



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة عباس لغرور - خنشلة -



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية  
قسم العلوم الاجتماعية  
الرقم التسلسلي: .....

استراتيجية الخدمة الاجتماعية في تنمية  
الصحة العمومية

دراسة حالة بمستشفى الأم والطفل بولاية برج بوعريج

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه للطور الثالث LMD  
تخصص: علم الاجتماع والتنمية والسكان - الأسرة والصحة -

إشراف الأستاذة الدكتورة:

شنافي ليندة

إعداد الطالب:

دبوشة عادل

السنة الجامعية : 2020 - 2021م

# شكر وتقدير

يسرني أن أنسب الفضل لأهله وأهدي المشروع العلمي الى كل  
الأساتذة والزملاء والأصدقاء في الجامعة وممارسي الصحة  
العمومية

الشكر والتقدير موصول الى الأستاذة الدكتورة المشرفة شنافي  
ليندة التي كانت نبراس هذا البحث ومهندسته طوال المشوار الدراسي  
وأحاطت جوانبه بالعناية والمتابعة حتى اكتمل وخرج الى النور  
أساتذة الجامعات المرجع المعتمد لجميع اشكالات هذه الأطروحة  
داخل الجامعة الأم وخارجها بالتوجيه والارشاد والمتابعة والتعديل  
ممارسي قطاع الصحة العمومية ميدان الدراسة الطاقم الطبي  
وهيئة التمريض

المستخدمين الاداريين في القطاع الصحي بالولاية برج بوعريريج  
الأصدقاء والزملاء داخل وخارج الوطن

كل من يحب الله ورسوله والبحث العلمي شكرا جزيلا على  
الجهود المبذولة.

# الإهداء

أهدي باكورة هذا الجهد المتواضع الى تاج رأسي حفظهما الله  
ورعاهما وأطال في عمرهما في صحة دائمة وعافية وسعادة:

## الوالدين الكريمين

كما لا يمكن بأي حال تجاوز أو نسيان من كان لنا سندا في  
الحياة وحصنا منيعا:

## العائلة الكريمة

وعلى رأسها الأخ الفاضل الذي له النصيب الأكبر والأوفر ثمرة هذا  
العمل: عبد الوهاب

الى براعم العائلة وملائكة الأرض:

اكرام، ياسين، ملاك، ياسر، أيوب، أسماء، معتز، هبتة، ابراهيم.

هيام، آدم، يوسف، منار، الأء، أمير.

الى كل من ساهم من قريب أو من بعيد، ولم يتسنى لنا ذكره  
ففعله دائم الحضور، وذكره في القلب محفور

جزاكم الله خيرا

عادل

الفهارس

فهرس المحتويات	
الصفحة	الفهرس
	شكر و تقدير
	إهداء
	فهرس الجداول
	فهرس المحتويات
	فهرس الأشكال
أ-ب-ج	مقدمة
القسم الأول: الجانب النظري والمفاهيمي للدراسة	
الفصل الأول : الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة	
06	أولاً- تحديد الاشكالية
08	ثانياً- أسباب اختيار الموضوع
10	ثالثاً- أهمية الدراسة
14	رابعاً- أهداف الدراسة
16	خامساً- تحديد المفاهيم
21	سادساً- الدراسات السابقة
27	سابعاً- المقاربة المنهجية والنظرية للدراسة
31	ثامناً- فرضيات الدراسة
الفصل الثاني : الخدمة الاجتماعية	
34	تمهيد
35	أولاً- الروافد التاريخية للخدمة الاجتماعية
35	1-نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية
37	2-الأهداف والأطر المرجعية لخدمة الاجتماعية

40	3- الأسباب والعوامل المصاحبة لظهور الخدمة الاجتماعية الصحية
43	ثانيا- طرق الخدمة الاجتماعية
43	1- الإدارة والتنظيم في الخدمة الاجتماعية
44	2- طريقة خدمة الفرد في الخدمة الاجتماعية
45	3- طريقة خدمة الجماعة في الخدمة الاجتماعية
46	4- طرق الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع
50	ثالثا- أركان الخدمة الاجتماعية
50	أ- المؤسسة
51	ب- العمل
51	ج- المساعدة (الخدمة)
52	رابعا- الأخصائي الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية وخصائصه المهنية
52	أ- الأدوار العامة للأخصائي الاجتماعي
57	ب- الخصائص المهنية والأخلاقية للأخصائي الاجتماعي
59	ج- الخدمة الاجتماعية المقدمة للمرضى
60	خامسا- مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية
60	أ- الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية
62	ب- الأسرة من منظور الخدمة الاجتماعية
63	ج- الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية
65	سادسا- الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي
65	أ- خصائص الخدمة الاجتماعية الصحية
66	ب- مهام ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي
68	ج- مؤسسة الخدمة الاجتماعية في الميدان الصحي
71	ملخص الفصل

## الفصل الثالث : الصحة والصحة العمومية

73	تمهيد
74	أولاً-نظام الخدمة الصحية والطبية عبر العصور
74	أ-حضارة ما بين النهرين
74	ب-حضارة المصريين القدامى
76	ج- الصحة والطب عند العرب والمسلمين
80	د- الصحة في أوروبا الحديثة
82	ثانياً-العوامل الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض
82	أ-العوامل البيئية
82	ب-العوامل الاجتماعية
83	ج-العوامل السياسية والاقتصادية
85	د-القيم والصحة العامة
85	هـ-المؤثرات الثقافية والاجتماعية على الصحة
85	و-الغذاء وتأثيره على الصحة المجتمعية
86	ز-الطبقة الاجتماعية والإثنية (العرقية)
87	ح-الجنس
87	ط-العمر
87	ك-تأثير التفاوت الاجتماعي والاقتصادي على الصحة
88	ل-عوامل أخرى
89	م-الأمراض الاجتماعية والسيكوماتية
90	ثالثاً-المؤسسة الاستشفائية كتنظيم اجتماعي في منظمة الرعاية الصحية
91	أ-الأدوار الأساسية للمؤسسات الاجتماعية الصحية
92	ب-أهداف المستشفى ووظائفه الصحية والاجتماعية

93	ج-صفات وسمات المؤسسة الطبية
94	رابعا-السياسة الصحية والطبية في الجزائر
94	1-الوضع الصحي في الجزائر خلال العهد العثماني والاحتلال الفرنسي
97	2-الوضع الصحي والسياسة الصحية بعد الاستقلال
97	1-2-السياسة الصحية في الفترة ما بين 1962-1972
98	2-3-السياسة الصحية في الفترة بين 1972-1982
99	2-4-السياسة الصحية في الفترة ما بين 1982-1992
100	2-5-السياسة الصحية في الفترة ما بين 1992-2002
101	2-6-السياسة الصحية في الفترة ما بين 2002-2012
103	3-السياسة الاجتماعية للدولة الجزائرية في المجال الصحي
108	3-1-سياسة التأمين الاجتماعي
109	3-2-سياسة تنمية الموارد البشرية في المؤسسة الصحية
110	3-3-سياسة إصلاح المستشفيات والمراكز الصحية
111	خلاصة الفصل
<b>الفصل الرابع : الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية</b>	
113	تمهيد
114	أولا-معيقات ومشاكل الصحة العمومية في الإعلام
123	ثانيا-معيقات المؤسسة العمومية الاستشفائية
128	ثالثا-معيقات التنمية الصحية في الجزائر
131	أ-تأثير الأبعاد الثقافية والاجتماعية على التنمية الاجتماعية
150	ب-تأثير الأبعاد البيئية والثقافة الغذائية على الصحة
159	رابعا-الاستراتيجية الوقائية والعلاجية للصحة النفسية
164	أ-دور الصحة النفسية وأهميتها في المجتمع

166	ب-الأهداف والمجالات الاستراتيجية للصحة النفسية
168	ج- دور علم النفس الاجتماعي في الصحة النفسية
169	د-الصحة النفسية في الإسلام
169	هـ-الصحة النفسية في الرعاية الاجتماعية
171	خامسا- الاستراتيجية الإعلامية في الخدمة الاجتماعية الصحية
174	سادسا-مناهج ومعايير الصحة النفسية
174	أ- مناهج الصحة النفسية
174	1-المنهج الإنمائي
174	2-المنهج الوقائي
175	3-المنهج العلاجي
177	ب-معايير الصحة النفسية
177	1-المعيار الإحصائي
177	2- المعيار الثقافي
179	3- المعيار البيئي
179	ج-خطط وبرامج تنمية الصحة النفسية
191	خلاصة الفصل
<b>الفصل الخامس : نحو استراتيجية تنمية شاملة ومتكاملة</b>	
193	تمهيد
196	أولا-الاستراتيجيات الحتمية الشاملة للتنمية الصحية
196	أ-تمكين المجتمعات وإشراكهم في العمل الصحي
198	ب-تعزيز وتصريف الشؤون والمساءلة
200	ج-إعادة توجيه نموذج الرعاية الصحية
201	د-تنسيق الخدمات الصحية فيما بينها

204	هـ-خلق بيئة متكاملة وتمكينية موازية
207	ثانيا-الأهداف الاستراتيجية للتنمية الصحية الشاملة
208	الهدف الاستراتيجي الأول: توفير الرعاية الصحية والخدمات لجميع فئات الشعب
209	الهدف الاستراتيجي الثاني: تعزيز الصحة الوقائية وتخفيض الأمراض غير السارية
211	الهدف الاستراتيجي الثالث: بناء نظام فعال ودائم لجودة الخدمات الصحية
214	الهدف الاستراتيجي الرابع: التعاون مع المؤسسات الدولية والمنظمات الصحية العالمية
215	الهدف الاستراتيجي الخامس : تمويل الخدمات الصحية ومساندتها
217	الهدف الاستراتيجي السادس: تحقيق التغطية الصحية الشاملة
219	الهدف الاستراتيجي السابع : التأكيد على دور الصحة الغذائية
220	الهدف الاستراتيجي الثامن: سياسة الدعم والمتابعة والتقييم
223	ثالثا-صحة الأم والطفل كنموذج للتنمية الصحية
224	أ-الاستراتيجية الوقائية
229	ب-الاستراتيجية العلاجية
231	ج-الاستراتيجية التنموية
<b>القسم الثاني: الجانب الميداني</b>	
<b>الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة</b>	
237	أولا-منهج الدراسة
239	ثانيا-مجتمع الدراسة
243	ثالثا-عينة الدراسة
244	رابعا-مجال الدراسة
245	خامسا-أدوات جمع البيانات
259	خلاصة الفصل
<b>الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة بيانات الدراسة</b>	

261	أولاً-تحديد اتجاه بيانات العينة
270	ثانياً-عرض نتائج البحث ومناقشتها وفق الفرضيات
276	ثالثاً-نتائج البحث ومناقشتها وفق المقابلات الرئيسية
278	رابعاً-نتائج البحث ومناقشتها وفق الدراسات السابقة والمقاربات النظرية
284	اقتراحات وتوصيات
287	خاتمة
290	قائمة المراجع
	الملاحق

## فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح المقارنة بين طرق الخدمة الاجتماعية الثلاث	49
02	النموذج الوظيفي لأدوار الأخصائي الاجتماعي وأهداف المؤسسة	70
03	أعمال الخلايا الجوارية التضامنية لسنة 2011	104
04	العلاقة بين التنمية الاجتماعية والصحة النفسية	181
05	أهمية الدراسات الاجتماعية والثقافية في صياغة البرامج والسياسات الصحية	187
06	نموذج للمساءلة والسياسات المتبناة في تصريف الشؤون الصحية	198
07	نموذج صبر الآراء للعلاقة بين الصحة والمرض والبيئة	205
08	إطار الأهداف والغايات الصحية في خطة التنمية المستدامة لعام 2030	217
09	متغير الجنس لعينة الدراسة	239
10	متغير التخصص لعينة الدراسة	240
11	متغير السن لعينة الدراسة	241
12	متغير الخبرة لعينة الدراسة	241
13	الحد الأدنى لمتغيري الخبرة والسن لعينة الدراسة	242
14	مؤشرات وعبارات الحاجات النفسية والاجتماعية	251
15	تصميم الاستبيان العام	255
16	قائمة بأسماء الأستاذة المحكمين الذين تم اعتمادهم لقياس الصدق الظاهري للاستبيان	256
17	الصدق البياني لعينة الدراسة	256
18	معامل الثبات لعينة الدراسة ألفا كرونباخ	257
19	الإحصائيات الخاصة اتجاهات عينة الدراسة	261
20	اختبار تجانس اتجاه اجابات عينة الدراسة لمتغير الجنس	263

264	اختبار تجانس اتجاه اجابات عينة الدراسة لمتغير السن	21
266	ملخص نتائج اختبار "Whitney-Mann" لمتغير السن	22
267	اختبار تجانس اتجاه اجابات عينة الدراسة لمتغير الخبرة	23
268	ملخص نتائج اختبار "Whitney-Mann" لمتغير الخبرة	24
270	نتائج البحث الفرضية الرئيسية	25
272	نتائج البحث الفرضية الفرعية الأولى	26
273	نتائج البحث الفرضية الفرعية الثانية	27
274	نتائج البحث الفرضية الفرعية الثالثة	28

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
86	رسم توضيحي لمفاهيم الصحة العامة ومكوناتها	01
107	دورة الخدمة الاجتماعية وتأثيراتها على التنمية	02
147	السياق الاجتماعي والثقافي للصحة والمرض	03
151	التفاعلات الاجتماعية لعناصر الصحة والمرض	04
239	دائرة نسبية لمتغير الجنس لأفراد عينة الدراسة	05
240	دائرة نسبية لمتغير التخصص لعينة الدراسة	06
241	دائرة نسبية لمتغير السن لعينة الدراسة	07
242	دائرة نسبية لمتغير الخبرة لعينة الدراسة	08
270	اتجاه الفرضية العامة	09
271	اتجاه الفرضية الفرعية الأولى	10
272	اتجاه الفرضية الفرعية الثانية	11
273	اتجاه الفرضية الفرعية الثالثة	12

مقدمة

تحتل الصحة مكانة أساسية في مجال التنمية، كونها نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الإنساني والاجتماعي، فبقاء الإنسان واستمراره والحماية من الأمراض من صلب الرفاه الاجتماعي والتقدم، أما تردي الصحة في حالات المرض والإصابة بالعجز يؤدي إلى التخلف وعدم القدرة على الإنتاج وتلبية الحاجات اليومية والحضارية.

ومؤشرات التنمية اليوم مرتبطة بالتعليم ومعدلات الحياة والخدمات الصحية النوعية إضافة إلى مؤشرات أخرى كالتابعة النفسية والاجتماعية والتطعيم من الأمراض، وانخفاض مستويات الوفيات عند الأطفال والحوامل؛ كل ذلك يسير ضمن خطة واستراتيجية صحية تراعي المتغيرات الداخلية والخارجية لتحقيق الغاية الإنسانية.

والمتابع للتطورات التي شهدتها قطاع الصحة في الجزائر يتأكد أن هناك مجهودات معتبرة قامت بها الدولة في سبيل تحسين الخدمات الصحية وتطوير القطاع الصحي العمومي، من خلال الهياكل المنجزة وعدد المستشفيات حيث تشير الإحصائيات المسجلة عن وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات أن القطاع سجل سنة (2014) 22.515 طبيب مختص و 30.972 طبيب عام، ما يشير إلى تحسن في تعداد الموارد البشرية في قطاع الصحة الأمر الذي ساعد على وفرة الخدمات الصحية مقارنة بسنوات التسعينات، وفي المقابل هذا الطرح الإحصائي سجلت الجزائر على مستوى تقارير التنمية البشرية تطورا في مراتب النمو الصحي (المرتبة 84 سنة 2014) مقارنة بدول أفريقية وعربية، ولكن ذلك لا يعني التقدم الصحي والتفوق العلمي، بل إن الحديث عن مشاكل القطاع والعوائق المحيطة به تكاد تكون في وسائل الإعلام يوميا، حيث أن سلك الأطباء والممرضين في المؤسسات الاستشفائية في حالة اضطراب وامتعاض، والأخطاء الطبية وتفاقم المشاكل يكاد يكون المشهد الذي يميز قطاع الصحة، إضافة إلى وجود نقص في الهياكل والمؤسسات والوسائل الطبية داخل القطاع، وهو ما يؤكد عن وجود خلل وهوة بين المسير والمؤسسة وبين مقدم الخدمة ومستخدمها، والبحث في هذه الظاهرة يحتاج إلى عناية وتدقيق من أجل معرفة الأسباب الحقيقية والآثار وبعدها البحث عن الحلول ووضع الاقتراحات من وجهة نظر ميدانية وأكاديمية للمساهمة في بناء لبنة يرتكز عليها البحث العلمي والقطاع الصحي؛ إذ لا يمكن عزل المدخلات الخارجية المتمثلة في الدراسات الميدانية ومخرجات الجامعة عن النسق الصحي الذي يبقى في حاجة إلى التقييم والمتابعة لضمان البقاء والاستمرارية وتسجيل التنمية. ومن هذا المنطلق فالصحة لا تعتمد على الخدمات الصحية والطب العضوي العلاجي فقط، وإنما تراهن على المتغيرات الأخرى الاجتماعية والنفسية، والثقافية والبيئية حيث لا معنى ولا أهمية للصحة إذا لم نضعها في سياقها الاجتماعي والثقافي، لأن العالم اليوم أصبح أكثر إلحاحا وتأكيدا على مصطلحات الصحة النفسية، والصحة البيئية، والثقافة الصحية

## مقدمة

وربط التنمية الصحية بالتنمية الاجتماعية، والمرض العضوي بالأمراض الاجتماعية، وظهور الصحة من منظورات عديدة؛ كالمنظور البيولوجي الذي يتناول المريض كموضوع مادي يخلوا من العقل والحس ويتجاهل العلاقة التفاعلية بين المريض والطبيب بتركيزه على المرض، وكذلك ظهور الاتجاه الاجتماعي الذي يركز على الضغوط الاجتماعية والتغيرات البنائية وأثرها على الصحة وتداعياتها، إضافة إلى المنظور الثقافي الذي يشير إلى علاقة الصحة والمرض بالقيم الثقافية والتنشئة الصحية والدين، وأخيرا وليس آخرا المنظور النفسي الذي هو امتداد لحقل علم الاجتماع من خلال تفسير السلوكات الصحية والمشاكل الصحية التي لها أسباب اجتماعية وتأثيرها على الجانب النفسي؛ كل ذلك ممكن من تأكيد وجود علم يختص بالعوامل الاجتماعية والصحية ومهد لظهور عديد الآراء المنادية بعلم اجتماع الطب، وأكد على ضرورة الاهتمام بالعلوم الاجتماعية داخل النسق الطبي، فظهر حديثا علم الاجتماع الطبي الذي ساند الخدمة الاجتماعية الصحية من خلال تسليطه الضوء على الظواهر السوسيوصحية وتغيير وجهة الصحة والمرض من الجسد والأعضاء إلى الطب غير الرسمي المتمثل في الطب البديل، وكذلك السياق الاجتماعي والثقافي للتنمية الصحية.

كما لاح في الأفق أهمية التغذية الصحية السليمة وتأثيرها على صحة الإنسان وحالته النفسية وارتباط ذلك بالمستوى المعيشي ومعدلات الرفاه والتنمية الاجتماعية المرتبطة هي الأخرى مع المستوى الاقتصادي الذي يساهم في تحسين الصحة للقوة المنتجة في المجتمع بزيادة النشاط الإنساني والإنتاجي ومحاربة الفقر والأمراض التي تنتج عنه، وفي مقدمة ذلك وفيات الأطفال الذي يقلص من قاعدة الموارد البشرية التي من خلالها تتحقق أهداف الفرد والمجتمع، إضافة إلى أن العالم أصبح ينظر للرعاية الصحية كحق لكل إنسان يسعى لحياة خالية من العلل التي هي هدف من أهداف التنمية البشرية والصحية باعتبارها أهم مسألة في معادلة التنمية والتقدم والاستمرار.

ومن خلال هذه الدراسة سنحاول وضع خطة صحية نبرز فيها أهم المعالم والمرتكبات الحديثة التي يعتمد عليها النشاط الصحي في مجال الخدمة الاجتماعية الصحية وربط الجانب الصحي بالجانب الاجتماعي في شقي الدراسة النظري والميداني باستخدام المنهج الوصفي الملائم للتحليل والتشخيص، وعرض أهم مواطن الخلل في الظاهرة من خلال إطار منهجي وقائي علاجي تنموي للكشف عن مدى مصداقية ونجاعة الخدمات الصحية وكفايتها في المستشفى العمومي.

ولأن الدراسة تتمثل في إبراز أهم الاستراتيجيات العالمية الصحية المطبقة من منظور الخدمة الاجتماعية في الفصل النظري، فهو بمثابة معلم ومصدر ومرجع لمدى نجاعة الآليات والبرامج الصحية لمخاور الفصل الميداني ولذلك فإن الاستعانة بالفصلين أكثر من ضرورة باعتقاد طريقة الدمج المنهجية بينهما خاصة فيما يتعلق بآخر

الفصول النظرية الذي يطرح استراتيجية صحية تنموية شاملة ومتكاملة، حيث سيؤكد صحة الفرضيات أو نفيها، لأن مقارنة الحاجات الصحية اللازمة لتحقيق التنمية الصحية بالمستشفى العمومي يجب أن يكون وفق بعض الشروط والعناصر المشار إليها في الجانب النظري، وعلى اثر ذلك بدأنا الدراسة بخطة بحث حاولنا فيها الموازنة بين جميع عناصر الموضوع من خلال تخصيص فصل كامل للخدمة الاجتماعية مع التركيز على الخدمة الاجتماعية الصحية بإعطاء نبذة تاريخية عن المتغير المستقل (الخدمة الاجتماعية) وفلسفتها ومبادئها وأهدافها مع التأكيد على الأهداف الطبية، تم طرق الخدمة الاجتماعية وعناصرها وبعدها مجالات الخدمة الاجتماعية ويتم التركيز على المجال الصحي والطبي ومهام ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي في المجالات الصحية.

في الفصل الموالي نتناول فيه الصحة والصحة العمومية وكيفية استخدام الصحة في مجال الخدمة الاجتماعية وتم التطرق إلى الجانب الاجتماعي والتأكيد عليه وأهم الأسباب الاجتماعية المؤدية إلى المرض والأدوار الأساسية للمؤسسات الاجتماعية الصحية، ثم في العنصر الموالي نظام الخدمة الصحية عبر العصور، ويليه العنصر الموالي المتمثل في السياسة الصحية في الجزائر، والخريطة الاجتماعية والصحية للصحة والمرض، كما استعرضنا في الفصل الموالي الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية؛ وقدمنا فيه حصيلة حول أهم الاستراتيجيات والمشاريع التنموية الفعالة، حيث استعرضنا برامج المنظمات العالمية الرائدة، وما جاء في التقارير الدولية للسلامة العامة والثقافة الصحية اعتمادا على النظم الوقائية والعلاجية كاستراتيجيات الصحة النفسية والاستراتيجية الإعلامية الحديثة للتنمية الصحية، أما الفصل النظري الأخير ففيه جمعنا أهم الخطط التنموية الشاملة والمتكاملة المتعلقة بالصحة والصحة العمومية في المجتمعات الصحية، وعرضنا الأهداف الاستراتيجية للتنمية الصحية الشاملة التي تشمل جميع عناصر الصحة وهي ثمانية استراتيجيات محورية تتمحور حول المشاركة والجودة والمتابعة وحتى الصحة الغذائية من أجل تحقيق أعلى مراتب الصحة العمومية للمجتمع وختمنا الفصل بصحة الأم والطفل كنموذج للتنمية الصحية ربطا بميدان الدراسة وتمهيدا للفصل التطبيقي، وركزنا على أهم ثلاث استراتيجيات رئيسية؛ الوقائية والعلاجية والتنموية.

وبعد الانتهاء من الفصول النظرية انتقلنا إلى الفصول الميدانية التي تتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة وعينة الدراسة والمنهج المعتمد وأدوات جمع البيانات وأساليب المعالجة الإحصائية، لنختم الدراسة بالفصل الميداني الأخير الذي يتناول عرض وتحليل إجابات أفراد العينة وتفسيرها، وعرض نتائج البحث ومناقشتها وفق الفرضيات والدراسات السابقة والمقابلات الرئيسية تم المقاربة النظرية، ولم يبق سوى تقديم اقتراحات وتوصيات للمسؤولين والدراسيين لإعانتهم على صياغة خطة صحية وتنموية.

# القسم الأول

الجانب النظري والمفاهيمي للدراسة

# الفصل الأول

## الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

أولاً- تحديد الاشكالية

ثانياً- أسباب اختيار الموضوع

ثالثاً- أهمية الدراسة

رابعاً- أهداف الدراسة

خامساً- تحديد المفاهيم

سادساً- الدراسات السابقة

سابعاً- المقاربة المنهجية والنظرية للدراسة

ثامناً- فرضيات الدراسة

## أولا-تحديد الإشكالية:

أصبح الاعتراف بنسق الخدمة الاجتماعية الصحية ضرورة حتمية في حقل التنظيمات الاجتماعية والمؤسسات الطبية التي تنشأ التقدم والازدهار والتنمية، فلم يعد الاهتمام على مستوى التشخيص العضوي للمرض من طرف الأطباء والطواقم الصحية، وإنما ظهرت اشكاليات جديدة تراحم التقنية الحديثة والتكنولوجيا التي وصل إليها الطب والعلم الحديث، وتمثل هذه الاشكاليات في المسببات الحقيقية للمرض والتدهور الصحي وآثاره الجسدية والنفسية والاجتماعية على مستوى الأشخاص والمجتمعات والبيئات ومختلف التنظيمات، كما أن المؤسسة الطبية لم تعد هيكل وظيفي فقط؛ وإنما تنظيم اجتماعي له كيان وقائي قبل أن يكون علاجي حسب أدبيات سوسيولوجيا الصحة.

فالصحة حسب منظمة الصحة العالمية لا تهتم فقط بالجوانب العضوية والجسمية للإنسان وإنما أدخلت ضمن قاموسها الطبي الحديث الجوانب الأخرى التي لها تأثير كبير على حياة الأفراد وصحتهم، وتتصل هذه الجوانب أساسا في العوامل الاجتماعية والنفسية ودورها في تحقيق التوازن والتنمية الصحية، وكيفية خلق أنظمة اجتماعية حديثة تراعي هذه الجوانب من خلال رسم خطط وبرامج طويلة المدى عبر استراتيجية وقائية علاجية تنموية تحدد أهدافها واتجاهها خريطة صحية بالتعاون مع المنظمات العالمية والمحلية وكيفية الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الاجتماعية والنفسية، والطبية والمهنية، وطريقة التثقيف والتوعية الصحية.

وللتعرف على الأبحاث التي يستخدمها الدارسون والباحثون في هذا المجال، ويمكن الاستعانة بدراسات الحالات للكشف عن العلاقة أولا بين الصحة والمرض، وبين الوسط الاجتماعي ومحددات الوظائف الاجتماعية ثانيا، وهذا ما يقودنا إلى دراسة أعضاء النسق الطبي والنظم الاجتماعية دراسة معمقة للتعرف على طبيعة الخدمات الصحية الرسمية في المجتمع عموما والمؤسسات الصحية العمومية خصوصا.

إن هذه الاستراتيجيات والخطط الكبرى في قطاع الصحة تؤدي إلى رفع الكفاءة والأداء للهياكل الطبية، وتحقيق الفعالية والجودة في المؤسسات والنظم الصحية إذا استخدمت بدقة، واختبرت بعناية؛ غير أن المشكلات التي تزداد في هذا الإطار وتتفاقم يوما بعد آخر تطرح اشكاليات على ظواهر صحية عديدة وسبب سوء الاستخدامات الصحية، وجدوى الخدمات التي لا تغطي جميع الوحدات والمراكز، وواقع الخدمة الاجتماعية ومكانته في العمل اصحي، وأهميته وتأثيراته على كل المستويات والأبعاد الداخلية والخارجية.

ويمكن الاستفهام عن مدى استجابة الخدمة الوقائية للحالات المرضية قبل الوصول إلى المستشفى الصحي، لأن ذلك يعني وجود حلقة مفقودة تتمثل في التشخيص الوقائي عن طريق المؤسسات الاجتماعية وأفرادها المتمثلين في الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين، وبرامج الخدمة الاجتماعية الصحية في

المؤسسة الوقائية وعلى رأسها مؤسسة الأم والطفل التي تعكس التنمية الصحية للسكان والمجتمع في حال نجاعة الخدمة وفعاليتها، أو الفشل وانتشار الأمراض والمشاكل الصحية والاجتماعية في حالة عدم اشباع الحاجات الصحية الأساسية، ذلك أن معدلات التنمية الاجتماعية اليوم ترتبط بمعدلات المواليد وصحتهم الجسدية، وقبل أن يكونوا كذلك يجب ربط صحتهم بصحة الأمهات والنساء في هذه المؤسسات الوقائية، ومؤسسات المجتمع المتمثلة في البيئة والأسرة وكذلك المدرسة والإعلام ودورها في خلق الديناميكية الصحية والتنمية المستدامة.

ولذلك ترتبط منظمات عالمية بالصحة داخل وخارج المنظمة الصحية كالليونسياف واليونيسكو، والبنك الدولي وغيرها، من أجل الاسهام في النمو وتحقيق الصحة للجميع وعالم خالي من العلل والأمراض، ولكن ذلك التعاون وتلك البرامج لا زالت هي الأخرى تطرح اشكاليات وعلامات استفهام عن عدم نجاعتها في كثير من الدول والبلدان، ولماذا يكتنف العمل الصحي النقص والتعثر رغم عالميته وعالمية التكنولوجيا الطبية الحديثة، وعن مدى رضى المستخدمين والمستفيدين من الخدمات.

كل ذلك يدفعنا إلى طرح عديد التساؤلات من خلال هذه الدراسة النظرية والميدانية المعتمدة على استراتيجية الخدمة الاجتماعية في تنمية الصحة العمومية بمستشفى الأم والطفل من وجهة نظر الفاعلين الأساسيين في المؤسسة الطبية المتمثلين في الطاقم الطبي، وسعيا منا لمعرفة واقع الخدمة الاجتماعية الصحية في التنمية، ومدى توفر الحاجات الوقائية والعلاجية ومستوى الوعي والثقافة الصحية بميدان الدراسة، قدمنا الاشكالية في الشكل الآتي:

- ما هو واقع الخدمة الاجتماعية في المستشفى العمومي ؟ وهل هي كافية لتحقيق التنمية الصحية؟
- ولإجابة على هذا التساؤل الرئيسي يجب الإجابة على الأسئلة الفرعية التالية:
- هل الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في المستشفى العمومي (الأم والطفل) كافية لإشباع الحاجات الوقائية النفسية والاجتماعية؟
- هل الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في المستشفى العمومي (الأم والطفل) كافية لإشباع الحاجات العلاجية والمهنية ؟
- هل الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في المستشفى العمومي (الأم والطفل) كافية لإشباع الحاجات التوعوية والثقافية؟

ثانياً-أسباب اختيار الموضوع:

لكل موضوع من مواضيع البحث العلمي أسبابه وأهدافه العلمية والمنهجية التي يبينها غير خطة أكاديمية وعلمية تتبع الدراسات السابقة وميدان الدراسة، والموضوع الذي بين أيدينا له أسباب عديدة بحكم طبيعة الموضوع المتعلق بالخدمة الاجتماعية كأحد الاستراتيجيات الهامة في التنمية الصحية الشاملة، بداية من خدمات الصحة العمومية واستمرارا إلى أدوار هذه الخدمات في المؤسسة الصحية بكافة عناصرها البنائية والخدماتية.

لذلك نذكر أنه من أهم أسباب اختيار الموضوع الصحي هو إدراكنا لأهمية الصحة العمومية في التنمية الاجتماعية، لا بل في التنمية المستدامة، على اعتبار الصحة أحد أقطاب هذه العملية بعد التعليم والخدمات الاجتماعية، ودورها في التنمية لا يمكن إغفاله أو تجاهله على الصعيد المحلي أو العالمي، حيث تربط الهيئات الصحية العالمية في منشوراتها وندواتها الدورية الصحة بالمجتمع والتنمية، وتؤكد على تطوير الخدمات الصحية والأجهزة الطبية، وتهتم بالمؤسسات الصحية، ذلك كله لتفادي الأمراض والأوبئة، وتأكيدا على الدور الصحي والوقائي في التنمية من خلال جعل الفرد صديقا للبيئة من خلال ممارساته اليومية الصحية<sup>1</sup>.

كما أن ارتباط الصحة بالعلوم الاجتماعية والخدمات الاجتماعية كمدخل ضروري للصحة العمومية، هو من أهم الأسباب لدراسة الموضوع، حيث تطور علم الصحة العامة مع بداية القرن العشرين في اتجاهه حول فلسفته من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع ككل<sup>2</sup>.

إضافة إلى شمولية الصحة العمومية في الطرح والمنهجية، حيث تتعدى أدوات الممارسة والمداخل الفكرية والنظرية في طرحها، فهي تشمل البيئة والثقافة والمجتمع وتتناول العلاج والوقاية والتنمية ومختلف العلوم الطبية والإدارية والاجتماعية التي تهتم بالصحة، وأكثر المجالات دراسة من حيث الأصل والفروع، فالمهتمون بالصحة خاصة في العصر الحديث كثيرون نظرا لكثرة الأمراض، ومحاولة البحث عن حلول جذرية تحافظ على الصحة المستدامة.

كذلك من الأسباب الجوهرية لدراسة الموضوع واختياره، هو أن موضوع الخدمة الاجتماعية الصحية على قلة الدراسات والمراجع موضوع حيوي وحديث، وتتعدى وتشعب فيه المجالات خاصة فيما يتعلق بسوسيولوجيا الصحة وعلم الاجتماع الصحي، فهذه المواضيع تنفرد بالصحة والطب وتضفي عليها الطابع الاجتماعي والثقافي وهو في اعتقادنا ما تحتاجه الصحة اليوم وتعاني منه.

<sup>1</sup>- LIRA LUIZ : l'éducation à l'environnement dans les écoles fondamentale à Bruxelles, Master en science et gestion de l'environnement, Promotrice SABINE POHL, Institut de gestion de l'environnement et aménagement du territoire, Université Libre de Bruxelles, Belgique, 2012.

<sup>2</sup> - أحمد محمد بدح: الثقافة الصحية ، دار الميسرة ، ط2، عمان، الأردن، 2010، ص13.

كذلك من بين العوامل والأسباب التي أدت بنا إلى اختيار الموضوع هو أن العلوم الطبية تهتم بالجوانب التقنية على حساب النفسية والاجتماعية والصحة في حاجة إلى جميع هذه الجوانب لتحقيق التقدم والتطور، ولا يكفي فقط الاهتمام بالمرض والأمراض العضوية على حساب المريض وسيكولوجيته واحتياجاته وأسباب مرضه الأساسية، وهذا الموضوع من حيث الاهتمام حديث نسبيا مع تقدم وتطور العلوم الأخرى وتفرعها، فنجد مثلا علم الاجتماع الطبي كجزء من العلوم الاجتماعية يركز هذه القضية خاصة في السنوات الأخيرة، والخدمة الاجتماعية الصحية لها نصيب كبير من هذه القضية.

الاهتمام العالمي بالصحة العمومية وربطها بالجوانب الاجتماعية والنفسية ليس وليد الساعة؛ فكثيرا ما استشارت منظمات الصحة وحقوق الإنسان في تقاريرها ومنشوراتها الدورية العالم بقضايا الصحة والمرض، وربطت الاهتمام بذلك بالظروف الاجتماعية والنفسية، كما أكدت على دور المؤسسات الصحية النوعية في تعزيز الصحة العمومية بشرط توفر الظروف الصحية والخدمات الصحية الراقية ذات الجودة والنوعية، والإحصائيات التي تقدمها عن معظم دول العالم من بين الأسباب والعوامل التي حركت الكثير من الدول وعلى رأسها الجزائر لمزيد من الاهتمام بالقطاع الصحي واكتشاف مواطن الخلل.

ومن أهم الأسباب التي أدت بنا إلى اختيار الموضوع بحكم التخصص العلمي، عديد المشاكل الصحية التي تعاني منها الصحة العمومية رغم الإصلاحات والبرامج المقدمة سنويا ما دفعنا إلى التساؤل عن الأسباب الحقيقية ومحاولة البحث والتدقيق لمعرفة واكتشاف الأسباب وراء هذه المشاكل من أجل التوصل إلى نتائج واقتراحات لتخفيف وإيجاد حلول تقدم لصانعي القرار، وتوجيه اهتمامهم للصحة العمومية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة في سبيل تعزيز الصحة الوقائية كأحد أهداف هذا البحث، ولعل من أهم الأمثلة على وجود هذه المشاكل التي يشير إليها الإعلام (يوميا تقريبا) في القطاع الصحي، هي كثرة الوفيات على مستوى المواليد كأحد الموارد البشرية التي تحافظ على استمرارية وبقاء الأجيال القادمة والاستثمار الحقيقي والبرامج في رأينا تبدأ من هذه الفئة الهشة التي تحتاج إلى رعاية خاصة، والخدمة الاجتماعية بكل أبعادها جزء لا يتجزأ من عملية التنمية لأنها تهتم بزيادة على الصحة العضوية والجسدية؛ بالاتجاهات الأخرى الاجتماعية والنفسية خاصة مع التطور العلمي والتكنولوجي للآلة والتقنية، وأهمية صحة الأم والطفل في المنظومة الوقائية لا تحتاج فقط إلى هذه الأدوات الطبية، بل هي في حاجة إلى عناية من جميع أطراف المؤسسة من الأخصائي الاجتماعي الذي يلقي أهمية كبيرة في العالم الغربي، إلى الطاقم الطبي والكوادر الإدارية في المؤسسة الصحية.

إن الاطلاع على الصحة العمومية من خلال أدوات الخدمة الاجتماعية يضيف المصدقية والدقة العلمية في البحث العلمي، والموضوع الذي بين أيدينا يستحق هذا الجهد للاكتشاف وتعزيز الصحة في سبيل التنمية

الاجتماعية والوعي الصحي، كما أن ثراء موضوع الدراسة هو أحد الأسباب العلمية الرئيسية في اختياره معرفيا ومنهجيا.

ثالثا- أهمية الدراسة:

تمكن أهمية موضوع الدراسة في توضيح دور الخدمة الاجتماعية الصحية في التنمية بشكل عام، والتنمية الاجتماعية والتنمية الصحية بشكل خاص، حيث أن تسليط الضوء على الجوانب الاجتماعية والثقافية من جهة، والجانب النفسي من جهة أخرى، يقلل من حيث الدراسات النظرية والميدانية، ويكاد ينعدم من ناحية الممارسة من طرف المؤسسات الصحية، لذلك فإن إثارة مثل هذه المواضيع الحيوية وربط السوسولوجيا بالصحة له أهمية بالغة على المستويين العلمي والنظري.

كما يمكن الإشارة إلى المؤسسات أن الوقائية في العمل الصحي؛ وعلى رأسها مستشفى الأمومة والطفولة (مجمع البحث) من أهم عناصر التنمية الصحية والاجتماعية في قطاع الصحة العمومية، حيث أنه بدون صحة لهذه الفئة الاستراتيجية، لا يمكن تصور لأي عملية تنموية، فالمجتمعات المريضة نفسيا وجسما، لا يمكن لها أن تساهم في التطور والتنمية، على عكس المجتمعات الصحية التي تقدم نماذج قوية في التنمية، لذلك يمكن اعتبار الصحة العمومية أحد أهم مؤشرات التنمية الديموغرافية ودليل على السلامة البيئية والثقافة الصحية.

إن ربط الصحة والمرض بالخدمة الاجتماعية من جهة، والمؤسسات الصحية والمجتمع من ناحية أخرى، يعني التواصل والاستمرارية، والتنسيق والوقاية التي تفضل العلاج من الناحية المادية والبشرية، إضافة إلى أن المجتمع بمختلف أنساقه الصحية (المستشفى مراكز التأهيل والعلاج، دور الوقاية...) بحاجة إلى المتابعة والتقييم الصحي الشامل والدائم لضمان الاستقرار والاستمرار الذين يحققان الأهداف المطلوبة، وفي مقدمتها التنمية المستدامة.

والدراسة التي بين أيدينا لها بعد سوسولوجي (اجتماعي) أكثر منه بعد فني خدماتي، ذلك أن معظم المؤسسات الصحية تهتم بالجوانب الفنية والخدماتية على حساب أهم الأسباب المؤدية إلى المرض واستمراره وتفاقمه، وبدون تدخلات الأخصائي الاجتماعي والنفساني تبقى الجهود المبذولة تعالج الأعراض وتستترف الموارد دون الوصول إلى نتائج، حيث أن عدم التطرق لظروف وأسباب المرض يساهم في تدهور الحالة الصحية والنفسية، ويفقد الثقة في العلاج الرسمي ويجعل الهوة بينه وبين المريض تتفاقم، والتأكيد على دور الجوانب الاجتماعية والثقافية يساهم في ردم هذه الهوة ويقارب المفاهيم الصحية للطبيب والمريض والمؤسسة الصحية، فالطبيب بحكم خدمته يركز على الجانب البيولوجي وقد يهمل المريض وحالته النفسية والاجتماعية

والمؤسسات الأخرى الاجتماعية التي لها دور في تحقيق التوافق مع الفرد والمجتمع<sup>1</sup>، وهي من أهم التحديات والإشكاليات الحديثة حيث يدخل الطب الاجتماعي وعلم اجتماع الصحة... وغيرها من العلوم النفسية والاجتماعية للربط بين عناصر الصحة.

وتعتبر الخدمة الصحية كاستراتيجية وقائية من خلال وضع مجموعة من الخطط المتعلقة بالجانب الاجتماعي والنفسي والخدمي، ومن خلال دورها في التنمية الصحية إضافة متواضعة للبحث العلمي على المستوى النظري والميداني، أما على المستوى النظري فكثير من الدراسات تسلط الضوء على العلاقة الارتباطية بين المتغيرين، أو مساهمة المتغير المستقل في المتغير التابع، دون التطرق إلى الحلول أو الأسباب الحقيقية للظاهرة إلا فيما يتعلق بالتوصيات في نهاية البحث، بينما الاستراتيجية تقترح خطة عمل نظرية، وتدعمها بالدراسة الميدانية.

وتبرز أهمية الدراسة العلمية في رفع الوعي الصحي وهي إضافة إلى الثقافة الصحية، ليس من الناحية الجسمانية والفسولوجية، بل كذلك من الناحية السوسولوجية والسيكولوجية، وهي بداية لكثير من البحوث الميدانية والنظرية، على حد اعتبار أن العلوم الاجتماعية تعتمد على التراكم النظري والسوسولوجي، فالدراسة التي بين أيدينا هي محاولة جادة للربط بين التنمية الاجتماعية والتنمية الصحية والخدمات المقدمة في البناء التنظيمي ليس كمؤسسة علاجية فقط، بل كتنظيم اجتماعي، أي الانتقال من فيزيولوجيا الطب إلى سوسولوجيا الصحة.

ومن أهم العناصر التي ركزت عليها الدراسة هي محاولة توضيح أهم الأدوار الاستراتيجية للأخصائي الاجتماعي في المؤسسة الوقائية، وما يجب أن يكون عليه من حيث فعالية الأداء ونوعية الأدوار المنوطة به، التي تساهم في التنمية الصحية والاجتماعية، من خلال سعيه لحل مشكلات المريض وفهم الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض فدور الأخصائي الاجتماعي في العملية الصحية ليس ثانوي بل حيوي ومحوري، وعليه مسؤولية صحية كبيرة، فهو يعمل كوسيط وشريك استراتيجي بين الطبيب والمريض من جهة وبين المؤسسة الصحية والبيئة الاجتماعية من جهة أخرى، لذلك يعتبر التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي في الدول المتقدمة صحيا كالولايات المتحدة الأمريكية من أهم الاستراتيجيات التنموية المعول عليها في التنمية الاجتماعية، حيث يعمل على توفير الظروف الصحية، وفك المفاهيم المعقدة للبيئة والمجتمع، من أجل خلق التوازن والتوافق النفسي والاجتماعي، ذلك أن تعريف الصحة من طرف منظمة الصحة العالمية قد تجاوز الجانب العضوي إلى التوافق النفسي والاجتماعي كما سنأتي عليه في تحديد المفاهيم.

<sup>1</sup>- Stiven ,K .Notre enfants , Université Paris 8 . France , 2010, P45.

والتركيز على الأخصائي الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية هو لفت الانتباه لأدواره في الصحة سواء على مستوى المؤسسة الصحية ومستخدميها الفنيين أو على المستوى العلمي والنظري لتوجيه الباحثين والدارسين إلى أهمية هذا العنصر في التنمية الصحية والاجتماعية، إذ لا يمكن فصل ما هو عضوي عن ما هو نفسي، فكثير من الأمراض النفسية تؤدي إلى أعراض جسمية والعكس صحيح، ولذلك جاءت أهمية الدراسة توضحها لهذه العلاقة.

الخدمة الاجتماعية كمفهوم واسع تصلح من خلال طرقها وأدوارها لجميع المرضى حيث تسعى إلى إشباع حاجيات المريض وتلبية رغباته واحتياجاته، وهي من منظور علم الاجتماع تركز على النظام الصحي ليس من ناحية الطب فقط، بل على أساس أنه نظام من العلاقات الاجتماعية، فالمرض ظاهرة اجتماعية وليس فقط حالة بيولوجية<sup>1</sup>.

وتتضح كذلك أهمية الموضوع من خلال تركيزه على البناء الاجتماعي التنظيمي للمؤسسة والدور الخدماتي في إطار نسقية الأدوار والوظائف، وهو ما سنشير إليه في مقاربتنا السوسولوجية والنظرية، حيث أن الدراسة في شقيها النظري والميداني تناولت الفكر الإداري التنظيمي في المؤسسة الصحية من وجهة نظر الخدمة الاجتماعية وأهميته في التنمية الصحية، ومن أهم ما يميز الدراسة هي محاولة تطبيق استراتيجية نظرية على ميدان مؤسسة وقائية (الأمومة والطفولة)، لذلك فإن توجيه الخدمات إلى الصحة الوقائية يعتبر من أهم التحديات، حيث تقل الخدمات الوقائية في المجتمعات العربية عموماً والمجتمع الجزائري خصوصاً، نتيجة لعدم وضوح خطط استراتيجية صحية ونتيجة لغياب الثقافة الصحية وتنمية الوعي الصحي كأحد نتائج هذه الأسباب.

إن العمل الجوارحي التطوعي أحد أهم سمات الخصائص الإنسانية للخدمة الاجتماعية أثناء بدايتها، لكن مع تطور المهنة منهجياً وعلمياً، اتضحت أهمية الممارسة الصحية في الخدمة الاجتماعية، لذلك فإن أهمية هذه الدراسة تتضح من خلال طرح جديد يحاول مأسسة الخدمة الاجتماعية الصحية والتشجيع على تطوير أفكار وآليات الأخصائي الاجتماعي وحتى لا يبقى يمارس عمل وظيفي أو تكميلي فقط؛ بل اعتباره أحد أهم عناصر التنمية الاجتماعية والصحية في المجتمعات من خلال التقييم ووضع البرامج.

الخدمة الاجتماعية تساعد على تلبية احتياجات المرضى وتحديد حقوقهم الصحية لذلك فإن تعدد أدوارها ومرونتها جعلها شريك في العملية الصحية، واختيارنا للخدمة الاجتماعية نابع من هذه الأهمية، فهي تتيح الفرصة للمريض للاستفادة من الخدمات الصحية، أي المساهمة في الخدمة الصحية، كما تساعده على التوافق والتكيف الاجتماعي، وهذه الأدوار المتنوعة والمتوازنة تفرد بها الخدمة الاجتماعية بحكم تقاطعها مع عديد العلوم الطبية والنفسية والاجتماعية، لتتعدى المحيط الداخلي للمؤسسة إلى البيئة والمتغيرات الخارجية،

<sup>1</sup> أيمن مزاهرة وآخرون، علم الاجتماع الصحة، مرجع سابق، ص 107.

وذلك لتعدد مجالاتها العملية وتنوع طرقها. والدراسة التي بين أيدينا محاولة للاستفادة من هذه الوظائف وإسقاطها على المؤسسة الصحية لمعرفة مدى تطابقها مع الميدان أو اختلافها وعدم وجودها، وهو مؤشر على عدم كفاءة الخدمات الصحية، وعدم كفايتها إضافة إلى الخدمات الاجتماعية الصحية تؤكد ليس فقط على الجانب الاجتماعي والخدمي، بل تساهم في وضع استراتيجية صحية نفسية واستراتيجية صحية إدارية، أي تتضح أهمية الموضوع في الممازجة بين الجانب البنائي والخدمي، وكذلك مجال الصحة النفسية وإدارة المنظمات الصحية في داخل المؤسسات من خلال اعتبارها منطلقات اجتماعية وليس هياكل جامدة فقط.

إن مخططي الصحة العمومية الذين يسعون لتحقيق التنمية الاجتماعية والصحية، لا يمكن أن يتجاوزوا الصحة النفسية الوقائية والعلاجية كأهم المحطات التي تعرقل الصحة في حال الإهمال وعدم الاهتمام بالرعاية النفسية للأصحاء، فما بالك بالمرضى، وهو ما تؤكد منظمة الصحة العالمية في تعريفها على أن الصحة ليست مجرد الخلو من المرض الجسدي، بل تؤكد على السلامة النفسية والاجتماعية، ومن هذا تبرز أهمية الدراسة التي أعطت استراتيجية التوافق للصحة العمومية في الوسط الميداني، وليست هي المنظمات الصحية فقط، بل منظمات حقوق الإنسان "كال يونيسيف" و"اليونسكو"، وغيرها من الهيئات العالمية.

وتبرز كذلك أهمية الدراسة من خلال التأكيد على الأدوار الإعلامية في الصحة العمومية وأثر الإعلام التكنولوجي والاتصال في العملية الصحية، فالخدمة الاجتماعية لا تقتصر فقط على ما سبق ذكره من خطوات وخطط، بل تقدم رؤية متوازنة ومتكاملة يقودها إعلام صحي يرفع الوعي وينشر الثقافة الصحية، ثقافة السلامة، ثقافة التغذية، ثقافة الوقاية ابتداء من الأسرة والمدرسة والمستشفى، واستمرارا إلى المجتمع وأنساكه المرتبطة بالبيئة والسكان، كأحد أهم تحديات مؤسسة التنشئة الاجتماعية التي من خلالها يتم ادماج المجتمع وتلقي الرموز والقيم<sup>1</sup>.

وتتضح أهمية كل ذلك في التأكيد على المعلوماتية وتكنولوجيا الاتصال الحديث في التنمية الصحية كأدوات التواصل الاجتماعي والبرامج التلفزيونية الصحية، والجرائد وغيرها من الوسائط الحضارية.

إن الأهمية البالغة للدراسة تتمثل أساسا في محاولة وضع استراتيجية متكاملة متوازنة منهجيا وصحيا تتناول أهم عناصر التنمية الصحية بدء من الخدمات الصحية، ومرورا بالجوانب الأخرى المتعلقة بالصحة العمومية كالصحة النفسية، والخدمة الاجتماعية الإدارية والتدخلات المهنية للأخصائي الاجتماعي، ومحاولة التوفيق بين هذه العناصر النظرية والجانب الميداني للأم والطفل، بدراسة مدى كفاية الخدمات الاجتماعية وجودتها وتأثيرها على الخدمة الصحية، وأخيرا وضع أهداف للخدمة الاجتماعية التي في مقدمتها إشباع

<sup>1</sup>- GRAWITZ MADELIENE, Lexique des Science sociales, Ed Dalloz, Paris , 1981.

الحاجات الصحية وتحقيق التنمية الصحية والمجتمعية على المدى القريب والبعيد في إطار التنمية الصحية المستدامة.

#### رابعاً-أهداف الدراسة:

إن لكل دراسة أهداف ونتائج واقتراحات وتوصيات، والتي تعتبر أحد العوامل والإجراءات المنهجية المرتبطة بالبحث العلمي، سواء كانت دراسة نظرية أو ميدانية، والأهداف في عمومها متعلقة بالأسباب والأهمية وكذلك الإشكالية ومعظم عناصر الإطار المنهجي للدراسة، وكذلك الإطار الميداني، على أساس من بين أهم الأهداف المرجو الوصول إليها هي تحقيق النتائج العلمية لأجل اقتراح بدائل وحلول في التوصيات والاقتراحات من أجل إيجاد صيغة حقيقية للمشكل المطروح وتفعيل البرامج والخطط لتقليله أو الحد من الظاهرة في سبيل تنمية الصحة العمومية موضوع البحث.

- من بين الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة هو معرفة واقع الصحة العمومية عن كثب داخل المؤسسة الصحية الوقائية (الأم والطفل ميدان الدراسة) ، وتشريح الواقع وتشخيصه هو ما يمنحنا المادة العلمية التي نستطيع من خلالها التحكم في البحث، واكتشاف مزاياه، وأهم مشاكل الظاهرة المدروسة، وهو ما يساهم في إعطاء حلول علمية وخطة استراتيجية تتماشى وروح البحث العلمي ولا تتعد عن الميدان ومجتمع الدراسة، فالصحة العمومية في هذا الموضوع هي أحد أهم المداخل الفكرية والنظرية للتنمية الصحية التي تمر عبر الخدمة الاجتماعية كأحد الآليات المقترحة لذلك.
- رفع الوعي الصحي والثقافة الصحية لعينة الدراسة وللأفراد والمجتمع؛ عن طريق توضيح أهمية الإجراءات الوقائية والصحية في حياة الأفراد وفي محاربة الأمراض، وتأثير ذلك على الأسرة والمجتمع، وتعزيز الثقافة الصحية في الوسط الاجتماعي يقتصرون الكثير من الجهد والوقت والموارد، لذلك فإن اقتراحنا لخدمة صحية لا تستثني الإجراءات النفسية والاجتماعية سيؤدي إلى تحقيق تنمية صحية شاملة ومتكاملة يهدف إليها المجتمع وتسعى الدول جاهدة عبر الخطط والجهود لتحقيق ذلك، والدراسة التي بين أيدينا خطة تساعد على رسم سياسة صحية على الأقل في قطاع الأمومة.
- إعطاء فكرة عن الصحة والخدمات الصحية النوعية ذات الجودة التي تخدم الفرد والأسرة والمجتمع وتعزيز البنية النفسية والاجتماعية للمرضى وطالبي الصحة، مع توضيح المتغيرات الأخرى المؤثرة على الصحة كالبينة الخارجية في حياة المجتمع وهو دور تقع أهميته على الأخصائي الاجتماعي بدرجة أولى في التنسيق بين جميع عناصر الصحة.
- تعزيز دور الخدمة الصحية في التنمية وتحديد أهم وظائف الفريق الطبي في المؤسسة الاجتماعية للباحثين في العلوم الطبية والصحية، واكتشاف نقائص الكوادر الطبية وتقييمها من أجل تصحيح المسار

الاستراتيجي ووضع برامج ناجحة تعتمد على الوقاية بدل العلاج والجودة والتنوعية بدل المجانية والرداءة.

- تسليط الضوء على واقع "صحة الأم و الطفل" في المؤسسة ورفع المطالب والاحتياجات خاصة في ما يخص المهتمين بهذا المجال من باحثين مؤطرين ومؤسسات بحث علمي، أو دوائر صناعة البرامج الصحية والقرارات.

- معرفة مدى كفاءة الخدمات الصحية والاجتماعية من أجل المتابعة والتقييم.

- تقديم فكرة عن الخدمة الاجتماعية الصحية وربطها بالمؤسسة الصحية، ذلك أن الخدمات الاجتماعية بعيدة من حيث الممارسة عن العمل الصحي ودورها هامشي في العديد من المراكز والمعاهد التأهيلية، ثم إنها تساهم في تحقيق التنمية وخدمات الرعاية الوقائية التي تختصر الوقت والجهد والموارد.

وعليه فههدف الدراسة مرتبط بموضوع البحث الذي نحاول من خلاله تسليط الضوء على الخدمة

الاجتماعية الصحية ودورها في التنمية، ونوعية الخدمات الصحية وأثرها على المؤسسة الصحية (الأم والطفل ميدان الدراسة)، يضيف مزيداً من الجلاء والوضوح على المهنة وكذلك تحقيق أهداف البحث من الناحية العلمية والنظرية والميدانية والإسهام في تنمية البنية المعرفية للخدمة الاجتماعية وغيرها من الأهداف التي نذكرها على شكل نقاط كالآتي:

أ-تحصيل المعارف العلمية التي يمكن الاستفادة منها في تحسين نوعية الخدمات المقدمة "وقائية علاجية، إنمائية".

ب-التحديد الدقيق لمشكلات واحتياجات الصحة العمومية.

ج- التوصل إلى استراتيجيات فعالة للتدخل المهني خاصة عبر الأخصائي الاجتماعي.

د-تقويم الخدمات المقدمة للمستفيدين وتقييم فعاليتها<sup>1</sup>.

هذه الأهداف تبقى نظرية ونسبية من حيث درجة التحقق، وبعد دراسة الجانب الميداني ستظهر

أهداف أخرى تكميلية لأهداف البحث، لذلك فإن طبيعة العلوم الاجتماعية التراكمية تجعل من أهداف البحث العلمي متغيرة ومتجددة، حسب تغير الظاهرة المدروسة ومنهجيات البحث.

إضافة إلى أن الهدف الرئيسي للمهنة حسب ما جاء في أحد التعاريف الحديثة وما أورده قاموس

الخدمة الاجتماعية: بأن الخدمة الاجتماعية هي العلم التطبيقي لمساعدة الناس على تحقيق مستوى فعال من الأداء الاجتماعي والنفسي والتأثير في التغيرات المجتمعية لتعزيز الرفاهية لجميع الناس<sup>2</sup>. وتحقيق الاحتياجات خاصة الصحية وبحث سبل تحقيقها عبر وسائل وآليات الخدمة الاجتماعية.

<sup>1</sup> عبد العزيز عبد الله البريثن (بتصرف): مدى الإفادة من الرسائل العلمية في الممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية ، رسالة ماجستير ، قسم الدراسات الاجتماعية السعودية ، 1998، ص73.

<sup>2</sup> عبد العزيز عبد الله البريثن (بتصرف): مرجع سابق، ص76.

خامسا-تحديد المفاهيم:

إن المفهوم يتطلب إحاطة شاملة لموضوع البحث إحاطة نظرية، وميدانية وذلك يتطلب تفكيك المتغيرات وعنوان الدراسة إلى أبعادها ومؤشراتها الأصلية بهدف الاقتراب من الواقع وإعطاء المفاهيم تعريفات إجرائية مرتبطة بميدان الدراسة أو فرضياتها، بتحديد المفاهيم وإعطاء تعريفات صحيحة يمكن إزالة اللبس الحاصل في الدراسة وتوثيق مصطلحاتها وهو ما يؤدي إلى إيضاح في الرؤية في الجانب المنهجي.

1- الإستراتيجية:

مصطلح غربي معرب أصله لاتيني مأخوذ من الكلمة "La stratégie" التي تعني فن الحرب، حيث أن هذا الاصطلاح عسكري في الأصل.<sup>1</sup>

وتعني اصطلاحاً: "مجموعة الخطوات المنهجية التي تتضمن حشد الموارد وتوجيهها نحو تحقيق الأهداف حيث تتعلق بالعمليات التفكيرية، واتجاهات العمل، وطريقة الحركة في الاتجاه المرغوب، كما أن مفهوم الاستراتيجية يتضمن الاختيار والنتيجة، وتحديد المراحل والتوقيتات، وبعض التركيبات من الأدوار".<sup>2</sup>

من خلال ما سبق يمكن طرح تعريف إجرائي للاستراتيجية بالقول أنها مجموعة البرامج والخطط المتكاملة في إطار التنمية لخدمة الصحة العمومية وتحقيق نتائج وأهداف المؤسسة على المدين القريب والبعيد، فالاستراتيجية هي منهجية عمل متكاملة موجهة للقطاع الصحي خصوصاً، وبقية القطاعات الأخرى في العموم.

الاستراتيجية هي "ماذا ينبغي أن نفعل؟ ماذا يمكن أن نفعل؟".

وهي اختيار وسيلة أو أكثر من الوسائل الممكنة والمتاحة لتحقيق أهداف بعينها تعبر عن حاجة أو حاجات أساسية أو مجموعة من المهام التي تعبر عن برنامج أو جزء منه".<sup>3</sup>

2- الخدمة الاجتماعية:

يعرفها محمد عاطف غيث في قاموسه علم الاجتماع على أنها: " مجال مهني يهتم بتطبيق المبادئ السوسيولوجية لحل مشكلات اجتماعية ذات طبيعة خاصة... " ، ولهذا يهتم الأخصائيون الاجتماعيون العاملون في حقل الخدمة الاجتماعية بمعالجة عديد المشكلات المتصلة بالتوافق الاجتماعي وحسن أدائه للوظيفة الاجتماعية... وتهتم ميادين الخدمة الاجتماعية المتخصصة بالفقر، والبطالة، وتوجيه الشباب، انحراف الأحداث، تفكك الأسرة، الصحة وإدمان المخدرات، المرض العقلي.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> نور الدين مبني: استراتيجية الحملات الإعلامية والإعلانية لحماية البيئة في الجزائر ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 18 ، سطيف، الجزائر، جوان 2014، ص99.

<sup>2</sup> حسين، حسن سليمان: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، دط، دب، دب، ص422.

<sup>3</sup> مجدي عبد العزيز إبراهيم: موسوعة المعارف التربوية ، عالم الكب، ط1، القاهرة، 2007، ص226، 228.

<sup>4</sup> محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص413.

كما أن الخدمة الاجتماعية هي "استخدام الأساس المعرفي والمهاري لتقديم الخدمات الاجتماعية بالطرق التي تتسق مع الأساس القيمي لتشمل الممارسة في العلاج والتخلص من المشكلات الاجتماعية والنفسية وإعادة التأهيل للذين ضعفت قدرتهم على الأداء الاجتماعي، وتظهر إما على مستوى الوحدات الصغيرة أو المتوسطة أو الكبيرة".<sup>1</sup>

الخدمة الاجتماعية من حيث المفهوم الإجرائي هي مجموعة الخدمات المقدمة في مختلف المجالات والمؤسسات لإشباع الحاجات الاجتماعية والنفسية، من خلال الأخصائي الاجتماعي والمؤسسات الصحية التابعة لها وهي خدمة اجتماعية صحية في المجال الصحي تقدم خدمات وقائية وعلاجية وتنموية.

### 3- التنمية:

في اللغة هي النمو والزيادة، وفي الاصطلاح لها عدة تعريفات بحسب ارتباطها الميدانية؛ فهي تستخدم في عديد المجالات منها الاقتصادية والثقافية والاجتماعية وحتى الصحية منها، لذلك سنستخدمها وفق موضوع الدراسة ومجال الممارسة.

يعرف بقاسم نويصر التنمية: "أها عملية شاملة مخططة ومدروسة تحدث تغيرا في المجتمع لتحسين ظروفه وظروف أفرادها وإزالة العقبات وتحقيق الاستغلال الأمثل للإمكانيات والطاقات المادية والبشرية وتوجيهها لتحقيق النمو والتقدم".<sup>2</sup>

كما يعرفها كمال التابعي على أنها: "مجموعة عمليات ديناميكية متكاملة تحدث في المجتمع من خلال الجهود الحكومية وبأساليب ديمقراطية واجتماعية محددة، وفق خطط سياسية وبرامج واقعية مرسومة، تتجسد مظاهرها في سلسلة من التغيرات البنائية والوظيفية".<sup>3</sup>

### التعريف الإجرائي:

التنمية هي عملية مخططة ومتكاملة موجهة لخدمة المجتمع والمؤسسات من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة من أجل إشباع الحاجات الاجتماعية والصحية والنفسية في المؤسسة الاستشفائية على رأسها مستشفى الأم والطفل، بهدف رفع المستوى الوقائي للمرضى وعملاء المؤسسة الصحية عبر الخدمات ونوعية الممارسة. فالتنمية تسعى إلى تطوير المهارات والإمكانيات لتحقيق الجودة والوقاية، وليس مجرد خدمات علاجية فقط.

### 4- التنمية المستدامة:

إجرائيا تعرف التنمية المستدامة على أنها؛ الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة مع الحفاظ على مقدرات الأجيال القادمة وهناك من يشارك البيئة كذلك في هذه العملية.

<sup>1</sup> محمد سيد فهمي: الخدمة الاجتماعية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية، مصر، 2007، ص29.  
<sup>2</sup> نويصر بلقاسم: التنمية و التغيير في نسق القيم الاجتماعية، أطروحة دكتوراه، قسنطينة، الجزائر، 2011، ص17.  
<sup>3</sup> كمال التابعي: (بتصرف) علم الاجتماع التنموية، دط، القاهرة، 1991، ص21.

## 5- الصحة:

الصحة عكس المرض (Heath- santé) وهو مصطلح يدل على العافية والسلامة، والخلو من العلل والأسقام الجسدية والنفسية<sup>1</sup>، وهي حالة الأعضاء الطبيعية المؤدية لوظائفها وأدوارها.<sup>2</sup> وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها: " السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز".<sup>3</sup> لذلك فنحن نتفق كثيراً مع هذا التعريف الشامل للصحة في مختلف جوانبها النفسية والاجتماعية والبدنية، ونضيف على ذلك الجوانب الأخرى منها الوقائية الثقافية التي تحقق التنمية الصحية في المجتمع، وفي المؤسسة الصحية (ميدان الدراسة).

## 6- المرض:

هو الاضطرابات التي تصيب الإنسان وتسبب له اختلال وانحراف في جسمه، أو في أحد أعضائه، وتؤثر على وظائفه الجسمية والعقلية والنفسية.<sup>4</sup> فالمرض عكس الصحة؛ أي حالة غير طبيعية تطرأ على الإنسان ولو مرة في حياته وللمرض أسباب ونتائج غير مرضية، ومن أهم الأسباب التي تؤدي بالشخص إلى التواجد في المراكز والمستشفيات هو المرض بجميع أنواعه.

## 7- الصحة العمومية (العامة):

يعرفها " ونسلو (winslow): " هي علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية، وذلك عن طريق القيام بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل تحسين صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية، وتعلم الأفراد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص الوقائي والمبكر للأمراض من أجل تطوير الحياة المعيشية".<sup>5</sup>

## التعريف الإجرائي:

الصحة العمومية هي حالة خلو المجتمع من جميع الأمراض العضوية والنفسية والاجتماعية والبيئية، وتشارك في توفيرها جميع الخطط والعوامل الاستراتيجية بداية من العمل الوقائي خاصة في المؤسسة الصحية (مكان تواجد المرضى) ، وكذلك الخدمات العلاجية لتحقيق الصحة للجميع دون تمييز أو استثناء، فهي شاملة ومتكاملة موجهة لجميع الأفراد خاصة على مستوى المستشفيات الوقائية التي في مقدمتها، الأم والطفل.

<sup>1</sup> إبراهيم مجدي عزيز: موسوعة المعارف التربوية، ط1، دار عالم الكتب، القاهرة، 2007، ص2109.  
<sup>2</sup> محمد عبد الجابري: الكليات في الطب (مع معجم بالمصطلحات الطبية العربية)، ط2، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2008، ص258.  
<sup>3</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: الصحة والسلامة العامة، ط1، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2005، ص13.  
<sup>4</sup> المرجع نفسه، ص14.  
<sup>5</sup> أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، ط1، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2003، ص47.

