصلت اليها الباحثة خلال كل منها الى جملة من نتائج بحثت في مدى صحتها من خلال النتائج الخاصة بإستمارة المقابلة فيما يلي:

✓ النتائج السسيوديمغرافية والظروف المهنية:

- استنتجت الباحثة من اجابات الاسئلة المرتبطة بهذا الجزء ان عينة الدراسة او بالاحرى مجتمع بحثها ينفرد بعدد الميزات التي تسمح للمؤسسة محل الدراسة بالاستثمار فيها كفرصة استراتيجية ونقطة قوة ولعل اهمها ان الطاقم الطبي عبارة عن كفاءات شبنائية تطمح الى التميز وتقديم الافضل كل في مجال تخصصه بهدف خدمة النسق المهني العام محل الدراسة خاصة وان اغلبهم يقطنون في نفس اقليم المؤسسة الجغرافي، حيث استنتجت الباحثة ان المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة - يعمل على توفير اطباء مختصين استشفائيين من كل التخصصات بهدف تغطية كل الطلبات اللازمة للرعاية والخدمة الصحية عموما والتكفل بكل انواع مرض السرطان على وجه الخصوص، ورغم ان البيئة المهنية التي يمارس فيها الأطباء نشاطهم غير ملائمة من حيث التنظيم والتسييرو الامكانيات المادية الغير متكافئة مع الجهودات المقدمة، اوجد لنا

مورد بشري يبحث دائما عن الفرصة الافضل في الكثير من الاحيان ليغير مكان عمله وبالتالي التأثير عموما على مستوى التكفل المقدم لمرضى السرطان الوافدين من مختلف ولايات الشرق الجزائري قاصدين المركز الاستشفائي الجامعي باحثين عن افضل تكفل في مختلف مراحل مرض السرطان.

- كما توصلت الباحثة الى ان الكادر الطبي على مستوى المؤسسة محل الدراسة يعاني عدم الرضا الوظيفي في عديد النقاط مما اثر على مردوده في العمل في الكثير من الأحيان خاصة وان المؤسسة محل الدراسة لا توفر لهم عديد الاحتياجات المهنية التي تحقق لهم عنصر الابداع والتميز خاصة منها المتعلقة بالجانب الإتصالي.

- وقد استنتجت الباحثة ان الطبيب المختص في المؤسسة محل الدراسة لا تقدم له اي دورات تكوينية تكوينية في الإتصال رغم اهمية هذا العنصر وتركيز المخططات الحكومية على الاستثمار في هذا العنصر لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان خصوصا المخطط الوطني الاخير الخماسي لمكافحة السرطان 2019/2015، حيث انه ورغم رغبة الأطباء الشديدة في الحصول على مثل هذا النوع من الإتصال خاصة منها المرتبطة بالعلاقة التواصلية مع المرضى خاصة منهم المصابين بمرض خطير وحالتهم حساسة مما يستدعي عملية اتصالية مدروسة توظف فيها جملة من الاستراتيجيات والمهارات الإتصالية والاليات الاقناعية التي تيسر على الطبيب الانتقال عبر مراحل العلاج مع المريض بأقل ضغط من مرحلة الاعلان عن المرض ثم مراحل العلاج وتخفيف الالم والمتابعة عموما، مما دفع بالبعض منهم الى تجاوز هذه المعوقات التسيرية في المؤسسة من خلال اجتهادات خاصة بالبحث عن مثل هذه الدورات في الإتصال والمشاركة فيها بهدف التطوير في العمليات الإتصالية التفاعلية والاقناعية الخاصة بهم مع مرضى السرطان.

✓ نتائج المحور الأول: الاستراتيجيات الإتصالية الخاصة بالاعلان عن المرض

- هدفت الباحثة من خلال اسئلة هذا المحور الى التعرف على خصوصيات ومميزات تلك السيورة الإتصالية بين الطبيب ومريض السرطان في مرحلة الاعلان عن المرض ضمن السياقات ال تفاعلية المحيطة بكلاهما داخل النسق العام بمختلف العمليات والتحويلات الفاعلة فيه والطارئة عليه. فاستنتجت الباحثة ان المؤسسة محل الدراسة تعاني من عديد المعوقات الإتصالية التنظيمية ودليل ذلك العملية التواصلية بين الطبيب والمريض التي اختلفت من طبيب لآخر ومن حالة مرضية لآخرى في عملية

تنظيم وبرمجة المواعيد واستقبال المرضى الذين تباينت مدة معاينة مع كل منهم حسب حالته ونوع ومرحلة المرض لديه.

- واستنتجت الباحثة ان الاختلاف في الوعي والثقافة الصحية لكل مريض حتم على الطبيب محل الدراسة انتقاء العبارات التي يخاطب بها المريض وبناء رسالة اتصالية ملائمة لسياقات المحيطة بالمريض المتلقي خاصة منها الإجتماعية والثقافية اضافة عامل السن ومرحلة السرطان ونوعه حيث يراعي الطبيب اللهجة واللغة والعبارات المقدمة من طرفه لتلائم الوضعية مع كل مريض أثناء الاعلان عن التشخيص النهائي لمرض السرطان مراعيًا فيها الحالة النفسية والعاطفية لمريض السرطان.

- ومن ثمة يعمل الأطباء في المؤسسة محل الدراسة على انتقاء اساليب اتصالية يمزج فيها بين القنوات الإتصالية اللفظية وغير لفظية ليقدم من خلال الإتصال المباشر مع المريض الكم الكافي من المعلومات اللازمة عن الحالة والمرض وسبل العلاج الممكنة على مستوى المؤسسة ما يمكن توفره بكل شفافية ومنطقية ليضع المريض في الصورة، حيث يجتهد الطبيب في بناء رسائله الإتصالية الموجهة للمريض على استراتيجيات عقلية منطقية مع محاولة التأثير والاقناع في مريض السرطان لزرع الامل في الشفاء من المرض والتغلب عليه متجاوزًا بذلك امكانية دخول المريض في حالة من الهلع والخوف بعد تلقيه الخبر الخاص بنتيجة الاعلان عن المرض.

- ومن خلال الملاحظة المباشرة للطبيب على سلوكيات المريض الفورية اثناء الاعلان عن المرض يعمل الطبيب على تقييم مدى فهم واستجابة المريض للمعلومات التي تلقاها واستيعابه بجدية للوضع الجديد وكيفية تفاعله معه ضمن امكانيات النسق الحالي وما يمكن ان يقدمه في اطار الظروف والامكانيات المتوفرة فيه بهدف توفير التكفل الامثل لمريض السرطان في كل مراحل المرض من اعلان وعلاج و متابعة.

• نتائج المحور الثاني: الاستراتيجيات الإتصالية المستخدمة خلال الاجتماعات الاستشارية

متعددة التخصصات RCP:

- هدفت الباحثة من الاسئلة المتعلقة بهذا المحور الى التعرف على خصائص العمليّات الإتصالية والاستراتيجيات الإتصالية التي يوظفها الطبيب اثناء الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات بهدف التأثير في عناصر النسق والوصول الى التفاعل اللازم اضافة الى مدى وعي الطبيب بأهمية هذا النوع من الاجتماعات في مسار عمليّة التكفل العلاجي المقدم لمريض السرطان.

- واستنتجت الباحثة ان الطبيب كأحد عناصر البيئة الداخلية المتفاعلة مع عناصر البيئة الخارجية للنسق الكلي يجتهد في تقديم الخدمة او الرعاية العلاجية لمريض السرطان في كل مراحله ويعمل على تحسينها رغم وجود عديد المعوقات التنظيمية للنسق الكلي وغياب تنفيذ المخططات الخاصة بالنسق العام مثل المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2019/2015.

- وكذلك شملت الاستنتاجات ان الطبيب بعد الاعلان عن نتيجة التشخيص النهائية للمريض ينتظر في اغلب الاحيان قرار اجتماع RCP لياشر عمليّة العلاج مع المريض، وأن أغلبية الأطباء لا يولون اهتمام كبير بحضور الاجتماعات المنعقدة على مستوى المؤسسة محل الدراسة بل يكتفون بإرسال البطاقات الخاصة بمعلومات المرضى وحالاتهم وانتظار قرارات RCP فيما يخص العلاج المقدم والتعديلات أو الاضافات التي يقترحها الاستشارين متعدد التخصصات وذلك لعدة اسباب تتعلق بالظروف المهنية على مستوى النسق وتباين عديد السياقات الاخرى لدى افراد النسق الكلي مما قد يحدث خلل في السيورة الإتصالية التي تؤثر حتميا فيما بعد على عمليّة التكفل وقرارات العلاج المقدمة لمريض السرطان على مستوى المركز الاستشفائي ابن رشد -عنابة -.

- كما استنتجت كذلك ان كل الأطباء المشاركين يفضلون استعمال اللغة الفرنسية العلمية في طرح المعلومات الافكار ومناقشتها فقط في تقديم رسائلهم المباشرة لفريق الاجتماع، وكذلك لا يفضل الأطباء اللجوء الى اي وسائل اتصالية لحفظ تلك الرسائل المقدمة خلال مناقشات او ملاحظات اجتماعات RCP من خلال تدوينها وتوثيقها للاجتماعات الاخرى او الاستفادة منها في مراحل علاجية اخرى ورجحت الباحثة هذا الى الحالة

الصعبة التي يكون عليها عديد الأطباء اثناء الاجتماع بسبب الضغوطات المهنية والعدد الكبير من المرضى الوافدين يوميا الى المؤسسة محل الدراسة مما يؤثر على تفاعلهم اثناء الاجتماع.

- كما تتم مناقشة كل المعلومات المقدمة من خلال تبني اساليب واستراتيجيات اتصالية منطقية عقلية بأساليب علمية بحتة مع اهمال السياقات المحيطة بالمريض تماما مثل السياقات الاجتماعية والثقافية والمكانية والزمانية... مما يسبب في بعض الاحيان خروج عناصر النسق الكلي عن الهدف الرئيسي والمشارك بينهم وسعيهم الى تحقيقه من إجتماعهم وهو تقديم التكفل العلاجي المناسب من خلال الرغبة الصادقة في العمل الجيد والمساهمة في تحسين وضع التكفل بالمريض من خلال منظور دائري للتواصل يسعى الى خلق سيرورة علائقية وتفاعلية ديناميكية بين افراد البيئة الداخلية من اطباء واطباء اخرين في مختلف التخصصات وبين الطبيب المعالج الذي يبقى على تواصل اثناء مرحلة العلاج خصوصا مع مريض السرطان مما يشكل ظرف ايجابي ونقطة انتقالية يحسن فيها من عملية التكفل خلال مرحلة العلاج.

✓ نتائج المحور الثالث: استراتيجيات الإتصال المعتمدة من اجل المتابعة مع خلايا الاستماع

- عملت الباحثة من خلال اسئلة هذا المحور التعرف على استراتيجيات الإتصال المعتمدة من اجل المتابعة ومدى توافرها وملائمتها مع الاستراتيجيات القديمة من طرف الطبيب المعالج وذلك لان تبني استراتيجيات متقاربة من طرف الأطباء يساهم في عملية التأثير والاقناع وتعزيز الثقة لدي مرضى السرطان واستنتجت انه في اطار تكامل الادوار والوظائف والتفاعل بين عناصر النسق من الانساق الفرعية ضمن النسق كلي والنسق العام، يساهم التكفل المقدم من اطباء خلية الإستماع في تحسين سلوكيات مرضى السرطان والتأثير ايجابيا عليهم مما يخفف بعض الضغط عن الطبيب المعالج من خلال الثقة التي تظهر على المريض بعد تواصله مع الطبيب النفساني والاحاطة بمعلومات اكثر عن المرض وخطوات العلاج في المراحل القادمة.

- ورغم محاولة الأطباء واجتهاداتهم في تحسين عملية التكفل المقدمة لمرضى السرطان الا انها تواجه عديد العراقيل والمعوقات الادارية التي ترتبط بعملية التكفل على مستوى المستشفى الجامعي محل الدراسة مما يحول دون تقديم التكفل الافضل بسبب وجود عديد المشاكل الاتصالية بين العناصر الفاعلة في شبكات العلاج مما يحدث تراجع في عملية التكفل العلاجي المقدم على مستوى النسق الكلي وذلك

لعدم تكامل الادوار والوظائف المقدمة رغم وجود عديد البرامج والمخططات على مستوى النسق العام لتحسين التكفل بمرضى السرطان ومنها المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2019/2015.

النتائج العامة
للدراسة

رابعاً- عرض ومناقشة النتائج العامة للدراسة على ضوء التساؤلات الفرعية:

بات مرض السرطان اكثر الامراض التي تهدد استقرار المجتمعات حيث ان التوقعات ترجح ان الحالات سترتفع بنسبة 60% في العالم وستقدر الزيادات بنسبة 81% في البلدان الفقيرة بحلول عام 2040⁽¹⁾ في العالم ككل والجزائر كغيرها من الدول التي تفاقمت فيها ازمة تزايد مرض السرطان بسبب انتشار عديد السلوكات الدخيلة التي مست مختلف السياقات الإجتماعية والثقافية... حيث بلغت الجزائر 50 ألف⁽²⁾ حالة جديدة في 2019 يتصدرها سرطان الثدي بـ 12 ألف حالة حسب مصلحة الاورام السرطانية في مستشفى مصطفى باشا. ورغم تركيز المخططات الحكومية على تحسين عملية التكفل بالمرضى الا أن وجود عديد العوائق الاخرى لم يمنع من تزايد انتشار المرض او التعامل معه ومنها نقص الادوية العلاجية وتكاليفها التي شكلت عبئاً ثقيلاً على الحكومة الجزائرية حيث بقيت الحالات في تزايد مستمر فأحصت الجزائر 1500 حالة جديدة لدى الاطفال دون 15 سنة، فيما تتصدر سرطانات القولون والمستقيم وانواع السرطانات عند الرجال المراتب الاولى، مع تسجيل 20 ألف حالة وفاة بسبب السرطان.

كل هذه المؤشرات وغيرها تدفعنا للبحث في سبل توظيف الإتصال بمختلف انواعه بهدف التعامل مع هذا المرض والحد من انتشاره وذلك من خلال تفعيل الإتصال باساليبه ووسائله وتقنياته في مختلف السياقات لخلق تخطيط متكامل يشمل كافة العناصر والاطراف الإتصالية من فاعلين في قطاع الصحة ومؤسسات وهياكل وتوظيف لتكنولوجيات الاعلام والإتصال في تقديم التوعية الكافية حول مرض السرطان في اطار اساليب وتقنيات الإتصال الإجتماعي والصحي بمختلف انواعه المباشر وغير المباشر والاقناعي بكل استمالاته واستراتيجياته. وقد جات هذه الدراسة للبحث في مساهمة استراتيجيات الإتصال الشخصي على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عناية- في تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان ضمن المخططات الكبرى المقترحة في النسق العام مثل المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان

(1) -تاتيانا مسعد ، ارتفاع حالات السرطان 20 بنسبة 81% في البلدان الفقيرة بحلول العام 2040، فرانس 24 ، نشرت في 2020/02/04 ، تم الاطلاع في : 2022/01/05 ، التوقيت 22:21 .

(2) -فرانس 24 ، ريبورتاج ، الجزائر 50 الف اصابة جديدة بمرض السرطان في 2019 وعدد الوفيات بلغ 20 الف ، نشرت في 2020/02/07 ، تم الاطلاع في : 2022/01/05 ، التوقيت 20:09.

