التقييم البيئي لمدي تطبيق حقوق المرضى بمعهد القلب القومي مع تطبيق برنامج مقترح

[٧]

مروه عاشور عبد المجيد[١]– حاتم عبد المنعم أحمد[٢]– محمود سري البخاري[٢]
١) باحثة بمعهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس ٢) معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس

المستخلص

هدفت الدراسة إلى التعرف على التقييم البيئي لمدي تطبيق حقوق المرضي من وجهة نظر الأطباء، أعضاء هيئة التمريض، والمرضي، والتعرف على الفروق بين وجهة نظر الأطباء، أعضاء هيئة التمريض، والمرضي في التقييم البيئي لمدي تطبيق حقوق المرضي، والتعرف على أثر البرنامج الإرشادي في تعديل وجهة نظر المرضى في التقييم البيئي لحقوق المرضي. تكونت عينة الدراسة من ٣٠٠ عينة مقسمة (١٠٠) أطباء، (١٠٠) أعضاء هيئة التمريض، (١٠٠) من المرضي، وعينة البرنامج (٣٠) عينة تجريبية و(٣٠) عينة ضابطة. ومن الأدوات استمارة البيانات الأولية إعداد الباحثون، استمارة التقييم البيئي من وجهة نظر الأطباء، استمارة التقييم البيئي من وجهة نظر أعضاء هيئة التمريض، استمارة التقييم البيئي من وجهة نظر المرضي أعداد الباحثة، البرنامج الإرشادي لتعديل وجهة نظر المرضى في التقييم البيئي إعداد الباحثة. توصلت الدراسة إلي عدد من النتائج أهمها: توجد فروق دالة احصائياً بين (الأطباء، أعضاء هيئة التمريض) لمقياس التقييم البيئي بأبعاده (المعهد من الخارج، داخل المعهد، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع درجات المقياس)، توجد فروق دالة احصائياً بين (الأطباء، المرضي) لمقياس التقييم البيئي بأبعاده (المعهد من الخارج، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع درجات المقياس)، ولا توجد فروق في بعد (داخل المعهد)، توجد فروق دالة احصائياً بين (المرضي، أعضاء هيئة التمريض) لمقياس التقييم البيئي بأبعاده (المعهد من الخارج، داخل المعهد، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع درجات المقياس)، توجد فروق دالة احصائياً بين درجات القياس القبلي والبعدي لمقياس التقييم البيئي بأبعاده (المعهد من الخارج، داخل المعهد، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع درجات المقياس).

بذلك توصي الدراسة: بأن تكون حقوق المرضي معلنه بالمستشفي فى أماكن مختلفة لتوعية المريض بحقوقهم وواجباتهم، أعطاء دورات تدريبة للأطباء والتمريض وهم أكثر من يتعامل مع المريض، عن حقوق المرضي الاجتماعية والصحية.

المقدمة

يعد مفهوم الصحة من إحدى المفاهيم الأساسية التي نالت الكثير من الاهتمام والدراسة على يدي العلماء والأطباء، ولقد تزايد الوعي لدى الناس في السنوات الأخيرة بأهمية الصحة كوسيلة هامة لتنمية المجتمع وتقدمه، وإن الصحة بمفهومها الحديث ليست مجرد الخلو من الأمراض والعلل، بل هي كما يراها العلماء حالة السلامة الكاملة من الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية وهى حالة ديناميكية تعكس تفاعلات هذه الجوانب الثلاث.

وتتنوع الدراسات الإمبيريقية حول المرض كما أنها تتزايد من حيث الكم يوماً بعد يوم وأهتم الباحثون في مجال علم الاجتماع الطبي في دراستهم للصحة والمرض بإثارة العديد من القضايا حول المرض ومعدل انتشاره ومدى تأثيره على البناء الاجتماعي والطرق التي يتبعها أفراد المجتمع لحماية أنفسهم من الأمراض وفي الآونة الأخيرة حدث تطور كبير في النواحي النظرية والتطبيقية للمعرفة السوسيولوجية ولقد كشفت تأثير العوامل البيئية في المرض وفي تنوع الاتجاهات والقيم والمعتقدات حول المرض بالإضافة إلى التعرف على أسباب المرض وأنواعه ومدى انتشاره وهو ما يساعد على دراسة المرض كمشكله اجتماعية، ونتيجة لذلك كان لابد أن يتدخل المشرع ويعيد تنظيم العلاقة بين المريض والطبيب، فصدرت قوانين خاصة في دول عدة تتعلق بحقوق المرضى كالقانون الفرنسي لعام 2002 والقانون اللبناني الصادر في العام 2004 (د/فواز صالح، ٢٠٠٩).

وفي يوليو ٢٠٠٧ اعتمدت الهيئة الدولية لجودة الرعاية الصحية (الهيئة المنوطه بإعتماد المعتمدين) معايير الإعتماد المصرية للمستشفيات والمراكز ووحدات الرعاية الأولية والعيادات الخارجية. وتعتبر مصر أول دولة في الشرق الأوسط تحقق إعتماد معاييرها من الهيئة الدولية لجودة الرعاية الصحية وهذه المعايير تعتبر تحديا كبيراً وخارطة طريق واضحة للجميع للعمل معا من أجل تحسين جودة الأداء في المنشات الصحية. (د/جمال شعبان،٢٠٠٥)

المحددات البيولوجية فقط وإنما تشمل العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية بأبعادها المختلفة، ويحاول هذا البحث أن يلقي الضوء على مدى تقييم حقوق المرضى اجتماعيا وبيئياً من وجهة نظر الأطباء، أعضاء هيئة التمريض، والمرضى بمعهد القلب القومي. (نيرة عز السعيد، ١٩٩٨).

مشكلة الدراسة

قد برزت في الآونة الأخيرة وبشكل متنامٍ العديد من أوجه القصور التي تعانى منها المنظومة الصحية في مصر ومنها على وجه الخصوص تلك المتعلقة بحقوق المرضى، فلا يخلو أي بيت مصري من التجارب الأليمة أثناء تلقى الخدمات الصحية سواء كان ذلك في المؤسسات الصحية العامة والخاصة ما بين أخطاء مهنية وإهمال وغياب للشفافية وانتهاكات لأبسط حقوق المرضى مما يؤثر بشكل مباشر على جودة الخدمة المقدمة وقد يؤدى في الكثير من الحالات إلى العجز أو الوفاة دون أن يتبع ذلك أي إجراء لتفادى تكرار تلك الانتهاكات المستمرة.

http://www.shorouknews.com/columns/view.aspx?cdate

فإن العديد من المواثيق والإعلانات المحلية والدولية قد كرست الاهتمام بحقوق المريض، ويقصد بلفظ "المريض" كل متلقي للخدمة الصحية ذكراً أو أنثى، ويجب على كل من مؤدي ومتلقي الخدمة الطبية أن يكون على دراية بهذه الحقوق، وهذه الحقوق مستمدة من قيم وأخلاقيات مهنة الطب، وإن لم تكن كلها مدعمة بقوانين ملزمة. والالتزام التام بهذه الحقوق يعد من المبادئ الأساسية لجودة الخدمة الطبية. وتعتبر حقوق المرضى من أبرز المشكلات التي تواجه الأماكن التي تقدم الخدمات الصحية بوجه عام والمستشفيات الحكومية بوجه خاص، ومن ثم فمن الضروري أن يحصل المرضى على خدمات صحية على مستوى مقبول من الجودة دون تمييز.

وقد تناولت العديد من الدراسات مشكلة الدراسة من عدة أوجه، فقد توصلت دراسة وفاء نايل عطا الله إلي وجود فروق في إدراك مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة في مستشفى الملكة رانيا العبد الله في مدينة عمان لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات معايير الاعتماد (حقوق المرضى وعائلاتهم) منع العدوى والسيطرة عليها، والتدريب، التحسين المستمر للجودة)، وقد توصلت دراسة (بهية عبد الجليل، أحمد عباس يوسف بوعباس) إلي ان جانب تقييم جودة الخدمة الصحية للموظفين العاملين فى العيادات أنه كان إيجابياً بشكل عام فى أبعاد (الإدارة، الأداء، والتدريب) وكان جنس الموظف الصحى له علاقة لتقييم الموظف لجودة الخدمة الصحية وذلك على بعد الإدارة والتدريب. أما فيما يتعلق بتقييم جودة عيادة الرعاية الصحية الأولية من حيث الخدمات المقدمة، البنية التحتية، المعدات الصحية، الأدوية ونظافة العيادة فقد كان إيجابياً، وتوصلت دراسة (عبد العزيز بن عبد الله، نجاح عبد الفتاح، فيصل عبد العزيز) عن أوجه قصور في المستشفيات العامة بين المهنيين، مما يحول دون التنفيذ الفعال لقانون حقوق المريض. كان هناك التزام منخفض من إدارة المستشفيات، وربما يعكس فشل وزارة الصحة في نقل التزامها إلى المستشفيات. شملت أوجه القصور الأخرى عدم وجود دعاية حول مشروع القانون، وانخفاض مشاركة المهنيين والمرضى، والفشل في طلب ملاحظاتهم، تشمل العقبات أمام المهنيين الذين ينفذون مشروع القانون زيادة ضغط العمل، وانخفاض مستويات الرضا الوظيفي، وعدم كفاية عدد الموظفين في المستشفيات العامة، ونقص الوعي العام حول مشروع القانون، وعدم وجود سلطة ممنوحة لموظفي أقسام حقوق المريض والعلاقات، واعتبرت الإدارات المعنية بحقوق المريض والعلاقات أنه يدعم تنفيذ مشروع القانون. أبرزت البيانات أهمية العوامل الإدارية في النجاح، مثل تهيئة بيئة عمل آمنة، ودعم قيم العمل الجماعي، ونشر مشروع القانون، وتوضيح اللوائح، والتنسيق بين المنظمات المختلفة.