## 8- الخدمة الاجتماعية الصحية:

"هي تلك المؤسسات التي تقوم بتأدية الخدمات السابقة؛ من خدمات التشخيص والتوجيه والوقاية والتدريب والتأهيل والتشغيل، ومتابعة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، والمستشفيات التابعة بكافة أقسامها خاصة الولادة وحوادث الأطفال".<sup>1</sup>

ويعرفها الدكتور فيصل محمود الغرايبة: "أما خدمات تقدم في المجال الطبي والصحي تقتضي جهود تقوم أساسا على الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة الصحية تجاه المستفيدين أو المرضى من خلال تقديم أقصى استفادة ممكنة من العلاج من أجل التماثل للشفاء على يد الفريق الطبي الذي يتعامل معه في أقل وقت".<sup>2</sup>

## 9- التنمية الاجتماعية: (Social development).

هي إحداث بعض التغيرات التنظيمية المخططة لتحقيق تلاؤم أفضل بين الاحتياجات الإنسانية والبرامج الاجتماعية.<sup>3</sup>

فالتنمية الاجتماعية لا يمكن أن تكون دون تنمية صحية، أو اهتمام ببرامج الصحة العمومية في مقدمتها الخطط والبرامج الموجهة للأمم والطفل، حيث أن المجتمع في حاجة إلى النمو الديمغرافي وزيادة السكانية (السليمة والصحية) لإحداث تنمية اجتماعية تحقق الحاجات الصحية والنفسية والاجتماعية.

## 10- الرعاية الصحية:

تشير إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي لها تأثير على صحة الفرد، بجانب الرعاية الطبية، حيث يدور هذا المفهوم على كافة الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض.<sup>4</sup>

الرعاية الصحية في المفهوم الإجرائي هي مجموع الخدمات الصحية النفسية والاجتماعية والتمريضية للمريض للوقاية من الأمراض والحفاظ على صحته الجسمية والعقلية، ويتم ذلك في العادة عبر الوحدات العلاجية والوقائية كالمؤسسات التي تُعنى بالأمومة والطفولة في إطار الصحة العمومية والوقائية التي تقدم برامج وخطط الرعاية والاهتمام بالعملاء (المرضى) وتحقيق الجودة والمتابعة الصحية التي تحقق الرضا والإشباع للحاجات المطلوبة.

## 11- الخدمة الصحية:

كافة أوجه الرعاية المقدمة للمريض من تقديم الدواء والغذاء والمعاملة الجيدة من خلال مختصين ومسؤولين تساعده في استعادة صحته.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> عبد الرحمان الخطيب: الخدمة الاجتماعية المتكاملة في مجال الإعاقة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2006، ص28.

<sup>2</sup> فيصل محمود الغرايبة: الخدمة الاجتماعية في المجتمع العربي المعاصر، ط2، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2008، ص145.

<sup>3</sup> طلعت السروجي، ماهر أبو المعاطي: ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة، مصر، 2009، ص388.

<sup>4</sup> عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2003، ص20.

<sup>5</sup> طلعت مصطفى السروجي، ماهر أبو المعاطي: المرجع السابق، ص212.

## 12-النسق الصحي:

مجموعة من الأفراد والعناصر في العملية الصحية والأهداف والاستراتيجيات والتكتيكات والقنوات الداخلية التي تطور آلياتها الداخلية وتفتح على المؤثرات الخارجية في صورة مدخلات ومخرجات.<sup>1</sup>

## 13-المؤسسة الصحية (المستشفى):

هيئة طبية تستهدف تقديم رعاية علاجية صحية للأفراد سواء كانت الرعاية علاجية أو وقائية أو إنشائية، عامة أو خاصة، في بيئة جغرافية معينة لجميع الأفراد دون استثناء.<sup>2</sup>

التعريف الإجرائي: منظومة صحية تقدم خدمات اجتماعية ونفسية في مؤسسة وقائية علاجية.

## 14-الثقافة الصحية:

عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسة العادات الصحية الصحيحة.<sup>3</sup>

## 15-علم الاجتماع الطبي:

يرى محمد علي سلامة أنه علم يهتم بدراسة العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤدي إلى الأمراض؛ كالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تؤثر على الأفراد في حالة اجتماعية معينة ومناخ اجتماعي وبيئة معينة.<sup>4</sup>

التعريف الإجرائي: هو العلم الذي يهتم بتأثير العوامل الاجتماعية والثقافية والنفسية على الصحة والمرض، خاصة في المؤسسة الصحية والبيئة المحيطة بها.

## 16-الصحة النفسية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية على أنها حالة من العافية الجسمية والعقلية وليس مجرد غياب المرض والإعاقة.<sup>5</sup>

## 17-الصحة النفسية من حيث التعريف الإجرائي:

هي حالة التوافق والتوازن والرضا الذي يشعر به الفرد من خلال مساعدات الأخصائي الاجتماعي، ونوعية الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة وخارجها بهدف تعزيز الصحة النفسية لإشباع حاجاته وتوفير جميع متطلباته الصحية.

<sup>1</sup> عبد الرحمان الخطيب : ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ط1، القاهرة ، 2006، ص29 (مرجع سابق).

<sup>2</sup> أيمن مزاهرة : علم اجتماع الصحة ، مرجع سابق، ص 93.

<sup>3</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية ، ط2، دار المسيرة، عمان، الأردن، 2010، ص15.

<sup>4</sup> محمد علي سلامة : العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الوعي الطبي، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية، 2007،

ص26.

<sup>5</sup> مصطفى حجازي: الصحة النفسية، المركز الثقافي العربي، ط2، المغرب، 2004، ص26.

### سادسا-الدراسات السابقة:

استعانة الباحث بالدراسات السابقة من الضروريات المنهجية والفكرية التي توجهه وتعطيه تصورات نظرية وميدانية عن البحث العلمي، لذلك فإن محاولتنا الاستعانة بالدراسات السابقة كان فيها الكثير من الصعوبات، لقلة الدراسات في موضوع البحث "استراتيجية الخدمة الاجتماعية في تنمية الصحة العمومية"، وكذلك عدم التطابق في المتغيرات والمؤشرات، بحكم حداثة الموضوع وجدите، حيث أن ربط الخدمة الاجتماعية بالصحة والتنمية الصحية لم تتضح معالمها النظرية والفكرية إلا من خلال التراكم السوسيولوجي المتواجد على مستوى علم الاجتماع الطبي، كما تم الإشارة إليه في المقاربة المنهجية، والاتجاه نحو الدراسات الاجتماعية والخدمات الصحية من منظور سوسيولوجي في الصحة العمومية هو الآخر لا يزال في بداياته وهو توجه حديث في الدول المتقدمة ما بالك بالدول المتخلفة.

### الدراسة السابقة الأولى:

"رعاية المعاقين وأهداف سياسية إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية"، دراسة ميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدينا، ولاية "تيزازة"، للباحث أحمد مسعودان، أطروحة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، 2005-2006، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.

إشكالية الباحث تمحورت حول التساؤل الرئيسي الذي مؤداه: ما هو واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالمركز ميدان الدراسة؟

وقد ركز الباحث في هذه الدراسة على الاهتمام والعناية بالأفراد من الناحية المعنوية والمادية والنفسية والاجتماعية، ورصد جوانب النقص وقلة الرعاية التي تحتاجها هذه الفئة المهمشة والمهشة في الجزائر، معتمدا في ذلك على التوصيف التحليلي للظاهرة، وإعطائها الأبعاد الاجتماعية والنفسية لإشباع حاجات الفئة، والوصول إلى استراتيجية حقيقية في الرعاية الاجتماعية، وانطلق الباحث في بحثه معتمدا على مجموعة من الأبعاد والمؤشرات نوجزها في ما يلي:

- واقع خدمات الرعاية الصحية والطبية.
- واقع خدمات الرعاية النفسية.
- واقع خدمات الرعاية الاجتماعية.
- خدمات الرعاية وإشباع حاجات المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.
- خدمات الرعاية الصحية والطبية وإشباع الحاجات البيولوجية.

- خدمات الرعاية النفسية وإشباع الحاجات النفسية.

- خدمات الرعاية الاجتماعية وإشباع الحاجات الاجتماعية.

وقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي لدراسة الميدان. بمركز المعوقين، أجرى خلالها البحث الميداني على عينة بحث مكونة من 101 متربص من فئة المعوقين و24 فرد من العمال والأشخاص المؤطرين في المركز الصحي، استخدم خلال بحثه الميداني الملاحظة والاستمارة والمقابلة الموجهة التي أجراها مع مجموعة من المسؤولين بالمركز، إضافة إلى بعض الوثائق والسجلات الإدارية التي تحصل عليها الباحث من المؤسسات المتخصصة في الرعاية كوزارة التشغيل والتضامن الوطني.

الهدف من الدراسة الإمبريقية التي قام بها الباحث كانت تهدف كغيرها من الدراسات إلى إثراء الخدمة الاجتماعية والدراسات النفسية والاجتماعية، خاصة السوسولوجية.

كما سعى الباحث إلى الوقوف على الدراسة ميدانيا وإجراءها لفئة المعوقين في الميدان الاجتماعي والصحي والتأكيد على دور الخدمات الاجتماعية في الرعاية الصحية وإشباع الحاجات عبر الإدماج الاجتماعي والتكفل في جميع صورته النفسية والاجتماعية والخدماتية.

وقد توصل من خلال هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج المحورية:

- توفر الخدمات الرعائية الصحية بالمركز ميدان الدراسة.

- توفر خدمات الرعاية المعاشية والاجتماعية الضرورية في الحياة، كالتغذية والاهتمام.

- توفر خدمات الرعاية النفسية والاجتماعية والتكوينية والمهنية.

وهو ما يؤكد التحقق النسبي للفرضية الفرعية الأولى المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية والطبية بميدان الدراسة، وكذلك الفرضية الفرعية الثانية والثالثة المتعلقة بمدى إشباع الحاجات المعيشية والاجتماعية والنفسية ما أدى إلى إدماجهم وتكيفهم الاجتماعي، وهو ما يؤكد صحة الفرضية العامة، حيث توصل الباحث إلى صدق الفرضية العامة، وهو نجاح المركز في إدماج فئة المعوقين وإشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية والصحية والمهنية من خلال الخدمات المقدمة من طرف الهياكل والمؤطرين والمؤسسة أو المركز الصحي، هذا ما أدى إلى النتيجة الإيجابية التي تسعى إليها السياسة الاجتماعية وخدمات الرعاية، ويسعى إليها الباحث إلى تأكيد مجموعة من النقاط؛ المتمثلة في التكيف الاجتماعي والتوافق النفسي، والاستقلالية الذاتية والاعتماد على الذات لعينة الدراسة والفئة المبحوثة.

## مناقشة وتقييم الدراسة الأولى:

الاطلاع على هذه الدراسة أضفى على الموضوع الذي نحن بصدد بحثه الكثير من الوضوح والجلال، وأزاح الغموض والضبابية التي اكتنفتها، حيث كانت الدراسة انطلاقة يمكن الاعتماد عليها في تحديد معالم بحثنا إضافة إلى عديد الدراسات الأخرى التي صادفناها وتم الاطلاع عليها كمراجع لبناء تصورات حول موضوع البحث، ولعل ما قدمته هذه الدراسة في جانبها النظري والميداني هو الإلمام بعناصر الموضوع والتوفيق في التحكم به، انطلاقاً من التوصيف العميق للظاهرة من خلال الفرضية العامة والإشكالية العامة التي دارت حول واقع الخدمات المقدمة للفئة المدروسة، أو عينة المجتمع المبحوث من منظور الخدمة الاجتماعية، المتغير الذي نركز عليه في دراستنا، وكذلك التركيز على العنصر البشري، أو الإطارات التي أسهمت في التنمية البشرية، والاعتماد على فلسفة المؤسسة في الإدارة والتسيير وإشباع حاجات المؤسسة عبر المقاربة التنموية التي اعتمدها الباحث بحكم تخصصه الأكاديمي.

لذلك فإننا نعتقد أننا نشترك مع الدراسة في شقها التنموي كأحد أهم أهداف وعناصر الخدمة الاجتماعية الصحية والتنمية الاجتماعية الصحية، وكذلك الشق الخدماتي سواء كان نفسي، اجتماعي، صحي... الخ، في تلبية وإشباع حاجات المريض الذي سماه المعاق، فقد ركز الباحث على خدمات المؤسسة وفعاليتها في الرعاية الاجتماعية وتحقيق التكيف والتوافق الفكري والنفسي، بينما سنركز في دراستنا على الجانب الخدماتي من ناحية الفاعلين في المؤسسة الصحية (أطباء، ممرضين، أخصائيين، مسؤولين) ودورهم في تنمية الصحة العمومية، لذلك فنحن نشترك ونتقاطع في كثير من النقاط مع هذه الدراسة خاصة في ما يتعلق بالأبعاد التي تم طرحها سابقاً، وبرغم ذلك نعتقد أيضاً أن الباحث أغفل المتغيرات الخارجية وتأثيرها على الصحة كالعوامل البيئية، والتغيرات التكنولوجية والاجتماعية وتأثيرها على التنمية الاجتماعية والصحية، كما أن النتائج التي توصل إليها لا يمكن تعميمها على مختلف المراكز الصحية، لاختلاف في البنية المؤسساتية واختلاف في الكفاءة والكوادر التأهيلية، يبقى أن التركيز على العوامل الاجتماعية والنفسية في إشباع الحاجات الصحية من أهم عناصر التنمية، وليس فقد الموارد المادية والبيولوجية، وعلى العموم فإن اعتمادنا على الدراسة سيكون جزئي لاختلاف في الشريحة المستهدفة (مستشفى الأم والطفل/الفئة المعاقة) لا يشتركان سوى في الحاجات الصحية التي تسعى المؤسسة من خلال الفاعلين إلى إشباعها، إضافة إلى أننا نحن في بحثنا نقترح خطط تنموية استراتيجية صحية وليس التوصيف التحليلي للواقع فقط، وهو جانب أغفله الباحث (المتعلق باقتراح بدائل)، إلا فيما يتعلق بالتوصيات التي كانت جزئية بحكم توفر الخدمات في المركز الذي قامت فيه الدراسة.

الدراسة السابقة الثانية:

الطالبة "خليصة دعميش" قدمت دراسة بعنوان " الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري دراسة ميدانية بالقطاع الاستشفائي الجامعي سطيف (مستشفى عمومي) تخصص علم الاجتماع، فرع الخدمة الاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، ولاية المسيلة، زمن الدراسة 2005/2004. إشكالية الدراسة: تمحورت الدراسة في إطارها النظري حول موضوع الخدمة الاجتماعية الصحية والعلاقة بينها وبين العلوم الطبية والصحية في الفصل الثاني بعد الفصل المنهجي، تم في الشق الثاني تناولت الباحثة مرض السكري وتأثيراته السلبية على الأطفال من الناحية الجسدية والنفسية، وفي الفصل الموالي قدمت الباحثة عرضاً عن الخدمات الصحية المقدمة للأطفال المرضى من طرف الفريق الطبي وخدمات الأخصائي الاجتماعي الصحي، وتبلورت تساؤلات الإشكالية حول واقع الخدمات الصحية الاستشفائية وكذلك الخدمات المقدمة فيه من حيث النوعية والكفاية، وقد جاءت الفرضيات الفرعية كالآتي:

الفرضية الأولى؛ ما هي الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري؟

ومؤشرات هذا التساؤل: الكشف الطبية/ الفحوصات الطبية/ التوعية الصحية/ دفتر المراقبة/ توفر المرضين توفر الأخصائي الاجتماعي/ الأخصائي النفسي/ أخصائي التغذية.

الفرضية الفرعية الثانية الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بمرض السكري كافية، بمؤشرات هي نفس المؤشرات السابقة.

هذا من الناحية النظرية، أما من الناحية الميدانية فقد اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي لدراسة الظاهرة، والاستمارة كأحد الأدوات الرئيسية في جمع المادة العلمية، إضافة إلى المقابلة غير المقننة، وبعض القياسات والقواعد الإحصائية.

وكانت الاستمارة من أهم الأدوات التقنية المستخدمة في جمع المادة العلمية موجهة للأطفال في سن [ 6-13 ] واستمارة مقابلة موجهة للأطباء من 30 سؤال كانت معظم محاور أسئلتها تدور حول الخدمات المقدمة وكفايتها.

عينة البحث الرئيسية أو مجتمع الدراسة تكون من 50 طفل من بين 200 من مرضى السكري أي حوالي 25% وهي عينة عمدية مقصودة.

أجرت الباحثة ثلاث مقابلات رئيسية: المقابلة الأولى: مع أم طفل مريض بالسكري لتوضيح العلاقة بين الأم والطفل ودرجة تقبل المرض. المقابلة الثانية: مع أب لطفلة مصابة بالسكري توضح درجة الاهتمام والمعاملة مع المريض.

المقابلة الثالثة: معلمة بالإكاديمية توضح العلاقة وتأقلم الطفل مع المرض.

### الدراسة السابقة الثالثة:

"واقع تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي ومعوقاتها من وجهة نظر العاملين في المؤسسة الطبية"؛ أعد الدراسة الباحثان الدكتور حسني عوض (الإرشاد النفسي والتربوي)، والدكتور رائد نمر (دكتوراه في علم الاجتماع)، وهو بحث مقدم للنشر في مجلة العلوم الاجتماعية سنة 2010 بفلسطين.

اختار الباحثان عينة عشوائية مكونة من 200 عامل في المؤسسة الطبية بمحافظة قلقيلية وطولكرم، وقد اختيرت العينة عشوائياً بالطريقة الحصصية، واستخدما الباحثان أداة الاستبانة لقياس معيقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي حيث أصبحت الفكرة العلاجية الحديثة تنظر إلى المريض كوحدة متكاملة قوامها العوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية أي الربط بين العوامل الذاتية للمريض والبيئة المحيطة به.

ففي الاستمارة التي تتعلق عدد فقراتها (32 فقرة) كانت تتمحور الأسئلة حول معيقات المؤسسة الطبية والفريق الطبي، معيقات الأخصائي الاجتماعي وإعداداته، معيقات تتعلق بالمرضى وأسره، معيقات تتعلق بالبيئة المحلية، وقبل التطرق لإشكالية البحث نعرض على أهمية الدراسة بالنسبة للباحثان والتي تتمحور أساساً حسب فرضية البحث حول تقييم الواقع وتحديد المعوقات من خلال توفير قاعدة بيانات وإحصاءات ميدانية، كما تتمثل أهمية الدراسة في التركيز على الجوانب النفسية والاجتماعية التي يعاني من تداعياتها الشعب الفلسطيني المحتل ولما لذلك من آثار سلبية.

منهج الدراسة: في ضوء طبيعة الدراسة والبيانات المراد الحصول عليها تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يصف الظاهرة كما هي ويعبر عنها تعبيراً كمياً وكيفياً، وقد استعان الباحثان ببرنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) لجمع وتحليل البيانات.

مشكلة الدراسة؛ الإشكالية العامة الرئيسية هي: ما معوقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية؟ وتتفرع الإشكالية إلى أسئلة جزئية وفرعية تتمثل في:

1- ما أكثر معوقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية بميدان الدراسة؟

2- هل تختلف معوقات الخدمة الاجتماعية الطبية باختلاف الجنس؟

3- هل تختلف معوقات الخدمة الاجتماعية الطبية باختلاف المؤهل العلمي؟

4- هل تختلف معوقات الخدمة الاجتماعية الطبية باختلاف سنوات الخبرة؟

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة التي بين أيدينا إلى تأكيد الفرضيات التي بوجود المعوقات التي تعرقل تطبيق الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي ميدان الدراسة، ومن بين تلك المعوقات عدم اعتراف المسؤولين المستجوبين والأطباء والمرضى الذين شملتهم العينة بوجود الأخصائي الاجتماعي.

كما خلص الباحثان إلى وجود معوقات تتعلق بقلّة الاهتمام وضعف التركيز على دور الخدمة الاجتماعية والنفسية في المؤسسة الطبية، إضافة إلى الاتجاهات السالبة من طرف الأسرة والبيئة نحو الخدمة الاجتماعية الطبية والأخصائي الاجتماعي، كما أن غياب أقسام الخدمة الاجتماعية في المستشفى أكدت وجود المعوقات وتحقق الفرضية العامة.

نتائج الفرضية الأولى؛ المتعلقة بالجنس خلصت بوجود الإناث أكثر من الذكور ويعزوه الباحثان إلى الطبيعة الإنسانية والاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية من طرف الجنس اللطيف.

نتائج الفرضية الثانية: المتمثلة في أن المؤهل العلمي له دور في وجود المعوقات أو غيابها فكلما ارتفع المستوى الدراسي لمجتمع الدراسة ارتفع معه الوعي الصحي وبالتالي ارتباط المعوقات ومجال تطبيق الخدمة الاجتماعية بالمستوى العلمي.

نتائج الفرضية الثالثة: تتعلق بوجود فوارق جوهرية في الخبرة، أي كلما زادت الخبرة زاد الوعي الطبي والصحي والمسؤولية.

وقد قدم الباحثان مجموعة من التوصيات والاقتراحات تتمثل في الأخذ بأهمية الدراسة وإنشاء أقسام للخدمة الاجتماعية الطبية في المراكز والمؤسسات الصحية سن القوانين والتشريعات الخاصة بتفعيل دور الأخصائي الاجتماعي، وكذا عقد الندوات والورشات العلمية وتفعيل دور الوسائل الإعلامية في التوعية الصحية والخدمة الاجتماعية الطبية، كما أوصيا أيضا بتوعية الأطباء بأهمية الخدمة الاجتماعية الطبية وتكثيف الأبحاث والدراسات حول المعوقات التي تقف في وجه الخدمة الاجتماعية الطبية.

مناقشة وتقييم الدراسة: الدراسة السابقة استطاعت الوصول إلى نتائج علمية ونظرية وميدانية اعتمدنا عليها كركيزة وأرضية لدراسنا خاصة في جوانبها النظرية والميدانية أين تم الإحاطة بعناصر الخدمة الاجتماعية ومنهجها وفلسفتها وكذا توضيح الزوايا التي كانت غامضة بالنسبة لنا في الخدمة الاجتماعية الصحية من خلال النتائج المتوصل إليها.

### سابعاً-المقاربة المنهجية والنظرية للدراسة:

نركز من خلال هذه الدراسة على المتغيرين الأساسيين؛ الصحة والخدمة الاجتماعية، أو الخدمة الاجتماعية الصحية والصحة العمومية لمجتمع الدراسة بالمستشفى الميداني، وأهم الجوانب والإسقاطات النظرية التي تتقارب مع منهجية البحث هي فيما يتعلق بالجوانب الاجتماعية في الصحة؛ أي التنظير السوسولوجي والسيكولوجي (الاجتماعي والنفسي) كأحد أهم المداخل الفكرية والنظرية للدراسة، فالخدمة الاجتماعية ليست مجرد مهنة تقتصر على الأخصائي الاجتماعي، بل أصبحت علم له نظريات مفسرة تتقاطع معها الكثير من العلوم الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، وكذلك العلوم الطبية والصحية، والحديث عن الخدمات الصحية لا يستثني النسق الاجتماعي البنائي في المؤسسة ويمتد إلى النسق الأكبر (المجتمع) ويتأثر به، كما أن الصحة ليست هي الأخرى. بمعزل عن الخدمة الاجتماعية حيث تعتمد عليها على أساس أنها جزء منها وكلاهما يكمل الآخر .

لذلك فإن معظم النظريات التي تناولت الخدمة الاجتماعية الصحية، ركزت على الجانب السوسولوجي في رسم الخريطة الصحية وفي فهم البنية الاجتماعية والصحية للمجتمع وقبلها المؤسسة الصحية، على الرغم من قلة هذه النظريات وندرتهما سوى فيما يتعلق مثلاً بعلم الاجتماع الطبي الذي يؤكد على أن مشكلة الصحة تتعلق (باللزوميات الوظيفية للنسق الاجتماعي) ، وبالتالي فإن تدهور المستوى الصحي العام يعتبر خللاً وظيفياً واضحاً في النسق وذلك لأن الأمراض والخدمات الصحية غير الفاعلة تؤدي إلى عجز في القدرة على أداء الأدوار الوظيفية.<sup>1</sup>

وقد تطرق "بارسونز" إلى مفهوم دور المريض كمنط مثالي لتحديد الخصائص الاجتماعية للمرضى ومدى الاستجابة له.<sup>2</sup>

لذلك فإن مفهوم الدور يعد واحداً من المناهج القليلة التي تربط بكفاءة بين البناء الاجتماعي والعملية الاجتماعية والشخصية من جهة، وبين الخدمة الصحية والوظيفية من جهة أخرى.<sup>3</sup>

والمهم في الدراسات السوسولوجية والدراسة التي بين أيدينا سنتطرق إلى أهم المداخل الفكرية التي تناولت الخدمة الاجتماعية الصحية ومجموعة المفاهيم المتعلقة بالصحة والمرض من الناحية السوسولوجية والاجتماعية.

<sup>1</sup> علي مكاي: علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1990، ص392.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص472.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص473.

## 1-مدخل الخدمة الاجتماعية:

بناء على مدخل نظري مجرد عن الخدمة الاجتماعية بمعزل عن العلوم الأخرى من الصعب التحكم فيه، لذلك فإننا سنعتمد على العلوم الاجتماعية والنفسية في فهم الخدمة الاجتماعية وتأثيرها على النسق الصحي، ومن بين ما أثرى هذه الأفكار ما قدمه "الين بنكس" و "مينهان" سنة 1973 حول ضرورة استخدام المنهج التكاملي في الخدمة الاجتماعية، كما حدد أنساق وعناصر التعامل في الخدمة الاجتماعية إلى ثلاثة: نسق الفعل، ونسق العمل، ونسق الهدف<sup>1</sup>، هذا على الأساس المعرفي، أما على الأساس المهني فقد اعتمدت الخدمة الاجتماعية على نظرية الأنساق العامة من خلال ما صاغه "تالكوت باسونز" و "جوردن هيرن"، حيث اعتبرا العلمان النظرية أداة للبناء المعرفي تتلاءم مع طبيعة الخدمة الاجتماعية، وينظر "هارتمان" لهذه النظرية على أساس ترابطي كل كيان قائم بذاته يؤثر ويتأثر بالكيانات الأخرى.<sup>2</sup>

ومفاد هذه النظرية هو التأثيرات التي تحدث في الأجزاء كيف يمكنها التأثير في الكيان الكبير، وهي امتداد للوظيفية البنائية أي أن أي اختلال في الأدوار والوظائف بين الأجزاء يؤثر على النسق.

## 2-مدخل النسق الاجتماعي:

كل مؤسسة أو أفراد أو جماعات تشكل في تصورهما النهائي نسقا اجتماعيا والعناصر المشكلة لهذا البناء تسمى أجزاء، تؤدي أدوارا وظيفية هامة، حيث بإمكانها التأثير على الشكل النهائي (البناء) والتحكم في مساره، لذلك يشترط النسق الاجتماعي الأهداف والمواءمة لبقائه واستمراره. وعليه فإن هذه النظرية تستند على التآلف والتساند الوظيفي بين الأعضاء، تقوم على مجموعة من الفاعلين (عناصر النسق) كالطاقم الطبي مثلا في المؤسسة الصحية وتنوع أدواره وتأثيره على العميل (المريض)، ونمط التفاعل الموجود بين الأجزاء لتحقيق الهدف النهائي وهو إشباع الحاجات المشتركة أو التي لأجلها قام النسق. ومن بين أهم سمات النسق الاجتماعي أنه مفتوح الأطراف يتأثر بالأنساق الأخرى ولا سيما التي تتشارك معه في الحدود الثقافية والشخصية.<sup>3</sup>

## 3-نظرية الدور:

نظرية الدور من أهم النظريات المستخدمة في الخدمة الاجتماعية، وتقوم هذه النظرية المستمدة من البنائية الوظيفية على أن نجاح الوظائف وتوازن النسق في أداء وظائفه قائم على ما يقدمه من دور سواء بين الأفراد أو في المؤسسات ويحدث كذلك الصراع إذا حدث خلل أو عدم توافق في الأدوار.

<sup>1</sup> جمال شحاتة حبيب: الممارسة العامة منظور حديث في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2009، ص19.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص 25.

<sup>3</sup> محمد عبيد عياد الفهيد: تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية، الرياض، 2012، ص80.

## 4- النظريات الاجتماعية المفسرة للصحة والمرض:

علاقة علم الاجتماع بالطب والسوسيولوجيا الصحية وبالعلوم الطبية هو من أدى إلى ظهور هذه الاجتهادات في ميدان علم الاجتماع الطبي، و القول أن هناك نظريات اجتماعية لتفسير الصحة يبقى طموح لحدثة هذه الدراسات وقلة البحوث فيها من جهة، ولصعوبة البحث الاجتماعي في المجال الصحي وتشعب ارتباطاته ومجالاته التي تتعدى المؤسسات الصحية والمراكز التأهيلية إلى عوامل استراتيجية أخرى مؤثرة مثل البيئة الاجتماعية، والتركيبة الديمغرافية، والعوامل الأخرى الاجتماعية والثقافية التي تؤثر في الصحة والمرض وتسهم في إثراء النظريات الاجتماعية كما وضع ذلك "جون براوين" الذي عزى محاولة فهم السوسيولوجيا الصحية إلى الطبيعة الاجتماعية والسن والنوع، ومنه يقتبس علماء الاجتماع وعلماء الأوبئة في خط متكامل كيفية فهم واستحلاء الأصول الاجتماعية للمرض.<sup>1</sup>

إنه من الجدير بالذكر أن العلاقة بين الطب والمرض تحتاج إلى وسيط فاعل للتواصل الجيد وهذا الوسيط هو العلوم الاجتماعية وخدماتها لاختلاف في مستوى المعرفة بين الطبيب والمريض وتوسع الهوة بين المرضى والمؤسسات العلاجية، ذلك أن الأمراض لها أبعاد علمية وأبعاد أخرى اجتماعية ولا يمكن الفصل بينهما.<sup>2</sup>

وقد يكون الوسيط أيضا الأخصائي الاجتماعي والنفساني لفهم حالة المرض وخلفيات المريض لذلك كانت الأهمية بما كان دراسة الصحة والمرض كظواهر اجتماعية وثقافية، وتقديم خدمات صحية طيبة بالتوافق مع خدمات اجتماعية أمر لا مفر منه لتحقيق حاجات المريض الأساسية وتحقيق التنمية الصحية.

## 5- علم الاجتماع الطبي كمدخل نظري للدراسة :

من الميادين الخصبة في تفسير الصحة والمرض من منظور اجتماعي ونفسي وثقافي، وأحد أهم العلوم التي تجمع بين الصحة والمجتمع، والخدمة الاجتماعية والصحة، حيث يحاول من خلال المناهج والنظريات السوسيوطبية أو "السوسيو صحية" الجمع بين اجتماعيات واقتصاديات الصحة تارة، والتعمق ومحاولة وضع إطار نظري مستقل كعلم خاص له منهجيته تارة أخرى، لذلك يظهر للمطلع على مؤلفات علم الاجتماع الطبي الدور البارز في التوصيف السوسيولوجي للصحة والمرض، فمحور حديث هذا العلم ليس الصحة والمرض فقط بل يتعداه إلى السياق الاجتماعي والثقافي والمؤسسة الصحية كتنظيم اجتماعي، إضافة إلى الثقافة الصحية والخدمات الصحية غير الرسمية. ويرى " شتراوس " أن هناك ميدانين رئيسيين في علم الاجتماع الطبي

<sup>1</sup> يوسف سعدون: من سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة، مجلة البحوث والدراسات في العلوم الإنسانية، العدد 04، منشورات جامعة سكيكدة (20 أوت 1955)، الجزائر، 2009، ص61.

<sup>2</sup> سليمان بومدين: الثقافة والمرض، الصحة والمجتمع، نفس المجلد، ص55.

هما: ميدان علم اجتماع دراسة الطب، وميدان اجتماع ميدان الطب، والاختلاف بين الدراسة والميدان، فالأول يهتم بدراسة الطب كنظام ويرى في علم الاجتماع التخصص الوحيد الذي يتوافق ويتقاطع معه، والثاني يهتم بالظروف الاجتماعية للصحة والمرض غير أنه يشترك مع الأطباء وعلماء الاجتماع.<sup>1</sup>

كما أن أعضاء النسق الطبي لهم مرجعية يشتركون فيها في الخدمة الاجتماعية المقدمة للمريض حيث يتلاءم الطب مع علم الاجتماع، لأن المهنة إنسانية قبل أن تكون علاجية.<sup>2</sup>

وقد ظهرت ما يعرف بالاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، حسب الدكتور "عاطف محمد شحاتة" التي اقتبست من علم اجتماع التنظيم مناهجه وأدواته ونظرياته، وتأخذ من العلوم الطبية الموضوع والظواهر، وقد تمحض عن ذلك رؤية بنائية وظيفية تأثرا بالتنظيم؛ حيث اتجهت هذه الاتجاهات إلى دراسة الفعالية والمعوقات الوظيفية والنسق الفني، والاتجاه النفسي الاجتماعي.

وقد تحدث في هذا الإطار في دراسة قام بها "ألونت لندساي" عن التنظيم الطبي في إدارة وتنظيم المستشفى ودور السلطات الصحية المحلية وأطباء العائلة، وضرورة السياسة الصحية، واعتبرت هذه الدراسة أهم المنطلقات، والأطر الفكرية للصحة والطب من منظور الاجتماع في المؤسسة الاستشفائية.<sup>3</sup>

إضافة إلى دراسة "جارتلي جاكوا" التي تطرق إليها في كتابه من "سوسيولوجيا الوظائف الصحية داخل التنظيمات الطبية إلى سوسيولوجيا المستشفى، تنظيمات الصحة المجتمعية، التغيير الاجتماعي والرعاية الصحية، التعليم الطبي، الصحة العامة، علم النفس الاجتماعي، السياسة الصحية" كأحد أهم المدخل البحثية للدراسات والسوسيولوجية في الصحة العمومية.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> محمد الجوهرى وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة، ط1، عمان، الأردن، 2009، ص16.  
<sup>2</sup> قدرى الشيخ علي وآخرون: علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي، ط1، عمان، الأردن، 2014، ص62.  
<sup>3</sup> محمد الجوهرى وآخرون، المرجع السابق، ص28.  
<sup>4</sup> المرجع نفسه، ص34.

ثامنا-فرضيات الدراسة:

تعتبر الفرضية مجموعة الاحتمالات والإجابات المسبقة التي يصيغها الباحث انطلاقاً من الاشكالية المطروحة في حدود الدراسة والبحث العلمي من أجل الوصول إلى النتائج النهائية التي تعتبر عن صدق هذه الاحتمالات وصحتها من عدمه. والفرضيات ليست مجرد أحكام مسبقة في فراغ، بل هي بناء يحتاج إلى صياغة علمية دقيقة يتضمن العلاقة بين ظاهرتين أو متغيرين فأكثر؛ أي مادة علمية وبناء له وظيفة ويستحق البحث والاستقصاء، وليس مجرد تحصيل حاصل نخالي من التشويق والحماس العلمي والجهد الفكري التفاعلي. والفرضيات في العلوم الاجتماعية والإنسانية هي امتداد للإشكالية المطروحة تتفاعل مع المشكل المطروح بطريقة آلية توافقه في الطرح، أو تتصادم معه وتنافيه، كما أنها مجموع الافتراضات العامة والفرعية مستوحاة من موضوع البحث وطبيعة الدراسة تتناغم مع جميع عناصره وأدواته المنهجية، ووفق هذا المنطلق تمت صياغة مجموعة فرضيات البحث على النحو الآتي:

1-الفرضية العامة:

- الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة في مستشفى الأم والطفل غير كافية لتحقيق التنمية الصحية.

2-الفرضيات الفرعية:

- الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في مستشفى العمومي (الأم والطفل) غير كافية لإشباع الحاجات الوقائية النفسية والاجتماعية.
- الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في المستشفى العمومي (الأم والطفل) غير كافية لإشباع الحاجات العلاجية الطبية والمهنية.
- الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في المستشفى العمومي (الأم والطفل) غير كافية لإشباع الحاجات الثقافية والتوعوية.

وقد تم اعتماد نموذج لتحليل متغيرات الدراسة كالاتي:

المتغير المستقل = الخدمة الاجتماعية الصحية ⇔ والمتغير التابع : (التنمية الصحية)

النفسية والاجتماعية الصحة النفسية والاجتماعية

الطبية والمهنية ⇔ الصحة الجسمية

التوعوية والثقافية الثقافة الصحية

بالإضافة إلى المتغيرات الوسيطة (متغيرات دخيلة): السن، الخبرة، الجنس.

ومن خلال هذا المخطط يتضح أن برنامج الخدمة الاجتماعية الصحية كمتغير مستقل يؤثر إما بالإيجاب أو السلب على نتائج وطبيعة هذه الخدمات؛ فإذا كانت كافية (ناجحة) من خلال الأبعاد الثلاثة (الوقائية والعلاجية والثقافية) أدت إلى التنمية الصحية آليا، وحققت الصحة النفسية والاجتماعية والجسمية، وكذلك التنموية؛ من خلال الجودة والاستمرار.

وإذا كانت الخدمات الاجتماعية الصحية غير كافية (فاشلة) فهذا يعني غياب الأبعاد المطروحة مسبقا، وهو ما يتفق مع فرضيات الدراسة.

إضافة إلى المتغير الوسيط المتداخل المتمثل في الطاقم الطبي (أطباء ممرضين) الذين يمثلون عينة البحث ووجهة نظر المتغير التابع (الصحة العمومية) نكشف من خلالهم عن نتائج البحث المرتبطة بميدان الدراسة وكذلك تأثير المتغيرات المحفزة للبحث والمتمثلة في مجموعة الظروف التي أطلق عليها ظروف دخيلة، كالخبرة، والسن والجنس المرتبطة بنوعية النشاط أو الخدمة المقدمة بميدان الدراسة.

# الفصل الثاني

## الخدمة الاجتماعية

أولاً- الروافد التاريخية للخدمة الاجتماعية

ثانياً- طرق الخدمة الاجتماعية

ثالثاً- أركان الخدمة الاجتماعية

رابعاً- الأخصائي الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية وخصائصه المهنية

خامساً- مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية

سادساً- الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي

تمهيد:

الخدمة الاجتماعية أهم المهن المعاصرة التي تسعى إلى خدمة الفرد والمجتمعات وتطوير مهامهم ومهاراتهم، والتي تساعد في تحقيق أهداف المنظمات والمؤسسات السوسولوجية وكذلك المؤسسات التنظيمية الأخرى.

وتلعب الإدارة العامة دورا هاما في برنامج الخدمة الاجتماعية من خلال مؤسساتها المختلفة، سواء كانت مؤسسة خدمة الفرد، أو مؤسسات خدمة الجماعة أو تنظيم المجتمع التي تعمل مع المجتمع المحلي أو التنظيمات المجتمعية والذي يحتاج إلى وسائل وأدوات لوضوح الأولويات واتخاذ القرارات المناسبة وجميعها مستمد من العلم الإدارية والعلوم الأخرى كالاقتصادية والنفسية منها وكلجان وعمليات اتخاذ القرارات وغيرها<sup>1</sup>.

إن هذه المتغيرات مجتمعة تعتبر الحيز الرئيسي والأدوات الحقيقية التي لا يمكن الاستغناء عنها في عملية الخدمة الاجتماعية من طرف جميع الشركاء الاجتماعيين من داخل المؤسسة ومن خارجها، وهو ما أدى إلى التطرق لأهم هذه الجوانب بدء من التطور التاريخي والنشأة، إلى التعرّيج للمرشد أو المختص الاجتماعي داخل هذه العملية في هذا الفصل المتعلق بماهية الخدمة الاجتماعية وأهدافها وأهم الركائز والأسس التي يقوم عليها.

فالخدمة الاجتماعية الطبية أو الصحية المعاصرة كغيرها من مجالات الخدمة الاجتماعية ما هي في النهاية إلا صيغة علمية جديدة لجهود تلقائية لازمت الإنسانية منذ بدأ الخليقة، فالخدمة الاجتماعية امتداد لجهود أهل الخير والدين ممن نضروا لمساعدة الإنسان المريض على مر العصور، فحتمية المساعدة المقدمة للفرد أو المؤسسة لا يتوقف عند تلبية رغبات وإشباع الحاجة المؤقتة بل تتطلع للاستمرارية وضبط العلاقة مع الآخرين سواء البيئة أو الجماعة وذلك بتقديم خدمات ذات جودة وفعالية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> حسين عبد الحميد أحمد رشوان: الإدارة والمجتمع، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، 2006، ص 103.  
<sup>2</sup> السيد رمضان وآخرون: أسس الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص 27.

أولاً- الروافد التاريخية للخدمة الاجتماعية:

### 1- نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية:

كما سبق الإشارة إليه في البداية فإن الخدمة الاجتماعية تعد من أقدم المهن الإنسانية التي اعتمد عليها الإنسان في تلبية رغباته وإشباع حاجاته الاجتماعية والنفسية لكن ظهورها كعلم له منهج وأساليب تناولته الكثير من الدراسات والمؤلفات، لم يكن ليظهر إلا في بدايات القرن العشرين وتحديدًا بعد ظهور الثورة الصناعية، وحركة العمال التي جذبت اهتمام المفكرين والمؤلفين خاصة عندما بدأت تظهر بوادر الإنعتاق من الرأسمالية والمشاكل التي أحاطت بالحركات العمالية والصناعية والتي أثرت على الفكر الأمريكي آنذاك. لقد ظهرت الخدمة الاجتماعية في أوروبا في ظل أوضاع وظروف اجتماعية تتسم بالتناقض، حيث كانت تدعو الأديان إلى عطف الإنسان على أخيه الإنسان، وأظهرت خلالها الثورة الصناعية مدى ظلم أصحاب رجال الأعمال للطبقات الكادحة<sup>1</sup>، هذا ما دفع إلى مزيد الاهتمام الإنساني بالخدمة الاجتماعية والتي تهتم بإصلاح كافة الميادين الاقتصادية والاجتماعية والصحية وغيرها من المجالات التنموية الشاملة.

وعليه فالخدمة الاجتماعية أصبحت تمارس في كافة المؤسسات الاجتماعية سواء كانت بصورة أولية أو ثانوية مثل مؤسسات رعاية الأسرة والطفولة ومؤسسات الإبداع ومكاتب التأهيل والضمان الاجتماعي، كما تمثل جانبًا هامًا في المؤسسات التعليمية والصحية والمصحات والسجون والمؤسسات الصناعية والوحدات الاجتماعية الريفية والتنظيمات السياسية والثقافية بل والهيئات العسكرية كمؤسسات ثانوية لتسهم في تحقيق أهدافها وتدعيمًا للجانب الإنساني فيها<sup>2</sup>.

وفي هذا الإطار ظهرت العديد من الاتجاهات للعيان أهمها مع مطلع 1960 والتي جاءت مؤيدة ومدعمة لعملية التكامل ولعل من أبرز تلك الاتجاهات محاولة "بنكس وميناهان Pincus & Winahan" 1973 المؤكدة على ربط معارف الخدمة الاجتماعية بممارستها ومن المحاولات الداعية إلى إيجاد مداخل تكاملية في الخدمة الاجتماعية<sup>3</sup>:

- المدخل البنائي الوظيفي: يركز على إحداث تغيرات في البيئة لتتلاءم مع احتياجات أفراد المجتمع.
- المدخل الأحادي: يعتمد على التفاعل بين الممارسين المهنيين والعملاء المستفيدين سواء كانوا أفرادًا أو جماعات أو مجتمعات.

<sup>1</sup> محمد سيد فهمي: الخدمة الاجتماعية، دار الوفاء، ط1، الإسكندرية، مصر، 2007، ص16.

<sup>2</sup> سلوى عثمان الصديقي: خدمة الفرد في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003، ص18.

<sup>3</sup> عبد العزيز عبد الله البريشن: مقالات في الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الفكر، الأردن، 2010، ص108.

- المدخل التنسيقي: وينادي هذا المدخل باستخدام نظرية النسق في الممارسة المهنية وهذه النظرية تقوم على مراعاة الفروق الفردية وتقدير اختلافات النمو وتباينها ثم تحقيق الأهداف عن طريق العلاقات.
  - المدخل التفاعلي: يقوم على الاتجاه التفاعلي بين الناس وبيئتهم الاجتماعية.
  - المدخل العام: يرى أن معظم المشكلات المجتمعية تنسق في تغيراتها مع نظرية النسق العام.
- إن الرعاية لمختلف شرائح المجتمع جماعات وفرادى ظهرت منذ بواكير الحياة البشرية، أي أنها ولدت مع الإنسان (رحمة به) ومثلت هذه التراكمات بعد حقب زمنية عديدة أرضية صلبة لظهور الخدمات الاجتماعية بمفهومها المعاصر ولتوضيح هذه الفكرة سنتطرق لأهم العوامل والاتجاهات القديمة التي مهدت لظهور الخدمة الاجتماعية الحديثة.
- من بين الحضارات التي بدأت تلوح بوادرها حول الرعاية الاجتماعية في مختلف الحقب التاريخية والتي نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر الحضارة الإغريقية والرومانية وكذلك الديانات السماوية كاليهودية والمسيحية وأخيراً الإسلامية ومن ذلك مثلاً ظهور عيد الإغريق حيث " إن السمات التي ميزت البنية الاجتماعية للإغريق والرومان انتشار نظام الرق الذي قام على استغلال الإنسان كسلعة مما دفع بالفيلسوفين الشهيرين أفلاطون وأرسطو للرفق بالعبيد والرحمة بهم"<sup>1</sup>.
- أما في الديانة اليهودية فقد نصت الكثير من النصوص التي لا يتسع المقام لذكرها حول رعاية الأيتام والأرامل<sup>2</sup>. إضافة إلى الرسالة السماوية الخاتمة التي تمحورت حول الإسلام والذي سنأتي على ذكر فضله واهتمامه بحاجات الإنسان فيما تبقى من فصول:
- بعد أن تعرفنا فيما سبق عن الجانب التمهيدي لعملية الخدمة الاجتماعية من حيث النشأة والتطور وما صاحب ذلك من تأثير على الخدمة الاجتماعية كأسلوب وإرهاصات مكنت لتكوين فكرة عملية عن موضوعاتها واهتماماتها، فإننا في هذا الجزء سنتطرق إلى أهم مقومات ومبادئ الخدمة الاجتماعية التي هي بمثابة دعائم وركائز تستند إليها من أجل الفعالية والاستمرارية، مع العلم أن الخدمة الاجتماعية تركز على مجموعة من الأسس والركائز والأركان والتي سنتطرق إليها بالتفصيل فيما يلي:

<sup>1</sup> خليل درويش، وائل مسعود: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة، مصر، 2009، ص19.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص20.

## 2- الأهداف والأطر المرجعية للخدمة الاجتماعية:

لاشك أن الخدمة الاجتماعية لها عدة أهداف ضرورية ومهمة للدارس والمختص الاجتماعي، وفي مقدمة هذه الأهداف تحقيق النمو والتطور النفسي والاجتماعي وكذلك إشباع الرغبات والمتطلبات في جميع المجالات من أجل حدوث التنمية المطلوبة وضمان سلامة واستمرار المجتمعات صحيا وثقافيا واجتماعيا. وبناء على ما سبق يمكن أن تقسم الأهداف إلى ثلاث أقسام رئيسية:

أ- **أهداف وقائية:** فكما يقال أو الوقاية خير من العلاج، فإن الخدمة الاجتماعية لا تنتظر حدوث المشكل في أحد مجالاتها ونركز هنا في دراستنا على الجوانب الصحية، أي أنها تبادر في الوقاية واستشراف الأزمات من خلال الاعتماد على البحوث والاتصال بالعميل والتنسيق مع كل من يفيد ويستفاد منه خاصة الإطارات والمكونين في هذا الجانب، وعموما يمكن اختصار هذه الأهداف الوقائية فيما تطرق إليه الدكتور عصام توفيق قمر بـ:

- المساهمة في وضع سياسية اجتماعية وخطط مستقبلية لتجنب تطور الحالة المرضية.
- مساعدة الأفراد والجماعات على بلوغ أقصى درجة ممكنة من الرفاهية الاجتماعية والعقلية والنفسية.
- التنسيق مع كامل المؤسسات لربح الوقت والمال والجهد.
- تحديد المناطق المحتملة لعدم التوازن بين الأفراد والبيئة الاجتماعية حتى يمكن الوقاية مما يمكن عدم الوقاية منه<sup>1</sup>.

ب- **أهداف إنمائية:** تعتبر عملية التنمية من أهم الأهداف التي تعول عليها كثير من المجتمعات والخطط إذ أن الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة في تحقيق هدف هو أحد أهم ما تسعى إليه البشرية في العصر الحديث وتسعى إليه الخدمة الاجتماعية التي هي في حالة دائمة وحاجة مستمرة للنمو الاقتصادي والاستثمار في الرأسمال البشري، لذلك فإن من أهم أهداف الخدمة الاجتماعية الإنمائية ما سنورده في بعض النقاط الرئيسية الآتية:

- تسعى الخدمة الاجتماعية كغيرها إلى تحقيق النمو على جميع الأصعدة المالية والاقتصادية والثقافية التي تساعد على عملية استمرارها وتقدمها نحو الأفضل.
- توفير المناخ البيئي والاجتماعي للجهات المستهدفة من أجل الديناميكية والسلامة الصحية التي تنشدها الدول والمجتمعات الحالية.
- رفع نسبة الوعي حول هذه العملية من خلال التأثير المستمر والفاعل في حركة القنوات المتواصلة بينها وبين الجمهور والعمل كحلقة وصل في نشاطها المهاري.

<sup>1</sup> عصام توفيق قمر وسمير فتحي مبروك: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، دار الفكر، ط2، عمان، الأردن، 2012، ص71.

- تقديم الخدمات اللازمة للمؤسسات الناشطة في مقدمتها المستشفى والسجون والمدارس ومختلف الهياكل التي يقوم عليها البناء الصحي للدول.
- الاستثمار في قدرات الأفراد الجسمية والعقلية والنفسية والعمل على تطويرها وخلق مناخ التنافس والتفاؤل، أي التنمية الصحية للأفراد والمجتمعات داخل المؤسسات، وكذلك العمل على الراحة التي يتطلبها الفرد لحمايته من المخاطر.
- للخدمة الاجتماعية دور محوري في التنشئة الاجتماعية في مؤسسات البلد كالمدرسة والأسرة والإعلام ورفع نسبة الوعي والثقافة الصحية للأفراد، وتفاعل أنماطها السلوكية لجعل كل فرد يحمل مشروع الخدمة الاجتماعية.
- وعموما فإن الأهداف الإنمائية للخدمة الاجتماعية كثيرة ولا يمكن حصرها في نقاط خاصة إذا علمنا بتعدد مجالات اختصاصها، وتطور عمليات وأساليب استخدامها في مختلف القطاعات والمؤسسات العاملة لها ولذلك سنتطرق إلى ما تبقى في الأهداف العلاجية.
- ج- أهداف علاجية:** يأتي الهدف العلاجي في الأخير وذلك بعد استنفاد الأساليب السابقة والأهداف السالفة الذكر، وقد تكون الأهداف العلاجية بمثابة تنويع لعملية التشخيص والمتابعة للوصول إلى الشفاء والعلاج التام من أية مظاهر وتمثل الأهداف العلاجية في<sup>1</sup>:
- خلق حلول حقيقية ودائمة وتوليد أفكار تساعد الأفراد الأصحاء و المرضى على تفادي وعدم الوقوع في الأخطاء بإحداث توازن بين البيئة الاجتماعية والأفراد (أي بين الإمكانيات والمتطلبات).
- مساعدة الناس الحصول على الموارد المتاحة وتوجيههم للاستفادة منها في المؤسسات التي تقدم لهم الخدمات التي يحتاجونها كمؤسسات الرعاية الصحية ومؤسسات الاستشارات الأسرية إلى جانب مساعدتهم في التغلب على المخاوف.
- تسهيل التفاعلات بين الفرد والآخرين وبيئاتهم الاجتماعية ولتحقيق ذلك يعمل الأخصائيون الاجتماعيون على زيادة الاتصال بين أفراد الأسرة وتنسيق الجهود ومساعدة الجماعات.
- التأثير في التفاعلات بين المؤسسات الاجتماعية من خلال قيام الممارسين بأنشطة تنسيقية ووسيطية لحل المشاكل والصراعات بين المؤسسات وتسهيل الوعي المتبادل بالتغيرات السياسية والإجراءات التي تؤثر في العلاقات المستمرة بين تلك المؤسسات.

<sup>1</sup> عصام توفيق، مرجع سابق، ص73.

- التأثير في السياسة الاجتماعية إذ أن من أهداف الخدمة الاجتماعية النهوض بالسياسات والتشريعات التي ترفع من مستوى البيئة الاجتماعية والمساهمة في حل مشاكل الأفراد والأسر والمؤسسات بل السعي إلى معرفة واكتشاف الأسباب المجتمعية للمشاكل والعمل الدؤوب والمستمر على التواصل بتبادل الخبرة بين المهتمين والفاعلين في حقل الخدمة الاجتماعية.

الأهداف العلاجية تتمثل في مساعدة الأفراد والجماعات للتعرف على مشاكلهم الناجمة عن عدم التوازن بينهم وبين بيئاتهم التي يعيشون فيها والعمل على حلها أو تخفيفها إلى أدنى حد ممكن، بمعنى مساعدة الأفراد والجماعات على استعادة قدراتهم على الأداء الاجتماعي مع أنفسهم ومع الآخرين، باختصار فإن الخدمة الاجتماعية تتمثل في مساعدة العملاء المشتكين (مرضى، أحداث،...) على حل وعلاج مشكلاتهم<sup>1</sup>.

ولذلك فالهدف الوقائي غير مرتبط بالجانب الصحي والطبي فقط بل قد يتعداه إلى الجانب النفسي والاجتماعي للمريض، وهو الدور المرتبط أساساً بالأخصائي الاجتماعي معتمداً على التنسيق مع غيره، سواء كان داخل المؤسسة أو خارجها، فالخدمة العلاجية هي عملية فنية واجتماعية متكاملة وليست مجرد حلقة منفصلة عن غيرها من الخطوات والعمليات بحيث تتشارك الخدمة العلاجية مع كثير من المنظمات والقطاعات، إذ أن الأخصائي ومن خلال الدور الذي يقوم به لا يمكن أن يعمل في محيط مغلق أو وحدة محاطة بالسياج والجدران دون التفاعل مع غيره من المتغيرات والمؤثرات التي سبق الإشارة إليها.

فالهدف العلاجي يعتمد على العلوم المختلفة التي تساعده في نشاطه كعلم النفس وعلم الاجتماع والقانون والسياسة والأنثروبولوجيا من أجل الوصول إلى نتائج متكاملة تشبع الحاجات لدى المرضى أو العملاء الذين يكونون تحت الرعاية فالهدف العلاجي ليس هدفاً مبدئياً بل هدف تكاملي تراكمي يأتي بعد محاولة الوقاية.

إن الحديث عن الأهداف بمختلف أنماطها وأساليبها لا يعني سوى النتيجة الحتمية والعمل التخطيطي المدروس والمحصلة النهائية التي تتوج بها السياسات الإنمائية والوقائية وكذا العلاجية، فالوصول إلى تحقيق هدف يعني عملية تتطلب الكثير من العمل، والاعتماد على مجموعة من الركائز والأسس وهو ما سنوضحه فيما تبقى.

**د-أهداف طبية ( صحية):** يحدد طلعت مصطفى السروجي الأهداف الرئيسية للخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي بسبعة أهداف نذكرها كالآتي:

- مساعدة المريض على مواجهة المرض والصدمات المرتبطة بالأزمات النفسية والاجتماعية.

<sup>1</sup>مدحت محمد أبو الشعري، الخدمة الاجتماعية الوقائية، مجموعة النيل العربية، ط1، القاهرة، مصر، 2008.

- تسهيل أنماط توافق المريض للوصول إلى الشفاء بمساعدته في سرعة الإجراءات وتسهيلها في وقت أسرع وبأفضل درجة من العلاج وفي أقل فترة زمنية ممكنة.
- مساعدة المؤسسة الطبية على تحقيق وظيفتها وهي تحقيق استفادة المريض من العلاج إلى أقصى حد ممكن بتهيئة الظروف والخدمات الطبية من اجل لتحقيق الأهداف المرجوة.
- نشر الوعي الصحي والتثقيف الصحي عن الوقاية من المرض، وإجراء البحوث المختلفة واعتماد البرامج والخدمات العلاجية والوقائية خاصة المرتبطة منها بالجانب الاجتماعي والثقافي.
- تسهيل عمليات دخول واستقبال المريض بالمؤسسات الطبية وتوفير جميع الظروف المناسبة للمغادرة والعودة إلى بيئاتهم الأصلية بعد الشفاء.
- ربط المستشفى بالمجتمع الخارجي ومؤسساته وذلك للاستفادة من إمكانياته واستكمال خطة العلاج بالنسبة للمريض سواء اجتماعية أو طبية ودعم الرابطة الاجتماعية بين المؤسسة الطبية والمواطنين عن طريق مشروعات مثل: التبرع بالدم، أو التبرع بالدواء.

### 3- الأسباب والعوامل المصاحبة لظهور الخدمة الاجتماعية الصحية:

- نظام سيدة الإحسان الذي ظهر في أوائل القرن 19 و20م، حيث تم تعيين سيدة الإحسان في المستشفى الملكي بلندن 1880 لتقوم هذه السيدة بعمل البحث الاجتماعي لحالات المرض وتحديد الحالات التي لا تتمكن من دفع المصاريف.
- في عام 1930م تعمم دخول الأخصائيين الاجتماعيين إلى المصحات والمستشفيات الميدانية المجانية وغير الحكومية في إنجلترا.
- في الخمسينيات تم إنشاء الجمعيات الكلية الطبية الإنجليزية وحددت خلالها وظائف الأخصائي الاجتماعي والمتمثلة أساسا في مساعدة المريض وتقديم الخدمات في جميع النواحي النفسية والصحية والاقتصادية ورفع الروح المعنوية<sup>1</sup>، كما يمكن تصنيف هذه الأسباب والعوامل إلى اجتماعية واقتصادية وسياسية وثقافية وحتى نفسية.

<sup>1</sup> عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب: ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة، 2006، ص42.

### أ-العوامل الاجتماعية:

ساهمت التغيرات الاجتماعية وحركة التاريخ المتواصل غير القابل للثبات، وكذا تطور المجتمعات من تقليدية إلى مجتمعات معاصرة، وبسيطة إلى مركبة، وأجبرت الحداثة والعولمة بعض الأسر أن لم نقل الكثير منها إلى تغيير نمط حياتها وثقافة سلوكها نحو الحياة الصحية لأفرادها، وإعادة التفكير في ثقافة الصحة ومستويات التغذية ومعدل الحياة الكريمة ورفيها، ما أدى إلى تزايد الاهتمام بالمجالات الاجتماعية الصحية، وتطور الدراسات حول أهمية الصحة في حياة الأفراد والمجتمعات، ولعل زيادة المستشفيات ومؤسسات الصحة على كافة الأصعدة والتخصصات مؤشر على التحول السريع والملفت في علاقة المجتمع بالجوانب الطبية، إضافة إلى المكانة الرمزية التي يحملها هذا القطاع ومؤسساته وعلى رأسه الطبيب، ومع تخلف المجتمعات العربية عن ركب الحضارة خاصة في العلوم الاجتماعية والنفسية، ناهيك عن العلوم التجريبية والطبية (الطب العضوي) ، وقلة الاهتمام أصبحت هذه المجالات تحتل الصدارة وعلى رأس الاهتمام في الدول المتقدمة خاصة على مستوى الخدمات الصحية والنفسية والسلامة العقلية للمجتمعات وأفرادها لان قلة الأمراض أصبح مؤشرا على رسوخ هذه القيم واعتبارها حتمية اجتماعية وعليه فالجانب الاجتماعي له الفضل الكبير والدور الرئيسي لدفع البحوث والدراسات إلى التوجه نحو الخدمات الاجتماعية المتعلقة بالصحة والمرض.

### ب-العوامل السياسية:

لفت التطور الهائل التكنولوجي والثورة المعلوماتية في القرن العشرين انتباه السياسيين وصانعي القرار إلى أثر هذا التقدم العلمي في جميع مناحي الحياة، وسعوا إلى توظيف الاختراعات في المجال الصحي والطبي من خلال تخصيص ميزانيات معتبرة لهذا الغرض، وكذا التواصل مع المؤسسات الصحية وجعلها تحت رقابة الدولة ومتابعتها، كما أن انتشار الأمراض والأوبئة والكوارث الصحية ساهم بدرجة كبيرة في إنشاء منظمة الصحة العالمية والمنظمات الإغاثية لتقديم المساعدات في الحروب والنكبات وأكثر من ذلك جعلت الكثير من الدول بما فيها الدول العربية ووزارات بكاملها مخصصة للخدمات الصحية والطب العام، وهي من أولى أولوياتها حتى أن دول

مثل الجزائر مثلا لازالت تحافظ على نفس الخط التاريخي منذ الاستقلال من خلال جعل هذه الخدمة مجانية في مؤسسات استشفائية عديدة، ولعل هذا التطور في المجال الصحي أثر أيضا على عناصر أخرى في مقدمتها الأخصائي الاجتماعي والنفسي والمرشد الاجتماعي، حيث نال الاهتمام داخل هذا النسق الاجتماعي، وأكدت عدة جامعات ومؤتمرات على ضرورة المهنة والتخصص فيها، فأحدثت فروعاً وشعباً جديدة تدرس في المدارس والمعاهد والجامعات ليستفيد منها المجتمع. إذن فالسياسة أحد العوامل الرئيسية في إحداث هذا التحول نحو الخدمة الاجتماعية الطبية والسعي إلى إشباع حاجات المجتمع وإحداث التوافق النفسي والصحي والاجتماعي الذي يضمن استقرار ونجاح سياسات الدول واستشرافها للمشاكل من خلال اعتماد الوقاية، وتكوين الإطارات والكفاءات ذوي الشهادات العليا في هذا المجال خدمة للبحث العلمي الهادف إلى تطوير المجتمعات وتطوير منظوماته الصحية والخدماتية.

### ج- العوامل الاقتصادية والنفسية:

زيادة معدلات الرخاء الاقتصادي والنمو القومي للدخل الوطني لها باع كبير في تطوير الخدمة الاجتماعية الطبية والاهتمام بالمنظومة الصحية، فمؤشر التقدم الاقتصادي في الدول المتقدمة يقاس بمدى استخدام مجتمعاتها للأجهزة الطبية المتطورة داخل المستشفيات ومدى تطور سلم التغذية وصحة أفرادها على جميع الجوانب النفسية والجسدية. وزيادة دخل الأفراد وحاجته، أدى إلى الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والصحية التي كانت خلال قرون مضت من الكماليات، وتعتمد على أساليب بدائية وتقليدية في العلاج والوقاية، ثم أن ظهور ما يسمى بالمستشفيات الخاصة كان لنفس السبب هذا من الناحية الاقتصادية.

أما من الناحية النفسية فلا شك أن الاهتمام بالجانب الخفي في الإنسان كان منذ قديم الزمن، أي قبل دراسات "سيغموند فرويد" و "بيهناهيم" في الدراسات النفسية والتحليل السيكولوجي لاكتشاف خبايا الإنسان وأهم الأمراض التي كانت تهدد كيانه، إلى أن وصلت إلينا اليوم باسم "الأمراض الاجتماعية" والذي وضع الخدمات الاجتماعية على الخط، وجعل

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الخدمة الاجتماعية

الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي أمام تحديات جديدة لحالات المرض الاجتماعي والنفسي.

لاشك أننا سنتطرق إلى هذا الجانب في الفصل الثالث وأهمية الجوانب النفسية في عملية الصحة ودورها في التنمية الاجتماعية والتنمية في المجالات الأخرى.

وأخيرا تبقى لنا أن نشير إلى أن هذه العوامل ليست هي وحدها المساهمة في زيادة الاهتمام بالخدمة الاجتماعية الصحية، وإنما هناك الكثير منها لا يتسع المقام لذكرها، وسنشير إلى بعض منها فيما تبقى من هذه الدراسة، إضافة إلى أننا نؤكد مرة أخرى على أهمية التكامل بين هذه العوامل، فكما أنها ساهمت في ظهور هذا الميدان، لاشك أنها تستطيع المساهمة في تطويره وترقيته إذا تبنت الدولة مشروعا موحدا لا يستثني أي من هذه الأسباب والعوامل.

### ثانياً- طرق الخدمة الاجتماعية:

تتعدد المجالات التي تنشط فيها الخدمة الاجتماعية وتتنوع بسبب الحالات والطرق التي تمارسها، وإن هذا التنوع والتعدد لا يعني التنافر أو التمييز، بل بالعكس التكامل الحاصل في الطرق المقدمة من قبل الخدمة الاجتماعية للفرد أو الجماعة أو المؤسسة أو خدمة المجتمع بأكمله، فالفرد في الجماعة غيره في المؤسسة أو في محيط آخر ولذلك يعمل الأخصائي الاجتماعي على الإحاطة بجميع جوانب الإنسان النفسية والاجتماعية وحتى البيئية لأجل التوصل إلى أقصى درجة تواصل وتمازج، وتقديم خدمات تحقق الرضا والفعالية.

وكما سبق الإشارة إليه فإننا سنتطرق إلى أربع طرق رئيسية للخدمة الاجتماعية في الإدارة وكذلك طريقة تنظيم المجتمع.

#### 1- الإدارة والتنظيم في الخدمة الاجتماعية:

في الفترة من أزمة عام 1930 إلى ما قبل الحرب العالمية الثانية كانت الخدمة الاجتماعية قد أُرست قواعدها كمهنة وأصبحت لها طرق تستخدم الأسلوب العلمي في التعامل مع الأفراد والجماعات، وأخذ الأخصائيون الاجتماعيون يركزون على تضافر الجهود الحكومية والأهلية لمواجهة وإشباع احتياجات الجماهير خلال فترة الكساد التي تعرضت لها البلاد، وقد نتج عن ذلك تدخل الحكومة لتشجيع برامج الرعاية الاجتماعية وتدعيمها ساعد ذلك على اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين بالسياسة الاجتماعية والتخطيط الاجتماعي المبني على نتائج البحوث العلمية وقد دفع ذلك الاهتمام بالإدارة وتمثيل دورها في تقديم الخدمات لإشباع حاجات المواطنين في أقصر وقت وأقل تكلفة<sup>1</sup>، وتعتمد الإدارة عموماً على ثلاث أسس ودعائم لأجل نجاح عملية التسيير والاستخدام الأمثل للوسائل والإمكانيات المتاحة لأجل تحقيق الأهداف المطلوبة وهي:

أ- وضع السياسة أو التخطيط:

تحدد الخطة أو الدراسة منذ البداية وذلك من خلال اختيار أفضل الوسائل والطرق الناجعة وآليات التفكير الهادف حتى الوصول بالمؤسسة المراد العمل بها إلى بر الأمان، والسياسات الإدارية مجموعة من الخيارات والخطة التي ترسم الطريق للخدمة الاجتماعية منذ البداية وتستمر معها حتى تحقيق الهدف ويقوم التخطيط على أسس علمية وقوانين تعتمد على الدراسات والبحوث والمختصين.

#### ب- التنفيذ:

بعد عملية الدراسة والتخطيط الذي تقوم عليه الخدمة الاجتماعية تأتي عملية التنفيذ لهذه المادة الخام من خلال الأخذ بجميع الوسائل النافعة المتوفرة، والإمكانيات الموضوعية تحت تصرف المنفذ، وتسعى بدورها (الخطة) إلى تحقيق التفاعل والانسجام لمختلف مكونات الإدارة انطلاقاً من العاملين والهيكل إلى الجهة الموجهة

<sup>1</sup> عبد الفتاح وآخرون: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2003، ص 195.

إليها الخدمة فإذا أخذنا المؤسسة الصحية مثلا، والتي سنتطرق إليها في دراستنا هذه، فإن تنفيذ أي خطة لا يتم إلا بالتطرق إلى نوعية الأطباء وطريقة تسيير العتاد الطبي وكذا الوسائل والأقسام والأجنحة، وعليه نجد الإدارة تعلب دورا رئيسا وليس هامشيا في الخدمة الصحية المقدمة للمريض باعتبارها حلقة وصل بينها وبين العميل.

### ج-التقويم:

لا شك أن أي عمل أو مؤسسة من خلال ما تقدمه قد تقع في بعض المحاذير والأخطاء، ولذلك فعملية التقويم والتقييم المستمر وإعادة النظر فيما تم تقديمه خطوة هامة وضرورية في الإدارة.