2019/2015. وتهدف الدراسة الى التعرف على واقع تجسيد البرامج المسطرة ضمن المخطط المطروح بهدف تحسين التكفل لمرضى السرطان والاستراتيجيات الإتصالية التي يوظفها الأطباء في اطار التكفل المقدم على مستوى شبكات العلاج المرافقة لمراحل المرض من الإعلان او التشخيص، وكذا التعرف على الإستراتيجيات المستعملة من طرف الطبيب أثناء الإعلان عن المرض، ثم الاستراتيجيات الإتصالية الابرز المستعملة خلال الإجتماعات الإستشارية متعددة التخصصات RCP المنعقدة بهدف تقديم العلاج الانسب لمرضى السرطان والرعاية الصحية اللازمة داخل النسق الكلي بما يحتويه من امكانات مادية وكفاءات طبية، اضافة الى التعرف على اهم الاستراتيجيات التي تتبناها خلية الإستماع والتوجيه في اطار المتابعة مع مريض السرطان.

وفيما يلي ستعرض الباحثة اهم النتائج المستخلصة بناءا على السيرورة المنهجية التي اتبعتها ومزيج النتائج المتحصل عليه من المرحلة الاستكشافية والاستطلاعية على مستوى المؤسسة محل الدراسة الى نتائج الاداة المستعملة في مرحلة التحقيق او المرحلة التفسيرية التي استعانت فيها الباحثة ب 53 سؤال ارتبطت بثلاثة محاور رئيسة تشمل مؤشرات اتصالية مستعملة في عملية التكفل بمرضى السرطان من طرف الأطباء المعالجين و النفسانيين بخلية الإستماع والتوجيه وقد كانت النتائج المتوصل اليها كما يلي:

← النتائج المفسرة للسؤال الفرعي الاول عن إستراتيجيات الإتصال المتعلقة بالإعلان عن

المرض:

- استجبت الباحثة في ما يرتبط بهذا التساؤل الفرعي حتمية الإتصال بين الطبيب والمريض في نسق يؤثر ويتأثر بالعلاقات المتبادلة بينهما وبينهم وبين اعضاء النسق الكلي ضمن ظروف معينة يراعيها الطبيب لكونه طرف اساسي في عملية الإتصالية يوجه مجموعة من المعلومات والافكار في شكل رسالة اتصالية اقناعية مخطط لها يهدف من خلالها الى كسب ثقة المريض. وذلك بمخاطبة عقل المريض المتلقى وتقديم الحجج والشواهد المنطقية وتقنيد أي آراء أو أفكار خاطئة بعد مناقشتها واطهار جوانبها السلبية المختلفة خاصة وان اغلبية المرضى الوافدين تكون لديهم معلومات غير موثوقة مكتسبة من المحيطين بهم او من بعض المواقع الالكترونية... مما يدفع الطبيب المعالج الى توظيف جملة من الاستمالات الاقناعية في

اطار استراتيجيات منطقية لمخاطبة عقل المريض ومحاولة التأثير فيه وبالتالي فإنه يحتاج خلال تواصله المباشر بالمريض الى تقديم حجج وادلة وبراهين واحكام منطقية فيقدم:

- معلومات واحداث ووقائع لها اثر ملموس لدى المريض واقعيا.

- عرض الارقام (الاحصاءات والنسب المئوية) مثلا لحالات الاصابة وحالات الشفاء من مرض السرطان من خلال استخدام لغة الأرقام والاحصائيات التي تقنع وتؤثر في المريض المتلقي عكس تقديم معلومات دون براهين خاصة وان مرض السرطان اصبح مرض العصر واحصائياته هي الاكثر تداولاً كل سنة في محيط المؤسسات الاستشفائية.

- وهو كذلك ما تأكدت منه الباحثة خلال المحور الاول السؤال التاسع والعشرون في استمارة المقابلة كأداة تفسيرية لباقي الادوات البحثية في المرحلة الاستكشافية، فالطبيب اثناء اعلانه عن المرض يستعين بتلك بأرقام و نسب بهدف تجاوز حالات الهلع والخوف لدى مريض السرطان. مما يضع الطبيب القائم بالإتصال امام ضرورة بناء مقدمة لكل نتيجة اثناء اعلام المريض بنتيجة التشخيص اضافة الى نفي كل وجهة نظر مخالفة لوجهة نظر الطبيب مع حالة المرض وتشخيصه من خلال رسائل اقناعية دفاعية مدعمة منطقيا وهذا هو الغالب على الاستراتيجيات الإتصالية المستعملة اثناء الاعلان عن المرض من طرف الطبيب.

- وحسب ما يفسره نموذج برلو للعملية الإتصالية¹ فإن الطبيب بوصفه طرف فاعل في العملية الإتصالية يقوم بصياغة جملة من المعلومات حول المرض عموما ومراحل العلاج القادمة مع الاخذ بعين الاعتبار الانعكاسات المرغوبة وغير المرغوبة ونسبة نجاحها مما يقدم رسالة اتصالية تحقق اهدافها في اطار تأثير واضح بالسياقات المتعددة والظروف الشخصية والمهنية المحيطة به والتي تتحكم فيها عديد القدرات العقلية والحواسية والمهارات الإتصالية المختلفة المرتبطة به كقائم بالإتصال وبالمريض المتلقي الذي تتدخل كذلك في مدى فهمه واستيعابه لتلك المعاني عديد السياقات والظروف والمهارات الإتصالية مثل مهارة الإستماع والحديث.... هذا كله لتحسين عملية التكفل بمريض السرطان في مختلف مراحل المرض من الاعلان عن نتيجة التشخيص الى مرحلة العلاج والمتابعة.

1****- : للإطلاع أكثر :

الفصل الثاني من الاطار النظري ص153 من كتاب الاقناع الاجتماعي لعامر مصباح .

← النتائج المفسرة للسؤال الفرعي الثاني لإستراتيجيات الإتصال خلال الإجتماعات الإستشارية متعددة التخصصات RCP:

- استنتجت الباحثة فيما يخص هذا التساؤل الفرعي خاصة من عناصر الملاحظة التي تمت من خلال المشاركة مع الأطباء الاستشاريين متعددي التخصصات والمحور الثاني من استمارة المقابلة التي اكدت إن الإتصال بين الأطباء خلال تجمعهم في الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP مباشر ووجه لوجه يستخدمون فيه حواسهم الخمسة اي انهم خلال العمليّات الإتصالية يمزجون بين الإتصال اللفظي وغير اللفظي. مما يتيح للمشاركين في الاجتماع التفاعل فيما بينهم بخصوص العلاج المناسب لمرضى السرطان والتعرف على رجع الصدى لدى كل منهم اثناء المناقشات مع الأطباء المُستقبِلين. وهذا افضل اشكال الإتصال لما يوفره للطبيب القائم بالإتصال من فرصة للتعرف الفوري والمباشر على مدى تأثير استراتيجياته الإتصالية المقدمة اثناء الاجتماع بهدف تقديم التكفل العلاجي المناسب لمرضى السرطان ومن ثم تكون لهم الفرصة سامحة بتعديل الرسائل الإتصالية المقدمة مسبقا واعادة توجيهها لتحقيق الهدف المطلوب لتصبح اكثر وفاعليّة واقناع بين مجموعة RCP مما ينعكس حتميا على جودة الرعاية الصحية والتكفل العلاجي المقدم وذلك من خلال ميزة التفاعل بين اعضاء الجماعة الحاضرين.

- اكدت المعطيات الكمية المجمعة ان التفاعل بين الاطباء يخلق لنا تأثيرا انفعاليا متنوعا وهذا من خلال انتقال الرسالة المقدمة من الطبيب المتكفل بالحالة الى باقي الاعضاء الاستشاريين الذين يوظفون مهارات اتصالية عديدة خلال تفاعلهم اولها مهارة الإستماع ومهارة الحديث من خلال التزام القائم ب الإتصال بمراعاة وضوح الصوت واللغة .

- وقد استنتجت الباحثة كذلك ان التفاعل فيما بينهم يكون في حدود عدد الحاضرين بشكل شخصي اثناء الاجتماع خاصة مع عدم التزام عديد الأطباء بالحضور الدائم اضافة الى غياب بعض التخصصات بشكل نهائي عن مناقشات اجتماع RCP وتتميز العمليّات الإتصالية بين اعضاء الاجتماع بوحدة الإهتمام والمصلحة كذلك الالتقاء حول الاهداف العامة للمؤسسة مكان الدراسة كنسق كلي يعمل في اطار استراتيجية كبرى للنسق العام، خاصة وان الأطباء المشاركين يجمعهم تنظيم داخلي مشترك وسياقات وظروف مهنية مشتركة رغم اختلاف تخصصاتهم التي تعتبر اضافة ونقطة اجابية تدعم وتحسن قرار العلاج المقدم من كافة النواحي. كما ان فرصة الإتصال متاحة امام جميع المشاركين في كل المواقف الإتصالية بإستعمال

مختلف وسائل الإتصال الشخصي الممكنة من الرموز اللفظية الرموز اللفظية (اللغة، المفردات والصوت، وغير اللفظية مثل الايماءات والاشارات) الحركات الجسدية، والحواس التي يستعملها المتصل لنقل وتوصيل وشرح وتوضيح المعاني والافكار اثناء الاجتماع.

ويتم التفاعل فيما بينهم في حدود الاماكانات والقدرات الشخصية والمهنية المتوفرة لتحقيق الاهداف المنشودة من خلال تبني مهارات واستراتيجيات منطقية عقلية بمختلف اشكالها اثناء المناقشات العملية التي تغطي عليها الكثير من خصائص الإتصال الشخصي الواضحة مثل المرونة.

- وتدل مجمل الملاحظات على قوة تأثير القائم بالإتصال وتحكمه بإتجاه الرسائل المقدمة من طرفه مما ينتج عنه رجع صدى قوي من طرف المُستقبلين في اثناء الاقتراحات و المناقشة من طرف الاستشاريين متعددي التخصصات الذين يوظفون بدورهم استراتيجيات منطقية بإحترافية مهنية مبنية عن تجارب سابقة في التعامل مع حالات السرطان في وقت سابق تدعم بدورها لدى المريض من رؤية سابقة مقدمة من طرف الطبيب في شكل معلومات واستراتيجيات عقلية منطقية تحسن من مدى تجاوبه مع قرار العلاج المتخذ وتقبله وتبنيه والتعامل معه بهدف تخفيف عبء هذا المرض والتمكن من التصدي له رغم قلة الامكانات المسخرة والتعامل بما هو متوفر حاليا لتحقيق الاهداف المسطرة ولو بنسبة متقاربة مما يجب ان يكون.

- وعموما فقد استنتجت الباحثة ان الاستراتيجيات السائدة في اتخاذ القرار العلاجي المناسب للتكفل بمرضى السرطان هي استراتيجيات عقلية منطقية متنوعة الاساليب تتحكم فيها مهارات واستمالات اتصالية مختلفة ومقدمة في اطار قوالب علمية بحتة نادرا ما تمزج ببعض الاستراتيجيات العاطفية، وحتى وان كانت الاستراتيجيات الاتصالية موجودة فإن المبحوثين في المؤسسة محل الدراسة ينتهجونها اثناء نقاشاتهم وتفاعلهم بطريقة غير مخطط لها ودون وعي منهم بأهمية اتقان الأليات والتقنيات والاساليب الاتصالية خاصة منها المتعلقة بإستراتيجيات الإتصال الشخصي وهي الاستراتيجيات ذات التأثير القوي والمباشر اثناء الاجتماعات مما يساهم في تحسين عميات التكفل العلاجي المقدم للمرضى رغم اختلاف سياقاتهم وظروفهم وضعف الامكانات وسوء التنظيم والعمل على تجاوز مختلف المعوقات الاتصالية الموجودة.

← نتائج السؤال الفرعي الثالث حول إستراتيجيات الإتصال على مستوى خلية الإستماع

والتوجيه:

- تعمل خلايا الإستماع والتوجيه بمركز مكافحة السرطان على ضمان المرافقة والدعم النفسي لمرضى السرطان خلال عملية تقديم العلاج بمختلف اشكال واساليب الإتصال الشخصي المباشر بين المختص النفسي ومريض السرطان مع التأكيد على غياب توفير اي وسيلة اتصالية اخرى للتواصل بين خلية الإستماع والتوجيه والمرضى الوافدين مثلا من خارج الولاية.

- كما خلصت الباحثة الى عدم وجود خلية استماع اصلا وذلك بتصريح من المسؤولة ولهذا فإن المركز يحتوي فقط على وحدة بسيطة بالكاد تستطيع التكفل بالمرضى المعالجين في مختلف الاقسام يوميا على مستوى غرف العلاج وذلك لعدم توفر مكاتب خاصة بهم اصلا مما يتسبب في عديد المرات عائق اتصالي للمريض في مناقشة اموره الشخصية وعوائق اخرى تحول دون تكفل الطبيب بمريض السرطان كما يجب ان يكون بسبب عوائق مهنية عديدة متعلقة بالأطباء المعالجين وحساسية المختصين النفسانيين من اسلوب وطريقة التواصل معهم. اضافة الى بعض العوائق على مستوى بيئة المؤسسة مع الطاقم الشبه الطبي.

- كل هذه المؤشرات وغيرها تعتبر عناصر تشويش تمنع نجاح العمليات الاتصالية بين الطبيب والمريض، وبالتالي عدم تحقيق الهدف الرئيسي للنسق العام والنسق الكلي خاصة وان المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان والمقدم من طرف الوزارة الوصية يولي اهتمام كبير ودقيق بمريض السرطان وعملية التكفل المقدمة والمرافقة له خلال مراحل التكفل من اعلان وعلاج ومتابعة مع مراعاة التكفل النفسي والتركيز والتأكيد على دعم المريض خلال كل المراحل السابق ذكرها. لهذا فيمكن القول ان مختصي واطباء وحدة الإستماع يجتهدون كلما سمحت الفرصة لتحسين عملية التكفل من خلال تقديم كامل الدعم النفسي للمرضى بإستراتيجيات عقلية ومنطقية تسمح لهم بتزويد المرضى بالمعلومات اللازمة عن مرضهم وطريقة التعامل معه وتوجيههم للتعايش مع كل ما يواجههم في حياتهم من تغيرات وتأثيرات بعد تشخيص المرض والاعلان عنه من خلال تقديم رسائل اتصالية عقلية وقياس رجع الصدى الفوري على المريض من خلال تفاعله معه مما يسمح للطبيب بتعديل وتصحيح عديد الافكار والمعلومات لدى المريض من خلال استمالات اقناعية ذات تأثير قوي مدعمة بمعلومات وحجج وادلة منطقية عقلية يضمن من خلالها كسب ثقة المريض وتخفيف الضغط عنه بالنظر الى حساسية مرضه وتأثيراته السلبية وانعكاساته.