وبناء على كل ما سبق تتضح مشكلة الدراسة في مدى تطبيق حقوق المرضى بالمستشفيات وخاصتاً المستشفيات الحكومية والتي يتعرض فيها المرضى لبعض الانتهاكات لهذه الحقوق، فإن جودة الخدمة المقدمة للمريض وشعره بالرضا عن الحصول على حقوقه يساعد على تماثله للشفاء بصورة أسرع وتقبله للنصائح الطبية التي قد تقيد من حريته مثل الامتناع عن

التدخين أو عدم تناول بعض الأطعمة وغيرها من النصائح الطبية، وتطبيق حقوق المرضى تساعد أيضا في الخفض من نسبة المضاعفات التي قد تحدث للمريض من عدم الالتزام بمكافحة العدوى.

أهمية الدراسة

أ. الأهمية النظرية:

١. تكمن أهمية الدراسة في التركيز علي حقوق المرضى البيئية، حيث أصبح كثير من المرضى يعانون من عدم تطبيق هذه الحقوق في العديد من المستشفيات.
٢. تتضح أهمية الدراسة من خلال طبيعة المشكلة التي تتصدي لها الدراسة وهو توضيح الفروق بين وجهة نظر الأطباء، أعضاء هيئة التريض، والمرضي، فى مدى تطبيق حقوق المرضي البيئية.
٣. في حدود علم الباحثة تعتبر الدراسة الحالية من الدراسات القليلة التي تناولت تطبيق حقوق المرضي البيئية من وجهات نظر مختلفة، فتساعد في تقديم أطار نظري عن حقوق المرضى وكيف يراها كلا من الأطباء، وأعضاء هيئة التمريض، والمرضي، بالإضافة إلي إثراء البحوث التي تركز علي دراسة حقوق المرضي التي تمثل جزء لا يستهان به في المجتمع.
٤. ستضيف الدراسة الحالية أدوات جديدة للمكتبة العربية لقياس مدي تطبيق حقوق المرضي البيئية، وتقديم برنامج إرشادي لتنمية المفاهيم المتعارف عليها لدى المرضي بطبيعة حقوقهم البيئية.

ب.الأهمية التطبيقية:

١. أن التقييم البيئى لتطبيق حقوق المرضى يساعد في إلقاء الضوء على المشكلة.
٢. التعرف على وجهة نظر الأطباء فى تطبيق حقوق المرضى.
٣. التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التمريض فى تطبيق حقوق المرضى.
٤. التعرف على وجهة نظر المرضى فى تطبيق حقوق المرضى.

٥. تطبيق برنامج مقترح فى مجال حقوق المرضى يساعد في إلقاء الضوء على المشكلة.
٦. قد تكون نتائج هذه الدراسة نواه لدراسات أخري في هذا المجال.

أهداف الدراسة

تسعي الدراسة الحالية إلي تحقيق الأهداف التالي:

١. التعرف على التقييم البيئى لمدي تطبيق حقوق المرضى من وجهة نظر الأطباء في معهد القلب القومي.
٢. التعرف على التقييم البيئي لمدي تطبيق حقوق المرضى من وجهة نظر أعضاء هيئة التمريض في معهد القلب القومي.
٣. التعرف على التقييم البيئي لمدي تطبيق حقوق المرضى من وجهة نظر المرضى في معهد القلب القومي.
٤. التعرف على الفروق بين وجهة نظر الأطباء، أعضاء هيئة التمريض، والمرضي.
٥. إعداد برنامج مقترح فى مجال حقوق المرضى طبقاً للمعايير الصادرة من وزارة الصحة.

فروض الدراسة

١-توجد فروق داله إحصائياً بين متوسط درجات الأطباء وأعضاء هيئة التمريض حول تطبيق مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.
٢-توجد فروق داله إحصائياً بين متوسط درجات الأطباء والمرضي حول تطبيق مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.
٣-توجد فروق داله إحصائياً بين متوسط درجات أعضاء هيئة التمريض والمرضي حول تطبيق مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.
٤-توجد فروق داله إحصائياً بين متوسط درجات الذكور والأناث بالعينة حول تطبيق مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.
٥-توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات العينة القبلية والعينة البعدية لمقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

مفاهيم الدراسة

أ- التقييم:

المفهوم اللغوي لمصطلح التقييم: المصطلح يرجع أساسا إلى اللغة الانجليزية Assessment social impact. وكلمة assessment تعنى في المورد تخمين أو تقييم (الممتلكات أو الدخل وخاصة للأغراض الضريبة)، وتتضمن عملية التقييم قدر من التخمين أو التوقع وبالتالي يختلف هذا المصطلح عن Evaluation والتي تعنى تقويم أو تقييم وهى تتم عادة بعد المشروع.

ويعرف جلال الملاح التقييم بأنه عملية أساسية تهدف إلى اتخاذ قرار بقبول المشروع أو رفضه استناداً إلى معايير محددة.

ولكن التقويم عملية لمعرفة ما حققه أي مشروع تنموي من الأهداف التي رسمت برامجه لتحقيقها مع تحديد نقاط القوة والضعف أثناء التنفيذ. (حاتم عبد المنعم،٢٠١٦).

وفى عام ١٩٨١ تأسست الجمعية الدولية لتقييم الأثر البيئى International(I) (IAIA) (A) Assessment (I) Impact (A) Association وهى تضم الأشخاص المهتمين بتقييم الأثر البيئي من كافة الجوانب الفيزيقية والأقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية على مستوى العالم، وسواء كانوا هؤلاء الأشخاص مهتمين بتقييم الأثر على مستوى الممارسة العلمية أو البحث الأكاديمى وكان تقييم الأثر الاجتماعى جزء هام من تقييم الأثر الأقتصادى.

ومع حلول عام ١٩٨٣ أصبحت معظم المؤسسات والمشروعات الفيدرالية فى أمريكا تعتمد على تقييم الأثر البيئي قبل الموافقة على المشروع، وفى عام ١٩٨٢ انعقد المؤتمر الأول لتقييم الأثر الاجتماعى، وفى عام ١٩٨٥ أصبحت دراساتتقييم الأثر البيئي مطلب ينادى به علماء البيئة داخل الدول الأوربية والمجموعة الإقتصادية، وفى عام ١٩٨٦ أصبح تقييم الأثر البيئي شرط أساسى من شروط موافقة البنك الدولى على أن يتضمن تقييم الأثر البيئي (صراحة) تقييم الأثر الإقتصادى والاجتماعى والثقافى بجانب تقييم البيئة الفيزيقية، وهذه الخطوة الهامة إنعكست بعد ذلك فى معظم دول العالم، ومن خلال البنك الدولى أصبح تقييم

الأثر البيئي مطلب أساسي لأي مشروع فى معظم دول العالم وخاصة المرتبطة بالنظام الإقتصادي العالمى والبنك الدولى على وجه التحديد.

ب- التقييم البيئي: هى عملية منظمة لتحديد وتوقع وتقييم الآثار البيئية للأعمال والمشاريع المقترحة، وإن البيئة بمفهومها الواسع الذي تشمل التأثيرات الثقافية والاجتماعية والصحية وغيرها، تعتبر جزءً مكملاً لتقييم الاثر البيئي، وان العملية تهدف الى منع التاثيرات السلبية للمشروع أو التخفيف منها، ونلاحظ انه من خلال دراسة منهجيات تقييم الآثار البيئية وتطور إجراءات التقييم البيئي والذي إرتبط تاريخياً بإنتشار الأخطار والآثار البيئية الناجمة عن مخلفات النهضة الصناعية وخاصة الكيميائية والنووية وكذلك المخلفات الصلبة والسائلة والغازات، ان تقييم الأثر البيئى اصبح ضروريا من اجل حماية البيئة في مراحل المشاريع المختلفة والتي تشمل التخطيط، والتصميم، والتنفيذ.

التعريف الإجرائى: للتقييم البيئي: عملية منظمة لتقييم مدى تطبيق حقوق المرضى البيئية، وتنقسم عملية التقييم البيئي إلي (المعهد من الخارج، المعهد من الداخل، وغرفة المريض) ووضع الضوء على السلبيات لتجنبها لرقى مستوى الأداء والنهوض بصحة المريض وسلامته من الناحية البيئية.

د- حقوق المرضى: تعرف حقوق المرضى بأنها: الأطر والتشريعات القانونية والأخلاقية التي تحكم العلاقة بين مقدم الرعاية الصحية والمريض وذويه فيما يتعلق بحق المريض في الخصوصية، وتقديم الرعاية الطبية المتميزة بالجودة والمشاركة في خطة العلاج، واتخاذ القرارات حول خيارات العلاج والرعاية، ورفض العلاج إستناداً على نموذج الموافقة المستنيرة بالعلم. (ناصر عبد المحسن المانع،٢٠١٦)

التعريف الإجرائي لحقوق المرضي: هي السياسات والقوانين التي تلتزم المنشأة الصحية بحمايتها والحفاظ عليها تجاه المرضي، وهذه الدراسة تعمل على تقييم حقوق المرضى البيئية من وجهة نظر الأطباء، وأعضاء هيئة التمريض، والمرضى.

الدراسات السابقة

أولاً: دراسات عربية: تمثلت الدراسات السابقة في محورين:

المحور الأول: دراسات تناولت تطبيق نظام الجودة في أماكن مختلفة: تناول هذا المحور العديد من الدراسات التي تناولت نظام الجودة من عدة جوانب مختلفة فقد أشارت:

- **دراسة (هالة محمد عبده ٢٠١٣):** المشكلات البيئية والمرضية وانعكاساتها على جودة أداء العاملين (دراسة ميدانية بمصنع الفوسفات بمحافظة أسوان)، وتوصلت إلى انتشار التلوث البيئي في مجتمع الدراسة، متمثل في عمليات الشحن الخاطئة التي ينتج عنها الغبار والأتربة فضلاً عن عوادم السيارات التي تتواجد داخل المصنع بكميات كثيرة لتقوم بتعبئة الفوسفات، والذي نتج عنه إصابة العاملين ببعض الأمراض البيئية التي تؤدى إلى عدد من الأمراض: مرض الصدر، الربو الشعبي، التحجر الرئوي، أمراض العين، حساسية الجلد، مرض الدرن الرئوي، وإصابة العاملين بالضغوط النفسية والعصبية نتيجة الأعمال الشاقة التي يعملون بها، وكثرة الحوادث وإصابات العمل نتيجة غمامات الغبار والأتربة التي تحجب الرؤية عن النظر وتعمل على موت الكثير من أرواح البشر، وكثرة الأجازات وغياب العاملين عن العمل نتيجة شدة المرض وعدم القدرة على العمل بطريقة جيدة، هذا الأمر الذي يؤدى إلى إصابة العامل.
- **دراسة (وفاء نايل عطاالله ٢٠١٢):** تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبدالله فى الأردن، (دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة)، أن مقدمي الخدمة من مستشفى الملكة رانيا العبدالله في مدينة عمان، الأردن يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، إذ أظهرت النتائج مستويات عالية من الإدراك لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من بينها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا ومتابعتها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تفعيل عنصر المشاركة وفرق العمل لدى مقدمي الخدمة، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية.