### 2-طريقة خدمة الفرد في الخدمة الاجتماعية:

خدمة الفرد هي الطريقة الأولى لطرق الخدمة الاجتماعية، فقد ظهرت في فجر نشأتها أوائل القرن العشرين لترتبط بتاريخها قبل ظهور خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع، ولازمت خدمة الفرد التطورات التي حدثت في مختلف العلوم الاجتماعية والنفسية على مدى سبعين عام الأخيرة بوصفها المنابع الأساسية التي تزود خدمة الفرد بنظرياتها وأسسها المهنية، كما كانت للتجارب العديدة والخيارات المتباينة التي صاحبت خدمة الفرد في تاريخها الطويل أثرها في إثراء مادتها العملية وتعدد نظرياتها واتجاهاتها<sup>1</sup>.

وعموما فإن طريقة خدمة الفرد تسعى إلى تحقيق هدف عام يتمثل في إيجاد حلول للمشكلات التي تواجه الأفراد سواء اقتصادية أو اجتماعية أو الجماعية من خلال تنمية قدراتهم كي يتحكموا من أداء مسؤولياتهم من ثم يتحقق لهم أكبر قدر من السعادة والرضا وذلك من خلال:  
أ-تعديل سلوك الفرد واتجاهاته بتدعيم مناطق القوة في شخصياتهم وتزويدهم بالقدرات (تنمية القدرات البشرية).

ب- يكون التعديل شاملا أو جزئيا وفقا لموارد وإمكانيات المؤسسة.

ج-تعديل الظروف البيئية المحيطة بالعمل خاصة إذا تعذر على إجراء تعديل في شخصية العميل.

د-تجنب المزيد من التدهور للعمل بسبب المشكلة وإمكانيات المؤسسة.

وهناك اتجاه آخر يرى بأن خدمة الفرد تقوم على ثلاث مستويات وهي كالاتي:

**المستوى الأول:** هو المستوى الأمثل في طريقة خدمة الفرد ويشمل تعديل كل من شخصية العميل وظروفه البيئية بتحقيق الكفاية الذاتية والاجتماعية للفرد كي يواجه المشكلة بالإضافة للاستثمار في طاقات العميل وقدراته.

**المستوى الثاني:** تعديل سمات شخصية العميل وظروفه البيئية وهذا المستوى يعمل على التخفيف من حدة المشكلة وليس علاجها علاجا جذريا.

<sup>1</sup> عبد الفتاح وآخرون: المرجع اسابق ، ص152.

المستوى الثالث: يشمل العلاج أي تعديل كلي أو نسبي في شخصية العميل وذلك بمساعدته على التخلص من أفكاره السلبية واستثمار طاقاته وقدراته حتى يستطيع أداء أدواره في المجتمع، ويتم هذا عند إيجاد صعوبة في تعديل البيئة<sup>1</sup>، هذا المستوى بمثابة الناتج النهائي للعملية.

### 3- طريقة خدمة الجماعة في الخدمة الاجتماعية:

بعدما تم التطرق إلى طريقة خدمة الجماعة على مستوى الإدارة والأفراد بقي لنا أن نشير إلى طريقة الخدمة الاجتماعية على مستوى الجماعة في ما سيأتي التطرق إليه داخل المؤسسة أو خارجها. وقبل التطرق إلى كيفية العمل مع الجماعات وأدوات التواصل بين الأفراد، يمكن لنا التأكيد على أهمية الجماعة في حياة الأفراد، باعتبارها جزء لا يتجزأ من حياته، وتفاعله الدائم مع غيره يجعله الكائن الاجتماعي الأول داخل المنظمة وخارجها، حيث يشارك في وضع القرارات وينمي قدراته الإنتاجية و الخدماتية، كما يساهم في عملية التغيير الاجتماعي والثقافي للبيئة في إطار استمرارية التفاعل الذي يسعى لتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته. كما يلعب الأخصائي الاجتماعي دورا بارزا في هذه العملية حيث يسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف والنقاط للعمل مع الجماعات:

#### أ- تمكين الفرد من تنمية شخصيته الاجتماعية<sup>1</sup>:

تسعى طريقة العمل مع الجماعة إلى دمج الأفراد وتحقيق التفاعل الاجتماعي والهادف، وذلك من خلال الاستخدام الأمثل لأدوات الاتصال الرسمي وغير الرسمي بين الجماعة، وكلما قلت الصراعات داخل الجماعة ساد التوافق والتفاهم الذي يضمن تماسك وتبادل القدرات والمواهب والتعاون في مواجهة المشاكل.

#### ب- تنمية القدرة على ممارسة الحياة الديمقراطية:

تعمل هذه الطريقة على تثبيت وبناء قيم ديمقراطية داخل الجماعة تحترم الآخر والاختلافات المبدئية في الثقافة والرأي المخالف والديناميكية الديمقراطية هي أسلوب حياة يضمن الحقوق ويحدد الواجبات وهو ما لا يمكن حدوثه وتطبيقه إلا وسط الجماعة بالحوار والنقاش والمشاركة.

#### ج- تنمية القدرة على التفكير الواقعي:

وذلك الذي يقوم على أساس العلم والمعرفة والتخطيط المنهجي لدور الأخصائي الاجتماعي والجماعة، ونبذ كل التخمينات العشوائية، إن طريقة التفكير الواقعي يؤكد أهمية العقل والمنطق وهو استمرارية لما سبق ذكره أي للتنمية الديمقراطية والحرية الشخصية، دون تجاوز الحدود والقوانين التي تنظم الجماعة داخل المؤسسة.

<sup>1</sup> سماح سالم سالم: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، دار الثقافة للنشر، ط1، عمان، الأردن، 2012، ص 124.

### 4- طرق الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع:

لاشك أن للمجتمع دور هام كأداة فاعلة في التغيير الاجتماعي على كل المستويات الاقتصادية والثقافية والسياسية وغيرها من المجالات، حيث تمارس البيئة الاجتماعية دورا لا يمكن إغفاله في حل المشكلات وتوفرها على الباحثين في مقدمتهم الأخصائي الاجتماعي والسوسيولوجيين العمل على تشخيصها والبحث في البدائل المتاحة لأجل الوصول إلى نتائج مرضية ومریجة تضبط الممارسات وتؤسس المؤسسات لأحداث التنمية المطلوبة والاستقرار الاجتماعي في ظل التغيرات، لذلك فالخدمة الاجتماعية من هذا المنظور تسعى للتخطيط التنظيمي للمجتمع تجنب الإشكاليات المتوقعة على مختلف القطاعات والمؤسسات من خلال مجموعة من القيم والفلسفات التي سنتناولها في هذا الجزء.

بدأت هذه المرحلة مع ظهور بوادر أزمة عام 1930 وتمتد إلى الاعتراف بتنظيم المجتمع كطريقة أساسية لمهنة الخدمة الاجتماعية وتكوين قسم خاص به في المؤتمر القومي لمهنة الخدمة الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد اعترف هذا المؤتمر القومي بطريقة تنظيم المجتمع عام 1946، أما تكوين قسم ينظم المجتمع فكان عام 1948<sup>1</sup>، وعلى اثر ذلك بدأت تتكون مدركات نظرية تنظيم المجتمع وأول تلك الإرهاصات كانت اثر حدوث مجموعة من المشاكل على مستوى الخدمات الصحية والبطالة الذي أدى بالأخصائيين الاجتماعيين لرفض هذه الحالة ودعت إلى ضرورة إعادة التفكير في السياسات التنموية والخطط المنتهجة من طرف السلطات، وقد ساد إبان هذه الحقبة المناخ الاجتماعي بزعامة "روزفلت" الذي تبنى سياسات واتجاهات الخدمة الاجتماعية وبعد مضي قرابة خمسة عقود أي في السنوات الحديثة تم تحديد طريقة تنظيم المجتمع ودعم مجالات استخدامها ولازالت هذه المرحلة منتشرة إلى اليوم بتواصل الجهود في إطارها ووفق سبلها، حيث أن طريقة خدمة المجتمع تمثل الإطار العام أي تناول الخدمة الاجتماعية ليس فرديا كما هي الطريقة الأولى، ولكن عن طريقة النسق الشامل حيث يكون فيها المجتمع أو أحد أجزائه الوحدة الكبرى لهذه الإستراتيجية والتي لها مجموعة من الأهداف في مقدمتها خدمة المجتمع وتحقيق رفاهيته الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من خلال التأكيد على دور الخدمة الاجتماعية والأخصائيين الاجتماعيين.

وهناك من يرى أنه يوجد هدفين لتنظيم المجتمع الهدف الأول مادي حسي والهدف الثاني معنوي، فالأول يهتم بإشباع الحاجات السوسيولوجية للمجتمع كالحاجة للوسائل المستخدمة في الرفاهية والتكنولوجيا التي تساعد على تسهيل الحياة وتوفير متطلبات الإنسان الذي يحاول باستمرار تحسين وجوده المرافق العمومية والمؤسسات الخدماتية خاصة ما نود أن نركز عليه في الجانب الصحي والطبي (أي الاستشفائي) إذ تسعى هذه

<sup>1</sup> سيد أبو بكر حسنين: طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، ط6، 1992، ص173.

الطريقة إلى بلورة أفكار خدمتية ذات جودة ومؤسسات فاعلة إدارية وتنموية من أجل الوصول إلى صحة بدون مرض وعافية تحارب جميع الآفات والأمراض ولا يتأتى ذلك إلا بتوفير جميع حاجات العملاء، وكذا التنسيق المستمر مع مختلف القطاعات والمؤسسات المؤهلة للمساعدة والتخطيط.

أما الهدف الثاني فهو هدف معنوي وهو مرتبط بالهدف الأول غير منفصل عنه يسيران في اتجاه واحد وبطريقة تكاملية غير متناقضة ولا عكسية، ويتضح ذلك من خلال ما يستطيع أن يوفره الجانب المادي من آثار إيجابية يبحث عنها الجانب النفسي والمعنوي، فتوفير وسائل الراحة للمريض على سبيل المثال والخدمات النوعية واستخدام حوافز مادية عصرية تجعل من المريض في حالة نفسية ومعنوية عالية تساعد على تفادي وتجنب الكثير من المشاكل وتقي العميل جملة من المصاعب والإشكاليات كيف؟ عن طريق الدراسة والأبحاث في ميدان الخدمة الاجتماعية والعلوم الأخرى التي يعتمد عليها الأخصائي الاجتماعي والفاعلين في القطاع كاستخدام البحث بالعينة في مهنة العلوم الاجتماعية وكذلك المناهج الأخرى المختلفة كالمسح الاجتماعي والاستمارات وغيرها من الأدوات العلمية، وعلى الباحث أو الأخصائي الاجتماعي أن يولي أهمية بالغة لهذه الجماعات والمجتمعات وأن يكون ملما بطرق البحث، وعموما فإن الأخصائي الاجتماعي يتميز بمجموعة من الصفات أوردها الدكتور سيد أبو بكر حسنين كالآتي<sup>1</sup>:

- التزود بقدر من الذكاء العام بالإضافة إلى القدرات العقلية والحسية والنفسية ليتمكن من تحليل ما يصادفه من عوامل متداخلة في المواقف والقدرة على إيجاد العلاقات بين الظواهر كي يتمكن من تقدير الموقف.
- اتساع الأفق وكفاية المعلومات العامة فضلا عن تمكنه من المواد التأسيسية التي يحتاج إليها في عمله كما يجب أن يكون ملما بالمعرفة العلمية خاصة الخدمة الاجتماعية.
- إتقان المهارات المهنية الضرورية لأداء عمله كالمهارة في تقدير المشاعر والمهارة في مساعدة أفراد المجتمع وجماعته وتنظيماته على التعبير والمهارة في استخدام الموارد والإمكانيات، وأهم من ذلك كله المهارة في إقامة علاقة مهنية ناجحة إلى غير ذلك.
- الاستناد إلى الحقائق الملموسة في اتخاذ القرارات وممارسة العمليات المهنية حيث يتصف بالموضوعية وعدم التحيز في عمله.
- الاستفادة من التجارب التي يمر بها الأخصائي واستخدامها كخبرة مهنية في عمله.

<sup>1</sup>سيد أبو بكر حسنين: مرجع سابق، ص 98.

- الرغبة التلقائية في تحمل المسؤولية وحب العمل والمهنة والفعالية في الإنجاز والقيام بعمله بإخلاص وإتقان، كما يجب عليه أن يكون ذا ولاء لمهنته يسعى لتطويرها وتقديمها.
- ائزان الشخصية والثبات والاستقرار في المعاملة حتى يتمكن من التعامل مع غيره وأن يتوقعوا منه استجابات إيجابية في مواقفه.
- الفهم الكامل للمجتمع والوعي بكل ما يدور فيه من مشاكل.
- معرفة مواضيع الضعف والقوة في المجتمع من حيث شخصياتهم ومراكزهم الاجتماعية.
- معرفة القادة في المجتمع ومن بيدهم السلطة والعمل على ضمان تعاونهم لاسيما موظفي الدولة لضمان نجاح مشروعات المجتمع.
- تشجيع الشباب لقيادة بعض المشروعات والبرامج الاجتماعية حاضرا ومستقبلا.
- الإلمام الكامل بالقيم والاتجاهات والعادات والتقاليد والمعايير الأخلاقية.
- المداومة على القراءة والإطلاع خاصة بما يتعلق بالخدمة الاجتماعية وطريقة تنظيم المجتمع ليكون على إطلاع دائم وحاضر الذهن بجميع القضايا التي تهم مهنته.
- وهناك مجموعة من العوامل تساعد في تطبيق مبادئ الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع نوردها كالاتي<sup>1</sup>:
- ظروف المجتمع وأوضاعه وذلك من حيث عمق ونوع المشكلات التي يواجهها وكذلك الاحتياجات التي يعمل على إشباعها وأيضا مدى توفر الموارد المادية والبشرية لحل المشاكل.
- مدى استجابة سكان المجتمع من حيث إدراكهم لمشاكلهم واحتياجاتهم ومدى استعدادهم وقدرتهم على الرغبة في العمل المشترك.
- شخصية الأخصائي الاجتماعي (الممارس) استعداده ومهارته وخبرته وتدريبه وقدرته على التعامل مع أهالي المجتمع وتحريكهم لمواجهة مشاكلهم والعمل على إشباع احتياجاتهم وكذلك مدى توفر الأجهزة المستخدمة في الخدمة الاجتماعية، حيث تعتمد المهنة في أحيان متعددة على أنشطة مؤسسات أخرى لا تدخل في نطاق الخدمة الاجتماعية.
- مدى التقدم العلمي وتطور الأساليب الفنية والاعتماد عليها من حيث أدوات القياس والإعداد المهني للممارسين على تطبيق المتكامل والمهني لقواعد وأساليب البحث العلمي عند حدوث المشكلة.

<sup>1</sup> رشاد أحمد عبد اللطيف: أساسيات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1997، ص 173.

الجدول (01): يوضح المقارنة بين طرق الخدمة الاجتماعية الثلاث<sup>1</sup>.

أوجه المقارنة	خدمة الفرد	خدمة الجماعة	تنظيم المجتمع
الأهداف	-مساعدة الأفراد على القيام بوظائفهم على أكمل وجه	-مساعدة الجماعات على النمو	-تحسن أحوال المجتمعات اقتصاديا واجتماعيا -تنمية المشاركة وزيادة الانتماء للمجتمع
وحدة العمل	-الفرد بكل ما يملكه من طاقات وقدرات	-الجماعة بكل ما تتكون منه	-المجتمع بكل مؤسساته ووحداته
الأدوات	-المقابلات المقابلات	-نفسه	-نفسه
القاعدة النظرية	-علم النفس	-نظريات علم النفس الاجتماعي	-نظريات علم الاجتماع علم الاقتصاد والسياسية والقانون

المصدر: رشاد أحمد عبد اللطيف: أساسيات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1997، ص173.

ومن خلال ما تم عرضه في الجدول السابق فإن أوجه الاختلاف تتضح لنا من خلال تركيز كل وحدة أو مؤسسة على نفسها أو مكوناتها، حيث تركز خدمة الفرد على الشخص بعينه والمجتمع على الفرد في جماعة أما خدمة تنظيم المجتمع عامة فهي تركز على العنصرين معا.

<sup>1</sup> رشاد أحمد عبد اللطيف، المرجع السابق ، ص98.

### ثالثاً-أركان الخدمة الاجتماعية:

بعدما تم التعرف على الخدمة الاجتماعية وأهم مقوماتها والفلسفة التي تقوم عليها، فإنه لا يمكن إغفال أهم العناصر والمتغيرات التي تدور حول هذه العملية، حيث تؤكد على ضرورة وجود الركائز أو الأركان التي من دونها لا يمكن حصول عملية الخدمة الاجتماعية، فالأركان بالنسبة للخدمة كالأعمدة بالنسبة للبناء، أي أنها لا تقوم من دونها ولا معنى لها.

وهذه الأركان هي: المؤسسة والعميل، الأخصائي وعملية، المساعدة.

#### أ-المؤسسة:

تعتبر المؤسسة مكان ممارسة الخدمة الموجهة للأفراد والجماعات والمؤسسة الاجتماعية تعمل وفق احتياجات المجتمع وفي إطار القيم والمستويات الاجتماعية السائدة فيه، وفي نفس الوقت لا يعني ذلك أن الخدمات لا تقدم إلا في المؤسسات الاجتماعية المختصة، وإنما في الكثير من المؤسسات الأخرى بهدف معاونة المؤسسات الاجتماعية على القيام بدورها كالمدرسة والمصنع والمستشفى.

ومن وظائف المؤسسة خاصة ما يتعلق بمؤسسات الخدمة الاجتماعية ما ذكرته الدكتورة سماح سالم وهي كالآتي<sup>1</sup>:

- الاختيار؛ ويمثل الأخصائي الاجتماعي الجيد وكذلك المتطوعين في الخدمة الاجتماعية.
- التدريب ويتعلق بزيادة كفاءة العاملين مع تعلم المتطوعين كيفية العمل مع العميل والاستفادة من قدراتهم ومهاراتهم ويتم ذلك بالدورات التدريبية في المؤسسات أو تشرك فيها مسؤوليها، وكذلك تتولى المؤسسة الإشراف على طلاب التدريب.
- التقييم؛ وتضطلع المؤسسة بمهمة تقييمية لكل مواردها وأنشطتها بكفاءة.
- التطوير؛ حيث ينبغي أن تحرص المؤسسة الاجتماعية على تطوير خدماتها وأنشطتها لتتبع مكانتها بين المؤسسات الأخرى ولرفع كفاءة المهنة.
- الإتصال؛ من الوظائف الهامة والتي تحقق للمؤسسة التواصل مع المؤسسات الأخرى للاستفادة من مواردها وإمكانياتها أو التنافس من أجل رقي المهنة وتطويرها.
- إشباع الاحتياجات ويتنوع صور إشباع الاحتياجات حسب سياسة المؤسسة ولوائحها ووفقاً لنمط العملاء المستفيدين، وكذلك عليها الحرص على تقديم الخدمات لضمان الاستقرار والعمل على التطوير المستمر لتلك الخدمات لضمان الاستمرارية.

<sup>1</sup> سماح سالم نجلاء صالح: أساسيات العمل في الخدمة الاجتماعية، ط1، عالم الكتب الحديث، الأردن، 2010، ص108.

### ب-العميل:

إن محور عملية الخدمة الاجتماعية قائم على العميل بالدرجة الأولى سواء كان فردا أو جماعة أو مجتمعا، فالعميل إذا كان فردا يحتاج من الأخصائي الاجتماعي أن يكون ملما بطبيعته من جميع النواحي والظروف المجتمعية المؤثرة فيه وعلاقاته والنسق المحيط به، أي أن يكون محيطا بجميع ما يتصل بالعميل<sup>1</sup>.

### ج-المساعدة (الخدمة):

والخدمة هي تقديم كل ما يحتاجه العميل أو وحدة العمل من تشخيص ودراسة، و علاج، وذلك من خلال أنه إذا كان العميل فرد يعتمد على العلاقات المهنية بين الأخصائي والعميل، وإذا كان العميل جماعة فيعتمد على أنواع البرامج والنشاطات التي يمارسها الأعضاء، أما إذا كان المستهدف هو المجتمع فيعتمد الأخصائي على أنواع الاستشارة والاستجابة من وسائل الإعلام والاتصال الجماعي<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> خليل المعاينة : مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، دار الفكر، ط2، عمان، الأردن، 2009 ، ص33.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص 31.

### رابعاً-الأخصائي الاجتماعي (الممارس) في الخدمة الاجتماعية وخصائصه المهنية:

بعد لتطرق للخدمة الاجتماعية من حيث المفهوم والأدوار والوظائف، سنتناول أهم العناصر الرئيسة لهذه العملية من حيث أهداف وطرق التنفيذ والممارسة، فإنه من الأجدر والأصح التساؤل عن من سيقوم بمختلف هذه الوظائف وتطبيق المهنة وممارستها؟ والإجابة عن السؤال تقتضي منا التعرّيج عن الأخصائي أو ما يسمى بالممارس الاجتماعي في ميدان الخدمة الاجتماعية وفي الميادين الأخرى المتعلقة بعمله. إن للأخصائي الاجتماعي دور فاعل وجوهري، ولا نبالغ إذ قلنا بأن الخدمة الاجتماعية برمتها تقوم وتقع على هذا العنصر خاصة المتكون والمتخصص في المعاهد والجامعات والذي نال الكفاءة والتميز في ميدان الخدمة.

وعلى هذا الأساس تولى الولايات المتحدة الأمريكية أهمية بالغة لهذه المهنة وللدور المحوري للخبير الاجتماعي، حيث يعتبر من بين المهنيين الأعلى دخلاً والأكثر اهتماماً تقديراً للخدمات التي يقدمها للمؤسسة، وكذلك للمجتمع بصفة عامة، حيث تعتبر الخدمة الاجتماعية كما سبق الإشارة إليه عملية استراتيجية لخدمة البرامج الاجتماعية والرعاية التي تسعى لها سياسات الدول وتأملها جميع الشعوب لما تقدمه من رقي وتقدم تساهم بشكل أساسي في عملية التنمية الاجتماعية .

والممارس الاجتماعي يستخدم خبراته وقدراته النفسية والعقلية وحتى الجسمية لإنجاح مشروع الخدمة الاجتماعية مع الأخذ بالمعطيات المحيطة والأنساق المكونة للبناء الاجتماعي كالعوامل الاجتماعية والثقافية وهو ما سنوضحه فيما تبقى من هذا الفصل.

وقبل التطرق لمختلف هذه الأدوار يمكن التذكير بأنه للأخصائي الاجتماعي أدوار عامة وأخرى خاصة.

### أ-الأدوار العامة للأخصائي الاجتماعي:

للأخصائي الاجتماعي ثلاث أدوار رئيسة وهي في عمومها عامة تم التطرق إليها في بداية هذا الفصل كأحد أهم طرق الخدمة الاجتماعية التي يأخذ بها الممارس لتحقيق الأهداف المخطط لها وهي الدور الوقائي والدور العلاجي وأخيراً الدور التنموي، وسنعيد التفصيل في هذه العناصر ليس من وجهة نظر الخدمة الاجتماعية ولكن من نظر الخبير أو الأخصائي الاجتماعي.

### 1-الدور الوقائي:

الوقاية تسبق أي عمل تنموي أو علاجي لأنه من غير المعقول انتظار حلول المشكلات والأزمات ثم السعي لحلها، ما يكلف الجهد والوقت والموارد المادية والبشرية، وكإجراء استباقي تقوم عليه الخدمة

الاجتماعية بالاعتماد على الاستراتيجية لسد الأبواب على ما يمكن حدوثه من مشاكل وعموما فالعملية الوقائية تقوم على مجموعة من النقاط نوجزها كالاتي:

- يقوم الأخصائي الاجتماعي داخل المؤسسة التي ينشط فيها وسواء طبية أو تعليمية أو غيرها على التوعية والتثقيف من خلال خبراته وتكوينه العلمي في التخصص.
- السعي الدائم والدؤوب للإحاطة بمختلف المشاكل والأزمات قبل حدوثها من خلال التنبؤ بها وذلك لا يتأتى إلا بالتشخيص الصحيح لها، وكذلك الاعتماد على الخطط التي أثبتت نجاعتها في المؤسسات المختلفة والدراسات الميدانية.
- التدريب وكفاءة الأداء والاعتماد على خبرة المؤسسات الناجحة في الخدمة الاجتماعية، وتوفير مختلف الموارد المتاحة التكنولوجية منها لتطوير مهاراته.
- على الأخصائي الاجتماعي جعل الوقاية كثقافة أو كعملية حتمية لا يمكن الاستغناء عن خدماتها وذلك لما توفره من جهد، ولما يمكن أن تجنبه من مخاطر للمؤسسة وللمجتمع، فالممارس الاجتماعي الناجح داخل مؤسسته يسعى لتجنب المشاكل والأخطار المحيطة بمؤسسته وإن حدثت تكون بأقل التكاليف وأقل الجهود، لأن العملية قائمة في أساسها على الاستباقية والتنبؤ وحسن التحليل والاستشراف لما يمكن حدوثه في المستقبل ناهيك عن الحاضر من خلال عملية التقييم المستمر والتقييم الهادف.

هذه العناصر قد تمكن الممارس من التأثير على المواقف الاجتماعية التي يعمل فيها وعقد المقارنة بالمهن الأخرى، فإننا نجد أن كل مهنة لها بناؤها الذي يحتوي معارفها وقيمها وتكتيكها، وفي جميع المهن التي أحرزت تقدما في الممارسة نجد أن هذه العناصر يمكن تعلمها وتطبيقها في المجال العلمي، ومنها يستمد الأخصائي الاجتماعي مهاراته وتستمد المهنة خصائصها ومقوماتها وقوتها وتميزها<sup>1</sup>.

### 2-الدور العلاجي:

يأتي الهدف العلاجي من حيث الدور والمرحلة في المرتبة الثانية، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي من استقبال العميل أو العينة محل البحث أو محل العلاج بعد المرور على عناصر الوقاية الفاعلة، ويتحدد ذلك بالتشخيص الصحيح إذ يصل المريض مثلا للمؤسسة وكل حالته تقريبا خاضعة للدراسة أو سبق التطرق إليها وهو ما يمنحنا مزيدا من الضغوط والجهود، يقدم خلالها الأخصائي الاجتماعي على العملية العلاجية بخطى ثابتة ونفسية مرتاحة، حيث تتوفر لديه كخبير جميع الظروف والعوامل المسببة للحالة القادمة.

<sup>1</sup> محمد مصطفى أحمد: تطبيقات في مجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، د طبعة، الإسكندرية، د سنة/ ص 13.

والهدف العلاجي الذي يسعى إليه الأخصائي الاجتماعي هو الآخر له مجموعة من الأساليب والممارسات القائمة أساسا على عدة أدوار وهي<sup>1</sup>:

### - العمل مع نسق الفرد: يقوم الأخصائي الاجتماعي بـ :

- استقبال الفرد ومساعدته نفسيا واجتماعيا وعلى تقبل ذاته في المؤسسة.
- التخفيف من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها وتشجيعه على التعبير على مشاعره السلبية المصاحبة للحالة المرضية.
- إجراء البحث الاجتماعي لحالته مع الاهتمام بدراسة التاريخ الاجتماعي لحالته لتحديد الخطوات العلاجية اللازمة له ومد فريق العمل المهني بالفهم الواضح لظروفه الاجتماعية والبيئية التي تساعد على التقييم ووضع الخطة اللازمة والمتكاملة للتعامل معه.
- العمل على توفير المناخ المناسب لرعايته وتأهيله من خلال إقامة علاقات مهنية ومساعدته على التغلب على ما قد يواجهه من عقبات أثناء رعايته وتأهيله.
- العمل على تعديل اتجاهاته السلبية تجاه نفسه ومجمعه وأسرته.

### - العمل مع نسق الأسرة: وفي ذلك يقوم الأخصائي بما يلي:

- التخفيف من المشاعر السلبية تجاه الوالدين أو العكس.
- تنوير الوالدين والأسرة بحالة المريض وطبيعتها.
- الاتصال المتواصل بين المريض والأسرة.
- التحدث وتنمية الوازع الديني لدى الأسرة لتقبل الحالة.

- العمل مع نسق المؤسسة: يتعدى دور الممارس أو الأخصائي الاجتماعي إلى التعامل مع المؤسسة الفاعل فيها، حيث أنه لا ينطلق من فراغ وإنما يأخذ بعين الاعتبار الجانب المفتوح أي مجموعة المدخلات التي تؤثر في عمله وتؤثر على صحة المريض أو الحالة الخاضعة للعلاج والتشخيص، ذلك أن عليه القيام بالتواصل الدائم مع فريق المؤسسة وأن تكون له القدرة والمهارة على تدعيم وممارسة علاقاته مع مختلف الأعضاء بكل مرونة وإنسانية، ما يشير إلى أن هذه المهنة تتطلب أشخاصا ذوو مهارات استثنائية ومؤهلات اجتماعية تشكل الوحدة والتضامن أثناء العمل.

<sup>1</sup> شريف سنوسي عبد اللطيف، و عنايات حامد شلبي: الخدمة الاجتماعية ورعاية الفئات الخاصة، دار الوفاء، الإسكندرية، مصر، ط1، 2011، ص 101-100.

ويتعدى دور الممارس إلى المشاركة في وضع خطط المؤسسة والسهر على تطبيق أفكاره وكذلك التنسيق مع مختلف المؤسسات الأخرى التي يمكن الاستفادة من تجاربها.

- **دور الممارس العام كباحث:** يقوم بإجراء البحوث والدراسات التي تتعلق بمشكلات العملاء وحاجاتهم لجمع المعلومات والبيانات اللازمة عن الأنساق في مجالات الممارسة المهنية وتحليلها لاستخدامها في وضع خطط وبرامج لرعايتهم وحل مشكلاتهم وإشباع حاجاتهم وعليه يقوم بـ :

- القيام بالبحوث والدراسات التي تتعلق بقضايا أنساق العملاء واحتياجاتهم.
- القيام بالبحوث والدراسات التي تتعلق بنظام العمل وتقديم الخدمات لنسق العميل.
- تحليل البيانات والإحصاءات الخاصة بعملاء النسق واستخلاص المؤشرات منها في تنفيذ الخطط وبرامج الرعاية.
- استخدام نتائج البحوث والدراسات في تطوير الخدمات القائمة وتحسينها أو تقديم خدمات جديدة من خلال مهارات التقدير وجمع البيانات<sup>1</sup>.

- **دور الممارس كإداري:** كما سبق الإشارة فالأخصائي الاجتماعي يشغل عدة أدوار مترابطة مع بعضها، فهو الذي يقوم بعملية التوجيه والتنسيق، ويكون جزءاً من اتخاذ القرار وكذلك يعمل كمراقب لعملية التنظيم والتوظيف التي تعتمد في النهاية على مهارته وجهوده في الميدان.

بعد التطرق لمختلف الأدوار والمحاولات التي ينشط فيها الأخصائي الاجتماعي، خاصة فيما يتعلق بالخدمة الاجتماعية وما ترتبط به من ميادين تؤثر عليها وتتأثر بها، فإن الممارس الاجتماعي على صلة دائمة بمجموعة من المبادئ العامة والمعايير التي تضمن النجاح والاستمرارية نذكر منها ليس على سبيل الحصر ما آتى في النقاط التالية:

- **ممارسة الخدمة الاجتماعية:** أي التسلح بالقيم والمهارات في الأداء والفاعلية.

- **الالتزام بالاستخدام الواعي للذات:** أي أن الأخصائي يعمل كحلقة وصل يكون في ذلك قادر على الاتصال بالآخرين والتأثير في سلوكياتهم ومشاعرهم ويتمتع بالقدرة على التغيير، أي أنه يملك مهارات التواصل والتحكم في الذات ويتطلب هذا المبدأ الكثير من العمل والهدوء والكاريزمية، خاصة مع المشكلات التي يمكن أن تظهر فجأة أو طويلة الأمد والتي تحتاج إلى جهد ووقت كبيرين تختلف من شخص لآخر.

<sup>1</sup> جمال شحاتة حبيب ومريم إبراهيم حنا: الخدمة الاجتماعية المعاصرة، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2011، ص 310.

### 3- الالتزام باحترام التنوع البشري:

على الأخصائي الاجتماعي أن يدرك أن الناس ليسوا صورة واحدة بل أشكال وأنواع مختلفة — إن صح التعبير — وهذا النوع يجعل منه ينبوع في معاملاته حيث لا يفرض منطقاً واحداً أو أسلوباً ثم يعممه على الآخرين، ولذلك ففهم الشخصيات وأساليب التعامل يتطلب دراسات نفسية واجتماعية عميقة وتواصل وتجاذب دائمين مع الأخذ بالثقافات والتنوع في التركيبة البيئية بعين الاعتبار.

### 4- السعي لتعزيز الكفاءة المهنية:

أي كفاءة الأداء والانضباط في عمله وإتقان مختلف ممارساته دون التلكؤ أو التهاون مما يعقد من مساره الوظيفي، فالأخصائي الناجح لا يؤخر عمله ولا يوارب أحداً بل يعمل بضمير حي وتفاني في العمل على اعتبار أن المهنة مسؤولية وتحتاج إلى يقظة وكفاءة ولا يحصل ذلك إلا بالعمل الدؤوب والجدية.

### 5- الالتزام بالقيم والممارسة الأخلاقية:

من الحتمي للأخصائي الاجتماعي أن يقوم بجهد للتعرف ومخاطبة القضايا الأخلاقية والقيم ذات الصلة بممارسة الخدمة الاجتماعية وعلى الأخصائي الاجتماعي أن يعرف أن قيم الفرد هي قوة جبارة في السلوك البشري، وأن مساعدة العملاء على استجلاء وفهم قضايا القيم في حياتهم يمكن أن تكون خطوة هامة في أعماله للتغيير، وعند التعامل المباشر مع العملاء على الأخصائي الاجتماعي أن يكون محيطاً بقضايا الأخلاق<sup>1</sup>.

### 6- استخدام الوسائل الحديثة ومواكبة التطور:

يسعى الأخصائي الاجتماعي إلى توفير الوقت واختصار سلم الزمن، والتخفيف من آلام الأفراد بكل أطيافهم، وذلك لتوفر التكنولوجيا الحديثة والطفرة العلمية في شتى المجالات، فهي فرصة أمامه لتقديم أفضل الخدمات وأجودها، فيتعامل مع المدارس والمؤسسات الناجحة في ميدانه ويقتنى على تواصل وإطلاع دائم بأحدث الدراسات والنتائج المتوصل إليها، فالإطار العلمي والتكنولوجي يربط الأخصائي بالعالم الخارجي ولا يجعله حبيس مهنته حيث يسعى لتطوير مهاراته والاقتراس من نجاحات غيره مع احترام الخلفيات والمكونات الثقافية للمجتمع الذي يعيش فيه.

لقد أضحت الوسائط الإلكترونية، ووسائل التواصل الاجتماعي مؤسسة في حد ذاتها يمكن للأخصائي أن يستفيد منها في نشر إعلاناته أو مقترحاته أو حتى إيصال رأيه عبر الإعلام لأخذ التجارب ومشاركة في صناعة القرار ويساهم بذلك في عملية التنمية التي تصبوا إليها البشرية جمعاء.

<sup>1</sup> أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم: المتغيرات المعاصرة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، ط1، درا الكتب والوثائق القومية، مصر، ص134.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الخدمة الاجتماعية

وتقوم مبادئ العمل بالنسبة إلى الخدمة الاجتماعية وطرقها الثلاث على مجموعة من الاعتبارات النفسية والاجتماعية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تطبيق مبادئ الخدمة الاجتماعية في الممارسة العملية ولعل أهم هذه الاعتبارات ما يأتي<sup>1</sup>:

- الإنسان كائن اجتماعي. بمعنى أنه يرغب في المعيشة مع الآخرين بل أنه لا يمكنه العيش دون غيره.
  - الإنسان نتاج اجتماعي، بمعنى سلوكه في أي لحظة يكون نتيجة مباشرة للخبرات الاجتماعية التي مر بها طول حياته منذ ولادته.
  - لكل إنسان سواء كان فردا مستقلا أم يعيش داخل جماعة حاجات مادية بينه وبين الآخرين يؤدي إلى تغيير المجتمع.
  - تتصارع في نفس الإنسان رغبات متضاربة فهو يريد الاعتماد على غيره من ناحية ويريد الاستقلال عنهم من ناحية أخرى، كما أنه يريد التقليد والمحاكاة من ناحية ويريد التجديد من ناحية أخرى وهكذا...
  - اقتناع الإنسان بشيء ذهني لا يعني أنه سيؤديه فتكوين العادات لا يأتي عن طريق النضج ولكن عن طريق الممارسة.
  - الإنسان يحيط نفسه دائما بسياج دفاعي فيظهر غير ما يخفي بغرض إظهار نفسه وتوضيح تصرفاته بشكل يرضي المجتمع.
  - للإنسان قدرة على التكيف مع الظروف المحيطة دون مساعدة خارجية في غالب الأحيان.
  - للإنسان القدرة على إحداث تغييرات في نفسه كما في مجتمعه أيضا.
  - بعض أفراد المجتمع لهم نفوذ أكثر من غيرهم على باقي أفراد المجتمع.
- والمبدأ هو حقيقة أساسية لها صفة العمومية وقد يصل الإنسان إلى هذه الحقيقة عن طريق الخبرة والمنطق أو عن طريق التجريب المقنن رغم أن الخدمة الاجتماعية لم تصل بعد إلى مستوى القوانين الثابتة.
- ب- الخصائص المهنية للأخصائي الاجتماعي:**

هذه الخصائص التي سنذكرها تعتبر مجموعة من الأدوات الحتمية والضرورية للممارس والتي لا يمكن له الاستغناء عنها بل هي امتداد لما تم طرحه من مبادئ عامة سابقا، وإن هذه الخصائص التي تعمل على إعطاء التميز للمهني وكذلك الفعالية في الأداء والعمل:

<sup>1</sup> عني ناصر حسين القرشي: الخدمة الاجتماعية في المؤسسات العدلية، ط1، دار صفار للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص44.

### 1- المساعدة الذاتية:

تعتبر المساعدة الذاتية أهم عنصر تركز عليه الخدمة الاجتماعية ويقتضي وجودها في الأخصائي الاجتماعي والعميل على حد سواء، وبغض النظر على أن المساعدة الذاتية فردية وجماعية فإن الغرض المطلوب من هذه العملية بالأساس هو إشباع الحاجات وتحقيق الهدف والمتطلبات المرجوة وتقديم يد العون والمساعدة للآخرين.

ومجمل القول أننا إذا نظرنا إلى الحياة الإنسانية في مجملها فإننا نجد أن المساعدة الذاتية والمساعدة التي يتلقاها الفرد أو الجماعة من الخارج هذان الخطان من المساعدة ليسا في الواقع أنماطا متضادة أو متنافرة، ولكنهما يكملان بعضهما البعض، ففي بعض الأحيان قد لا تتحقق المساعدة الذاتية إلا إذا توفرت المساعدة الخارجية... وإذا كان الأمر كذلك وكانت المساعدة الذاتية مكاملة للخارجية والعكس فإن المجتمع يستطيع أداء وظائفه وتحقيق المساعدة الذاتية كما سبق وأن أشرنا لا يتحقق تلقائيا وإنما يتطلب شروطا معينة كالمحيط الاجتماعي، والدور الذي يلعبه، وكذلك الأفراد<sup>1</sup>.

إن الاستعداد النفسي والاجتماعي للأخصائي الاجتماعي تجاه مهنته يضمن المساعدة الذاتية التي تشبع رغباته لتتعداه إلى غيره، فمن غير الممكن طلب المساعدة منه وهو لا يملكها، ذلك أن فاقد الشيء لا يعطيه.

### 2- التقبل:

يعني أن يكون هناك تقبل متبادل بين الأخصائي الاجتماعي والوحدة الإنسانية التي يتعامل معها (فرد جماعة، مجتمع) وتقبل الوحدة الاجتماعية للأخصائي الاجتماعي أمر مهم للغاية، لأن ذلك يؤثر على مدى استجابة الوحدة لدور الأخصائي ومدى تعاونها معه<sup>2</sup>.

والقبول لا يعني التسليم بل يناقض الرفض والنفور من العميل أو وحدة العمل فيقبل الأخصائي جميع الحالات في مختلف الحالات والأماكن لا يزدريهم ولا يحقرهم أو يقلل من شأنهم، ولا يفرق بين الأفراد أو الطبقات، لا يصنفهم أو يحاول تجاهلهم، لا يستخدم معهم العنف والشدة ولا يسخر منهم أو يجافهم، لا يقوم بتصرفات تؤذيهم، وكل هذه اللاتعات في الحقيقة تكون نابعة من شعور الأخصائي أنه رحيم بغيره، يرأف بهم ويحاول قدر المستطاع إرضاءهم وإشباع حاجاتهم الاجتماعية والنفسية حتى يتسنى له المعالجة والتأثير الإيجابي على العميل مهما كانت صعوبة حالته وتعقدها، إن التقبل بمعناه الواسع تجاه جميع مكونات لا يخص عالم البشر فقط بل يتعداه حتى إلى بعض الحيوانات، ونذكر هذا المثال للدلالة على أهمية هذه الخاصية التي يجب توفرها في

<sup>1</sup> الفاروق زكي يونس: الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي، ط2، عالم الكتب، القاهرة، 1978، ص165.  
<sup>2</sup> السيد عبد الحميد عطية وهناء حافظ بدوي: الخدمة الاجتماعية ومجالاتها التطبيقية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998، ص57.

الأخصائي على أساس أن الذي لا يتقبل غيره لا يمكن أن يقدم حلاً أو علاجاً، كما هو منتظر منه بل العكس من ذلك قد تقدم حالات للعلاج أو الجلسات الاستشارية فتجد نفسها مع أخصائي لا تتوفر فيه هذه الصفة أكثر مرضاً وتشويشاً وإحباطاً، وذلك كله يؤكد أهمية القابلية من جانبها الإيجابي وهي تحاكي المرونة واللين، وخفض الجناح، وهو ما أوصت به الشريعة الإسلامية منذ قرون حينما أرسى القرآن الكريم دعائم الإنسانية والفضيلة وأمر بتطبيقها على العالم ما يؤكد دور القبول والتقبل.

### ج- الخدمة الاجتماعية المقدمة للمرضى:

يمكن للخدمة الاجتماعية من خلال الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي أن تسهم إسهاماً فعالاً في شبكة العلاقات الاجتماعية على نحو يساهم في تحسين هذه العلاقات أو انخفاض مستوى أدائها وفي مجمل ذلك ما يلي:

- تقديم الخدمات اللازمة للمريض من موارد المستشفى أو البيئة للتخفيف من الآثار المترتبة عن المرض وتحسين العلاقات الاجتماعية.
- مساعدة المريض على فهم الأمور المتعلقة بمرضه ونوعيته وربطها بأهمية العوامل الوجدانية في المرض وهذا ينعكس على تقبل المريض لمرضه ورفع حالته المعنوية.
- دراسة وتشخيص المشكلات الفردية التي تواجهه سواء أثناء العلاج أو بعده وهذا يخفف من الضغوط الاجتماعية والنفسية والاقتصادية الواقعة على المريض<sup>1</sup>.
- تعديل آراء المريض وأفكاره واتجاهاته ووجهات نظره الخاطئة وتحسين علاقاته الاجتماعية بالمحيطين به ومساعدته على التكيف الاجتماعي مع البيئة الداخلية والخارجية أثناء المرض وبعده، وأيضاً تبصيره بما حوله ليعرف بشكل واقعي ظروفه المجتمعية والبيئية.
- تدعيم القيم الإيجابية المرتبطة بالمريض وتشجيعه على التعافي والتماثل للشفاء.
- الاتصال بالهيئات والمؤسسات الموجودة في بيئة المريض لاستخدام الموارد اللازمة للمساعدة في إنجاح العلاج مثل التأمين الصحي، ووضع خطط العلاج مع فريق العمل تحت قيادة الأخصائي الاجتماعي.
- العمل مع المهنيين ذوي الاختصاصات والتخصصات المختلفة في المؤسسة الطبية للكشف عن الجوانب الاجتماعية والنفسية للمريض.

<sup>1</sup> محمد السيد عامر: مجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2007، ص ص 454-455.

### خامسا-مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية:

تتعدد مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية إلى عدة أنواع مختلفة ومتنوعة حسب مصدرها وكذا المؤسسات التي تعمل من خلالها، ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن نحصر هذه المجالات وتتناولها دفعة واحدة لسعتها وتراكمها النظري وحتى الميداني، حيث أننا وبعد تناول طرق الخدمة الاجتماعية في شكلها العام سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى أهم المجالات وميادين الممارسة للخدمة الاجتماعية في شكلها الخاص، وسنركز في النهاية على الجانب الصحي أو الطبي بحكم طبيعة الموضوع الذي يبحث في التنمية الصحية للمرفق العام، إضافة إلى ذلك سنتطرق إلى الجوانب الأخرى المتمثلة في الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية، وكذلك الخدمة الاجتماعية المدرسية، وفي المجال الأسري وإن أمكن الإشارة إلى مجالات أخرى تخدم هذا البحث.

إن هذه المجالات المتعددة للخدمة الاجتماعية تؤكد على ضرورة هذه المهنة وأهميتها في كافة المستويات ومختلف التخصصات، كما توجه جميع المؤسسات الخاصة والعامة على الاهتمام والتفاعل الإيجابي مع الممارسة الاجتماعية التي ترفع مستوى التنمية وتحقق أهداف الوقاية وإشباع الحاجات للحد من المشاكل النفسية والاجتماعية وحتى الاقتصادية، فالخدمة الاجتماعية كما أشرنا سابقا تسعى للتقليل من الجهود والأوقات، وللتخفيف من حدة هدر الموارد والنفقات من خلال الترشيد، ورسم برامج واستراتيجيات تساهم بشكل كبير في توفير خدمات لائقة، وكذلك تطوير مؤسسات الخدمة والميادين الفاعلة فيها، وصولا إلى التنمية الاجتماعية المستدامة ذات الحركية والديناميكية المتواصلة.

### أ-الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية:

الفئات الخاصة لوحدها مجال واسع ورحب وفيه مؤلفات ودراسات عديدة، حيث لا يقصد بالفئة الخاصة ذوي الحاجات والمعوقون فقط، بل يتعداه حتى إلى مرضى الصمم والبكم وبعض الأمراض الأخرى المزمنة، وكذلك يتناول الأحداث والمسجونين والمنحرفين وأطفال الشوارع وغيرهم من الفئات التي تحتاج إلى المساعدة والمتابعة من الخدمة الاجتماعية الصحية على وجه الخصوص.

وعليه سنخرج باختصار على هذه الفئة الهشة وأهم النشاطات التي تبرز فيها، ودور الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال، مع الوقوف على أهم المشاكل والتحديات والتركيز على الأدوات المنهجية والإجراءات المتخذة للوصول إلى حلول دائمة ومستمرة.

إننا لا نستطيع حصر الفئات الخاصة كل فئة على حدة، ولكن نتناول كل واحدة بشكلها الموسع وبعدها اقتراح الحلول وسنركز على جوانب الاتفاق التي تتقاطع مع جميع هذه المكونات (أحداث، معوقين...) وإعطاء

أفكار وأدوات تساهم في بلورة فكرة عن الموضوع وأهم مميزاته مع الإشارة إلى البرامج الرعائية المستخدمة في ذلك.

وأول هذه الأساليب هي البحث في الأسباب؛ أي العوامل المؤدية إلى الظاهرة وضبط متغيراتها والسعي إلى إيجاد أهم المبررات والشواهد المستخدمة في ذلك، وعند حصر تلك الأسباب يتم التطرق إلى النتائج التي تكون آلية عن الأسباب أي المشاكل المؤدية لحدوث الضرر.

ثم السعي أخيرا إلى الإحاطة بالمشكل وطرح مجموعة من الحلول العملية حيث يؤدي الأخصائي دورا بارزا في المتابعة والتحليل والبحث والتقييم وربط الآفة بمسبباتها وأخيرا التنسيق مع غيره لتعميم الحل وإحداث الفجوة بين العميل المعرض للضرر والمشكل وبين الأسباب المؤدية إلى ذلك مع الاعتماد على الدراسات وتكثيف نتائج البحث العلمي المتعلقة بالموضوع.

وهناك العديد من الاستراتيجيات المستخدمة في هذا المجال نذكر استراتيجية التدخل المهني مع الأحداث كما سنبينها في العناصر التالية:

### 1- إستراتيجية التدخل المباشر في حل المشكلات الجماعية.

2- إستراتيجية الضبط الاجتماعي: أي وضع حد للسلوك غير المقبول اجتماعيا سواء من ناحية الأخصائي الاجتماعي أو الجماعة أو المؤسسة أو المجتمع وذلك في إطار القيم والمعايير والاتجاهات السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه ويتطلب ذلك مساعدة الأحداث في المواقف الاجتماعية والأخذ بأيديهم وتدريبهم.

3- إستراتيجية التدخل المهني باستخدام البرامج: البرامج كما تم الإشارة إليها أحد الأدوات الهامة المستخدمة من طرف الأخصائي الاجتماعي في رعاية الأحداث ومساعدتهم داخل المؤسسة وتوفير شروط السلامة النفسية والجسمية حيث تتيح البرامج للأعضاء أن يتعلموا ويمارسوا أدوارهم الاجتماعية لتحقيق الأهداف<sup>1</sup>.

4- إستراتيجية الإدماج الاجتماعي: ويتم ذلك من خلال المعاملة الحسنة للأحداث ورفع الكفاءة المعنوية لهم وإشعارهم بأهميتهم، ويلعب الجانب النفسي دورا أساسيا في فكر الأحداث والتأثير على سلوكياتهم، وذلك بتوفير جميع الظروف المواتية للاطمئنان والاستقرار والإشباع العاطفي والاجتماعي من خلال تنظيم دورات ولقاءات موسمية ودورية للتفاعل الإيجابي مع الآخرين، وربط الأفراد بالفئات العادية والتشجيع على التواصل والتضامن خاصة في الأعمال الاجتماعية الخيرية.

<sup>1</sup> محمد سيد فهمي: الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية، 2007، ص149.

### ب- الأسرة من منظور الخدمة الاجتماعية:

لاشك أن للأسرة دور جوهري وأساسي في بناء المجتمع والمحافظة على وحدته واستقراره وتماسكه، وبقدر صحة الأسرة وبنائها تكون التفاعلات الاجتماعية الحسنة والإيجابية الطابع المميز لهذه العلاقة ويكون التضامن سواء الآلي أو العضوي مؤثرا في سمة الجماعات، والاتصال ثقافة الأفراد والمجتمعات، ولا تعتمد الأسرة في العصر الحديث على بنائها الهيكلي المتمثل في العائلة والأبوين ولكن تمتد لتشمل جميع مكونات المجتمع النسقية، حيث تؤدي مؤسسات المجتمع دورا بارزا في ذلك، فالمسجد له مقامه والمدرسة كذلك وللإعلام والشارع وغيرهما من المؤثرات النصيب الأوفر في حياة المجتمعات وتركيبها، والذي يظن أن الأسرة لوحدها كفيلة بصناعة أفراد ومجتمعات ناضجة هو بجانب الحقيقة ومخطئ في جل تصوراتها.

إن من ضمن هذه المؤسسات والعمليات الفاعلة إضافة إلى ما سبق ذكره الخدمة الاجتماعية فإذا اتفقنا منذ البداية على تحديدها كمفهوم يمكن في النهاية معرفة الخاصية التي تميزها دون غيرها، فهي دون مبالغة أحد ركائز المجتمع ناهيك عن الأسرة، إنها بدورها تقوم على أساس تزويد الأفراد بما يحتاجونه داخل نسق هذه الخلية وضبط سلوكياتهم وإعطائهم البوصلة التي ترم بهم إلى بر الأمان في ظل التطورات الراهنة، وتتعد حياة الأسر وتجد صعوبة في إيجاد نموذج حقيقي يوفر جميع هذه المتطلبات.

كما تعمل كذلك الخدمة الاجتماعية من خلال الأخصائي الاجتماعي سواء كان أسري أو نفسي أو نفسي اجتماعي على الحفاظ على تماسك الأسرة وتربطها ووقايتها من المشاكل وإعطائها برامج يمكن أن يجعلها في غنى عن التصدعات والانشقاقات التي تشهدها الأسرة في العصر الحديث، وتعمل كذلك على التوجيه الدائم والمستمر للعادات والتقاليد الراسخة، وإتباع أساليب التنشئة الاجتماعية الناجحة بتوفير البيئة والأجواء التي تبعث على الطمأنينة والراحة النفسية والسلامة الاجتماعية والأخلاقية.

ووفقا لما سبق يمكن أن نخلص إلى أن الأسرة والخدمة الاجتماعية طريقتان متصلتان وحلقة تكمل إحداها الأخرى، إذ لا يمكن تخيل واحدة دون الأخرى وهذا التكامل الديناميكي يؤكد في حقيقة الأمر حاجة الأسرة الملحة لخدمات الخدمة الاجتماعية، إذ أنها تستطيع تقديم برامج في الرعاية الأسرية نوجزها في نقاط:

- تقديم المساعدات النفسية والصحية والاقتصادية والاجتماعية للأسرة للإبقاء على روابطها والحفاظ على كيانها حتى تتمكن من الرعاية التي يحتاجها الطفل، وتعتمد أساسا على مجموعة من المؤسسات في مقدمتها: مكاتب التوجيه الأسري والأسر المنتجة، ومراكز رعاية الأمومة والطفولة، والطفولة المسعفة وغيرها...<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> سامية محمد فهمي، منال طلعت محمود: الخدمة الاجتماعية (نماذج الممارسة)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005، ص 196.

- الاعتماد على الأخصائي في دور الحضانة في حالة انشغال الوالدين وإعطاء برامج خاصة في الرعاية والاهتمام النفسي والاجتماعي كإقامة الحصص التدريبية والنشاطات الترفيهية والعلمية لرفع معدلات النمو العقلي والجسمي لأطفال الحضانة، وملاً الفراغ الذي يؤديه غياب الوالدين، ويجب أن نلفت العناية إلى أنه على مثل هذه المراكز وفي مقدمتها رعاية الأطفال والحضانة أن تكون تحت وصاية الدولة وعنايتها من خلال توحيد برامجها الإرشادية والتعليمية حتى يتسنى للمجتمع أن يخاطب أجيالاً متماسكة ذات هوية واحدة وليست متصارعة ومتضادة نتيجة لتعدد المادة العلمية والمنهجية التي يتبعها كل واحد على حسب مدركاته ورغباته.

- الخدمة الاجتماعية الناجحة هي التي يمكنها إعادة التأهيل للأسر المفككة والسعي لإنجاح العلاقات الزوجية والأسرية، بإتباع أسلوب الوقاية وليس العلاج، فانتظار حلول المشاكل والأزمات ثم السعي لإضاعة الجهد والوقت ليس من أدبيات الخدمة الأسرية الناجحة، وإنما استباق الحدث قبل وقوعه، وهو ما يؤثر على الفعالية واتخاذ القرار في الوقت المناسب.

#### ج- الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية:

سنتطرق في العنصر الآتي ذكره إلى الرعاية الاجتماعية في ميدان الإعاقة خاصة لدى الأطفال لما لها من تأثير على عملية التنشئة الاجتماعية ومقوماتها الاستراتيجية في بناء المجتمعات الناضجة والمتماسكة، وعموماً فإن للخدمة الاجتماعية في هذا الميدان العلاقة البارزة والهامة كون العملية تتطلب الممارسة الإنسانية والخدماتية أكثر منها أدوات منهجية والقوانين فلسفية، لكن أين تبرز هذه الأهمية؟ وما هي أهدافها المرجوة؟

لاشك أن للخدمة الاجتماعية أثراً بالغاً في رعاية وحماية الطفل المعوق وتنشئته تنشئة اجتماعية سليمة بغرس مجموعة من القيم الأخلاقية والحضارية لمساعدته على الاندماج في المجتمع، للإعاقة تمثل للأطفال حاجساً كبيراً من النقص، ومسيرة مليئة بالمتاعب والمصاعب، خاصة إذا كانت الحالة دون العناية، وكان الإهمال لهذه الفئة الهشة من جميع النواحي الاجتماعية والنفسية، فإن ذلك سيؤدي إلى تدهور في القيم ويجعل المعوق يعيش على هامش الحياة غير مؤثر ولا مكترث لما يدور حوله من متغيرات وهو ما يعيق خطط وبرامج التنمية الاجتماعية.

كما أن للخدمة الاجتماعية من خلال مجموعة من الطرق والأساليب التي سنأتي على ذكرها دوراً مميزاً في فرض هذه الفئة على ميدان التفوق والإنجاز، فكثير من القدرات والإبداعات سواء كانت رياضية أو علمية أو حتى اختراعية لم تكن لتظهر وتخطوا هذه الخطوات بهذه العاهات لولا خدمات الرعاية والاهتمام التي ركزت

على جوانب القوة والاندفاع، وأرشدتها إلى طريق النجاح والابتكار من خلال التشجيع ورفع روح التحدي، وشحذ هممها المعنوية من أجل الوصول والتغيير.

ولذلك نجد أن الخدمة الاجتماعية في ميدان الإعاقة يستند إلى مجموعة من المقومات يمكن ذكر بعضها:

**1-** انطلاق الممارسة المهنية للعمل مع هذه الحالة خاصة فئة الأطفال من خلال قاعدة علمية موضوعية قائمة على نظريات قابلة للاختبار والتطبيق تكون مناسبة لواقع الطفل المعاق، فالأخصائي الاجتماعي في أمريكا يعتمد على نظرية العلاج السلوكي في علم النفس لتعديل السلوك من الناحية النفسية، أما من الناحية الاجتماعية فيقوم بإرشاد الوالدين لأساليب المعاملة الوالدية واستخدام التنشئة الاجتماعية السليمة داخل الأسرة، ويعتمد كذلك على نظرية الدور السلوكية المعرفية للوصول إلى أفضل أساليب المعاملة. وهو ما يؤكد الحرص على استخدام العلوم الاجتماعية الأخرى والتكامل مع نظريات تساهم في حل المشاكل وتنفع الخدمة وتوجهاتها<sup>1</sup>.

**2-** التركيز على الأهداف الوقائية والإيمانية للعملاء وذلك بدراسة كل ما يمكن أن يؤثر على المعوق خاصة الأطفال من مؤثرات داخلية وخارجية مثل البيئة ونوعية الثقافة السائدة، ومحاولة متابعة السلوك وتغيير نمطه نحو الأفضل وتنمية المهارات الإبداعية بالتركيز على مميزات وخصائص العميل وتطويرها نحو الأفضل، ولا شك أن هذه العملية تتطلب التداخل مع برامج التنمية البشرية، وهو ما يفسر لنا أهمية استخدام النسق المفتوح في عملية الممارسة المهنية تجاه هذه الفئة.

**3-** التشجيع نحو التدين لأنه يمد المعاق بالصبر والاحتساب، والإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره، والاستعداد إلى يوم الرحيل يجعل الفئة في غنى عن الاضطرابات النفسية والاجتماعية، ويساعدها على تجاوز المشاكل من خلال ملأ الجوانب الروحية للمريض وتعويض اتصالها الميدانية بالآخرين بالخالق أساساً، ما يمددهم بالعزيمة والإيمان والصبر والمثابرة، وعلى الأخصائي أن يدرك هذه الإمكانيات يستفيد منها في توضيح أهمية التدين وأثره البالغ على سلوك الأفراد والجماعات.

إذن وبعد أن تم التطرق إلى ميادين الخدمة الاجتماعية وأهم المؤسسات الرعائية والاجتماعية التي تعمل بها، والمحالات الخاصة بهذه العملية من خلال ما أوردناه سابقاً فإننا نخصص هذه المرة العنصر الأخير المتبقي قبل الفصل الموالي للخدمة الاجتماعية الطبية، أي أننا سنحاول بشيء من التفصيل تناول الممارسة المهنية الطبية من منظور الخدمة الاجتماعية باعتبار هذا المطلب امتداد للفصل المقبل الذي ستحدده للجانب الصحي وأهميته في الخدمة الاجتماعية الصحية.

<sup>1</sup> خالد صالح محمود: مشكلات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بدور حضارة المعاقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2009 ص105.

### سادسا- الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي:

تمثل الخدمة الاجتماعية في هذا المجال، ميدانا خصبا للحديث عن أهم عناصر ومتغيرات هذه المهنة لأن الخدمة الاجتماعية ذات البعد السوسولوجي والسيكوماتي تستطيع أن تساهم في الخدمة الصحية وتفسير أنماط المريض والثقافة العلاجية المتواجدة بالبيئة التي يتم الحديث عنها، و التطرق إلى مختلف جوانبها. فالخدمة الاجتماعية الصحية كمقاربة اجتماعية هي فلسفة متداخلة مستمرة لجملة من العلوم في مقدمة ذلك علم الاجتماع وعلم النفس، والعلوم الأخرى الطبية والنفسية سواء ذات التراكم النظري أو الممارسة الأمريكية.

### أ-خصائص الخدمة الاجتماعية الصحية:

- كما أشرنا سابقا فإن الخدمة الاجتماعية الطبية لها علاقتها المميزة مع برامج الرعاية الاجتماعية والرعاية الصحية الأساسية ولها أيضا مجموعة من القوانين أهمها:
- الخدمة الاجتماعية الطبية تتقاطع مع المهن الأخرى في جهود الرعاية الاجتماعية والصحية والطبية والتأهيلية.
- الخدمة الاجتماعية الطبية تهدف أساسا إلى علاج المشاكل التي تحيط بالمريض أو المعاق منذ البداية إلى غاية تحقيق أهداف التكيف والاندماج الاجتماعي.
- الخدمات الطبية الاجتماعية خدمات وقائية إنشائية، بالإضافة إلى كونها علاجية.
- تتأثر الخدمة الاجتماعية الطبية بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع.
- تعمل على توفير وسائل الرفاهية والحاجات الأساسية للإنسان واختزال العوامل السلبية المحيطة في البيئة الاجتماعية<sup>1</sup>.
- الخدمة الاجتماعية الطبية إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية التي لها فلسفتها ومبادئها وأساليبها ومنهجها.
- الأخصائي الاجتماعي معد خصيصا لممارسة هذه المهنة في المجال الصحي.
- لا تتعامل مع المريض فحسب بل مع المؤسسة الطبية بأكملها من إدارة وطبيب إلى هيئة التمريض بل حتى خارج البيئة مثل الأسرة وبيئة العمل<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> أحمد فايز التماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، ط1، بيروت، 2000، ص26.  
<sup>2</sup> إبراهيم عبد الهادي ومحمد المليحي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، سلسلة جدران المعرفة، الإسكندرية، 2006، ص36.

الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسة الصحية أو الاستشفائية لها دور رئيسي في دفع المريض أو العميل نحو الشفاء وتوعيته بمخاطر المرض وأهمية الوقاية والسلامة، ولذلك يعمل الأخصائي الاجتماعي جاهدا لفهم مواطن الخلل في المؤسسة وجعلها بيئة تساعد في رفع المستوى الصحي والارتقاء به.

لقد أدى هذا التطور في الطب الوقائي والصحة العامة وإعادة توجيهها إلى تحقيق التغيير الأساسي من منظور الخدمة الاجتماعية، على أساس أنه بالرغم من أن الفكر الأوروبي قد ركز على أهمية الطب الاجتماعي منذ أكثر من قرن، إلا أن الصحة العامة في أمريكا حتى الخمس والثلاثون عاما الماضية كانت محصورة إلى حد كبير في عملية التحكم البيئي في الأمراض المعدية، ولكن مع إدراك أهمية المضامين الاجتماعية في التحكم في الأمراض المعدية حدثت بعض التطورات في مجالات الصحة، وأخيرا كان لها أهمية بالنسبة للعلم الاجتماعي.

فلقد اتسع نطاق اهتمام علم الوبائيات ليشمل إلى جانب دراسة توزيع الأمراض المعدية بين السكان، أيضا دراسة إيكولوجية المرض أو الإعاقة الفيزيائية، وتركز علم الوبائيات في نفس الوقت على التعرف على أسباب المرض ونتائجه المتباينة بين مجموعات السكان المختلفة، وفي بيئات مختلفة، وترتب على ذلك كله الفكرة التي يستند إليها التمييز بين السبب المباشر للمرض والسبب النهائي له، أي عوامل البيئة الاجتماعية والسيكولوجية التي توضح العلاقات بين حامل المرض ومكان الإقامة<sup>1</sup>.

ولذلك تتحمل الخدمة الاجتماعية الطبية المسؤولية الإنسانية والأخلاقية والمهنية في المجال الطبي وذلك من خلال الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المؤسسات والعيادات الطبية [...] وهنا تحتاج المهنة إلى مراجعة ممارستها المهنية وتطويرها على نحو تحقق نتائج أفضل للمريض وأسرته، يعكسه أداء الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل، المؤسسات الطبية، سياسات الرعاية الاجتماعية خاصة المتعلقة بالرعاية الصحية وخطط وبرامج الرعاية الصحية للمريض ويحقق ذلك قدرا من الاستقرار الاجتماعي للمجتمع<sup>2</sup>.

### ب- مهام ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي:

- تقديم المساعدة في بعض حالات القبول التي تستلزم تدخل الأخصائي الاجتماعي الطبي لإقناع المريض بإجراء عملية جراحية أو حل مشاكل تحول بينه وبين انقطاع عن العلاج فترة من الزمن.
- شرح النواحي الاجتماعية الطبية التي تؤثر على حالة المريض للقائمين بالعلاج ولأفراد الأسرة، أي مهام توضيحية تفسيرية.
- تتبع الحالات المرضية كمرض القلب والشلل وذلك بتهيئة سبل الاستمتاع بالحياة.

<sup>1</sup> محمد علي، سناء حسنين الخولي، علي عبد الرزاق جليبي، سامية محمد جابر: دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط3، دار الميسرة، عمان، الأردن 2014، ص63.

<sup>2</sup> محمد السيد أبو المجد عامر: دراسات وقضايا في الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2013، ص228.

- تقديم المساعدات الاجتماعية النفسية في الحالات المرضية التي تستدعي ذلك ويتم عن طريق تحقيق الاستجابة الملائمة للمريض بالنسبة للمؤثرات الجديدة التي طرأت على حياته، فدخل المستشفى للعلاج فترة من الزمن يتطلب استمرارية في العلاقات التي كانت قائمة بين المريض وبين الوسط الذي كان يعيش فيه وذلك بصورة تجعله يحتفظ بروحه المعنوية ودوره الاجتماعي تجاه بيئته وحالته من أي تغيرات.
- يتطلب العمل مع بعض الحالات المرضية قيام الأخصائي الاجتماعي الطبي بالاستفادة من الموارد التي تحتاجها الخدمات المقدمة للمريض.
- الاشتراك في تخطيط الأنشطة الاجتماعية للمرضى خاصة الذين تطول مدة بقائهم في المستشفى.
- تدريب طلبة ومعاهد الخدمة الاجتماعية المكلفون بالتدريب في المستشفيات بالإضافة إلى القيام بالأبحاث الطبية الاجتماعية.
- العمل مع المؤسسات والهيئات المختلفة في حل بعض مشاكل المجتمع المحلي المتعلقة بالصحة والمرض والعمل على سد النقص في الموارد التي تقدم للمرضى<sup>1</sup>.
- ونظرا للأهمية القصوى للخدمة الاجتماعية الطبية في الميدان الاجتماعي والاقتصادي وغيرها من الميادين على أساس أن صحة الأفراد من صحة المجتمع، فإن هذا العمل لا يخلو من مشاكل وسلبات سواء على المستوى النظري التراكمي أو على المستوى العملي في الميدان المتعلق بالصحة والمريض.
- ولعل إسهامات علماء الاجتماع كبيرة الاهتمام بالموضوع لأن التقدم العلمي والتكنولوجي قد حصر الأمراض في جانبه العضوي والجسمي ما أدى إلى إغفال الجوانب الأخرى والإسهامات السيكولوجية والسوسولوجية في ذلك، وهذا يعني ضرورة توجيه مسار البحث من الاهتمام بدراسة العلاقة بين الفرد ومرضه إلى علاقته بالمعايير الاجتماعية والثقافية للمرض لأن هذا المسعى الأخير هو الذي يستطيع الكشف عن جملة من الحقائق العلمية المرتبطة بالوقاية من الأمراض باستخدام التكنولوجيا الطبية المتطورة، ومع ذلك ينبغي الإشارة أن كلا من الاتجاهين يكملان بعضهما البعض سواء من الناحية التحليلية أو من حيث النظرة الشمولية التي تعبر عن العلاقة المتساندة بين إسهامات كل من علم الاجتماع والعلوم الطبية في إثراء مجال المعرفة العلمية<sup>2</sup>.
- وعلى هذا الأساس تؤكد الخدمة الاجتماعية الصحية على أهمية الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل وكذلك مع مؤسسة العمل لأن العلاج الطبي قد يؤدي إلى الشفاء، ولكن غياب العلاج الاجتماعي والنفسي

<sup>1</sup> ماجدة السيد بهاء الدين السيد عبيد: وقفة مع الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص173-174.  
<sup>2</sup> يوسف سعدون: من سوسولوجيا الطب إلى سوسولوجيا الصحة، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية، عدد04 ماي 2009، منشورات جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، الجزائر، ص65.