النتيجة العامة حول دور استراتيجيات الإتصال في تحسين عمليّة التكفل بمرضى السرطان على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - عناية :-

- لا يمكن تقديم تكفل جيد لمرضى السرطان في غياب وجود منظومة اتصالية متكاملة العناصر والوظائف على مستوى المؤسسة الاستشفائية ليؤدي فيها كل نسق فرعي دوره كما يجب. سواء من ناحية التخطيط والتسيير والتنظيم والتنسيق المرتبط بكل مراحل التكفل على مستوى شبكات العلاج المتوفرة على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC من تخطيط وتنظيم للاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP المتكفلة بقرارات العلاج ووحدة استماع متكفلة بعملية المتابعة النفسية للمريض او حتى على مستوى الإتصال الشخصي بين الطبيب ومريض السرطان وذلك في مدى تحكم الطبيب المعالج او الطبيب المتابع لوضعية المريض النفسية في مختلف استراتيجيات الإتصال الشخصي التي يتبناها ويتعامل من خلالها مع المريض في جميع مراحل المرض (الاعلان عن التشخيص النهائي وقرارات العلاج والمتابعة) كل ذلك ضمن ظروف مهنية وشخصية وسياقات إجتماعية وثقافية مختلفة..... تحكمها مخططات عامة كبرى مسطرة من طرف الوزارة الوصية.

- مما يجعل المركز الاستشفائي الجامعي يقف عاجزا امام تنفيذها بسبب كثرة المعوقات الاتصالية والتنظيمية والتسييرية على مستوى هياكله خاصة وان المؤسسة محل الدراسة لا تتمكن بما تحتويه من إمكانات بقيت فيها عديد المحاور والخطط التي يتضمنها المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2019/2015 دون تجسيد العديد منها على المستوى الميداني بالمؤسسة محل الدراسة رغم وجود اجتهادات عديدة ونقاط قوة كثيرة يمكن استغلالها للإشراف اوضاع تكفل افضل اهمها احتواء المركز الاستشفائي على كفاءات طبية ذات خبرة ومستوى عالي حاولت العمل على تحسين الوضع.

- الا ان واقع الظروف المهنية فيه يمنع من تحقيق تلك التوصيات التي سطرته الوزارة في مخطط افترض تنفيذه في مدة الخمس سنوات الماضية ورغم انقضاء هذه المدة إلا أن الوضع لا يرقى الى المستوى المطلوب وهذا في ظل الإهمال والإغفال الكامل للشق الاتصالي على مستوى المؤسسة في الشق التنظيمي والتسييري من جهة ومن جانب التفاعلات العلائقية والتأثيرات الخاصة بين المريض والطبيب خاصة في ظل عدم العمل على تكوين الأطباء في الشق الإتصال الشخصي والحث على زيادة الوعي لديهم بهذا الجانب وكيف

انه يجب التحكم في مختلف استراتيجيات الإتصال الشخصي بشقيها المنطقي والوجداني بهدف تسهيل التواصل والتحكم والتأثير في المريض لتحسين نوع التكفل بمرضى السرطان من خلال تفعيل الإتصال بكل انواعه واستراتيجياته على مستوى شبكات العلاج المرافقة لمرضى السرطان واقناعهم لخلق سلوك ايجابي والتي تعاني عديد المشاكل الإتصالية على مستوى مركز مكافحة السرطان CAC بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - عناية - .

- خلاصة الإطار الميداني للدراسة:

درست الباحثة الجانب الميداني من خلال مرحلتين أساسيتين:

المرحلة الاستطلاعية والاستكشافية للدراسة والتي شملت:

- استعمال المقابلة مع المسؤول الادري عن النشاطات الطبية والتمريضية بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة- المتعلقة بالاستراتيجية الإتصالية التسييرية.

- مقابلة مع مسؤولة خلية الإستماع هدفت من خلالها الى التعرف على كيفية العمل داخل الوحدة واهم الاستراتيجيات والاليات الإتصالية المستعملة..

-وكإجراء استكشافي اخر صممت الباحثة شبكة ملاحظة تضمنت عناصر مختلفة شملت عديد السياقات المرتبطة بإجتماعات RCP على مستوى الاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات المسؤولة عن قرارات العلاج لمرضى السرطان وذلك من خلال مشاركتها في اكثرمن اجتماع والخروج بعديد النتائج اهمها التنوع في استراتيجيات الإتصال المنطقية وتوظيف عديد المهارات الإتصالية اثناء مناقشة ملفات مرضى السرطان للخروج بأفضل تكفل علاجي للمريض في حدود الامكانيات المتوفرة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة-.

أما المرحلة الثانية لدراسة الجانب الميداني فقد كانت مرحلة تفسيرية:

فقد وزعت الباحثة استمارة مقابلة تشمل 53 سؤالاً موزعة على 3 محاور رئيسية مرتبطة مباشرة بمراحل التكفل بمرضى السرطان من الاعلان عن المرض الى العلاج من خلال قرارات RCP والمتابعة وقد شملت عينة مكونة من 40 طبيب معالج على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة- وقامت بتحليل اجاباتهم بهدف تفسير النتائج المتوصل لها سابقا والتحقق منها. وقد استنتجت الباحثة من خلالها ان الأطباء في المؤسسة محل الدراسة ليس لديهم التمكن المطلوب من مهارات وأليات الإتصال بأنواعه خاصة منها الاتصال الاقناعي واستراتيجياته المتنوعة بين المنطقية و الوجدانية المستعملة وانما يمارسون بعض الاستراتيجية في اطار الاتصال الثنائي و الجماعي بطريقة ضمنية غير مخطط لها.

المخطط الاتصالي:

وبناءً على النتائج المتوصل إليها تم إستكمال بناء الخطوات اللازمة من أجل بناء مخطط اتصالي يحقق أهدافه بكل فعالية:

وبعد النتائج المتوصل إليها من خلال مرحلة التحقيق وبما ان المخطط الاتصالي هو بمثابة أداة لتحديد مخطط مرشد وموجه للاتصال على مدى قصير ومتوسط وطويل يتميز بكونه واضح محدد ودقيق ويتم إقتراحه ضمن خطوات منطقية:

الأحداث ومن خلالها قامت الباحثة بقراءة تحليلية للوضع الصحي المتعلق بإستراتيجية عملية التكفل بمرضى بمرضى السرطان من مرحلة الاعلان عن التشخيص الى التكفل العلاجي من خلال اجتماعات RCP الى الرعاية النفسية و المتابعة المقدمة من طرف خلايا الاستماع ، كل هذا من جانبه الاتصالي الانساني على ضوء محاورالمخطط الوطني لمكافحة السرطان 2019/2015، إنتقالا الى الأهداف المطروحة وقائمة الرهانات التي حالت دون تحقيق التكفل الأمثل بمرضى السرطان على مستوى المؤسسة محل الدراسة خاصة منها تلك المتعلقة بالشق الإتصالي بين المريض والمؤسسة العلاجية بشكل عام ، وبين المريض وشبكات العلاج المتوفرة.

تحديد المشكل الإتصالي:

يعرف المشكل الاتصالي كما سبقت الإشارة في الشق النظري على أنه تلك الفجوة بين الوضعية الحالية والوضعية المرغوبة وعليه يمكن تحديد المشكل الإتصالي من خلال ما يلي :

أ/ تشخيص الوضع الإتصالي:

من خلال تشخيص الوضع الاتصالي بإبراز الأساليب والطرق الاتصالية التي يعتمدها مركز مكافحة السرطان CAC على مستوى المستشفى الجامعي إبن رشد - عناية - .

ويمكن تقييم الوضع الاتصالي للمؤسسة محل الدراسة وشبكات العلاج المتوفرة على مستواها من منطلقين:

الأول:

من منطلق نقاط القوة نجد ان المؤسسة لها عديد العوامل الهامة المساعدة على تقوية الاتصال الداخلي ومنها:

جو العمل الذي يحتوي على عديد الممارسات التي ترفع من تماسك وقوة العلاقات الاتصالية بين الأفراد العاملين حيث تبرز بيئة اتصالية ذات علاقات انسانية اجتماعية مهنية طيبة ذات مرونة في التواصل .
والملاحظ ان الاتصال الرسمي واللا رسمي يبرزان بشكل متقارب ومتوازن على مستوى الاطباء والمهنيين الاداريين وطاقم الشبه الطبي.

الثاني:

من منطلق نقاط الضعف فإن المركز CAC يعاني عديد الثغرات والإختلالات في النظام الاتصالي الرسمي خاصة المتعلقة بالمعلومات اللازمة و التقارير المرفوعة الى الادارة العليا للمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة - بحكم التبعية الشاملة للمركز وطاقمه البشري والامكانيات المادية والخطط التسييرية، اضافة الى غياب عديد الأنشطة الاتصالية المرتبطة بشق التوعوية، و بالأهمية التواصلية والمتعلقة بالاستراتيجيات الاتصالية التي تحسن من عملية التكفل بمرضى السرطان في المراحل الثلاثة (الاعلان-العلاج-المتابعة)، كذلك غياب فعالية خلية الاتصال او ما يتعلق بمعالجة النزاعات بين فاعلين في معظم الاوقات ، مع ضعف حاد في النشاط الاتصالي الموجه لطاقم الشبه الطبي فيما يتعلق بعملية تكفلهم بمرضى السرطان وكيفية التواصل معهم واحترام خصوصية وضع هذه الفئة من الناحية الجسمية و النفسية على حد سواء. وكذلك ضعف الوعي الاتصالي لدى الأطباء المتكفلين بالمرضى السرطان من حيث التمكن والادراك بإستراتيجيات الاتصال التي يجب استغلالها في كل مرحلة من مراحل الاحتكاك بمرضى السرطان واقناعهم بإختلافها من مريض لآخر كل حسب سياقه الاجتماعي والثقافي والديني وخصوصية وضعه حتى يوفق الطبيب في اختيار الاستراتيجيات الاتصالية المناسبة في عملية تواصله معه وبالتالي تحقيق نسبة النجاح الاكبر في علاج الورم وتخفيف المعاناة على المريض في كل مرحلة من مراحل العلاج.

موضعة المشكلة:

في محاولة لموضعة المشكلة سيتم فصل الوضعية المقلقة وتبسيطها ، وذلك من خلال ان المشكل الرئيسي في المؤسسة محل الدراسة يتمثل في ضعف النشاطات الاتصالية الهادفة للتوعية بدور إستراتيجيات الإتصال

في تحسين نوعية التكفل المقدمة لمرضى السرطان خلال مراحل المرض الثلاثة (الاعلان -العلاج-المتابعة) وكيف يؤثر الإتصال على علاقة الطاقم الطبي والشبه الطبي والمهني بمختلف شبكات العلاج والامكانيات المتوفرة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ومرضى السرطان الوافدين من عديد ولايات الشرق الجزائري ومستوى الخدمات العلاجية المقدمة.

• **مكونات المشكل:**

• **تحديد الفئة:**

خلال بناء هذا المخطط سنستهدف المسؤولين المسيرين والطاقم الطبي المسؤول على العلاقة العلاجية مع مرضى السرطان وشبكات العلاج المتوفرة بالمؤسسة محل الدراسة. وذلك لعدة إعتبارات أهمها ان هذه الفئة هي المسؤولة عن كل ما يخص عملية التكفل بمرضى السرطان وهم قادة الرأي المسيرين والمتحكمين في نوعية التكفل المقدمة لمرضى السرطان من خلال شبكات العلاج المتوفرة على مستوى المؤسسة محل الدراسة .

• **مجال المشكل و حدوده:**

من خلال التشخيص المعتمد للبعد الاتصالي الداخلي وإستراتيجيات الاتصال الشخصي والاقناعي المستعملة في عملية التكفل بمرضى السرطان نجد ان المشكل الاتصالي على الصعيد الداخلي للمؤسسة وموردها البشري من مهنين وأطباء معالجين وبالضبط:

إختلال النظام الإتصالي بين الإدارة الدنيا والوسطى والعليا مما له عديد الإنعكاسات السلبية على مواعيد وملفات نظام مراحل التكفل بمرضى السرطان خاصة مع ارتفاع عددهم، اضافة الى إهمال الشق الاتصالي بمختلف أبعاده خاصة متعلقة برفع مستوى الوعي لدى الاطباء والطاقم الشبه الطبي والاداري بمدى حساسية عملهم وأهمية إتقان المهارات الاتصالية اللازمة في التعامل مرضى السرطان.

ب) تحديد المشكل:

مما سبق كتفصيل للظاهرة فالمشكل الذي تعاني هو بالإساس مشكل معرفي واتجاهي وسلوكي يتمثل الأول في عدم معرفة اطارات المركز الإستشفائي والأطباء المعالجين وباقي عناصر فريق العمل المتكفل بمرضى السرطان للدور الفعال الذي تقدمه مهارات و تقنيات وإستراتيجيات الاتصال اذا تم إستغلاله في عملية التواصل والتكفل بمرضى السرطان خلال المراحل الثلاثة، وهذا المشكل الإتصالي يعود الى ضعف الانشطة الاتصالية مثل: الدورات التكوينية والايام التحسيسية ومشاركة الافكار والحلقات التكوينية... الموجهة للطاقم الطبي والشبه الطبي المسؤول عن العلاج وهو ما يخلق نوع من التباعد وعدم الثقة بين الطبيب والمريض بشكل خاص وبين المرضى و المركز الاستشفائي بشكل عام.

أما المشكل الاتجاهي فيبرز من خلال غياب التفاعل بين الادارة العليا و الطاقم الطبي المعالج من خلال عدم توفير الامكانيات المطلوبة رغم وجود كفاءات بشرية تعمل على الاجتهاد الشخصي في تقديم التكفل الافضل خلال مراحل المرض الثلاثة سواء على الصعيد الشخصي بين الطبيب والمريض خلال الاعلان عن المرض، او خلال اختيار قرارات العلاج المناسبة في اجتماعات RCP او حتى على مستوى خلايا الاستماع والتوجيه لتقديم المتابعة النفسية لمرضى السرطان وتهيأتهم لتلقي العلاج و المرور بمختلف مراحل العلاج. وقد ينعكس هذا المشكل الاتجاهي ليخلق مشاكل سلوكية لها ابعاد اعمق لاحقا على مركز مكافحة السرطان CAC وعلى صورة المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عناية ككل، خاصة في وأن المخططات الحكومية تقدم الاولوية في مختلف استراتيجياتها لتحسين حياة المريض والتقليل من نسبة الوفيات المرتبطة بمرض السرطان.

• تحديد أهداف الإتصال:

أ/ طبيعة الأهداف:

يتميز الهدف الأساسي من هذا المخطط الاتصالي **بالطابع القصدي** حيث ان الباحثة بصدد معالجة موضوع دور إستراتيجيات الاتصال في تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان، من خلال خلق تخطيط وأليات إتصالية مناسبة للتحسين عملية التكفل وتخفيف الضغط على مريض السرطان بتبني استراتيجيات

اتصالية مناسبة في كل مرحلة تتناسب وخصوصية السياق الاتصالي للمريض، حتى ننقل إحتياجات شبكات العلاج في الشق الاتصالي الى الهيئة الادارية التسييرية المسؤولة.

فالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة- كمنسق إتصالي عام يحتوي عديد الأنساق الفرعية ومنها مركز مكافحة السرطان CAC يعمل على تقديم خدمات صحية متفرقة تحتم على الطاقم الطبي ذات الصلة المباشرة مع مرضى السرطان ان يكونوا على دراية تامة بمهارات الإتصال الشخصي والإقناعي لتقديم تكفل أفضل لمرضى السرطان.

ومنه دور المخطط الاتصالي المقترح هو تقديم ميكانيزمات في اطارالبعد الاتصالي الذي يسمح بتحقيق الهدف الرئيسي وهو الوصول الى حلول اتصالية ذات فعالية لتحسين التكفل بمرضى السرطان من خلال امتلاك مراكز مكافحة السرطان CAC لطاقم طبي وشبه طبي متحكم في استراتيجيات الاتصال ومهاراته وتقنياته وحسن التمكن في مرونتها التي تخلق تنوع في إستعمال الإستراتيجيات بإختلاف سياق كل مريض من المرضى الوافدين للمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة- وبالتالي تقديم التكفل العلاجي المناسب.