- **دراسة (أماني فيليب ٢٠١٢)** "عوامل البيئة الاجتماعية المؤثرة على تطبيق نظام الجودة في التعليم الإعدادي" (نموذج للتوعية بثقافة الجودة للمتعلمين)، جاءت النتائج لتثبت صحة الفروض حيث تبين أنه يوجد تأثير بنسب متفاوتة لعوامل البيئة الاجتماعية على تطبيق معايير جودة التعليم بالمدارس الحكومية الإعدادية، وكذلك تبين التأثير الإيجابي لنموذج التوعية بثقافة الجودة لدى المتعلم، حيث ظهر فرق في نتائج مقياس الوعي لصالح التطبيق البعدي.
- **تناولت دراسة (أحمد عباس يوسف ٢٠١٠):** أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى "دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت"، وقد بينت الدراسة ارتفاع جودة خدمة الرعاية الصحية وبصفة خاصة في المستشفي الخاص مقارنة بالحكومي. كما بينت الدراسة بأن رضا المرضى في كلا المستشفيين عينة الدراسة هو بشكل عام مرتفع، أما على مستوى فئة المستشفى فقد كان مستشفى السلام الدولي الخاص هو الأكثر تقديرًا بالمقارنة مع المستشفى الأميري الحكومي، وقد توصلت الدراسة إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لجودة الرعاية الصحية (الملموسية؛ الاعتمادية؛ الاستجابة؛ الأمان؛ التقمص العاطفي؛ إمكانية الوصول وتوفر الخدمة) على رضا المرضى متلقى العلاج في كلا المستشفيين عينة الدراسة عند مستوي دلالة معنوية (0.05) .
- **دراسة (عبد العزيز بن عبدالله ٢٠٠٧):** الجودة الشاملة في المستشفيات، والتي أكدت صحة فروض الدراسة المتمثلة في (هناك علاقة جوهرية بين السياسات الإدارية ونمط القيادة والتوجيه الاستراتيجي للجودة الشاملة، هناك علاقة جوهرية بين السياسات الإدارية الخاصة بتشجيع التجديد والابتكار وتطبيق مفهوم الجودة الشاملة، هناك علاقة جوهرية بين السياسات واللوائح الخاصة بالتقدير والمكافآت والترقية وتطبيق مفهوم الجودة الشاملة، هناك علاقة بين السياسات والممارسات الخاصة بنظم التدريب وتطبيق مفهوم الجودة الشاملة، هناك علاقة جوهرية بين السياسات والممارسات الخاصة بالاتصالات الإدارية وتطبيق مفهوم الجودة الشاملة).

المحور الثاني: دراسات تناولت التقييم البيئي لمتغيرات مختلفة: ملاحظة ندرة الدراسات التي تناولت التقييم البيئي لمدي تطبيق حقوق المرضي فقد تناولت الدراسات التقييم البيئي علي متغيرات مختلفة وفيما يلي عرض لبعض الدراسات التي توصل اليها الباحثون.

- **دراسة (عبد الله إبراهيم ٢٠١٥):** التقييم الاجتماعي البيئي للمشروع القومي للتصدي للبطالة (دراسة مقارنة بين الجنسين بجمعية تنمية المجتمع المحلى بالمطرية)، وهدفت إلي محاولة علمية التقييم الاجتماعي والبيئي للمشروع القومي لمواجهة البطالة بجمعية تنمية المجتمع المحلى بالمطرية ومدى نجاحه أو فشله لمواجهة هذه الظاهرة ووضع آليات ومقترحات لزيادة فاعلية الجمعية في التصدي لظاهرة البطالة للوقوف على أهم الإيجابيات وكذلك تحديد أهم الصعوبات والمعوقات ووضع تصور مقترح لكيفية قيام الجمعيات بدورها الاقتصادي لتحقيق الرفاهية لأناء هذا المجتمع.
- **دراسة (حجازي حمدي ٢٠١٣):** تقييم البعد الاجتماعي والبيئي لمشروع تطوير القاهرة الفاطمية (دراسة تطبيقية على شياختي الجمالية وباب الفتوح)، ومن أهم أهداف الدراسة (تحديد مدى مراعاة البعد الاجتماعي عند تنفيذ مشروع تطوير القاهرة الفاطمية، تحديد مدى مراعاة البعد البيئي عند تنفيذ مشروع تطوير القاهرة الفاطمية، تحديد المعوقات التي تواجه مشروع تطوير القاهرة الفاطمية عند مراعاتها للبعد الاجتماعي والبيئي، التوصل إلى نموذج مقترح من شأنه زيادة فاعلية وكفاءة مشروع تطوير القاهرة الفاطمية مع ضرورة مراعاة ذلك النموذج للبعد الاجتماعي والبيئي عند القيام بمشروعات تطوير مثل هذه الأماكن التاريخية).
- **دراسة (أمل محمد موسي ٢٠٠٧):** بيئة العمل وعلاقتها بالأداء الاجتماعي والكفاية الإنتاجية (دراسة تطبيقية على بعض الوحدات بقطاع الإنتاج الحربي) وأوضحت الدراسة أوضحت الدراسة أن هناك مجموعة من العوامل التي تساهم في إشباع الحاجات الاجتماعية للعاملين وهى: وجود خدمات اجتماعية، وصحية مثل المصايف والرحلات، الحفلات، والنوادي، وتوفير وسائل مواصلات للحضور والانصراف، العناية الطبية للعاملين داخل وخارج المصنع، ووجود نظام لعلاج أسر العاملين، وجود طبيب بالمصنع

مسئول عن تقديم العناية الطبية العاجلة، مشاركة إدارة المصنع للعاملين في حالات الوفيات، قيام الأخصائي الاجتماعي بزيارة المرضى بالمستشفيات، تشجيع العاملون المتميزون، وقد تلاحظ للباحثة وجود قصور في بعض عناصر الأداء الاجتماعي، مثل تقديم المساعدات المالية للعامل في حالة تعرضه لأزمة مالية، كذلك إيجاد نظام لمساعدة العاملين في الحصول على مسكن ملائم وخاصة الشباب منهم، إقرار إمكانية تعيين أحد أبناء العامل الذي يتوفى أثناء الخدمة.

- **دراسة (محمد أحمد جاسم ٢٠٠٥):** تقييم المعلومات والممارسات التمريضية بخصوص تغذية الأطفال الخدج في وحدات الخدج في محافظة نينوى، وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك قصور في المعارف والمهارات لدى الملاك التمريضي العامل في وحدات رعاية الخدج ولذلك نوصي بإنشاء مراكز متخصصة للعناية بالأطفال الخدج واستحداث برامج ودورات تدريبية فعالة ومكثفة لغرض رفع المستوى العلمي للممرضين في مجال رعاية الأطفال الخدج.

ثانياً: دراسات أجنبية:

- **دراسة Rinchen Pelzang,2016:** الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة ذات شقين: أولاً، استكشاف ووصف أصحاب المصلحة الرئيسيين (مثل الأطباء والممرضين والمربين والمديرين والإداريين وصانعي السياسات) بالنظر اليها وأختبارها كمخاوف رئيسية بشأن سلامة المرضى في نظام الرعاية الصحية في بوتان والخدمات ذات الصلة؛ وثانيهما، تمشيا مع أجندة سلامة المرضى العالمية لمنظمة الصحة العالمية الخاصة بالدول النامية، لتحسين فهم مخاوف سلامة المرضى في بوتان واستخدام هذا الفهم لتقديم توصيات لوضع حلول مناسبة ومكيفة محليا. وأجريت الدراسة كبحث استقصائي وصفي استقصائي نوعي (QED). باستخدام عينة هادفة طبقية قائمة على المعايير من ٩٤ مشاركًا ، تم جمع البيانات من خلال المقابلات الفردية المتعمقة واجتماعات المجموعة الاسمية ومراجعة وثيقة السياسة. وقد تم تحليل البيانات في وقت لاحق باستخدام المحتوى وتحليل استراتيجيات الموضوعية، وتشير نتائج الدراسة إلى أنه على الرغم من أن سلامة المرضى قد تلقت القليل من الاهتمام في السياق الثقافي لبوتان، إلا أن المخاوف التي وصفها

المشاركون كانت متناسبة مع تلك التي تم تحديدها في البلدان الأخرى ذات الدخل المنخفض والمتوسط. من أجل تصحيح هذه المخاوف ، تشير نتائج هذه الدراسة إلى ضرورة اتباع نهج "متكيف ثقافيًا" مع "بوتان". وذلك لأن الأساليب التقليدية لسلامة المرضى المستخدمة في البلدان مرتفعة الدخل لا يمكن تطبيقها دائمًا بنجاح ما لم يتم اشتقاقها محليًا وتكييفها لمراعاة الاحتياجات المحلية والتفاهمات والممارسات والقدرة على تحمل التكاليف والموارد.