قد يفشل العلاج الطبي ولذلك فإن الطبيب وهيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي يعمل كل منهم لصالح المريض.

وعلى كل فإن هناك مجموعة من العوامل تزيد من فعالية الأخصائي الاجتماعي كعضو في فريق العمل الطبي نذكر منها:

- ضرورة تحديد اختصاصات وأدوار كل عضو من أعضاء الفريق من خلال وضع توصيف لكل تخصص.

- الاهتمام بالإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي بحيث يشتمل على التدريب على التعامل مع المرضى وأسره وتقديم خدمات نفسية واجتماعية باعتبارها جزء مكمل للرعاية الصحية.

- الإحاطة بالمشكلات التي يمكن أن تعترض عمله كعضو في الفريق، بالإضافة إلى الاهتمام بالتعرف على منظورات التخصصات الأخرى حتى يستطيع التفاعل معها لتحقيق أهداف المجال الطبي وغيره من المجالات.

- فهم المصطلحات الطبية الشائعة والإلمام بأنواع وأعراض الأمراض المختلفة حتى يسهل عليه التفاهم مع الطاقم الطبي.

- التعرف على المؤسسات التي يمكن الاستفادة منها لمساعدة المريض وأسرته مثل مؤسسات التأهيل المهني دور النقاهة، مكاتب التشغيل وغيرها<sup>1</sup>.

### ج- مؤسسة الخدمة الاجتماعية في الميدان الصحي:

يجب أن يفي بناء المؤسسة بتلبية الأغراض التي ترمي إليها فيكون توزيع وحدات المؤسسة بحيث يسهل الاتصال من وحدة لأخرى، وان تجهز المؤسسة بكل المعدات والإمكانات والأدوات التي تساعد القائمين بالعمل على تقديم أقصى ما يمكن من العناية بالمرضى، كما يجب أن يعين للمؤسسة مدير متخصص في الإدارة، وليس من الضروري أن يكون الأطباء، وإذا اشتملت المؤسسة على عدة أقسام، يجب أن يعين لكل قسم طبيب أول يساعده أطباء آخرون حسب مقدار العمل وممرضين خاصين به، ويجب أن يكونوا جميعاً ذوي مؤهلات علمية معترف بها وعلى أخلاق قويمة، وعلى المؤسسة العناية بالبحث العلمي وطرق الدراسات العامة للحالات التي تتبعها، كما يجب أن تهتم بالتدريب العلمي للأطباء، ويجب كذلك أن تعني المؤسسة عناية كبيرة وتشخيص وعلاج المرضى لكي نعيد لهم الصحة وتمنع تفاقم المرض وتخفيف الآلام العضوية والمعنوية من خلال التعاون مع المؤسسات الطبية الأخرى، وكذلك المؤسسات الاجتماعية المختلفة وأن تهتم بتنسيق العمل بينهما.

<sup>1</sup> نجلاء محمد صالح: العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2012، ص300.

يجب كذلك أن تعتنى المؤسسة بالأحوال الاجتماعية للمرضى عن طريق الزيارات التي تقوم بها الزائرة الاجتماعية، فتعمل على بحث حالة المريض وتقديم للطبيب المعلومات التي يحتاج إليها، وترشد المريض وأهله بلغة بسيطة إلى خير وسائل العلاج، كما تعمل على إزالة جميع العقبات وحل المشكلات الاجتماعية المختلفة التي تقف عقبة في سبيل تحسن حالة المريض.

ومن أجل تنظيم الخدمة يفضل أن يوجد بالعيادة مكتب خاص بالزائرة الاجتماعية أو أكثر حسب أهمية العيادة وعدد المرضى الذين يترددون عليها وتقوم الزائرة الاجتماعية بالعمل قبل دخول المستشفى وعند الإقامة وبعد مغادرة المستشفى<sup>1</sup>.

كل ذلك مع الاهتمام بالبناء الاجتماعي للمؤسسة أو المرفق الصحي الذي يمثل نسقا من العلاقات التي تربطها أخلاقيات مهنة الطب والتمريض وغيرها، وكذلك التخصص المهني العلمي الدقيق في شكل تراتبي محدد ومعتبر ومرتب أي أدوار يلتزم بها كل المتعاملين داخل المرفق الصحي وترتب عليهم تبعات ومسؤوليات [...] وتنوع المؤسسات والمرافق الصحية لتشمل المستشفيات العامة والتخصصية والمراكز الطبية والمستوصفات والعيادات ومختبرات التحليل الطبي والصيدليات وغيرها، كما تشمل المرافق الصحية الداعمة للصحة من المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي إلى التفتيش الصحي ومراقبة الأغذية وحماية البيئة وغيرها، ويقوم هذا التنوع على أسس وظيفية وتخصصية تحكمها أساسيات المهنة ومتطلبات الرعاية والعلاج<sup>2</sup>، ويساعد فهم المؤسسة الاجتماعية من الناحية العلمية والتطبيقية في تحليل المؤسسة، والتعرف على قدراتها في تحقيق المهام والأهداف المنوطة بها، إلا أن الأخصائي الاجتماعي يحتاج عند عمله مع المؤسسة إلى التركيز على مهام محددة تتعلق بالعمل على تطوير أداء المؤسسة وحل مشكلاتها، بالإضافة إلى الحاجة لمشاركة الأخصائي الاجتماعي مع العاملين بالمؤسسة من أجل تنمية مواردها وتنظيم برامج جديدة تلي احتياجات أنساق العمل، وقد لا يتأتى ذلك إلا من خلال استخدام استراتيجيات فاعلة والاعتماد على مجموعة من مهارات التدخل وتنمية العلاقات بين المؤسسة والمجتمع الذي تقع هذه المؤسسة داخل نطاقه وتقوم بتقديم المساعدات لأعضائه.

وعموما فإن للمؤسسة الأثر الكبير سواء على العملاء أو العاملين الذين يسعون لتلبية حاجات ومتطلبات المرضى داخل النسق، وتتأثر المؤسسة بكل مكوناتها بالتغيرات والمدخلات الخارجية التي تفرض عليها تغيير ثقافة المنظمة وكذلك حتمية التغيير والتجديد سواء من ناحية التكنولوجيا أو من ناحية التحولات الثقافية والفكرية الجديدة، فالمنظمات والمؤسسات الناضجة خاصة من وجهة نظر التنظيم تسعى جاهدة لفهم

<sup>1</sup>رشيد زرواتي: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، ط1، مؤسسة ابن سينا للطباعة والنشر، الجزائر، 2000، ص76.  
<sup>2</sup>عبد السلام بشير الدويبي: علم الاجتماع الطبي، دار الشروق، عمان، الأردن، 2006، ص71-72.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الخدمة الاجتماعية

هذه التغييرات ومحاولة التكيف معها لتحقيق الأهداف المرجحة على المدى القريب والبعيد يشترك في النهاية الأخصائي الاجتماعي والمؤسسة الاجتماعية في صياغة هذه العملية المنهجية من أجل الوصول إلى أقصى درجات التنمية.

ويوضح الجدول الآتي مجموعة من الأدوار والوظائف داخل الإدارة يرسمه الهيكل التنظيمي للمؤسسة ويشترك فيه العميل والممارس المهني لتقديم سياسة تنموية ناضجة<sup>1</sup>.

### الجدول (2) النموذج الوظيفي لأدوار الأخصائي الاجتماعي وأهداف المؤسسة.

المستوى والدور	التنمية المهنية	الخدمات المقدمة للعميل	إدارة الموارد
الممارس المباشر	-النمو المهني الذاتي -الالتزام بمستويات الأداء المرتفعة	-تنظيم الخدمات وتنميتها -تقديم الخدمات المباشرة للعميل	-تفهم تأثير الموارد على مستويات الخدمات -تحديد الموارد وتنميتها
المشرف	-تدريب وتقييم وتنمية مهارات الممارسين -النمو المهني الذاتي	-تدعيم وتحديد مستويات الأداء الفعال -التعاون مع الممارسين لمواجهة المواقف الصعبة	-التأكد من إنفاق الموارد بطريقة مثلى -وضع تصورات مستقبلية عن أهداف الميزانية
مدير الإدارة	-متابعة ممارسات العاملين -النمو المهني الذاتي	-تطبيق السياسات ووضع الإجراءات المتعلقة بنوعية محددة من الخدمات والبرامج	-تكوين التصورات عن الموازنة ومحدداتها -تحديد المصادر المادية والموارد للبرامج
المدير التنفيذي	-يضع سياسات العاملين -تدريب وتنمية وتقييم مديري الإدارات -إنشاء مستويات للنمو المهني	-يضع السياسة والإطار العام للأنشطة والبرامج -التصديق على أهداف المؤسسة	-يضع السياسة المالية وفقاً لأهداف المؤسسة -تحديد مصادر مالية جديدة للمؤسسة والعمل للحصول عليها

المصدر: حسين حسن سليمان: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص 319.

<sup>1</sup> حسين سليمان وآخرون: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، ط1، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر بيروت، لبنان، 2005، ص 311.

### ملخص الفصل:

بعد تعرفنا على الخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية ظهرت منذ قديم الزمن تحت مسميات واستخدامات عديدة، وبعد التطرق إلى أهم جوانب هذه العملية ومبادئها ومنهجها أصبح بالإمكان وضع تصور شامل وإطار عام حول مناحي الخدمة وأهم أهدافها وسبلها التنموية والإرشادية في حياة البشر، ولأن إشباع حاجات الإنسان وتلبية رغباته يزداد يوماً بعد الآخر وتزداد معه المتاعب والأبحاث حول الطرق والأساليب المؤدية لحل هذه المشاكل، فلا مبالغة في طرح الخدمة الاجتماعية سواء على مستوى الأفراد أو الجماعات في المؤسسات الرسمية وخارجها كبديل وضرورة قصوى للتغلب على مثل هذه العقبات. لقد عالجنا في هذا الفصل الذي سبق أهم زوايا المهنة ابتداءً من النشأة والتطور الزمني والمكاني، وحلولاً بالمبادئ والطرق والفلسفة التي تركز عليها مهنة الخدمة الاجتماعية بمفهومها العلمي، إلى الأركان وكذلك أهم المجالات التي تغطيها في ممارستها نحو مختلف الشرائح والمجالات وفي عموم القول؛ فإننا خلصنا في ما سبق ذكره إلى أن الخدمة الاجتماعية لها دور بارز ورائد في العملية الصحية للمجتمع، أي في تنمية حاجات الأفراد وتطوير مهاراتهم ورفع معدل الحياة وترقية نوعية الخدمات ونوعية الرعاية الاجتماعية، كما أنه لا يمكن إغفال الدور الرئيسي للأخصائي الاجتماعي الذي ركزنا على أهم وظائفه وإمكانياته للمساهمة في التنمية البشرية والاجتماعية، وأن صحة المريض أو العميل النفسية والاجتماعية تتوقف بدرجة كبيرة على كفاءته ومؤهلاته وفي مجمل القول فإن للخدمة الاجتماعية التي خصصنا لها فصلاً كاملاً أهمية كبيرة خاصة في المجال الطبي الذي هو محور هذا البحث، والصحة العامة التي هي فصلنا الموالي، فالمرض الاجتماعي أو النفسي لا يمكن أن يكون إلا عقبة في وجه التقدم والازدهار، ولا يتم مواكبة التطور الحضاري إلا برفع الوعي لأجل مسايرة متطلبات التنمية وشروط الإقلاع الحضاري.

# الفصل الثالث

## الصحة والصحة العمومية

أولاً- نظام الخدمة الصحية والطبية عبر العصور

ثانياً- العوامل الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض

ثالثاً- المؤسسة الاستشفائية كتنظيم اجتماعي في منظمة الرعاية

الصحية

رابعاً- السياسة الصحية والطبية في الجزائر

تمهيد:

الفصل الموالي يتناول الصحة والصحة العامة وكيفية استخدام الخدمة الاجتماعية في تقديم خدمات اجتماعية وصحية تساهم في عملية التنمية، وتقضي على الأمراض النفسية والاجتماعية والعضوية بالنسبة للمؤسسة والفرد والمجتمع.

وسيتم التركيز في هذا الفصل على العوامل الثقافية والاجتماعية المتعلقة بالصحة والمرض، دون إغفال أهم المجالات والطرق المتبناة للنهوض بقطاع الصحة خاصة على المستوى المحلي أي بالجزائر كأحد النماذج التي واكبت التكنولوجيا الحديثة في الطب والصحة، وشيدت المستشفيات العامة والخاصة لخدمة الأفراد والأسر والمجتمعات وإلى غاية الساعة يخصص البلد كغيره من الدول إمكانيات وميزانية ضخمة في هذا المجال، وتسهر على خدمة القطاع وزارة كاملة تسعى لتحدي الأمراض المزمنة والأوبئة المنتشرة، وبذلك تساهم في الخدمة الاجتماعية الصحية. ولكن برغم ذلك تبقى المشاكل والعقبات تعطل حركة التنمية الصحية والاجتماعية بالجزائر لعدة ظروف وعوامل منها ما هو اجتماعي ومنها ما هو خدماتي ومنها ما هو إداري خدماتي، ويبقى بذلك المريض أو طالب العلاج والخدمات هو الحلقة الأضعف في المعادلة، حيث تشير الدراسات والإحصائيات إلى أن الجانب الخدماتي الصحي في البلد لا يزال يراوح مكانه من حيث جودة الخدمات وتوفير الإمكانيات، وكذلك من حيث نوعية الكوادر الطبية التي تسهر بطريقة مباشرة على العملية، أو من حيث نسق المؤسسة الصحية التي يتعامل معها على أنها نظام اجتماعي ولكن بتدرج هرمي "يحاكي البيروقراطية ويحرم العميل من كثير من الاحتياجات، إضافة إلى المكانة الهامشية التي يوليها المجتمع وصانع القرار للأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي — إن كان موجودا أصلا — على حد سواء.

وعموما فإننا سنحاول في هذا الفصل إيضاح الكثير من النقاط الخفية في النسق الصحي وأهمية دوره في العملية التنموية من خلال ذكر العوامل والأهداف، النتائج والأسباب، والمشاكل والحلول ، بالإضافة إلى بعض التصورات المعاصرة التي يمكن أن تفيد في إنجاح المشاريع والخطط الصحية الرائدة.

أولاً- نظام الخدمة الصحية والطبية عبر العصور:

لم تنشأ الخدمة الصحية أو العلوم الطبية الحديثة من فراغ، بل مرت عبر عصور عديدة ضاربة في التاريخ بقيت الكثير من إنجازاتهم شاهدة على ما قدموه للبشرية في مجال التمريض والصحة، سواء عند استقراءنا لتاريخ العرب أو الغرب، لهذا فإن من المقولات الرئيسية في تاريخ العلوم أن الطب كان معدوما فأوجده أبقراط (في القرن الخامس قبل الميلاد) وميت فأحياه جالينوس (في القرن الثاني الميلادي) ومشتتا فجمعه الرازي (251هـ/313هـ)<sup>1</sup>. فالحضارة اليونانية والإسلامية هي أول من أرست دعائم الطب وفنونه على مر الزمن والعصور إلى أن وصل إلى ما وصل إليه اليوم من التطور والتقدم.

دون أن ننسى الحضارة المصرية الفرعونية من حوالي 3200 سنة قبل الميلاد وبعد حوالي 400 سنة من التاريخ تحولت النقوش التي كانت تدل على المعاني إلى لغة مكتوبة على أوراق البردي، وقد كان لذلك شأن عظيم للأطباء في تقدم مستوى الطب في مصر وذيوع شهرته وامتداده عبر العالم<sup>2</sup>. ولعل ذلك ما يدفعنا إلى التطرق لكل حضارة وحقبة زمنية في كل عصر على حدا دون إطالة أو تقصير.

أ- حضارة ما بين بلاد النهرين:

ساد المعتقد في هذه الحضارة أن المرض والصحة مرتبط بالكهنوت والقوى الغيبية، حيث أن المرض ما هو إلا لعنة أو غضب القوى العلوية، وعلى الطبيب أن يجد الذنب الذي اقترفه المريض حتى يحدد له نوع العلاج والدواء، ويعد حمورابي (ق18ق.م) أول من سن العقوبات وحددها فقطع يد الطبيب وارداة في حالة فشله في العلاج، وقد قل الإقبال على مهنة الطب لارتباطها بالعقوبة وغضب الآلهة<sup>3</sup>. فكان لزاما أن تكون الخدمة الصحية والتطبيب غير مؤهل لأداء مهامه، وانتشار الأوبئة والأمراض وبرغم تلك المساوى فغن حمورابي يعد أول من وضع قوانين الطب قبل أبقراط بحوالي 12 قرنا.

ب- الطب عند قدماء المصريين:

الحضارة المصرية القديمة قدمت هي الأخرى عدة نماذج لعمليات العلاج والتحنيط حيرت العلماء والباحثين حتى الساعة، حيث عرف الطب في بلاد وادي النيل تقدما كبيرا، جعل من شاعر الإغريق "هوميروس" يتكلم عن مصر الزاخرة بالعقاقير التي اعتبر كل إنسان فيها طبيبا، كما أن الفراعنة تمكنوا من

<sup>1</sup> علي مكوي وآخرون: دراسات في علم الاجتماعي الطبي، القاهرة، 1998، ص9.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص 232.

<sup>3</sup> نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، ط1، الجزائر، 2010، ص16.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

معرفة وظائف الأعضاء وتفصيلات الجسم البشري والدورة الدموية وحركات القلب، ما يؤكد الأسبقية لاهتمام الفراعنة بصحة الإنسان ومحاربة المرض والأعياء الذي يجد من نشاطه الاجتماعي<sup>1</sup>.

لقد كانت مهنة الطب في فحصه للمريض مشاهجة حتى تصل إلى المطابقة لما هي عليه الآن، حيث كان الطبيب المتخصص يبدأ باستجواب مريضه " الحوار " ثم يقوم بعد ذلك بفحصه فحصا دقيقا للتوصل لأهم ما يعانيه من الأعراض<sup>2</sup>.

"إن الطب الفرعوني الضارب في أعماق التاريخ يتحدث عن علم يجب دراسته والتعرف عليه والاستفادة منه، فلقد ترك المصريون القدماء ثورة حقيقية في الطب رسموها على خرائط معابدهم ومقابرهم ونحتوها على تماثيل وقوارير، وكتبوها في البرديات".

تحدثوا في خضم ذلك على أكالات ومشروبات صحية، وعقاقير وأدوية كثيرة، بالإضافة غلى الكثير من الوصفات لعلاج الأمراض والكسور<sup>3</sup>. كما اعتمد المصريون القدامى على البيئة الطبيعية لاستخراج الأدوية من الأعشاب، حيث تشير الرسوم والنقوش التي خلفها قدماء المصريون على جدران المعابد أنهم الأوائل في استخدام أشجار الزيتون، وأن لهم سبق في زراعتها والاستفادة من فوائدها الصحية الذي يرجع إلى " إزييس"، وقد عرف المصريون استخلاص زيت الزيتون بعد فترات طويلة من زراعة الأشجار أي بحوالي سنة آلاف سنة ولم يعرفوا كيفية استخلاصه إلا بعد ألفي سنة، حيث استخدموه كشراب نافع لعلاج متاعب الكبد ولعلاج المرارة واستخدموه أيضا كمقو ومحمل للشعر<sup>4</sup>.

لقد تم إنشاء مدارس الطب في مصر القديمة ملحقة بالمعابد وكانت التخصصات في الفروع المختلفة معروفة للأطباء في مصر القديمة، ووفقا لـ " هيرودوت" فقد كان هناك متخصصون في العيون والفم والأسنان وفي علاج آلام المعدة، وحتى في جزء من أجزاء جسم الإنسان، كما كان هناك طبيبات، وكانت المعرفة بعلم التشريح متقدمة بسبب التحنيط، كما كانت الجراحة أيضا متقدمة... ونتيجة للصراعات والحروب والغزوات الاستعمارية التي تعرضت لها مصر بعد ذلك، تم نقل هذه العلوم إلى حضارات أخرى وظلت الإسكندرية — العاصمة الجديدة لمصر — والتي بنيت في عصر البطالمة 323 ق م مركز إشعاع للعلوم والمعارف الطبية للعالم بأسره، وتظل العديد من المعارف الإغريقية تدين بالكثير للطب المصري القديم<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> نور الدين حاروش : إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص17.

<sup>2</sup> شايب سعاد: الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، الجزائر، 2007، ص41.

<sup>3</sup> عادل عبد العال: الطب القديم(خلاصة أسرار الأطباء القدامى من الطبيعة، ط3، دار أجيال للنشر والتوزيع، د ب، 2007، ص05.

<sup>4</sup> المرجع نفسه، ص30.

<sup>5</sup> برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئة، تحرير إسماعيل يوسف وآخرون، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دط، دار الكتب، مصر، 2005، ص02.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

لقد كانت مكتبة الإسكندرية العظيمة تضم عددا كبيرا من البرديات بعضها من زمن الفراعنة والبعض الآخر من البطالسة، وقد كان لهذه البرديات الأثر الكبير في وصف الأمراض وصناعة الأدوية نذكر منها:

**1- "بردية كاهون":** اكتشفت هذه البردية عام 1889 بمدينة كاهون الفرعونية بالفيوم، وتعود تاريخها إلى سنة 1900 ق.م يعد جزء منها مخصص للطب البيطري تحتوي على 35 وصفة طبية لأمراض النساء والولادة.

**2- بردية أودين سميث:** اكتشفت في الأقصر عام 1861 درسها المؤرخ برستد طولها 4.68 متر وعرضها 33سم، كتبت بالحبر الأحمر والأسود، ذكر فيها 48 حالة من الجروح والكسور والأورام والقرح وكيفية معالجتها.

**3- بردية إيبس:** أشهر البرديات قاطبة اكتشفها العالم الألماني إيبس تحتوي على 811 وصفة طبية طولها 25 متر وعرضها 30 سم تتكون من 2289 سطر فيها 12 وصفة مخصصة للأناشيد والأدعية، تشتمل على أسماء الأدوية الخاصة بكل عضو من أعضاء الجسم تعود لعام 1550 ق.م، تدل هذه البردية على مهارة الفراعنة في التحنيط وأهم تعرفوا على وظيفة القلب والأوعية الدموية في الجسم.

**4- بردية هيرست:** عثر عليها في دير البلاص عام 1901، تحتوي على 260 وصفة طبية يعود تاريخها إلى حوالي 1550 قبل الميلاد، تحتوي على 273 سطرا وهي بطول 17.2 سم.

**5- بردية لندن:** توجد هذه البردية بمتحف لندن ببريطانيا وتم اكتشافها حوالي عام 1865 يبلغ طولها المترين والنصف، وتحتوي على 63 وصفة سحرية لمعالجة أمراض العيون والحروق وأمراض النساء...<sup>1</sup>.

هذه بعض البرديات التي تم اكتشافها حديثا، وتعود لأزمات غابرة في التاريخ الفرعوني، وهناك برديات أخرى لازالت تحت البحث والتنقيب تدل على أسبقية الدواء، والاهتمام بالصحة في ذلك العصر.

### ج- الصحة والطب عند العرب والمسلمين:

اهتم العرب بالصحة قبل الإسلام وبعده، حيث تدل الشواهد الكثيرة التي سنأتي على ذكرها أنهم برعوا وأبدعوا في هذا المجال قبل غيرهم، واستطاع العرب والمسلمين أن يجعلوا من أنفسهم أساتذة ، ومصادر طالما أضاءت سماء أوروبا المظلمة — إذ ذاك العصر — قرونا عديدة، فبرغم اشتغال العرب قبل الإسلام برعي الماشية والجمال في صحرائهم القاحلة، إلا أنهم استطاعوا التأقلم مع هذه البيئة القاسية واستفادوا من عناصرها من خلال التجربة، وهو ما ميز الطب في العصر ما قبل الإسلام(— أي التجربة)— خاصة فيما يتعلق بالأعشاب والنباتات الصحراوية بشبه الجزيرة العربية، وقد أثار ذلك العديد من التساؤلات والفضول من

<sup>1</sup> رياض رمضان العلمي: الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت 1988، ص ص 23،24.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

الكتاب المستشرقين (أمثال لوكليرك — رنو كولان — ريسلر...) أثار ميدان الطب العربي هؤلاء للكتابة والتحري عن صدق التجربة العربية الطبية، حيث أسهم العرب في مجالات عديدة أهمها فيما يتعلق بأمراض الجسم البشري ككل تشخيصا وعلاجاً<sup>1</sup>.

هذا من ناحية التطبيب ، أما من ناحية الصيدلة والدواء فقد تميز العرب أيضا في هذا المجال، وكان لهم السبق والفضل في تأسيس وتطوير مهنة الصيدلة والعقاقير من الطبيعة ذاتها واستمر عطاؤهم إلى غاية بزوغ فجر الإسلام الذي جاء ليبطل السحر والتعاويذ التي كانت سائدة ويعلن الحرب على الخرافة والكهانة التي كانت قبله.

ولذلك فالعرب لم يعلوا شأنهم إلا بعد مجيء الإسلام الذي سنولي له فيما تبقى مزيدا من الإسهاب والإيضاح لأهم ما استطاع تقديمه من تنظيم وتماسك واهتمام بالصحة والمتابعة والتأكيد على أهمية النفس والجسم والسعي الدائم والمتواصل للحفاظ عليها وعدم إهلاكها وأضرارها.

قال تعالى: ((وَنَزَّلْنَا مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا)) (الإسراء:82)، وقال رسول الله — صلى الله عليه وسلم — : ((عليكم بالشفاءين العسل والقرآن)) رواه ابن ماجه ، تؤكد الآية والحديث النبوي الشريف البحوث العلمية والطبية التي سبقت كل أساطير الطب في الشرق والغرب على مر الزمان، ونحن في هذا الصدد سنتحدث عن أهمية الشفاء من المرض وطرق علاجية الإسلامية والنبوية، حيث ظهر في العصر الحديث أناس يدعون للعودة للطب النبوي أو ما يسمى الطب البديل ولجأت الكثير من المجتمعات إلى إعادة إحياء الطب الشعبي لما حققه من إنجازات أصبحت اليوم تتحدى الطب الرسمي الذي لم يفلح في إيجاد حل للكثير من الأمراض كالروماتيزم والصرع والشلل وغيرها من الأمراض المستعصية، نحن هنا لسنا بصدد الدفاع عن طرف من الأطراف، ولكننا نشير إلى أن الطب أو الاهتمام بالصحة والمرض في الإسلام كان عبر مراحل وفي عدة أشكال مما هو معروف عليه اليوم بالطب النبوي، والطب الشعبي ، والطب البديل، لذلك سنحاول إيضاح ذلك تاريخيا منذ تطور العلوم الطبية في الإسلام إلى الطب الحديث، وتداعيات كل منها على الآخر . لقد دعا إذن الرسول الكريم إلى التداوي والحفاظ على الصحة في الكثير من الأحاديث التي سنذكر بعضها فقط وأشار إلى الصحة الجسدية والنفسية والروحية لعلاقة التداخل والتكامل بينهما.

<sup>1</sup> علي مكايي: علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية، 1990.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

كما ظهر التداوي بالأعشاب والثمار كالحبة السوداء والتمر وغيرهما، قال رسول الله "صلى الله عليه وسلم": ((التلبينة مجمة لفؤاد المريض تذهب ببعض الحزن))<sup>1</sup> وأخرج البخاري<sup>1</sup> وهي مأخوذة من دقيق الشعير ونخالته ممزوجة بالعسل لها فوائد للجسم والنفس أثبتها الطب الحديث لأنها دون أضرار ولا أعراض جانبية لها تذكر، كما أنها خالية من المواد الكيميائية.

وبذلك يكون الدواء والعلاج حتمية اجتماعية وإنسانية لوجود علة المرض، ويؤكد الحديث النبوي الشريف ((إن الله لم يزل داء إلا أنزل له شفاء، علمه من علمه وجهله من جهله))<sup>2</sup> أن الدواء موجود لكل نوع من أنواع المرض، وعلى المعالج البحث فقط وبالتالي لا يوجد مرض دائم أو علة مستمرة مدى الحياة، فالإسلام إذن جاء ليحمي الأبدان ويطلب صحتها، وقد أكد ذلك الانتشار الواسع للأطباء والعلماء الذين جاؤوا بعد حوالي قرن فقط من الإسلام، حيث تمكنوا من تشخيص العلل والأمراض، واكتشاف الأدوية انطلاقاً مما أكدته السنة النبوية المطهرة، وتماشياً مع العلم الحديث، وإتباعاً للهدى النبوي الذي ليس فيه سوى الخير، إذن الطب النبوي والإسلام جاء ليؤكد حقيقتين أساسيتين هما الحفاظ على الجسم والنفس، وذلك المنهج الديني لم يترك أدب من آداب الجلوس أو الأكل أو العلاج إلا ساهم فيه إسهاماً قل نظيره. وإلى اليوم يكتشف العلم الحديث صدق النبوة والوحي، والأمثلة في العلاج بالدين كثيرة في حياة المسلم وكلها صحية، كالصلاة والصوم والحجامة، السواك، الرياضة روحانية وجسدية.

وهذا فيما يتعلق بالطب النبوي وما ورد في الأثرين، ولكننا سنتحدث عن إنجازات طبية في الحضارة الإسلامية بقيت آثارها ومعالمها واضحة إلى اليوم، كما سنشير إلى أهم العلماء في ذلك العصر وأهم ما قدموه للبشرية. لقد حوى التراث العربي الإسلامي مقتطفات عديدة حول تصنيف أمراض الجسم حسب فصول السنة حيث أوضحت العلاقة الوثيقة بين كل فصل وما يسببه من أمراض، مما يدخل الآن تحت مبحث أسباب المرض وعلم الأوبئة والوقاية أن تصنيف المرض على هذا النحو يرجع الفضل فيه إلى نظريات العرب<sup>3</sup>. أمثال ابن سينا والرازي والبيروني، وابن النفيس والزهرراوي... وغيرهم، فابن البيطار مثلاً (1179-1248م) كان رئيساً للعشائين في عصره يتعين من ملك مصر العادل، وقد ألف عدة كتب في هذا الصدد أهمها (الجامع لمفردات الأدوية والأغذية) جمع فيه كل ما صنّف قبله وأضاف إليه مائتي صنّف جديد نتيجة أبحاثه، وكتابه موسوعة ضخمة يعد أفضل ما عرف حتى الآن من الكتب العربية في هذا الموضوع، حيث ترجم إلى اللاتينية عدة مرات

<sup>2</sup> ماهر حسن محمود محمد: الثمار والأعشاب الواردة في القرآن الكريم والسنة النبوية، دار الندى، الإسكندرية، 2006، ص160.

<sup>1</sup> أحمد بن اسحاق الأصفهاني، تحقيق مصطفى خضرونمر التركي: موسوعة الطب النبوي، المجلد الأول، ط1/ دار ابن حزم، لبنان، 2006، ص177.

<sup>2</sup> علي مكايي: علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، المرجع السابق، ص135.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

وإلى الفرنسية والألمانية ، وظل الكتاب يدرس في جامعات أوروبا حتى القرن الثامن عشر<sup>1</sup>. كما أن الطب العربي في العصر الإسلامي تفوق أزمنة عديدة واهتم بعلوم الصحة والطب، والخدمات التي قدمت في ذلك العصر صنع حضارة إسلامية راقية إذ تعدى الاهتمام بالإنسان إلى الحيوان، وذكر ذلك مصطفى السباعي حينما أشار في كتابه بعنوان "من روائع حضارتنا" إلى القيمة التي كان يوليها المسلمون للروح والجماد، حيث قدموا صور مشرقة ، وصفحات لازال التاريخ يذكرها باعتراف المستشرقين والأوروبيين، كما أن فضل ابن سينا في الطب هو الآخر كبير ودرست أوروبا والجامعات الأمريكية كتابه "القانون في الطب" قرونا عديدة، حيث اعتمد كمرجع أساسي في الطب لأهميته العلمية في الشرح والتشخيص ، والأطباء العرب القدماء — تقريبا — معروفون في الحضارة الغربية أكثر من العرب اليوم، ولا يكاد يخلوا متحف أو مكتبة إلا وبها إشارة إلى ذلك التاريخ، سواء من خلال المخطوطات أو الكتب والمؤلفات.

وقبل الحديث عن الطب والعلاج في أوروبا الحديثة، نود أن نشير إلى إشارة مهمة يجهلها أو يتجاهلها كثير من الكتاب والمؤرخين ألا وهي أسبقية علم الاجتماع الطبي (ليس كمفهوم) عند العرب قبل الغرب، فالمصادر العربية الإسلامية تؤكد خلال الحقبة التاريخية الممتدة ما بين القرن التاسع الميلادي والعاشر على ذلك حيث اهتم كتاب هذه الحقبة أمثال الأندلسي بن عبد ربه، وابن قتيبة الدينوري، وابن سينا والبغدادي، والأزرقي إبراهيم بن عبد الرحمان بن أبي بكر بدراسة الجوانب الصحية والوقائية للحياة الاجتماعية، وبينوا أهميتها في حفظ النوع الإنساني وتنظيم حياته اليومية وتعويده على ممارسة الأنماط السلوكية والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطابع الصحي والوقائي، وقد تطرقوا خلال هذه الفترة إلى تناول الموضوعات الرئيسية ذات الثقة الوصيلة بما يسمى الآن — علم الاجتماع الطبي — وتناولوا صورة الطبيب الاجتماعية ونظام العمل الطبي بين الأطباء والمطبيين ومجبري العظام...<sup>2</sup>. كما اهتم المسلمون بالجوانب النفسية والروحية للمريض واعتبار الصحة وحياة الإنسان من أهم ما ركزت عليه المقاصد الشرعية لأصل حفظ النسل وتقوية الأجسام والأبدان، فكما ورد في الأثر أن المؤمن القوي خير وأحب إلى الله تعالى من الضعيف، والقوة في الإسلام ليست إيمانية فقط ، بل تتعدى إلى القوة الجسمية والجسدية والسلامة الصحية من العلل والأسقام، لذلك أكدت المصادر الشرعية على علو اليد العليا على السفلى وأن الكسب والكد قائم على سلامة الجسم وقوته خلال مرحلته العمرية، ولعل سر تطور الطب في العصر الإسلامي اهتمامه بجوانب عديدة من الصحة تتمثل في الجسم والنفس والروح والمحيط البيئي النظيف ، أي كل ما يعرف سبل الراحة والصحة ويجنب المرض والعلل.

<sup>3</sup>رياض رمضان العلمي: الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم، المرجع السابق، ص41.  
<sup>1</sup> نجلاء عاطف خليل: علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2006: ص128.

### د-الصحة في أوروبا الحديثة:

من المفترض أن الطب الغربي طب عقلاني ومنهجي يعتمد على الدلائل التجريبية والمنطق الاستقرائي أو الاستدلالي، حيث يعتقد أن أسباب المرض تعرف في هذه المجتمعات بواسطة متغيرات تشريحية وفسولوجية، لذلك تراه يركز على السمات الفيزيائية للشخص دون الاستماع إلى تفسير المريض أو شكواه، وعلى العكس من ذلك حينما يعتقد أن المرض يعرف بواسطة الخبرة الإنسانية ومردّه إلى التفاعلات الإنسانية فقد يهتم المجتمع بتنظيماته الاجتماعية ويفهم مرضاه في تفسيره لمفهوم المرض<sup>1</sup>. وهذا ما أدى إلى ظهور علم الاجتماع الطبي في أوروبا، وتطورت على إثره الكثير من النظريات، ففي سنة 1959 مثلاً ألف "دافيد مكانيك" كتاب بعنوان علم الاجتماع الطبي، وألف البروفيسور "Ballent" في سنة 1954 الطبيب ومريضه والمرضى، وجاءت معظم هذه الدراسات للتركيز على المريض بدل المرض، وتشخيص أسباب المرض وسبل علاجها، وكذلك دراسة العلاقات الإنسانية في المؤسسات الصحية، أي دراسة العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمرضى داخل المؤسسة الصحية مع كل أعضاء الفريق الطبي<sup>2</sup>. وهو ما يؤكد لنا الثغرة الموجودة في الطب الرسمي وأهم عوائق التقدم الطبي التي لا تراعي إنسانية الإنسان ومحيطه الخارجي، وظروفه الاجتماعية، كل هذه العوامل مجتمعة قد تؤثر على صحة المريض وتصعب المرض على الطبيب والفريق الطبي، وللإشارة فإن الخدمة الاجتماعية برعاية الأخصائي الاجتماعي لها دور جوهري في هذه العملية، أي أنها تشكل حلقة الوصل بين الطبيب والمريض، وليس الاهتمام فقط بجسد المريض فسيولوجيا، بادراك للمرض وتفسيره تفسرا علميا وكما يركز على معايير عضوية بيولوجية<sup>3</sup>.

لذلك تدخل على الخط عدة تخصصات واهتمامات تساعد الطب الحديث وتخفف عنه، وعلى اثر ذلك تعقد العديد من المؤتمرات والندوات العالمية وترتكز الاهتمام بالجوانب الاجتماعية للصحة، وتؤكد على أهمية ذلك في العملية التنموية، فقد عقدت منظمة الصحة العالمية مؤتمرا يهتم بهذا الصدد وألحت على أهمية وضرورة الاهتمام والتركيز على المحددات الاجتماعية للصحة، ودعى المؤتمر

إلى التركيز على الجوانب الاجتماعية والنفسية وتعزيز الأدوار الاجتماعية في الجوانب الطبية والصحية كما أكد المؤتمر على دور التكنولوجيا تجاه المحددات الصحية والمستويات الطبية لما يمكن أن تقدمه للخدمة الاجتماعية الصحية والتنمية

<sup>1</sup> نجلاء عاطف خليل، المرجع السابق، ص36.

<sup>2</sup> سعيدة شين: التصورات الاجتماعية للطب الشعب، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، الجزائر، 2015، ص100.

<sup>3</sup> aslam Mustapha :Pouvoir de géirire,pouvoir social et prestige religious,au tour du cheikh kuwder,univerité aix Marseille,1998,p15

في خلاصة ما وصل إليه المؤتمر<sup>1</sup>:

- دعم الدور الريادي لمنظمة الصحة العالمية مع رصد التقدم المحرز في مجال المحددات الاجتماعية للصحة مع دمج الصحة في جميع السياسات لمعالجة الإجحاف في الصحة.
- تعزيز الإنصاف في الصحة داخل البلدان وفيما بينها، ورصد التقدم على المستوى الدولي وزيادة المساءلة الجماعية في مجال المحددات الاجتماعية للصحة ولاسيما في تبادل الخبرات والممارسات الجيدة.
- تحسين إمكانية وصول الجميع لتكنولوجيا المعلومات الشاملة والابتكارات في مجال المحددات الاجتماعية الرئيسية للصحة واستخدامها.

إن أوروبا اليوم خاصة والعالم المتقدم عموماً تسعى للوصول إلى الصحة الكاملة للجميع، وذلك لا يتأتى إلا بالاهتمام بجميع نواحي الصحة الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من المتغيرات التي ترهنها. والواقع أن التمييز بين العلة والمرض لا يعني أنهما ظاهرتين منفصلتين، بل مرتبطتين في كل المستويات، والعلاقة بين كل هذه العوامل معقدة وليست بسيطة تركز على طبيعة وحدة المرض وعلى العديد من العوامل النفسية والاجتماعية الأخرى<sup>2</sup>.

إذن خلاصة القول أن الصحة والمرض والاهتمام بهما مرتبط بوجود الإنسان، منذ ولادته وتطوره من القديم إلى الحديث، لم تتغير فيه سوى الآليات والنظريات للوصول إلى أرقى درجات الصحة وهي الكمال، والخلو من المرض اجتماعياً ونفسياً، ولعل تعريف منظمة الصحة ما يؤكد ذلك، ويجعل الأبحاث والتقارير تستمر مع استمرار المرض المحيط بالإنسان.

<sup>3</sup> منظمة الصحة العالمية: المحددات الاجتماعية للصحة، حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة، البرازيل، أكتوبر 2011، ص14. على الموقع: <http://www.who.int/iris/handle/10665/24285>

<sup>1</sup> سليمان بومدين: الصحة والمجتمع، مجلة البحوث والدراسات في العلوم الإنسانية، عدد 04، سكيكدة، الجزائر، 2009، ص53.

ثانياً-العوامل الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض:

لا يخفى لأي باحث في العلوم الاجتماعية الصحية أهمية الرعاية والخدمات الصحية النوعية المقدمة للمؤسسات الاجتماعية (كالمستشفى والعيادات) بالنسبة للأفراد والمجتمعات، فصحة المجتمع مؤثر على التقدم والرقى، ومستوى صحة الأفراد يعكس ارتفاع معدل الخدمة والتنمية، غير أن هناك مجموعة من العوامل التي تساهم وتؤثر في الحالة الصحية للمجتمع.

### أ-العوامل البيئية:

للبيئة تأثير كبير على صحة الأفراد والمجتمعات، وهو ما يؤكد صحة المقولة أن الإنسان ابن بيئته، فهي جغرافيا تطبعهم بطابع تضاريسها ومناخها، حيث نجد أنه كلما اختلف المحيط الجغرافي اختلفت أجناس الناس وأمزجتهم واختلفت معهم صحتهم وألوانهم، وانتشار الأمراض والأوبئة المختلفة مرتبط ارتباطاً وثيقاً ببيئة الإنسان فالحمى والملاريا قد تكون نادرة في البيئة الباردة كشمال أوروبا وروسيا، أما في المناطق الساخنة والمستنقعات فتكاد تكون بيئة حاضنة لتلك الأمراض والعلل، وأفريقيا وما جاورها من دول قد يؤكد هذا الطرح، وهناك أنواع كثيرة للبيئات حيث لا توجد بيئة جغرافية فقط، بل توجد أيضاً البيئة الاجتماعية والبيئة الثقافية والحضارية حيث ترتبط الصحة بالجغرافية البشرية والديموغرافيا الاجتماعية، لذلك تعددت التخصصات التي تناول الإنسان داخل المحيط الجغرافي وخارجه، فأدت إلى ظهور ما يعرف اليوم بالأنساق، والأنثروبولوجيا، والميثولوجيا والباثولوجيا وغيرها من المسميات والمجالات التي تعكس الثراء العرقي والبيئي وارتباطه بمفاهيم الصحة والمرض واستناداً إلى ذلك فإن صحة البيئة من صحة المجتمع، وأي خلل يحدثه الإنسان يؤثر تأثيراً مباشراً عليه.

"إن صحة الإنسان مرتبطة بشكل وثيق بنوعية البيئة المحيطة به، وبالتالي فإن محافظة الإنسان على سلامة هذه البيئة تعني محافظته على صحته وتعني رفاهية أكثر للفرد والمجتمع. وللحفاظ على البيئة يجب التعرف على مسببات ضرر البيئة والتعرف على مصطلح التلوث والتعامل مع نتائج التلوث، بالإضافة إلى ذلك يجب معرفة آليات محاربة التلوث وطرق حصره في أماكن معينة"<sup>1</sup>.

### ب-العوامل الاجتماعية:

تتأثر الصحة والمرض بمجموعة من العوامل الاجتماعية لا تقل أهمية وخطورة على العامل الأيكولوجي أو البيئي على المجتمع سواء في بنائه أو وظائفه الحيوية؛ فإذا اعتبرنا النسق الاجتماعي كوحدة لها مجموعة من الأجزاء والمكونات والمتمثلة أساساً في الأفراد، فإنه لا يمكن لهذه المجاميع من الأفراد أن تؤدي وظائفها

<sup>1</sup> كوثر محمود أبو عين: النظام البيئي وصحة المجتمع، ط1، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006م، ص33.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

بدناميكية وفعالية اجتماعية ميكانيكية دون أخذ الصحة كأولوية من أولويات أركانها التنموية، وركيزة أساسية تدفع إلى الاستمرارية والعمل الاجتماعي، على العكس من ذلك قد يؤدي المرض إلى إحداث خلل في النسيج الاجتماعي ويعطل وظائف النسق الأكبر (أي المجتمع)، ذلك أن الأمراض العضوية والنفسية تؤثر تأثيراً مباشراً على الكيان الاجتماعي، وتؤثر على نقص في المنظومة الصحية وخلل في الاستراتيجية العلاجية. ولعل الجانب الاجتماعي ليس فقط المرتبط بالبعد الاجتماعي العام، بل كذلك بحجم الأسرة وثقافتها الاستهلاكية والتعليم ومدى مساهمته في الوعي الصحي، والدخل الذي يرفع من وتيرة المستوى المعيشي، وكذلك سلوكيات وعادات وتقاليد المجتمع<sup>1</sup>.

كل ذلك إضافة إلى عمليات التنشئة الاجتماعية التي لا يمكن عزلها عن ديناميكية الصحة أو المرض فمؤسسات المجتمع المدني المتمثلة فيما سبق ذكره، إضافة إلى المدرسة والمسجد والجمعيات التوعوية لها دور قيادي في التأثير على نمطي الصحة والمرض، فعلى سبيل المثال إذا كانت المدرسة بمناهجها التربوية تؤسس لثقافة صحية وتركز على صحة الإنسان وأهميتها في بناء المجتمع، وتشير إلى ضرورة التطعيم، وإجراء الفحوصات الدورية، كل ذلك يغرس ثقافة صحية إذا كان هذا الدور محسوساً في المدرسة، فإن المجتمع سيشارك في هذه الثقافة منذ البداية أي منذ مراحلها الأولى في التطور التعليمي، وسيدعمها لأنها تعني السلامة الجسمية والاجتماعية من العلل والأمراض ولذلك لا يمكن إغفال دور العامل الاجتماعي كأحد المؤثرات الأساسية في صحة المجتمع وتماسك أقطابه وركائزه ولا يمكن تهميش هذه الأسباب في المحافظة على وقاية الأفراد من الأمراض والعلل خاصة إذا تعلق الأمر بالمؤسسات الصحية والاستشفائية التي تركز على المرض وتتجاهل العوامل الاجتماعية المساهمة فيه، وهي أحد التحديات التي تفرض نفسها بقوة خاصة على الأخصائي الاجتماعي الذي يعي جيداً أهمية المجتمع والرعاية الاجتماعية في الخدمة العلاجية الطبية.

### ج-العوامل السياسية والاقتصادية:

السياسة والاقتصاد عاملان مهمان في الصحة والمرض كحالة اجتماعية أو كواقع تفرضه متطلبات الحياة اليومية، فإذا انطلقت من الاعتقاد كأحد الدعائم الرئيسية لأي مشروع صحي سواء بإقامة المستشفيات والمصحات وتخصيص الأغلفة المالية، وكذلك رفع معدل الدخل للأفراد وغيرها من المهام الاقتصادية التي تساهم في رفع معدل الصحة والسلامة النفسية والجسمية للأفراد، ونجد من الممارسات العلاجية التقليدية التي يذهب ضحاياها نتيجة لظروف اقتصادية وحياة معيشية قاهرة، ويساهم الجانب الاقتصادي للدول كذلك في محاربة الأوبئة والأمراض وإعداد طلبة الطب وتوفير الأدوية، خاصة ذات الفعالية ضد الأمراض المزمنة

<sup>1</sup> هدى غريب وآخرون: العلوم الصحية، دار الوفاء بدمياط، الإسكندرية، دط، مصر، 2001، ص 09.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

والمستعصية كما يساهم تطور الاقتصاد في التأثير المباشر على السيولة النقدية والممارسة الصحية النوعية من خلال توفير الوسائل التكنولوجية المتطورة التي تشخص الأمراض العضوية، وتحترم مواعيد الكشف الطبي، ويساير كل ذلك وتسهر عليه رقابة سياسية وقرارات رسمية فاعلة في السلطة الرسمية كوزارة الصحة أو ما توفره أي بلاد نحو قطاع الصحة، وهو ما دعا إليه بالضبط على سبيل المثال وزير الصحة الجزائري عبد المالك بوضياف اليوم على صفحات الشروق اليومية بضرورة اعتماد نظام جديد لتسيير الهياكل الطبية عبر الأنترنت "...أن مسيري الهياكل الصحية مطالبون بالعمل وفق نظرة مستقبلية وتبني سياسة جديدة في التسيير من خلال العمل ببرامج معلوماتية لتدوين كل ما يتعلق بالمريض، وتبادل هذه المعلومات ما بين مختلف المؤسسات الصحية لخلق الانسجام في العمل وتسهيل عملية تحويل المريض وفق ملفات طبية مؤكدة تعتمد على النسخ الإلكتروني"<sup>1</sup>.

للصحة والمرض مجموعة من المعايير والمؤشرات التي توحى بمستوى ونوعية الصحة الموجودة على نطاق الأفراد والمؤسسات داخل المجتمع الواحد. وتعطي بيئة المرض وانتشار الأوبئة والأسقام دلائل على بنية البرامج الصحية ومدى تحلفها، ولعل من ابرز هذه المؤشرات والمقاييس ما يتعلق بمعدل المواليد والوفيات والحالة الصحية للأطفال والرضع خاصة على مستوى المؤسسات الصحية ومعدل الخصوبة وطول العمر المتوقع الذي يعكس العناية الصحية وارتفاع المعيشة، إضافة إلى ذلك تبرز أهم مستويات الصحة الاجتماعية والطبية في معدل الوفيات العام سواء ما تعلق بالمواليد أو بالأمراض الفتاكة التي تصيب الأمهات أثناء وبعد فترة الحمل والولادة.

ويمكن كذلك استخلاص معدلات الصحة على المستوى الاجتماعي من خلال بعض المؤشرات التي تظهر في شكل ظواهر ومشاكل اجتماعية على مستوى النسق الاجتماعي كالمخدرات وآفة الأمراض الجنسية والاعتداءات اليومية التي تسبب العجز والعاهات المستدبة، وكذا الأمراض السيكوماتية والفقر والانتحار... إلى غير ذلك من الأمراض المجتمعية التي لها كلفة وفاتورة عالية على المستوى الصحي فيما يتعلق بالفرد والمستشفيات والمصحات، كل هذا يحدث في بيئة اجتماعية قد تكون هي سبب هذه الأمراض أو تكون عرضة لها لأن البيئة الاجتماعية من صنع القيم الثقافية وعلاقة البيئة بالمجتمع كعلاقة الطفل بالأسرة في المسببات والأعراض، والمجتمع هو من يصنع الأفراد وقيمهم ونمط سلوكهم، وأسلوب وطبيعة حياة الإنسان من تحدد مستوى الصحة والمرض، حيث تقع المسؤولية الاجتماعية على المجتمع في صحة المريض أو استمرار حالته،

<sup>1</sup> زهيرة م: تعميم مواعيد الكشف الطبي للمرضى عبر الأنترنت قريبا، جريدة الشروق اليومية، الإثنين 28 مارس 2016، العدد 5052، ص3.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

وعلى هذا الأساس نعتقد أن الصحة والمرض والبيئة الاجتماعية لها مجموعة من المؤشرات لا يمكن إرجاعها إلى ما سبق ذكره، بل تشترك فيه مختلف الأبعاد مجتمعية سواء مباشرة أو بطريقة غير مباشرة.

### د-القيم والصحة العامة:

القيم منتوج اجتماعي وثقافي وسلوكي لا يمكن فصله عن الصحة ودوافع التنشئة الاجتماعية الصحية خاصة القيم الاجتماعية تجاه البيئة والأفراد أنفسهم ومثال ذلك مدى الاهتمام بالنظافة وانتشار الأوساخ في المحيط وقيم المجتمع تجاه هذه الحالات، والحالة الصحية للمرأة الريفية خاصة ما يتعلق بالزواج المبكر والإنجاب وعدد الأطفال وحجم الأسرة، كل ذلك يؤثر في سلامة البناء الاجتماعي وصحة المجتمع، ولأن نمط التفكير من يعكس سلوك الفرد ونمط الحياة، فإن القيم تشكل في النهاية مجموعة الضوابط والقيود التي تسيّر ضمير الجماعة وتسعى دائماً إلى تقويمهم لتحقيق أهداف المجتمع الإيجابية. والقيم موجهة نحو الأفراد والجماعات والعلاقات والمؤسسات والسلوكيات والأفكار ولا يمكن فصلها أو تحديدها، ودرجة الوعي الكامنة في المؤسسات والأفراد متعلقة أشد التعلق بقيم الجماعة والأفراد، ولعل المعتقدات السائدة في المجتمع وعلى سبيل ذلك المرتبطة بالطب الشعبي أو العادات والتقاليد السلبية مؤثر على مدى استخدام المجتمع لمنظومة القيمية وتمسكه بها وسنشير فيما تبقى من فصول لأهم الأسباب المؤدية كهذه الظواهر والتوجهات التقليدية في العصر الحديث.

### هـ-المؤثرات الثقافية والاجتماعية على صحة المجتمع:<sup>1</sup>

نوردها على شكل عناصر كالاتي:

- 1- التمسك بالثقافات والتقاليد حتى ولو كانت ضارة خاصة على مستوى المناطق المحافظة.
- 2- التواكل والقدرية وعدم الأخذ بالأسباب العلاجية والوقائية والصحية.
- 3- عدم الثقة والإحجام عن الخدمات الصحية الحكومية المتاحة في القرية.
- 4- النظرة الاجتماعية للطبيب والظروف الاقتصادية التي تفرضها متطلبات العلاج.

### و-الغذاء وتأثيره على الصحة المجتمعية:

الغذاء الكامل له دور في الحياة الاجتماعية للبشر، وضرورة التغذية الصحية للإنسان حتمية تدفع إليها الحاجة الفطرية، وأي نقص يشوبها قد يؤدي إلى الكثير من الأمراض والعلل، ويؤثر على القدرة الجسمانية في الإنتاج، وبذلك يرهن دور التنمية والاستمرارية في الجهد والعطاء، وكثير من منظمات الإغاثة والتغذية العالمية ليس لها شأن سوى الاهتمام بإشباع هذه الحاجة لأهميتها في الحياة، وللطابع الإنساني الذي يحمله من يسعون للدفاع عن حقوق الإنسان.

<sup>1</sup> عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دط، دار المعرفة المصرية، الإسكندرية، 2003، ص73.

## الفصل الثالث الصحة والصحة العامة

وقد لوحظ أن انتشار الأمراض المعدية في المناطق التي ينتشر فيها سوء التغذية و المجاعات أكثر، ومن المعروف أن الأجسام المناعية التي تتكون من البروتين لها دوافع الوقاية والقوة أكثر من غيرها. كما أن الشخص العادي الذي يتناول الغذاء الصحي الغني بالمعادن والفوائد له أفضلية مقاومة الأمراض من غيره ونسبة تماثله للشفاء هي أكثر من الذي يعاني سوء التغذية.

الشكل (1): رسم توضيحي لمفاهيم الصحة العامة ومكوناتها<sup>1</sup>.

رسم توضيحي لمفاهيم الصحة العامة ومكوناتها

المفهوم الحديث للصحة العامة	الطب الوقائي	الطب الوقائي	صحة البيئة	الصحة الشخصية
-المفهوم الحديث للصحة العامة والصحة الاجتماعية	1-على مستوى المجتمع (الطب الاجتماعي)	1-على مستوى الفرد	1-مياه الشرب	1-التغذية
-الطب الوقائي على مستوى المجتمع	2-الطب الوقائي للفرد بكل أبعاده	2-الصحة الشخصية بكل أبعادها	2-تصريف الفضلات	2-النظافة
-إجراءات إدارية وإحصائيات حيوية	2-الطب الوقائي للفرد بكل أبعاده	3-استعمال المركبات الحيوية للوقاية والعلاج المبكر	3-القمامة	3-النوم
-دراسات استقصائية وبائية			4-صحة الأغذية	4-الراحة
تفتيش صحية			5-التهووية	5-الرياضة
خدمات صحية عامة			6-الإضاءة	6-العناية بكل أجهزة الجسم

المصدر: سلوى عمان الصديقي: الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999 ص 49.

ز- الطبقة الاجتماعية والإثنية (العرقية):

الصحة ليست مجرد فشل أو مبادرة فردية للشخص، ولكنها نتاج المجتمع والقوى الاقتصادية والاجتماعية له، ومن ثم فإن الطبقة العرقية والاجتماعية هي من يفسر مجموعة من العوامل التي ترتبط بصحة الفقراء، إلا أن هناك العديد من السبل المختلفة التي تجعل من العرقية أحد مسببات التفاوت الطبقي في مستوى التعامل واستخدام الخدمة الصحية<sup>1</sup> وهو ما يؤكد أن المستوى الاجتماعي يعكس المستوى الصحي والعكس

صحيح

<sup>1</sup> سلوى عمان الصديقي: الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999 ص 49.  
<sup>2</sup> عبد المحي محمود حسن صالح: المرجع السابق، ص 248.

### ح-الجنس:

الجنس أيضا من بين الخصائص التي تتأثر بدوافع خدمات الصحة، وحالات المرض، فبعكس فئة الرجال التي ترى في الخدمة الصحية والتوجه إلى الطبيب أو المعالج لتلقي العلاج، فإن النساء أوفر حظا من الرجال حيث أظهرت الكثير من الدراسات اهتمامهن بالجوانب الصحية والعلاجية، إضافة إلى أن الجنس الذكوري على سبيل المثال أكثر عرضة للآفات الاجتماعية كالتدخين والخمور المسببة للأضرار الصحية من النساء، وتكشف لنا الصورة في الدول المتقدمة والمصنعة على أرقام الوفيات ونسبة انتشار المرض:

- أن النساء يتوجهن نحو خدمات الرعاية الصحية بشكل أفضل وأكثر خاصة فيما يتعلق بالولادة.
- النساء يعشن أطول من الرجال، وتنخفض عندهن نسبة الأمراض من الرجال.
- الأمراض الاجتماعية التي يتعرض لها الرجل خلال العمل أكثر منها عند المرأة، حيث الضغوطات والنسق الذي ينشط فيه الرجل غيره عند الجنس الآخر<sup>2</sup>.

### ط-العمر:

الحالة الاقتصادية للإنسان قد ترفع من معدل العمر عنده بحكم استخدامه للخدمات الصحية والعلاجية ذات الجودة والرقمي، وارتفاع معدل الوفيات في الدول المتخلفة مثلا مرده إلى ارتفاع تكاليف العلاج وعدم توفرها، زيادة على ذلك غياب ثقافة صحية، ومعاش بعد التقاعد يضمن الحياة الصحية الكريمة، ويرفع معدلات النمو والبقاء.

### ك-تأثير التفاوت الاجتماعي والاقتصادي على الصحة:

للحالة الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص أثر كبير على جانبي الصحة والمرض، فالأفراد الذين هم في أدنى السلم الترتيبي اقتصاديا واجتماعيا يعانون من أمراض قد تكون مزمنة في كثير من الحالات، وتؤدي إلى ارتفاع عدد الوفيات نتيجة لاستفحال المرض وضعف البنية الجسمية في مقاومته، وكذا ضعف الدخل والحالة الاقتصادية الهشة لهذه الفئة تجعلهم يستسلمون للأمراض والأوبة بسهولة، وغالبا ما تركز البحوث التجريبية على الفقر وآثاره السيئة على صحة الأفراد والمجتمعات، فهناك إذن علاقة قوية بين المكانة الاقتصادية والاجتماعية ومستوى الصحة من حيث نسبة الوفيات، وانتشار الأمراض، وكذلك من حيث القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والحصول على درجة أعلى مرتبط بشكل كبير بمستوى الدخل.

وليس الغرض من هذه المعطيات هو تقسيم المجتمع إلى طبقات، ولكن واقع الحال جعل من المجتمع الواحد على شكل أنواع مختلفة من حيث بنائه ونسقه الاجتماعي، ويرتبط مفهوم التفاوت بالاختلاف والتباين

<sup>1</sup>المرجع نفسه، ص 249.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

بين عناصر المجتمع الأساسية، حيث تلعب المكانة الاجتماعية والغنى دورا بارزا في عالم اليوم بتصنيفهم إلى فقراء وأغنياء أو متعلمون وحثالة، كل هذه الفوارق الاجتماعية على بساطتها تسهم بشكل قوي في حالة الصحة وتؤثر على ثقافة الأفراد تجاه الخدمة الصحية ، ويمكن إيجاز تأثير الطبقة الاجتماعية على الصحة كما يلي:<sup>1</sup>

- أن أفراد الطبقات الدنيا يتصفون بندرة أو تأخير اللجوء إلى الخدمات الصحية الرسمية أو الاعتماد على الخدمات الصحية للقطاعات العامة المجانية أو شبه المجانية.
- أفراد الطبقات العليا يتصفون بكثرة وسرعة التوجه إلى الخدمات الصحية الرسمية العامة أو الخاصة والالتزام بتوصيات الأطباء وندرة اللجوء إلى الخدمات الصحية غير الرسمية لذلك تقل بينهم الأمراض.
- إن الخدمات الصحية المتوفرة في المجتمعات الحضرية متمثلة بالمراكز الصحية والعيادات والمستشفيات العامة وخاصة الصيدليات والمختبرات أفضل كما ونوعية من تلك الموجودة في المجتمعات الريفية أو البدوية.

### ل-عوامل أخرى:

يفصح تقرير اليونيسكو في العالم سنة 2001 أن المشكلات البيئية هي سبب انتشار أمراض الأطفال حيث أن حوالي 20 % من أطفال العالم يموتون نتيجة ظروف الولادة العسيرة و 18% منهم يموتون نتيجة للالتهابات في الجهاز التنفسي ، وان حوالي 2400 مليون نسمة في عالمنا لا تتوفر لهم خدمات صحية مناسبة ويتعذر الوصول إلى مرافق صحية تلي حاجتهم<sup>2</sup>.

وتوضح هذه النسب بالمقابل انخفاض عدد الوفيات بالنسبة للأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة في الدول الذي يزداد فيها الاهتمام بالطب الوقائي والعلاجي، وترداد المعدلات في البلدان التي يقل فيها الاهتمام، بحيث ترتفع نسبة السكان الذين يجرمون من خدمات البنية الأساسية والخدمات الصحية بصفة خاصة في البلدان النامية والمتخلفة لعدم توفر هذه الهياكل وغياب الوعي والثقافة الصحية الراقية<sup>3</sup>، ولذلك يتضح لنا الأهمية البالغة للبيئة الجغرافية وكذلك البيئة الاجتماعية في التأثير على الصحة والمرض، ويتأكد لنا أن البيئة هي من يسهم في رفع معدلات الأمراض أو خفضها حسب المناخ الخدماتي ومدى توفر مؤهلات الرعاية.

### م-الأمراض الاجتماعية والسيكوماتية:

<sup>1</sup> أيمن مزاهره وآخرون: علم اجتماع الصحة ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2003، ص ص : 131، 132.  
<sup>2</sup> محمد الجوهرى وآخرون: الصحة والبيئة ، القاهرة، 2007، ص ص 72، 73.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

للأمراض الاجتماعية والأمراض النفس جسمية الأثر الكبير على ثقافتنا الصحية والمرضى، فالمرضى الاجتماعيين هم الذين يحملون صفات المجتمع المريض، حيث تستحوذ عليهم العادات والثقافات البدائية السيئة في التعاطي مع الصحة والخدمات الصحية، كما أنه لا يخفى أيضا ارتباط ذلك بالجسم والنفس على حد سواء إذ لا يوجد مرض نفسي ليس له تداعيات سلبية ومهلكة للجسم، والعكس صحيح أي لا يوجد مرض جسمي لا يؤثر على نفسية الإنسان ويحبط معنوياتها.

ولذلك فالاعتناء بالصحة يكون في جميع جوانبها النفسية والجسمية والاجتماعية، والإخلال بأحد هذه العناصر يعني بالضرورة عدم التوازن في البنية الصحية للمجتمع، وكذلك غياب الصحة النفسية والاجتماعية للأفراد. فالشخصية هي الإطار الخاص بالفرد الذي ينظم فيه طبيعته الجسمية والعقلية والنفسية، وكل ما اكتسبه من أفكار ومعتقدات بصورة مباشرة وغير مباشرة<sup>1</sup>، والتداخل الحاصل بين جل هذه المكونات لا يمكن فصله ولا تناوله دون الآخر واستحالة ذلك كاستحالة فصل الجسد عن الروح.

إضافة إلى ذلك فهناك بعض الأطباء لا يلقي اهتماما لهذه الثنائية، وهو ما يدفع بالكثير من المرضى النفسيين إلى اللجوء إلى الطب غير الرسمي من أجل الحصول على العلاج أو حتى إشباع الحاجة النفسية لديهم لأنهم يحتاجون فقط تلك المودة من أجل الاستقرار النفسي والاجتماعي<sup>2</sup>، ولذلك فإن ظهور الرعاية الصحية غير الرسمية أهم أسبابه هو عدم الاهتمام بالجوانب النفسية للمريض والتركيز على الجوانب العضوية خاصة من طرف الطبيب الذي يعتمد على التشخيص الجسمي ويتجاهل في كثير من الأحيان العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وغيرها المؤثرة على صحة الإنسان، هو ما يؤكد الأستاذ مالك بن نبي حين يقول على لسان "تبيورماند" : "إن القضية تتطلب (عالم الحياة في الاجتماع) أكثر من (مهندس اجتماع)، إن الحياة الاقتصادية لا ترتبط فقط بأجهزة ذات طابع فني ومالي وتنظيمي، بل هي قبل ذلك مرتبطة بأجهزة نفسية موجودة في المعادلة الشخصية لدى الفرد الذي يفكر في الخطط والذي ينفذها"<sup>3</sup>

<sup>1</sup> مصطفى خليل الشرفاوي: علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت، دس، دط، ص 63.

<sup>2</sup> سعاد عثمان وآخرون: الصحة والمرضى، دار المعرفة الجامعية، ط1، 1999، ص 155.

<sup>3</sup> مالك بن نبي: بين الرشاد والتهيه، ط1، دار الوعي للنشر والتوزيع، الجزائر، 2013، ص 156.

### ثالثاً- المؤسسة الاستشفائية كتنظيم اجتماعي في منظمة الرعاية الصحية:

تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية في المؤسسات الاستشفائية وحدة أو تنظيم مستقل لخدمات علاجية وقائية أو حتى خدمات إنمائية وإنشائية، وينطوي تحت المؤسسات العلاجية المستشفيات العامة والعيادات والمستشفيات التخصصية والمستوصفات، كما ينطوي تحت المؤسسات الوقائية مكاتب الصحة ومراكز رعاية الطفل أو الطفولة والأمومة والصحة المدرسية وكافة نشاطات مصلحة الطب الوقائي، ومكاتب التثقيف الصحي، كما انتشرت المؤسسات الإنشائية كدور النقاهة ومكاتب التأهيل المهني، ومراكز التأهيل المهني... الخ<sup>1</sup>، وتتمارس المؤسسة الاستشفائية العلاقات الاجتماعية والتفاعل الإنساني المتبادل داخل نسق المؤسسة الطبية، مما يؤدي إلى الاتصال بمختلف مستوياته الرسمي وغير الرسمي، وكذلك تشكل هذه المنظمة وحدة اجتماعية مجتمع ميكرو سوسولوجي يؤثر ويتأثر بالمتغيرات الداخلية والخارجية؛ حيث أن المؤسسة الطبية ليست بمنأى عن الصراعات والتجاذبات الخارجية، وغير مغلقة على دوائر الإعلام وتيارات العولمة، فإذا لم تستطع التكيف مع مجريات الواقع وتحديات المستقبل فإن هذه المنظمة لن تستطيع مقاومة التغيير، ولن يمكن لها الصمود أمام الهزات والأزمات الاجتماعية والعالمية، فهي حلقة من بقية الحلقات وإحدى أهم أنساق المجتمع وركائزه تؤدي وظائف ولها أهداف مباشرة وغير مباشرة تجاه البناء والوحدات الكبرى في المجتمع.