• مستويات الأهداف:

ونقصد بها إبراز أهم الأبعاد التي سيركز عليها المخطط الاتصالي وماهي الآليات المعتمدة في ذلك:

ويركز المخطط الاتصالي اساسا على كيفية توظيف الاتصال الفعال والاستراتيجيات المناسبة لتحقيق الهدف الرئيسي وهو تمكن الطاقم الطبي المتكفل بمرضى السرطان من تقديم التكفل المناسب على مستوى شبكات العلاج من خلال الاستغلال الأمثل لإستراتيجيات الإتصال الثنائي في علاقة الطبيب والمريض وكذلك استراتيجيات الاتصال الجمعي خلال اختيار القرار العلاجي المناسب.

وهذا المخطط يتضمن رسالة موجهة الى الطاقم الطبي والشبه الطبي إضافة الى مسيرين الموارد البشرية المسؤولين في إختيار عمليات التكوين ومضمونها على مستوى المؤسسة الاستشفائية وهذامن خلال:

- ❖ زيادة التوعية بالجانب الاتصالي بمختلف انواعه ودعمه بالفهم الصحيح لإستراتيجيات الاتصال الشخصي والجماعي والاقناعي.
- ❖ توفير بيئة عمل بمؤشرات وابعاد اتصالية فعالة تسمح بتحسين عملية التكفل المقدمة لمرضى السرطان الوافدين الى المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة- سواء على مستوى الاتصال الثنائي بين الطبيب ومرضى السرطان أو على مستوى الاتصال الجمعي بين الطبيب وفريق الاخصائيين فيما يخص قرارات العلاج المقدمة او حتى بين الطاقم الطبي والشبه طبي والادارة المسيرة على مستوى المستشفى.
- ❖ لفت الانتباه و الوعي على مستوى ادارة المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عنابة الى أهمية الاتصال في التخطيط الجيد لمواجهة مختلف الاختلالات التي تواجهها في عملية التكفل الخاصة بفئة مرضى السرطان خلال مراحل العلاج الثلاثة (الاعلان -العلاج -التكفل).

• الجمهور المستهدف:

المقصود بالجمهور المستهدف هو المجموعة المتجانسة من افراد الذين توجه لهم الرسالة الاتصالية. وبما ان تحديد الجمهور المستهدف مرحلة سابقة لكل نشاط اتصالي وأساسية لتصميم الخطط الاتصالية وبالتالي فإنه وكما سبقت الاشارة إلى ان الجمهور المستهدف في هذا المخطط الاتصالي هو الجمهور الداخلي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة- حيث ان هذا العمل موجه الى المسؤولين داخل المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد **بطريقة قصدية** وهم كالاتي:

- مسؤول الموارد البشرية.
 - رؤساء الاطباء والأطباء المعالجين.
 - الطاقم الشبه طبي.
- حيث انه سيحمل احتياجات الشق الاتصالي فيما يخص الاستراتيجيات الاتصالية المرتبطة بعملية التكفل المقدمة لمرضى السرطان بهدف تحسين حياة هذه الفئة من المرضى.

• **المحور الاتصالي:**

يشكل المحور الاتصالي الفكرة القاعدية القائمة للمخطط الاتصالي التي سيبني حولها كل الرسائل الاتصالية .

ومن خلال هذا المخطط الاتصالي المقترح تم تبني محور أساسي متمثل في ابراز دور استراتيجيات الاتصال المختلفة كعنصر فعال في تحسين عملية التكفل بمرضى السرطان.

حيث ان اختيار التعامل مع هذا المحور دون غيره كان بغرض التوصل الى الاستراتيجيات والمهارات والتقنيات والوسائل الاتصالية المناسبة للتحسين نوعية التكفل بمرضى السرطان. في اطار متغيرات من بينها المشكل الاتصالي، الاهداف الاتصالية، الجمهور المستهدف بالرسالة الاتصالية، المقاربة والميزانية واخيرا عملية التقييم.

• **المقاربة الاتصالية:**

حتى يتم تحديد المقاربة المناسبة علينا اتباع احد نماذج التأثير والنموذج الملائم هنا حسب المشكل الاتصالي المطروح هو نموذج داغمار الذي يشير الى وجود مجموعة من الخطوات العقلية تؤدي في النهاية الى إمتثال الجمهور المستهدف للسلوك الايجابي وهي: الادراك، الفهم، وتكوين الصورة الذهنية، الاقتناع، وتكوين الاتجاه، ثم السلوك. والهدف من هذا النموذج هومهمة اتصالية يسعى الى تحقيقها لدى جمهور معين وقت محدد.

أما عن المستوى الذي نعمل عليه من خلال خطوات هذا المخطط الاتصالي المقترح فهو الاقتناع وتكوين الاتجاه ذلك لأن المشكل الاتصالي ذو **بعد موقفي**.

استنادا للمشكل الاتصالي الذي تم تحديده فالمقاربة الملائمة هي مقاربة خلق موقف إيجابي، حيث تسعى هذه المقاربة الى تغيير ذهنيات الجمهور المستهدف بهدف خلق موقف ايجابي اتجاه المؤسسة نظرا للمواقف السلبية لدى المسيرين والاطباء وفريق العلاج داخل المركزالاستشفائي ابن رشد -عنابة - وذلك بسبب القصور الموجود في فعالية الاتصال من عديد الجوانب:

- نقص في الوسائل الاعلامية الداخلية خاصة مثل مجلات او كتيبات المركز الإستشفائي.
- ضعف التكوين والوعي المباشر بإستراتيجيات الاتصال سواء منها الإتصال الشخصي أو الاتصال الجمعي اضافة الى عدم التمكن والتحكم في بعض مهارات الاتصال وتقنياته التي تساهم بشكل مباشر في تحسين البعد العلائقي بين الطبيب ومريض السرطان.
- ضعف الانشطة الاتصالية المساعدة على خلق بيئة عمل فعالة وايجابية لدى الطاقم الطبي والشبه الطبي المعالج.

أما فيما يخص تقنية المتبعة و المناسبة للطرح المقدم فقد تم اختيار التقنية التالية:

✓ تقنية الإلتزام البسيط:

وتكون من خلال العمليات الاتصالية التي تميل للإقناع وأهمها الاتصال الشخصي لأنه يكون دون وساطة ويتطلب مشاركة العامل وهي التقنية الأكثر فعالية وتبنى على المواقف الموجودة سابقا و العمل على تغييرها لخلق مواقف و سلوكيات اكثر ايجابية من خلال برمجة استغلال مجموعة اساليب وتقنيات وتلقين مهارات واستراتيجيات إتصالية هي الأنسب للجمهور المستهدف في الدراسة حتى يتمكن من التحكم في استراتيجيات و مهارات الاتصال و تقنياته ويحسن من توظيفها في عملية التكفل بمرضى السرطان خلال المراحل الثلاثة الاعلان-العلاج-المتابعة.

✓ بناء وتصميم الرسالة الاتصالية:

- حسب MC guire¹ لكي تتمكن من الوصول بأهدافها لابد وان تتبع المراحل التالية:
- امكانية عرضها على الجمهور المستهدف.
 - جذب الإنتباه مع شرط ان تكون الرسالة مميزة وفيها نوع من الابداع ، كما يجب ان تكون مفهومة، ومقبولة وسهلة الحفظ وأن تختار كلمات خفيفة وسهلة.

1 *** للمزيد من المعلومات اطلع على: مراحل الخطة الاتصالية في الفصل الثاني من الاطار النظري.

ولكل رسالة محور اتصالي وجمهور معين وهدف وكل رسالة مرتبطة بعروض واحدة ومهمة واحدة.

✓ إعداد الرسالة:

تكون الرسالة موجهة الى فئة من المسيرين داخل ادارة المركز الاستشفائي وفئة من الأطباء المسؤولين عن التكفل العلاجي. وفئة من المكفّلين من الطاقم النفسي و الطاقم الشبه طبي وذلك بوصفهم المسؤولين المباشرين في عملة التكفل بمرضى السرطان وفق امكانيات مادية وبشرية معينة تهدف الى تجاوز العجز الاتصالي الموجود في البعدين التنظيمي و العلائقي الاول على مستوى الادارة الوصية و الاطباء والبعد الثاني المرتبط بعلاقة الأطباء ومرضى السرطان. من خلال انشاء قاعدة اتصالية تشمل كل الفئات المعنية بتحسين عملية التكفل مع مراعاة خصوصية الفئة وتمير الرسالة بطريقة سهلة وواضحة وناجعة تراعي كافة السياقات والجوانب الثقافية والفكرية للمتلقين.

✓ محاور الرسالة:

عمدت الباحثة بعد تشخيص المشكل الاتصالي وتحديد الاهداف والجمهور المستهدف إلى تقديم رسالة في ثلاثة (03) محاور رئيسية مرتبطة بالمستويات الثلاث لدى نموذج داغمار كما يلي:

* المحور الأوّل:

التركيز على المستوى الادراكي لفهم الظاهرة المطروحة من خلال لقاءات دورية أو دورات تكوينية لتقديم وتوضيح اهمية استراتيجيات الاتصال و الاتصال عموماً في خلق بيئة مهنية ذات فعالية تنعكس بالايجاب على سير العمل في المركز الاستشفائي.

* المحور الثاني:

تقديم استراتيجيات الاتصال وتوضيح أنواعها وأهميتها وضرورة تباين استعمالها والتحكم فيها من سياق الى آخر. وضرورة حسن انتقاءها في حالة الاتصال الثنائي وجعلها

أكثر مرونة في توظيفها اثناء الاتصال الجماعي لتحقيق الهدف الرئيسي وهو تحسين عملية التكفل بمريض السرطان بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - عنابة.

* المحور الثالث:

التركيز على تقسيم استراتيجيات الاتصال الاقناعي لدى الجمهور المستهدف وهذا بسبب تجاهل هذا النوع من الاتصال لدى فئة الجمهور المستهدف، فمن خلال عملية التشخيص اتضح ان التركيز فقط يكون على عملية تقديم العلاج الطبي بالإمكانات المتوفرة مع عدم تقديم الاهمية أو الأولوية لسلوك المريض ومدى تقبله للمرض والمعلومات والنصائح المقدمة مما أوجب:

- لفت الانتباه الى الاستراتيجيات المنطقية (العقلية) في الاتصال الاقناعي.
- ثم لفت الانتباه الى الاستراتيجيات الوجدانية (العاطفية) في الاتصال الاقناعي
- كذلك لفت الانتباه والتعريف بمهارات الاتصال والتواصل اللفظي والغير لفظي كحتمية للتعامل مع مريض السرطان كحالة خاصة وجب الإلمام بالشق الاتصال في التعامل معه كضرورة في استكمال العلاج وشرط لنجاح عملية التكفل الشاملة.
- ◀ ومن خلال المحاور الثلاثة يكون العمل على مستوى الاتجاه لخلق سلوك وموقف ايجابي تجاه الرسالة المقدمة لتبني الشق المعرفي منها واستغلاله وترجمته في عديد السوكات مع المرضى خلال تقديم عملية التكفل لمريض السرطان.

✓ مرحلة اختيار الوسيلة الاتصالية:

بالنظر الى طبيعة المشكل الاتصالي وفئة الجمهور المستهدف وهو الجمهور الداخلي للمؤسسة وبالاطلاع على وسائل الاتصال التنظيمي المتعددة والتي سبق التطرق اليها في الفصل النظري فإن الباحثة تقترح على الادارة الوصية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - عنابة- اختيار وسيلة اتصال رسمية مباشرة تخدم الطرح الجيد لموضوع

الرسالة وذلك لما للإتصال المباشر من تغذية راجعة ايجابية وحسن تحكم في المعلومات وإثراءها وتعديلها لدى المتلقى وذلك خلال فتح الباب امام دورات تدريبية حضورية وكذلك من خلال تقنيات التحاضر عن بعد للطاقم الطبي والشبه الطبي في المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد -عنابة -، أو حتى من خلال سلسلة حلقات مصورة حول استراتيجيات الاتصال ومهاراته في مجال التكفل بمرضى السرطان كوسيلة داعمة بهدف تحسين عملية التكفل من خلال العمل على تكوين الطاقم في الجانب الاتصالي وبالضبط إستراتيجيات الاتصال كما سبقت الاشارة في محاور الرسالة الاتصالية للتعرف على حتمية التحكم في الاتصال واستراتيجياته ومهاراته المتحكمة في البعد العلائقي بين الطبيب والمريض.

✓ التوقيت:

فيما يخص التوقيت تقترح الباحثة مدة ثلاث ساعات في الفترة الصباحية و ساعتين في الفترة المسائية لمدة 4 اسابيع قابلة للتمديد حسب عدد الافواج المرشحة للتكوين حتي لا تكون هناك عرقلة في سير العمل خاصة مع حساسية عمل الاطباء والتزاماتهم.

✓ الميزانية:

وتكون عموما حسب الامكانيات التي توفرها المؤسسة.

✓ التنفيذ:

ويكون بمجرد تصريح الموافقة من الإدارة المسؤولة وإعلانها لتوقيت ومكان يناسبها.

✓ التقييم والمتابعة:

وتتم على المستوى القريب في فترة تقديم الدورات التكوينية وتتبعكس على المدى البعيد في البعد العلائقي و حتى التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - عنابة - لانعكاسات الثقافة الاتصالية على كل السياقات والأنساق الفرعية ومنها شبكات العلاج مما يخلق تفاعلاً إيجابياً وإثارة سلوكيات جيدة في النسق العام.

طبيعة المشكل: معرفي + اتجاهي + سلوكي

الجمهور الفريق الطبي المعالج

الهدف العام: تسخير استراتيجيات الاتصال المختلفة لتحسين التكفل بمرضى السرطان

<p>الهدف الفرعي الثالث:</p> <p>تفعيل خلايا الاستماع لدعم المرضى والمتابعة النفسية</p>	<p>الهدف الفرعي الثاني:</p> <p>الاتصال الجماعي لتحسين التواصل بين الاطباء في الاجتماعات الاستشارية لاتخاذ العلاج المناسب</p>	<p>الهدف الفرعي الأول:</p> <p>الاتصال الشخصي لتحسين التواصل بين الطبيب والمريض اثناء الاعلان عن المرض مع الاخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي والاجتماعي للمريض.</p>
<p>الوضعية الحالية:</p> <p>تفعيل استراتيجيات منطقية عقلية</p>	<p>الوضعية الحالية:</p> <p>غياب فعالية إستراتيجيات الاتصال الاقناعي</p>	<p>الوضعية الحالية:</p> <p>تفعيل بعض مهارات الاتصال و استراتيجيات المنطقية ضمناً دون الاحاطة بدور ومدى تأثيرالشق الإتصالي</p>
<p>الاستراتيجيات الاتصالية المقترحة:</p> <p>- تفعيل المهارات الاتصالية وتنوع استراتيجيات الاتصال الاقناعي و التحكم فيها حسب السياقات المختلفة للمريض بهدف خلق متابعة ناجحة تسمح بتخفيف الضغط على مريض السرطان مع توفير الوسائل اللازمة لتفعيل خلايا الاستماع</p>	<p>الاستراتيجيات الاتصالية المقترحة:</p> <p>- برامج وخطط اتصالية لتحسين فعالية الاتصال الجماعي وتطوير استراتيجيات الاتصال لإختيار وتقديم العلاج الامثل لمريض السرطان.</p>	<p>الاستراتيجيات الاتصالية المقترحة:</p> <p>- دورات تكوينية مع الاطباء في مجال إستراتيجيات الاتصال الاقناعي بهدف خلق سلوك ايجابي لدى المريض لتحسين العلاقة مع الطبيب اثناء الاتصال المباشر والاستجابة للعلاج على المستوى: المنطقي و الوجداني.</p>

المطلوب:

الاستراتيجيات الاتصالية المقترحة على التنظيم:

- تفعيل وتسهيل قنوات الاتصال بين مختلف الانساق الفرعية داخل المركز الاستشفائي مع العمل على البحث والتطوير لتقديم خطط اتصالية وصياغة موائيق واخراج لوائح وقوانين وقرارات ودورات تكوينية ... تتعكس على مستوى التكفل المقدم لمريض السرطان.