- **دراسة Wei Ouyang 2011:** تبحث هذه الأطروحة في دور حوكمة الدولة وتنظيمها في نظام الرعاية الصحية في الصين وتأثيرها على الممارسات والأخلاق المهنية. تتناول الأطروحة القضايا من منظور اجتماعي – قانوني. إنه يقدم دليلاً من التكامل بين الأساليب التاريخية والتجريبية والنظرية لاستكشاف دور الممرضات والطبيب الصيني في علاقاتهم بحكم الدولة للرعاية الصحية والقانون، وتنقسم إلي ثلاثة أهداف رئيسية. أولاً، يهدف إلى المساهمة في تطوير نظريات حول العلاقة بين مهنة الطب والدولة الشيوعية في الصين، ودراسة الوضع الضعيف نسبيًا للمهنيين الطبيين في الصين كما يتضح من الأدلة التجريبية التاريخية والأصلية الناتجة عن البحث الذي تم إجراؤه من أجل هذه الأطروحة. ثانياً، تبحث الأطروحة في طبيعة ومدى عدم الاحتراف بين المهنيين الطبيين الصينيين. وبشكل أخص، تدرس عواقب التحديات التي تواجه الاستقلالية المهنية للعاملين الطبيين الصينيين والتي حدثت نتيجة لهيكل قوة الرعاية الصحية الصيني. في النهاية، يُقال إن النموذج المعاد تنظيمه والذي يضع الممارسين الطبيين الصينيين في دور أكثر احترافًا ومسؤولية مطلوبًا على وجه السرعة، وقد استخلصت النتائج "ان مشاكل الأخلاق المهنية تنشأ عادةً من النزاعات حول المعايير المهنية أو التعارضات بين الالتزامات المهنية والتزامات الأشخاص خارج المهنة." أفضل طريقة لخدمة البلاد والمساعدة في جعلها غنية وقوية وحديثة دون المساس بالقيم الفكرية والأخلاقية.

- **دراسة Charitini K. Stavropoulo: 2008** : يمثل عدم الالتزام بالأدوية مشكلة كبيرة الحجم حيث إنها تؤدي إلى تقليل النتائج الصحية وزيادة تكاليف الرعاية الصحية. الهدف من هذه الدراسة هو دراسة مسألة عدم الالتزام بالدواء مع التركيز بشكل خاص على تأثير العلاقة بين الطبيب والمريض على قرار المريض باتباع التوصيات الطبية أم لا، وتنقسم إلي شقين. بحث تجريبياً في علاقة التفاعل بين الطبيب والمريض وعدم الالتزام بالأدوية في اليونان، على مستوى السكان وعلى مستوى المريض. كما أنها تطور نموذجًا نظريًا للعلاقة بين الطبيب والمريض باستخدام نظرية اللعبة غير التعاونية لشرح كيفية تأثير توفير المعلومات في ظل ظروف النزاع على عدم الالتزام. يتم استخدام دراستين تجريبية ونموذج نظري للعبة. تعتمد الدراسة الأولى على بيانات من المسح الاجتماعي الأوروبي لفحص المعتقدات حول الأطباء والمواقف تجاه الدواء لدى عامة السكان. تحلل الدراسة الثانية مسح استبيان لمرضى ارتفاع ضغط الدم في اليونان ، تدرس هذه الدراسة النهج النظري للعبة، وتوظف مفاهيم عن الاقتصاد السلوكي، الذي يجمع بين عناصر كل من الاقتصاد وعلم النفس. أظهرت النتائج وجود علاقة قوية بين ما يفكر به الأفراد عن الأطباء ومواقفهم تجاه الدواء. المعتقدات حول الأطباء هي أقوى تنبؤات بعدم الالتزام في كلتا الدراستين، يولي اليونانيون أهمية كبيرة لآراء أطبائهم ويلتزمون بتوصياتهم. أخيرًا ، يُظهر الإطار النظري للعبة أن فشل الأطباء في فهم حاجة المرضى إلى المعلومات قد يؤدي إلى عدم التزام المرضى. تشير النتائج إلى أن التدخلات الرامية إلى تحسين معدلات الالتزام يجب أن تبنى على أساس وجود علاقة جيدة بين الطبيب والمريض، حيث يفهم الأطباء احتياجات المرضى، ويناقشوا العلاج وينقلون المعلومات الكافية.

الإطارالنظري للدراسة

يتطلب العلم نظرية تؤكد ناضجة، فالتنظير يعد عملية أساسية للمعرفة العلمية والمنطقية فأى باحث في أى علم من العلوم لا غنى له عن نظرية توجهه في جمعه للوقائع المتعلقة بالظاهرة التي يريد الباحث دراستها أو في اختياره للفروض التي يريد أن يختبر صدقها وفى اختياره للمنهج والأدوات التي يستخدمها في دراسته فبدونها يتخبط في جمع معلوماته بحيث

تأتى غير مترابطة ثم يعجز في النهاية عن إضفاء معنى عليها أو تفسيرها، ويتمثل المنطلق النظري لهذه الدراسة في عدد من النظريات على النحو التالي:

١- نظرية الأنساق:

مفهوم نظرية الأنساق: نظرية الآنساق بوجه عام نشأت في إطار علم الأحياء ثم نمت وانتشرت في مجالات أو علوم آخري عديدة ومنها علم الاجتماع وعلوم البيئة الحديثة، ولقد تأثرت هذه النظرية بنظرية دارون ونظرية السكان لمالتوس نحو فكرة الصراع حول الموارد البيئية المحدودة. (Brill,١٩٩٠)

ويعرف النسق بوجه عام بأنه مجموعة من الأجزاء ترتبط ببعضها البعض وتعمل معاً بنظام معين لأداء هدف عام، مع المحافظة على التوازن الداخلي بين عناصر النسق والتوازن الخارجي وأيضاً من خلال علاقة النسق بالبيئة المحيطة به. (حاتم عبد المنعم، ٢٠٠١).

ويرى علماء الاجتماع أن المجتمعات عبارة عن كليات أو أنساق بينها ارتباط متبادل ويكتسب كل جزء ما له من معنى في ضوء علاقته بالكل كما يقوم كل جزء بأداء وظيفة معينة داخل النسق، وأن كل العناصر التي يتركب منها النسق هي مقومات ضرورية ترتبط بحاجات النسق العام. (على عبد الرازق وأخرون، ٢٠٠١).

وإن استمرار النسق في البقاء يرتبط باستمرار التوازن الذي يتحقق بشروط أربعة هي:

- التكيف مع البيئة Adaptation.
- تحقيق الهدف الأساسي للنسق.
- تحقيق التكامل بين أجزاء النسق.
- المحافظة على بقاء النمط الأساسي وإدارة أو مواجهة التوترات التي تحدث. (طلعت ابراهيم وأخرون، ٢٠٠٠).

وهي التي تعتبر الفرد نسقاً اجتماعياً وكذلك كل أسرة وكل جماعة وكل مؤسسة وكل مجتمع محلي، وأيضاً كل مجتمع قومي، وعلى أساس أن كل نسق اجتماعي يكون له تركيب بنائي يتناسب مع طبيعة نشاطه، والأهداف التي وجد هذا النسق لتحقيقها كما يوجد لكل نسق مجموعة من الوظائف يجب أن يؤديها، وفق معطيات هذه النظرية يمكن أن يتضمن أي نسق

اجتماعي مِجموعة من الأنساق الفرعية التي يتكون منها النسق الاجتماعي ككل، كما أن كل نسق اجتماعي يمكن اعتباره نسقاً فرعياً لنسق أكبر منه.

ويمكن النظر لمعهد القلب القومي بوصفه نسقاً اجتماعياً مفتوحاً يتضمن علاقات متبادلة بين أجزائه، ومعهد القلب القومي في ضوء فكرة النسق الاجتماعي هو مجموعة الوحدات التي يسود بينها نوع من الاعتماد والتساند المتبادل في كل أجزاء النسق، والتي تتساند فيما بينها لتسهم في النهاية في تحقيق وحدة متكاملة، ويمكن تصورها كنسق كلي ينقسم في الوقت ذاته من الداخل إلى مجموعة وحدات فرعية صغيرة تعتبر انساقاً فرعية مثل الخدمات الطبية، والتمريض، والخدمة الاجتماعية، وغيرها من الأقسام، والتي بدورها تضم أيضاً أنساقاً فرعية أصغر، وكل هذه الأنساق الفرعية لها بناءاً ووظيفة ومن خلال تفاعل هذه الأنساق وتساندها وظيفياً، تستطيع أن تسهم كل منها في تحقيق الوظيفة الرئيسية للمستشفى كنسق اجتماعي وفي ضوء نظرية الأنساق يمكن اعتبار العاملين في نسق معهد القلب القومي أنساقاً فرعية تتأثر بأنساق فرعية أخرى مثل نسق العوامل الاجتماعية والنفسية للعامل، ومنها نوع العلاقات التي تربط بين العاملين من (الأطباء، والممرضات، وأيضاً المرضي)، ، والتي تؤثر على باقي الأنساق وعلى الوظيفة الكلية للنسق.