" إن فهم التنظيم يمكننا من فهم الظواهر الاجتماعية في المجتمع باعتبار أن التنظيم هو معمل طبيعي تجري داخله الحياة الاجتماعية، فظلاً عن أن ذلك الفهم يتيح فرصة نادرة كي نتبين كثيراً من العمليات الاجتماعية والنفسية وغيرها كالانحراف والامتنال والتصنيف الاجتماعي، والضبط والتغير الاجتماعي، وهذه العمليات هي التي تحدد إطار ممارسة الخدمة الاجتماعية كمهنة"<sup>2</sup>.

كما أن المؤسسة الطبية على رغم هذا البعد المنظماتي والهيكلي، فإنه يجب كذلك أن تتوفر على مزايا وإمكانيات أخرى مادية وبشرية لأجل السلامة المهنية والنفسية والاجتماعية، ولأجل تحقيق أقصى درجات الإشباع الصحي والطبي للمريض وللعامل المتواجد بهذه المؤسسة، وليست الإمكانيات المتاحة هي مجرد الأدوية والعقاقير فقط، أو الأجهزة والأدوات، إنما التركيز على الكوادر البشرية هو أهم ما يضمن نجاح المؤسسة واستمراريتها واكتمال الفريق الطبي المؤهل والمتخصص لا يتم إلا بتوفير الفئات التالية:<sup>3</sup>

- الأطباء بكافة تخصصاتهم: كالطبيب الباطني، وطبيب القلب وطبيب الأسنان والطبيب النفسي
- هيئة التمريض: وتشمل المرضى والمرضات المتخصصين في كافة أوجه التمريض

<sup>1</sup> إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الطبية والصحية، المكتب الجامعي الحديث، دس، دط، ص 157.

<sup>2</sup> إبراهيم عبد الهادي المليحي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص 51.

<sup>3</sup> أميرة مضوي يوسف: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998، ص 45.

- الصيادلة
  - الأخصائيون الاجتماعيون
  - الأخصائيون النفسانيون
  - المراقبون الصحيين
  - أخصائي التغذية
  - أخصائي التأهيل الصحي
  - أخصائي العلاج المختلف : العلاج بالعمل، العلاج باللعب، علاج عيوب النطق والكلام.
- ولكل هذه الفئات دور محدد في المؤسسة سنتطرق إليه فيما تبقى من الفصول.

والمؤسسة الصحية في عمومها تعتمد على فلسفة صحية خاصة بما تختلف بدورها عن المؤسسات الأخرى، فالجوانب الوقائية والعلاجية ميزة الوحدات والمراكز الاستشفائية:

**أ- الأدوار الأساسية للمؤسسات الاجتماعية الصحية:**

**1- الدور العلاجي للمؤسسات الاجتماعية الصحية:**

تقدم الوحدات الصحية والمراكز العلاج المباشر للمرضى اعتمادا على العيادات الخارجية ، وبناء على خطورة الحالة تحول إلى الأقسام الداخلية المتنوعة، والعملية العلاجية هي الأسلوب المباشر داخل المؤسسة حيث يتواجد المريض والطبيب والإمكانات المتاحة<sup>1</sup>.

وتختلف المؤسسة العلاجية من مستوى لآخر حسب الأنواع والتخصصات، فالمستشفى العام غيره المستشفى الخاص، والأدوات المتوفرة ليست بنفس التقنية.

### **2- الدور الوقائي للمؤسسات الاجتماعية الصحية:**

وتقوم على تقديم الخدمات الصحية الوقائية ضد الأمراض الوبائية في صور حملات قومية أو تطعيم دوري للمواليد، وكذلك رعاية الأم والطفل<sup>2</sup>. ويعد الجانب الوقائي في المؤسسات الصحية أهم عنصر في هذه العملية حيث يتم التصدي للأمراض ومحاصرتها قبل حدوثها، وهو ما يسهل عملية التمريض، ويقلل من تكلفة العلاج كما يقال بأن الوقاية "خير من العلاج" فإن تدارك الإنسان لنفسه من خلال توعية المؤسسات الطبية والصحية قد لا يعقد المرض بل يواجهه قبل استفحاله، مما يؤكد على أهمية الوقاية مقارنة بالأدوار والوسائل الصحية الأخرى.

<sup>1</sup> أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، مرجع سابق، ص 102.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 103.

ويوجد هناك دور آخر هو آخر هذه الأدوار من ناحية الترتيب ألا وهو الدور التنموي فإذا كان الدورين السابقين هما وسائل وآليات للوصول إلى صحة جيدة فإن ضمان استمرار هذه الصحة لا يتم إلا من خلال الدور الإنمائي الذي يعتمد على التطوير والمتابعة ومواكبة التكنولوجيات والمستجدات المعاصرة، فالتنمية هي الهدف بالنسبة لهذه الوسائل والعملية وهي محصلة شاملة للمؤسسات الصحية بصفة خاصة. ووفق هذه الأدوار الهامة فإن نسق الخدمة الاجتماعية الطبية ليس وحدة مستقلة منفصلة بل جزء من إدارة المؤسسة الصحية يقوم على مجموعة من المميزات نوجزها فيما يلي:

- 1-النسق الصحي الاستشفائي جزء لا يتجزأ من عمليات الخدمة الاجتماعية، لذلك فالأخصائي الاجتماعي الطبي هو حلقة مهمة في فريق المؤسسة الطبية.
- 2-اهتمام المؤسسة بالمرض على حساب المريض يفسح المجال أمام الأخصائي للتدخل.
- 3-لنسق الخدمة الاجتماعية دور كبير مع كل مستويات المؤسسة الاستشفائية مع الإدارة العليا والمساهمة في اتخاذ القرارات، كما له الدور في الجهود الاجتماعية التي يبذلها لتحقيق الشفاء السريع داخل المؤسسة الطبية<sup>1</sup>. وللبناء الصحي مجموعة من الأجزاء المتكاملة بنائياً ووظيفياً تمثل المؤسسة في خدماتها ولا تستغني نهائياً على عضو من أعضائها وهي تمثل أقساماً للمؤسسة الصحية منها: الأقسام الداخلية والمختبرات والعيادات الخارجية، وكذلك نظام الاستقبال والتوجيه<sup>2</sup>. حيث تمثل الأقسام الغرف التي يتواجد فيها الأسرة والمرضى، وهي خاصة بالمستشفيات فقط، والمختبرات التي تجري فيها الفحوص وأخذ العينات وكذا الأشعة، أما الاستقبال فهو لتوجيه المرضى إلى المشفى أو العيادات الخارجية، حيث يمارس خلاله النسق الصحي المفتوح دوره فيه بكل ما يعنيه المفهوم من دلالات.

### ب- أهداف المستشفى ووظائفه الصحية والاجتماعية:

لاشك أن الوظائف هي من يحدد الأهداف وأن الأخيرة في بعض الحالات النهائية هي من يؤدي إلى التعديل في نوعية الوظائف وطرقها، وعلى العموم فإنه توجد مجموعة من الوظائف الرئيسية للمستشفى نوجزها فيما يلي:

- 1-**وظيفة علاجية:** تم التركيز على وظيفة العلاج فيما سبق ذكره من مراحل البحث فيما يخص الخدمة الاجتماعية غير أن العلاج في هذا الجانب أي في فصل الصحة هو مكمل لما سبق في الفصل السابق، حيث

<sup>1</sup> إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص 56،57.  
<sup>2</sup> أيمن مزاهرة، مرجع سابق، ص 104.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

العملية العلاجية في المستشفى مرتبطة أساسا بتقديم الخدمة للمرضى كإجراء العمليات وتقديم عروض صحية متعلقة بالمرض أكثر من أي شيء آخر وهي وظيفة اجتماعية قبل أن تكون صحية .

**2-وظيفة وقائية:** لا ينتبه لهذه الوظيفة المواطن العادي في المجتمع على رغم أهمية ما تقدمه من خدمات جليلة قد تسد الطريق أمام العلاج وبذلك تقف حائلا دون وقوع المرض، وتتضح أهمية هذه الوظيفة في السيطرة على الأمراض المعدية من خلال خدمات الوقاية من الأمراض المزمنة بنشر الثقافة الصحية.

**3-وظيفة تعليمية:** يقوم المستشفى بتقديم دورات علمية وتدريبية للأطباء وغيرهم من مكونات النسق الصحي سواء بطريقة مباشرة عن طريق التبرص بالميدان أو بطريقة غير مباشرة مثل التراكم المعرفي والخبرات التي تحصل للمتكون والمتعلم في المستشفى<sup>1</sup>.

وعلى اثر ذلك فالمؤسسة كبناء اجتماعي وكمؤسسة إستراتيجية تقدم خدمات صحية بالدرجة الأولى وخدمات تدريبية وتأهيلية لشاغلي هذا النسق الحيوي،و إن استخدامات هذه المهنة لا يقتصر فقط على الداخل بل يتعداه إلى الخارج حيث يتقاطع مع كثير من المؤسسات والقطاعات الأخرى للوصول إلى نتائج مرضية ولتحقيق أسمى أهداف المؤسسة

### ج-صفات وسمات المؤسسة الطبية:

- تتصف بالخصوصية الوظيفية لأنها تقدم خدمات طبية فقط.
- كثرة وكثافة التخصصات في المؤسسة الطبية في عدة مجالات مختلفة حسب طبيعة نشاط الخدمة الطبية المقدمة<sup>2</sup>.
- تقديم الخدمات الإستعجالية لصالح المواطن أو المريض قد يلغي اللوائح القانونية في كثير من الحالات.

<sup>1</sup> نادية فؤاد حميد ومحمد: البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008، ص83.  
<sup>2</sup> قدرى الشيخ علي وآخرون: علم الاجتماع الطبي، ط1، مكتبة المجتمع العربي الحديث، عمان، الأردن، 2014، ص137.

### رابعاً-السياسية الصحية والطبية في الجزائر:

ورثت الجزائر منذ الاستقلال نظاماً صحياً أقل ما يوصف أنه مريض، يفتقد إلى الكثير من الهياكل والكفاءات الطبية المؤهلة للنهوض بهذا القطاع الذي بقي إلى اليوم يعاني مشاكل وترسبات كثيرة، لم تفلح السياسات المتعاقبة في إيجاد حل جذري لجميع مكوناته، وإطاراته وحتى العاملين بهذا القطاع الحيوي الذي يبقى عقبة أو دافعا في عملية التنمية الصحية التي بدونها تفشل مختلف الآليات والاستراتيجيات المتوخاة لتنمية المجتمع أو تحقيق التنمية المستدامة، حيث أن المجتمع المريض لا يستطيع المساهمة في بناء وطنه أو تحقيق التطور والازدهار وعليه سنتطرق في هذا المبحث الأخير لأهم التطورات والمراحل التي قطعها القطاع الصحي، وساهمت في ركوده وبقائه، كما سنشير إلى التغيرات التي طرأت على بناء المستشفى الصحي، ووظائفه المنوطة به.

وقبل أن نعالج المراحل التي مر بها قطاع الصحة في الجزائر يمكن الإشارة إلى أننا سنتناول في موضوع هذا البحث مجموعة من التواريخ التي ميزت الوضع الصحي في الجزائر خلال فترات معينة يمكن أن نقسمها إلى ثلاث مراحل رئيسية كبداية للدخول لهذا المبحث؛ أولهما مرحلة ما قبل الاستقلال، خاصة في العهد العثماني وما تلاه من تخلف ومعتقدات طبية تعتمد على الخرافة والأساطير والعلاج التقليدي وغياب العلاج العلمي والحداثي، ثم مرحلة الاستقلال ومحاولات النهوض الصحي والتحديات التي رفعت بعد خروج المستعمر وترك فراغات شاغرة، وغياب رؤية واضحة في الميدان، مع بعض التحسن الذي ظهر من خلال محاربة الأوبئة والأمراض الفتاكة التي وقفت عقبة إلى غاية اليوم في وجه التطور العلمي والتكنولوجي، والتوأمة والمشاركة مع كبريات المستشفيات العالمية في التقنية، واليد المؤهلة، وعلى أساس هذه المراحل والتطورات سنلج إلى محاولة لإحاطة الكاملة بالسياسة الصحية والطبية العلاجية في القطاع الصحي بالجزائر كل على حدى.

### 1-الوضع الصحي في الجزائر خلال العهد العثماني والاحتلال الفرنسي:

اعتمد العثمانيون في الجزائر على أساليب متنوعة علاجية ووقائية لحفظ الصحة ومعالجة الأمراض والأوبئة التي كانت منتشرة في ذلك العصر، وقد عرف الطب آنذاك قواعد صحية كثيرة منها " الحجر الصحي"، أي عدم السماح للمرضى بالطاعون الخروج أو الدخول للمدينة، ولم يكن يتوقف الأمر عند ذلك فحسب، بل تعاده إلى اتخاذ الحاكم أو الداي وسائل عديدة لما ينجر من عواقب وخيمة على البلاد والعباد، وأشارت العديد من المصادر الأوروبية الغربية إلى الحالة المتردية التي عرفتها المنظومة الصحية آنذاك في أكثر من موضع، حيث أن الألماني "فون ريهبندر G.Rehbander" الذي أقام بالجزائر خلال القرن الثامن عشر تأسف على إهمال الطب التجريبي وانعدام الكتب العلمية في هذه الفترة، كما ذكر المؤرخ الإنجليزي "شاو Shaw" على

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

هو الآخر بأن الكيمياء التي كانت العلم المفضل لدى العربي أصبحت طبي النسيان، وأن جل الأطباء أو معظمهم لا علاقة لهم بالتراث العربي، ولم نرى سوى عدد قليل منهم ممن يجيدون الطب، كابن سينا وأبو بكر الرازي وغيرهم...<sup>1</sup>.

وبرغم هذه الصورة التي رسمها بعض المؤرخين والمستشرقين الغرب، إلا أنه لم يخلوا ميدان الطب في العهد العثماني من إنجازات ومؤلفات الجزائريين في الطب من أبرزهم الطيب عبد الرزاق حماد وش الجزائري والذي ألف كتابا أسماه "الجوهر المكنون في بحر القانون" حيث خصصه لشرح المصطلحات الطبية وتدوينها، وتدون حوالي 90 دواء، حيث رتبها ترتيبا أبجديا<sup>2</sup>.

وللرجل حوالي 41 مؤلفا نذكر منها:

- تأليف الرزنامة.
- تأليف القوس.
- تأليف المزاج بسبب قوانين العلاج.
- تأليف في الطاعون.
- تعليق على ألفاظ الدباجة الواردة في " منظومة ابن سينا "
- كشف الرموز وتعديل المزاج.

وقد قطعت الرعاية الصحية في هذه الفترة عدة مراحل مرت عبر سنوات عديدة تميزت كل مرحلة منها بطابع خاص وكانت على الشكل التالي:

أ-مرحلة 1830-1850: وتميزت بتغطية صحية تعتمد على الممارسة أو الطابع العسكري، أي تحاكي التغطية الصحية العسكرية مع انتشار بعض العيادات والمراكز الإسعافية.

ب-مرحلة 1850-1945: اتسمت هذه المرحلة بعدة محاولات تنظيمية على المستوى الإداري والتنظيمي خاصة في المناطق المحتلة وعلى مستوى القطاعات المحتلة كالكبرى والمدن الكبرى، ثم تطورت لتشمل المدن الكبرى وأماكن التواجد الديموغرافي الكبير.

ج-مرحلة 1945-1962: برزت في هذه المرحلة عدة إصلاحات إدارية واجتماعية، حيث تم تطبيق قانون الحماية الاجتماعية الفرنسي في الجزائر، وذلك بدء من سنة 1958<sup>3</sup>، ومما يجدر الإشارة إليه أن هذه المراحل جاءت خلال فترات صحية عصبية مر بها الشعب الجزائري آنذاك، حيث كانت الأمراض والفقر والأوبئة أهم

<sup>1</sup> نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، المرجع السابق، ص99.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص100.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

مميزات تلك الفترة، وغلب على السكان الحالة الصحية المزرية وسوء التغذية وانخفاض معدلات الحياة، وغيرها من المشاكل الاجتماعية التي أثرت على الصحة نتيجة للوضعية الاستعمارية والسياسة الممجية التي اعتمدها الاحتلال الفرنسي، وقبله الدولة العثمانية التي كانت الجزائر تحت رعايتها، وتعد المرحلة الاستعمارية الفرنسية من أشد المراحل سوءا على الجزائر، حيث ارتفعت حالات المرض لدى الأطفال والعدوى وكذلك غابت أبسط حقوق الإنسان المتمثلة في العلاج والتغطية الصحية، وسيطر البؤس والأسقام في مختلف ربوع الوطن، وأصبح القليل من يتمتعون بحق العلاج والمتابعة الصحية، حيث ظهرت الفوارق بين الشعب الجزائري والمستعمر الفرنسي، الذي كان ينادي بالعدالة والمساواة، وبقي المرض ينخر أجساد الجزائريين حتى الاستقلال، وقد غاب فيها الأطباء الجزائريون عن أرض الوطن إلا من بقي يعمل تحت راية الاستعمار، أو يعالج بطريقة سرية لمعالجة المجاهدين والمتضررين من الحرب.

إن التقدم الطفيف الذي عرفه الطب والقطاع الصحي في فترة اندلاع الثورة التحريرية إلى غاية الاستقلال كانت نتيجة أيضا لمجموعة من الإجراءات والعمليات التي قام بها مناضلو ومجاهدو جبهة التحرير الوطني التي دعت إلى الإضرابات، حيث استجاب طلبة الثانوية في شهر مارس سنة 1956م فالتحق الكثير منهم بالجبال وكان معظمهم من الأطباء والطلبة ومجموعة من الإطارات ونخبة المجتمع الجزائري آنذاك، وبعد هذه الهبات بدأت المستشفيات في الانتشار على مستوى الأقسام والنواحي، وبدأت ترتب نفسها في عدة مقاطعات ونواحي وصارت لكل فرقة ممرض خاص في الحرب والسلم<sup>1</sup>.

وعليه فقد تميزت هذه الفترة بالتحدي الأكبر لمستعمر، وكذلك لمهنة الطب في ذلك الوقت التي تميزت فيه بالتمريض والإسعاف لقلّة الأطباء وعدم كفاءتهم واحتكار الفرنسيين للطب وحصر المجتمع الجزائري على الطب التقليدي.

إن الصياغة التاريخية لهذه المراحل نتيجة للاستعمار الفرنسي أولا، وكذلك الفترة التي جاء فيها. فقد كانت الحرب العالمية الثانية وحركات التحرر محركا لهذه المبادرات ودافعا لها، عقدت خلالها المؤتمرات، ونظمت المظاهرات والإضرابات لرفع المستوى الصحي محاولة لإيصال الوعي في الداخل والخارج، وقد تم على اثر هذه الحركات الكثير من التحولات والإنجازات، كانت بمثابة الوثبة في القطاع الصحي على رغم المشاكل الاجتماعية والتركبة الاستعمارية في البنية الاقتصادية والمياكل الإدارية، فقد ترك المستعمر فراغا كبيرا ونزيفا استمرت الجزائر تعاني منه إلى ما بعد الاستقلال، وهو ما عكس كثرة التوجهات السياسية نحو وجهات عديدة ومتناقضة في كثير من الأحيان، فتارة كانت الوجهة نحو الاشتراكية، وتارة أخر نحو الرأسمالية لأجل النهوض

<sup>1</sup> نور الدين حاروش: المرجع السابق، ص117.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

بالصحة غير أنها في معظمها كانت غير ناجحة لغياب الرؤية الإستراتيجية، وكذلك عدم مراعاة الخلفيات الثقافية والتاريخية للمجتمع والمؤسسات الجزائرية.

### 2-الوضع الصحي والسياسة الصحية بعد الاستقلال:

#### 2-1-السياسة الصحية في الفترة ما بين 1962-1972:

شهدت الجزائر بعد الاستقلال وضعية صحية أقل ما يمكن وصفها به أنها "كارثية" مع نظام صحي متردي، تمركزت خلاله المستشفيات والقواعد الصحية في كبريات المدن؛ كالجزائر ووهران وقسنطينة، وذلك عبر عيادات مركزية تشرف عليها البلديات والمراكز الطبية المدرسية النفسية تحت رعاية وإشراف وزارة التربية والتعليم، بالإضافة إلى الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب في عيادات خاصة<sup>1</sup>. وقد سعت الجزائر المستقلة حديثا في هذه الفترة إلى محاولة التنمية القاعدية للصحة والمستشفيات، ومحاربة الأمراض المعدية والفتاكة المنتشرة في المجتمع الجزائري، ورغم قلة النمو الديمغرافي إلا أن الوفيات كانت في ازدياد مما رهن التنمية المرتبطة بالصحة العمومية للجزائريين، ما جعل الجزائر تسطر العديد من البرامج ذات الأولوية البالغة لأجل التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مراكز حماية الأمومة والطفولة، أو في إطار الطب المدرسي، وعليه صدر في هذه الأثناء المرسوم رقم 96/69 المؤرخ في 09 جويلية 1969 القاضي بإلزامية التلقيحات ومجانيتها من أجل القضاء على الأمراض المعدية والفتاكة<sup>2</sup>.

ويمكن وصف السياسة الصحية في هذه المرحلة أنها كانت اجتماعية، أي كان هدفها الأول توفير العلاج للمجتمع الجزائري بأقل تكلفة وأقصر طريق، وهو ما يشير إلى التوجه الاشتراكي الذي سلكه الرئيس أحمد بن بلة والهواري بومدين خلال هذه الفترة وعموما فما ميز هذه الفترة أي (1969-1979) هو السعي الدؤوب لبناء الهياكل القاعدية وذلك بمضاعفة قاعات العلاج على مستوى كل حي وكل بلدية لخصوصيات المجتمع الجزائري وبعد المسافة الزمنية، وإنشاء العيادات متعددة الخدمات داخل هذه الوحدات، نتيجة للأمراض المنتشرة، فعلى سبيل المثال كان حوالي 37% فقط من السكان من تصلهم المياه الصالحة للشرب، و 23% من لهم قنوات تصريف المياه القدرة، ما يعكس انتشار الأوساخ والأمراض المنتقلة عن طريق المياه كالحصبة، الكوليرا، والتيفوئيد... وغيرها<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> دلال سويسي: نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2013، ص ص 3،4.  
<sup>2</sup> نور الدين حاروش: المرجع السابق، ص 135.

### 2-3- السياسة الصحية في الفترة بين 1972-1982:

سعت الجزائر في هذه الفترة إلى محاولة تطوير القطاع الصحي وذلك من خلال استيراد الخبرة ومحاولة إعادة الكفاءات المهاجرة للنهوض بهذا القطاع الحساس، كما سعى النظام السياسي في هذه الفترة إلى محاولة التنسيق بين مختلف القطاعات الأخرى كالجامعة لتوفير الأطباء والكوادر الصحية التي يحتاجها المستشفى وكذا السعي الحثيث لتعميم الطب المجاني.

إن المشاكل التي عرقلت المنظومة الصحية خلال هذه الفترة كانت كبيرة، حيث أن الإستراتيجية الصحية المركزة حول المستشفى والخدمات العمومية، أدت إلى تهميش الرعاية الأولية والوقاية، إضافة إلى مشاكل الاكتظاظ والازدحام في القطاع العمومي الاستشفائي ونقص الأدوية، وتدني أجور الأطباء والعمال المهنيين، ما أطل غياب الأدمغة وحثهم على الهجرة للبحث عن ظروف أفضل، وبقي المواطن هو الحلقة الأضعف والمتضرر الوحيد من هذه الوضعية المزرية، هذا ما أدى إلى استدعاء أكبر المسؤولين في السلطة لتخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجهة التحرير الوطني (FLN) في ديسمبر 1980 لملف الصحة فقط وهذا كاستثناء؛ خرج المؤتمر بحوالي 159 نقطة كخطة أولية لتطوير نظام الصحة الوطني، وهذا نتيجة الوعي بدرجة الخطورة والخوف من منافسة نظام صحي ليبرالي، ولأجل تضيق الخناق على القطاع الخاص<sup>1</sup>.

ومن أهم النقاط التي خرج بها القرار هو:<sup>2</sup>

- إنشاء نظام صحي اشتراكي أو نظام قائم على الوطنية للصحة، والتوجه نحو إلغاء قطاع الشبه عمومي parapublic، وذلك بإدماج مجموع نشاطاته الصحية والوقائية ضمن نشاطات القطاع العام، أي ارتباط المؤسسات الصحية بالحماية الاجتماعية الموجودة ضمن الحدود الجغرافية للقطاعات الصحية.
- النظام الصحي جزء مهم ومدمج في التطور الاقتصادي والاجتماعي، هذا يعني أنه لن يكون هناك أي تطور اقتصادي دون تطور النظام الصحي، لذلك وجب إدراج عنصر التخطيط في هذا القطاع الحساس من خلال تخطيط الوسائل المادية والبشرية حسب الأهداف المسطرة.
- السعي إلى تكوين نظام صحي متعدد المشاركة لجميع القطاعات المعنية، أي الدعوة إلى التنسيق والتكامل مع كل القطاعات والاشتراك في وضع سياسة صحية فعالة.
- تقرير مجانية العلاج في هياكل الصحة العمومية انطلاقا من 1974 وهو ما سمح بتعميم الخدمات الصحية لجميع الأفراد.

<sup>1</sup> خوبي نوارة عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر 3، 2011، ص42.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص43.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

- إصلاح النظام التربوي وخصوصا الدراسات الطبية وكان يهدف ذلك لتحسين جودة التعليم والتأطير ما يسمح بوجود كثير من الممارسين الأطباء باختلاف تخصصاتهم وخرابهم الميدانية.
- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العمومية والمرافق الصحية الخدمية والإسعافية والمراكز الاستعجالية<sup>1</sup>.
- وقد عرفت هذه الفترة محاولات جادة لرفع التحدي وتقديم ما يمكن من الخدمات والمرافق الصحية الاجتماعية وتحسين نوعيتها، وتوفير الكوادر والهياكل لتغطية العجز، وضمان تغطية صحية شاملة لجميع الأفراد من خلال بناء المستشفيات الوقائية والعلاجية.

### 2-4- السياسة الصحية في الفترة ما بين 1982-1992:

لم تختلف هذه المرحلة كثيرا عن المراحل السابقة إلا في التقلبات السياسية، فبعد مجيء الرئيس الراحل الشاذلي بن جديد فتح الآفاق السياسية نحو التعددية الحزبية (هذا من الناحية السياسية) وهو ما عكس الانفتاح على جميع الأصعدة على رغم أنها كانت بخطوات محتشمة، وقد عرفت هذه المرحلة العديد من المراسيم والتقارير الرئاسية الموجهة لقطاع الصحة الذي جعل من أولويات التنمية الاجتماعية، فعلى غرار بناء الكثير من المستشفيات الطبية والنفسية عبر كافة أقطار الوطن، فإن الإستراتيجية الجديدة تبلورت حول كيفية ضمان تغطية صحية شاملة لكثير من المناطق المحرومة وعموما فإن أهم القوانين التي تميزت بها هذه المرحلة هي<sup>2</sup>:

- قانون 11/83 المؤرخ في 02 جويلية 1983 القاضي بتمويل السياسة الصحية عن طريق الدولة من خلال صناديق الضمان الاجتماعي، وترشيد النفقات، فالمادة 65 منه تنص على أن مبلغ المساهمة الجزافية لصناديق الضمان الاجتماعي في نفقات القطاعات الصحية يحدد بمرسوم حسب تكلفة الصحة وعدد المؤمنین اجتماعيا.
- مرسوم تنفيذي 25/86 المؤرخ في 11 فيفري 1986 يعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية، بعدما كانت مدججة ضمن القطاعات الأخرى، وكان لهذا القرار آثار سلبية على المرضى، بأن حدثت انقطاعات في مساراتهم العلاجية وحرمت طلبة الطب من التدريب في القطاعات الصحية.
- إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 11/89 المؤرخ في 07 فيفري 1989 والذي يعطي للمدرسة صفة العمومية ذات الطابع الإداري، ويحدد مهمتها في إدخال المبادئ

<sup>1</sup> خامت سعدية: تقديم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة ماستر، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج، البويرة، الجزائر 2012، ص106.

<sup>2</sup> حسيني محمد العيد: السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2013، ص116.

والتقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية عبر التكوين الموجه للموظفين والمسيرين والممارسين في مؤسسات وهيكل الصحة.

لقد عرفت المرحلة تحولات جذرية على مستوى المراسيم والقوانين ولكن الإشكالية التي بقيت مطروحة كانت على المستوى التسييري والتطبيقي الذي جاءت في إطاره هذه القوانين والمراسيم، حيث بقيت المشاكل تراوح مكانها برغم الإستراتيجيات والرؤى المطروحة.

### 2-5- السياسة الصحية في الفترة ما بين 1992-2002:

إن أكبر مكسب عرفه القطاع الصحي العمومي في الجزائر يتمثل في انتهاجه لسياسة الطب المجاني كأولوية وكواقع تفرضه التحديات الاجتماعية، تمثل أساسا في عديد لهياكل القاعدية الكبيرة والمنتشرة عبر أرجاء البلاد على رغم ضعفه في تأدية مهامه على تمام الوجه الذي يرضاه المريض، خاصة إذا علمنا أن مجانية العلاج دون جعله نظاميا يخلق الكثير من التداخل، وزيادة الطلب وارتفاع حدة المرض مقارنة بالكوادر والهياكل والتجهيزات الطبية، لذلك أدخل نظام الدفع الرمزي مقابل الخدمة المقدمة، وترجع عوائد هذه العملية إلى الخزينة العمومية، مع استبعاد الضمان الاجتماعي كأحد أسس هذه العملية<sup>1</sup>.

أما فيما يخص المبادئ الرئيسية لتنظيم المنظومة الصحية فقد تركزت حسب الميثاق كما يلي<sup>2</sup>:

- تكييف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها البلاد.
- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوده.
- إدماج القطاع الخاص مع المنظومة الصحية الوطنية.
- إقامة جسور بين القطاعين الخاص والعام.
- تكييف القوانين الخاصة بالصحة العمومية مع خصوصيات مهامها.
- تطوير وتدعيم السند القانوني للمؤسسة الصحية.
- خلق وظائف التقييم ومراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة.
- تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي.
- إعادة تقويم التجهيزات التقنية.
- إنشاء مجلس وطني للصحة.
- تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية وأمن حقن الدم.

<sup>1</sup> نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، المرجع السابق، ص 161.  
<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص ص 166، 167.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

— تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي الصحة ووضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص.

وقد شهدت مرحلة 1992-2002 الكثير من الإنجازات، حيث شهدت عدة مؤسسات دعمت القطاع على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ومعهد "باستور (الجزائر)" الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية أصبح مجالاً لمراقبة التكوين حول مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية، إضافة إلى هذه المؤسسات الصيدلانية المركزية مؤسسة الوكالة الوطنية للدم والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية، والمركز الوطني لمكافحة التسمم، والوكالة الوطنية للتوثيق

لكن هذه المرحلة رغم ما تخللها من نقائص تبقى انتقالية بامتياز ظهر خلالها القطاع الخاص كأحد المنافسين للمؤسسة الصحية العمومية من جهة وكداعم ومساعد من ناحية أخرى وبرزت الجودة والخدمة الاجتماعية كأهم استراتيجيات القطاع الصحي وتغيرت النظرة السابقة للأفضل حيث زاد الاهتمام والوعي والتفوق الطبي الميداني وكذا تطور القطاع الخاص ليشمل فتح عيادات في المدن وزيادة في الأطباء والترخيص بفتح عيادات خاصة<sup>1</sup>.

ولعل هذه الإنجازات لم تعفي الجزائر من دفع فاتورة العشرية الدموية التي كانت بمثابة تحدي كبير لتحقيق الأمن والاستقرار مما أثر على ميزانية الصحة، وبلور إستراتيجية الخريطة الصحية التي كانت تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق — خاصة المتضررة من الإرهاب — ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاحتلال في التنظيم والتنسيق، وكان يهدف البرنامج الحكومي في هذه الفترة إلى تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والتكوين المستمر من أجل ترقية القطاع والرفع من أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد على الخدمات المقدمة، وتشجيع القطاع الصحي الخاص، مع محاولة تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن<sup>2</sup>.

### 2-6- السياسة الصحية في الفترة ما بين 2002-2012:

تمثل هذه المرحلة بالنسبة لوقتنا المرحلة الحالية والحديثة في سلم تطور السياسة الصحية في الجزائر، وقد تميزت عن سابقتها بالوفرة المالية نتيجة لارتفاع أسعار البترول، وكذلك بلغ الإنفاق الحكومي على المؤسسات الاستشفائية مداه، حيث ضخت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الملايير على قطاع الصحة لرفع مستوى الأداء وتوفير الخدمات الصحية للمواطن، غير أنه يمكن القول أن الصحة في الجزائر لا تزال تعاني الكثير

<sup>1</sup> Fatima Zohra efiha :de reforme un système de sante a croisée des chemins , alger,2006,p203 .

<sup>2</sup> كريبوز بزارة: أنظر المرجع السابق، ص 50.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

من المشاكل سنأتي على ذكرها في حينها، ابتداء من نقص الكفاءات والمناخ التنظيمي والإداري، والثقافة الصحية والوعي الصحي وغيرها من النقائص التي لم يتم الحديث عنها كثيرا، لتبقى بوصلة الخريطة الصحية بين الإدارة والتسيير والبيروقراطية والرداءة، دون مبالغة أو تهويل، ويبقى المريض الحلقة الأضعف في هذه السلسلة والمتضرر الأول من هذه السياسات والممارسات بغض النظر عن الاتجاهات والهيكل الفاقد لروح المسؤولية والتميز.

على رغم ذلك فإنه ومنذ جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد وإعداد ترسانة من القوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية، وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتميزه عن الهياكل الاستشفائية الأخرى، وبذلك تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما المؤسسة العمومية الاستشفائية EPH (établissement public hospatier) والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP (établissement public de santé de proximité)<sup>1</sup>.

إضافة إلى التحولات السريعة الحاصلة في القطاع الخاص، حيث على رغم ارتفاع الأسعار به نتيجة الخدمة المقدمة، إلا أنه يبقى يعاني هو الآخر من نقص الكفاءة، وقلة الخدمات، وهو ما يؤكد دائما لنا هذا القطاع من أخطاء طبية وتشخيصية، والاتجاه نحو الخارج للعلاج، أي العجز في كثير من الأحيان في العلاج نتيجة غياب الجودة ونتيجة لنقص الخبرة والكفاءة لدى الطاقم الطبي في كثير من المؤسسات الاستشفائية والإصلاحات الوزارية لقطاع الصحة على مستوى التكوين والتأهيل بالنسبة للأطباء، وكذلك العاملين والإداريين بالمؤسسة الاستشفائية بلغ هو الآخر نوع من التحسن وهو ما تظهره المجلة الرسمية الصادرة 2010 في مجموعة من القوانين واللوائح التي تحدد كيفية الالتحاق بالمناصب الإدارية في المستشفى من خلال الاختبارات الكتابية والشفهية على أساس القوانين الآتية\*:

— بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 161/09 المؤرخ في 2009 المتضمن لقانون الصحة الخاص بالموظفين ومتصرفي الإدارة.

— المرسوم التنفيذي 162/09 المؤرخ في جمادى الثانية عام 1430هـ الموافق لـ 02 ماي 2009 المتعلق بالدراسة الوطنية للصحة العمومية.

<sup>1</sup> محمد العيد الحسني: أنظر المرجع السابق، ص125.  
\* للاستزادة من القوانين التشريعية التنظيمية أنظر الجريدة الرسمية أدناه الخاصة في هذا العدد بكيفية تنظيم المسابقات الكتابية والشفهية، وأهم الشروط الأساسية للالتحاق برتبة موظف، أو متصرف إداري لدى الهيئة الصحية، وأهم المواد التي تشير إلى ذلك من بداية الاختبار إلى نهايته، مذيلة بختم وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

— القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 06 رمضان 1418 هـ الذي اصدر سنة 1998 الذي يحدد كيفية تنظيم المسابقات والامتحانات المهنية للالتحاق بسلك متصرفي المصالح الصحية<sup>1</sup>.

كما تتضمن الجريدة الرسمية في العادة تنصيب أو إنهاء مهام الموظفين والمدراء في سلك القطاع العمومية عن طريق المراسيم الرئاسية الصادرة في الجريدة، وعليه فاستخدام وسيلة الاتصال المكتوبة والمنشورة عبر الإنترنت من أهم الوسائط التي يتعامل بها لإيصال المعلومة للجمهور أو صاحب المهمة داخل الحكومة وخارجها.

### 3- السياسة الاجتماعية للدولة الجزائرية في المجال الصحي:

عملت الجزائر كغيرها من الدول على توفير خدمات اجتماعية تشبع حاجات المجتمع وتطلعاته (برغم ما تعتريه هذه السياسات من نقائص) ، وسعت بمختلف الوسائل والبرامج لتشجيع سياستها وبرامجها التنموية، حيث توجد العديد من الوزارات التي تسن المشاريع والقوانين لتطبيقها في الميدان ومتابعتها حتى النجاح وتتفرع عن هذه الوزارات وكالات وخلايا اجتماعية تقترب من الأفراد والجماعات وتسعى جاهدة لإيصال الرسالة، وتقريب الحكومة والإدارة من المواطن العادي كالجمعيات المعتمدة وغير المعتمدة والخلايا التنموية الجوارية، والقوافل المتنقلة والمحلات التطوعية والإعلامية، والبرامج التوعوية والتكوينية، كما يدخل على الخط معظم المؤسسات الأمنية والمدنية، كالأسلاك الفرعية التابعة للشرطة والحماية المدنية ومديرية الغابات، إضافة إلى مؤسسات الدولة العمومية التي تقدم خدمات مجانية كالمستشفى العام، ومستشفى الأمومة والطفل... وهذه السياسات الاجتماعية الموجهة نحو قطاعات عديدة تستهدف بالدرجة الأولى خدمة المجتمع من أجل الحفاظ على التوازن في بنائه واستقراره والعمل على توفير أمنه الاقتصادي والمدني والصحي... لأن غياب أو نقص في احدى ركائز المجتمع ومتطلباته يؤثر على الخلل والمشاكل المرتبطة بالتنمية الاجتماعية ، فانتشار الأمراض التي كانت في عهد الاستقلال إلى السنوات الأولى منه مثلا، حتمت على الدولة الجزائرية إيجاد الحلول الجذرية لهذه المعضلة وجعلت العلاج المجاني (المسمى اليوم بالخدمة العمومية) من أولويات برامج الدولة لما يشكله هذا الضرر من عقبة في وجه التقدم والتنمية، وبعد العمليات العلاجية والاستعجالية وضعت السياسة الجزائرية أيضا خطوة نحو تقديم خدمات وقائية لتجنب المرض قبل حدوثه، تجنباً لحدوث كوارث صحية وانتشار الأمراض البوائية والمعدية ، وكذلك توفير للمال والجهد والوقت، فعملت الجزائر على استحداث مكاتب وفروع خاصة بالعمل الوقائي ودعمته بالوسائل الإعلامية والتربوية، لرفع درجة الوعي لدى المتلقي، وتقبل فكرة الوقاية خير من العلاج — ما لذلك من أهمية كبرى على الوحدات الصغرى والوحدات الاجتماعية الكبرى.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 27 ، 18 جمادى الأولى عام 1431 هـ ، 25 أفريل 2010م، ص 11.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

وبالعودة إلى الخدمة الاجتماعية الصحية فإن الجزائر رغم ما ذكرناه من تجارب وبرامج، فبقى هذه الإنجازات بعيدة عن تطلعات المجتمع، ونوعية الخدمات المقدمة في القطاع العمومي تتسم في كثير من الأحيان بالعشوائية والبيروقراطية، إضافة إلى الرداءة وعدم وجود رؤية استشرافية واضحة المعالم نتيجة لغياب الكثير من الآليات كالرقابة والتخطيط والمتابعة والتقييم في معظم هذه البرامج والتخلف في الحقيقة ليس مرتبط بقطاع معين بل بدولة وبلد يملك إمكانيات وموارد بشرية واقتصادية لكنه لا يستطيع تسييرها واستخدامها بطريقة رشيدة نتيجة لكثير المشاكل السياسية والاجتماعية والتي سنأتي على ذكرها في الفصل الموالي، وعموما فإن خريطة التنمية الاجتماعية الحالية المتبنية من طرف الدولة رغم ما يتخللها من نقائص فهي في تطور وتحسين مستمرين تغطي جميع ولايات الوطن من خلال الخلايا الجوارية، وفرق العمل المتواجدة على مستوى وكالات التنمية الاجتماعية وهي ذات طابع اجتماعي واقتصادي وصحي على شكل مساعدات أو منح أو تشخيص طبي كما يظهره الجدول رقم (3): أعمال الخلايا الجوارية التضامنية لسنة 2011

الجدول رقم (03): أعمال الخلايا الجوارية التضامنية لسنة 2011.<sup>1</sup>

يحتاجون إلى المتابعة		استفادوا من تشخيص طبي		المدة	الاستفادة
راشدين	أطفال	راشدين	أطفال		
4167	1193	8961	3133	الثلاثي الأول	
4514	1635	7833	2961	الثلاثي الثاني	
3530	1060	6662	2258	الثلاثي الثالث	
8642	2945	8883	3157	الثلاثي الرابع	
20853	6833	32339	11509	المجموع	

**المصدر :** سامية زبوج: السياسة الاجتماعية للدولة الجزائرية (دراسة وصفية تحليلية لخلايا الجوار التضامنية) أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2012، ص148.

\* للاستزادة أنظر المرجع أدناه، حيث قدمت هذه الدراسة الميدانية أطروحة دكتوراه مجموعة من التقارير والجدول الميدانية عن ثلاث خلايا جوارية متواجدة بالشرق والوسط والغرب، وغطت معظم ولايات الوطن من خلال الإحصائيات المقدمة في المجالات الاجتماعية والثقافية والصحية  
<sup>1</sup> سامية زبوج: السياسة الاجتماعية للدولة الجزائرية (دراسة وصفية تحليلية لخلايا الجوار التضامنية) أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2012، ص148.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

ولا يمكن حصر السياسة الصحية المتبناة من طرف الدولة الجزائرية في المؤسسة الصحية والمراكز الاستشفائية بنوعيتها العام والخاص، بل الأمر يتعداه إلى ما يعرف بمفهوم الصحة الاجتماعية للأفراد، فزيادة على الدراسات المقدمة في هذا المجال، فإن تسليط الضوء على الممارسات الطبية الخاطئة في الميدان الاجتماعي له نصيب من هذه السياسة الوقائية، حيث أن محاربة السحر والعادات التقليدية السلبية يلقي رواجاً في الأوساط الإعلامية المقروءة والمسموعة، وكذلك في المنابر الدينية، فالدين الإسلامي يفصل في هذه المسألة بالتحريم المطلق لمثل هذه الممارسات العلاجية الخاطئة، إضافة إلى محاولة تقنين الطب الشعبي التقليدي المتواجد هو الآخر في الثقافة الجزائرية والمرتبط بقيم الأفراد منذ قدم الزمان إلى اليوم، فالتصورات التقليدية للصحة والمرض مرتبط بالسياق التاريخي والثقافي والاجتماعي للمجتمعات، وعليه فالتمثلات الاجتماعية لقضايا الصحة والمرض لها عديد المرجعيات منها ما هو نابع من تفكير مثيولوجي غائر في التفكير الإنساني، ومنها ما هو نابع من تجربة الثقافات والحضارات التي عمرت بالجزائر<sup>1</sup>.

إن فعالية النسق الثقافي بكل مكوناته حول قضايا الصحة والمرض يستدعي الاستعانة بالعلوم الاجتماعية والثقافية بمختلف فروعها لإنجاح التنمية الصحية لمجتمعنا، ولأنثروبولوجيا إسهام كبير في هذا المجال، وذلك من خلال المدخل الثقافي للصحة والمرض، ومن أجل تحليل مفهوم الثقافة لأي مجتمع من خلال التنبؤ والاستشراف العقلاني لمجريات الأحداث، إضافة إلى تتبع المسار الاجتماعي للمرض أو الصحة بدراسة المضمون الثقافي للمجتمع<sup>2</sup>.

ولعل التطور السريع للأجهزة الطبية ووسائل العلاج الحديثة جعل من مسألة النظر إلى العلوم الاجتماعية والاهتمام بالجوانب النفسية والسلوكية مسألة هامشية وغير ضرورية، رغم أهميتها الكبرى، وجعل الاهتمام بالمرض والمسائل الإدارية الأخرى أهم بكثير من العلوم الاجتماعية، أو علم الاجتماع الطبي، وهو يحتم علينا اليوم التأكيد على ضرورة إدخال العلوم الاجتماعية والرفع من مستوى أداء الأخصائي الاجتماعي في العلوم الطبية، وعدم تحجيم دوره وتهميشه لأهميته الوقائية، فإذا كان دور المؤسسة الطبية علاجي، فإن العلوم الاجتماعية في الميدان الطبي لها دور وقائي، وبهذا الدور يمكن الوصول إلى الدور التنموي الذي تنادي به الخدمة الاجتماعية.

وقد تفتن الطب أخيراً إلى أهمية الأبعاد الاجتماعية للمرض، ومن ثم سعيه إلى التكفل بالآثار الناجمة عنه، والتي تتعدى الأبعاد الاجتماعية، وعليه أصبح الطب اليوم يتدخل في مجالات عديدة لها علاقة بفئات اجتماعية

<sup>1</sup> مختار رحاب: الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع (مقاربة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية)، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 15، المسيلة، الجزائر، 2014، ص 182.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص 185.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

متباينة مثل: الأمهات ، الأطفال ، الشيخوخة، الجنس...إضافة إلى ممارسة بعض الضوابط على بعض الآفات التي تضر بالصحة العامة للسكان مثل: التدخين ، الكحول، المخدرات...<sup>1</sup>.

ولعل التوجه الكثيف للطب البديل أو ما يعرف بالطب الشعبي التقليدي دليل على وجود خلل في نسق الطب الرسمي، حيث لا يراعي هذا الأخير ( في كثير من الأحيان ) الوضعية الثقافية والاجتماعية للمريض وينصب معظم اهتمامه على الجوانب الفيزيولوجية للمريض، مما يؤدي إلى غياب حلقة الاتصال أو التفاعل الاجتماعي بين الطبيب ومريضه، على عكس من ذلك يجد طالب العلاج البديل في الطبيب التقليدي نفس المستوى واللغة والممارسات الاجتماعية، خاصة إذا أضاف المعالج التقليدي بعض الأدعية والتعاويد والممارسات الغيبية التي تخاطب الجانب الروحي لدى المريض.

لسنا هنا في محاكمة غيبية للمعالج لأن الدراسات حول هذا المجال كثيرة في البحوث والرسائل الجامعية، ولكن استشارة هذه المواضيع يكشف لنا الفرق بين ما هو رسمي في الطب وغير رسمي، وأوجه التباين بينهما، وعلى الدولة الجزائرية الاهتمام بمثل هذه البحوث لوضع حد لكثير من التجاوزات في الميدانين والاستفادة مما هو طبيعي في الطب البديل، الذي ظهر اليوم على شكل صيدليات مستحضرات، ومواد غذائية تكميلية تحاكي العصرية والتقدم بثوب تقليدي يصنعه الماضي القريب والبعيد.

وبالعودة إلى السياسة الاجتماعية المتبناة من طرف الدولة باتجاه المجتمع، فإنه يمكن الإشارة أيضا إلى أهمية مخرجات الجامعة في المجال الصحي والطبي والموجهة أساسا لخدمة القطاع كالمستشفيات الجامعية والكوادر الطبية المؤهلة لخوض هذه التجربة ، وبرغم النقائص التي لازالت تعترى هذه العملية في التنظيم والإشراف والتنسيق بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى، فإن هذه السياسة يمكن أن تصب في خدمة الصحة العمومية أي المجتمع، إذا أجريت عليها تعديلات على مستوى البناء والوظيفة، أي تكوين العنصر البشري وتأهيله في مختلف هذه المؤسسات ثم رسم الطريق له باتجاه المجتمع لخلق ما يسمى اليوم بالتنمية الاجتماعية، أو جودة الخدمات الاجتماعية الصحية.

إن نجاح السياسة الاجتماعية الموجهة لقطاع هام في الجزائر يعني الصحة ويسهر على سلامة الأفراد والمجتمع مرتبط بنجاحة الآليات والوسائل التي تنهض بالقطاع وتساهم في تطويره وتحقيقه على المستويين الخام والعام، ومن بين هذه الآليات التي وجدت قبولا لدى الأفراد نذكر الضمان الاجتماعي الذي يقوم على توفير ميزانية أو صندوق وطني يمس الشرائح المتضررة من المجتمع ويساعد هذا الصندوق على تخفيف تكاليف العلاج ومساعدة المحتاجين بالتعويضات على الدواء بنسبة تفوق 80% في بعض الحالات، كما أن بطاقة الشفاء

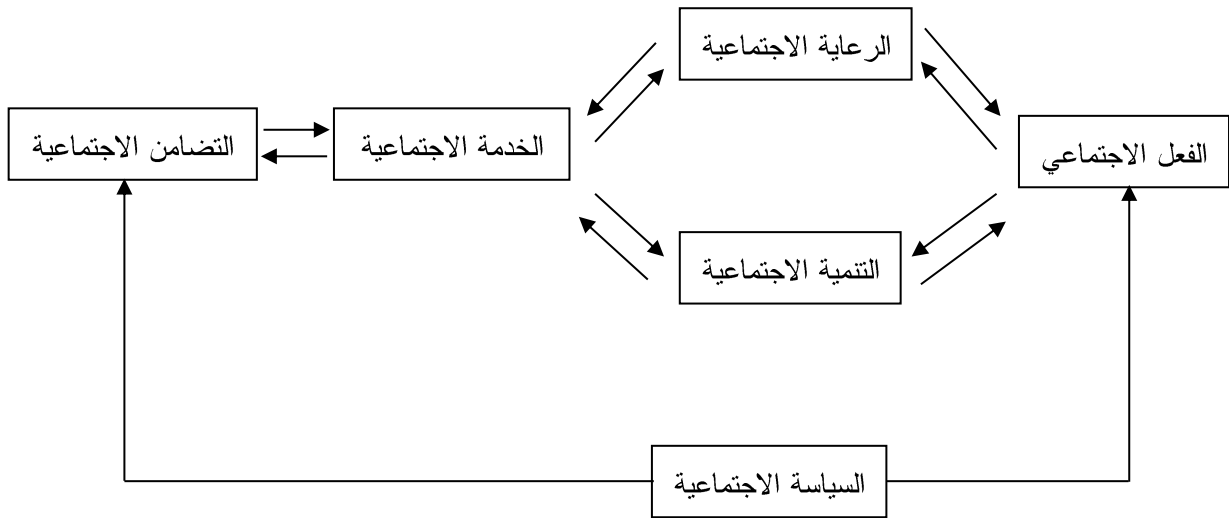
<sup>1</sup> يوسف سعدون: من سوسولوجيا الطب إلى سوسولوجيا الصحة، مجلة البحوث والدراسات في العلوم الإنسانية ، العدد 04، منشورات جامعة سكيكدة الجزائر، 2009، ص58.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

المستخدمة لتخفيف الإجراءات البيروقراطية أثناء شراء الدواء يرجع لها الفضل في تخفيف عديد الإجراءات المعقدة لرحلة البحث عن الدواء والعلاج، ورغم هذه الإجراءات يبقى الكثير من الأفراد خاصة من ذوي الاحتياجات الخاصة خارج اهتمامات قطاع الصحة ، سواء من خلال منحهم الاجتماعية أو تدرسهم أو الصعوبات المتواجدة على مستوى تنقلاتهم وتأثير كل ذلك على حالتهم النفسية والجسمية، وحتى العلمية، فكثير من المواهب العلمية والثقافية والقامات الإبداعية حرمتها الظروف الاجتماعي والصحي وعدم الاهتمام والتهميش من التمييز والنجاح على الصعيدين المحلي والعالمي، وكثير من هذه الفئات المهشة وجدت نفسها بمجرد أن هاجرت خارج الوطن ، ولا أدل على ذلك من الجموع الرياضية لذوي الحاجات الخاصة التي تحصد الألقاب والميداليات وتحتاز حالتها الصحية والنفسية بمجرد توفير قليل من الظروف والإمكانيات، وعلى اثر ذلك تبقى السياسة الاجتماعية الموجهة لذوي الحاجات الخاصة في الجزائر كالمعوقين والمكفوفين يعزوها الكثير من العمل والاجتهاد تجاه هذه الفئة المظلومة والمهشمة في بلدها، وتبقى تصارع المرض والعزلة إلا من ذوي الجمعيات الخيرية والمحسنين ( أو كما يقال )ذوي القلوب الرحيمة ، والتنمية الاجتماعية في المجال الصحي لا تقصي أي طرف فهي عملية تشاركية شاملة مستدامة، تعتمد على مبدأ الجمع بين جميع أفراد المجتمع دون استثناء أو حساسية، ودون تمييز أو طبقية، فهي حق للجميع، وواجب للجميع، تكفل هذه المراسيم والقرارات قوانين دستورية وحقوقية محلية، وتخضع للمراقبة والمساءلة الدولية والعالمية تحت شعار الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية من أجل تحقيق هدف التنمية الاجتماعية المستدامة

والمخطط التالي يظهر تداخل هذه العملية وأهميتها<sup>1</sup>.

الشكل رقم: (2) دورة الخدمة الاجتماعية وتأثيراتها على التنمية



المصدر: السياسة الاجتماعية للدولة الجزائرية (دراسة وصفية تحليلية للخلايا الحوارية التضامنية) أطروحة دكتوراه في علم

الاجتماع، جامعة الجزائر، 2012، ص75.

<sup>1</sup> سامية زبوج: مرجع سبق ذكره، ص75.

والخلاصة التي يشرحها هذا الشكل هي إمكانية اعتبار السياسة الاجتماعية كمجموعة متداخلة من البرامج والقرارات الاجتماعية التي تتخذها الدولة لتحقيق عدد من الأهداف انطلاقاً من فعل اجتماعي عام وتطبيق برامج معينة وصولاً للتضامن الاجتماعي، وانطلاقاً من مبدأ التضامن لتطبيق هذه البرامج لتحقيق فعل اجتماعي يعود بالفائدة على المستهدفين<sup>1</sup>.

### 3-1- سياسة التأمين الاجتماعي للأفراد:

فيما يتعلق بالعلاقة القائمة حالياً بين المؤسسة الصحية والممولين نجد أن أصول هذه المدفوعات أو التمويلات مستمدة من أهم مبدأ في القانون الإداري ألا وهو: مبدأ السلطة العمومية، فالسلطة تمثل الدولة ركيزتها الأولى قد أعطت لنفسها باسم التوزيع العادل حق احتكار وتوزيع ثروات الخدمات الصحية، حتى وإن كانت هذه الخدمة ممولة من طرف صندوق التأمينات الاجتماعية التي تمارسها الدولة لضمان وجودها الاجتماعي (سياسة الوجود الاجتماعي)، ولكن هذه الثغرة قد أسفرت عن وجود اختلالات كثيرة في عمليات التمويل أو إشكالية وصول هذه التمويلات إلى قطاع الخدمات، وعلى اثر ذلك لجأت الدولة إلى وسائل بديلة كالنهج التعاقدية الذي يعني إبرام المؤسسة الصحية مع مولئها العقد لأداء الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها، وهذا النوع من التعاقد بين المؤسسة الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي لتعويض المشتركين طبعاً في هذه الهيئات ولذوي الحقوق<sup>2</sup>.

ومثل هذا النظام يجعل الدولة كحكم بين المؤسسة الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي، كما أن هذا النظام يكون تفاوضي، ويمتاز بالشفافية من أجل الاستخدام الأقصى للموارد البشرية، زيادة على أنه يحدد المسؤوليات سواء لمقدم العلاج أو الممول، وهذا يعني أنه يتيح الفرصة لمسيرى المؤسسات الصحية من ترشيد تسيير الموارد المتاحة، كما أنه يستطيع التعرف على الفئة التي يجب على الدولة القيام بمساعدتها، حيث يصبح المجتمع في هذه الحالة مقسم إلى ثلاث فئات، الأولى وهي المؤمن اجتماعياً، والفئة الثانية هي المعوزين الذين يستفيدون من بطاقة معوز تمنحها لهم مديرية النشاط الاجتماعي بالتعاون مع البلدية مقر الإقامة<sup>3</sup>، وتبقى الفئة الثالثة غير المعنية بهذه الإجراءات هم الميسورون مادياً سواء كانوا خاضعين لإجراء التأمين أو غير ذلك.

وتجدر الإشارة أنه رغم إجراءات التأمين الصحي والعلاجي غير الوقائي والتنموي، إلا أنه لا يمكن لها وحدها القضاء على المرض وتوفير علاج شامل ونوعي لجميع فئات المجتمع دون إدخال تعديلات وإصلاحات أخرى

<sup>1</sup> المرجع نفسه، ص 76.

<sup>2</sup> تور الدين حاروش: مرجع سابق، ص 291، نقلاً عن: حلوان بلقاسم: النهج التعاقدية كنمط جديد في مجال التسيير، مجلة التسيير، عدد خاص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، جويلية 1998، ص 75.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص 292.

## الفصل الثالث ————— الصحة والصحة العامة

كبيرة، قد تكون جذرية كإعادة النظر في المصادر التمويلية للصحة ورفع ميزانية القطاع، وكذا ترشيد نفقات القطاع، أي ضرورة إعادة هيكلة السياسة الاجتماعية الصحية خاصة فيما يتعلق منها بالتغطية الصحية وخدمات الضمان الاجتماعي.

### 3-2- سياسة تنمية الموارد البشرية في المؤسسة الصحية:

تعد الصحة العمومية من ضمن الأهداف والبرامج المسطرة من قبل الدولة، ومن ثمة فإنه يتعين على النظام الصحي تلبية احتياجات السكان وترقية الخدمات المقدمة للمواطنين، لذلك سخرت الدولة الجزائرية مجموعة من الهياكل الصحية والممارسين الطبيين لخدمة مواطنيها، إضافة إلى خدمات مؤسسات القطاع الخاص التي أصبحت تنافس العام، وقد سعت الجزائر أيضا في اتخاذ مجموعة من الآليات والإجراءات التنموية خاصة المتعلقة بالموارد البشرية، فعززت من وجود الهياكل والمؤسسات وأدخلت عليها مجموعة من الخبرات والكفاءات للارتقاء بالموارد البشري وتوفير كل ما يخدمه ويؤهله من أجل الوصول إلى الكفاءة الإنتاجية ومن بين هذه الهياكل<sup>1</sup>:

### القطاع الصحي:

حيث تم إنشاء القطاعات الصحية وتنظيم سيرها وفق المرسوم التنفيذي المؤرخ تحت رقم 466/97 ديسمبر 1997.

وتعرف المادة 02 من المرسوم "القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي".

أما مكونات القطاع الصحي فيتكون من مجموعة من الهياكل الصحية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، ويتكفل بحاجيات السكان الصحية، وله مجموعة من المهام هي كالاتي:

- مهمة توزيع الاسعافات وبرمجتها.
- تطبيق نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف والاستشفاء.
- يتضمن النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي.
- يطبق البرامج الجهوية والوطنية المحلية للصحة والسكان.
- يساهم في ترقية المحيط وحمائه في مجالات الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

<sup>1</sup> بودوح غنية: دور التكوين المتواصل في تنمية الموارد البشرية بالمؤسسة الصحية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، تحت إشراف برفوق عبد الرحمان جامعة بسكرة، الجزائر، 2006،-2007، ص 110.

- يساهم في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم.
- يتكفل القطاع الصحي بحاجيات السكان الصحية ويخضع لمجموعة من الالتزامات أهمها امتياز الخدمة للمرفق الصحي وخصوصيته تجعل حياة البشر رهينة له.
- هذا على مستوى الهياكل والقطاع أما على مستوى الموارد البشرية فالدولة الجزائرية كغيرها من الدول تسعى جاهدة لتحسين مستوى العامل في المؤسسة الطبية من خلال التكوين المتواصل عن طريق فتح الآفاق أمامه كالدراسة والتربصات وإجراء بحوث في المخابر سواء على مستوى الجامعة أو خارج الوطن لتطوير قدرات الفرق الطبية والتحسين من أدائها، وبكفي القول أن البعثات العلمية في المجال الصحي تكلف الخزينة العمومية الكثير من النفقات والجهود.
- وعلى رغم ذلك يبقى بالقطاع الكثير من المشاكل والأزمات على المستوى البشري (التكوين) وعلى المستوى التقني (الأداء والجودة)، حيث يغيب التسيير الحسن والفعال، وتعرقل البيروقراطية أداء الكثير من الوظائف، لتبقى الخدمة العمومية في المجال الصحي تعاني النقص والرداءة، خاصة فيما يتعلق بجودة الخدمات والتدريب والتحفيز وغيرها من أساليب وطرق تنمية الموارد البشرية.

### **3-3- سياسة إصلاح المستشفيات والمراكز الصحية:**

طبقت الجزائر السياسة الاجتماعية أيضا من خلال تبنيتها لإصلاح المستشفيات، وللإشارة فاسم وزارة الصحة باق إلى اليوم تحت هذا الاسم ( وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات)، والتزمت هذه السياسة بمجموعة من المهام نوجزها كالاتي:

- تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء.
  - تأسيس مشروع المؤسسة من أجل التسيير الاستشراقي.
  - مراجعة الإطار القانوني لمؤسسات الصحة.
  - تنفيذ سياسة الموازنة بين المقبلين على التكوين والاحتياجات.
  - تعميم التكوين المتواصل .
  - تنفيذ تدابير محفزة لجلب المحترفين قصد تحفيز الأداءات والاستثمار البشري .
  - تنفيذ وتطوير البحث في مجال الطب<sup>1</sup>.
- وغيرها من المهام التي أوكلت لهذه السياسة و التي ركزت في هذا الإطار على الموارد البشرية و ضرورتها الملحة في الوقت الراهن الذي يفرض مزيدا من التحديات نتيجة للتطور الحاصل على مستوى الأداء والتقنية العالية.

<sup>1</sup> بودوح غنية: المرجع السابق، ص 120، نقلا عن: مجلس الأمة، برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، ملحق الفكر البرلماني، عدد6، جويلية 2004، ص ص 66،67.

### خلاصة الفصل:

التطرق إلى الصحة العمومية في هذا الفصل كان له دلالاته وأهدافه، وطرقه ومبرراته. حيث بين أهمية الصحة في عملية التنمية، وقبله العوامل والأسباب المتعلقة بالصحة والمرض، وأهم محدداتها. إن الإشارة لهذه العناصر والمتغيرات يضيف على موضوع البحث مزيدا من الوضوح والجللاء، خاصة إذا علمنا أهمية الخدمة الصحية الاجتماعية من المنظور السوسولوجي، وضرورة الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والثقافية في الصحة.

لقد أوصلنا البحث في هذا الفصل إلى توضيح كثير من النقاط الخفية في النسق الصحي الاجتماعي خاصة من خلال الأساليب الثلاثة الذي ذكرناها متمثلة في الأسلوب العلاجي والأسلوب الوقائي والأسلوب التنموي، كأحد المحددات والآليات التنموية في الصحة الاجتماعية، فإذا كان للأول والثاني أسباب وعوامل، فإن الجانب التنموي في الصحة هو الهدف الأسمى والأكيد الذي تسعى الصحة والصحة العمومية الوصول إليه. وعلى هذا الأساس ختمنا الفصل بأهم السياسات الاجتماعية المحلية المتبناة من طرف الدولة الجزائرية عبر التاريخ إلى العصر الحديث، حيث اتسمت في البداية السياسة الصحية الجزائرية بالعمومية، ثم العولمة التي تأثرت بتطوراتها، وعموما تبقى السياسة الصحية العمومية في الجزائر على رغم مجانيتها تعاني الكثير من الاختلال على مستوى البناء والوظائف، والنسق الصحي بكل مؤهلاته لا يزال يحتاج إلى الكثير من الجهد لإعادة بنائه وهيكلته ولا يتم ذلك ( حسب رأينا ) إلا بالتركيز على العوامل الاجتماعية والثقافية في الصحة والمرض؛ أي تناول الإنسان كمورد بشري في محيطه الاجتماعي وبمتغيراته الثقافية، وهو ما يحتم علينا اليوم كسوسولوجيين مسؤولية وجهد كبيرين في علم الاجتماع الطبي.

خلاصة القول أن الخدمة الاجتماعية لا يمكن فصلها عن الخدمة الصحية للوصول إلى تنمية صحية واجتماعية، فالكل متداخل ومترابط، والفصل بينهما يبقى فصلا منهجيا وعلميا فقط.

# الفصل الرابع

## الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

أولا- معوقات ومشاكل الصحة العمومية في الإعلام

ثانيا- معوقات المؤسسة العمومية الاستشفائية

ثالثا- معوقات التنمية الصحية في الجزائر

رابعا- الاستراتيجية الوقائية والعلاجية للصحة النفسية

خامسا- الاستراتيجية الإعلامية في الخدمة الاجتماعية الصحية

سادسا- مناهج ومعايير الصحة النفسية

تمهيد:

تستهدف الرعاية الصحية تقديم خدمات العلاج للمرضى ثم الوقاية واكتشاف المرض ، إذ أن هناك رأي ينادي بأن الوقاية خير من العلاج ، اقتصادا للنفقات ، وهذا ما يستلزم تبني الأفراد بعض الاتجاهات والأنماط والعادات التي تزيد لديهم الوعي الصحي ، وتحد من انتشار الأمراض، آخذين بعين الاعتبار استخدام الموارد الصحية المتاحة بطريقة تساعد على تحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية لخطة التنمية بأعلى درجة ممكنة وبأقل التكاليف وفي أقصر وقت.

ويعد قطاع الصحة في مقدمة القطاعات المسؤولة على تشكيل وتكوين الطاقات البشرية في المجتمع ، حيث تمثل هذه الطاقات الحيوية العمل المتواصل من أجل الارتفاع بمستواها الصحي الذي يعد أحد الأهداف البارزة للتنمية، كما تعتبر الصحة أحد مجالات الرعاية الطبية التي توليها المجتمعات اهتماما كبيرا.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> امام أحمد محمد عبد الله: الخدمة الاجتماعية في مجال الطب النفسي ، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع ، الرياض، 1405 هـ ، 1985، ص5.

### أولا- معوقات ومشاكل الصحة العمومية في الإعلام:

يعد قطاع الصحة في الجزائر أكثر القطاعات حساسية وأهمية من ناحية التنمية ، فهو بعد التعليم والمستوى المعيشي التي تسعى السياسات الاجتماعية المحلية والعالمية لجعلها في مقدمة الأولويات وليس قاطرة لمجموعة من الخدمات والسياسات.

كما أن الصحة في الجزائر على الصعيدين العام والخاص غير مرضية ، وتحتاج إلى الكثير من التعديل والتوجيه على مستوى الهياكل وعلى مستوى الوظائف ، فالمستشفى الجزائري لا يزال من حيث خدماته العلاجية والوقائية بعيد على مستوى بعض الدول العربية (كتونس ومصر والأردن، والسعودية) ما بالك بالدول الأجنبية التي تجاوزت مرحلة العلاج إلى الوقاية والشفاء ، وتحقيق أعلى معدلات الحياة للأطفال المواليد، ورفع معدل العمر إلى سبعين سنة ، وتبحث الدول العالمية المتقدمة إلى جودة الصحة والكفاية النفسية والاجتماعية ، وليس السلامة الجسدية من الأمراض ، وهذا ما بينه تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة.