خَاتِمَةُ الدِّرَاسَةِ

✓ خاتمة الدراسة:

مرض السرطان من أخطر وأكثر الأمراض التي امست تهدد امن واستقرار التنمية الصحية والامن الصحي العالمي في كل بلدان العالم خاصة منها دول العالم الثالث بصفة خاصة. والجزائر كغيرها من دول العالم تحاول جاهدة التعامل مع هذا المرض والتصدي له خاصة امام الارتفاع الهائل لعدد الاصابات سنويا، مما اثقل كاهل الحكومات المتعاقبة منذ الاستقلال الى يومنا هذا، خاصة وان قطاع الصحة في الجزائر يعيش عديد الازمات والمشكلات التي طالما كانت عائق وحاجز لتنفيذ مختلف البرامج الوطنية والمخططات العالمية التي تطمح الى تحسين الوضعية الصحية في كافة نواحي قطاع الصحة العمومية.

وبالنظر الى التكاليف الباهضة التي تخصصها الحكومة لاقتناء الادوية والمعدات وتجهيز المؤسسات الاستشفائية بهدف تحسين التكفل بفترة مرضى السرطان، الذي ارتفع عددهم بشكل جد مخيف في الاونة الاخيرة سارعت الوزارة الوصية الى وضع خطط تنفذ على مستوى المؤسسات الاستشفائية تحتتم عليها استغلال كل الاليات وتوظيف كل السبل التي من شأنها تخفيف العبء في سبيل توفير ما يلزم لتقديم التكفل الافضل بمرضى السرطان خاصة ما يرتبط منها ب الإِتِّصال الإجتماعي وو الإِتِّصال الصحي والعمومي في قطاع الصحة العمومية لمواجهة انعكاسات هذا المرض والتوعية به والوقاية منه لتحقيق التنمية الصحية. الا ان كل الجهود المقدمة مازالت تعاني من عدم اكتمال بسبب عجزها عن تحقيق اهدافها العامة المسطرة في كل مرة لعدم توفر البيئة الخصبة المناسبة لتنفيذ تلك المخططات والبرامج الإتصالية بألياتها المتعددة في مجال الصحة العمومية مما يؤكد على الباحثين حتمية الاطلاع على هذا الواقع من خلال دراسات كثيرة في مختلف التخصصات للنهوض بهذا القطاع وتحسينه الذي سينعكس بالضرورة على ميادين الحياة الصحية والإجتماعية للأفراد.

وبالتالي فإن ترشيد التسيير في هذا القطاع الحساس الذي طالما اثبتت الازمات المتتالية له واخرها ازمة انتشار فيروس كورونا COVID19 عن عجزه في التخطيط الاستراتيجي والتنظيم التسييري لمؤسساته وهياكله المختلفة عن عدم التكافى بين الخطط المقدمة على مستوى الادارات العليا وامكانيات تنفيذها على مستوى هياكل المؤسسات الاستشفائية، ويرجع هذا بالاساس الى التعامل والتشخيص الخاطى للوقائع والسياقات والمعلومات الطارئة على مستوى بيئة المؤسسة الداخلية والخارجية، اضافة الى ضعف قنوات

الإتصال الرسمية وتزويد الادارة العليا بمعلومات غير كاملة مما يسبب وقوع عديد الازمات التسييرية لاحقا اثناء تقديم مخططات لمواجهة الوضعية الراهنة في زيادة الاصابات مثل بمرض السرطان.

لذا اتجهنا الى تشخيص واقع تنفيذ وتجسيد مختلف الاستراتيجيات الإتصالية التي وردت في المخطط الوطني الخماسي لمكافحة السرطان 2019/2015 على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة- بمختلف آلياته التي وضعها مركز مكافحة السرطان بهدف تقليص عدد الوفيات وتحسين عمليّة التكفل المقدمة من طرف الأطباء المعالجين والعمل على جودة الخدمة الصحية من ممتهني الصحة بالمركز خاصة مع التغيرات المتسارعة التي طرأت على كافة الميادين في الجزائر ومجال الصحة العالمي ككل سواء في الجانب العلمي او الاقتصادي او التكنولوجي... والاستغلال المحتشم جدا على مستوى المؤسسة محل الدراسة للفرص المتاحة لها وما تتوفر عليه من نقاط قوة خاصة في مجال الموارد البشرية لتحقيق الاهداف الرئيسية للمخطط الوطني.

وقد كشفت هذه الدراسة من خلال مجموعة ادوات استطلاعية واخرى تفسيرية ان المؤسسة محل الدراسة تعاني من عديد نقاط الضعف التي يجب ان تعمل على تجاوزها من خلال الاستثمار في الاستراتيجيات والتقنيات الإتصالية التي تحسن من عمليّة التخطيط والتسيير لضمان جودة الخدمة الصحية المقدمة اثناء التكفل بمرضى السرطان وذلك لان اي خلل على مستوى الانساق الفرعية التي تمثل عناصر العمليات الإتصالية المؤثرة في نجاح عمليّة التكفل من طرف اطباء وطاقم الادارة والطاقم شبه طبي سيكون سبب ونتيجة حتمية لعدم تحسين عمليّة التكفل المقدمة على مستوى مركز مكافحة السرطان وشبكات العلاج المتوفرة فيه لان نجاح العمليات الإتصالية يكمن في تفاعلها الايجابي وسيورتها الدائمة وتأثيراتها المتبادلة مع جميع الانساق والسياقات المحيطة اثناء تقديم التكفل للمرضى.

ومن خلال ما تم التطرق له في كافة مراحل البحث نؤكد على حتمية التكامل بين المجال الصحي والإتصالي كضرورة قصوى لأن الإتصال كأحد ركائز وهم اساسيات الحياة البشرية له اهمية كبيرة في في المؤسسات الاستشفائية لتحقيق التواصل الناجح مع المريض وزيادة الوعي الصحي والعمل على تحقيق تعبئة كافية للرقى وللتعامل مع المرضى من خلال مهارات اتصالية تسمح بتحقيق تفاعل ايجابي معهم كجمهور خارجي طالب لخدمة الرعاية الصحية مما يحتم على القائمين الحاليين في المؤسسة ضرورة الانتباه الى اهمية تطبيق وتجسيد الإتصال لزيادة الوعي لدى جميع المعنيين في قطاع الصحة من مهنين واداريين

وأطباء بهدف تجاوز مختلف العوائق الموجودة في المؤسسة وتفعيل جميع أنواع الإتصال لتحقيق تكفل متكامل بين شبكات العلاج لمريض السرطان.

وانتهت الدراسة بتصميم خطة اتصالية استندت الباحثة في تصميمها على التشخيص ونتائج البحث من خلال الادوات البحثية المختلفة وقدمت جملة من التوصيات في شكل رسالة اتصالية تهدف تعزيز الشق الإتصالي غير المفعّل بتبني محاور اتصالية اقناعية غايتها المساهمة في تفعيل الإتصال الصحي العمومي الإجتماعي واستغلال مختلف استراتيجياته ومهارته وتقنياته واساليبه الاقناعية الشخصية والمباشرة من اجل تحقيق افضل النتائج الممكنة في إطار الامكانيات المتوفرة على مستوى شبكات العلاج الموجودة في مركز مكافحة السرطان CAC بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - عنابة - .

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

الكتب العلمية:

- (1) أحمد فايز النماس، الخدمة الإجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة 01، بيروت 2000.
- (2) أحمد ماهر، السلوك التنظيمي "مدخل بناء المهارات"، ط7، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2003.
- (3) أحمد القطامين الإدارة الإستراتيجية مفاهيم و حالات تطبيقية، دار النشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2009.
- (4) أحمد عبد الله اللحاح، مصطفى محمود ابو بكر، البحث العلمي تعريفه -خطواته -مناهجه - المفاهيم الاحصائية، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2002.
- (5) أحمد بن مرسي، الأسس العلمية لبحوث الإعلام والإتصال، الورسم للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى، 2013، الجزائر
- (6) أبو سعد عماد: السرطان ما هو انواعه، دارالهدى، عين مليلة، الجزائر الطبعة الاولى.
- (7) أيمن مزاهرة وآخرون :علم إجتماع الصحة ، دار اليازوري ، عمان ، الاردن ، 2002.
- (8) إليكس موتشيلي -جان انطوان كوربلان -فاليري فيرنانديز ، ترجمة: محمد يشوني ، المعنى والتسييق والسيرورات.
- (9) إحسان محمّد الحسن، النظريات الإجتماعية المقدمة دراسة تحليلية في النظريات الإجتماعية المعاصرة، دار وائل، عمان، الأردن.
- (10) -إيناس رأفت مؤمون ، إستراتيجية التسويق و فن الإعلان ، دار الكتاب الجامعي ، الطبعة الأولى 2003
- (11) إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، تنمية مهارات الإتصال ، المكتب العربي للمعارف ، ط1، القاهرة، 2019
- (12) جفال عبد الحميد، التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية، دار الأيام عمان، الأردن، ط1، 2016
- (13) جربوش سمية، الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة.

- 14 جمال محمد ابوشنب، نظريات الإتصال والاعلام "المفاهيم، المداخل النظرية، القضايا، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2012.
- 15 حجاب محمد منير، وهبي سحر محمد، المدخل الأساسي للعلاقات العامة "مدخل سلوكي"، القاهرة، دار الفجر للنشر و التوزيع، 1995،
- 16 حسين عبد الحميد أحمد رشوان، العلاقات العامة والإعلام من منظور علم الاجتماع، ط4، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003
- 17 حسن عماد المكاوي ليلي حسين السيد، الإتصال و نظرياته المعاصرة،الدار المصرية اللبنانية، القاهرة
- 18 خيري خليل الجميلي، الإتصال و وسائله في المجتمع الحديث، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2001
- 19 خليل صالح ابو أصبع، الإتصالية الجماهيري، دار الشروق للنشر، ط1، عمان، 1999
- 20 خليل عبد الرحمان، مصعب المعاينة، علم النفس الاجتماعي، دار الفكر، دط، عمان، 2000
- 21 خليل حسن الشماع ، خيضر كاضم محمود، نظرية المنظمة ، دارالمسيرة للنشر والتوزيع، ط4 عمان ، 2009
- 22 روبرت ، أ ، ميتس - ديفيدلي ، ترجمة عبد الحكيم الخزامي :الإدارة الإستراتيجية بناء الميزة التنافسية، مصر ، القاهرة ، دار الفجر للتوزيع، 2008
- 23 رضوان بلخيري، مدخل للإتصال والعلاقات العامة، ط1، جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2014
- 24 راسم محمد الجمال ، خيرت معوض عياد، ادارة العلاقات العامة المدخل الاستراتيجي ، الدار المصرية اللبنانية ، ط4، 2014.
- 25 طه عبد العاطي نجم، الإتصال الجماهيري في المجتمع العربي الحديث، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية ، مصر، 2008
- 26 طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة02، دار الكتب المصرية، مصر 2006.

- (27) عبد الله محمد عبد الرحمان، النظرية في علم الاجتماع المعاصر النظرية الكلاسيكية ، دار المعرفة الجامعية ، 2006.
- (28) عبد العزيز شرف، نماذج الإتصال وفي الفنون والتعليم وإدارة الاعمال، الدار المصرية البداية، ط2، القاهرة، 2003
- (29) عبد المنصف حسن على رشوان ، الممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر، دون ذكر سنة النشر
- (30) عامر مصباح، منهجية البحث في العلوم السياسية والاعلام، ديوان المطبوعات الجامعية، دط، الجزائر، 2008
- (31) عبد الوهاب سويسي، منظمة المتغيرات، الأبعاد و التصميم، دار النجاح للكتاب، إصدار 2009.
- (32) عبد العزيز محمد النجار، العلاقات العامة مدخل بيئي، الإسكندرية، المكتب العربي الحديث، 1993
- (33) عامر مصباح، الإقناع الإجتماعي "خلفيته النظرية وآلياته العلمية." الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، 2005
- (34) فارس رشيد البياتي ، الحاوي في مناهج البحث العلمي (خطط -مناهج - ادوات وتحاليل إقتباس وتوثيق خرائط -نماذج مصطلحات)، دار السواقي العلمية ، عمان ، الأردن ، ط1، 2018.
- (35) فرج الكامل، بحوث الاعلام والرأي العام ، تصميمها واجراؤها وتحليلها، القاهرة دار النشر للجامعات، 2001
- (36) فؤادة عبد المنعم البكري، الإتصال الشخصي في عصر تكنولوجيا الإتصالية ، عالم الكتب، القاهرة، 2005
- (37) فادية فؤاد حميدو محمد، البناء الإجتماعي للمؤسسات للمؤسسات الطبية -دراسة انثروبولوجية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية، مصر، 2008
- (38) فضيل دليو، الإتصال مفاهيمه ونظرياته ووسائله ، دار الفجر القاهرة، 2003-
- (39) فضيل دليو، اتصال المؤسسة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2009

- (40) كامل خورشيد مراد، الإتصال الجماهيري والاعلام- التطور الخصائص و النظريات -، دار المسيرة، ط1، عمان، 2011
- (41) فضة عباسي بصلي ، محمد الفاتح حمدي، مدخل لعلوم الإتصال والإعلام (الوسائل- النماذج والنظريات)، دارأسامة للنشر والتوزيع، الأردن ، ط1 ، 2017
- (42) محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية ، منشأة المعارف الاسكندرية ، مصر، دون ذكر سنة النشر.
- (43) محمد ابو سمرة ،الاعلام الطبي والصحي، عمان، دارالراية للنشر والتوزيع ، ط1، 2010
- (44) محمد سيد فهمي، تكنولوجيا الإتصال في الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية ، 2006.
- (45) محمد بن فهد الجبير، مهارات الإتصال، مذكرة مقتبسة بتصريف من عدة مصادر، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، د س ن.
- (46) محمد نسيم سويلم، إستراتيجية الإقناع، دط، مصدر للخدمات العلمية، القاهرة، 2001.
- (47) مصطفى يوسف كافي، إدارة الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- (48) مؤيد سعيد سالم ،أساسيات الإدارة الإستراتيجية، ط1، عمان: دار وائل للنشر، 2005.
- (49) مي العبد الله ،نظريات الإتصال، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، لبنان، 2010.
- (50) منال هلال المزاهرة، نظريات الإتصال، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2012.
- (51) محمد عبد الحميد، تحليل المحتوى في بحوث الإعلام، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- (52) محمود حسن اسماعيل، مهارات الاتصال، دار الياسمين للنشر، مصر.
- (53) ناصر اودية، استراتيجية العلاقات العامة في المؤسسة، الورسم للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، 2013.
- (54) نور الدين حاروش: ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دون ذكر اسم دار النشر، الجزائر، 2008.

55) نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والجالالات، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1987.

56) وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.

57) وفاء فضة واخرون، تمرريض صحة المجتمع، دار اليازوري، عمان، الاردن، 2002.

58) ياسر بن علي الشهري، الدليل العلمي للعلاقات العامة في المنظمات غير الربحية (البناء الإحترافي للإدارة العلاقات العامة) مكانة للتطوير الاعلامي.

رسائل وأطروحات

59) بحدادة نجاة، تحديد الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية لمغنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية، تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، 2012/2011.

60) ثابت إلهام، التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري: دراسة حالة وزارة شؤون الخارجية الجزائرية"، رسالة ماجستير (جامعة الجزائر: كلية العلوم السياسية والإعلام: قسم العلوم السياسية 2003).

61) بن قيط جودي، استراتيجية الإتصال للإدارة الاستشفائية الجزائرية دراسة وصفية للإدارة الاستشفائية بالاغواط، رسالة ماجستير في علوم الاعلام والإتصالية، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية والاعلام، معهد علوم الاعلام والإتصالية ، 2012.

62) بشير كاوجة، تكنولوجيا المعلومات في المؤسسة الاستشفائية (دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، تخصص علوم الاعلام والإتصال، 2012.

63) عيسى بوكرموش، استراتيجية الإتصال في الحملات الاعلامية -دراسة وصفية لاستراتيجية التوعية المرورية ولاية غرداية نموذجا-، رسالة ماجستير في علوم الاعلام والإتصال-فرع اتصال استراتيجي-، كلية الاعلام والإتصال، جامعة الجزائر3، 2013/2012.

(64) خلاص دحمان، الإتصال الشخصي ودوره في تحقيق التواصل الانساني في المجتمع الجزائري، دراسة تحليلية لواقع الإتصال في الاسرة الجزائرية، رسالة ماجستير قسم الاعلام و الإتصال، جامعة الجزائر 2.

(65) نزهة حانون، الأساليب الإقناعية في الصحافة المكتوبة الجزائرية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، تخصص اتصال وعلاقات عامة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة- الجزائر، السنة الجامعية، 2007-2008.

(66) ريمه أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الإستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 01، 2017 / 2018.

(67) علي دحمان محمد، تقييم مدى فاعلية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير مالية عامة، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2015/2016.

(68) خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999 - 2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 03، 2010 / 2011.

(69) بوزناد دليلة، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2011 / 2012.

(70) سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الحقوق، تخصص دولة ومؤسسات عمومية، جامعة الجزائر 01، 2016 / 2017.

- (71) شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الإستشفائية)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم التسيير، تخصص مناجمت المنظمات، جامعة بسكرة، 2016.
- (72) عمر شننيرضا، النظام القانوني للصحة العمومية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، تخصص القانون العام، جامعة الجزائر 01، 2013/2012.
- (73) خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999 – 2009) دراسة حالة : المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 03، 2011/2010.
- (74) عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2008 / 2007.
- (75) سعيدون ليليا: تصميم حملة لاعلام الطلبة والوقاية من السيدا باشتراك الجامعة (دراسة حالة جمعية الانيس بجامعة عنابة)، جامعة باجي مختار عنابة، كلية الاداب والعلوم الانسانية والعلوم الإجتماعية، قسم علوم الاعلام و الإتصالية ، 2011، ص39-40
- (76) بن لعلم اسمهان، الإتصال الداخلي و تسيير المؤسسة، رسالة ماجستير، الجزائر، كلية العلوم السياسية و الإعلام، 2001.

- (77) دريسي أسماء ، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004 - 2013)، المجلة الجزائرية للمعلومة والسياسات الإقتصادية، العدد 06، 2015.
- (78) عمر بوعزيز، قياس الأثر التبادلي بين التنمية الإجتماعية والنمو الاقتصادي في الجزائر، الإنفاق الصحي نموذجا خلال الفترة: 1990 / 2016، مجلة البحوث الإقتصادية والمالية، المجلد الخامس، العدد 01، جوان 2018.
- (79) آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2012.
- (80) فلقير فتيحة، بودوح محمد: الاكسيما لدى مرضى السرطان (دراسة ميدانية بمستشفى عفرون)، المجلة العربية للابحاث والدراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 12، عدد 1 جانفي 2020-السنة الثانية عشر.
- (81) جربوش سمية، الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة، روافد، العدد الثاني، ديسمبر 2017
- (82) عبد الله مرسللي، الاعتراف الدولي بحق الانسان في الصحة، المجلة الاكاديمية للبحث القانوني، المجلد 11/ العدد 01-2015.
- (83) بن تريج بن تريج، عيسى مغزوي، أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز (دراسة حالة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحميدة بن عجيلة بالأغواط)، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، الجزائر، المجلد 02، العدد 01، جوان 2018.
- (84) خالد حامد، منهجية البحث في العلوم الإجتماعية والانسانية، جسور للنشر والتوزيع، المحمدية، الجزائر، الطبعة الأولى، 2008.
- (85) سعيدة رحامنية، "وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر"، الباحث الإجتماعي - العدد 11، مارس 2015، الصفحة 218/2019.

86) منصورى مصطفى، طالبى زوبىة، دور الإتصال الإجتاعى فى التثقىف الصحى لى مرضى السكرى -جمعىة الامال بولایة غللىزان انموزجا-، مجلّة العلوم الإجتاعیة، الجزائر، العدد 19، جولیة 2016.

87) محمد قارش، مختار جلولى، أسالیب الإتصال الصحى فى الجزائر، مجلّة الدراسات والبحوث الإجتاعیة، جامعة الشهید حمة لخضر، الوادى، العدد 11، جوان 2015.

88) عبد العالى دبلّة، فضیلة صدرتى، واقع تطبیق التربیة الصحیة فى الأوساط المدرسیة، مجلّة علوم الانسان والمجتمع، جامعة محمد خیضر بسكرة، العدد 06، 2013.

89) خلاصى عبد الإله، العلالقة بین نفقات الصحة ومصادر التمول فى الجزائر-دراسة تحلیلیة قیاسیة للفترة 1990-2018، أطروحة مقدمة لنیل شهادة دكتوراه طور الثالث فى العلوم الإقتصادیة، تخصص اقتصاا المالیة العامة، جامعة ابى بكر بلقاىد -تلمسان، 2019.

90) بىسى فهیمة، زویوش بلال، جودة الخدماا الصحیة (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)، مجلّة الاقتصاا والمجتمع، العدد 07، 2011.

91) محمد قارش، مختار جلولى، أسالیب الإتصال الصحى فى الجزائر، مجلّة الدراسات والبحوث الإجتاعیة، جامعة الشهید حمة لخضر، الوادى، العدد 11، جوان 2015.

92) شریط حوریة، مكانة الإتصال الداخلى فى المؤسسة العمومیة الإقتصادیة، رسالة ماجستیر، الجزائر، کلیة الآااب واللغات، قسم الإعلام والإتصال، 2000.

93) درىسى أسماء ، تطور الإنفاق الصحى فى الجزائر ومدى فعالیته فى إطار إصلاح المنظومة الصحیة خلال الفترة (2004 - 2013)، المجلّة الجزائریة للعولمة والسیاساا الإقتصادیة، العدد 06، 2015.

94) جمال العیفة، الإتصال الشخصى فى المجتمع الجزائرى بین الفاعلیة وقلة الإهتمام الرسمى.

95) سميرة بيطام: التنمية الصحية المستدامة ضرورة حتمية لترقية قطاع الصحة في الجزائر.

معاجم وقواميس

96) الرائد: معجم ألف بائي في اللغة والإعلام "، دار الملاين، دون ذكر اسم البلد، 2003.

97) مجاني الطلاب: دارالمجاني ، ط5، بيروت ، لبنان ، 2001.

98) المنجد في اللغة والإعلام، ط4، دار الشرق، ببيروت ، لبنان ، دون ذكر سنة النشر.

99) محمد عاطف غيث واخرون: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، د ط، القاهرة، 1995.

100) معنى خليل عمر: معجم علم الاجتماع المعاصر، ص 362.

101) le petit Larousse ;illustré ;paris ; France ;2010

102) Larousse médicale(2000) ;France :paris ; Edition Larousse

مواثيق وتقارير:

103) تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الإصلاحات في الصحة التطور والآفاق، ديسمبر 2015.

104) تقرير منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس (تقرير من الأمانة)، 15 أبريل 2016.

105) تقرير البنك الدولي، تعزيز عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، 1993.

106) الميثاق الوطني، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، 1976.

107) تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الإصلاحات في الصحة التطور والآفاق، ديسمبر 2015 .

108) المادة 04 من القانون رقم 85 / 05 المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها.

109) المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، والذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.

110) المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 86 / 25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، والذي يتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية.

111) المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

112) المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 07/140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

113) لجنة من الأساتذة المصريين المتخصصين: معجم العلوم الإجتماعية،مراجعة ابراهيم مذكور، الى الهيئة المصرية العامة للكتاب ،1975.

114) منى مؤتمن عماد الدين، رئيسة فريق الإتصال الاداري، حسن صالح هيفاء التكروري، رائف رشيد، دليل الإتصال الاداري الفعال مشروع تطوير الكفاءة المؤسسية لقطاع الخدمات التربوية بالتعاون مع المجلس الثقافي البريطاني و DFID، الأردن، جويلية، 2001.

مواقع إلكترونية:

115) تاتيانا مسعد، ارتفاع حالات السرطان 20 بنسبة 81% في البلدان الفقيرة بحلول العام 2040، فرانس 24 ، نشرت في 2020/02/04 ، تم الاطلاع في : 2022/01/05 ، التوقيت 22:21 . متوفر على الرابط :

<https://www.france24.com/ar/20200204>

116) فرانس 24، ريبورتاج ، الجزائر 50 الف اصابة جديدة بمرض السرطان في 2019 وعدد الوفيات بلغ 20 الف، نشرت في 2020/02/07، تم الاطلاع في : 2022/01/05، التوقيت 20:09. متوفر على الرابط

<https://www.france24.com/ar/20200207>

117) عثمان لحياني، الجهات الرسمية تقر بمعاناة مرضى السرطان، موقع العربي الجديد، نشرت في : 16.12.2020، تم الاطلاع في : 2022/01/05، متوفر على الرابط

<https://www.alaraby.co.uk>

118) وكالة الأنباء الجزائرية افتتاح أول مركز نموذجي لفحص وكشف ومتابعة سرطان الثدي بالجزائر، نشرت في : 29 10، 2019، تم الاطلاع في : 2022/01/05 من موقع وكالة الأنباء الجزائرية:

<http://www.aps.dz/ar/sante-sciencetechnologie/78774-2019-10-29-17->

[21-52](#) -

119) Alex MUCCHEIELLI ; Jean Antoine Corbeau ; Valery FERNANDEZ ;
Théorie des processus de la communication ; armand Colin ; Paris 1998.

120) Anne Lancelot : «**L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique**» , Thèse de doctorat en Psychologie , Université Paul Verlaine - Metz , École doctorale Perspectives interculturelles : écrits , médias , espaces , sociétés , France , sous la direction du Tarquinio Cyril et la co-direction de Costantini-Tramoni Marie Louise Professeur en Psychologie de la santé et Maître de Conférences en Psychologie clinique , soutenue le : 21 octobre 2010. Pour plus d'informations , Visiter le lien: <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01749885>

121) Bastien Sala Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS Faculté de Médecine THESE D'EXERCICE DE MEDECINE pour le DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE 22 octobre 2018.

122) Chantal Laurens: «**Communication et travail collectif des soignantes en situation de métissage à l'hôpital: le cas des cadres de santé, infirmières et aides-soignantes**» , Thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication , Université - Toulouse II , dans le cadre de École doctorale et discipline , sous la direction de Arlette BOUZON , Professeure , LERASS , Université Paul Sabatier , Toulouse III , France , Présentée et soutenue le : 19 septembre 2014. Pour plus d'informations , Visiter le lien: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127207>

123) Elodie GIRER L'Ecole de Palo Alto Approche systémique des organisations , Master MEEF/M2 PIF UE12 Stages et connaissance du milieu professionnel , novembre 2017 .

124) Madeleine Grawits , Méthode de Sciences Sociales , Editions Dalloz , 9^{ème} Editions , Paris , 1993.

125) Florence Chauvin et Autres , Du Bon Usage Pour la Communication en Education Pour la Santé , Ed CFES , 1998.

126) WEAKLAND ; « somatique familiale ; une marge négligée » ; in sur l'interaction ; p. Watzlawick et al. ; Seuil ; 1981.

127) P. Watzlawick et al ; Une logique de la communication ; Seuil ; 1972 .

128) Samira AMAR : « **La communication et les relations interpersonnelles dans le milieu hospitalier - La relation médecin-malade atteint de cancer** » ;

Thèse de doctorat en Communication et expression en milieu de travail, l'Université Mohammed V-Souissi, Faculté des Sciences de l'Éducation, Maroc, sous la direction du Pr. Rachid Belhaj Saïfi 2011 - 2012. Pour plus d'informations, Visiter le lien :

www.santemaghreb.com/actus.asp?id=15337&fbclid=IwAR04VTPJcqwGwgE_Th0p6BdkhBKZCWEuWQQ2U-XQBSug-02fWMkI426IyHM

129) Anne Lancelot : « **L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique** » ; Thèse de doctorat en Psychologie, Université Paul Verlaine - Metz, École doctorale Perspectives interculturelles : écrits, médias, espaces, sociétés, France, sous la direction de Tarquinio Cyril et la co-direction de Costantini-Tramoni Marie Louise Professeur en Psychologie de la santé et Maître de Conférences en Psychologie clinique, soutenue le : 21 octobre 2010. Pour plus d'informations, Visiter le lien: <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01749885>

130) Laurie Balbo: « **Les communications de santé: l'effet du cadrage du message et de l'objectif annoncé (prévention versus dépistage) et la médiation par la valence de l'imagerie mentale** » ; Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université Grenoble, dans le cadre de École doctorale sciences de gestion (Grenoble) en partenariat avec Centre d'études et de recherches appliquées à la gestion (Grenoble), France, sous la direction de Marie-Laure Gavard-Perret, Soutenue le : 09-12-2011. Pour plus d'informations, Visiter le lien: www.theses.fr/2011GRENG015

131) Mélanie Sustersic: « **Fiches d'Information pour les Patients (FIP), un outil au service de la communication médecin patient : Proposition et validation de méthodes pour la construction et l'évaluation clinique** » ; Thèse de doctorat en : ISCE/Modèles, méthodes et algorithmes en biologie, santé et environnement, Université Grenoble Alpes (ComUE), dans le cadre de École doctorale ingénierie pour la santé, la cognition, l'environnement (Grenoble), en partenariat avec Techniques de l'ingénierie médicale et de la complexité -

Informatique, Mathématiques et Applications (Grenoble), France, sous la direction de PR Jean-Luc Bosson, Présentée et soutenue le: 14 novembre 2017. Pour plus d'informations, Visiter le lien: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01958846>

132) <https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/%D8%AF%D9%88%D8%B1/>

133) plan national cancer 2015-2019.octobre2014

134) W. Schramm , Men, Message and Media , New York ,Harper & Row Publishers ,1993.