٢-نظرية الخطورة البيئية Environmental risk theory: نشأة نظرية الخطورة البيئية وعصر الحداثة: أصدر العالم بيك Beck عام ١٩٩٢ كتاب شهير بعنوان مجتمع المخاطر "Risk Society" ينقض فيه المجتمع المعاصر والحداثة وأنها تسببت فى العديد من الأخطار المتنوعة والمتعددة للإنسان والبيئة معاً، وان هذه الأخطار نتجت عن الثورة الصناعية والتكنولوجيا المستخدمة منذ الثورة الصناعية بوجه عام وما أرتبطت بها من سياسات تنمويه مختلفة ركزت على البعد المادى والربح الأقتصادى فى الأساس، مما إنعكس سلبياً على الإنسان والبيئة وتعددت الأخطار من ثقب الأوزون إلى الثوبه الزجاجية والدفء الحرارى والتلوث والتصحر وتغيرات المناخ إلى غياب العدالة والفقر وتزايد حدة الصراعات بين الجماعات إلى التأثير السلبى على الحالة الصحية والنفسية للإنسان، وتتميز هذه الأخطار بعدة سمات مشتركة أخطرها الآتى:

- انتشار هذه الأخطار بدرجة أو أخرى بكافة أنحاء العالم دون تفرقة بين دول نامية أو متقدمة من خلال عولمة الأخطار البيئية وإنتشارها.
- إمتداد هذه الأخطار إلى المستقبل والأجيال القادمة لأن هذه الأخطار لا تقتصر على الحاضر فقط بل تمتد للمستقبل.
- استمرار هذه الأخطار أصبحت تشكل خطراً على حق الحياة وليست مجرد الإضرار بالبشرية. (Jhon Barry,1999,p135)

علاقة النظريات المستخدمة بالدراسة الحالية: تعتبر هذه النظرية من النظريات الهامة التى تستخدم فى عملية التقييم البيئي والاجتماعى، فمجتمع الدراسة تتعدد فيه المخاطر البيئية من وجود نفايات خطرة، ووجود غرفة أشعة، وغيرها من الأشياء التى يمكن أن تعرض المريض للخطر، فوجود مبدأ الوقاية من الأخطار البيئية بدلاً من الملوث هو الذى يدفع الثمن، أمر هام جداً، وهو الذى تتبعه إدارة المعهد القومى للقلب تنفيذاً فى قسم مكافحة العدوى، القائم تحت قسم إدارة الجودة بالمعهد، والذى يضم مجموعة من عدة تخصصات بالمعهد من أطباء وتمريض وإداريين.

الإجراءات المنهجية

اعتمد الباحثون في هذه الدراسة:

المنهج الوصفي: وذلك لأنه ملائم لطبيعة الدراسة.

المنهج التجريبي: وذلك لمعرفة مدي فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة.

الأدوات المستخدمة

١. الاستبانة: وتتكون من:

أولاً: استمارة البيانات الأولية (إعداد الباحثة)

تهدف هذه الاستمارة إلي جمع معلومات أولية عن عينة الدراسة المتمثلة في:

- عينة الأطباء: (الاسم، السن، النوع، تاريخ بدأ العمل، الدرجة العلمية، التخصص، دورات أو مؤتمرات تخص موضوع الدراسة إن وجدت).
- عينة أعضاء هيئة التمريض: (الاسم، السن، النوع، السكن، الحالة الاجتماعية، المؤهل، تاريخ بدأ العمل).
- عينة المرضي: (الاسم، السن، النوع، السكن، المؤهل، الحالة الاجتماعية، حالة العمل "يعمل/ لا يعمل"، الدخل الشهري، نوع المرض، التاريخ المرضي، تاريخ دخول المعهد، هل سبق دخول المعهد من قبل "نعم/ لا"، الفئة المالية "اقتصادي/ قرار/ تعاقد").

ثانياً: مقياس التقييم البيئي لمدي تطبيق حقوق المرضي: وينقسم إلي ثلاث استمارات:

- مقياس التقييم البيئي لمدي تطبيق حقوق المرضي من وجهه نظر (الأطباء، أعضاء هيئة التمريض، المرضي) وينقسم المقياس إلي ثلاث أبعاد وهم:
  - موقع المعهد (المعهد من الخارج) من العبارة ١: ٩.
  - داخل المعهد من العبارة ١٠: ١٩.
  - غرفة الإقامة بالمعهد ٢٠: ٣١.

تعتمد طريقة التصحيح علي الاختيار من بدائل ثلاثة وهي (نعم/ إلي حد ما/ لا) وتتوزع الدرجات (٢ -١-٠) للعبارات الإيجابية، (٠ -١-٢) للعبارات السلبية.

الخصائص السيكومتريه للمقياس: للتأكد من صدق وثبات المقياس تم تطبيق المقياس في صورته الشبة نهائية علي عينة من الأطباء (٣٠)، أعضاء هيئة التمريض (٣٠)، والمرضي (٣٠).

الصدق: اعتمدت الباحثة علي استخدام الطرق التالية للتأكد من

صدق البناء: تم الاطلاع علي المقاييس السابقة والأطر النظرية ذات الاهتمام بحقوق المرضي، ومعايير الاعتماد المصرية للمستشفيات، ثم الدراسات السابقة الخاصة بالموضوع للتمكن من إعداد عبارات المقياس.

صدق المحكمين: تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال علم الاجتماع والنفس، وعددهم (٨) محكمين، وطلب منهم الإجابة عن مدى وضوح العبارات، ومدى ملاءمتها لقياس ما وضعت من أجله، ومناسبتها للمستجيبين، وعلى المحكم أن يقرر ذلك حسب معيار كمي تدريجي من النوع الثلاثي ، ولقد اعتمد المحكمين عدد (٣١)عبارة وصفت بالوضوح والتوافقية مع متغيرات الدراسة، حيث تم الإبقاء على العبارات التي أجمع عليها أكثر من (٨٠%)من المحكمين.

ثبات المقياس: اعتمدت الباحثة علي الطرق التالية (إعادة التطبيق بلغت قيمة الثبات ٩٥٤. للمجموع الكلي – التجزئة النصفية بلغت ٧٩٢٩. – معامل ثبات الفا٧٥٥٦.).

الاتساق الداخلي: تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الفرعي، ثم حساب الاتساق الداخلي لإبعاد المقياس بحساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

جدول: نتائج (معامل الارتباط بيرسون) بين متوسط أبعاد مقياس التقييم البيئي.

أبعاد المقياس	معامل الارتباط والدلالة	موقع المعهد من الخارج	داخل المعهد	غرفة الإقامة بالمعهد	مجموع درجات ابعاد المقياس البيئي
موقع المعهد من الخارج	معامل بيرسون	–	.108**	.148**	.524**
	مستوي الدلالة	–	.008	.000	.000
داخل المعهد	معامل بيرسون	.108**	–	.531**	.792**
	مستوي الدلالة	.008	–	.000	.000
غرفةالإقامة بالمعهد	معامل بيرسون	.148**	.531**	–	.816**
	مستوي الدلالة	.000	.000	–	.000

** العلاقة دالة عند مستوي دلالة (٠,٠١) * العلاقة دالة عند مستوي دلالة (٠,٠٥)

يتضح من بيانات الجدول التالي ما يلي:

١- أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد (موقع المعهد من الخارج) وبين أبعاد المقياس (داخل المعهد، غرفة الإقامة بالمعهد، مجموع ابعاد المقياس البيئي) جاءت بنسبة (**108.، **148.، **524.) ومستوى دلالة (0.00)، وهو أصغر من (٠,٠٥) وعلية نقرر انه توجد علاقة طردية قوية جداً دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠,٠١) بعد (موقع المعهد من الخارج) وبين أبعاد المقياس.

٢- أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد (داخل المعهد) وبين أبعاد المقياس (موقع المعهد من الخارج، غرفة الإقامة بالمعهد، مجموع ابعاد المقياس البيئي) جاءت بنسبة (**108.، **531.، **792.) ومستوى دلالة (0.00)، وهو أصغر من (٠,٠٥) وعلية نقرر انه توجد علاقة طردية قوية جداً دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠,٠١) بعد (داخل المعهد) وبين أبعاد المقياس.

٣- أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد (غرفة الإقامة بالمعهد) وبين أبعاد المقياس (موقع المعهد من الخارج، داخل المعهد، مجموع ابعاد المقياس البيئي) جاءت بنسبة (**148.، **531.، **816.) ومستوى دلالة (0.00)، وهو أصغر من (٠,٠٥) وعلية نقرر انه توجد علاقة طردية قوية جداً دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠,٠١) بعد (غرفة الإقامة بالمعهد) وبين أبعاد المقياس.

٤- أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين مجموع أبعاد مقياس التقييم البيئي وبين أبعاد المقياس (موقع المعهد من الخارج، داخل المعهد، غرفة الإقامة بالمعهد) جاءت بنسبة (**524.، **792.، **816.) ومستوى دلالة (0.00)، وهو أصغر من (٠,٠٥) وعلية نقرر انه توجد علاقة طردية قوية جداً دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠,٠١) بين مجموع أبعاد مقياس التقييم البيئي وبين أبعاد المقياس.

من كل ما سبق تحققت الباحثة من صدق وثبات المقياس.

٢. البرنامج الإرشادي(إعداد الباحثون)

- برنامج إرشادي لحقوق المرضي الاجتماعية والبيئية:

هو برنامج أعد خصيصا للدراسة بهدف تبصير المرضى بحقوقهم البيئية، وواجباتهم، وحسهم على الاندماج والتفاعل مع الفريق الطبي والمطالبة بحقوقهم بطريقة مناسبة إذا تم الإخفاق فيها، وبث الحب والطمأنينة لدي المرضى للفريق الطبي من أطباء وتمريض، ومحاولة عمل صداقات بين المرضى وبعضهم البعض وهذا يؤدى إلى نوع من الحب والود والمساندة الاجتماعية لبعضهم البعض.

ويهدف البرنامج بشكل عام على إرشاد وتثقيف المرضى بمدى حقوقهم وواجباتهم وتنمية الجوانب الإيجابية، والتي من شأنها أن تساعدهم علي تعديل التقييم البيئي لحقوق المرضي وتخطى مرحلة العلاج والتماثل للشفاء.

وبالتالي يتضمن البرنامج العمل على تحقيق الأهداف الإجرائية التالية:

١- تبصير المرضى بحقوقهم، وتعريفها لهم بطريقة مبسطة.

٢-تبصير المرضى بواجباتهم تجاه الفريق الطبي وتجاه المعهد.

٣-تعريف المرضى بطريقة المطالبة بحقوقهم بشكل سليم، ومحاولة تخطى أي مشكلة.

٤-تدريب أفراد العينة علي طرق الاسترخاء والتحكم الذاتي، تقبل الظروف البيئية المحيطة (فيزيقية – اجتماعية) والتعايش معها، اللجوء إلي الله، استخدام الدعابة، وكل هذه الأساليب من شأنها أن تساعد المريض على تخطى أي تقصير في حقوقه والتعامل مع المواقف بشكل إيجابي.

٥-توعية المريض وتعريفه مخاطر رفض العلاج أو عدم إتباع تعليمات الفريق الطبي من أطباء وتمريض.