ولعل ما يدل على هذا الكلام الأخبار اليومية التي تطلعنا عليها الصحافة اليومية والأسبوعية عن الصحة في المستشفيات والعيادات الجزائرية، حيث لا يكاد يمر يوم واحد إلا وكانت هناك عناوين صادمة للرأي العام حول المشاكل (والكوارث) التي تعصف بهذا القطاع الهام، وهو ما سنعرضه من خلال عينة لبعض هذه الصحف والجرائد.

### 1-يومية الشروق:

عنونت الجريدة أحد مقالاتها بـ: مصلحة طب الأسنان بسطيف هيكل ولا روح ... والمواطن والطلبة يعانون ، وحديث عن فساد في التسيير ومدير المستشفى ، ذلك واسترسلت الجريدة الخبر بالقول أن هذه المصلحة التابعة للصحة العمومية سعد الله عبد النور بسطيف لا زالت تعاني النقص الحاد في الخدمات ، رغم استحداث 08 مرافق جديدة بغلاف مالي قدره 08 ملايين سنتيم ، نتيجة لتدهور الكراسي الموجهة للخدمة العمومية الكراسي الموجهة لخدمة وتربص الطلبة اثنا عشر كرسيًا لا يعمل منها سوى ثلاثة وتضيف الجريدة أن الفساد وصل إلى غاية المكايده وعزل طبيب رئيسي على مستوى مرفق (بوكيربوكرزازة) ، إضافة إلى الصراعات والمشاكل الإدارية، ويوضح الطبيب أن الخدمة المقدمة للمريض ليست سوى تقديم أدوية مسكنة ، وتوجيهه للقطاع الخاص... وأما فيما يتعلق بالطلبة المتربصين فغياب أبسط الخدمات (3كراسي ) لحوالي 120 طالب يعكس مصير وحالة الطلبة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> أقرقور: مصلحة طب الأسنان بسطيف هيكل بلا روح ، جريدة الشروق اليومية، العدد 4960، الأحد 27 ديسمبر 2015 ، ص9.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

كما نشرت نفس اليومية خبراً آخر متعلق هذه المرة بالمواليد ، اي بمصلحة طب الأطفال مفاده أن الإهمال اليومي يقتل 83 مولوداً بالمستشفيات ، وعلى اثر ذلك شكل وزير الصحة الحالي لجنة تحقيق في ظروف وملاسات الوفاة، وبعد أن وصلت الإحصائيات الوزير عبد المالك بوضياف أمر اللجنة التي شكلها ، والتي تضم إيطارات سامية في الدول حول أسباب ارتفاع الموتى المواليد الجدد في المستشفيات ، أكد خلال ذلك البروفيسور خياطي أن نقص المختصين في التوليد وإهمال القابلات وراء تفاقم الكارثة ، واستمر رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة بالقول أن "تشكيل هذه اللجنة قد تأخر كثيراً ، لأن تشكيل رقم كهذا خطير جداً، موضحاً أن الوفيات عند الرضع تمثل 80% من وفيات الأطفال الرضع في الجزائر، أغلبيتهم يتوفون في المراحل الأولى من الولادة و 50% يموتون خلال 24 ساعة.

أما نسبة الميتين من المواليد (يضيف خياطي) فتمثل 35.92% من الوفيات الناجمة أساساً عن نوعية العلاج ، وأن ارتفاع نسبة المواليد الجدد عبر المستشفيات والعيادات في الجزائر ظاهرة بلغت مستوياتها القياسية مقارنة بالدول المجاورة ، فالإمارات العربية المتحدة تسجل 12 إلى 13 ألفاً سنوياً مؤكداً أن الولايات الداخلية تسجل أعلى نسبة في الوفيات لدى المواليد حيث تتراوح معدلاتها ما بين 50 و60 في الألف مقارنة بالولايات الكبرى ... وعن الأسباب والعوامل المؤدية إلى ارتفاع في هذه النسبة من وفيات المواليد قال خياطي أنها ترجع إلى نقص التكفل الطبي وغياب التكوين لدى الأطباء العاملين ونقص المختصين في التوليد وإهمال القابلات ونقص الكفاءة.<sup>1</sup>

وفي نفس السياق عرضت الجريدة مظاهرات قادتها قابلات من أجل النساء الحوامل وأطفالهن بياتنة ، حيث لفتت شعارات تندد بنقص أخصائي التوليد ، وعلى اثر ذلك أدت هذه النقائص إلى وفاة أحد القابلات بذات المستشفى نتيجة لتزيف دموي داخلي ، ونتيجة لنقص الرعاية والتهميش (على حد تعبير المتظاهرات ) وبحكم اقتراب القابلات من الميدان ومعرفتهن بخفاياه وسلبياته فقد كانت الشعارات قريبة وصادقة في كثير من الأحيان ، وقد أدت هذه المشاكل إلى حد خروجهن إلى الشارع وقطع الطريق غير أن ذلك لم يغير في الأمر شيء ولم تستدعي السلطات والمسؤولين<sup>2</sup> ، وهو ما يؤكد تراكمات ومشاكل تحيط بالصحة العمومية من كل اتجاه على المستوى الوقائي والعلاجي يحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد، وأوله هو تسليط الضوء عن طريق الإعلام المرئي والمكتوب والمسموع لرفع الانشغالات والحد منها.

<sup>1</sup> نوارة باشوش: الإهمال يقتل 83 مولوداً جديداً بالمستشفيات، يومية الشروق، العدد 4884، أكتوبر 2015، ص5.  
<sup>2</sup> نفس الجريدة ، العدد 4990، جانفي، 2016، ص9.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

في نفس السياق أطلقت نفس اليومية خبرا صادما لقطاع الصحة العمومية مفاده أن المستشفيات العمومية في قسنطينة تعاني مساوئ كبيرة لدرجة أن النساء الحوامل أصبحن يسكنهن الرعب من تلك المشاهد التي عرضها التلفزيون العمومي الجزائري.

وقد أثارت تلك الفضائح المستمرة ضجة على مواقع التواصل الاجتماعي ، حيث عكست واقع مصالح وعيادات التوليد بالمستشفى العمومي ، ما أدى إلى حملة مقاطعة واسعة لمستشفى قسنطينة الذي عرضت فيه الصور التي أظهرت انعدام النظافة والإهمال ، وضعف الوسائل وسوء المعاملة.

وقد عرفت العيادات الخاصة في هذه اللحظة تدفقا هائلا للحوامل ، تجنبنا لما يحدث في المؤسسات العمومية ، حيث قررت (حسب الجريدة ) العديد من العائلات تحمل مصاريف التوليد والاستشفاء بالعيادات الخاصة التي لا يقل فيها سعر الحالة عن ست ملايين سنتيم ، بدلا من تعريض الأم وابنها إلى خطر حقيقي قد يصل إلى الموت.

وقد لجأت الكثير من العائلات المعوزة أو متوسطة الدخل إلى بيع مجوهراتها لتأمين مبلغ التوليد وهذا المبلغ الكبير يثقل كاهل الأسرة الجزائرية خاصة غير المؤمنين اجتماعيا والذين لا يملكون مبلغ شراء الدواء الذي يفتقد للفعالية ، فيلجأ هؤلاء المرضى الى العيادات الخاصة مجبرين على ذلك ضنا منهم ان هذه المؤسسات أقل سوء من مؤسسات الصحة العمومية.<sup>1</sup>

ولذلك فمصالح التوليد بالمؤسسات الصحية العمومية على حسب نتائج التقارير الصحفية والإعلامية تشير إلى غياب أو نقص فادح على مستوى التنظيم والهيكلة، والخدمات الاجتماعية الصحية ذات الجودة تبقى في مؤخرة حيز التنفيذ من طرف السلطات والمسيرين العموميين لأن قطاع الصحة في المستشفى العمومي يمس مباشرة الدولة الجزائرية، ويعرقل طرق التنمية ، خاصة إذا علمنا أن الأغلفة والميزانية التي يتحملها هذا القطاع تكاد تكون عظيمة في مستوى الانفاق والتجهيز.

إن مثل هذه الظواهر التي تصيب التركيبة الديمغرافية للمجتمع، تؤثر كثيرا على أي استراتيجية أو مشروع حقيقي، وأي مبادرة أو تنمية يجب أن تصلح هذا (العطب) قبل الشروع في تنفيذ الخطط، لأن إزالة العراقيل أول خطوة نحو التقدم ، وبقاء هذه المشاكل وترسبها قد يؤدي إلى إفشال أي مبادرة، لذلك علينا أخذ هذه المشاكل مأخذا جديا وجعله يخضع للدراسة والتمحيص لحل مشاكل القطاع ومعوقاته.

<sup>1</sup> فالج فلاق شبرة؛ العائلات تلجأ إلى الاقتراض وبيع مجوهراتها، جريدة الشروق اليومي ، العدد 4808 جويلية 2015، ص7.

### 2-يومية الخبر :

لم تقتصر مساوئ ومشاكل الصحة العمومية في بلادنا على ما سبق ذكره من انعدام للكفاءة والهيكلية ونقص الخبرة وتكوين الطاقم الطبي، بل تعدته لتصل إلى الأدوية ، فبعد رحلة طويلة من البحث عن العلاج والتشخيص في المؤسسات الطبية ، يجد المجتمع مشكلة أخرى متمثلة في نوعية الدواء الذي يقدمونه من الصيدليات، فإلى جانب انعدام الكثير من الأدوية الضرورية كدواء السكري ، وأدوية الأمراض النفسية والعقلية، تلجأ مصالح الدواء إلى الاستيراد وتتعاقد مع مشتركين قد يستوردون أدوية غير فعالة ومغشوشة في كثير من الأحيان ، وعلى اثر ذلك نشرت صحيفة الخبر خيرا مفاده أن جزائريين يتناولون أدوية مغشوشة في ظل غياب رقابة الدولة ، واسترسل المقال بأن مصالح الأمن تتبع خيوط شبكات دولية متخصصة في تهريب أدوية مغشوشة مجهولة المصدر، وتحمل علامات تجارية عالمية ، ولا تتطابق تركيبها الكيميائية مع النصوص والمعايير المتوافق عليها دوليا وتنشط العصابة التي تتكون من موريتانيين ونيجيريين وجزائريين غرب أفريقيا والساحل متخصصة في التهريب والغش لهذه المادة الحيوية القادمة أساسا من الهند ، ويمتد ليشمل التنظيم الصين.

وقد بدأت هذه العملية ( حسب تقارير مصالح الأمن ) عام 2010، بتهريب بعض المقويات لتمتد بسرعة سنة 2012 بتهريب الأدوية المهلوسة التي تستعمل ضد الصحة العمومية كالمخدرات، وقد أكد على اثر ذلك الدكتور باكري كمال المتخصص في الأمراض الداخلية أن الأزمة التي عاشتها الجزائر سنة 2009 قد ساهمت في ازدهار وتهريب الدواء، وقد بلغ التعفن وسوء التسيير (حسب المتحدث ) مداه، ما دفع عناصر الرقابة إلى الامتناع عن تطبيق القانون على مهربي الدواء بسبب غياب ونقص الكثير من الأدوية في السوق الوطنية.<sup>1</sup> ويعتد الدواء مادة حيوية وأحد ركائز الصحة والصحة العمومية لجميع الأفراد والبشر والصحة النفسية ويدخل في ذلك حتى استخدام الغذاء أو ما يسمى حديثا بالتطبيب بواسطة الأعشاب والزيوت وبعض مكونات الطب البديل، التي تنافس فيه الصيدليات اليوم بتقديم هذه الأنواع من الأدوية والمستخلصات. وللإشارة فإن الاهتمام بالأدوية ليس وليد اليوم بل مرتبط بثقافة الصحة والمرض بالنسبة للإنسان منذ قرون عديدة ، وعلم الصيدلة كفن وممارسة اشتهر عند حضارات قديمة ردحا من الزمن ، حيث عرف الإغريق واليونان والفراعنة الكثير من هذه الأدوية.\*

<sup>1</sup> محمد بن أحمد، محمد بن علي: جزائريون يتناولون أدوية مغشوشة ، يومية الخبر، د.ع ، 3 مارس 2015، الجزائر، ص16.  
\* للاستزادة من الموضوع الدواء ومصادره وتاريخه أنظر كتاب الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم ، إعداد د. رياض رمضان العلمي، مرجع سبق ذكره.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

ولم تبقى المشكلة الرئيسية لصحة الأفراد في الأدوية فقط ، بل تعدته إلى الأمراض المتنقلة عن طريق الفيروسات بسبب انعدام النظافة والخدمات، حيث رفعت وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات الدرجة القصوى من التأهب والاستنفار ضد هذه الأمراض الاستشفائية المعدية، وحسب ذات الجريدة فإن معدل الإصابات والجراثيم قد وصل 14% أمر على اثرها عبد المالك بوضياف بالصرامة وتصدي هذه الأمراض باحترام شروط النظافة وتكوين موظفي القطاع.

وفي هذا الإطار وجهت المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة تعليمة إلى ولاية الجمهورية ومديري مختلف المعاهد والمؤسسات التابعة للقطاع ، إضافة إلى مدراء القطاع في الولايات ومسيري المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة لتطبيق جميع التدابير والإجراءات التي حددتها الوصاية لتطبيق قواعد النظافة الاستشفائية تحت رقم: 06 الصادرة 16/02/17 ، وقد أمرت مصلحة الوقاية وترقية الصحة في هذا الإطار بالتحكم في عدوى المستشفيات انطلاقا من المتابعة الدورية لعمال القطاع. بمن فيهم الطواقم الطبية وشبه الطبية ، وعمال النظافة وأعاون الأمن الذين لهم دور كبير في تسيير النفايات الاستشفائية وكيفية حرقها لحفظ المحيط وصحة المجتمع العامة.<sup>1</sup>

"مرضانا يموتون احتراقا في المستشفيات " ، عنونت نفس الجريدة خبرا من عديد الأخبار حول استمرار معاناة الصحة العمومية في الجزائر، ولكن هذه المرة في البلدة بمسشفى فرانس فانون ، أين توفي شخصان وأصيب جريحان ... وقد جاءت الحادثة بمسشفى الأمراض العقلية بسبب شرارة كهربائية حسب وزير الصحة ، في ظرف ثلاث أشهر بعد ذلك الحادث الذي وقع في مصلحة طب النساء والتوليد بمسشفى مصطفى باشا الجامعي، وقال الوزير على اثرها أنه يركز على مجال الاستعجال الجراحية ، ثم المرافق التي هي بصدد العصرية ، سواء عن طريق بناء مستشفيات جديدة أو التكفل بالمستشفيات ذات البناء الجاهز ، آخذين بعين الاعتبار غياب مستشفيات شرق العاصمة.<sup>2</sup>

### 3- صحيفة النهار:

على اثر المشاكل والعراقيل السابقة التي تناولتها عديد الجرائد اليومية والأسبوعية ، قدمت النهار هذه المرة تصريحاً لوزير الصحة وإصلاح المستشفيات ، بالقول أنه تم تجهيز وكالة وطنية للمستشفيات ، وقد دخلت هذه الوكالة الوطنية للتسيير والإنجازات وتجهيز مؤسسات الصحة حيز التنفيذ حسب الوزير ، حيث صدر العدد الأخير من الجريدة الرسمية المرسوم الخاص المتضمن للتنظيم الداخلي للوكالة ، ومن المنتظر أن تسهر

<sup>1</sup> خيرة لعروسي: 70% من الأمراض المتنقلة عن طريق الفيروسات ، يومية الخبر، الجزائر، 2016، ص7.  
<sup>2</sup> ب.رحيم: مرضانا يموتون احتراقا في المستشفيات ، جريدة الخبر 2015/03/11 ، الجزائر ، ص15.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

الوكالة في تسهيل عملية تجهيز المؤسسات الصحية بعدما كانت تواجهها العديد من المشاكل على غرار البيروقراطية التي تؤدي إلى تأخير العملية مما يتسبب أحيانا كثيرة في ندرة الأجهزة الطبية بالمستشفيات<sup>1</sup>.

وقدمت ذات الجريدة خبرا آخر يقضي ورفع الكفاءة في هذا برفع المردودية والمنح لتحقيق الأداء القطاع، وصب المخلفات المالية العالقة منذ 2008 وفيما يخص الاعتداءات المتكررة على مستخدمي قطاع الصحة فقد تم تشكيل لجنة من وزارة الصحة والداخلية والدفاع لتوفير الأمن في المؤسسات الصحية، ومن جانب آخر فقد تم الاتفاق على تسوية العراقيل والتضييق على العمل النقابي في إطار الحوار والتشاور، خاصة في مؤسسات الصحة الجوارية لحساسنة بولاية سعيدة، والمؤسسة الاستشفائية بولاية تيارت والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بولاية قسنطينة، وقد تم على اثر هذا الاجتماع الاتفاق على عقد لقاءات أخرى لتسوية مطالب مستخدمي الصحة العمومية وخدمة المريض<sup>2</sup>.

ولذلك يمكن إيجاز الكثير من هذه المعوقات والمشاكل في :

- نقص التأطير والخدمات لمستخدمي قطاع الصحة العمومية.
- سوء التسيير وغياب الرقابة على الممارسات الطبية والمؤسسات الصحية الاستشفائية.
- قلة النظافة وغياب الضمير المهني لكثير من أعوان النظافة ، نتيجة لعدم احساسهم بالمسؤولية واللامبالاة ، وذلك يرجع في كثير من الأحيان إلى المشاكل الاجتماعية وقلة الدخل.
- غياب الوعي والثقافة الصحية لدى الكثير من مؤسساتنا الطبية والاستشفائية وعدم الاهتمام بالصحة العامة وقاية وعلاجاً.

### 4- جرائد ويوميات أخرى:

بعد تقديم مختلف الجرائد واليوميات الكبرى والمعروفة في الجزائر ، سنحاول اختصار بعض المشاكل في جرائد قد تكون غير معروفة لدى الكثير من الأفراد، وذلك لإيضاح وتأكيد جود هذه المشاكل التي لا يغطيها سوى الإعلام ، وعلى الأرجح أن ما سبق أن تناولناه وما سنؤكد عليه هو أن تداول أو التركيز على معظم مشاكل التغطية الصحية ، ومعوقات النسق الطبي في منظومة العلاج بالمستشفيات لها جانب كبير من التطرق والتوضيح من طرف هذه الوسائل الإعلامية خاصة الجرائد ، فبرغم أن التلفزيون العام والخاص قد يكون لهم دور هام في مثل هذه المواضيع إلا أن الصفحات اليومية للجرائد تكاد لا يمر يوم إلا وأظهرت هذه العيوب والمساوى وهو ما يؤكد كثرة وتدهور منظومة الصحة في الجزائر.

<sup>1</sup> جريدة النهار: وكالة وطنية لتجهيز المستشفيات ، العدد 2498 يوم 2015/12/09، ص 02.  
<sup>2</sup> راضية شايت: منح 9000 دينار لـ 200.000 موظف في قطاع الصحة ، جريدة النهار ليوم 2015/02/21، ص 04.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

وبالعودة إلى الجرائد فقد نشرت جريدة الجرائد اليوم خبرا مفاده أن المناطق النائية هي الأكثر تضررا من غياب التغطية الصحية الشاملة ، حيث تم تخصيص قافلة صحية موجهة نحو المناطق المعزولة بولاية المدية بهدف ضمان العلاج الجوارحي لفائدة سكان القرى النائية التي لا تشملها التغطية الصحية التقليدية حسب مدير الصحة<sup>(4)</sup>.

كما نشرت صحيفة حوادث بانوراما خبرا أقل ما يقال عنه أنه شنيع ، حيث تم إيداع طبيب وقابلة الحبس في قضية أتهموا فيها بالمتاجرة بالمواليد ، وفصول هذه الجريمة حسب مجريات البحث والتحقيق تمت بولاية تبسة، أين تورطت أم عازب ادعت أن الابن الذي يبلغ من العمر ثلاث سنوات هو ابنها ، بعدما تم قتل والدته ، رغم أن الجانية كانت حسب الإجراءات الطبية المتخذة في حقها عاقر، وبعد اعترافها بالجريمة المنسوبة إليها واشتراك الطبيب الجراح معها في هذه العملية التي تمت في عيادة خاصة ، بعد تكتم القابلة عن شراء هذا المولود بمبلغ 20 مليون سنتيم، وقد تم الحكم في القضية التي تدخل ضمن المتاجرة بالأرواح البشرية<sup>2</sup>.

إن نشر الإعلام المكتوب لمثل هذه المشاكل لا يعني بالضرورة أنه لا يركز إلا على السلبيات ولكن بعض الانجازات التي تقوم بها السلطات الصحية قد يكون لها نصيب من التغطية كما نبينه من أخبار وعناوين في الآتي ذكره:

من بين هذه العناوين التي تصدرت جريدة (الكوايس) على سبيل المثال وهذه الجريدة غير معروفة لدى الكثير؛ أن ولاية سطيف نظمت دورة في كرة القدم تحت رعاية مديرية الصحة في إطار نشاطات القرية الطبية لداء السكري للتوعية والوقاية من المرض ، وذلك تجسيدا لمقولة العقل السليم في الجسد السليم ، سعيا لغرس ثقافة ممارسة الرياضة والتوعية الصحية السليمة لدى كل الفئات الاجتماعية من مختلف الأعمار، وهو ما اعتبره المختصون أنجع وسيلة للحفاظ على السلامة العامة للجسم والعقل واستحسن المبادرة في انتظار أن تعم على الجميع لرفع المستوى الثقافي والصحي<sup>3</sup>.

وفي نفس الجريدة خبر بعنوان 65 مليار قيمة المساهمة الجغرافية للمستشفيات لتكفل بمرضى السرطان لهذا العام ، تتضمن كل مستحقات الأدوية والتصوير بالأشعة وإعادة تفعيل دور الطبيب المعالج (طبيب الأسرة) وإدخاله في صلب منظومة التأمينات الاجتماعية وذلك بالتعاقد مع حوالي 3000 طبيب على المستوى الوطني كما جدد المدير العام للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للمستخدمين التأكيد على تأمين العمال ضمنا لأمنهم الاجتماعي، من جهة أخرى أشاد المدير العام للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء

<sup>1</sup>م:ن : قافلة صحية تجوب المناطق النائية بالمدينة، جريدة الجزائر الجديدة، العدد، 19 يوم /11/ 2015، 2169، ص24.

<sup>2</sup> ك. سيرين، غيداع: طبيب..قابلة وأم عازبة الحبس ، بانوراما حوادث ، العدد 394، يوم 2015/12/26، ص11.

<sup>3</sup> حسينة قارة: مديرية الصحة لولاية سطيف تنظم دورة في كرة القدم ، كوايس، العدد 1741، يوم 2015/11/18، ص05.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

السيد حسان تيجاني بالكفاءات الجزائرية التي تمكنت من تطوير نظام وطني للتعويضات عن طريق (بطاقة الشفاء) ، مشيراً إلى نجاح النظام وزيادة الجزائر في هذا المجال مقارنة بالدول المجاورة ، وفيما يتعلق بالأدوية الجنيسة، دعا المتحدث إلى ضرورة تغيير الذهنيات بخصوص الأدوية الجنيسة، مؤكداً على نجاعة هذه الأدوية مثل الأدوية الأصلية وما يتغير إلا الشكل الخارجي للعبوة، مؤكداً عزم الجزائر على تطوير الأدوية الجنيسة يأتي في إطار ترشيد النفقات ، وذكر المدير أن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية متواجد عبر كامل الوطن بأربعة عيادات متخصصة للتصوير والأشعة ومركزين للأرطوفونيا و49 صيدلية إلى أكثر من 30 روضة للأطفال ومركز عائلي<sup>1</sup>.

وتأتي هذه المبادرات والفعاليات في إطار وضع خطة تنموية واستراتيجية شاملة للصحة العمومية في إطار الخدمات الاجتماعية الموجهة للمجتمع عبر صناديق الضمان الاجتماعي والتأمينات الوطنية، وباستحداث طرق وأجهزة حديثة تقلص من حجم البيروقراطية كبطاقات الشفاء والدفاتر الصحية والخدمة العمومية المجانية الموجهة لأصحاب الأمراض المزمنة، وعلى رغم هذه الإنجازات تبقى العملية (حسب رأينا) غير منظمة ومستمرة، وغير شاملة ومهيكلية، وتستهدف الأعراض بدل الأمراض الحقيقية.

آخر جريدة في هذا السياق هي أعرق جريدة في الوطن ألا وهي جريدة الشعب، حيث ألما نشرت الخبر بعنوان: خبراء يدعون لترشيد النفقات وخفض تكاليف الرعاية الصحية، جمع هذا الملتقى الدولي مجموعة من الخبراء والأساتذة بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة المسيلة، واجمع خلاله الحاضرون على ارتفاع الانفاق الصحي، وعدم مصاحبة تزايد مماثل في المردود ولا تحسن الحالة الصحية جراء عدة عوامل من بينها غياب رؤية واضحة حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي، وقد انتقد المتدخلون طريقة تسيير القطاع الذي تعاقب عليه بسببه وزراء واستهلك 70 مليار خلال 11 سنة الأخيرة، دون الوصول إلى المفهوم الصحي للرعاية الصحية ، بمفهوم الحفاظ على الصحة العمومية.

وتساءل المتحدثون عن غياب ديناميكية في القطاع اثر تزايد الانفاق، وأن احتواء التكاليف الصحية يجب أن يكون شعار وهدف المرحلة المقبلة، خاصة أن المواطنين الفقراء والمهمشون يدفعون ثمن ارتفاع التكلفة الصحية دون تطور الخدمات الصحية على صعيد المناطق والفئات الاجتماعية، فالتوزيع الجغرافي غير المدروس للمؤسسات الصحية أدى إلى العزل الصحي للأرياف عن المدن الرئيسية، ما يفرض ضرورة الاستخدام الأمثل للمواد المتاحة والعدالة والعقلنة قصد صد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية من ضعف ورداءة التسيير.

<sup>1</sup> أنظر: حسينة قاوة، المصدر السابق، ص3.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

ومن جانب آخر أشار ممثل الصحة العالمية "مناصرية نبيل" في مداخلة أن تدهور أسعار النفط والانعكاسات التي تنجم عنها تدفعنا إلى ترشيد النفقات ، موضحا أن منظمة الصحة العالمية تسعى عبر مختلف بلدان العالم إلى البحث على الآليات التي يمكنها التحكم في النفقات الصحية، ومن بين الدول التي وافقت على المشروع الجزائر التي تسعى في البحث عن طرق وآليات التحكم وفق سنة 2000. من جهته دعا الدكتور رابح بوقرة من كلية الاقتصاد إلى أن ميزانية القطاع المقدرة بـ 382 مليار دينار مرتفعة مقارنة بالسنوات الماضية ودعا الدولة الجزائرية إلى الترشيد<sup>(1)</sup>.

(1) عامر ناجح: التحكم في الانفاق الصحي ، جريدة الشعب، العدد 16885، يوم: 2015/12/25، الجزائر، ص07.

ثانيا-معيقات المؤسسة العمومية الاستشفائية:

كما سبق الإشارة إليه في السياسات الصحية الجزائرية عرفت عدة تطورات وتحديات ومشاكل جعلت من قطاع الصحة يعاني النقص في التأطير والمهاكل إلى غاية كتابة هذه الأسطر ، وليس ذلك فحسب، فالمستشفى مؤسسة كبيرة تتحمل عبئا اقتصاديا وخدماتيا وإداريا ليس بالأمر الهين ، إضافة إلى الموارد البشرية والمالية ، وعلى سبيل المثال إذا أخذنا مثلا السياسة الوطنية الوقائية الحالية نجد البرنامج الحالي يتكون من 19 برنامجا وهي<sup>1</sup>:

- 1-البرنامج الموسع للتلقيحات.
- 2-برنامج مكافحة أمراض الاسهال عند الطفل.
- 3-برنامج الأمراض التنفسية الحادة عند الطفل.
- 4-برنامج التهاب المفاصل الحاد.
- 5-برنامج مكافحة مرض وفيات الأمومة والولادات.
- 6-برنامج التغذية.
- 7-برنامج مكافحة مرض السل.
- 8-برنامج التدخين.
- 9-برنامج مكافحة الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوانات.
- 10-برنامج مكافحة مرض التهاب السحايا.
- 11-برنامج مكافحة الملاريا.
- 12-الهاتف 115 (أي تقديم خدمات عن طريق الهاتف للفئة التي تعاني من بعض الآفات).
- 13-التفتيش الصحي على الحدود.
- 14-برنامج مكافحة الأمراض المتنقلة عبر الحدود.
- 15-برنامج مكافحة لسعات العقارب.
- 16-برنامج صحة العمال.
- 17-الطب المدرسي والجامعي.
- 18-برنامج مكافحة المخدرات.

<sup>1</sup> نور الدين حاروش: المرجع السابق، ص ص 281، 282، نقلا عن الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية، وزارة الصحة والسكان، الجلسات الوطنية للصحة، الجزائر، قصر الأمم نادي الثنوبر ، 26، 27، 28 مارس 1998، ص5.

19-برنامج مكافحة مرض السيدا.

والأسئلة المطروحة بجدة هل هذه الدولة قادرة على تمويل جميع هذه المشاريع والبرامج؟ وهل تقبل التجمعات بتخصيص جميع الموارد لقطاع الصحة؟ هل بالإمكان تمويل مصالح العلاج المختصة أو البرامج الوقائية؟

الأكيد أن الإجابة على هذه الأسئلة في الوقت الراهن صعب ويفرض علينا تحديات كبيرة لأن لانخفاض الاقتصاد الريعي وأسعار البترول جعلت من الاقتصاد الوطني الحلقة الأضعف وأرقت الحكومة الجزائرية في كيفية تمويل هذا القطاع الضروري خاصة أن السياسة الاجتماعية للدولة تفرض على نفسها حاليا عدم رفع خدمات التمويل والدعم ، والعلاج المجاني كأحد أولويات المرحلة السابقة للحفاظ على الطبقة الوسطى والأمن والاستقرار المرتبط بالسياسات الاجتماعية كمجانية العلاج في المستشفيات العمومية، غير أن المطالب المتكررة لشاغلي هذا القطاع لا تزال متكررة ومتواصلة ، والاحتجاجات اليومية لشبه الطبي والأطباء والأسلاك الإدارية التابعة للقطاع الصحي تكاد تكون يومية لعديد المشاكل العالقة والمتراكمة.

والمستشفى بعناصره الرئيسية المتمثلة في الخدمة والطبيب والمريض داخل بيئة ونسق اجتماعي وصحي معين له عدة تأثيرات ومدخلات من ناحية سوسيو مهنية أي أن التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي وما يقدمه من خدمات ضرورية يجعلنا نؤكد على دوره في ربط المحيط الثقافي والسوسولوجي بمهنة الطب باعتبار المستشفى منظمة اجتماعية قبل أن تكون غير ذلك.

فدوافع الأفراد واتجاهاتهم وسلوكهم يتأثر بمحيط المنظمة ، ومن هنا تظهر أهمية دراسة هذا المجال الذي يسمح لرجال التسيير بتنظيم العمل بطريقة تكون أكثر إيجابية لحاجيات العمل ، حيث تبين أن معرفة نسق القيم تساعد على تحديد ماهية المنظمة والاتجاه الذي تريد التحرك فيه، وبالتالي يسمح ذلك لرجال التسيير بالتفكير في إعادة البناء التنظيمي للمؤسسة ، وإعادة النظر في أساليب القيادة والرقابة حتى تكون مناسبة ومتفقة مع شخصية وسلوك الفرد.

خلاصة القول في هذا المجال الخصب لعلم الاجتماع بمختلف تفرعاته ؛ أن إغفال العوامل الاجتماعية والثقافية من شأنه أن يؤثر على كفاءة وفعالية المنظمة الصحية ولعل هذا هو السبب الذي أدى إلى فشل العديد من محاولات نقل نظم التسيير الإداري الناجحة من مجتمع لآخر، وحتى من منظمة إلى أخرى في نفس المجتمع<sup>1</sup>. هذا من الناحية التنظيمية والإدارية ، أما من الناحية القانونية فمظاهر الفساد وعدم شفافية الممارسة المهنية لمؤسسات الطب الاستشفائية كثيرة ومتواجدة بالمرفق العمومي منذ القدم، ومرتبطة بوجود النظم

<sup>1</sup> نور الدين حاروش: مرجع سابق، ص227.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

السياسية والإدارية التي تسيّر هذا الجهاز، وبالموظفين والعاملين على مستواه، ومن بين هذه المظاهر الرشوة وغياب الضمير المهني للأطباء والمرضى، والمتاجرة بالأعضاء البشرية، والإهمال واللامبالاة وغيرها من المظاهر التي يعاقب عليها القانون الوضعي والسماعي، فجرّمة استغلال الوظيفة مثلاً يجرّمه القانون من خلال المشرع الجزائري في المادة 33 من قانون مكافحة الفساد، وعلى كل موظف عمومي، وذلك بالحبس من سنتين إلى عشر سنوات وبغرامة من 200.000 دج إلى 1000.000 دج، كل موظف عمومي أساء استغلال وظائفه أو منصبه عمداً من أجل أداء عمل أو الامتناع عن أداء عمل في إطار ممارسة وظائفه على نحو يخرق القوانين والتنظيمات وذلك بغرض الحصول على منافع غير مستحقة لنفسه أو لشخص أو كيان آخر، وذلك من أجل حماية الوظائف العامة وضمّان سير العمل الإداري لتحقيق المصلحة العامة.

كما أن إساءة استغلال الوظيفة على نحو غير مشروع يمس المبادئ التي تقوم عليها الوظائف العامة كمبدأ المساواة أمام المرفق العام وكذلك سير المرافق العامة بانتظام مما يؤثر على مسار المرفق الصحي العمومي فتختل بذلك النظم الإدارية وتحل الفوضى محل النظام<sup>1</sup>.

وتعد جريمة الاختلاس للممتلكات والمستلزمات الطبية من أسوأ الانحرافات في الوظيفة العامة خاصة في القطاع الاستشفائي العام، حيث يلجأ إليه بعض الأطباء أو شاغلي الوظيفة من خلال استغلالهم لوظائفهم، وإساءة السلطة الممنوحة لهم، وهذا بهدف تحقيق مصالح عادية ذاتية، حيث تعد جريمة الاختلاس من الجرائم الكبيرة المحلّة بالشرف والأمانة، ولا تحصل إلا لمن كان ضعيف الخلق ومنحرف السلوك، فالمال العام يعد عهدة لدى الموظف يجب المحافظة عليه<sup>2</sup>. وللإشارة فإن كثرة هذه القوانين والمراسيم التنفيذية يؤشر على وجود اختلالات كثيرة ومظاهر للفساد وعدم خضوع هذه القوانين للتنفيذ والتطبيق، وهو ما يفسر تأكيد الجهات القانونية والإدارية في مقدمتها المشرع الجزائري على سن القوانين وفرض العقوبات على المتجاوزين في حق المرضى والمؤسسة العمومية الاستشفائية كمرفق عام يخص جميع الأفراد بخدماته وممتلكاته.

وعموماً فالصحة العمومية لها مؤشرات عديدة نذكر بعضها على سبيل المثال لا الحصر وهي متعلقة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة للمجتمع.

1- معدل الوفيات الخام (وفيات السكان من جميع الأعمار)

2- معدل وفيات الأمهات الناتجة عن الحمل والولادة.

3- معدل الوفيات بين الأطفال الرضع.

<sup>1</sup> عبلة ظريفة: الفساد الإداري في المستشفيات العمومية، مذكرة ماستر، كلية الحقوق، محمد خيضر، بسكرة، 2015، ص43.  
<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص44، نقلاً عن أحمد محمود نهار أبو سليم: مكافحة الفساد، دار الفكر، ط1، عمان، ص46.

- 4-معدل الوفيات من الأمراض النوعية والإصابات (التردن، الإسهال، حوادث السير، الحرائق...)
- 5-المعدلات النوعية للأمراض النوعية (التردن والسرطان).
- 6-معدل العجز والإعاقة بين الأفراد.
- 7-معدل الانحراف والجريمة في المجتمع.
- 8- معدلات الطلاق والإهمال والتفكك الأسري.
- 9-الإدمان على التدخين والمخدرات وغيرها.
- 10-معدل انتشار الأمية بين السكان.
- 11-معدل انتشار الفقر والأوبئة<sup>1</sup>.
- 12-معدل الرعاية النفسية والعقلية.
- 13-معدل التغذية الصحية والوقائية لدى الأطفال والبالغين.
- 14-معدل الوقاية الجسمية والنفسية للأفراد والمجتمع.
- 15-معدل المواليد الأصحاء غير المرضى.
- 16-معدل الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين المتواجدين على مستوى المصحات والمراكز الاستشفائية والوقائية.
- 17-معدل الدراسات المتعلقة بالتنمية الصحية وحوكمة الاقتصاد الصحي.

لذلك فالصحة العمومية غير مرتبطة بالمستشفى فقط بل تتعدى لمؤسسات وأجهزة أخرى وأي خلل في التنسيق أو التكامل بين هذه المؤسسات والأجهزة يحدث خللا على المستوى الإداري أو التنظيمي ويجعل من معالجة مشاكل الصحة والصحة العمومية صعبا لأنه لا يركز على مصدر المرض بل يتناول العرض ويعالج الجزئيات.

وعلى اثر هذه الآثار السلبية للمؤسسات الصحية في الجزائر على رأسها المؤسسات الاستشفائية ومصالح الصحة الجوارية فإنه توجد العديد من الدراسات التي تؤكد مشاكل الصحة سواء من خلال الإدارة أو التسيير أو من خلال الخدمات والرعاية الصحية ، ونذكر من خلال الدراسة النظرية والتطبيقية التي توصل إليها هذا البحث الذي تناول الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية ، حيث توصل الباحث إلى أنه لا تزال هذه الخدمات ؛ أي خدمات التعامل مع النفايات بعيدة عن المطلوب والتسيير الإداري والتنظيمي لهذه العملية لا

<sup>1</sup> فضيلة صدراتي: واقع الصحة المدرسية في الجزائر من جهة نظر الفاعلين في القطاع، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ، جامعة خيضر ، بسكرة، 2014، ص267.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

تزال بعيدة عن التجسيد والتطابق وفق إملاءات النظام القانوني عن مواصفات ومعايير الخدمات الدولية ، مما لا يساهم (حسب الباحث) في تحقيق التنمية المستدامة خاصة أن مستوى المعارف والكفاءات لدى المجموعات الاستشفائية اتجاه النفايات التي يعملون على مجالتها، ومن بين المشاكل والنتائج المتوصل إليها في البحث:

- غياب مصلحة أو شخص مسؤول مباشر يقوم بتسيير النفايات؛
  - ضغط المؤسسات والمصحات والقطاع الخاص لحرق نفاياتهم على مستوى المؤسسة.
  - تأخر معالجة النفايات بسبب تعطل المرمدة ، وقد يصل الوقت الفاصل بين انتاج النفايات وعملية التخلص منها لأكثر من 78 ساعة.
  - عدم وجود أساليب بديلة تحل محل الترميد و آثارها السلبية على البيئة؛
  - الكثير من الأخطاء تحدث أثناء عملية الفرز والمرامد.
  - الوسائل والمعدات التي توظفها المؤسسات الاستشفائية العمومية تتبع أسلوب الحرق عن طريق المرادم التي لها آثار سلبية على الصحة والبيئة.
  - رغم تعدد طرق ووسائل معالجة نفايات خدمات الرعاية الصحية بمختلف الأساليب والتكنولوجيات الحديثة، إلا أن الاعتماد على الحرق وحده له آثار خطيرة على الحياة<sup>1</sup>.
- هذا من ناحية حرق النفايات الاستشفائية والصيدلانية ، أما من ناحية التبرع بالدم داخل هذه المؤسسات ووحدات التبرع ، لا تزال أيضا غير منظمة وليس لها وقت وبرنامج محدد في التوزيع والجمع، بل تعتمد في كثير من الأحيان على الحملات والعشوائية في التسيير والمتابعة.

<sup>1</sup> زايد وافية: التسيير الفعال لخدمات الرعاية الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، مجلة الأبحاث الاقتصادية ، العدد 12، جامعة البليدة 2، الجزائر، جوان 2015، ص ص 114،115.

### ثالثاً- معوقات التنمية الصحية في الجزائر:

بما أن الصحة هي أحد أولويات التقدم والتطور والتنمية ، فإن غياب أو نقص في أحد أضلاع التنمية حتما سيؤدي إلى الفشل والتخلف وعدم مواكبة الدول المتطورة في هذا المجال. وتحتل الجزائر مراتب متأخرة في سلم التنمية الصحية سواء فيما يتعلق بالإنفاق والأداء والحوكمة لقطاع الصحة، أو عدة مؤشرات ومعطيات سنشير إليها.

البنك العالمي للمنظمة الصحية في استراتيجيته التنموية من خلال ما يقدمه من مساعدة ومشورة يمكن أن تساعد البلدان المعنية على تحقيق نتائج صحية أفضل على نحو يؤدي أيضا إلى تعزيز قدراتها على المنافسة عالميا وتحقيق الحكم الرشيد ، من الثابت أن الصحة الجيدة ليست مجرد نتيجة من نتائج النمو الاقتصادي ، إنما هي بالأحرى عامل مساهم في النمو ولا ينفصل عنه على نطاق واسع إلى التقدم الذي تحقق في مجال الصحة العامة والتكنولوجيات الطبية، والمعرفة بالتغذية وسياسات السكان ، ومكافحة الأمراض ، واكتشاف المضادات الحيوية واللقاحات باعتبارها دفعة قوية لتحقيق خطوات كبيرة في مجال التنمية الاقتصادية ، وذلك ابتداء من الثورة الصناعية في بريطانيا في القرن التاسع عشر<sup>1</sup>.

من خلال هذه المقدمة يتضح لنا غياب التنمية التي تتعلق بالمستوى الصحي والصناعة العالمية للأدوية وسبق ذكره، غير أننا سنقوم بتحديد مجموعة من المعوقات والمشاكل الأساسية التي ترهن الصحة والتنمية لاقتراح الإستراتيجية والحلول الكامنة أولا في حل هذه المشاكل واقتراح بدائل صحيحة؛

### **1- معوقات مرتبطة بقطاع العناية الصحية:**

تحتل الجزائر مراتب متأخرة في سلم الصحة حيث أنها تحتل المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 81 في مجال النظام الصحي ، كما احتلت المرتبة 84 في مجال معدل الأمل في الحياة بين 192 دولة عضوة في منظمة الصحة العالمية، وبالنظر إلى توزيع مستوى الخدمات الصحية تحتل الجزائر المرتبة 110، فعلى الرغم من الجهود التي قامت بها الجزائر لأجل الرفع من المستوى الصحي للسكان إلا أنها تبقى محدودة بالنظر للجهود التي تبذلها البلدان الأخرى ، حيث يمكن إجمال هذه المعوقات في ضعف تمويل القطاع الصحي، وقلة وسوء توزيع الهياكل الصحية عبر التراب الوطني مقارنة باحتياجات المجتمع الصحي<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> تقرير البنك الدولي: التنمية الصحية ، [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) ، 2008 ، ص3.  
<sup>2</sup> بومعروف إلياس، عماري عمار: من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد 07، جامعة سطيف، الجزائر، 2010، ص32.

### 2- ضعف تمويل القطاع الصحي:

كما سبق التذكير به فالجزائر لا تزال بعيدة عن دول كثيرة في معدل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة برغم أهميته الحيوية واستراتيجية في التنمية ، وهو ما يعكسه انخفاض مستوى الفرد في الإنفاق الصحي وهذا ما يتضح ويتجلى أكثر في تذبذب معدل النفقات الصحية إلى مجموع الثروة الوطنية. وحسب مؤشر الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي نجد مثلا الولايات المتحدة الأمريكية تأتي على رأس القائمة عالميا ، حيث يمثل نصيب الصحة من 13% سنة 1999 إلى 15% سنة 2003، ومعظم الدول المتقدمة يتراوح هذا المؤشر من 9% إلى 15.2%، ففي ألمانيا مثلا تتراوح نسبة الخدمات الصحية من 10% إلى 11% بينما صرفت فرنسا سنة 2003 ما يعادل 13.1% من ناتجها المحلي على الخدمات الصحية ، أما الجزائر فإن المؤشر لا يتجاوز 3.8% بالنسبة لتونس والمغرب بـ 5% من الناتج المحلي الإجمالي ، وهذا ما يؤشر على أن الجزائر ما تزال بعيدة عن الدول العربية ما بالك الدول الأجنبية مما يؤكد على قلة الاهتمام الذي توليه الجزائر بالجانب الصحي لأن نسبة النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي في الدول المتقدمة مرتفعة ، كما أن نصيب الفرد من النفقات الصحية في ارتفاع مستمر بهذه الدول، ما يعكس العدالة والمستوى في توزيع الخدمات الصحية وعلى الجزائر ليس فقط مواكبة الدول في الإنفاق والخدمات الصحية عربيا بل السعي إلى منافسة والدخول بالدول المتقدمة ليس في الإنفاق والتجهيز الطبي، بل بتوفير الرعاية والخدمات الصحية والهيكلة الراقية عبر الاهتمام بالقطاع عن طريق الإنفاق وتطوير التكنولوجيات وإعداد الكفاءات الطبية ، فمع أن بعض الدول النامية ذات الدخل المرتفع لديها مستويات منخفضة من النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي، إلا أنها تشهد مستويات مرتفعة من نصيب الفرد على النفقات الصحية بفعل انخفاض عدد السكان ، حيث يقترب هذا المؤشر من 900 دولار سنويا ، فدولة كقطر تصرف 862 دولار لكل فرد سنة 2003 وهي في ارتفاع محسوس، بينما يبلغ معدل الإنفاق في الجزائر ربع ما تنفقه هذه الدولة بنسبة 71 دولار بين 1999 إلى 2003<sup>1</sup>، وهو في انخفاض مستمر إذا أخذنا معدلات أخرى كالتضخم ، وضعف القدرة الشرائية والدخل الوطني القومي للفرد وغيرها من الأتعاب والمصاريف التي تضعف الإنفاق على الصحة العمومية للفرد الجزائري.

### 3- قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية:

مع ارتفاع عدد السكان حاليا والمقدر بحوالي 40 مليون جزائري ، غير أن هذا الارتفاع الديموغرافي لم يصاحبه ارتفاع في العيادات والهياكل الصحية خاصة في الجنوب أين لا يزال هؤلاء السكان يقطعون آلاف الكيلومترات لالتحاق بالمستشفيات الرئيسية كمصطفى باشا ، أو فرانس فانون بالبلدية لإجراء فحوصات

<sup>1</sup> بومعروف إلياس، عماري عمار، المرجع السابق، ص33.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

طبية أو تصوير فوتوغرافي ، يكلف الجهد والوقت والمال ، فالتوزيع الديموغرافي للمؤسسات الطبية والصحية غير مطابق ومتناسق مع التوزيع الديموغرافي للسكان ، ما يؤدي في النهاية إلى الضغط على المستشفيات الرئيسية ويزيد البيروقراطية وسوء المعاملة مع المريض، وتقل نسبة المتابعة الصحية للفرد مما يتسبب في كثير من الأزمات والمشاكل الوبائية والخطيرة والمرفق الصحي العمومي له آثار سلبية على حياة الأفراد والمجتمع إذا كان خارج الخدمة وسنوجز أهم هذه الآثار في :

- ارتفاع معدل الوفيات خاصة بين الأطفال والرضع وانخفاض معدلات النمو الديموغرافي نتيجة التدهور الصحي.
- زيادة انتشار الأمراض والكوارث البيئية في عدد من المناطق الجغرافية.
- زيادة الضغط والاكتظاظ على المستشفيات وقاعات العلاج والعيادات.
- فقدان الثقة في المؤسسات الصحية الاستشفائية وخدمات الصحة الجوارية خاصة العمومية والتوجه نحو القطاعات الخاصة.
- غياب التنافس والإهمال واللامبالاة التي يسدد فاتورتها المواطن والفرد العادي .
- انتشار ثقافة التواكل وغياب الضمير المهني واللامسؤولية نتيجة غياب التنظيم والمساواة والعدالة في التمريض ونوعية المرفق الخدماتي.
- انتشار ثقافة الجهوية والمحسوبية في المعالجة والعلاج المجاني.
- تدني المستوى الصحي والنفسي للأفراد كالأحباط والتوجه نحو التداوي التقليدي وعدم متابعة الطبيب للظروف الاجتماعية والبيئية.
- فتح المجال أمام الطب غير الرسمي والمساهمة في انتشاره.
- هذا على مستوى المريض أو طالب العلاج، أما على مستوى الكوادر والتجهيزات الطبية فالآثار عظيمة وجسيمة ولها تداعياتها السلبية على القطاع بأكمله؛
- يؤدي نزيف الأدمغة وهجرة الكفاءات العلمية إلى خلل في المنظومة الصحية خاصة المؤهلة والمكونة في المدارس العليا أو خارج الوطن، كما أن الدولة تخسر على الإطارات والخبراء في هذا المجال الكثير من الموارد الاقتصادية ليكون في النهاية من نصيب دول أخرى توفر مناخ تنظيمي وظروف أفضل مما يوفرها غيرها فيكون التكوين والجهد في هذه الكفاءات خسارة وموارد مهدرة لا يمكن تعويضها إلا بالحفاظ عليها وتوفير شروط البقاء وصناعة الإبداع خاصة في المجالات الصحية والطبية.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

- غياب الخبرة وفتح المجال أمام الكوادر الطبية نتيجة لقلّة الهياكل ونوعيتها يؤدي إلى الاستنحاد بغيرها من الأيادي غير المؤهلة فيصبح قطاع الصحة مريض وتنتشر الرداءة في العلاج بدل الجودة والريادة.
- نقص الهياكل الطبية بالنسبة للطبيب أو الإداري الصحي يعطل المؤسسات الصحية ويفاقم من حدة المرض مما يسبب العجز الطبي وعدم التقدم والتطور في القطاع.
- انتشار البطالة بين صفوف الصحيين والتوجه نحو مهن أخرى ، ما يؤدي إلى فقدان جانب كبير من المعرفة العلمية والتخصص.

وللإشارة فقد عرضت قناة البلاد حوارا مع البروفيسور عين النبي بن عيسى حول هجرة الأدمغة واتجاه الجزائريين نحو تونس للعلاج ، فأشار إلى أن ضعف المعاملة وغياب الثقة بين المريض والطبيب وقلّة المستشفيات الجهوية وضعف تكوينها أدى إلى تفاقم في المشاكل، كما أشار البروفيسور إلى غسيل الكلى مثلا يكلف حوالي نصف مليار دولار سنويا ما يكلف الخزينة كثيرا ، واقترح بدل ذلك زرع الكلى وتجنب سوء التسيير في الموارد المالية الموجهة للصحة\* .

وتعتبر تونس قبلة الجزائريين في الطب والعلاج ، ما يؤشر على وجود خلل في المنظومة الصحية الجزائرية من حيث التسيير والخدمات الصحية، وتوزيع المرافق العمومية الصحية، أو من حيث نوعية الكوادر والتجهيزات الطبية.

أ-تأثير الأبعاد الثقافية والاجتماعية على التنمية الاجتماعية:

### 1-معوقات مرتبطة بالأبعاد القيمية والثقافية:

إن قلة الدراسات المرتبطة بالصحة من جانبها الاجتماعي والثقافي يكاد يكون السبب المباشر في عدم نجاح معظم الخطط والاستراتيجيات الموجهة لقطاع الصحة ، والتغافل عن هذين المبدئين يجعل من عمليات التنمية الصحية مجرد إهدار للموارد المالية والاقتصادية دون تحديد للأولويات ودون دراسة لمكونات وخصوصيات البنية الثقافية والاجتماعية للمنظمة الصحية والمؤسسات الاستشفائية والبيئة بكل تغيراتها الداخلية والخارجية.

إن مختلف هذه المؤثرات أدت ما يسمى حاليا إلى أزمة الصحة أو (الصحة المريضة) فالإكتئاب والقلق ليسا في مستوى المعرفة الطبية والتكنولوجية المستخدمة، بل إنهما يكمنان في المشاكل المصاحبة للفعالية والكفاءة وفي توصيل العناية الصحية إلى الجميع ، إن تنظيم الخدمات الصحية الحالية أشبه ما يكون بمجموعة من القطع غير المتناسقة إنهما كالقطار المنفصلة عنه أجزاءه (القاطرة والعربات) حيث يصبح لا معنى له أو ببساطة لا يؤدي أي

\*قناة البلاد على الساعة : 22.00 ، يوم : 2017/03/07.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

واجب ، ما يؤدي إلى فجوات كبيرة وجهود ضائعة ، وارتفاع في التكاليف ، أي عدم وجود عمل وظيفي تكاملي (من الناحية الوظيفية)

وإذا أردنا دراسة المنظمة دراسة دقيقة لا يجب أن نتوقف عن دراسة المتغيرات الداخلية للمنظمة (كالتنظيمي، ونظام العمل، توزيع الاختصاصات)، بل يجب أن تشمل الدراسة فهم العوامل البيئية الخارجية وانعكاساتها من منظور القيم<sup>1</sup>.

إن مسير المركز الاستشفائي الجامعي مثلاً وحتى يتمكن من تسيير مؤسسة بنجاح يجب عليه معرفة التفاعلات التي يمكن أن تحدث بين المؤسسة والمحيط، بل وأكثر من ذلك يجب أن تكون هناك معرفة جيدة بالمحيط الذي تسبح وتقع فيه المؤسسة ؛ كطبيعة الأمراض ، والمستوى المعيشي والمشكلات الصحية والمستوى الثقافي والمهرم السكاني والتركيبة الديمغرافية<sup>2</sup>. وعدم مراعاة هذه العوامل وجعلها هامشية قد يؤثر كثيراً على المنظومة الصحية ويفشل أي خطة تنموية ويؤدي إلى :

- سوء التفاهم بين المريض والطبيب وغياب الثقة.
- عدم مراعاة العوامل الاجتماعية والثقافية والاهتمام بالجوانب الفيزيولوجية والبيولوجية وإغفال العوامل النفسية والاجتماعية.
- عدم متابعة المريض للطبيب في التوصيات والوصفات الدوائية.
- تجزئة الإنسان غير القابل للتجزئة والتعامل معه كجسد وجماد وإغفال الجوانب الروحية والنفسية.

### 1-1- الثقافة والقيم في الصحة العامة:

السلوكيات المرتبطة بثقافة الصحة والمرض من أهم الأسباب والدوافع المتعلقة بالمشاكل المؤدية إلى غياب الصحة بكل جوانبها النفسية والاجتماعية قبل الجسمية، فطريقة التصرف مع المرض أو الصحة هو أحد المكونات الثقافية والأبعاد القيمة التي توجد عند الأفراد في المجتمع ومن أهم ما يركز عليه العلم الحديث خاصة علم الاجتماع الطبي ، وربط المرض والصحة العامة بجوانب اجتماعية وثقافية من أهم المؤشرات والأبعاد التي تعطي تغطية شاملة عن الصحة والمرض وتكشف مواطن الخلل والمشاكل التي لا يغطيها الطب الرسمي. الإنسان ليس كتلة بيولوجية من لحم ودم وعظام ، وإنما كتلة من العناصر مجتمعة داخله وتميزه هذه العناصر وتميز شخصيته وهذه العناصر هي:

- العقلية (الفكرية)

<sup>1</sup> نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص229.  
<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص230.

- البيولوجية (الجسدية)
- النفسية (السيكولوجية)
- الاجتماعية (السوسيولوجية)

ويجب أن تكون هذه العناصر الأربعة متوازنة وسليمة عندما نطلق على الإنسان سليم وأي خلل في هذه العناصر يؤدي إلى عدم اكتمال الصحة وعدم توافقها، وبالتالي تؤدي إلى خلل في الجسم يحول دون اكتمال الصحة<sup>1</sup>.

والمعنى في القيم والثقافة معنى شامل لا يمكن حصره ، حيث أن القيم في حد ذاتها ثقافية وقيم اجتماعية وقيم دينية ، والثقافة تشمل هذه العناصر وتشكل الإطار العام ، ولا يمكن فصل ما هو جزئي عن ما هو كلي ، كما لا يمكن فصل الجوانب النفسية والعقلية عن الجوانب البدنية والجسمية ، فالإنسان كائن مركب ومعقد بهذه الجوانب والاتجاهات ، ولا يمكن تناوله جزئياً أي التركيز على جهة دون أخرى والفصل في الدراسات السيكولوجية والنفسية والتخصص في أحد عناصر مكونات الفرد وهو فصل منهجي ، وأهم المعوقات التي تواجه صحة الأفراد هي التركيز على جانب دون آخر.

### 1-2- تأثير الأبعاد الاجتماعية في الصحة والمرض:

تؤثر الأبعاد الاجتماعية المقصود بها التركيب الديموغرافي أو نوعية السكان والجنس والطبقة الاجتماعية الغالبة ونوعية المستوى المعيشي على صحة الأفراد، كما يلعب المستوى التعليمي والثقافي دورا كبيرا على برامج الصحة والخدمات المقدمة للأفراد، وتؤثر الجهوية والأقليات الاجتماعية على نوعية الخدمات حيث تحول دون تقدمها وتطورها الاجتماعي والصحي ، وسنسوق بعض العوامل التي تكون سببا في تأخر الخدمة الصحية وتؤثر على المنظومة الصحية بكاملها، حيث تكون هذه العوامل حاجزا أمام البرامج الصحية<sup>2</sup>:

- الحالة الاقتصادية السيئة وما ينتج عنها من فقر إلى جانب المستوى التعليمي المتدني ينتج عنه الجهل في تفسير وفهم المعتقدات الدينية والاجتماعية.
- البيئة السكانية للأفراد وعدم توافر الحد الأدنى من مقومات السكن الجيد من توافر المياه الصالحة والتهوية المناسبة والصرف الصحي.

<sup>1</sup> قدرى الشيخ علي: علم الاجتماع الطبي، المرجع السابق، ص36.  
<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص ص 126-127.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

- العادات الصحية غير السليمة مثل عدم توافر النظافة وعدم الاختصاص في استعمال الأدوات الشخصية كالمناشف والفرشاة...، إلى جانب عادات الأكل غير الصحية والأدوات غير الصالحة للاستعمال.
  - ثقافة المجتمع من عادات وقيم وتقاليد وأعراف وما تعززه هذه الثقافة من أخطاء وتمرکز ذاتي حول الثقافة وعدم التركيز على الطب الرسمي والتوجه نحو الطب الشعبي الخاطئ.
  - الأمراض الاجتماعية الأخلاقية كالإيدز ، وطرق التعامل السرية معها.
  - توزيع الخدمات الاجتماعية الصحية خاصة الإنشائية وعدم توفير الأجهزة والمواد والكوادر يكون سبب في إعاقة البرامج الصحية.
  - بعض المعتقدات والعادات حدثت من إصابة أشخاص عن أشخاص مثل تدخين الأطفال وعمالهم وإصابتهم بالجلطات والسرطانات.
  - ثقافة الأسرة وأنماط التنشئة الاجتماعية للأفراد، ويجعل من الخدمة الصحية هامشية وليست ذات أولوية من حيث المتابعة والتعامل.
- وإذا حاولنا تحليل كل ما قاله من "دودويوكازنتي" فإننا نجد أنه وفي القرن الواحد والعشرون لازالت الهوة شاسعة في مجال الصحة بين العالم المتقدم والعالم المتخلف، ففي الوقت الذي تبحث فيه مجتمعات العالم المتقدم عن كيفية المحافظة على الصحة ، بمعنى محاولة الشروع في تطبيق برامج البيداغوجيا الصحية (التربية الصحية) نجد المجتمعات النامية تعاني من أمراض الفقر والأمراض المتنقلة عن طريق الماء ، وتدهور البيئة إلى جانب الأمية والجهل ، وهذا ما يدفعنا إلى القول بأن أي استراتيجية أو أي تصميم لبرامج صحية ينبغي أن ينطلق من واقع ثقافة الدولة أو المنطقة التي سيطبق فيها، فإذا كانت دول العالم الثالث لازالت تعاني من الحصول على مياه الشرب النقية، فكيف لنا أن نتحدث عن تربية صحية ، فالأولى السعي إلى تحقيق ما يتطلبه المجتمع من ضروريات، حتى تتمكن من إقناعه بضرورة السير وفق شروط معينة، قد تكون جديدة بالنسبة له كزيارة الطبيب ليس بغرض الكشف عما يعانیه من مشاكل صحية فقط وأمراض، وإنما بغرض الوقاية فحسب، فالشرط الثاني لا يمكن أن يتحقق ما لم يتحقق الشرط الأول في توفير الضروريات الحياتية ومن ثم الحاق بركب الدول المتقدمة وتحقيق التنمية الصحية، وتستدل الباحثة على دراسة معنونة بـ"السلوك الصحي والاتجاهات نحو الفحص" أين توصلت الباحثة إلى أن نسبة من يزورون طبيب الأسنان ليس زيارة دورية بل

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

ضرورية يمثلون حوالي 30.3% فقط<sup>1</sup>، وهي نسبة ضئيلة لا يمكن مقارنتها بالدول المتقدمة ، لا ترجع إلى أسباب ثقافية كما نسبته ، بل إلى ظروف اجتماعية قاهرة وطبيعة القيم السائدة.

هذا من ناحية العوامل والظروف الاجتماعية ، أما من ناحية البناء والتصورات الفكرية والاجتماعية فإن الحديث يطول وليس لنا فيه متسع إلا بالإشارة إلى بعض الأسس والأطر التي تتحكم في الصحة والمرض من الناحية الاجتماعية وتؤثر على الخدمة الصحية والصحة العامة للأفراد والمجتمعات ، باعتبار المرض سلوك اجتماعي، وغياب النسق الطبي عن ثقافة الإنسان سيؤدي إلى خلل في النسق الأكبر أي المجتمع، حيث أن التطور السريع للطب الشعبي الحديث أدى إلى إغفال هذه العوامل الاجتماعية المسبب الأول للمرض، والأمراض التي تنتشر اليوم في المجتمع كالقلق ، والرهاب الاجتماعي، ونظرة الناس إليه في حد ذاته يشكل إشكالية كبيرة تستدعي الدراسة والمتابعة.

فهناك من يرى بأن الطب هو اختصاص علمي له منطق خاص (هناك مرض — يقابله سبب محدد) ، ولعل ما زاد من قيمته العلمية هو قدرته على القضاء على كثير من الأمراض، إلى درجة تم تناسي أو استبعاد الأسباب الأخرى المؤدية إلى المرض، وبالتالي اهتم الأطباء بعلاج المرض بمعزل عن أسبابه الاجتماعية ، بفضل استخدام تكنولوجيا أكثر تطوراً وتقدماً في حين أشار "جان فرانسوا شانلاط ischanlat Jeans Faranço" إلى استمرارية اللامساواة الاجتماعية "Persistance d'inégalité Sociales" في مجال الصحة، وهي تجاوزات التي تم التبليغ عنها من طرف جماعات ضاغطة ، والجدير بالذكر أن هناك أسباب مختلفة قد تم عرضها قصد تحليل اللامساواة منها:

- السكن ونوعيته.
- مستوى الدخل.
- مستوى التعليم.
- ظروف العمل البيئية؛ فالذين يعملون في أماكن ملوثة وغير متوفر فيها شروط الصحة والسلامة أكثر عرضة للأمراض المزمنة والأخطار التي قد تؤدي بهم إلى فقدان حياتهم، كمعامل الأدوية التي يشرف على حرق المخلفات الصيدلانية من غير المتخصصين ومعامل ومحاجر الإسمنت وغيرها من الأعمال الشاقة التي لا تحمل صيغة الضمان أو الاهتمام ببلادنا وتعرض كثير من الشباب إلى الموت.
- سوء التغذية: الذي سببه كما تم الإشارة إليه أمراض الفقر، فالدول النامية بمعدل المستوى المعيشي ونوعية الغذاء أكثر الدول عرضة للأمراض والأوبئة .

<sup>1</sup> سعيدة شين: التصورات الاجتماعية للطب الشعبي ، دراسة ميدانية في منطقة الزيبان، مرجع سابق، ص125.

- صعوبة الحصول على فرص العلاج.

- العمل المتعب والشاق.

زيادة على ذلك فالشيء الذي يجب فهمه هو مجموعة الأسباب غير المباشرة التي لم تفسر — لماذا نجد ضمن نفس الطبقة الاجتماعية — بعض الأفراد أكثر تعرضا من غيرهم للمرض؟ ، والملاحظ أن تلك الأسباب غير المباشرة (الوسيطه) لها علاقة مثلا بحالات القلق "Le strass" والذي أصبح متفشيا بالمجتمعات الصناعية المتقدمة وأساليب العيش المرتبطة بها، ذلك أن القلق عادة ما ينتج عنه ضعف الميكانيزمات الدفاعية للجسم تجاه المرض وتخلق قابلية أكثر للتعرض للأمراض<sup>1</sup>.

وتتضح من خلال ما تم طرحه من الآثار الجانبية أو المباشرة لحالة المرض أنه توجد توجهات نظرية وميدانية لعلماء السوسولوجيا تشير إلى أن المحددات الاجتماعية والثقافية للمرض قد تكون نفسية واقتصادية وقد تؤثر على المريض. بمختلف هذه الجوانب في فهمه لأعراض مرضه ووعيه بمدى خطورتها أو بساطتها، كما أنها تتأثر في كيفية تحديد نوع العلاج؛ كيف لا والمريض يجد نفسه عرضة للمعايير والقيم الثقافية التي اكتسبها خلال التنشئة الاجتماعية أو وجد نفسه عرضة لها أثناء مشاوراته للفئات الاجتماعية المحيطة به، ففي هذه الحالة يحدد له الناس متى يمكن أن يكون مرضه مرضا عابرا ومتى يكون مرضا خطيرا من خلال التجارب الاجتماعية السابقة يحدد له الناس طريقة فهمه لمرضه وأسباب مرضه كأن يرجعها لأسباب غيبية أو سحرية أو بسبب العين أو الحسد، أو عقاب إلهي أو ابتلاء، أو غير ذلك من المعتقدات الاجتماعية التي اقتبسها الأفراد من مختلف الأساطير والخرافات والمعتقدات الدينية الخاطئة السائدة في المجتمع، فهم يقترحونها كبدايات تفسيرية لأسباب المرض، ويمكن تدعيمها بجملة من البراهين التي جمعتها الروايات الشعبية أو الخبرات الشخصية للأفراد كما يمكن أن يقتنع الشخص بهذه الأفكار من خلال تجربته الشخصية أو من جملة الممارسات الرمزية والطقوسية وحتى الدينية المتعلقة بفهم المرض، التي يكون غالبا قد اكتسبها من خلال تنشئته الاجتماعية والثقافية<sup>2</sup>، هذا من ناحية المريض أما من ناحية نمط العلاج ومحدداته فقد أوضحت الكثير من الدراسات كيفية تأثير السياق الاجتماعي على استجابات الناس حيال المرض وأسلوب العلاج باختلاف الثقافات والمجتمعات، وتأثير الثقافة على استجابات الناس والآلام والعلل ومن تلك الدراسات دراسة " ستشمان " ودراسة "

<sup>1</sup> يوسف سعدون: من سوسولوجيا الطب إلى سوسولوجيا الصحة، مجلة البحوث والدراسات في العلوم الإنسانية، ج4، منشورات سكيكدة (20 أوت 1955)، الجزائر، 2009، ص62.

<sup>2</sup> فيروز خولة: تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تفسير المرض وتحديد أنماط العلاج لدى المرضى، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، ع08، جامعة تبسة، الجزائر، ديسمبر 2013، ص 143.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

زبروفسكي" ، وكما بين أيضا " أيرل كوس" تأثير الثقافة على المعرفة العملية للصحة والمرض وأهمية العلاج ، وتأثير ذلك على مدى الاعتماد على الخدمة الصحية في طبقة اجتماعية معينة دون أخرى<sup>1</sup>.