135) Verhliac ;J.F ; la psychologie sociale et santé ;sans dat .

136) <https://ufr-spse-v-paris10.fr>

137) <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/RCP>.

138) <https://www.deuxiemeavis.fr/blog/article/150-cancer-qu-est-ce-qu-une-rcp>.

139) <https://www.oncopaca.org/fr/page/rcp-dossier-patient>.

140) Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), ESPACE PRO - INFOS COVI, , Source : Institut National du Cancer - > Version validée au 18 mars 2020 , <https://www.oncopaca.org/node/1343>.

141) <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/S-informer-et-etre-ecoute>

142) Peter Stockinger, Notions de Base en Sciences de l'Information et de la Communication Adaptées au Contexte Interculturel, Institut National des Langues et Civilisations Orientales, Paris, 2007/2008.

143) Fabienne Deuviller :Dictionnaire bilingue de la publicité et de la communication bordas ;paris ;1990.

144) Marie-France lebel, organiser la communication interne, Ed d'organisation, Paris, 1988.

145) Dominique Beau, Sylvain Dandel, Stratégie d'entreprise et communication dunod, 1992.

146) www.auargla.5ferum ,info/t252-topic يوم الإثنين 20 أفريل 2020 على الساعة 16:00.

147) Fournier Pierre, **L'art et la Science de la santé publique In : Environnement et santé publique – Fondement et pratiques**, 2003.

148) Jochen Wirtz et Autre : **Marketing de Services**, 6 em édition, Pearson éducation, France, 2009 .

149) Les Réformes en santé évolution et perspectives, Alger, 2015, sur le site : [www.santé.dz/Rencontre-évaluation-2015/Reformes – santé .pdf](http://www.santé.dz/Rencontre-évaluation-2015/Reformes-santé.pdf), p12 تاريخ الإطلاع : 2019/01/31

150) République Algérienne Démocratique et populaire, Décret N 64 -110. Du 10 Avril 1964 , **portant création et statut de l'institut National de santé publique** , journal officiel , N 035 , Du 28 avril 1964 .

151) Groupe de d'expertes , **Les Systèmes De Santé En Algérie , Maroc et Tunisie** , Défis et enjeux.

152) Talbot.L, Verrinder.G, PromotingHealth; **The priuary Health care Appraach**, Elsevier Australia, 4rh edition, 2010.

153) L.ABID, **organisation actuelle du système de santé et perspectives** , interention du colloque international sur les politique de santé , Ecole National supérieure en science politiques, Alger 18 – 19 janvier , 2014.

154) R.A.D.P ,M.S ,P, **Bilan du système national de santé et programme d'action_2005 – 2009**, Alger , november 2004 .

155) Ministère de la santé, dela population et de la réforme Hospitalière, **politique gouvernement a le dans la dorucun de la santé** , septembre 2015.

156) Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière, **les prêtables et les actions urgentes** , Alger , 2003 , sur le site : [www.santé.dz/reforme - hospitalière /](http://www.santé.dz/reforme-hospitalière/) rapport - liminaire . تاريخ الإطلاع : 02 / 20 .2020/

157) Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : **les preables et les actions urgents**, Alger, 2003, sur le site : [www.santé.dz / reforme – hospitalière / rapport – préliminaire .htm](http://www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm)

مَلاحِقُ الدِّراسَةِ

المحقق الأول

دليل المقابلة

رقم 01

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة "باجي مختار" - عنابة

كلية العلوم الانسانية والعلوم الإجتماعية

قسم علوم الاعلام والاتصال

مقابلة بحث لدراسة اكاديمية مقدمة لاستكمال شهادة دكتوراه LMD تخصص اتصال في التنظيمات

بعنوان :

دوراستراتيجيات الإتصال في تحسين التكفل بمرضى السرطان

دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة -

مقابلة موجهة للاداري المسؤول بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة -

المعلومات التي ستقدم تبقى في سرية تامة ولن تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي

تحت اشراف الاستاذة :

د . سعيدون ليليا

من اعدادالباحثة:

نصري منال

السنة الجامعية: 2021-2022

لمحة عامة عن الموضوع:

يعرف العالم في العشرية الأخيرة تزايداً غير مسبوق في وتيرة الإصابة بمرض السرطان بكل أنواعه حيث لم تُسنتنى هذه الظاهرة الصامتة اي مجتمع ولا أي فئة. ولم تقتصر آثار السرطان السلبية في الجزائر على صحة الفرد فحسب (الجسدية والنفسية وما يتبعها من علاجات جراحية وكيميائية مرهقة) بل أصبحت عائقاً حقيقياً أمام الصحة الفردية والمجتمعية والعمومية، وعبئاً على النظام الصحي، الاقتصادي والاجتماعي.

وقد حتمت هذه المعطيات المرعبة على كل المتدخلين في حلقة التكفل بمرضى السرطان في الجزائر من ممتهني الصحة وكامل المؤسسات الاستشفائية، المختصون النفسانيين والهيئات الحكومية والمجتمع المدني، الانخراط في نظم علاجية ومخططات حكومية ترسم إستراتيجيات إستشرافية لاستعاب هذه المشكلة العمومية.

وتطرح هذه المخططات الإتصالية بدائل علاجية ووقائية مختلفة تضمن التكفل السيكو-بيو-سوسولوجي بالمرضى بوضع الوسائل المناسبة ويتدخل جميع اطراف حلقة التكفل بمرضى السرطان من بداية التشخيص والاعلان على المرض، واتخاذ القرارات العلاجية المناسبة الى المتابعة النفسية الاسرية.

و عليه تهدف هذه الدراسة في البحث عن الاستراتيجيات والتقنيات الإتصالية، التي تساهم في تحسين التكفل بمرضى السرطان على مستوى المؤسسات الاستشفائية من خلال :

- معرفة طبيعة العلاقة الإتصالية بين الطبيب و مريض السرطان بدءاً من بروتوكول الإستقبال فالتشخيص ثم الاعلان عن المرض.
- تشخيص الأساليب والاستراتيجيات الإتصالية التي تساهم في اتخاذ القرارات العلاجية المناسبة ضمن سلسلة من المراحل التي يلتقي فيها اطراف العملية العلاجية من ممتهني الصحة في اطار الاجتماعات مكافحة السرطان متعددة التخصصات RCP والتي أقرها المخطط الخماسي الأخير لمكافحة السرطان.
- البحث في فاعلية الوسائل الإتصالية التي تساعد في متابعة ومرافقة المريض وأسرته كخاليا الاستماع.

وعليه تم تصميم دليل هذه المقابلة التي تحتوي على مجموعة من الاسئلة العامة حول مراحل الاستراتيجية الإتصالية التي تُطرح على المسؤول الاداري بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عناية -

و ذلك بهدف التعرف على اهم مؤشرات الإتصال التنظيمي البارزة على مستوى المستشفى الجامعي الذي يضمن التكفل المتخصص بمرضى السرطان.

الأسئلة :

الجزء الأول :

(أ) - اسئلة خاصة بالمؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عنابة - :

1- في أي سنة تم تأسيس المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة-؟ وماهي ابرز المراسيم القانونية الخاصة بتأسيسه ؟

2- ماهي التقسيمات الرئيسية في الهيكل التنظيمي الخاص بالمؤسسة الاستشفائية ابن رشد -عنابة -؟

3- ماهي الأهداف العامة المسطرة في مؤسستكم والمتوافقة مع طابعها العمومي الإجتماعي الخدماتي ؟

الجزء الثاني :

(ب) اسئلة خاصة ب عملية التسيير والتنظيم الإداري في المستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة -

2- ماهي اهم الانشغالات المطروحة لديكم بصفتم مسؤول اداري تجاه تزايد حالات السرطان المسجلة بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عنابة - خاصة والجزائر بشكل عام ؟

.....
.....

2- هل تقوم ب عملية تشخيص مستمرة على مستوى مصالحكم المختلفة حول حالات السرطان المسجلة لديكم في مختلف المراحل العلاجية لمرضى السرطان ؟

.....

3- بعد جمع اهم المعلومات عن سير عملية التكفل بمرضى السرطان هاهي اهم الاهداف التي تسعى ادارتكم الى ادراجها ضمن الاستراتيجية العامة المقترحة من طرف الوزارة الوصية ؟

.....

4- كيف تعمل على إقناع الطاقم العامل من أطباء وممرضين و مستخدمين اداريين لتحقيق تلك الاهداف المسطرة من طرفكم كإدارة لتحسين عملية التكفل بمرضى السرطان في المراحل الثلاث (تشخيص - علاج - متابعة) ؟

.....
.....

5- كيف تحدد مستوى التأثير و التأثير لدى المهنيين مع المرضى في عملية التكفل بهم ؟

.....
.....

6- على اي اساس تقوم بصياغة مختلف التعليمات والتوجيهات و القرارات المقدمة للأطباء و المهنيين بالمستشفى ؟

7- ماهي ابرز الوسائل الإتصالية التي تستخدمها في عملية نقل الرسالة (التعليمات والتوجيهات و القرارات) الى فريق العمل حتى تضمن وصولها للجميع بدرجة الوضوح اللازمة ؟

.....
.....

8- بعد اعلام الأطباء بالاهداف المسطرة من طرفكم كيف تعمل ادارتكم على تسيير عامل الوقت في مختلف الظروف العادية او الاستثنائية للتحكم في تحقيقها؟

.....
.....

9-هل تواجهكم بعض الصعوبات من حيث الموارد المالية المخصصة ل عملية التكفل بمرضى السرطان في مختلف مراحلها ؟

.....
.....

10- في أي مرحلة من مراحل التكفل قد تصادفكم أكثر العراقيل المالية؟ ولماذا؟

.....
.....

11- بصفتك المسؤول عن تنفيذ التعليمات والتوجيهات و القرارات المقدمة هل تلمس صعوبة في تبني الافراد العاملين لمختلف الخطط المقدمة ضمن المخططات الكبرى الموضوعة لمكافحة السرطان على مستوى المستشفى؟ كيف ذلك؟

.....
.....

12- هل تعمل ادارتكم على تقييم ومتابعة تنفيذ مختلف تلك الخطط المقدمة للتكفل بمرضى السرطان؟

.....
.....

13- كيف تقوم ب عملية التقويم اذا وجدت بعض التجاوزات في عملية التكفل بمرضى السرطان في كل المراحل؟

الملحق الثاني

دليل المقابلة رقم 02

02 - دليل المقابلة 02

مقابلة موجهة لخلايا الإستماع و التوجيه بمركز مكافحة السرطان CAC على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد - عناية - :

الاسئلة :

س1 - كيف يتم تحديد المواعيد لأول مرة مع مرضى السرطان ؟

.....

س2 - هل تجد تجاوبا بعد تواصلك معهم ؟

.....

س3 - كيف تعمل على تخفيف الضغط الذي يعاني منه المريض خاصة بعد تشخيص المرض كمرحلة اولى ؟

.....

س4 - كيف تعمل على كسب ثقة المريض حتى تستمر عملية حضوره لديكم ؟

.....

س5 - ماهي أكثر المصاعب التي يعانيها مرضى السرطان بمستشفى ابن رشد -عناية-؟

.....

س6 - كيف تعمل على التنسيق و التواصل مع الطبيب المعالج في بعض الحالات ؟

.....

س7 - هل يستدعي حضورك لاجتماع RCP ضرورة حسب رأيك حتى تضع المريض في الصورة وتحضره للمراحل القادمة من العلاج ؟

.....

س8 - ماهي المرحلة الاكثر تعقيدا في تعاملك مع مريض السرطان ؟

.....

س9- ماهي اكثر العوائق التي تواجهك في تكفلك النفسي مع مرضى السرطان و اهلهم ؟

.....

س10- هل تعاني من صعوبة في تواصلك مع الطاقم الاداري و الشبه الطبي على المستوى المستشفى

.....؟

س11 - ما تقييمكم لمستوى التكفل المقدم حاليا من طرف المؤسسة لمرضى السرطان ؟

.....

س12 - كيف تعمل كطبيب على تجاوزالتأثيرات المختلفةعلى المشاكل الإتصالية بين الادارة و المرضى

او بين المرضى و الممرضين ؟

.....

الملحق الثالث :

نموذج الملاحظة

للإجتماعات الاستشارية

متعددة التخصصات RCP

دليل الملاحظة بالمشاركة:

عناصر الملاحظة للاجتماعات الاستشارية متعددة التخصصات RCP بالمستشفى الجامعي ابن رشد -
عناية - في إطار عملية متابعة العلاج للتكفل بمريض السرطان:

عناصر الملاحظة		المتغيرات		النتائج	
الظروف المهنية	حجم القاعة	مناسبة	نوعا ما	غير مناسبة	
	الكراسي	مريحة	نوعا ما	غير مريحة	
	التهوية	مناسبة	نوعا ما	غير مناسبة	
	الإضاءة	مناسبة	نوعا ما	غير مناسبة	
	وسائل الإتصال	مناسبة	نوعا ما	غير مناسبة	
الحضور	الوقت	قبل الاجتماع	في الوقت تماما	متأخر	
	الدعائم الإتصالية	مطبوعات	فيديوهات وافلام	لم تستعمل	
المظهر العام	استعمالها	جيد	متوسط	سيء	
	ملائمتها	ملائمة الوضعية	نوعا ما	غير ملائمة	
	الهيئة العامة	الراحة	العصبية	القلق	
	المظهر	مناسب تماما	مناسب	غير مناسب	
	الحركات	مع الوضعية	التصنع	غير موجود	
الخبرة	الشفافية	دائما	احيانا	غير واضحة	
	الجاذبية	موجودة بقوة	موجودة	غير موجودة	
	الخبرة	جميع المشاركين	بعضهم	غير موجودة	

	غير واضح	احيانا	واضح	الوضوح	الصوت
	ضعيف	متوسط	قوي	القوة	
	بطيء	مناسب	سريع	السرعة	
	غير واضح	غالبا	واضح دائما	النطق	
	قراءة الكترونية	استعمال وثائق	تلقائية	طريقة تقديم المعلومة	تقديم المعلومات
	عامية	فرنسية	عربية	اللغة	اللغة
	غير موجد	احيانا	موجود	احترام الاخر	القيم
	سيء	متوسط	جيد	الاتقان	
	سيء	متوسط	جيد	الالتزام اثناء الاجتماع	
	نادرا	احيانا	دائما	التعاون والتشارك في عملية العلاج	
	غير موجود	احيانا	موجودة	المشاركة	العادات
	سيئة	متوسطة	جيدة	العلاقة بين الأطباء و الادارة	

	غير موجودة	فردية	جماعية	العلاقات بين الأطباء و المستخدمين	
	تفاعل ضعيف	تفاعل متوسط	جيد	التفاعل بين الأطباء	
	نادرا	متوسطة	كثيرة	العطل	
	نادرا	احيانا	دائما	ساعات العمل	احترام التنظيم
	غير موجود	نوعا ما	موجود	احترام قواعد العمل	الداخلي
	نادرا	احيانا	دائما	اللباس	
	الدرجة العلمية	المنصب	التخصص	نوع التقسيم	تقسيم العمل