يقوم البرنامج علي مجموعه من الأسس:

أ. أساس اجتماعي: يقوم على أساس تقويم الجانب الاجتماعي لدى المريض في معاملة الفريق الطبي من تمريض وأطباء، ومراعاة الأساس الاجتماعي باعتبار إن السلوك الإنساني فردي جماعي يتأثر بالجماعة التي ينتمي إليها.

ب. أساس بيئي: يقوم علي أساس التوضيح للمريض بأن بيئة المستشفى تختلف عن بيئة المنزل، ويجب تقبلها والتكيف عليها خلال فترة العلاج، وتبصيره بالإرشادات العامة

لسلامته من تهوية الغرفة ونظافتها وخلافه، وإرشاده بالواجبات التي يجب أن يتبعها تجاه المكان للحفاظ عليه وسلامته له ولجميع المرضى.

ت. أساس نفسي: ويشمل تعديل الأفكار والأساليب الخاطئة عند المرضى عن حقوقهم، وشرحها لهم بطريقة مبسطة، وتدريبهم على أساليب لمواجهة ما قد يتعرض له المرضى من ضغوط نفسية أثر شعورهم بالتقصير في هذه الحقوق خلال فترة العلاج.

ث. أساس فسيولوجي: أن حرص الباحثة علي توظيف فنية الاسترخاء، واللجوء إلي الله للسيطرة علي ملامح الإحباط والتوتر التي ترتبط بالعوامل الفسيولوجية للإنسان حيث تساعد كلا منهما علي حدوث تغيرات فسيولوجية فتساعد علي إفراز أحماض مفيدة للجسم وتبعث الأمل والاطمئنان النفسي والشعور بالرضا عن الخدمة المقدمة له.

استندت الباحثة إلي إعداد برنامج تكاملي يعتمد علي انتقاء فنيات واستراتيجيات من عدة نظريات) ما يناسب العينة

تحكيم البرنامج الارشادي: تقييم البرنامج من خلال عرض الباحثة للبرنامج علي الأساتذة في مجال علم الاجتماع والنفس عددهم (٨)، وإجراء التعديلات اللازمة.

مجالات الدراسة

المجال الجغرافي: طبقت الدراسة في معهد القلب القومي بمحافظة الجيزة.

المجال الزمني: أجري هذا البحث من ٢٠١٦- ٢٠١٨.

المجال البشري: تتقسم العينة إلي ثلاث عينات وهم:

- عينة من الأطباء العاملين بمعهد القلب القومي وعددهم(١٠٠).
- عينة من أعضاء هيئة التمريض العاملين بمعهد القلب القومي وعددهم(١٠٠).
- عينة من المرضي المتواجدين بمعهد القلب القومي وعددهم(١٠٠).
- عينة البرنامج وتتكون من (٣٠) للعينة التجريبية، (٣٠) للعينة الضابطة من المرضي المترددين علي معهد القلب القومي.

جدول رقم (١): يوضح تصنيف الخصائص الديموغرافية للعينة

الخصائص الديموغرافية للعينة		التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	147	49%
	انثى	153	51%
تصنيف العينة	الأطباء	100	33.3%
	أعضاء هيئة التمريض	100	33.3%
	المرضى	100	33.3 %
وصف العمر	من عشرون حتى ثلاثين سنة	43	14.3%
	من ثلاثون حتى أربعين سنة	87	29%
	من أربعين حتى خمسون سنة	120	40%
	من خمسون حتى ستون سنة	31	10.3%
	اكثر من ستون سنة	19	6.3%
الحالة الاجتماعية	أعزب	35	11.7%
	متزوج	113	37.7%
	مطلق	25	8.3%
	أرمل	27	9%
	أخرى	100	33.3%
المؤهل	يقرأ ويكتب	21	7%
	تعليم اساسى	28	9.3%
	تعليم ثانوى	89	29.7%
	معهد فوق متوسط	36	12%
	بكالوريوس او ليسانس	35	11.7%
	ماجستير	53	17.7%
	دكتوراة	38	12.7%
معدل الدخل	أقل من ١٥٠٠	20	6.7%
	من ١٥٠٠ إلى ٢٥٠٠	26	8.7%
	من ٢٥٠٠ حتى ٤٠٠٠	23	7.7%
	اكثر من ٤٠٠٠	2	0.7%
	أخرى	229	76.3%
سنوات الخبرة	من بدأ العمل حتى خمس سنوات	9	3%
	من خمس سنوات حتى عشر سنوات	23	7.7%
	من عشر سنوات حتى خمس عشر سنة	27	9%
	من خمسة عشر حتى عشرون سنة	49	16.3%
	من عشرون سنة حتى خمسة وعشرون سنة	68	22.7%
	أكثر من عشرون سنة	24	8%
	أخرى	100	33.3%

يتضح من بيانات الجدول التالي أن متغير (الجنس) جاءت النسبة الأعلي للأناث بنسبة ٥١% بينما جاءت نسبة الذكور ٤٩%، وتساوت تصنيف العينة لكلاً من (الأطباء، أعضاء هيئة التمريض، المرضي) بنسبة ٣٣,٣%، وقد جاءت أعلى نسبة لمتغير (وصف العمر) للعينة الفئة العمرية من اربعين حتى خمسون سنة بنسبة ٤٠% يليها من ثلاثون حتي أربعين سنة بنسبة ٢٩% يليها من عشرون حتى ثلاثين سنة بنسبة 14.3% يليها من خمسون حتى ستون سنة بنسبة ١٠,٣% يليها اكثر من ستون سنة بنسبة ٦,٣% ، وقد جاءت (الحالة الاجتماعية) بأعلي نسبة للمتزوج بنسبة ٣٧,٧% ويليها أخري بنسبة ٣٣,٣% ويذكر أن هذه تعد نسبة الاطباء لان متغير الحالة الاجتماعية لم يتم وضعه في البيانات الاولية للأطباء، يليها أغزب بنسبة ١١,٧% يليها أرمل بنسبة ٩% يليها مطلق بنسبة ٨,٣%، وقد جاء متغير (المؤهل) لأعلي نسبة تعليم ثانوي بنسبة ٢٩,٧% يليها ماجستير بنسبة ١٧,٧% يليها دكتوراة بنسبة ١٢,٧% يليها معهد فوق متوسط بنسبة ١٢% يليها بكالوريوس أو ليسانس بنسبة ١١,٧% يليها تعليم أساسي بنسبة ٩,٣% يليها يقرأ ويكتب بنسبة ٧%، وقد جاء معدل الدخل لدي العينة لأعلي نسبة كانت (أخري) بتكرار (٢٢٩) ونسبة مئوية (76.3%) حيث ان تصنيف معدل الدخل من فئة المرضي دون الأطباء والتمريض، يليها المعدل (من ١٥٠٠ إلي ٢٥٠٠) بتكرار (٢٦) ونسبة مئوية (٨,٧%)، يليها المعدل (من ٢٥٠٠ حتي ٤٠٠٠) بتكرار (٢٣) ونسبة مئوية (٧,٧%)، يليها المعدل (أقل من ١٥٠٠) بتكرار (٢٠) ونسبة مئوية (٦,٧%)، يليها المعدل (اكثر من ٤٠٠٠) بتكرار (٢) ونسبة مئوية (0.7%)، وجاءت سنوات الخبرة حيث نجد إن أعلى نسبة من العينة كانت (أخري) بتكرار (١٠٠) ونسبة مئوية (٣٣,٣%) حيث ان تصنيف بدء العمل من فئة الأطباء والتمريض دون المرضي، يليها المرحلة (من عشرون سنة حتي خمسة وعشرون سنة) بتكرار (٦٨) ونسبة مئوية (22.7%)، يليها المرحلة (من خمسة عشر حتى عشرون سنة) بتكرار (٤٩) ونسبة مئوية (16.3%)، يليها المرحلة (من عشر سنوات حتي خمس عشر سنة) بتكرار (٢٧) ونسبة مئوية (٩%)، يليها المرحلة (أكثر من عشرون سنة) بتكرار (٢٤) ونسبة مئوية (٨%)، يليها المرحلة (من خمس سنوات حتى عشر سنوات) بتكرار (٢٣) ونسبة مئوية (٧,٧%)، يليها المرحلة (من بدأ العمل حتى خمس سنوات) بتكرار (٩) ونسبة مئوية (٣%).

نتائج الدراسة

١-توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين (المؤهل) وبين أبعاد مقياس التقييم البيئي (موقع المعهد من الخارج،داخل المعهد، غرفة الأقامة، مجموع أبعاد المقياس).

جدول رقم (٢): نتائج أختبار (كا٢) للعلاقة بين المؤهل وبين أبعاد مقياس التقييم البيئي.

أبعاد المقياس	عينة الدراسة	التكرار	النسبة المئوية	اجمالى العينة	مربع كاى تربيع	الدلالة الاحصائية
موقع المعهد من الخارج	يقرأ ويكتب	21	7%	٣٠٠	٢٩١,٠٩٣	.000
	تعليم اساسى	28	9.3%			
	تعليم ثانوى	89	29.7%			
	معهد فوق متوسط	36	12%			
	بكالوريوس او ليسانس	35	11.7%			
	ماجستير	53	17.7%			
	دكتوراة	38	12.7%			
داخل المعهد	يقرأ ويكتب	21	7%	٣٠٠	٤٢٢,٩٧٧	.000
	تعليم اساسى	28	9.3%			
	تعليم ثانوى	89	29.7%			
	معهد فوق متوسط	36	12%			
	بكالوريوس او ليسانس	35	11.7%			
	ماجستير	53	17.7%			
	دكتوراة	38	12.7%			
غرفة الأقامة	يقرأ ويكتب	21	7%	٣٠٠	٣٧٨,٢٧٧	.000
	تعليم اساسى	28	9.3%			
	تعليم ثانوى	89	29.7%			
	معهد فوق متوسط	36	12%			
	بكالوريوس او ليسانس	35	11.7%			
	ماجستير	53	17.7%			
	دكتوراة	38	12.7%			
مجموع أبعاد المقياس	يقرأ ويكتب	21	7%	٣٠٠	٧٠٨,٨٦٥	.000
	تعليم اساسى	28	9.3%			
	تعليم ثانوى	89	29.7%			
	معهد فوق متوسط	36	12%			
	بكالوريوس او ليسانس	35	11.7%			
	ماجستير	53	17.7%			
	دكتوراة	38	12.7%			

يتضح من بيانات الجدول التالي: ان قيمة أختبار كاي تربيع (٢٩١,٠٩٣،٤٢٢,٩٧٧، ٣٧٨,٢٧٧،٧٠٨,٨٦٥) وقيمة الدلالة (.000)، حيث جاءت قيمة الدلالة أقل من (٠,٠٥)، وعليه نقرر أنه توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين المؤهل وبين أبعاد مقياس التقييم البيئي.