من خلال ما سبق طرحه يمكن القول أن الثقافة والقيم ببعديها الاجتماعي والنفسي ، ورغم صعوبة واستحالة الفصل بينهما إلا أن التأثير المتبادل على الصحة والمرض لا يمكن إغفاله أو تجاهله ، ولا نبالغ إذا قلنا — من وجهة نظر اجتماعية — أن أهم تحدي وأخطر العوامل المتغافل عنها تكمن في الأبعاد الاجتماعية والثقافية التي تم الإشارة إليها ابتداء من التنشئة الاجتماعية ووصولاً إلى علم الاجتماع الطبي، فالظروف الاجتماعية والمعتقدات الاجتماعية ، إما أن تكون سببا في المرض وتفاقم حدته من خلال الطقوس والعلاج التقليدي والتفسير الاجتماعي للمرض ، أو تكون عاملا من عوامل الشفاء والعلاج السليم من خلال سلامة المجتمع ووسائل التنشئة الاجتماعية والتوعية المستمرة والناجحة ، وباختصار فتأثير العوامل الاجتماعية في تفسير المرض والعلاج ، والمخيل السوسولوجي للمجتمع من يحدد السلامة النفسية والبدنية للمريض بشكل كبير ورئيسي وإصدار "كأمراض الفقر" يستحق الدراسة والتمعن خاصة لدى المشرفين في قطاع الخدمة الصحية ، وذلك لما يوضحه هذا الكتاب في مدى تأثير الفقر والظروف المجتمعية على الصحة بل وعلى التنمية برمتها، والعالم الثالث له نصيب من هذه المعادلة أين يضرب التخلف بأطنابه في جذور هذه الأمة.

وقد يصل الأمر في بعض الأحيان إلى الخواء الصحي نتيجة للضعف الاقتصادي حيث لا أدوية ولا أطباء ولا مستشفيات كما هو السائد حاليا في مناطق شاسعة من أفريقيا في المجتمعات الريفية والقبلية ، حيث يحل باعة الأعشاب المتحولون والمطيبون والعرافون والدجالون لسد الفراغ<sup>2</sup>.

كل ذلك مرده إلى عوامل اجتماعية على علم الاجتماع الطبي البحث في إيجاد أساليب جديدة وحلول مستقبلية رغم أن التخصص تنقاسمه عدة تخصصات أخرى كالإدارة والاقتصاد وعلم النفس، إلا أن السوسولوجيا الصحية كتخصص جديد خاصة في المجتمعات العربية ، وقلة الدراسات عنه تؤكد على ذلك ، إلا أنه يجب عدم إهمال أو تهميش الدور الاجتماعي والمحددات السوسيو ثقافية في الخدمة الصحية.

### 1-3- تأثير الأبعاد الثقافية على الصحة والمواطن:

لثقافة دور بارز ورئيسي في تحديد وفهم مفهومي الصحة والمرض، وتلعب القيم والأطر المرجعية كعامل حاسم في تصورات المجتمع للمرض والصحة، وقد تؤثر هذه العوامل مجتمعة في مقدمتها العامل الثقافي تأثيرا بالغا في تقبل المرض وكيفية العلاج وتقف المكونات الثقافية حاجزا وسدا منيعا في كثير من الأحيان أمام

<sup>1</sup> فيروز خولة: المرجع السابق، ص144.

<sup>2</sup> فليب عطية: أمراض الفقر (المشكلات الصحية في العالم الثالث)، مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، ح 161، مايو 1992، ص11.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

تطور وتقدم الصحة العامة وبرامجها، حيث تساهم في تعطيل مشروع الخدمة الصحية نتيجة تمسكها بقيم وثقافات تقليدية وخاطئة في أحيان كثيرة، وقد يرجع السبب أيضا في خلل موجود على مستوى الخدمة الصحية الرسمية، كما يؤدي إلى تكوين مجموعة من التصورات التفسيرية لهذه المؤسسات ، وقد يؤدي إلى التوجه نحو خدمات الطب الشعبي كنتيجة لاغتراب النسق الطبي الرسمي وغياب ثقافة صحية سليمة.

والعلاقة وثيقة بين الثقافة وقضيتي الصحة والمرض يمكن إجمالها في النقاط التالية<sup>1</sup>:

- للثقافة دور كبير في التعامل مع الأمراض وكيفية الوقاية منها ، من خلال المعلومات والمعرفة بقضايا الصحة والمرض ، ومن هنا يمكن تفضيل الفرد المثقف صحيا واجتماعيا على الجاهل في المجالات الاجتماعية والثقافية.

- اللجوء إلى الطب الشعبي له مساوئ كبيرة ، فالنسق الطبي وبرامج الصحة العامة تفضل الاستشفاء في الطب الرسمي لوجود ثقافة صحية ، ومثال ذلك فالمرجعة الطبية الرسمية لدى للحضر أكثر من البادية.

- نظرا لجهل بعض الأفراد بالثقافة الصحية فإن برامج الصحة العمومية تفضل وتبدي وترتكز على هذه الفئة من غير المثقفين صحيا لجهلهم بأمور الصحة العامة والوقاية من الأمراض.

- للثقافة دور كبير في عدم انتشار الأمراض المعدية والوبائية لحرص المثقفين وسلامة إجراءاتهم الوقائية عن طريق العزل والحجر مما يعطي دعما للصحة العامة وعدم انتشار الأوبئة والأمراض.

- سهولة تعامل النسق الطبي مع المثقفين لالتزامهم بالتعليمات.

- للثقافة دور كبير في تأسيس ثقافة مجتمعية ولها دور كبير في تحديد نمط السلوك المرضي النابع من تقاليد وقيم وعادات الأفراد الصحية وسلوكياتهم.

إن الجهود التي يبذلها أي مجتمع من أجل تحسين الحالة الصحية للسكان ونشر الخدمات الصحية بينهم تصطدم بشكل مباشر بتصورات هؤلاء السكان عن الصحة والمرض ، وأنماط سلوكهم في التغذية والترفيه وغيرها، وهذا ما تؤكد الطروحات السائدة في الدراسات النفسية والاجتماعية حول إمكانية التنبؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها الحالات المرضية إذا عرفنا مضمون الثقافة.

والواقع أن هذه الوجهة من النظر تكشف عن حقيقة هامة وهي أن المجرى الاجتماعي للمرض يتأثر

إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> قدرى الشيخ علي: علم الاجتماع الطبي ، المرجع السابق، ص186.

<sup>2</sup> سليمان بومدين: الصحة والمجتمع، الثقافة والمرض، المرجع السابق، ص45.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

هذا ما يؤكد التأثيرات الشكلية والمعنوية لثقافة المجتمع والأفراد على الصحة العامة وكيفية فهم الصحة والمرض، حيث يتناول الأفراد المعرضون للمرض الظاهرة كغيرها من العوارض والحوادث في حال غياب الثقافة الصحية، بينما ينظرون إلى الصحة على أساس أحد الركائز التي تقوم عليها الحياة والتنمية في حالة الوعي الصحي والثقافة الصحية، ما يجعل من الثقافة ومدلولاتها والتصورات الإدراكية لها هي من يحدد في النهاية ديناميكيتها أو ركودها، لذلك يرتبط فشل برامج الصحة أو نجاحه بنوع الثقافة السائدة في المجتمع المحلي، والثقافة مفهوم شامل لنوعية الحياة ونمط السلوك وكيفية التعامل مع الظروف يحدد طريقها المجتمع على حسب حالته ونوعية وعيه وإدراكه.

إن العلاقة جد وثيقة بين الأطر الثقافية والجوانب الصحية، وهناك تأثير متبادل بين الحالة الصحية والمنظومة القيمية السائدة في المجتمع، وقد تعدد الأنماط الثقافية وتختلف مكونات المنظومة القيمية داخل المجتمع الواحد خاصة في مجتمعاتنا النامية، حيث توجد البيئة الريفية وحياة القرية والمدينة، فالأنماط الثقافية داخل كل بيئة من البيئات السابقة لدور في صناعة رؤى وتمثلات حول الحالة أو الجانب الصحي ولا شك أن أي برنامج صحي يسعى لتطوير الأنماط الثقافية وفق ما يتناسب وطبيعة البنية الاجتماعية أو البناء الاجتماعي، ولذلك فالعادات والتقاليد تشكل قيم الأفراد منذ نشأتهم، كما يستلزم على أي تخطيط للرعاية الصحية وبرامج الصحة العمومية النظر إلى طبيعة حياة أية جماعة أو مجتمع من جانب بساطتها أو تعقيدها، وقياس حياتها الاقتصادية بين القوة أو التدهور ومعرفة درجة الوعي الصحي من أجل ضمان نجاح برامج الصحة<sup>1</sup>.

### 1-4- المرض من المنظور الثقافي:

الأمراض بمعدلات الوفيات وأنواعها في المجتمع تتأثر تأثير كبيراً بالقيم المتصلة بالأسرة والعمل والبيئة الصناعية والثقافية التي يعيش فيها الإنسان في هذا العصر، حيث تكثر الإصابة بالأمراض البيولوجية والأمراض النفسية والاجتماعية كالانتحار، والعنف... وهي سمات تبدو واضحة في المجتمعات التكنولوجية الحديثة، حيث يرتفع معدل الإصابة بالقلب مثلاً والقلق كنموذج في الثقافة الغربية، فعلى الرغم أنه يصعب عزل هذه الفروق عن العوامل البيولوجية والوراثية، إلا أن هذه العوامل ذاتها تتأثر بالإطار الثقافي، ذلك أن المعايير الثقافية المتصلة بالتدخين وتعاطي الخمر، ومختلف المظاهر الاجتماعية، تعرض أفراد المجتمع الواحد إلى الإصابة بالأمراض أو تحميه منها.

والواقع يثبت أن القيم السائدة في المجتمعات العصرية تتسبب في عدد كبير من المخاطر الصحية فثقافة الإعلان والترفيه وثقافة المجون والاستهلاك كلها توابع تؤدي إلى تدهور القيم والانحلال الخلقي، فتؤدي إلى استهلاك

<sup>1</sup> مختار حلاب: الصحة والمرض وعلاقتها بالتنسيق الثقافي للمجتمع، المرجع السابق ص177.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

الكحول والأطعمة الضارة ، فضلا عن عمليات الإنتاج الصناعي التي تؤدي إلى تلوث البيئة وتعمل على إفسادها مما يسبب العديد من المشاكل الصحية التي تكون سببا في الموت والعجز .

كما أن الأنماط الثقافية السائدة في الدول المتقدمة التي تركز أكثر فأكثر على التزعة المادية والمنافسة والطابع العقلي للسلوك لا الإنساني أصبحت مصدرا من مصادر الكبت والتعرض للكثير من الأمراض المزمنة ، وكثير من هذه الأساليب النمطية يحصر الأشخاص في دائرة ضيقة ويصعب السيطرة على المرض<sup>1</sup> .

إن المثال عن الحضارة الغربية التي تملك اليوم أدوات الفكر والاجتماع والاقتصاد والسياسة تواجه مشكلا أكبر من حيث تعلم أو لا تعلم ، حيث أن عولة الأشياء تجعل من ثقافة الأفراد مكبلة وغير مستمرة ، كما أن عالم الأشياء يخنق عالم الأفكار وتصبح هذه النهضة الأوروبية الكبيرة تنفس تحت ضغط عالم الأشياء ، كما أشار إلى ذلك مفكر الحضارات مالك بن نبي في معظم كتبه التي تناولت مشكلات الحضارة وحللت معيقاتها تحليلا عقلانيا ومنطقيا، حيث ركز الماديون على المرض وتجاهلوا المريض ومكوناته الثقافية والاجتماعية ، غير أن هذا المنظور الثقافي للمرض وتصوراته المبنية على المدركات والخبرات الثقافية المكتسبة من المجتمع والحياة لا يمكن فصلها عن العناصر الاجتماعية السابقة فالأبعاد الاجتماعية والثقافية امتداد وتكامل لبعضهما البعض ، والعلاقة بينهما علاقة جدلية حيث هناك من يرجع الثقافة على أنها اكتساب اجتماعي ، والبعض الآخر يؤكد على أن الثقافة هي من يؤدي إلى التغير الاجتماعي ، والرأي عندي أنهما متكاملان والعلاقة بينهما نسقية .

ولكن ذلك لا يمنعنا من اعتماد الثقافة كتصنيف إلى عناصرها الأساسية خصوصا في مجالي الصحة والمرض، حيث أن الثقافة تقف حاجزا كما سبق الإشارة إليه في الوصول إلى الخدمة الصحية الصحيحة من خلال العناصر الآتية:

### 2-العادات والتقاليد:

تقف العادات والتقاليد سواء شعبية أو موروثية أمام مفهومي الصحة والمرض موقف يحتاج إل تراوج في الدراسات بين الثقافة الاجتماعية والأنثروبولوجيا الطبية، حيث تسهم هذه الأخيرة في حل كثير من المشكلات الصحية فظاهرة كالتدخين مثلا تجسد التفاعل بين الأبعاد الاجتماعية والثقافية وبين المرض في حد ذاته، وهو عادة تسيطر على الأفراد في إطار اجتماعي معين.

<sup>1</sup> خولة فيروز : المتغيرات الاجتماعية لتصوير المرض وأساليب علاجه، أطروحة دكتوراه في علم اجتماع التنمية ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، الجزائر، 2014، ص33.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

وتؤكد الدراسات الأنثروبولوجية الطبية أن العادات الاجتماعية ترتبط ارتباطاً كبيراً بالصحة والمرض وتتمارس دورها في تحديد نوعية الإجراءات العلاجية ونوعية الخدمة الصحية التي يلجأ إليها المريض سواء كانت رسمية أو غير رسمية .

وفي بعض الأحيان قد تقف العادات الاجتماعية ضد فكرة توفير العلاج الطبي الحديث أو اللجوء إليه، كما أنها قد ترجع المرض إلى ظروف مؤقتة أو تراه من الخطورة التي تستدعي الطبيب.

وفي هذا الإطار توضح دراسة "ليكانيك" و "فولكارت" مدى تدخل العادات الفردية والاجتماعية في تقييم خطورة المرض، وبالتالي مدى اللجوء إلى الخدمات الصحية والاعتماد عليها ، فإذا كان هذا المرض شائعاً ومألوفاً ويمكن التنبؤ بمساره فإن المريض لا يعرض نفسه على الطبيب إلا إذا كان راغباً في الاستعانة بالخدمات الصحية الرسمية ، ولكن كلما تباينت الأعراض وشدت وصعب التنبؤ بمجرها ، كلما خرجت الحالة من نطاق العادات الفردية إلى نطاق العادات الاجتماعية ، ويتعاضم بذلك دور العوامل الثقافية والاجتماعية في اللجوء إلى الخدمة الصحية<sup>1</sup>.

وقد تتميز العادات بمجموعة من الخصائص السلبية التي تجعل منها عائقاً أمام التنمية الصحية والخدمات الصحية الرسمية وعموماً فإن الشيخ قدرى علي جعل هذه العادات تتميز بـ<sup>2</sup>:

- عفوية الاعتناق وتلقائية التنفيذ، فهي كالأمثال الشعبية ليس لها مصدر ثابت متوارثة من جيل إلى آخر ومستمرة.
- التقيد والالتزام بها أي يجب على كل فرد في المجتمع الإيمان بها وممارستها بما لا يتنافى مع خطوط المجتمع المتفق عليها والثقافة المجتمعية.
- كثرة الأساليب وتنوعها يعطيها ممارسات مجتمعية كثيرة وهي تحيي جميع الممارسات المجتمعية التي يصعب تجاوزها.
- حاجة الأفراد في المجتمع للتمسك بها واعتبارها قانوناً تحكم مدى تفاعل المجتمع مع أفرادهم ومدى انتماء الأفراد وولائهم لمجتمعهم وممارستها بتوحيد الأساليب يعبر عن تميز المجتمع عن الآخر.
- العادات التقليدية المسماة بالتقاليد هي عادات يجب التمسك بها لأنها جزء من ثقافة المجتمع تجبر الأفراد على الانقياد وتمزج حاضرهم بماضيهم ، وتعتبر أي ثقافة أخرى دخيلة خاصة في المجتمعات المتخلفة.

<sup>1</sup> خولة فيروز : المتغيرات الاجتماعية لتصوير المرض وأساليب علاجه، المرجع السابق، ص 100.  
<sup>2</sup> قدرى الشيخ علي: المرجع السابق، ص 193.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

ويمكن الإشارة إلى العادات التي تدخل ضمن الصحة والمرض وهي سلبية تؤثر تأثيراً سلبياً على صحة الأفراد والمجتمع.

- العادات والتقاليد الموروثة في بعض المجتمعات تفرض التوجه إلى نسق الخدمة الصحية غير الرسمية كاللداوي بالأعشاب والطقوس والعقاقير المصنعة يدوياً ، دون مراعاة الأعراض الخطيرة التي يسببها هذا الدواء.
- الفرد في المجتمعات التقليدية يجد نفسه مجبراً منذ الصغر على تناول ولو عشبة أو عقار مسكن مستوحى من الطبيعة أو البيئة القريبة من الإنسان.
- تشكل العادات والتقاليد عقبة أو عائق أمام المرأة في المجتمع الريفي خاصة ، وذلك بمنعها من زيارة الطبيب إلا بعد الإذن، أو عدم السماح لها بإبداء مرضها لما يشكله ذلك من عيوب تتعلق بالشرف والغيرة، ومكانة المرأة في المجتمع تميزية بينها وبين الرجل .
- الالتزام الحرفي بالعادات والتقاليد يجعل قبول الثقافات الأخرى صعباً وغير مقبول.
- التقاليد متعلمة من البيئة الاجتماعية وليست متوارثة وعفوية الممارسة والتطبيق فهي محلية بنسبة كبيرة.
- إصرار المجتمع عبر ثقافته المجتمعية على التمسك بالعادات الصحية السلبية كالاقتداء بالممارسات السلبية مثل التدخين وشرب الكحول والانتحار.
- الخوف من التغيرات الاجتماعية كالتطور والتقنيات العلمية، والميل نحو التقليد والاستقرار.
- من بين أهم مشاكل التقاليد أنها معارضة ومغلقة على نفسها ولا تحاول الانفتاح والاستفادة من الآخرين ، ومثال ذلك عدم تقبل النصائح الطبية يجعل من الوعي الصحي غائب نتيجة تمسك بعض المجتمعات بالتقاليد والعادات السلبية القديمة ما يسبب من هدر للموارد الطبيعية وعدم نجاح البرامج الصحية .
- تؤثر الثقافة عن طريق التنشئة الثقافية للمجتمع على مختلف قطاعاته بما في ذلك الصحة، وتمارس دوراً بارزاً في تحديد سلوك المرض ويظهر ذلك واضحاً من خلال الثقافات الريفية والبدوية والحضرية وحتى ثقافة النوع (ذكر، أنثى) والثقافة المرضية والتطور الحضاري السريع والأصول الاجتماعية، وتأثير كل ذلك وارتباطه بالخدمة الصحية.

إذن الحوافز الثقافية تحفز المرضى للتماس المعالجة حسب القدرة المالية وحسب الوعي الصحي<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية، ط1، الأردن، 2003، ص146.

### 3-المعتقدات والدين:

للمعتقدات المتعلقة بالصحة والسلوك الصحي وكذلك الدين دور كبير في دراسة الصحة والتنمية الصحية، وذلك لما يمثلانه من أهمية في مراقبة ومتابعة الصحة، حيث يمثل هذا الجانب منطلق فكري وعقدي يجعل من الإنسان كضميم يوجه ويتحكم في الاتجاهات والممارسات الصحية للفرد والجماعة سواء بطريقة إيجابية أو سلبية، وبالنسبة للمريض أو بالنسبة للمعالج أو الطبيب.

ولما كان الدين والسحر والطب أول المعارف التي مارسها الإنسان منذ ظهوره وتعلق في ذهنه منذ العصر القديم ، فإن ذلك قد ساهم في استمراريته وتطوره برغم ما حصل من تغيرات اجتماعية وجغرافية فهي امتداد تاريخي يمثل جانبا روحيا وجزء من الهوية والتراث قبل أن يكون معتقدا دينيا وسلوكا نفسيا.

ولذلك استمرت الممارسات الدينية الطبية دون غرلبة أو فهم، وأحيانا تصادمت مع العلم والمعرفة والطب الرسمي لرسوخها وتجزؤها في الوعي والفكر ، خاصة فيما تعلق منها بالطب الشعبي التقليدي وما له من آثار سلبية على الصحة والمجتمع — من زاوية أنثروبولوجية تواجه وتقف حائلا أمام الخدمة الصحية الرسمية ومثال ذلك أن المرأة خاصة فيما يتعلق بالمجتمعات الريفية لا يمكن أن تعالج عند طبيب بل أن اقتضت الضرورة التوجه لأصحاب المهن التقليدية كالداية في حالة الحمل، إضافة إلى أن كثير من هذه الحالات قد تنذرع بالدين كمانع أو حتى يصل الأمر بها إلى التدهور الصحي وربما الهلاك. وينطبق الأمر كذلك على الختان وبعض الأمراض .

وللإشارة فإن بعض المناطق الجزائرية لا يزال الأهالي يقبلون فيها على الأولياء الصالحين والأضرحة ويقدمون لهم الأضاحي والأموال طلبا للشفاء والبركة، وقد تمارس هذه الشعائر على أكثر من فئة من الرجال والنساء ، وأكثر من طبقة فتجد الجهلة و المتعلمون ، وقد أوضح في هذا السياق كل من "روبرت سميث" و "ريتشارد دارسون" على أن الطب الشعبي في معظم الدراسات مرتبط بتفسيرات دينية ومعاني مرتبطة بالتراث الديني والشعبي وعالم الغيبيات ، وعلى سبيل المثال إرجاع سبب المرض إلى عدم رضا الأرواح وغضبها على المريض، وهو ما يؤدي به إلى محاولة إرضائها بشتى الطقوس والعبادات المقبولة في المجتمع ولدى كثير من شرائحه ، وهذه التفسيرات والمعاني والممارسات الدينية لها خلفيات عقدية ولها عدة أسباب تفسيرية من المنظور الاجتماعي أو من خلال تفسيرات المجتمع وهي في عمومها على النحو الآتي:

- تواجد القبور والأضرحة وخاصة لدى المجتمعات غير الإسلامية، وارتباط هذا المعتقد بالشفاء والبركة مما رسخ فكرة هذه الممارسات.

- غموض العالم السحري أو الديني لدى كثير من الفئات والميل نحو تصديقه خاصة في حالات المس والسحر، وغيرها من الممارسات السلبية كالزوار والسحر.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

- احترام كبار السن والمشايخ المتواجدين بهذه المناطق والمعروفون بحكمتهم ونسج الأساطير والحكايات عن قدرتهم على الشفاء<sup>1</sup>.
- استغلال الساحر للدين والقرآن الكريم لترويج طقوسه وممارسته في العلاج فيظهر على أنه رجل صالح له القدرة على الشفاء.
- استخدام الزار أو ما يعرف (بالزردة) وما له من دلالات اجتماعية ، كالاحتفال والتماسك واعتقاد الشفاء فيه ومن أهم خصائصه تعرض المشاركين فيه إلى حالات إغماء وفقدان الوعي، استخدام الرقص والموسيقى والغناء لاستجلاب الناس واستحضار الأرواح<sup>2</sup>.
- إن هذه الاستخدامات الخاطئة للدين في العلاج وطلب الشفاء من المريض خاصة أمام عجز وفشل الخدمة الصحية الرسمية تجعل هذه الممارسات البعيدة عن الواقع ومن هذا العامل الخفي بيئة للأمراض بدل العلاج ، حيث يسيطر المعتقد السليبي بدل العلم والممارسة الصحيحة لخدمات الطب الشرعي خاصة أمام الحالات النفسية والمستعصية على الطب الحديث.
- ولا يمكن إنكار الدين بالجملة خاصة فيما يتعلق بممارسته الصحيحة كالرقية والحجامة وغيرها مما حث عليه الدين الإسلامي، ولكن غربة المفاهيم والممارسات الخاطئة تحتاج إلى تكامل بين الطب والوضعي والطب الشرعي، وليس التصادم والتناقض كما يعتقد كثير من الناس، بل ممن يحترفون هذا النشاط غير الرسمي لحد الآن، وترسيم هذه الممارسات بعد تمحيصها هو أول خطوة نحو التكامل لأن ذلك يجعل من هذه الممارسات تحت الضوء دون طلاسم وغيبيات قد تساهم في عرقلة الطب بدل مساعدته.
- إن الدين أو المعتقد له وظيفة حيوية وليست كما يعتقد كثيرون ثانوية ، ولكن استخدامه بطريقة خاطئة خاصة في مجال الصحة ، يؤدي بالضرورة إلى نتائج سلبية وغير مرضية للمريض ، فكما سبق التأكيد عليه من أن الممارسات المتعلقة بالسحر والشعوذة تؤدي إلى المضرة أكثر من المنفعة ، فإن ما يؤكد هذه النظرة كثير الدراسات التي أجريت ميدانيا في هذا المجال منها التي قام بها "سعيد الحسين عبدولي" في تونس ونشرها في إحدى المقالات ، وقد توصل إلى أن للسحر والشعوذة وظيفة سوسولوجية إذ يربطان الذات المهزومة والمحبطة نفسيا واجتماعيا بالعالم الغيبي أو الماورائي (المتافيزيقي) طلبا لحل وإيجاد مخرج للمشاكل ، حيث يلجأ المريض إلى الممارسين لهذا العمل (السحر، الشعوذة، الدجل....) من العرافين والمشعوذين الذي يستغلون فقر وسذاجة المجتمع للإنفرد بالضحايا وترويج الأباطيل والأوهام وتسويقها على أساس العلاج النفسي والاجتماعي ،

<sup>1</sup> سعيدة شين: المرجع السابق، ص170.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص194.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

فالفاعل يستخدم آيات قرآنية وأشياء مباركة (على حد زعمه) لتهذئة المريض والسيطرة عليه فيقع فريسة له، دون محاولة لفهم نوعية العلاج لاتسامها بالغموض ، وللهيمنة التي يوليها لها المعالج والمريض<sup>1</sup>.

وعلى اثر ذلك فالمحتاج أو الفقير متمسك بالدين ، دون فهم أي أنه يعتقد في المرض قضاء وقدر، ولا يلجأ إلى الطبيب إلا في الحالات القصوى ، أي بعد تدهور صحته ، وبذلك يفهم الدين فهما خاطئا دون تمحيص أو مساءلة ، وتمتاز الجوانب الاجتماعية والاقتصادية بالدين في تصور الصحة والمرض، لذلك لا يمكن فصل هذه العوامل مجتمعة إلا فصلا منهجيا لتأكيد كل عامل وطرقه على حدى.

كما ساهمت أيضا بعض القنوات الإعلامية في ترويح هذه الأفكار والممارسات الخاطئة ، حيث ربطت الدين بالطب الشعبي وبالمشايخ المعروفين (لدس السم في العسل) ويقبل كثير من الناس على هذه الأكشاك والوكالات التي أصبحت في الجزائر وكالات وطنية نذكر (بيت الحكمة) على سبيل المثال الذي يقصده الكثير من المرضى في شتى ربوع الوطن، وله قناة إخبارية على التلفزيون لبيع جميع هذه المنتجات الطبيعية ويدخل أيضا بيع المنتجات المرقية التي تقي من العين والسحر الحسد ، وتجلب البركة والشفاء (على حد قولهم)، ولا يزال سكان شمال أفريقيا أي بلاد المغرب العربي يخلطون بين الطب والسحر في كثير من الحالات وهو ما أكده "إدموندوتيه" في كتابه الشهير "السحر والدين في شمال أفريقيا" من خلال قوله ، ليس الطبيب في الأصل سوى ساحر مضاد ، فكلمة طبيب في العربية الكلاسيكية تعني ساحر والطب على السواء ، الطب ابن السحر (LAMÉDECINE FILLEDELA MAGIE) بين الساحر والطبيب ، كما لا يميز المرض عن الجن<sup>2</sup>.

وعلى الرغم من اختلافنا مع الكاتب إلا أنه لا يمكن إنكار دور السحر في الحياة والدين ، وتصورات الناس الاجتماعية والثقافية مرتبطة بالموروث الثقافي الذي يستخدم في ذلك من كلى الجنسين الذكر والأنثى.

لذلك فالمعتقدات لها دور كبير في تفسير الصحة والمرض والمعاني الرمزية المحيطة به، حيث يفسر مثلا الرجل على أنه مصاب (بالتابعة) وهي عبارة عن جنية تسكن الرجل وتزوج به، فيكون دور المعتقدات خاصة الدينية منها دورا ممزوجا بالصحة والمرض، تعمل على تجنيد العلاج التقليدي المرتبط بالعادات والتقاليد والموروث الثقافي، والاعتماد كذلك على بعض الطقوس الرمزية المعتادة في العلاج .

وقد لاحظ "مصطفى بوتعنوش" أن السحر ما زال منتشرًا في الأوساط الجزائرية بل حتى الحضرية منها، واللجوء إلى مثل هذه الممارسات حسب الباحث هو هروب من الواقع المزري باتجاه عالم اللامعقول ، كما

<sup>1</sup> سعيد الحين عبدولي: دور التوترات الاجتماعية في تفشي الممارسات السحرية والشعوذية في المجتمع التونسي، (دراسة سوسولوجية ميدانية) ، مجلة علوم الإنسان والمجتمع ، عدد09، مارس، تونس، 2014، ص 132.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص143.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

يؤكد الباحث على أن انتشار السحر بين النساء أكبر منه بين أوساط الرجال ، خاصة في الأسرة الممتدة ، للممارسات التقليدية التي تضيق على النساء، وكذلك حفاظا على الاستقرار والأمان وهو ما يعكس غياب الاتصال والحوار في مثل هذه الأسر .

ويرى "الفي ستروس" أن للسحر عدة وظائف تؤدي إلى استمراره ، كما عقد مقارنة بين الشعوذة وفك الطلاسم ، وبين التحليل الذي يجريه النفساني ، فكان أميل إلى الأول في العلاج، من خلال الوظائف والممارسات المنطقية في تصور المريض<sup>1</sup>.

وليست دراسة السعيد الحسين العبدولي في تونس هي وحدها من يؤكد دور السحر في الصحة، بل كثير من الدراسات هي الأخرى جاءت مؤكدة أهمية الدين وتأثيره على الصحة والصحة العامة، وسنشير إلى بعضها لحدود الموضوع وتجنبنا للإسهاب في البحث؛

ومن ذلك ما أشار إليه "روجيه باسيد" في أن المجتمعات التقليدية التي تحاول المزج بين النمطين الحديث والقديم، أي بين الموروث الشعبي وتقاليده وأعرافه وبينما تفرضه الحضارة اليوم من تحديات خاصة على مستوى الطب الرسمي وتقدمه، فوجود هذين النمطين ( حديث ، قديم) يعني وجود نمطين من التفكير حول الصحة والمرض.

والملاحظ أن هذه المجتمعات (خاصة المجتمع الجزائري) ، قد يؤمن بهذا النوع من العلاج كأسلوب ، على أساس أنها تحقق له الإشباع للحاجة التي يبحث عن إشباعها ، فيكون ذلك المعالج يؤدي دور الطبيب ودور النفساني الذي يؤمن الراحة والطمأنينة ، وذلك لاحتواء علاجه على ما يعرف بالروحانيات من كلام الله عز وجل ، وكذلك أحاديث وردت عن المصطفى —( صلى الله عليه وسلم) — حتى وإن استخدمت بطريقة سلبية أي في السحر والشعوذة ، فكثير من الناس لا يميزون في علاجهم بين النافع والضار أو الحلال والحرام، فيستخدمون الأحجية والطلاسم والسحر، وهو ما يؤكد أن الأخير (أي الممارسات السحرية) تعزز من اتساع الفجوة بين الوعي الصحي وعدمه لأنها ترسخ الممارسات التقليدية الخاطئة باسم العلاج وباسم الدين الصحيح، والأهم من ذلك أنها في حالات الاكتشاف يكون التعميم هو الحاضر الأكبر أي تضرب جميع الممارسات الجينية على حد سواء بما فيها الممارسات الصحيحة.

هذا فيما يخص الأحجية أما النوع الآخر من هذه الممارسات ؛ فهو زيارة الأولياء والقبور طلبا للاستشفاء ، كضريح "سيدي عقبة" المتواجد بيسكرة ، "سيدي زرزور" ... وغيرها ، وتشير دراسة سعيدة شين إلى أن هذه الزيارات التي لا تزال ليومنا هذا من طرف الزوار والمقبلين على الزواج وطالبي الشفاء<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> مختار رحاب : المرجع السابق، ص ص 143-182.

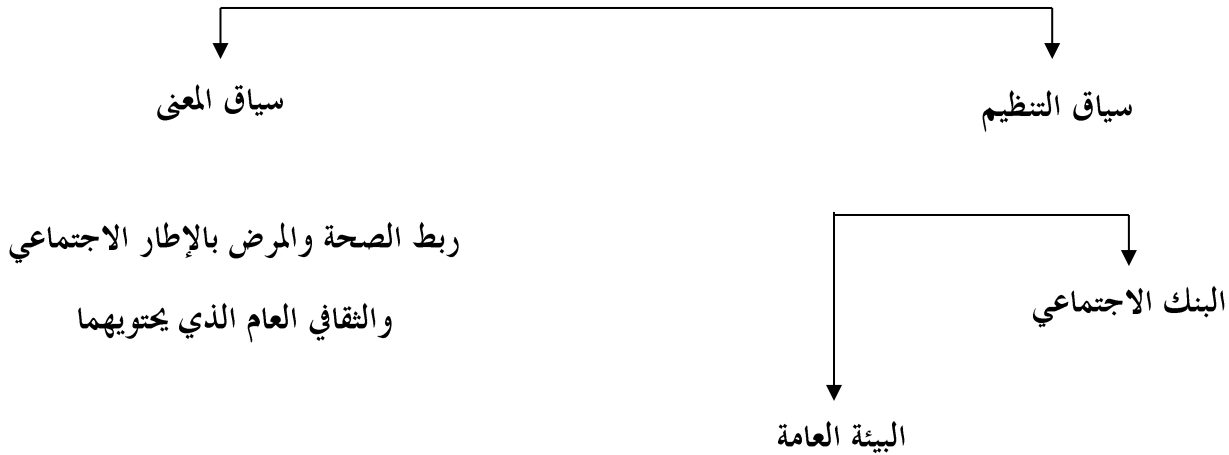
<sup>2</sup> سعيدة سين: المرجع السابق، ص 246.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

خلاصة القول أن معظم نظريات الطب التقليدي لها خصائص دينية واجتماعية ، وتؤكد على السمات الوقائية والنظرة الشمولية ، فالدين بالمفهوم التقليدي غير الحديث يتسم بنوع من الغموض والغيب في ممارسته الطبية، ثم إن ذلك يميلنا إلى القول بنسقية الدين واختزاله وجعله جزء ، بينما العالم الإسلامي فينادي بالأخذ بالأنفع ، لأن نظرية الطب البيولوجي هي جزء من الممارسة الدينية الصحيحة التي يوافقها الدين الإسلامي ، ولكي يتم تحسين الرعاية الصحية يجب تقديم الخدمات على أكمل وجه وبأفضل الوسائل والطرق المتاحة من الأطباء والمرضى ، كما يجب عدم احتقار الطب التقليدي وتهميشه ، بل السعي إلى فهمه ودمج مع الطب الرسمي كما دعت إليه منظمة الصحة العالمية<sup>1</sup>.

الشكل رقم (3): يوضح السياق الاجتماعي والثقافي للصحة والمرض<sup>2</sup>:

السياق الاجتماعي والثقافي للصحة والمرض



المصدر: علي مكاوي، تحرير محمد الجوهري، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1990 ، ص399.

### 4-الأعراف والتراث الشعبي:

في الواقع أن تأثير الأعراف والمعتقدات الشعبية بما فيها الأمثال ، والطب التقليدي لها نصيب من الدراسة والاهتمام من زاوية الصحة والمرض، وذلك لارتباطهما الوثيق بالأبعاد الاجتماعية والثقافية والقيم كما سبق الإشارة إليه في ذات الفصل.

<sup>1</sup> محمد الجوهري وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2009، ص102.  
<sup>2</sup> علي مكاوي، تحرير محمد الجوهري، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1990 ، ص399.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

وتزخر المعتقدات والمعارف الشعبية المتداولة في الأوساط الاجتماعية ، خاصة في مجالات الطب غير الرسمي برصيد ضخم من الممارسات والأفعال والأقوال التي يلجأ إليها المريض وذويهم ، ويمارسها المعالجون وغيرهم ممن امتهنوه وراثته، أو ممن استخدموه كتجارة (بيع الأعشاب) لعلاج أمراض معينة أو لإسعاف حالات مرضية طارئة، أو حتى للبحث عن أمل للشفاء من مرض مزمن طال علاجه بالطب الرسمي<sup>1</sup>.

وقبل التركيز على الأعراف والتراث الشعبي ، خاصة فيها تعلق منها بالأمثال الشعبية وتأثيرها على القيم والأبعاد الثقافية للصحة والمرض، فإننا سنشير إلى بعض السلوكيات والأمثلة التي من شأنها الارتباط والتأثير على الصحة ، ومن ذلك:

- عادات الاستحمام والأكل في الطرقات وما يسببه من انتقال للأمراض والعدوى والبكتيريا ، وخطر كل ذلك على الصحة العمومية للأفراد والمجتمع.
- غياب النظافة خاصة فيما يتعلق بالمرافق العمومية واعتمادها على طرق تقليدية في الحفاظ على الصحة وعلاج المرض.
- الاعتماد على القابلات (الدايات) في توليد المرأة، وعدم اللجوء إلى الطب الرسمي ، تأثرا بالعادات والتقاليد والتشبث بها، مما قد يؤدي إلى وضع الأم في حالة صحية خطيرة، وكذلك تشوهات وعاهات عند الصغار.
- عادات التحية السيئة ، كالصوت المرتفع أثناء الحديث ، الأمر الذي يؤدي إلى انتشار بعض الأمراض المرتبطة بالجهاز التنفسي ، وانتقال الأمراض المعدية<sup>2</sup>.
- عدم اللجوء إلى الطب الرسمي لاعتقاده مكملا وليس ضروريا ، والاستمرار في التداوي بالطرق التقليدية والاعتقاد بالقضاء والقدر يؤدي إلى تفاقم المرض وقد يصل بالمريض للموت.

هذا ما يتعلق بالعرف التقليدي في الحياة الصحية العمومية التي لها من السلبيات التي تعيق برامج الصحة، وتؤثر على المجتمع، ما يجعلها تشكل عائقا وسدا منيعا أمام أي مشروع تنموي خاصة في المجالات الصحية.

وإذا كان العرف هو ما تعرف وتعارف عليه الناس وتأصل في معتقداتهم وثقافتهم ، فإن صعوبة تغيير هذه الأعراف المتوارثة والمكتسبة ، خاصة المعيقة للتقدم والتطور الصحي تجعل من عملية التنمية الصحية تسير ببطيء وحذر ، لأن هذه الأعراف في أدبيات الإرث الشعبي مقدسة و ليست مجرد معاني ورموز متعلقة بالعادات والتقاليد ، بل هي أكثر من ذلك حيث تمثل المخيال الجماعي لهوية هذه الفئة ، وهي جزء لا يتجزأ

<sup>1</sup> محمود حسن صالح عبد المحي: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003، ص67.  
<sup>2</sup> عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة وصحة المجتمع (الأبعاد الاجتماعية والثقافية) ، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2001، ص66.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

من الممارسة السلوكية اليومية في الحياة وتغيير نسق الوظائف فيها يجعل من النساء أكثر تمسكا بها واعتزازا بها، ويصعب استبدال هذه الأعراف المتعارف عليها بغيرها سواء إيجابية أو غير نافعة لأنها تعني التنازل عن جزء من الهوية والحياة، وهو ما يحتاج إلى مدة زمنية قد تتجاوز أجيال عديدة في إطار ما يسمى بالسنية الزمنية.

إضافة إلى متانة هذه الأعراف وتجزرها في التراث البيئي والروحي ، فإن الذي دعم هذا الاتجاه مجموعة من الحكم والأمثال الشعبية التي طعمت الممارسات الصحية الخاطئة وعززت من وجودها واستمرارها ، حيث عملت هذه الأمثلة أو ما يسمى في الوسط الاجتماعي (بالمثل) على تكوين تصورات اجتماعية وثقافية تعادي نسق الطب الرسمي ، والتي من بينها مثلا ؛ أن الذي لا ينفع في التداوي غير الرسمي سواء بالأعشاب أو التجبير أو غيرها ، إن لم ينفع فهو لا يضر ، وهو ما يعكس المثل الجزائري (لي ماقتل يسمن) ، أي أنه على كل أحوال هذا الدواء فإنه يؤدي إلى ما سيؤدي إليه غيره من العلاج خاصة الرسمي منه، وبذلك تخلق فجوة بينه وبين هذا النوع من العلاج.

كذلك المثل السائد في الجزائر (المحرب خير من الطبيب) ، وهو أحد الأمثلة السلبية التي تجعل من التجربة وبعض النماذج الناجحة هي المثل الأعلى ، حيث تلغي دور الطبيب وتقلل من العلاج الرسمي الذي يعتمد على التجربة العلمية وليس التجربة غير العلمية التي تميل إلى التقريب والنسبية والعمومية في أكثر أحوالها.

من الأمثلة أيضا والمتعارف عليها في المجتمع القول بأن كل شخص أدرى بحاله من الطبيب ، على شاكلة أن (كل واحد طبيب روحه) أو أن المريض أدرى بنفسه من غيره، وهو مثل صحيح لكن نسبيا فقط، حيث أنه لا يختلف اثنان أن أي شخص أدرى بحاله، ولكن هذا ما يساعد الطبيب على العلاج والتشخيص وليس العكس.

هذه بعض الأعراف والأمثلة السائدة في مجتمعنا والتي يمكن أن تعطل التنمية الصحية ، وتعزز النظرة الخاطئة للصحة والمرض من خلال التصورات الاجتماعية والثقافية ؛ كأحد الأبعاد القيمية الممارسة كسلوك غير سوي وغير علمي في المجتمعات العربية التي من بينها المجتمع الجزائري.

وإذا اعتبرنا معوقات الصحة والمرض من زاوية الأبعاد الثقافية والاجتماعية تتأثر بطريقة مباشرة وغير مباشرة بالقيم والعادات والتقاليد ، وغيرها من المكونات الاجتماعية والثقافية ، فإن لهذه العناصر التأثير المباشر وغير المباشر على المجتمع والأفراد كما سبق الإشارة إليه.

ب-تأثير الأبعاد البيئية والثقافة الغذائية على الصحة:

### 1-تأثير البيئة على الصحة العمومية:

للبيئة الأثر الكبير والبالغ على الصحة العامة للأفراد والمجتمع، حيث أن الإنسان ثقافيا واجتماعيا تابع للبيئة التي ولد وترعرع فيها، ولا يمكن عزل تصوراته حول ممارسته الصحية والمرضية في البيئة ، فهي الإطار الثقافي والقيمي الذي يبني الفرد فيه حياته الصحية، لذلك يختلف اهتمام الأشخاص بالصحة من مجتمع إلى بيئة اجتماعية أخرى ، فأبناء الشمال غيرهم في ممارساتهم الصحية والعلاجية حيث أبناء الجنوب، كما أن المجتمعات التقليدية تناول مفهوم الصحة والمرض تناولا يختلف عن المجتمعات المتقدمة ، فنجد مثلا الدول المتقدمة تعتمد الطرق التعليمية المتطورة في التشخيص والعلاج، وتعتمد على التقنية والتجربة ، بينما البيئة المختلفة في المجتمعات المتخلفة تفرض نمطا علاجيا تقليديا يحاكي الطرق البدائية في كثير من الأحيان.

وقد أظهرت ظاهرة التلوث مدى تأثيرها على صحة الإنسان والحيوان في حياته اليومية وامتدت إلى أسرته وبيته ولم يعد في وسع الإنسان التعامل مع البيئة إلا بشيء من الحذر لما تسببه من تأثيرات على صحة الفرد وسلوكه ، ومن أهم مظاهر التلوث البيئي التي لها علاقة مباشرة وغير مباشرة بحياة وسلامة الإنسان هي:

-تلوث الهواء وما يصحبه من أمراض وأوبئة على صحة الإنسان؛ كأعراض الجهاز التنفسي وأمراض الجلد (الحساسية) وأمراض الرئة وغيرها.

-تلوث المياه السطحية والجوفية ما يؤدي إلى نفوق الحيوانات ، وأمراض صحية قد تؤدي بحياة الإنسان بانتقالها عبر العدوى.

-التلوث الضوضائي.

-التلوث بالنفايات.

-التلوث الناتج عن الاستخدام المفرط للمبيدات ، تؤدي إلى تلوث الأغذية والمياه والنباتات بالمبيدات الكيماوية ، وما تسببه من إشعاعات كيميائية وفيروسات وميكروبات .

-تسمم صحة الإنسان وتهدد حياته<sup>1</sup>.

وعليه يمكن القول أن صحة الإنسان من صحة المجتمع ، ومرض هذا الوسط الإيكولوجي يعني المتاعب والعلل الاجتماعية التي تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة على صحة الأفراد ، سواء تعلق بالبيئة البيولوجية أو البيئة الاجتماعية ، فالبيئة البيولوجية ما قد تم الإشارة إليه من ضروريات الحياة ، كالماء والإضاءة والمسكن

<sup>1</sup> عبد المحي حسين صالح: المرجع السابق ، ص101.

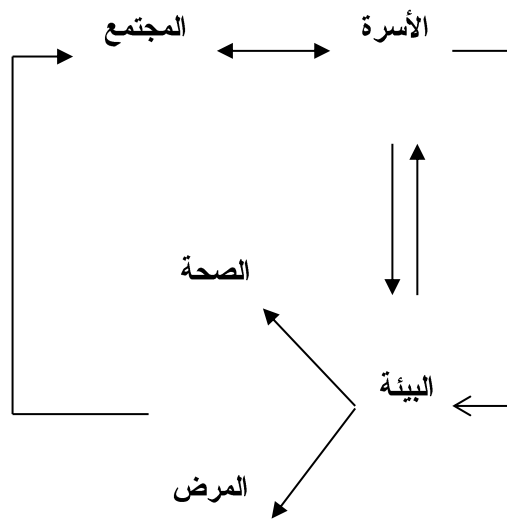
## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

والوسط الحضري، فكلما كانت درجة الاهتمام والوعي بالبيئة والتنمية الصحية غلب النشاط الحضري والنظافة والسلامة الصحية للمجتمع، وكلما كان التلوث والبيئة غير الصحية، غابت التنمية والسلامة. أما البيئة الاجتماعية فنقصد بها كل ما يجمع بين الأسرة والحياة الصحية خارج نسق البيت، أي مدى التوافق والانسجام للأسرة مع المؤسسات الاجتماعية التي لها تأثير كبير على عادات وتقاليد المجتمع والأسرة؛ كدرجة التدين والتعليم والنظام الاقتصادي، ونظام الزواج، والنشاطات العلمية والترفيهية خاصة المتعلقة بالبيئة والصحة ومدى تأثيرها.

كما أن البناء الاجتماعي أو البنية الهيكلية ونوعية الترابط الأسري والتركيبية الديمغرافية (بدوي، حضري/قبلي مدني) تجعل من الاختلاف العرقي والسكاني هو من يحدد مفاهيم الصحة والمرض حسب الحالة الاجتماعية، وهو من يحدد السلامة العقلية والنفسية، والسلامة البيولوجية والاجتماعية للأسرة والمجتمع. إضافة إلى كل ذلك فإن البيئة الاجتماعية تعني التفاعلات الاجتماعية بين نسق الأسرة وبين النسق الأكبر (المجتمع)، وبين الصحة والبيئة<sup>1</sup>.

إن الواقع يثبت أن هناك علوم فرعية بدأت تهتم بالبيئة وآثارها ودورها الريادي في فهم الصحة والمرض، ولعل علم الاجتماع الطبي له نصيب من ذلك، فهو يولي اهتماما واضحا بالعلاقة التفاعلية بين الإنسان والبيئة وانعكاس هذه العلاقة على قضايا الصحة وموضوعات المرض، حيث تلعب البيئة البيولوجية أو الفيزيائية والاجتماعية دورا في نقل المرض أو الحد منه وتلعب نفس الدور الحيوي في الحفاظ على الصحة وتحسينها وتقليل معدلات الوفاة<sup>2</sup>.

### الشكل:4 يوضح التفاعلات الاجتماعية لعناصر الصحة والمرض



المصدر: علي مكاوي دراسات في علم الاجتماع الطبي والوطن العربي المرجع السابق، ص100.

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: الصحة والسلامة العامة، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص124.  
<sup>2</sup> علي مكاوي: دراسات في علم الاجتماع الطبي والوطن العربي، المرجع السابق، مصر 1998، ص392.

### 2-التغذية الصحية والسلامة العامة:

إن تأثير التغذية بنوعيتها الصحي وغير الصحي له أثر كبير لا يقل أهمية عما سبق ذكره من جوانب سواء ما تعلق بالبيئة أو الأبعاد والقيم الاجتماعية للصحة والمرض، كما تمثل ثقافة التغذية صورة مباشرة للصحة والمرض حيث تعتبر التغذية المثالية للأفراد منذ الولادة حتى انتهاء عمر الإنسان مؤشرا إيجابيا على السلامة البدنية والنفسية وحتى الاجتماعية، ذلك أن أمراض الفقر من أهم مسبباتها نقص التغذية وسوء الحياة الاجتماعية المعيشية ،وتنتشر المجاعات والأوبئة والأزمات الصحية في الدول الفقيرة الموارد الاجتماعية وقليلة الدخل الاقتصادي ، مما ينعكس بصورة مباشرة على حالة الأفراد الصحية ويؤدي إلى انتشار الكثير من الأمراض العضوية والنفسية.

لقد أكدت كثير من المنظمات العمالية ، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية على أهمية التغذية في صناعة التنمية الصحية ، كما أنها عززت من دورها الاجتماعي خصوصا فيما يتعلق بالإغاثة وتقديم المعونات الإنسانية والإغاثية لما لها من دور صحي وهدف تنموي تسعى إليه جميع الدول.

ولم يعد العالم اليوم يدعو للحضور الغذائي الكمي فقط، خاصة في الدول التي تبحث عن الرفاه الاجتماعي الذي يعني الصحة على رأس أولوياته مباشرة ، بل إن كثير من الدول المتطورة دقت ناقوس الخطر لما تحتويه كثير من الأغذية خاصة الوجبات السريعة العالية السرعات الحرارية الفاقدة للقيمة الغذائية ومدى تأثيرها السلبي والسيئ على جسم الإنسان وصحته ، وأصبحت هذه الدول تبحث عن الغذاء السليم الخالي من المضاعفات الغذائية المضرة، الذي يحتوي على أكبر كمية من العناصر الغذائية التي يحتاجها الجسم في النمو والبناء، كالفيتامينات والبروتينات وغيرها من مكونات الغذاء الهامة ، ثم إن انتشار كثير من الأمراض العضوية والنفسية التي لم يعد اليوم في ظل التطور التقني للطب التحكم في هذه الأمراض لتعقدها وتطور نمط الغذاء خاصة التغذية غير الصحية ، و انتشار هذه الأمراض مرده الأول إلى الغذاء ، فهذا الأخير أصبح اليوم القول أنه (موضة عصرية) ذات علامة تجارية وإشهارية تخدع الكثير من الأفراد والمجتمعات باسم الجودة والإثارة الاستهلاكية دون أن تعطي نتائج إيجابية أو صحية للأشخاص.

وليس من الحكمة العيش بأقل إمكانياتنا الصحية، فنحن بحاجة إلى الحد الأدنى من الطاقة الجسمية والنفسية لبذل الجهد اليومي في الحياة.

وأن أنظمة الجسم القلبية والتنفسية والعصبية ومختلف الأجهزة الحيوية الأخرى تمكننا من أداء النشاط اليومي بفاعلية إذا كانت الحالة الصحية لها تسير بطريقة صحيحة، وهو ما يعطي صورة عكسية تؤثر هي الأخرى على الجانب النفسي من عواطف وأعصاب وغدد وورثة وعضلات مندمجة في كائن رائع هو الجسم.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

بعبارة وجيزة فإن الأشخاص ذوو اللياقة البدنية العالية يبدوون بصورة أفضل ويمتلكون صورة وصفات جيدة لحياة أفضل بعيدة عن الأمراض والمتاعب. كما أن فقدان هذه الصفات هو نتيجة حتمية لطبيعة الحياة التي نعيشها ، ونمط الغذاء الذي نتبعه الذي يفتقد النشاط ويميل إلى الخمول والكسل والبدانة. إضافة على ذلك فنحن نأكل الأطعمة الغنية بالسعرات الحرارية التي ستتحول إلى طبقات بشعة من الشحم التي ستولد الكثير من الأمراض الصحية<sup>1</sup>.

إن الاعتماد على الآلة المتطورة اليوم ، وهذا التقدم في الأجهزة الإلكترونية والأجهزة الكهرو منزلية ، بما تقدمه من خدمات للبشرية إلا أنه أصبح يفتك بالإنسان وجعله رهينة للآلة، وحبسها لها ، حيث قل الجهد المبذول ، وأصبح الفرد يتناول طعامه على فراشه ويتسوق ويعمل في بيته عبر الأنترنت، بل أصبح عالمه الافتراضي عبر التواصل الاجتماعي فيشكل أصدقاءه في هذا العالم المسمى اليوم (الفاسبوك) ويزور أهله عبر الرسائل ، ويدرس عبر وسائل الإعلام... وهو ما يشكل الهوة والعزلة الاجتماعية والأمراض العضوية والنفسية فمن يشاهد جهاز الحاسوب ساعات طوال يجد نفسه معزولاً عن المحيط الخارجي متضرراً من بصره لكثرة الجلوس والمشاهدة ، لا يتفاعل مع غيره بجدية ، ولا يمارس حركة كثيرة ، وبالتالي النتيجة هي الكثير من الأمراض النفسية والجسمية وحتى العقلية.

إن الشركات الكبرى اليوم تقدم برامج اللياقة البدنية منذ أوائل الستينات ، وانتقلت هذه الفكرة إلى كندا والولايات المتحدة الأمريكية واليابان وبعض الدول النامية كدول الخليج. وقد لوحظ تقلص الغياب ، وزيادة الانتباه ، وجعل الموظفين يتمتعون بتوجه صحي وعلمي وفوق كل ذلك تقليل التكلفة الصحية<sup>2</sup>.

لقد أثرت الثقافة الاستهلاكية على الأذواق والقيمة الغذائية الحقيقية للتغذية الصحية، فأصبح الشكل واللون الغالب على اختيار الأفراد بصرف النظر عن الأضرار والفوائد، ومع ارتباط هذه الثقافة بالعادات والتقاليد والقيم كما سبق الإشارة إليه ، فإن التطور الحاصل في كل المجالات (عولمة الأشياء) له هو الأخر نصيب من تحول الفرد من تغذية صحية مرتبطة بالطبيعة إلى تغذية مرتبطة بالأشياء .

وللإشارة فالجزائر كغيرها من الدول عرفت تطوراً كبيراً في ثقافة الأكل والتغذية منذ الاستعمار الفرنسي ، فبعدها كان النمط الغذائي مرتبطاً بالزراعة والفلاحة والمحاصيل المحلية، أصبح اليوم التحول في هذه التغذية يحاكي دولاً كثيرة فوجدت الكثير من المحلات الأجنبية التي طغت على المحلية ، وأصبحت (البيتزا) الإيطالية ،

<sup>1</sup> علي محمد عايش أبو صالح، غازي بن قاسم حمادة : الصحة واللياقة البدنية، العبيكان ، السعودية، ص17.  
<sup>2</sup> علي محمد عايش أبو صالح، غازي بن قاسم حمادة :المرجع السابق، ص20.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

والسندويتشات والمكدونالد الأمريكية ، والأطباق المكسيكية وغيرها تغزوا بيوت ومطاعم الجزائريين في إطار التوجه نحو العالم الآخر.

وبظهور الصناعات وتغير البنية الاجتماعية للأسرة ، أصبح كل فرد مسؤول عن نفسه وعن غذائه وبالتالي الاختلاف في نوع ووقت الغذاء فتغيرت أحوال الجزائريين من حال إلى حال ، وأصبحت يوميات الفرد في الجزائر غير مرتبطة بنظام غذائي صحي لتغير في الوقت والعمل وظروف الحياة، وأصبح الأكل والغذاء خارج النظام الصحي.

ومع التروح الريفي نحو المدن وما أحدثته سياسة التصنيع والمكننة من تغير في العادات والأعراف ، وما وفرته من تسهيلات معيشية من حيث اقتصاد الطاقة والوقت ووسائل تحضير الغذاء ، وعندما كانت الوجبات الكاملة مبنية على الخضر والفواكه والمزرعة والسمك واللحوم، أصبحت هذه المواد الغذائية إما معلبة أو مصبرة إما مستوردة أو جاهزة لا تحتاج سوى بعض الأجهزة الإلكترونية للطهي والتناول.

وتجدر الإشارة إلى أن الجزائريين المعاصرين قد تبنا نظام غذائي جديد يعتمد على ثلاث وجبات فأكثر في حين كان الأجداد الأوائل الموصوفون بالصحة يكتفون بالوجبة الواحدة<sup>1</sup>.

ولا ندري هل يحق لنا الحكم بأن النظام القديم كان صحي بامتياز لاعتماده على الطبيعة والغذاء الحيوي ، بينما تغير النظام الغذائي الحديث إلى غذاء سيء غير صحي تحكمه الأذواق والأشكال الاستهلاكية التفاخرية بدل الأغذية ذات القيمة الغذائية التي تحافظ على الصحة الوقائية وتحمي الأفراد والمجتمعات من العلل والأمراض "رغم كل ذلك فإن الغذاء ما هو إلا عامل واحد فقط من عوامل تشكيل الصحة ، نعم عامل مهم ولكنه ليس عاملا واحدا فقط، إن الغذاء هو الضابط الصحي الوحيد الرئيسي الذي يقع تحت سيطرة الفرد الكاملة، فهو يملك الكلمة الأخيرة بشأن ما يتناول ، وما يدخل فمه ومعدته ، ولا يمكن أن يسيطر أو يتحكم بشكل دائم في كل الضوابط ، والعوامل الأخرى الخاصة بنوعية الصحة أو الهواء الذي يتنفسه ، أو الضوضاء التي تتعرض لها، أو الانفعالات التي تثيرها البيئة المحيطة ، ولكن يمكن السيطرة على الغذاء"<sup>2</sup>.

وعلى اثر ذلك فهناك مجموعة من العوامل والأسباب التي تدخل في ثقافة التغذية أو الثقافة الصحية وهي من يحدد نمط الاتجاه المرضي أو الصحي للأفراد والمجتمع وتختصرها على النحو التالي:

—عوامل اجتماعية: السلوك الاجتماعي مستمد من مؤسسات المجتمع ومؤسسات التنشئة الاجتماعية في مقدمتها الأسرة ، وطبيعة الأسرة نوية كانت أم ممتدة يختلف فيها نمط الغذاء الصحي أو المرضي، حيث بدأت

<sup>1</sup> شهرزاد بسنوسي : ثقافة التغذية وعلاقتها بانتشار مرض السمنة ، رسالة ماجستير، جامعة أبي بكر بالقايد ، تلمسان، الجزائر، 2011، ص46.  
<sup>2</sup> أندرويل ، أم.دي: ترجمة مكتبة جرير : الصحة والدواء من الطبيعة، دون بلد، ط1، 2007، ص15.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

تظهر في المجتمعات العصرية المركبة نوعية من النمط الغذائي الذي يعتمد على الأكلات السريعة والمصنعة آلياً، وقد أشرنا إلى مخاطر هذه الأغذية على صحة الأجسام فيما سبق ، إضافة إلى أن عادات المجتمع وتقاليد تترتب بالإرث الثقافي والأنثروبولوجي حيث بدأت هذه العادات في التغيير ، بينما ظهرت بعض الأفكار التي تدعو إلى العودة للنظام الغذائي القديم الذي يعتمد على الطبيعة.

**-عوامل اقتصادية:** للعامل الاقتصادي كالدخل ونوعية المستوى المعيشي دور رئيسي في تحديد نوعية الغذاء وسلامته وطبيعة التوجه إليه، فالطبقة الاقتصادية ذات الدخل العالي تتميز بوعي صحي وتختار نوعية الغذاء التي تعتمد على اللحوم والأسماك وأغذية الطاقة والنمو، بينما تختار الأسر الفقيرة ذات الدخل الاقتصادي الضعيف نوعية من الغذاء تتناسب مع حاجياتها الاقتصادية وبذلك تتحدد ثقافة الغذاء حسب الاقتصاد.

**-عوامل بيئية:** كما سبق الإشارة إليه في دور البيئة نحو متغيري الصحة والمرض ، فالثقافة الغذائية لأفراد تعتمد على البيئة أو الطبيعة الاجتماعية بدرجة عالية ، فالبيئة الاجتماعية والثقافية أو حتى البيولوجية تفرض نمط معين من الثقافة الغذائية، حيث نجد أصحاب الأرياف يعتمدون على الفلاحة والزراعة في التغذية عكس من يسكنون في المدينة أين يميلون إلى الخدمات الاستهلاكية.

وقد تشمل البيئة الاجتماعية كل ما يتعلق بالثقافة والتربية والسلوك الصحي واتباع طرق الوقاية من الأمراض ، ومدى الإقبال على المؤسسات الطبية الرسمية ، لكن في المقابل ينحرف الإنسان عن الطريق السوي مع تفشي الجهل والأمية والفقير<sup>1</sup>.

وتختلف البيئة الحارة عن البيئة الباردة ، حيث نجد الأخيرة قد لا تحتاج إلى أجهزة حفظ الطعام بالشكل الذي تحتاجه البيئة الحارة ، أين تعتمد على التجميد واستخدام الأغذية المثلجة ، وما يشكله من مخاطر تتعلق بطريقة الحفظ ودرجة من التسمم والبكتيريا<sup>2</sup>.

وقد تنتج عن عدم الاهتمام بالطعام مجموعة من الأمراض قد تؤدي بحياة الأفراد نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر<sup>3</sup>:

**أمراض تنتقل بواسطة الدم :** السل البقري، الحمى المالطية، الجمرة الخبيثة، جنون البقر، الحمى القلاعية، التسمم بالمكروبات العنقودية، مرض الفم والقدم، الإصابة بالدورة الوحيدة البقرية، أنفلونزا الخنازير والطيور..

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون، المرجع السابق، ص117.

<sup>2</sup> أحمد محمد بريح وآخرون: الثقافة الصحية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ط2، عمان، الأردن، 2010، ص186.

<sup>3</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون ، المرجع السابق، ص 150.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

أمراض تنتقل عن طريق الحليب: السل البقري، الحميات المعوية، (التيفوئيد والباراتيفوئيد) ، الدوسنتاريا، التلذات المعدية والمعوية، سواء كانت فيروسية أو بكتيرية، الحمى المتموجة، الدفتيرية، العدوى بالمكورات السبحية مرض القدم والفم .

التسمم الغذائي: سواء كان طبيعي أو كيميائي أو حيوي.

وقد لخص عبد المجيد الشاعر وزملاؤه مجموعة من الأساليب الوقائية لتجنب تلوث الطعام تلخص فيما يلي:

- 1- حماية الطعام في جميع مراحل تحضيره من التلوث من الحشرات والتراب.
- 2- العناية بصحة العاملين في تحضير الطعام بحيث يشترط فيهم السلامة من الأمراض المعدية.
- 3- تنظيف وتطهير أدوات الطهي والأواني المستخدمة في تحضير الطعام.
- 4- حفظ الأطعمة بطرق سليمة وأهمها: التلذجة، التجميد، التجفيف، التصليح، التحليل، التعليب الصحي وبواسطة الإشعاع والحرارة.

5- توفير الوسائل الصحية المطلوبة في أماكن تحضير الطعام وأهمها:

- توفير الماء النقي الخالي من الأوساخ والملوثات.
- التخلص السليم من القمامة والفضلات.
- استخدام الوسائل الوقائية أثناء العمل.
- زيارة الطبيب الدورية للتأكد من السلامة الصحية.
- المراقبة والمتابعة الصحية من طرف المختصين وأجهزة الرقابة.

### الصحة الوقائية:

يمكن تقسيم الإجراءات العامة للوقاية ومكافحة الأمراض إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي:

- الإجراءات الوقائية من أجل الحفاظ على الصحة وتقويتها.
- الإجراءات المتخذة لاكتشاف الحالات المرضية.
- الإجراءات المتخذة للحد من المضاعفات والعجز الطبي.

### الإجراءات الوقائية:

وهي إجراءات خاصة بالوقاية ، تعد أحد فنون الصحة العامة، التي تعمل على الحد من حصول الأمراض أو انتشارها وذلك بتجنب الحوادث والأسباب المؤدية إليها، أو دفعها ومحاربتها من خلال المنع أو الإجراءات الطبية.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

ولكل مرض من هذه الأمراض سواء نفسية أو عضوية ، معدية أو مزمنة نوع خاص بها أو طرق حسب الاختصاصات العضوية والنفسية<sup>1</sup>.

كما تعد هذه الطرق الوقائية أهم طرق المعالجة في أي مجال من مجالات الصحة العامة ، سواء فيما تعلق بالتغذية كما سبق الإشارة إليه، أو السلامة العامة من الحوادث والأمراض.

### الإجراءات الاستكشافية:

وتتخذ هذه الإجراءات بعد الإجراء الأول ، أو عندما تفشل الوقاية في الحفاظ على الصحة ، وبدء المريض في الإحساس بالمرض ، سواء كان عن طريق التسمم (الغذاء) ، أو عن طريق العدوى ، أو كان مرضا نفسيا متعلقا بالاضطرابات النفسية والاجتماعية ، حيث تجرى مجموعة من الفحوصات والاستكشافات المرضية، قبل تطور المرض ويصبح دائما، مما قد يسبب عاهات وأمراض مستدامة.

لذلك فالإجراءات الاستكشافية الخاصة بميدان الطب الرسمي ، كالمستشفى وكذلك الطاقم الطبي المؤهل شريطة التخصص في المرض.

### الإجراءات التمريضية:

هذه المرحلة العلاجية في المرتبة الثالثة بعد المرحلتين السابقتين فبعد التأكد من وجود المرض أو انتشاره يخضع المريض للإجراءات الميدانية في المستشفى ، أو الجلسات النفسية إذا كان المرض غير عضوي ؛ أي متعلق بالشخصية والسلوك، وعموما لا يمكن فصل الجانب العضوي عن الجانب النفسي ، حيث أن أي اختلال في الوظائف العضوية لجسم الإنسان له تأثير على الجانب النفسي والاجتماعي له.

فعندما يصاب شخص بحادث سيارة يؤدي به إلى الإعاقة الجسدية ، نفس هذا الحادث المرضي العفوي له تداعيات على نفسية الفرد، فيشعر بالحزن والإرهاق ونقص في الشخصية ، مما يؤدي إلى حاجته إلى أخصائي اجتماعي وأخصائي في علم النفس للأخذ بيده ومساعدته في التغلب على المرض وقبول حالته .

والإجراءات التمريضية تحتاج إلى عمل بنائي وظيفي أي علي مستوى الهياكل الصحية والمرافق العمومية ، وكذلك على مستوى الخدمات والرعاية التأهيلية الاجتماعية.

وعموما فالثقافة الصحية تحتاج إلى الصحة الوقائية ومتابعتها بالسلامة العامة ، وهما عنصرين مكملين لبعضهما لا يمكن الاستغناء عن أحدهما.

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر: المرجع السابق، ص ص 175، 176.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

فالتدقيق الصحي يشمل تقديم الخدمات الصحية والتوعية ، بهدف ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع ، من خلال الأساليب الحديثة كالطرق والبرامج التربوية بهدف مساعدة الناس على تحقيق السلامة والكفاءة البدنية النفسية والاجتماعية بمجهوداتهم الذاتية<sup>1</sup>. أما السلامة العامة فتقتضي الوقاية من الحوادث العامة كالحوادث المنزلية أو مشاكل تتعلق بنوعية الأدوية وكميتها ، أو حتى السلامة المرورية.