	تقديم الرأي	عقلانية	عاطفية	عن خبرة سابقة
	مكانة المرسل (الطبيب)	ثقة عالية	متوسطة	غير موجودة
	اليات الاقناع	موجدة	احيانا	غير موجودة
	التوافق و الانسجام	دائما	غالبا	نادرا
	تغيير رأي	اجابي	سلبى	تحفظ
	عدد الحاضرين	4	5	اكثر
	القرارت	تتوافق	لا تتوافق	نادرا
المهارات	مهارة الحديث	واضحة	غامضة	نوعا ما
	مهارة الكتابة	دائما	احيانا	نادرا
	مهارة الاستماع	دائما	احيانا	نادرا
	مهارة القراءة	جيدة	متوسطة	ضعيفة
	مهارة التفكير	جيدة	متوسطة	ضعيفة
	المدة الزمنية	مناسبة	متوسطة	غير مناسبة
	اختلاف الاراء	دائما	احيانا	نادرا
	تقديم ملخص	دائما	احيانا	نادرا
المعلومات	التشخيص	معمقة	متوسطة	سطحية
	التكفل	مرحلة واحدة	مراحل متعددة	حسب الحالة
	المتابعة	خروج الملف من RCP	حسب الحالة	لاتتم العودة له
الاستراتيجيات	العقلية	موجودة	نادرا	غير موجودة
	السيكولوجية	موجودة	نادرا	غير موجودة
	بناء الاجماع	موجودة	نادرا	غير موجودة
	استراتيجية الحوار	موجودة	نادرا	غير موجودة
	استراتيجية الاتساق	موجودة	نادرا	غير موجودة

	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية المشاركة
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التصنيف
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التأثير
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية الاستمالة
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية حل المشكلة
	غير موجودة		نادرا		موجودة	الاستراتيجية الغائية
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية المشاركة
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية المفاجأة
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التريث وعدم التورط
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التوقيت
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التركيز
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية الاستجابة
	غير موجودة		نادرا		موجودة	الاستراتيجية التحليلية
	غير موجودة		نادرا		موجودة	الاستراتيجية الاستكشافية
	غير موجودة		نادرا		موجودة	الاستراتيجية الوجدانية
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية تقليل التوتر
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التعبير
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية الدفاع الذاتي
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التكرار
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التأكد
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التقمص
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التوحد
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية التأثير القوي
	غير موجودة		نادرا		موجودة	استراتيجية انشاء المعاني

الملحق الرابع

دليل استمارة المقابلة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة "باجي مختار" - عنابة

كلية العلوم الانسانية و العلوم الإجتماعية

قسم علوم الاعلام و الإتصال

مقابلة بحث لدراسة اكاامية مقدمة لاستكمال شهادة دكتوراه LMD تخصص اتصال في التنظيمات

بعنوان :

دور استراتيجيات الإتصال في تحسين التكفل بمرضى السرطان

دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ابن رشد - عنابة -

استمارة مقابلة موجهة للأطباء المختصين الإستشفائيين (علاج سريري) بالمستشفى الجامعي ابن
رشد - عنابة -

المعلومات التي ستقدم تبقى في سرية تامة ولن تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي

تحت اشراف الاستاذة :

د سعيدون ليليا

من اعداد الطالبة:

نصري منال

السنة الجامعية: 2021-2022

لمحة عامة عن الموضوع:

يعرف العالم في العشرية الأخيرة تزايداً غير مسبوق في وتيرة الإصابة بمرض السرطان بكل أنواعه حيث لم تُستثنى هذه الظاهرة الصامتة أي مجتمع ولا أي فئة. ولم تقتصر آثار السرطان السلبية في الجزائر على صحة الفرد فحسب (الجسدية والنفسية وما يتبعها من علاجات جراحية وكيميائية مرهقة) بل أصبحت عائقاً حقيقياً أمام الصحة الفردية والمجتمعية والعمومية، وعبئاً على النظام الصحي، الاقتصادي والاجتماعي.

وقد حتمت هذه المعطيات المرعبة على كل المتدخلين في حلقة التكفل بمرضى السرطان في الجزائر من ممتهني الصحة وكامل المؤسسات الاستشفائية، المختصون النفسيون والهيئات الحكومية والمجتمع المدني، الانخراط في نظم علاجية ومخططات حكومية ترسم إستراتيجيات إستشرافية لاستعاب هذه المشكلة العمومية. وتطرح هذه المخططات الإتصالية بدائل علاجية ووقائية مختلفة تضمن التكفل السيكو-بيو-سوسولوجي بالمرضى بوضع الوسائل المناسبة ويتدخل جميع اطراف حلقة التكفل بمرضى السرطان من بداية التشخيص والاعلان على المرض، واتخاذ القرارات العلاجية المناسبة الى المتابعة النفسية الاسرية.

و عليه تهدف هذه الدراسة في البحث عن الاستراتيجيات والتقنيات الإتصالية، التي تساهم في تحسين التكفل بمرضى السرطان على مستوى المؤسسات الاستشفائية من خلال :

- معرفة طبيعة العلاقة الإتصالية بين الطبيب و مريض السرطان بدءاً من بروتوكول الإستقبال فالتشخيص ثم الاعلان عن المرض.
- تشخيص الأساليب والاستراتيجيات الإتصالية التي تساهم في اتخاذ القرارات العلاجية المناسبة ضمن سلسلة من المراحل التي يلتقي فيها اطراف العملية العلاجية من ممتهني الصحة في اطار الاجتماعات مكافحة السرطان متعددة التخصصات RCP والتي أقرها المخطط الخماسي الأخير لمكافحة السرطان.
- البحث في فاعلية الوسائل الإتصالية التي تساعد في متابعة ومرافقة المريض وأسرته كخلايا الاستماع.

وعليه تم تصميم دليل مقابلة يحتوي على مجموعة من الاسئلة تُطرح على الأطباء المختصين بالمستشفى الجامعي ابن رشد -عناية - و ذلك بالتقرب أولاً منهم ثم محاولة جمع المعلومات في سياقها الإتصالي الصحي داخل المستشفى باتباع التنظيم الصحي العام الذي يضمن التكفل المتخصص بالمرضى.

البيانات الأولية:

• خصائص العينة:

- 1- الجنس ذكر
- أنثى
- 2- العمر: سنة
- 3- الإختصاص:
- المصلحة:
- 4- الحالة العائلية: عازب (ة) متزوج(ة)
- 5- هل تملك مسكن قريب من مكان عملك؟ نعم لا

• البيانات الخاصة بالوظيفة:

6- ما تقييمك لمستوى شروط العمل المتوفرة في المؤسسة الاستشفائية مكان العمل حاليا:

- حسنة عادية سيئة
- اخرى

تذكر:

.....

7- هل تعتقد ان الأجر الذي تتقاضونه حاليا يتناسب و المجهودات المقدمة والتي تفرضها طبيعة عملكم :

- نعم لا

- في حالة الإجابة ب "لا" علل لماذا؟

.....

.....

.....

8- ما هو عدد المناوبات التي تقومون بتغطيتها خلال الشهر؟

-

.....

9- هل تستفيد من دورات تكوينية في مجال إختصاصكم؟

- نعم

- لا

- اذا كانت الاجابة ب "لا" علل لماذا؟.....

10- هل سبق لك واستفدت من دورات تكوينية في مجال الإتصال بالمرضى داخل الوسط الإستشفائي؟

• نعم لا

11- في حالة الإجابة " بنعم " ماهي الجهات التي قامت بتنظيمها وتأطيرها هل هي ؟

من داخل الوطن

من خارج الوطن

12- هل تظن ان الدورات التكوينية في الإتصال ترتقي الى المستوى المطلوب حسب رأيكم ؟

نعم لا

اذا كانت الاجابة ب "لا" علل لماذا؟

.....
.....
.....
.....

13- هل لديكم الرغبة في المشاركة بدورات تكوينية متعلقة بإستراتيجيات الإتصال بالمرضى داخل

المؤسسة الاستشفائية؟ نعم لا

علل اجابتك في الحالتين:

.....
.....

المحور الاول : الاستراتيجيات الإتصالية المتعلقة بالإعلان عن المرض:

14- كيف يتم تحديد او برمجة المواعيد مع المرضى ؟

☞ تحددون تاريخ و ساعة الموعد بدقة .

☞ تخبرون المرضى عبر الهاتف في حالة حدوث اي طارئ يحول دون اجراء الموعد في وقته .

☞ تحضرون باكرا في أغلب الاحيان

15- هل ترى ان نظام المواعيد الساري حاليا يحقق الظروف الانسانية المناسبة مع متطلبات المرضى؟

• دائما نادرا لا

علل اجابتك في الحالتين:

16- هل تلمس نسبة من الثقافة الصحية لدى المرضى الوافدين على المؤسسة الإستشفائية حاليا خاصة حول مرض السرطان ؟

دائما غالبا نادرا

16- كم تستغرق مدة مقابلة مرضى السرطان عموما ؟

1/ اقل من 10 دقائق

2/ من 10 الى 15 دقيقة

3/ من 15 الى 20 دقيقة

4/ اكثر من 20 دقيقة

18- هل ترى كمتخصص ان مدة معاينة المريض كافية لتقديمك المعلومات اللازمة حول المرض؟

دائما غالبا نادرا

19- عند استقبالك للمريض هل تبادر اولا بالتحية والابتسامة ام تدخلون مباشرة في الموضوع؟

دائما احيانا نادرا

.....

20- هل تحرص دائما على ان تكون عباراتك و كلماتك مفهومة لدى المريض تتناسب و السياق الثقافي و الإجتماعي الذي يعيش فيه ؟

دائماً احيانا نادرا

21- بعد استقبال المريض هل تبأشر في الجانب الطبي والتقني للعلاج ام تفضل ان تستهل الحديث معه بشكل عام مما يسمح لك بالتعرف على حالته النفسية و الإجتماعية؟

• دائماً احيانا نادرا
• اجابة

.....اخرى.....

22- كيف يتم تحديد موعد للمريض بعد انتهاء التحاليل وتحديد التشخيص النهائي للمرض ؟

• الإتصال شخصيا
• انتظار عودته لمعرفة النتيجة
• التواصل مع احد المقربين منه
• اخرى تذكر

23- للاعلان عن المرض او التشخيص النهائي هل تلجأ الى استدعاء شخص من الأسرة اثناء في التواصل مع المريض ؟

• دائماً احيانا نادرا

24- للاعلان عن المرض هل تلجأ الى استدعاء مختص نفساني اثناء في التواصل مع المريض ؟

• دائماً احيانا نادرا

25- ما هي الاساليب التي تستعين بها اثناء الاعلان على المرض:

اساليب منطقية عقلية طبية

استمالات عاطفية سيكولوجية مثل الدين

.....أخرى تذكر:

25- ما هي العناصر التي تستخدمها اثناء الاعلان عن المرض:

اللغة العامية

اللغة الفرنسية

ايماءات الوجه

حركات اليد

النظر في عين المريض

أخرى.....

26- المعلومات التي ترغب من خلالها في التأثير على المريض تتضمن:

معلومات على العلاج

زرع الامل في الشفاء

تقبل الوضع

27-- كيف تحصل على ثقة المريض التامة :

الحجج العقلية من خلال الشرح و التفسير و الامثلة

العاطفة من خلال استغلال مختلف العناصر المتوفرة لديه

28- كيف يتجنب الطبيب حالة الهلع واليأس لدى المريض بعد تشخيص الإصابة لديه؟

.....

.....

29- ما هي اكثر الملاحظات التي تسجلها على المريض قبل وبعد سماع الخبر؟ (الصفات الاكثر تكرار

التي صادفتها مثلا باختلاف وعي المرضى ومستوياتهم الثقافية والاجتماعية و اعمارهم)؟

.....

.....

30- كيف تستطيع قياس مدى وصول الرسالة من مريض لأخر بكل وضوح وكما هو مرغوب به ؟

.....
.....

المحور الثاني: الإستراتيجيات الإتصالية المستخدمة خلال الاجتماعات الإستشارية RCP

31- بعد ظهور نتيجة التشخيص المتعلقة بمريض السرطان هل تفضل مباشرة العلاج فوراً ام تفضل انتظار انعقاد اجتماع RCP حتى يتم الاتفاق حول خطوات العلاج ؟

دائماً احياناً نادراً

32- هل تشارك في كل اجتماعات RCP بصفة منتظمة ؟ مع التعليل

دائماً احياناً نادراً

.....
.....

33- من يعلمك بموعد اجتماع RCP؟

- من خلال الاعلان
- من خلال رسائل شخصية
- من خلال البريد الالكتروني

.....
.....

34- كيف يتم ارسال الملفات اليكم؟

.....
.....

35- ما هو دورك ودور منسق الاجتماع وباقي التخصصات؟

.....
.....

36- ما اهم الشروط الواجب توفرها قبل تنظيم إجتماع RCP؟.

.....
.....

37- اللغة الاكثر استعمال لديك خلال الاجتماع؟

العربية العامية الفرنسية الانجليزية

38- كيف يتم التطرف لملفات المرضى:

ملفات مكتوبة تقرأ

ملفات معرضة بتقنية الداتاشو

..... اخرى تذكر

39- كيف يتم الإستماع اثناء المناقشة:

الإستماع

الإستماع وتدوين الملاحظات

الحديث فردي

تداخل الاحاديث من اشخاص مختلفين

..... اخرى تذكر

.....

40- كيف تفضل تسجيل ملاحظتك اثناء اجتماع RCP؟

كتابيا الكترونيا

..... اخرى تذكر

.....

41- هل غالبا ما توافق على اراء الأطباء الزملاء في العلاج المقدم لمريضك ؟

دائما احيانا نادرا

42- ماهي ابرز العوائق التي تحول بين طرح افكارك واقتراحاتك اثناء اجتماع RCP ؟

الوقت

الاختلاف في الاراء

حساسية المناصب في الموافقة على الخيارات

.....
.....

43- هل انت راضي عن مساهمتك فيما تقدمه من علاج لمعظم مرضى السرطان في مختلف مراحلهم بفاعلية ؟

دائما احيانا نادرا

اجابة اخرى:.....
.....

44- هل تتواصل مع مريض السرطان مباشرة بعد الاجتماع ؟

دائما احيانا نادرا

.....
.....

45- ما الذي يميز عملية تواصلك مع مريض السرطان في مرحلة التشخيص عن مرحلة العلاج والتكفل؟

.....
.....

46- كيف يكون تواصلك مع مرضى السرطان اثناء مرحلة العلاج ؟

دائما احيانا نادرا

.....

.....

المحور الثالث : استراتيجيات الإتصال المعتمدة من اجل المتابعة من خلال خلايا الاستماع

47- هل تلمس تحسن في عملية العلاج بعد توجيه المريض الى خلايا الإستماع و التوجيه ؟

دائما احيانا نادرا

48- هل تظن ان عملية التكفل و المتابعة المقدمة من طرف خلايا الإستماع وطاقم عملها تخفف

من ضغط العمل لدى الطبيب المعالج ؟

دائما احيانا نادرا

كيف ذلك ؟

.....

.....

49- هل تتغير سلوكيات المرضى بعد تواصلهم مع خلايا الإستماع ؟

ايجابيا سلبيًا لا تتغير

50- هل يعرقل التكفل السيئ من طرف الاداريين عملية العلاج التى يضعها الطبيب ؟

دائما احيانا نادرا

تذكر

اخرى

.....

.....

.....

51- كيف تعمل كطبيب على تجاوز التأثيرات المختلفة على المشاكل الإتصالية بين الإدارة والمرضى اوبين المرضى والممرضين مثلا ؟

.....
.....

52- هل ترى ان مستوى التكفل و الدعم المقدم من طرف مؤسستكم يرقى الى المستوى المطلوب ؟

.....
.....
.....
.....
.....