وتشير هذه النتائج إلي أنه توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين متغير (المؤهل) وبين متوسط درجات أبعاد مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

٢-توجد فروق دالة احصائياً بين الأطباء والممرضات علي متوسط درجات مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

جدول رقم (٣): نتائج أختبار (ت) للفروق بين الأطباء والممرضات علي متوسط أبعاد مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

أبعاد المقياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعيارى	قيمة (ت)	القيمة الإحتمالية	الدلالة الإحصائية
موقع المعهد من الخارج	الأطباء	100	11.12	2.599	11.144	.000	دال إحصائياً
	الممرضات	100	15.37	2.791			
داخل المعهد	الأطباء	100	10.72	4.628	6.039	.000	دال إحصائياً
	الممرضات	100	14.23	3.516			
غرفة الأقامة بالمعهد	الأطباء	100	15.16	4.155	3,815	.000	دال إحصائياً
	الممرضات	100	17.53	4.618			
مجموع أبعاد المقياس	الأطباء	100	37.00	8.650	8,337	.000	دال إحصائياً
	الممرضات	100	47.13	8.534			

يتضح من الجدول التالي: أن متوسط أبعاد مقياس التقييم البيئي (موقع المعهد من الخارج، داخل المعهد، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع أبعاد المقياس) لدى الممرضات بلغ قيمة (١٥,٣٧، ١٤,٢٣، ١٧,٥٣، ٤٧,١٣) وانحراف معياري (٢,٧٩، ٣,٥١، ٤,٦١، ٨,٥٣)، وهو أعلى من متوسط الأطباء بقيمة (١١,١٢، ١٠,٧٢، ١٥,١٦، ٣٧) وانحراف معياري (٢,٥٩، ٤,٦٢، ٤,١٥، ٨,٦٥)، كما جاءت نتيجة (ت) (١١,١٤، ٦,٠٣، ٣,٨١، ٨,٣٣) بقيمة احتمالية (٠,٠٠٠) أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وعلية نقرر أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسط الأطباء والممرضات علي متوسط درجات مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي لصالح الممرضات الأعلي في المتوسط.

٣-توجد فروق دالة احصائياً بين الأطباء والمرضي علي متوسط درجات مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

جدول رقم (٤): نتائج أختبار (ت) للفروق بين الأطباء والمرضي علي متوسط أبعاد مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

أبعاد المقياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	قيمة (ت)	القيمة الإحتمالية	الدلالة الإحصائية
موقع المعهد من الخارج	الأطباء	100	11.12	2.599	8,207	.000	دال إحصائياً
	المرضي	100	14.24	2.775			
داخل المعهد	الأطباء	100	10.72	4.628	1.146	.25	غير دال إحصائياً
	المرضي	100	11.35	2.969			
غرفة الأقامة بالنعهد	الأطباء	100	15.16	4.155	2.225	.027	دال إحصائياً
	المرضي	100	16.30	2.997			
مجموع أبعاد المقياس	الأطباء	100	37.00	8.650	4,943	٠,٠٠٠	دال إحصائياً
	المرضي	100	41.89	4.801			

يتضح من الجدول التالي: أن متوسط أبعاد مقياس التقييم البيئي (موقع المعهد من الخارج، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع أبعاد المقياس) لدى المرضي بلغ قيمة (١٤,٢٤، ١٦,٣٠، ٤١,٨٩) وانحراف معياري (٢,٧٧، ٢,٩٩، ٤,٨٠)، وهو أعلى من متوسط الأطباء بقيمة (١١,١٢، ١٥,١٦، ٣٧) وانحراف معياري (٢,٥٩، ٤,١٥، ٨,٦٥)، كما جاءت نتيجة (ت) (٨,٢٠، ٢,٢٢، ٤,٩٤) بقيمة احتمالية (٠,٠٠٠، ٠,٠٠٠، ٠,٠٢٧) أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وعلية نقرر أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسط الأطباء والمرضي علي متوسط أبعاد (موقع المعهد من الخارج، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع أبعاد المقياس) لمقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي لصالح المرضي الأعلي في المتوسط ، وقد جاء متوسط بعد(داخل المعهد) لدي المرضي (١١,٣٥) وانحراف معياري (١٠,٧٢)، وهو أعلي من متوسط الأطباء بقيمة (١٠,٧٢) وانحراف معياري (٤,٦٢)،

كما جاءت نتيجة (ت) بقيمة (١,١٤) بقيمة احتمالية (٠,٢٥٣) وهي أكبر من (٠,٠٥) وعليه نقرر أنه لا توجد فروق بين الأطباء والمرضي لبعد (داخل المعهد).

٤-توجد فروق دالة احصائياً بين الممرضات والمرضي علي متوسط درجات مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

جدول رقم (٥): نتائج اختبار (ت) للفروق بين الممرضات والمرضي علي متوسط أبعاد مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

أبعاد المقياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	قيمة (ت)	القيمة الإحتمالية	الدلالة الإحصائية
موقع المعهد من الخارج	الممرضات	100	15.37	2.791	2.871	٠0,004	دال إحصائياً
	المرضي	100	14.24	2.775			
داخل المعهد	الممرضات	100	14.23	3.516	٦,٢٥٨	.000	دال إحصائياً
	المرضي	100	11.35	2.969			
غرفة الأقامة بالنعهد	الممرضات	100	17.53	4.618	2.234	.027	دال إحصائياً
	المرضي	100	16.30	2.997			
مجموع أبعاد المقياس	الممرضات	100	47.13	8.534	5.352	.000	دال إحصائياً
	المرضي	100	41.89	4.801			

يتضح من الجدول التالي: أن متوسط أبعاد مقياس التقييم البيئي (موقع المعهد من الخارج، داخل المعهد، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع أبعاد المقياس) لدى الممرضات بلغ قيمة (١٥,٣٧، ١٤,٢٣، ١٧,٥٣، ٤٧,١٣) وانحراف معياري (٢,٧٩، ٣,٥١، ٤,٦١، ٨,٥٣)، وهو أعلى من متوسط المرضي بقيمة (١١,٣٥،١٤,٢٤، ١٦,٣٠، ٤١,٨٩) وانحراف معياري (٢,٧٧، ٢,٩٦ ٢,٩٩، ٤,٨٠)، كما جاءت نتيجة (ت) (٢,٨٧، ٦,٢٥، ٢,٢٣، ٥,٣٥) بقيمة احتمالية (٠,٠٠٠، ٠,٠٢) أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وعلية نقرر أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسط الممرضات والمرضي علي متوسط درجات مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي لصالح الممرضات الأعلي في المتوسط.

٥-توجد فروق دالة احصائياً بين درجات القياس القبلي والبعدي علي مقياس التقييم البيئي بأبعاده (المعهد من الخارج، داخل المعهد، غرفة الأقامة بالمعهد، مجموع درجات المقياس).

جدول رقم (٦): نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسط الاختبار القبلي والبعدي لأبعاد مقياس التقييم البيئي لحقوق المرضي.

أبعاد المقياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	قيمة (ت)	القيمة الإحتمالية	الدلالة الإحصائية
موقع المعهد من الخارج	القياس القبلي	30	14.53	2.933	4,536	٠,٠٠٠	دال إحصائياً
	القياس البعدي	30	15.90	1.826			
داخل المعهد	القياس القبلي	30	11.43	3.081	7,937	٠,٠٠٠	دال إحصائياً
	القياس البعدي	30	14.50	2.193			
غرفة الأقامة بالمعهد	القياس القبلي	30	16.70	3.142	6,528	٠,٠٠٠	دال إحصائياً
	القياس البعدي	30	18.90	2.412			
مجموع أبعاد مقياس التقييم البيئي	القياس القبلي	30	42.67	5.281	11,060	٠,٠٠٠	دال إحصائياً
	القياس البعدي	30	49.30	3.905			

يتضح من بيانات الجدول التالي ما يلي:

- أن متوسط بعد (موقع المعهد من الخارج) لدى القياس البعدي بلغ قيمة (15.90) وانحراف معياري (1.826) وهو أعلى من متوسط القياس القبلي بقيمة (14.53) وانحراف معياري (2.933)، كما جاءت نتيجة (ت) (٤,٥٣٦) بقيمة احتمالية (٠,٠٠٠) أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسط القياس القبلي والبعدي فى بعد (موقع المعهد من الخارج) لمقياس التقييم البيئي لصالح القياس البعدي الأعلى في المتوسطات.

- أن متوسط بعد (داخل المعهد) لدى القياس البعدي بلغ قيمة (14.50) وانحراف معياري (2.193) وهو أعلى من متوسط القياس القبلي بقيمة (11.43) وانحراف معياري (3.081)، كما جاءت نتيجة (ت) (٧,٩٣٧) بقيمة احتمالية (٠,٠٠٠) أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسط القياس القبلي والبعدي فى بعد (داخل المعهد) لمقياس التقييم البيئي لصالح القياس البعدي الأعلى في المتوسطات.
- أن متوسط بعد (غرفة الإقامة بالمعهد) لدى القياس البعدي بلغ قيمة (18.90) وانحراف معياري (2.412) وهو أعلى من متوسط القياس القبلي بقيمة (16.70) وانحراف معياري (3.142)، كما جاءت نتيجة (ت) (٦,٥٢٨) بقيمة احتمالية (٠,٠٠٠) أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسط القياس القبلي والبعدي فى بعد (غرفة الأقامة بالمعهد) لمقياس التقييم البيئي لصالح القياس البعدي الأعلى في المتوسطات.
- أن متوسط بعد (مجموع أبعاد مقياس التقييم البيئي) لدى القياس البعدي بلغ قيمة (49.30) وانحراف معياري (3.905) وهو أعلى من متوسط القياس القبلي بقيمة (42.67) وانحراف معياري (5.281)، كما جاءت نتيجة (ت) (١١,٠٦٠) بقيمة احتمالية (٠,٠٠٠) أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسط القياس القبلي والبعدي فى بعد (مجموع أبعاد مقياس التقييم البيئي) لمقياس التقييم البيئي لصالح القياس البعدي الأعلى في المتوسطات.

وتشير هذه النتائج إلي ارتفاع نسبة التقييم لدي المرضي، مما يؤكد فاعلية البرنامج وجلساته وفنياته، وذلك من خلال الجلسة التي تناولت بتعريف المريض بحقوقه وواجباته، بالإضافة إلي التفريغ الانفعالي للحوار والمناقشة حول هذه الحقوق كما كان للتقبل دورا هاما في تقبلهم ظروفهم في ضرورة المكوث بالمعهد خلال فترة العلاج ومحاولة معايشة هذه الظروف، **وقد تناولت العديد من الدراسات مشكلة الدراسة من عدة أوجه**، فقد ناقشت دراسة وفاء نايل عطا الله تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة

رانيا العبد الله في الأردن، (دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة). ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: بينت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة في مستشفى الملكة رانيا العبد الله في مدينة عمان لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات معايير الاعتماد (حقوق المرضى وعائلاتهم، منع العدوى والسيطرة عليها، والتدريب، التحسين المستمر للجودة)، وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من بينها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا ومتابعتها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تفعيل عنصر المشاركة وفرق العمل لدى مقدمي الخدمة، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية، وقد ناقشت دراسة بهية عبد الجليل، تقييم جودة الرعاية الصحية الأولية المقدمة للأطفال دون سن الخامسة في شمال الضفة الغربية/ فلسطين، وناقشت دراسة عبد العزيز بن عبد الله، الجودة الشاملة في المستشفيات" هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مفهوم الجودة الشاملة، ودراسة فوائد ومميزات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، والوقوف على أساليب تحسين الجودة الشامل، ودراسة الصعوبات التي تواجه المستشفيات الخاصة عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ودراسة كيفية إعداد خطة لبرنامج الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة، معرفة الفرق بين إدارة الجودة الشاملة والإدارة التقليدية، دارسة الأسلوب الإداري المتبع في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، ومعرفة مدى تبني الإدارة العليا بالمستشفيات الخاصة للأساليب التي ترفع جودة الخدمة والأداء.

التوصيات

وفقا لما أسفرت عنه الدراسة من نتائج يمكن تحديد أهم المحاور التى توصي بها الباحثة:

١-تكون حقوق المرضي معلنه بالمستشفي فى أماكن مختلفة لتوعية المريض بحقوقهم وواجباتهم.

٢-أعطاء دورات تدريبة للأطباء والتمريض وهم أكثر من يتعامل مع المريض، عن حقوق المرضي الاجتماعية والصحية.

٣-ضرورة أهتمام إدارة المستشفي بحقوق المرضي من النواحي (الاجتماعية، والبيئية).

٤-يقترح الباحثون بزيادة البحوث التى تهتم بحقوق المرضي من عدة جوانب (الاجتماعية، والبيئية، النفسية، والاقتصادية).

٥-تشغيل شاشات عرض بالمستشفيات في أماكن الأستراحات والانتظار، توضح حقوق وواجبات المرضى بطريقة مبسطة، وتبصر المريض بكيفية تقديم شكوي إذا تم الإخفاق في هذه الحقوق.

٦-اهتمام المستشفيات بأماكن أنتظار المرضي والاستراحات.

٧- يقترح الباحثون توفير ممشي أو حديقة بالمستشفي ليتنزه بها المرضي التى تسمح حالتهم بالممشي.

٨-تفعيل أقسام (الجودة، ومكافحة العدوي بالمستشفيات)، وأعطاء دورات بصفة مستمرة لمكافحة العدوي ولمتابعة تطبيق حقوق المرضي بالمستشفي، وتحويل من يقصر إلى المسائلة القانونية.

المراجع

أحمد عباس يوسف بوعباس ٢٠١٠، أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى "دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت"، ماجستير، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط.

أماني فيليب ٢٠١٢، "عوامل البيئة الاجتماعية المؤثرة على تطبيق نظام الجودة في التعليم الإعدادي" (نموذج للتوعية بثقافة الجودة للمتعلمين)، ماجستير، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.

أمل محمد موسي (٢٠٠٧): بيئة العمل وعلاقتها بالأداء الاجتماعي والكفاية الإنتاجية (دراسة تطبيقية على بعض الوحدات بقطاع الإنتاج الحربي)، ماجستير، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.

حاتم عبد المنعم أحمد: تقييم الأثر البيئي لمشروعات التنمية من المنظور الاجتماعي، دراسة نظرية ميدانية ، دار النصر للتوزيع والنشر، القاهرة ، ٢٠٠١، ص ٨٦.

حجازي حمدي (٢٠١٣): تقييم البعد الاجتماعي والبيئي لمشروع تطوير القاهرة الفاطمية (دراسة تطبيقية على شياختي الجمالية وباب الفتوح)، ماجستير، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.

هالة محمد عبده ٢٠١٣، المشكلات البيئية والمرضية وانعكاساتها على جودة أداء العاملين (دراسة ميدانية بمصنع الفوسفات بمحافظة أسوان، ماجستير، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.

وفاء نايل عطاالله كرادشة ٢٠١٢، تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفي الملكة رانيا العبدالله للأطفال في الأردن (دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة)، ماجستير، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط.

Brill, N, Working with people: the Helping Process, New York: Longman.1990, p.14.

Charitini K. Stavropoulou, The doctor patient relationship and adherence to medication. Empirical investigations in Greece and a game theory approach, School of Economics and Political Science Department of Social Polic, Stavropoulou London, 2008.

Rinchen Pelzang, Patient Safety Issues and Concerns in Bhutan's Healthcare System: A Qualitative Study, degree of Doctor of Philosophy, Deakin University, 2016.

Wei Ouyang, Governing The Chinese Medical PROFESSION A Socio-Legal Analysis, Doctor of Philosophy, University of Edinburgh, 2011.

http://magsociologie.blogspot.com
http://www.shorouknews.com/columns/view.aspx?cdate

ENVIRONMENTAL ASSESSMENT OF THE APPLICATION OF PATIENTS' RIGHTS IN THE NATIONAL HEART INSTITUTE

WITH THE APPLICATION OF A PROPOSED PROGRAM

[7]

Marwa A. Abdel – Majed [(1)]; Hatem A. Ahmed [(2)]; and Mahmoud S. Al - Bukhari [(2)]

1) Post Grad. Institute of Environmental Studies and Research, Ain Shams University 2) Institute of Environmental Studies and Research, Ain Shams University

ABSTRACT

The aim of the study was to identify the environmental assessment of the application of patients' rights from the point of view of doctors, nursing staff, and patients, and to identify the differences between the view of doctors, nursing staff and patients in the environmental assessment of the application of patient rights. Patients 'perspective on environmental assessment of patients' rights. The study sample consisted of 300 samples divided into 100 doctors, 100 members of nursing staff, 100 patients, sample of 30 experimental samples and 30 control samples. The questionnaire includes a questionnaire prepared by the researcher, an environmental assessment form from the point of view of physicians, an environmental assessment form from the point of view of the nursing staff, an environmental assessment form from the point of view of the patient**. The study reached a number of results, the most important of which are:**

- There is a statistically significant relationship between the qualification and the dimensions of the environmental assessment scale (the institute's location from the outside, inside the institute, the living room, and the total dimensions of the scale).
- There is no statistically significant relationship between (age) and the dimensions of the environmental assessment scale (Institute site from the outside, the institute's living room, and the total dimensions

of the EIA). There is a statistically significant relationship between the age variable and the distance.

- There is a very strong positive correlation between the mean dimensions of the scale of the environmental assessment.
- There are statistically significant differences between the sex variable (males and females) of the environmental assessment scale in its dimensions (the institute from abroad, inside the institute, the institute's residence room, and the total degrees of the scale).
- There are statistically significant differences between (doctors, members of the nursing staff) of the environmental assessment scale in its dimensions (the institute from abroad, inside the institute, the institute's living room, and the total degrees of the scale).
- There are statistically significant differences between (doctors and patients) of the environmental assessment scale in its dimensions (Institute from abroad, Institute residence room, total degrees of the scale), and there are no differences in the distance (inside the institute).
- There are statistically significant differences between (patients, members of the nursing staff) for the scale of the environmental assessment in its dimensions (institute from abroad, inside the institute, the institute's residence room, and the total degrees of the scale).
- There are statistically significant differences between the measurements of the tribal and the remote measure of the environmental assessment in its dimensions (the institute from abroad, inside the institute, the institute's residence room, and the total degrees of the scale).

The study recommends:

1- Patients' rights shall be announced in the hospital in different places to inform the patient of their rights and duties.

2 - Giving training courses for doctors and nursing who are more than dealing with the patient, on the rights of social and health patients.

3 - The need to care hospital management rights of patients in terms of (social, environmental).

4. Researchers propose increasing research on the rights of patients in several aspects (social, environmental, psychological and economic).
5 - Operating screens in hospitals in the places of rest and waiting, clarify the rights and duties of patients in a simplified way, and the patient to see how to complain if the failure of these rights.
6 - The attention of hospitals to places of waiting patients and rest.
7. The researchers suggest that a walker or park be provided in the hospital to be walked by the patients who allow their condition to walk.
8 - Activation of sections (quality, infection control in hospitals), and give courses on a continuous basis to combat infection.