والسلامة الصحية تبدأ منذ الولادة وتستمر مع الإنسان مدى حياته ، حيث تبدأ بجميع أشكال التطعيم والتلقيح الصحي للسنوات الأولى ، ثم المتابعة الصحية المدرسية وما يجب أن تقدمه من خدمات مجانية بالتنسيق مع المستشفى العام ، أو مؤسسات الصحة الجوارية والمراكز والعيادات. لذلك فالصحة العمومية بحاجة إلى تقديم خدمات وقائية للسلامة العامة للأفراد والمجتمع وغياب هذه العملية يؤدي إلى ظهور عدة مشاكل أهمها ما سنذكره في البيانات الثلاث وهي أنساق رئيسية تقتضي المتابعة والدراسة وهذه المشاكل هي :

تؤدي إلى مشاكل اجتماعية صحية

{	مشاكل في نسق الأسرة
	مشاكل في نسق المدرسة
	مشاكل في نسق المستشفى

<sup>1</sup> أحمد محمد يدح: الثقافة الصحية، المرجع السابق، ص27.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

### رابعاً- الاستراتيجية العلاجية والوقاية للصحة النفسية:

إن اهتمام الأطباء بالنواحي السوسولوجية والنفسية للأفراد واعتبار العلاج النفسي والاجتماعي جزء لا يتجزأ من العلاج العضوي واعتبار الدراسة والمعرفة للمجتمع جزء كبير في تقديم برامج صحية عامة متطورة وموزعة بطريقة علمية تخدم الجميع وتؤدي إلى تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها<sup>1</sup>. كل ذلك يؤكد على أهمية الصحة النفسية وبرامجها في المؤسسات الاجتماعية ، كالمستشفى أو المصنع، أو حتى المؤسسات الخدمائية ذات الأدوار التكاملية ، وغياب الاهتمام بالصحة النفسية يعني عدم الاهتمام بالجانب السيكولوجي الذي تدور معظم الدراسات حوله وتحاول فك غموضه ، وتأكيد دور الجانب النفسي في التفاعل الاجتماعي وأهميته في رفع الكفاءة الإنتاجية على مستوى المؤسسات ، أما في المنظمة الاجتماعية فالجانب النفسي ليس له عنى ولا يمكن تجاوزه مهما كانت العوامل والظروف ، فالأسرة التي يغيب فيها الاتزان النفسي والعاطفي أحد أهم مكوناتها لا يمكن لها الاستمرار في ظروف صحية ، بل تكون بيئة مكونة لجميع الأمراض والمشاكل ، كذلك المنظمات الكبرى كأحد أنساق المجتمع، أي خلل في وظائفها الصحية يؤدي إلى عدم الاستقرار والزعزعة في مختلف أركانها. فمجموعة المستشفى الذي سنركز عليه جهدنا يؤدي إغفال الجانب النفسي بمكوناته (الطاقم الطبي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي...) في المستشفى يؤدي إلى عدم نجاح برامج التنمية الصحية ، وتشكل عائقاً و فراغاً لا يمكن سده إلا من خلال تفعيل هذا الجانب.

كما أنه لا يمكن فهم العوامل الثقافية والاجتماعية وارتباطهما بالصحة والمرض، دون التطرق إلى المكونات النفسية ، الأمر ذاته ينطبق على المتغيرات الأخرى، مثل البيئة الاجتماعية والأنثروبولوجية ومختلف العلوم الأخرى، التي تتقاطع مع العلوم النفسية والصحية.

إن تداخل جميع هذه العلوم يؤكد على ضرورة توفير جميع الظروف ، وجميع الخدمات النوعية وضرورة وجود رؤية ومشروع حقيقي يصب في هذا الاتجاه ويؤكد عليه.

فالجانب النفسي يقتضي تواجد الجميع في منظمة العمل، ويحمل الجميع مسؤولية السلامة وأي تغيير إيجابي أو سلبي له الأثر المباشر وغير المباشر على العميل ، بل وعلى المجتمع ، فالمنظمات والمؤسسات الاجتماعية الصحية تؤدي دور صحي وديناميكي وتسمح بالتطور والتقدم، على عكس من لا تتوفر فيها الظروف والعوامل الصحية ، أين تغيب الصحة ويحضر المرض.

إن الخدمة الاجتماعية اليوم في مقدمة هذه العلوم التي يجب أن تسعى للعلاج النفسي والوقائي لأهميته التي أشرنا إليها، إضافة إلى أنها تحاول فك العزلة بين المريض ومحيطه الاجتماعي والثقافي والبيئة الأنثروبولوجية المحيطة به

<sup>1</sup> قدرتي الشيخ علي: علم الاجتماع الطبي، المرجع السابق، ص65.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

خاصة أن الخدمة الاجتماعية التي تعنى بالحالات المرضية أو التي تتجه نحو المريض، تفرعت عنها عدة اتجاهات في مقدمتها الخدمة الاجتماعية الصحية التي تقوم داخل المؤسسات والهيئات بالتوعية والتشخيص والمتابعة والتأهيل.

والصحة النفسية بالمصطلح الحديث لم تكن لتظهر لولا جهود أكاديميات كثيرة ، اذ بدأت تظهر مع العالم النمساوي " سيغموند فرويد" صاحب "الليبدو" أو التداوي الحر ، بعدما كانت الأمراض النفسية شيئاً مهماً في ميدان الطب، أو في العلوم النفسية حيث كان المرض النفسي يعتبر نوعاً من الانهيار العصبي ، أو خلل وراثي، ومن ثمة كانت طريقته العلاج والتداوي بدائية تعتمد على الشعوذة والسحر<sup>1</sup>.

وهي في تطور ملحوظ اليوم حيث أصبحت تأخذ شكلاً وقائياً قبل العلاج ، فالوقاية من الأمراض النفسية يكون بتوفير عوامل الراحة النفسية والاجتماعية ، وإزالة كل الظروف والمشاكل الصحية المؤدية إلى المرض في جميع المؤسسات الاجتماعية بدءاً من الأسرة والمدرسة ووصولاً إلى المستشفى والمراكز العلاجية وهذه الأنساق الثلاثة متكاملة ومرتبطة الأدوار الصحية للمجتمع، وأي خطة وبرنامج اجتماعي لا يمكن أن يقصي أحد هذه المكونات ، وإلا أصبح علاج العرض بدل المرض.

وبالتأكيد على دور المستشفى وحده يشكل عبئاً اقتصادياً ، وجهداً، قد يؤدي إلى فشل هذه المؤسسة بدل نجاحها لأنها جزء من العملية العلاجية وليست هي المسؤولة الوحيدة عن المرض.

هذا من الناحية الوقائية التي سنفصل فيها في ما تبقى من الفصل، أما عن الجانب العلاجي في الصحة النفسية ، فيعتمد على الأخصائي النفسي ، والأخصائي الاجتماعي ، وكذلك المؤسسة العلاجية الخاصة أو العمومية، حيث تتكاثف هذه الجهود الثلاثة لتعريف المريض بعلته وسبب ظهور أعراضها وإرجاع الثقة بنفسه وبحياته، وفي مختلف هذه الحالات التي يكون فيها سبب المرض غير ظاهر ، أو يعود إلى ظروف قديمة في حياته، تلجأ المؤسسة الصحية على رأسها الأخصائي النفسي بطرق عديدة من العلاج النفسي التي منها<sup>2</sup>:

- التحليل النفسي: عن طريق الجلسات والمتابعة.
- العلاج السلوكي: الاستماع ومحاولة تعديل السلوك السلبي
- العلاج الجماعي: لإدماج المريض في الوسط وإخراجه من العزلة.
- العلاج باللعب: خاصة عند الأطفال لتجاوز المرض ونسيانه.

<sup>1</sup> محمود عبد الحميد منسي: الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية ، شركة الجمهورية الحديثة لتحويل وطباعة الورق ، د ط، مصر، 2003، ص140.  
<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص139.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

وتتنفق معظم الآراء على أن الصحة النفسية تكون في كثير من الأحيان وقائية وعلاجية في آن واحد وعلى حسب الحالة التي يتم علاجها شرط توخي المنهجية والتدرج في العملية بمراعاة المداخل الأثنروبولوجية الطبية، أي الثقافة والمكونات التي يحملها الأشخاص ، فلقد ساهم علماء الأثنروبولوجيا الطبية السيكولوجية في فهم التفاعل بين المرضى والمعتقدات والقيم وأنماط السلوك ووسائل العلاج ، كما يطرح التحليل السيكولوجي فهما إضافيا لعلاقة تفاعل الوعي (الضمير) واللاوعي والعقل الباطن في مختلف جوانب العمليات العقلية وأنماط السلوك الفعلية<sup>1</sup>، من أجل التوافق النفسي والاجتماعي.

إن الصحة النفسية ليست وليدة اليوم بل لها جذور تاريخية طويلة منذ عصور عديدة، وهو ما يؤكد تواجدها المرتبط بحاجات الإنسان الطبيعية في الصحة الجسمية والنفسية وعلى سبيل المثال لا الحصر (مراعاة فصول البحث) نذكر الأهمية التاريخية من خلال العصر الإسلامي الذي ظهرت فيه (البيماريستانات) لتقديم الخدمات النفسية على مستوى عال من المهارة والاهتمام، وقد اشتهر ذلك خاصة في العصر العباسي ، حيث أنشأ مستشفى "قلاوون" 1248م، حيث كان يقبل على المستشفى حجرات وأقسام لمرضى العقل.

كما أسس قبل ذلك "أحمد بن طولون" عام 873م أقدم مستشفى بالقاهرة خصص للمرضى العقلين<sup>2</sup>. فالاهتمام بالجوانب السلوكية وعلاقتها الاجتماعية يمكن أن نطلق عليها الأحكام الحتمية أي مرتبطة بوجود الإنسان الذي يصيبه المرض أحيانا، وقد لا يهتم للصحة فيمرض، ولذلك فالوقاية تكون قبل المرض ، ولا يكون الاهتمام بعد الإصابة.

وعلى هذا النحو تطورت الصحة من الاهتمام بالجوانب العضوية والبيولوجية إلى الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية، وحقيقة أن التخصص في هذه المجالات قد زاد الهوة والابتعاد بين الجانبين ، بل وأصبح الاهتمام بتخصصات دقيقة في جانب واحد من الصحة بعيدا عن إطاره الأصلي فما بالك بالعلوم الفرعية الأخرى. وعوض أن يصبح التطور في العلوم الصحية ثراء وتزاوج بينهما، أصبح اليوم مع كثرة هذه المصطلحات عبئا على العلوم الاجتماعية ، وزاد من التشعب والتمايز.

كما أدى التطور التكنولوجي للطب والتقنية العالية في التشخيص والعلاج إلى تهميش لدور العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية والبيئية في الصحة والمرض، بل أن الاتجاه السلوكي في العلوم الإنسانية أصبح يدعوا إلى تبني استراتيجية مبنية أولا على الجانب النفسي والسلوكي، عن طريق المواجهة السلوكية للبيئة ، وذلك بتعديل السلوك مواءمة للبيئة، أو تعديل البيئة مواءمة للسلوك وهو ما يتطلب تكاثف الجهود لإصلاح

<sup>1</sup> محمد الجوهري وآخرون : الصحة والبيئة، المرجع السابق، ص 38.  
<sup>2</sup> محمود السيد أبو النيل: الصحة النفسية ، د ط، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر ، 2014، ص41.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

المجتمع كون البيئة الاجتماعية مصدر القيم الثقافية ، وهذه الرؤية هي من أهم التطورات العلمية التي حدثت في مجال الوقاية وتنمية الصحة في الأعوام الأخيرة.

وتأكيد لدور السلوك في نشأة الأمراض أدرجه أطباء السلوك ضمن قائمة العوامل الاجتماعية والثقافية أو المتغيرات الخطرة على الصحة، وأصبح مفهوم السلوك يحظى بنفس الأهمية والمكانة التي تحتلها عوامل الخطر البيولوجية<sup>1</sup>.

وقد أدت هذه التطورات إلى استحداث عدة نظريات وبرامج تركز على الأبحاث والدراسات الميدانية ومن بين هذه النظريات ما يسمى "نظرية الهندسة الاجتماعية" ، حيث تسعى إلى استخدام مجموعة من البرامج التي تهدف إلى تغيير السلوك من التعديل البيئي لأنها تؤثر على قابلية الناس لممارسة السلوك الصحي ، وتسمى هذه الإجراءات بالسلبية (PASSIVE) لأنها تتطلب قيام الفرد بسلوك معين (مثل ذلك الوسائد الهوائية التي توضع في السيارة)<sup>2</sup>.

إن مثل هذه الخطوات والإجراءات الميدانية في مجال الصحة النفسية قد انتقل من أسلوب علاجي إلى وقائي ، وهذا الأخير يتداخل معه مختلف العلوم والعوامل الخارجية الأخرى ما يؤكد أهمية الصحة النفسية في البرامج الاجتماعية والطبية، ويتطلب الأسلوب الوقائي الكثير من الإجراءات والعمل مع عديد المؤسسات الاجتماعية سعياً إلى تحقيق الأمن والتوافق الاجتماعي من خلال التركيز على الأسباب الجوهرية في مقدمتها طريقة العيش والقيم الاجتماعية ، وتنظيم شؤون الحياة ، ذلك أن كل مظاهر الصراع وانعدام الأمن النفسي في المجتمع مرده إلى خلل في إحدى هذه الأسس الثلاث فينصب العلاج النفسي على تصحيح وتعديل الجوانب لدى الأفراد خاصة عند تباين القيم الاجتماعية داخل المجتمع الواحد أو عندما يعجزون عن تنظيم شؤون حياتهم لتحقيق أهدافهم<sup>3</sup>.

عموما الصحة النفسية في مجال الخدمة الاجتماعية تسعى إلى تقديم مساعدات للمريض تساعد على التجاوز والصمود أمام جميع الصدمات النفسية المتعلقة بالحياة الاجتماعية ، كما تهدف إلى تحقيق التوترات والاضطرابات المصاحبة للأحداث المرضية لإشباع حاجاته وتحقيق أهدافه واجتياز ظروفه الصحية ، ومن بين أهم الخدمات الصحية النفسية المقدمة للمريض هي:

<sup>1</sup> مفتاح محمد عبد العزيز: مقدمة في علم النفس الصحة، دار وائل للنشر، ط1، عمان، الأردن، 2010، ص ص 67، 68.  
<sup>2</sup> سناء عيسى الداغستاني، ديار عوني المفتي: المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي ، مجلة البحوث التربوية والنفسية العددان 26، 27، بغداد ، د س، ص 102.  
<sup>3</sup> ناصر الدين زبيدي: فعالية برامج الصحة النفسية للراشدين بتحقيق الأمن النفسي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 16، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، جوان 2016، ص 226.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

- مساعدة المريض على تجاوز مشاكله خاصة التي تتعلق بالخوف والقلق والكآبة وما تسببه من مضاعفات خطيرة على الصحة الجسدية، والسعي إلى تحقيق الاستقرار النفسي للمريض بإقناعه بوجود حالات شفاء مشاهة لحالته النفسية والجسدية.
  - العمل على دمج في الوسط الثقافي والاجتماعي، وذلك بتوطيد العلاقة بينه وبين أسرته ومحيطه الثقافي والاجتماعي، وعادة تكون هذه المهام من طرف الأخصائي الاجتماعي وأخصائي الصحة النفسية.
  - رفع الروح المعنوية للمريض بعدم تذكره بما أسيه، ودفعه للتفكير بإيجابية.
  - تمكين المريض من التكيف النفسي والاجتماعي، وذلك بمساعدته على اكتساب أدوار وقيم جديدة تتلاءم وحالته النفسية وظروفه التي يمر بها.
  - تشجيع المريض على الإدلاء والتعبير عن مكنوناته ومخاوفه، ومساندته في التحقيق من حدتها ومواجهتها بالصبر والعزيمة.
  - إبراز قدرات المريض واكتشافها لاستغلالها في العلاج والاعتماد عليها في الخروج من الأزمة، خاصة إذا كانت الصدمة فوق قدرات المريض النفسية والاجتماعية.
  - خلق مناخ التفاعل بين المريض والأخصائي خلال الجلسات التمريضية في المستشفى أو من خلال الزيارات الدورية بمكان الإقامة لإشعاره بالأهمية<sup>1</sup>.
  - رفع مستوى الوعي الديني والتكافل الاجتماعي لاحتواء المريض وتجنبيه الوقوع في العزلة أو الاتجاه نحو الانحراف خاصة لدى المراهقين وغير البالغين.
  - تنوع الأساليب العلاجية وعدم الاعتماد على طريقة واحدة كالاستماع ، بل استخدام أساليب الترفيه وإشراك المريض في العلاج من خلال النشاطات.
- ومن هذا المنطلق الذي يوضح الأطر العامة للصحة النفسية وأهدافها الإستراتيجية يمكن التأكيد على دورها في الحياة الاجتماعية ، ناهيك عن الحياة النفسية لأفراد والجماعات.
- كما يمكن القول أن وضوح العلاقة بين العلوم النفسية والخدمة الاجتماعية لا يمكن إخفاؤه أو تجاوزه على اعتبار أن العلوم النفسية أحد أكثر العلوم التي أخذت منها الخدمة الاجتماعية واعتمدت عليها في فهم الحالات الاجتماعية من الجانب السيكولوجي واعتبرت الخدمة الاجتماعية أن المشاكل الصحية النفسية لا يمكن فصلها عن الاجتماعي والثقافي.

<sup>1</sup> خليصة ديميش: الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري، رسالة ماجستير، جامعة المسيلة، الجزائر، 2005، ص59.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

كذلك قدم علم النفس الاجتماعي خصائص كثيرة عن طبيعة الجماعات ، وكيفية التعرف على أنماط السلوك الجماعي، وكيفية حدوث ديناميكية الجماعة ، وأفضل السبل لتوجيه الجماعة والعمل معها عن طريق وقوفه على المؤثرات التي تحرك الجماعة وتدفعها لتحقيق أهدافها.

وكذلك في مجال تنظيم المجتمع، فالأخصائي الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية يستفيد من علم النفس أيضا، فهو يعمل مع الجماعات ، كما أنه يتناول المنظمات والمؤسسات كتنظيم اجتماعي ت خضع لعدد التفاعلات الاجتماعية وتساهم في وضع الخطط والأهداف.

فالعلاقة بين الخدمة الاجتماعية وعلم النفس ، أو الصحة النفسية ليست جزئية ، بل يمكن القول أنها ارتباطية ، وأن الخدمة الاجتماعية بأدوارها وطرقها العلمية الحديثة اعتمدت على مبادئ وقيم الحقائق التي انتهى إليها علم النفس من مجالات الصحة والعلاج العقلي والباطني ، وأهم الوسائل الحديثة التي مكنته من ذلك.

وما أحرزه علم النفس الحديث من تقدم انعكس أثره على طرق وأساليب الخدمة الاجتماعية وأنه يمكن تشبيه العلاقة بين علم النفس والخدمة الاجتماعية كالعلاقة بين فيزيولوجيا الأعضاء ومهنة الطب، فكل له دور لكن دورهما تكميلي وممارستهما تشاركية<sup>1</sup>.

إن اعتماد الخدمة الاجتماعية الصحية على علم النفس له دلالة وبراهينه العلمية التي أشرنا إليها، وأن مستويات الصحة في العصر الحديث لم تعد تعتمد على الطب التشخيصي للأعضاء بقدر محاولة فهمها للمكونات الداخلية للإنسان، في حالته الفردية وداخل الجماعة.

واعتمدت الخدمة الاجتماعية في ذلك على علم النفس، فظهرت هذه العلاقة التبادلية من خلال الأخصائي الاجتماعي، الأخصائي النفسي، والمقررات الطبية التي تركز على الجانب النفسي والاجتماعي، وكذلك التخصصات العلمية الجديدة من أبرزها؛ علم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع الطبي والإكلينيكي، وغيرها مما سيكشف عنه المستقبل والعلم الحديث.

أ- دور الصحة النفسية وأهميتها في المجتمع :

تسعى الصحة النفسية إلى إعداد الفرد للتوازن في البيئة والمجتمع والاندماج مع مختلف التغيرات والحوادث النفسية من خلال دورها الريادي والاستراتيجي في مختلف القطاعات والبناءات ، فهي بذلك تساعد المريض فردا أو جماعة على تجاوز مشكلاته وتسعى لتقديم المساعدات النفسية والعلاجية ، خاصة عبر الخدمات الاجتماعية المقدمة.

<sup>1</sup> محمد سيد فهمي: الخدمة الاجتماعية ، المرجع السابق، ص159.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى تكمن أهمية الصحة النفسية في تحقيق مطالب النمو الاجتماعي المتوافق والسعي إلى إشباع الحاجات النفسية من خلال تحقيق المطالب السلوكية والنمو الاجتماعي ، وتوسيع دائرة الميول والاهتمامات المجتمعية لتحقيق التوافق النفسي (التوازن) والدفع بالأفراد للممارسة السلوكية الصحيحة والابتعاد عن مصادر الأمراض والمشاكل النفسية الاجتماعية.

ومن المتوافق عليه أن الأمراض النفسية التي لها أسباب اجتماعية كثيرة، كما أن الأمراض النفسية التي لها مصادر اجتماعية هي الأخرى معقدة ومتداخلة ، ولا يتم التركيز عليها في المجتمعات العربية لاعتقادهم بهامشية الأمر.

لذلك يجب بذل مزيد من الجهود النفسية دون عزلها عن الواقع الاجتماعي والثقافي، وكذلك تسطير برامج الصحة النفسية من خلال تقديم المساعدات الاجتماعية والنفسية، وذلك يتم في العادة بإتباع مجموعة من الخطوات أهمها:

- 1- تهيئة بيئة اجتماعية ونفسية هادئة من خلال تأطير العلاقات الاجتماعية والتفاعلات الثقافية الناتجة عنها.
  - 2- إقامة حياة اجتماعية تسودها الحرية و الانفتاح والديمقراطية من خلال السياسات الوطنية التي تحترم أداء الأفراد وتعبر عن مشاكلهم الاجتماعية.
  - 3- إصدار تشريعات وقوانين الفحص الطبي النفسي خاصة أثناء حالات الزواج الاجتماعية ورفع المستوى التوعوي لأهمية الرعاية النفسية والمتابعة لتحقيق حاجات الأفراد<sup>1</sup>.
  - 4- التأكيد على دور الإرشاد النفسي والتربوي في مختلف مؤسسات المجتمع المدني بداية من الأسرة إلى المدرسة والمجتمع والبيئة للحفاظ على الاستقرار النفسي والاجتماعي.
  - 5- رفع مستوى الرعاية التأهيلية والتدخل المهني، خاصة دور الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والتأكيد على أهمية وفعالية أدوارهما في المجتمع.
  - 6- العمل على تقوية روابط الاتصال والمشاركة الجماعية ، وتغليب لغة الحوار على لغة العنف والتجاهل ، من خلال فتح قنوات للتواصل الاجتماعي تسهر الدولة على تأطيره.
- وهناك من يذهب إلى تفصيل هذه الأهمية والأهداف على نحو متعلق بالأفراد والمجتمع ، وأهداف متعلقة بالبيئة للحلول دون وجود ثغرات ومشاكل تجعل من برامج الصحة النفسية برامج تناقضية وغير قابلة

<sup>1</sup> أشرف محمد عبد الغني شريت، محمد السيد حلاوة: الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، د ط ، مصر، 2003، ص70.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

للتطبيق فنجد أن برامج الصحة والخدمات الصحية في مصر لها رؤية خاصة بها، حيث تشير في أحد دراساتها إلى أن الأهداف تتعلق أساسا بـ<sup>1</sup>:

- أهداف تتعلق بالأفراد؛ وذلك بالسعي إلى تقديم خدمات للمرضى خارج إطار المؤسسات القائمة، وبالذات خارج إطار المستشفيات.
- ابتكار خدمات جديدة للمرضى لتنمية قدراتهم الصحية والنفسية.
- الابتعاد عن سياسة عزل المريض كأسلوب علاجي للفرد ووقائي للمجتمع.
- أما الهدف الآخر الذي ركزت عليه هذه الدراسة يكمن على المستوى البيئي في:
- القيام بعمل إحصائيات للضغط على القرار السياسي وعلى العوامل المؤثرة في توزيع الموارد.
- تشجيع الدراسات والعلماء للاهتمام بالتطوير النفسي للإنسان.

ويعزز هذه الأهداف والأهمية بالنسبة للصحة النفسية في المجتمع مجموعة أخرى من النقاط يشير لها وهي على سبيل المثال لا الحصر.

الصحة النفسية تجعل الفرد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي مما تحقق الرضا الاجتماعي والوظيفي كما تجعل من الأفراد يحافظون على التوازن والنضج الانفعالي بعيدا عن التهور والانفداع والآفات الخطيرة التي يلجأ إليها الأفراد لتحقيق الذات.

إضافة إلى أن الصحة النفسية تساعد الأفراد على تجنب الصراعات والتوترات والقدرة على مواجهة الصعوبات. فالصحة النفسية تشمل معظم مجالات الحياة الاجتماعية في الأسرة والمدرسة والمجتمع في مجال العمل والتجارة والاقتصاد وغيرها من المجالات التي يجب أن توافق بين الإنسان والمجتمع، وذلك بخلو الإنسان من الصراعات النفسية والتفاعل الطبيعي في مواجهة مشاكله، فالحياة النفسية لها وظائف محددة أهمها السعي لتكثيف الفرد مع ظروف بيئته الاجتماعية تلبية وإشباع حاجيات الإنسان حسب القدرات والممكن<sup>2</sup>.

### ب- الأهداف والمجالات الاستراتيجية للصحة النفسية:

لم يهتم الطب الحديث بالصحة النفسية أو الأمراض السيكوباتية (النفس جسمية) إلا مؤخرا حيث كان معظم تركيزه على الأمراض العضوية، وإهمال الجوانب النفسية الأخرى، مما أدى إلى حدوث الكثير من التناقضات وعدم وصول الطب إلى أهدافه العلاجية الحقيقية، مما زاد مدارس علم النفس تعقيدا وغموضا، ومع أوائل القرن الحالي تعززت فكرة الأمراض النفسية وأصبحت من الخدمات المقدمة في المراكز والوحدات الطبية

<sup>1</sup> برامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، تحرير إسماعيل يوسف وآخرون، دار الكتب، 2005، ص 327.  
<sup>2</sup> عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهبي: الأمراض النفسية والعقلية، دار الفكر العربي، ط1، بيروت، لبنان، 1997، ص ص 25، 26.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

الخاصة كالعيادات النفسية والمستشفيات العمومية ، نتيجة الآثار العضوية التي خلفتها هذه الأمراض النفسية على الجسم ، حيث أصبح للقلق والتوتر وأمراض الأعصاب الأثر البالغ على صحة الإنسان الجسمية ، مما أدى إلى ضرورة فتح مزيد من المراكز والأقسام الوقائية والعلاجية.

وتعتبر الخدمة الاجتماعية من العلوم المتصلة بالعلوم النفسية ، حيث يستعين بها العاملون في ميدان الصحة النفسية كالمعالج النفسي والأخصائي الاجتماعي والطبيب وغيرهم ممن يعملون داخل الهيئات التابعة لعلم النفس الإكلينيكي أو العيادي وحتى ممن يقدمون الخدمات الإرشادية.

والخدمة الاجتماعية من خلال برامجها التي تسعى لتحقيق حاجات الأفراد الاجتماعية والنفسية تهتم بالجانب النفسي وتحاول إيجاد الحلول الناجحة، وخلق التوافق والتوازن الاجتماعي في مختلف المجالات الاجتماعية كالأسرة والطفولة والأمومة، جناح الأحداث ، مؤسسات رعاية المسنين ، الخدمة الاجتماعية المدرسية، العمل الجمعي ، الطفولة المسعفة...

وعلى العموم يمكن توضيح العلاقة بين الخدمة الاجتماعية والصحة النفسية من خلال العناصر التالية:

- تعتبر رعاية الأمومة والطفولة من أهم الجوانب التي تركز عليها الخدمة الاجتماعية وتلتقي مع الصحة النفسية من خلال المحافظة على التوافق الأسري والإرشاد النفسي .
- متابعة الأسر المحتاجة أو التي تمر بأزمات اقتصادية من خلال الأخصائي الاجتماعي، واستخدام مؤشرات لبحث الظروف النفسية والاجتماعية وتأثيرها على الأسرة.
- الكثير من المشاكل الاجتماعية لها جذور نفسية، والأخصائي النفسي والاجتماعي يسعى لتحقيق صحة نفسية جيدة.
- كثير من الأخصائيين الاجتماعيين يعملون في مراكز الشباب والعديد من الهيئات والمؤسسات والتي تقوم فيها بدوره في تحقيق الصحة النفسية عن طريق العمل الجامعي والتشاركي<sup>1</sup>.

### 1-أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية:

فالأهداف العلاجية تتمثل في:

المساهمة في العلاج عن طريق التنسيق بين المريض والطبيب وإيصال الخدمات الصحية والدوائية والمتابعة النفسية للحالة سواء داخل المستشفى أو خارجه وتأهيل المريض حتى عودته لحالته الطبيعية.

<sup>1</sup> أشرف محمد عبد الغني شريت: الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق ، المرجع السابق، ص73.

أما الأهداف الوقائية فتتمثل في:

إبعاد كل المؤثرات النفسية وعليه فالأخصائي يجب أن يكون عارفا بكل الأمراض والمسببات الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على حالة المريض، فيسعى إلى الوقاية من الأمراض العقلية والمشكلات الوجدانية والاضطرابات السلوكية ونشر التربية الصحيحة التي تعتمد على أسس الصحة العقلية. وإذا كان المريض داخل المستشفى أو المركز الصحي فالأخصائي له دور كبير في العملية العلاجية والصحة النفسية للعميل حيث يسعى إلى تقديم مجموعة من الخدمات والرعاية.

### 2-أهداف ودور الأخصائي الاجتماعي والنفسي في المستشفى:

يقوم الأخصائي الاجتماعي مع الأخصائي النفسي بعده أدوار داخل المستشفى أو خارجه من خلال إعداد التقارير الخاصة بالمرضى والتنسيق بين الطبيب والمريض ، فأداة الاتصال بين هذين الحلقتين هو الأخصائي الاجتماعي.

ولا يقتصر دوره على التنسيق فقط بل يكون هو من بعد المقابلات ومراجعة أسرة المريض والحالة الاجتماعية والاقتصادية لتقصي الحالة النفسية تجاوزه.

بالإضافة إلى ذلك يسعى الأخصائي إلى توفير جميع الإمكانيات المتاحة داخل القاعات التمريضية ، وتوعية العميل بحقه في استخدامها<sup>1</sup>.

وعموما لا يقتصر دور الأخصائي على المريض أو العميل فقط بل تجاوزه إلى أدوار قانونية أخرى: كالأسرة والمريض والمجتمع، وكل ما يمكن أن يؤثر على المريض من بيئة ومجتمع.

### ج- دور علم النفس الاجتماعي في الصحة النفسية:

فلسفة علم النفس الاجتماعي ومناهجه لا تختلف كثيرا عن فلسفة ومناهج الخدمة الاجتماعية ، وقد تعتمد الأخيرة على علم النفس في الكثير من الممارسات ، حيث يراعي التدخل المهني والأخصائي الاجتماعي الحالة النفسية للمريض ، فردا وجماعة كما يؤكد على دور علم النفس في دراسة الحالات المرضية وعدم الاهتمام بالجانب الفسيولوجي فقط.

لا يمكن التنكر إلى دور علم النفس الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية الطبية وتركيزه على المدخلات الاجتماعية والمخرجات التي يمكن أن تساهم في فهم الحالة النفسية للمجتمع أو الاعتماد على العلوم السيكولوجية في تحليل تعقيدات المجتمع المرضية.

<sup>1</sup> أميرة منصور يوسف: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 1997، ص199.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

لذلك تعتبر الرعاية الاجتماعية بالنسبة لمرضى النفس والعقل من أهم الميادين والمجالات التي تمكنهم فيها من الرعاية الاجتماعية والصحة النفسية، كما أنها هدف وقائي من الأمراض النفسية والعقلية ويجري العمل في هذا الميدان على أساس تعاون عمل الفريق يضم كل الأطباء النفسانيين والأخصائيين الاجتماعيين والمرضات ، وكل يساهم بخبراته ومهارته الفنية والمهنية ، وبالتالي يمكن وضع خطط متكاملة للرعاية والدراسة والعلاج، والهدف هو دراسة كافة الظروف الاجتماعية والعوامل التي تتخذ من الموقف<sup>1</sup>.

إن علم النفس الاجتماعي يحاول عدم الفصل بين العلوم النفسية والسلوكية والمجتمع أي لا يمكن تناول المجتمع في معزل عن المداخل النفسية ، وكذلك لا يجب تناول مواضيع الحالات النفسية والعقلية بمعزل عن البيئة الاجتماعية والثقافية ، لأن الحديث عن الصحة النفسية متعدد المجالات ومتشعب الفروع والدلالات ، حيث أنها تتجاوز الجوانب الثلاثة الجسمي والنفسي والاجتماعي.

### د-الصحة النفسية في الإسلام:

يركز الدين الإسلامي على النفس البشرية ويخاطبها في الكتاب والسنة في كثير من المواضيع والآيات ، ويعطي جانبا غير يسير من الجانب الروحي ويركز عليه لأنه جزء مهم في حياة الإنسان ليعيش حياة سعيدة وذلك بالإيمان واتباع الهدى والصرراط السوي لتحصيل الطمأنينة والاستقرار وتجنب منغصات الحياة والأمراض النفسية كالقلق والكآبة والخوف المرضي ، والشريعة الإسلامية الغراء جاءت لحماية النفس من المآسي والأمراض التي استعصت على الطب الحديث، فهي تمثل ركنا أساسيا في الوقاية من المرض النفسي، حيث يحدد مثلا فقهاء الدين المقاصد الشرعية ويغالون في المحافظة على الدين وحفظ النفس وحفظ العقل وحفظ المال بما يحافظ على نظام المجتمع أفرادا وجماعات ، وتقديم حفظ النفس على المقاصد الأخرى لأهميتها ودلالاتها. لقد جاء الدين الإسلامي أيضا لإشباع حاجات النفس والترويج عنها وليس لكتبها مطهرا لنفوس البشر يدعوهم للصحة النفسية ويساعدهم على تجاوز الأمراض وبناء العلاقات التفاعلية الهادفة ، فهو يسعى دائما من أجل تحقيق الأمن النفسي، على أساس اهتمام الإسلام بالإنسان بشكل شمولي ومتكامل وليس الإشباع للحاجة البيولوجية فقط.

قال تعالى (( يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً فَادْخُلِي فِي عِبَادِي وَادْخُلِي جَنَّاتِي )) الفجر: 27-28.

### هـ-الصحة النفسية في الرعاية الاجتماعية:

العلاقة تكاملية بين الصحة النفسية والتمريض ، فالصحة النفسية تهدف للوصول إلى الرضا والتوافق الاجتماعي والنفسي لتحقيق السعادة ، لذلك فإن مستويات الصحة النفسية تعتمد على المعاملة الطبية الحسنة

<sup>1</sup> عباس دندراوي: مدخل في الخدمة الاجتماعية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ص212.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

كثيراً، وأظهرت الكثير من التصرفات التي تعكس الاهتمام والعناية قد زادت الشعور بالأمل والراحة والثقة والطمأنينة والاستقرار النفسي والعقلي ، فالعناية التمريضية لها الأثر المباشر على المريض جسدياً ونفسياً وعقلياً وعاطفياً وروحانياً، وبالتالي تؤثر في سرعة التماثل للشفاء على عكس المعاملة السيئة ، وعادة ما يكون المريض قلقاً خائفاً من المستشفى ، حيث يكون الممرض أو الأخصائي الاجتماعي من يخفف وطأة الخوف<sup>1</sup>.

وعادة ما يقوم التمريض على مستوى الكادر الطبي بأكمله في المستشفى أو خارجه، حيث تكون المعاملة الحسنة من طرف الأطباء والممرضين والهيكـل الإداري بتقديم خدمات تساهم في رفع مستوى الحالة النفسية من المرض إلى الصحة النفسية ، ويتصادف العميل أو المريض بمجموعة من القوانين أو الإجراءات التي تزيد من معاناته ، حيث يسعى القائمون على هذه الخدمة إلى تحقيق هدف واحد هو الشفاء والصحة والسلامة.

<sup>1</sup> البسام أحمد أبو العمرين: مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة ، رسالة ماجستير ، فلسطين، 2008، ص42.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

### خامسا- الاستراتيجية الإعلامية في الخدمة الاجتماعية الصحية:

عرف الإعلام بمختلف وسائله التقليدية والحديثة ثورة علمية كبيرة، وأصبح جزء من الحياة اليومية لجميع أفراد المجتمع من حيث المادة التي يقدمها ودرجة تأثيرها من خلال العناصر الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي استطاع أن يعالجها ، وقد اهتم الإعلام والاتصال التكنولوجي والتقليدي بالصحة ومجالها أيما اهتمام حيث استطاع الإعلام الصحي أن يكون لنفسه فضاء إستراتيجيا مبنيا على الوسائط الإلكترونية المكتوبة والمسموعة والمقروءة ، فأصبحت الصحة العمومية احدى الميادين الهامة التي خصت باهتمامات الإعلام وتطوراتها، واستطاع الإعلام أن يرفع من درجة الوعي الصحي والثقافة الصحية إلى أبعد حد لذلك شكل أحد أقطاب التنمية المعول عليها ، خاصة ضمن الخدمة الاجتماعية.

فالتلفزيون مثلا من أهم الوسائل التقليدية التي بإمكانها كأحد وسائل الاتصال الجماهيرية أن تساهم في الخدمة الصحية وتقلل من مشاكلها ، سواء من خلال التوعية و، أو رفع الشكاوي التي تتعلق بالخدمات والتسيير.

كما أن نجاح أي مبادرة أو برنامج صحي يحتاج إلى متابعة ودعم إعلامي من أجل استقطاب الجمهور كذلك يستطيع المساهمة في التأكيد على أهمية هذه المبادرات والمساعدة على تقلبها وسرعة فهمها ، على شرط أن يكون الإعلام هادفا ويتوفر مجموعة من الشروط العلمية والمنهجية لإيصال الرسالة إلى المتلقي أو الجمهور المستهدف ، ولقد ظهرت العديد من الدراسات التي تعالج ميدان الصحة في الإعلام ، حيث بينت هذه المواضيع كيفية صياغة و بناء الخطط الناجحة من خلال الإعلام الصحي والهادف ، وكيفية تجنب الأخطاء التي يمكن أن يقع فيها مقدموا هذه البرامج.

وعلى العموم فإن نجاح أي إستراتيجية مرتبطة بالإعلام خاصة في عصرنا الحديث كي يكون لها انتشار ومتابعة من الجمهور المستهدف ، وكذلك قبول ومشاركة في العملية خاصة إذا تم استخدام الوسائل الحديثة كالإنترنت والإعلانات.

إن التنمية الاجتماعية الصحية ترتبط ارتباطا وثيقا بالإعلام والاتصال ، كي تصل إلى تحقيق الأهداف الوقائية والتنموية ، والممارسة الصحية الخاطئة يمكن أن يؤثر عليها الإعلام لتقويمها وممارسة الضغط عليها ، كما أن متطلبات الصحة التي لا تصل إلى المسؤولين يمكن للإعلام أن يوصلها ويمارس عليها رقابة فعلية ، وبذلك يستطيع أن يكون عين السلطة على المنفذين والمخططين لتصحيح الأخطاء، وكذلك المتابعة والتقويم وإعادة الدراسة التي تقتضي ذلك.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

إن سعي الخدمات الاجتماعية ، وفي مقدمتها الخدمة الصحية لإشباع الحاجات الفردية والاجتماعية ، لا يمكن أن يتم بصورة شاملة إلا باستخدام المنظومة الإعلامية والمعلوماتية لتغطية الاحتياجات وربطها بممارستها ومع البيئة الاجتماعية.

ولأن الأخصائي يتعامل مع نسق التدخل المهني واحتياجاته ، فإنه بحاجة للإعلام من خلال تقدير الحاجات التي تقوم على تنظيم وجمع البيانات وتحليلها ، لاكتشاف الموارد والخدمات الاجتماعية التي تقدم للأفراد والجماعات والمجتمعات في إطار أنساق محددة للرعاية الاجتماعية الصحية، التي تهدف إلى تحقيق حاجات الأفراد في الوقت الحالي أو على المدى الإستراتيجي.

ولقد أصبحت العملية في العصر الراهن تتم في إطار نظم آلية تستخدم الوسائط التقنية الحديثة للمعلوماتية لضبط وتخزين وتداول وتحليل واستعراض وتكامل المعلومات في شكل مقروءة آليا ، مما يمكن الممارسين من الوقوف على طبيعة الحاجات المطلوبة ، وتحديد الخطط والبرامج لسد الفجوات المتعلقة بالخدمات الاجتماعية ، وتحديد المواقع التي تعاني من النقص فيها، وذلك عن طريق الاستعانة بالمهن المختلفة، و اعتماد عملية تقدير الحاجات للخدمات الاجتماعية تساعد على :

- توفير الحاجات الضرورية عن حاجات الأشخاص.
- توفير المعلومات الملائمة لترشيد القرارات الإدارية المتعلقة بالخدمات الاجتماعية.
- جدولة الخدمات الاجتماعية على أساس منظم.
- التحكم في كمية ونوعية السجلات والبيانات الخاصة بهذه الخدمات.

إن اعتماد الخدمة الاجتماعية الصحية على المعلوماتية في جميع مجالاتها الإدارية والخدماتية يساعدها على تقدير الحاجات ، ويزيد من فاعلية المهنة ، حيث بإمكانها تمكين الممارس الاجتماعي على التعامل مع البيانات والمعلومات التي يحتاجها عن طريق الوسائط المعلوماتية المتعددة التي تساهم في إثراء ووضع خريطة معلوماتية عن المجتمع والتي على أساسها تقدم الخدمة الصحية.<sup>1</sup>

لذلك تظهر أهمية الإعلام والاتصال في التنمية الاجتماعية سواء على مستوى الإدارة والتخطيط والتجهيز والرقمية ، أو على مستوى المؤسسات الاجتماعية وعلى رأسها المؤسسات الصحية كالمستشفيات والمراكز ، والاستخدام الأمثل في إطار التنمية المستدامة لهذه الإمكانيات والموارد تجاه هذه الفضاءات لا يكون إلا بمتابعة إعلامية.

<sup>1</sup> وجدي محمد بركات: ورقة عمل حول : اتجاهات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في عصر المعلوماتية ، ندوة عن الخدمة الاجتماعية ، 22، 23، 03، 2011، أم القرى، ص12

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

لقد أشارت العديد من الأبحاث والدراسات الاجتماعية في مختلف البلدان إلى الأهمية الكبرى لإمكانيات ووسائل الاتصال الجماهيرية (الصحافة ، الإذاعة ، التلفزيون ، الأنترنت) للتحويلات الاجتماعية من جهة ، وإلى أهمية هذه الوسائل في التوعية الصحية داخل المجتمع خاصة في التعريف بالمشاكل الصحية الناتجة في الأساس عن عدم الاهتمام واللامبالاة ، وغياب الدور الحقيقي لوسائل الإعلام<sup>1</sup> ولعل أهم سؤال يمكن طرحه في هذا الجزء هو كيف يمكن للإعلام المساهمة في التنمية الصحية؟ وكيف يمكن للخدمة الاجتماعية التأكيد على استخدام هذه الوسائل واستغلالها في التنمية الوقائية؟

إن الوصول إلى تحقيق نتائج إيجابية عن هذه الأسئلة يعني وضع استراتيجية شاملة ومتكاملة تشمل الصحة العمومية وخدمات الصحة النفسية دون استثناء العوامل الخارجية كالتغيرات الاجتماعية والثقافية، وعلى الإعلام التوعوي الوقائي المشاركة في صنع هذه البرامج من خلال:

- تعزيز مستوى الوعي حول أهمية الصحة، والبرامج المقدمة حولها.
- المطالبة بتحسين الخدمات الاجتماعية الصحية عبر القنوات الإعلامية.
- السعي إلى تطوير استراتيجية إعلامية وتواصلية تهتم بالصحة النفسية وخدمات الصحة العمومية.<sup>2</sup>
- تقديم الحصاص والبرامج المهتمة بالأخصائيين النفسانيين الاجتماعيين ودورهم في التنمية الصحية داخل وخارج المؤسسات الطبية.
- التأكيد على دور الإعلام الصحي عبر الوسائل الإلكترونية الحديثة كالأنترنت والتلفزيون لرفع مستوى الوعي، ونشر الثقافة الصحية ، وكذلك معالجة الأخطاء والمشاكل الطبية.
- صياغة خطط إعلامية موجهة نحو عمليات الانفاق العمومي على الصحة والخدمات ومتابعة وزارة الصحة في عملياتها التنموية والعلاجية ..

التغطية الإعلامية على مشاكل المجتمع الصحية ونوعية الخدمة الموجهة خاصة في القطاعات والفضاءات العمومية ، لمعالجة مواطن النقص، ونقل انشغالات ومعاونة المرضى وظروفهم ومتطلباتهم الصحية.

<sup>1</sup> بن زروق جمال: مساهمة وسائل الإعلام والاتصال في التوعية الصحية ، الملتقى الدولي الأول يومي 13/14 أبريل 2009 ، سطيف، الجزائر ، ص22.

<sup>2</sup> إستراتيجية الصحة النفسية، لبنان، 2015، 2020، ص17، الموقع.

سادسا-مناهج ومعايير الصحة النفسية:

أ- مناهج الصحة النفسية:

الصحة النفسية لها عدة مناهج ولكن نركز على أهمها، حيث توجد ثلاثة مناهج أساسية:

### 1- المنهج الإنمائي:

هو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى المرضى والأسوياء، حيث يسعى المنهج إلى تنمية مستوى الصحة النفسية بهدف بلوغ أقصى درجاتها، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانيات وقدرات المجتمع والأفراد وتوجيه طاقاته إيجابيا وسلميا (نفسيا، مهنيا، تربويا) من خلال رعاية مظاهر النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي انفعاليا ووجدانيا، بما يتيح الفرص أمام جميع الأفراد من أجل تحقيق الفعالية والنمو السوي وكذلك النضج والتوافق اللذان يلزمان الصحة النفسية<sup>1</sup>.

والمنهج الإنمائي أو الإنشائي يسعى إلى إمداد الفرد بكل أنواع السلوك التي تزيد من ثقته بنفسه وتخلق لديه الإحساس بالسعادة والرضا، حيث تعود على التفكير المنطقي السليم وتدعيم الخيال وتعزيز قدراته والتعرف عليها وتعزيز سماته الشخصية للتوافق الاجتماعي في الوسط الذي يتعامل معه<sup>2</sup>.

وعموما فالمنهج الإنمائي (الإنشائي) يسعى لتحقيق الصحة النفسية من خلال:

- التأكيد على الأهمية التنموية للصحة النفسية والتركيز على تطويرها وتقويتها.
- زيادة الشعور بالثقة والسلامة لتحقيق التفاعل الاجتماعي السوي وتجنب المرض.
- توجيه قدرات الأفراد لخدمة المجتمع من خلال المساعدة على تخطي الأزمات.
- مراعاة مظاهر النمو النفسي والجسمي والعقلي والفروقات بين الأجناس البشرية.
- تحقيق التوافق والتكافؤ في الفرص والرعاية الاجتماعية والطبية الخاصة.
- تزويد المجتمع والأفراد بالإمكانيات وتوعيتهم بها لاستغلال الموارد المتاحة.

وقد يأتي المنهج الإنمائي من حيث المرتبة والتصنيف في النهاية كنتيجة للمناهج اللاحقة، حيث أن الصحة النفسية لا تتحقق إلا بالمنهجين الرئيسيين الآخرين ألا وهما المنهج العلاجي والوقائي كما سنذكره فيما يلي:

### 2- المنهج الوقائي:

ويتضمن هذا الأسلوب كيفية الوقاية من الوقوع في المشكلات المسببة للأمراض والاضطرابات التي تحول دون التنمية الصحية، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل المرضى لأجل وقايتهم من الأمراض النفسية، وتعتمد هذه العملية على ثلاث محاور أساسية في تقييد المرض، وتشخيصه والتقليل من تداعياته.

<sup>1</sup> تحرير ليندا حداد وآخرون: ترميض صحة المجتمع، أكاديمية أنترناشيونال (منظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط، بيروت، 2006، ص333).  
<sup>2</sup> كامل محمد عويضة: الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت، 1996، ص41.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

ويركز المنهج الوقائي على الإجراءات الوقائية الخاصة بالصحة العامة والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي.

### 3- المنهج العلاجي:

يأتي المنهج العلاجي كأحد المناهج النهائية أو بعد استكمال المنهجين السابقين ، ووفقا لهذا يلجأ الفرد للإمكانيات التي تمكنه من العلاج والتخلص مما قبله من مشكلات وما حل به من أمراض مستعصية ، حيث يوفر العلاج خدمة الصحة النفسية والسعي لإعادة الفرد لحالته الطبيعية وإرجاع توازنه، ويتقدم المختصون لهذه العملية المركزة سواء كان المرض نفسيا أو جسميا، ويمكن تمييز الحالة أو الصحة النفس بالتكامل الداخلي الذي يساعد على التوافق الخارجي ويؤديان إلى الرضا والسعادة....

ويعد المنهج العلاجي أو الأسلوب التشخيصي للحالة المرضية ضمن برامج الصحة النفسية من أقوى الأساليب والمناهج، ومن أكثرها شيوعا وانتشارا في المراكز والعيادات الطبية والمستشفيات العامة والخاصة ، وذلك لطبيعة المجتمع ونوعية الخدمات، ففي الغالب لا يلجأ المريض إلى العلاج إلا بعد تقدم حالته المرضية أو بداية ظهورها، ونادرا ما يكون العلاج وقائي حسب الظروف والمستوى العلمي كما يمكن تقسيم المنهج العلاجي في الصحة النفسية إلى قسمين:

منهج علاجي متقدم : حيث يبدأ الاهتمام بالحالة المرضية (فرد، جماعة) في أول حصص العلاج المقدمة ، تكون هذه الحالات عادة قابلة للشفاء وسهلة التشخيص حيث أن المرض أو الشعور به يكون في أول مراحل دون تعقيد أو صعوبة كبيرة يقوم الأخصائي أو المؤسسة من خلال الإمكانيات والخبرات العلمية والميدانية المتراكمة بتقديم الخدمات ذات الجودة ، كما يراعي الأولوية في العلاج ، ويساعد المرضى على تجاوز المشاكل والتأقلم النفسي والاجتماعي مع أنفسهم أولا ومع غيرهم في المستقبل ويعتبر المنهج العلاجي المتقدم من أفضل الطرق والوسائل في هذه العملية الصحية حيث يحافظ على الوقت والجهد ويوفر المال للمؤسسة والدولة، إضافة إلى اختصار طريق العلاج وتجنب متاهات الحالات المعقدة والمستعصية.

هذا في المنهج العلاجي المتقدم الذي يعتبر منهجا ناجحا وقادر على تحقيق الأهداف بينما المنهج العلاجي المتأخر على العكس من الأول (المنهج العلاجي المتقدم) ، حيث يلجأ المريض إلى الطبيب أو مؤسسة العلاج في حالة صحية متدهورة ، وصحة نفسية غير مستقرة ، وتعقد عملية العلاج وتكلف الكثير من الجهد والمال والوقت ويستمر صاحب الحالة مدة طويلة ، يزيد في أثنال كاهل المؤسسة والقائمين على العلاج كما قد يؤدي العلاج المتأخر إلى تطور في حالة المرض وتجاوزها إلى أمراض أخرى جسدية ونفسية.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

عموماً الأسلوب العلاجي سواء كان متأخراً أو متقدماً عملية ضرورية وحتمية وظيفية لا يمكن الاستغناء عنها في مناهج الوقاية النفسية، وعادة ما يقترن العلاج بالشفاء بالنسبة للمريض والطبيب، خاصة إذا علمنا أن نسب الاضطرابات النفسية في العالم العربي في تزايد مخيف كما تم عرضه من طرف منظمة الصحة العالمية ولذلك سنعرض مجموعة من الإحصائيات والأرقام التي توحى بغياب الصحة النفسية في هذه المجتمعات اعتماداً على مجموعة من المؤشرات العلمية.

فبينما تتراوح بين 15% و 35% في معظم دول أوروبا وآسيا وأمريكا ، فإن هذه النسب تتضاعف إلى 54% إلى ما فوق لدى الفلسطينيين ، حيث تشير الدراسة والتقارير العالمي إلى وجود اضطرابات سلوكية ووجدانية.<sup>1</sup>

مهما يكن من أمر ، فإن هناك إدراكاً متناهماً لأهمية الصحة النفسية الإيجابية بالنسبة للمجتمع ولإنتاجية والأمن والترابط الاجتماعي ، كما أن هناك برامج ناجحة لتعزيز الصحة وللتوعية العامة قائمة بالفعل في العديد من البلدان العربية، كما يمكن اغتنام الفرص لأجل إقامة شراكات بين الدول المتقدمة والاستفادة من العناصر الوقائية والعلاجية من هذه البرامج ، وقد بدأت بعض البلدان فعليا في تبني أنماط الرعاية الصحية النفسية من خلال توجيه خدمات الصحة النفسية نحو منهج مجتمعي التوجه يشمل الرعاية الصحية الأولية ، مما يتيح الفرصة حتى لو لم يكن هناك تمويل إضافي للوصول إلى خدمات مجتمعية فاعلة، وإدماج الصحة النفسية ضمن البرامج التربوية والدراسية.<sup>2</sup>

إذن يمكن القول أن نجاح المنهج العلاجي مرهون بـ:

- إرادة سياسية قوية خاصة لدى وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات .
- وضوح الرؤية والإستراتيجية لقطاع الخدمة الصحية.
- الاستفادة من الموارد المتاحة وتفعيل دور الكفاءات المهنية الناجحة.
- زيادة الاهتمام بخدمات الصحة النفسية وتعميم دورها في مؤسسات العمل.
- رفع الوعي بأهمية الصحة النفسية عن طريق تكثيف الحملات الإعلامية.
- توفير الأدوية والاختصاصات الصحية النفسية للمرضى.
- استخدام المناهج العلاجية الثلاثة مع عدم التركيز على المنهج العلاجي في البلدان المتخلفة.

<sup>1</sup> منظمة الصحة العالمية: ورقة تقنية حول الإستراتيجية المعنية بالصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان في إقليم شرق المتوسط 2012-2016، الدورة 58، 2011، ص04. موجود على الموقع: <http://www.who.int/iris/handle/10665/122981>

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص9.

### ب-معايير الصحة النفسية:

يتوجب على ممارسي الصحة النفسية من أطباء وصانعي برامج الاحتياط لمجموعة من الأسس والنظم المعيارية الواجب أخذها بعين الاعتبار ولا يجب صياغة البرامج الصحة النفسية دون الاهتمام بهذه المعايير الصحية ، وذلك أن اختلاف البيئة الاجتماعية والثقافية وعملية التفكير يؤثر على حالة الإنسان السوية، وأن ما هو سوي عند مجتمع وبلد معين غيره في مجتمعات وبلدان أخرى.

وهذه المعايير في عمومها هي:

- المعيار الإحصائي
- المعيار الثقافي
- المعيار المرضي (الباثولوجي)
- المعيار المثالي
- المعيار الطبيعي

### 1-فكرة المعيار الإحصائي:

مستلزمة من خصائص المرض الاعتدالي النموذجي الذي يقوم بتوزيع درجات مجموعة أو عينة من أفراد المجتمع على سلمه، باعتماد مؤشرات الذكاء واختبارات القدرات وبعض الخصائص الأخرى كالمستويات الاجتماعية والاقتصادية والمناطق الجغرافية.

واعتماد طريقة النموذج الإحصائي لها سلبياتها ، ولكن يمكن الاعتماد عليها في بعض الحالات ولا يمكن الحكم عليها بالتناقض ، حيث أن اعتمادها على الإحصاء (الوسطي) يوفر الكثير من الجهد والوقت، إذ أن الاعتماد على غالبية الأفراد هو من يرهن السوي (الصحة النفسية) من غير السوي ، وعليه فإن المعيار الإحصائي كأسلوب يجعل من الصحة النفسية غير قابلة للتحكيم نسبيا في المجتمعات الكبيرة والمعقدة أسهل، للاعتماد على الشمولية في العينة قيد الدراسة ، وعلى أساس صعوبة أخذ أفراد معينين وتطبيق مناهج الصحة النفسية عليهم ، إذ يستحيل الاعتماد على كل الأفراد تفهم ظاهرة مرضية معينة خاصة إذا علمنا أن الفروقات الإحصائية تختلف باختلاف التركيبة الديمغرافية للسكان.

### 2-المعيار الثقافي:

للمعيار الثقافي أهمية بالغة في علم الاجتماع وعلم النفس والخدمة الاجتماعية ، وذلك للمعنى الواسع للثقافة والعادات والتقاليد والمعيار الثقافي كأحد النماذج والمعايير الهامة في الصحة النفسية له دور المرجع الاجتماعي الذي يعتمد عليه في المجتمع في تمييز الحالات السوية من الحالات المرضية، أي أن الشخصية السوية

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

هي التي تراعي القيم والعادات على عكس اللاسوية التي تنحرف وتخالف الثقافة السائدة ، وبالتالي المقصد من المعير الثقافي ليس الحكم على الأفراد من خلال درجة ولائهم للثقافة بقدر ما هو مراعاة للثقافة والمعايير السائدة في عملية صياغة برامج الصحة النفسية ، فيما يعتبر سويا (صحيا) في مجتمع معين لا يمكنه كذلك في مجتمعات أخرى فالمسألة الثقافية تحضر بقوة في حضارة المجتمعات وهو ما يطرح مسألة السلطات المجتمعية على اختلاف مشاربها ومراتبها كسلطة الحكم ونظمه وسلطات قوى الضبط والتوجيه والضغط متمثلة في مؤسسات المرجعية ( دينية، سياسية، إنتاجية، قرايبه، تربوية).

وعليه ما يعتبر سويا مرغوبا بالنسبة للبعض ، قد يتعارض مع ثقافة أخرى عند البعض الآخر ، فليس هناك معايير موحدة في المجتمع الواحد ، إلا في حالات المجتمعات المغلقة صغيرة الحجم، وهذا التعارض في المعيار الثقافي في المجتمع الواحد هو أحد عوامل ديناميته وحيويته، وأحد عوامل تناقضه وانعكاساته على الصحة النفسية والفردية<sup>1</sup>.

وليس ذلك فقط بل إننا نجد داخل الثقافة الواحدة انتشار ثقافات فرعية أخرى قد يكون هناك اتفاق عام بين هذه الثقافات على ما هو سوي وغير سوي (شاذ) والأمثلة في ذلك كثيرة ، فمثلا في مصر الأخذ بالتأثر في الصعيد المصري أمر عادي ومرغوب فيه ، في حين الأسلوب شاذ في المجتمع البحري كالقاهرة أو الإسكندرية، أي يترك الأمر للقضاء للحكم<sup>2</sup>.

ونسوق مثلا آخر ليتضح المعيار الثقافي فمثلا علاقة صبي بفتاة يعتبر مؤشر على الصحة النفسية في مجتمع ما خاصة (الغرب) بينما هو حالة شاذة في مجتمع آخر يحافظ على عادات وقيم معينة، ويعتبر انحراف عن السلوك السوي، وعليه تتضح النسبة في المعيار الثقافي فلا يوجد سواء مطلق أو لا سواء مطلق ومن الممكن القول أن المعيار الثقافي في الصحة النفسية له وعليه<sup>3</sup>.

ولذلك فالثقافة بالمعنى الواسع تشمل القيم والمعايير وكل ما يربط الإنسان ببيئته ، وعلى منهج الصحة النفسية مراعاة ذلك حتى تكون الخطة ناجحة وفاعلة وهو بالضبط ما يتبناه علم الاجتماع الطبي والخدمة الاجتماعية الطبية.

خاصة فيما يتعلق بالاتجاهات التقليدية في الممارسة الصحية ، إذ يتوجه الناس إلى الطب الشعبي التقليدي من منظور ثقافي له أسبابه النفسية كالخوف من الخدمات الطبية الرسمية أو طبيعة الممارسة الطبية في هذا النوع من العلاج.

<sup>1</sup> مصطفى حجازي: الصحة النفسية، المركز الثقافي العربي، ط2، بيروت، لبنان، 2004، ص67.

<sup>2</sup> محمد السيد أبو النيل: مرجع سابق، ص36.

<sup>3</sup> ابتسام أحمد أبو العمرين: مرجع سابق، ص18.

### 3-المعيار البيئي:

البيئة مكون أساسي للمجتمع ثقافيا واجتماعيا ونفسيا وعلى الأرجح أن القول بأن الإنسان ابن بيئته قول يشتمل على جميع هذه العناصر المكونة للإنسان، كما يمكن القول بأن صحة البيئة من صحة الإنسان ومرضاها ينعكس عليه وعلى المجتمع بمجموعة من الأمراض تكون سببا في تأخر جميع برامج الصحة والتنمية. وللبيئة الكثير من المداخل التي يمكن تمييزها منها ما هو مرتبط بالسكان كالمدخل الديمغرافي، والمدخل الجغرافي، ومنها ما هو مرتبط بالمجتمع والسلوك، كالمدخل الاجتماعي والمدخل السلوكي وكذلك المدخل الثقافي.

### ج-خطط وبرامج تنمية الصحة النفسية:

منذ تأسيس منظمة الصحة العالمية لتعريف الصحة الشهير؛ "حالة الكمال الجسدي والنفسي والعافية الاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز"، أصبح اهتمام الصحة العمومية واسع النطاق ليشمل على الصحة النفسية والأبعاد الاجتماعية والثقافية للمرض، وتلا هذا التعريف أيضا تعريفات أخرى ليس للصحة فقط بل للصحة النفسية؛ التي هي حسب منظمة الصحة العالمية حالة من العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته، ويمكن أن يتغلب على الإجهادات العادية في الحياة، والقاعدة الأساسية هي الصحة النفسية للفرد والمجتمع، ووظائفهما الفعالة إذ لا يمكن للصحة النفسية والصحة الجسدية أو توجدا بمعزل عن بعضهما (الجسم والعقل) وأكثر من ذلك فإن الصحة والاعتلال متلازمان في النفس والجسد، ولا يمكن عزل المؤثرات الأخرى عن التنمية الصحية الناجحة<sup>1</sup>.

وفي موجز هذا العرض سنحاول تفصيل أهم الآليات والبرامج بمختلف اتجاهاتها لتقديم رؤية صحية وفاعلة عن الصحة النفسية ومجالات تطبيقها.

### 1-على المستوى الاجتماعي:

تسعى الصحة النفسية أو واضعو برامجها من خلال مجموعة من الأساليب إلى تحقيق أهداف وخطط الصحة الناجحة على المستويين القريب والبعيد من خلال أهداف عامة:

- التعاون بين الأفراد في مختلف المؤسسات والمراكز الاجتماعية.
- توفير أسباب الوقاية والعلاج والمتابعة المستمرة.
- التعرف على تأثير البيئة والعوامل الخارجية في حالة المريض.
- تقديم الدعم وإزالة الفوارق الصحية للمريض داخل وخارج مؤسسة التمريض.

<sup>1</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط: تعزيز الصحة النفسية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، 2005، ص16. موجود على الموقع <http://apps.who.int/iris/handle>

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

- القيام ببعض العلاجات النفسية والسلوكية والاجتماعية للحالة المرضية<sup>1</sup>.
- التركيز على أدوار الأسرة في التنمية الاجتماعية والنفسية ورفع مستوى الوعي.
- توفير خدمات القطاع العام ذات الجودة وإزالة عقبات العلاج والتشخيص.
- محاربة المشاكل المؤدية إلى المرض كالبطالة ودعم النشاطات الرياضية والاجتماعية.
- تشجيع المجتمع على حل مشاكله الاجتماعية والنفسية من خلال التواصل والحوار.
- رفع المستوى المعيشي للمجتمعات لمحاربة أمراض الفقر، وتحسين البيئة الاجتماعية من خلال إتاحة فرص الاستثمار في الرأسمال البشري مع التركيز على الجوانب السيكلولوجية والاجتماعية في حياة الأفراد.
- تحسين السكن البيئي من وجهة نظر اجتماعية له مدلولاته النفسية والاجتماعية على الصحة النفسية ، فأعراض الفقر مؤشر على سوء الحياة السكانية ، وقد استهدف تحسين الصحة العمومية السعي إلى إقامة سكنات اجتماعية لائقة التي لها تأثيراتها النفسية كالراحة والطمأنينة والسلامة والمشاركة الاجتماعية والمجتمعية.
- زيادة فرص التعليم : زيادة الأمية وانخفاض نسبة التعليم لها مشاكل اجتماعية وثقافية كبيرة على الأفراد والمجتمع ، وبالتالي تخفف الإجهاد على برامج الرعاية النفسية من خلال تعزيز الصحة النفسية.
- تقوية النسيج الاجتماعي: لقد ركزت العديد من التدخلات المجتمعية على الإجراءات والأساليب التي تقوي وتبني الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية من خلال العضوية المجتمعية ومثال ذلك (برامج CTC) التي أدخلت بنجاح في المجتمع الأمريكي، وقد تكررت التجربة في هولندا والجنسرا واسكتلندا وأستراليا ونظام (CTC) هو نظام وقائي يهدف إلى حماية المجتمع من العدوانية والعنف والجريمة.
- إضافة إلى التدخلات (وسائل الإعلام، تغيير السياسة، تطوير المدرسة) ، وقد أدى تقديم هذا النظام في الولايات المتحدة الأمريكية إلى نتائج جد متقدمة كالتحسين في النتائج السلوكية للشباب والمهارات الوالدية والعلاقات العائلية والمجتمعية وإلى الانخفاض في المشاكل المدرسية وحمل السلاح وغيرها من الجرائم المتعلقة بالجوانب النفسية.
- تخفيض إدمان العقاقير وإساءة استعمالها للأثر السلي للكحول والتبغ واستعمال العقاقير، وتتضمن هذه التأثيرات زيادة احتمال الولادة المبكرة وتقييد النمو العاطفي والانفعالي والمعرفي والعصبي خاصة عند فئة الأطفال.

<sup>1</sup> لندا حداد وآخرون: تمرير المجتمع ، المرجع السابق، ص337.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

ويمكن للبرامج التثقيفية التي تنبه النساء الحوامل الامتناع عن تعاطي العقاقير والمواد التي ليس لها فوائد صحية على المدى القريب والبعيد.

- التدخل بعد الكوارث يوصي بالتدخلات الاجتماعية والنفسانية في خلال مرحلة إعادة الإدماج بعد الكارثة وما يليها من تدهور على الصحة النفسية.

وتتضمن هذه التدخلات توفير المتطوعين من المجتمع بالتزويد العاطفي والتثقيف النفسي وتشجيع طرق المقاومة للوقاية من العنف من خلال الحملات التثقيفية العمومية.<sup>1</sup>

وتهدف استراتيجية الدعم الاجتماعي إلى تقوية المنظمات المجتمعية لتشجيع نمط الحياة الصحية وتعزيز الصحة النفسية، وقد أثبتت الدراسات والتقارير بأن الخطة فعالة وناجحة ، كتعزيز الصحة النفسية والأمومية ، حيث أظهرت علميات تحسين العلاقة بين الأم وأطفالها الرضع إلى تحسين صحة الأم ، كما انعكست نتائجها على الأطفال، ومن التجارب الناجحة في الميدان تجربة زامبيا ؛ حيث أظهرت أن الأمهات اللواتي تلقين الدعم والمشورة يعملون أكثر على تحسين حياتهم الأمومية ، وحل المشاكل الصحية لأطفالهن ، كذلك برنامج (من المرأة إلى المرأة) في البيرو أدت إلى تقدير الذات الأمومية وإلى تعزيز النماء الطفولي ، وأما التدخلات التغذوية والتثقيفية والتعليمية قد أظهرت التحسن في النماء الشخصي وكان لها بالغ الأثر .

إن تعليم مهارات الحياة هو نموذج لتعزيز الصحة والصحة النفسية.<sup>2</sup>

الجدول رقم (04): يوضح العلاقة بين التنمية الاجتماعية والصحة النفسية.

	الزيادة في :	التنمية الصحية المجتمعية
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- العلاقات الاجتماعية في الدعم الاجتماعي</li> <li>- الرأسمال الاجتماعي</li> <li>- شبكة الأمان الاجتماعي</li> <li>- مهارات المقاومة الفعالة</li> <li>- تحسين الإسكان والرعاية الصحية والتعليم</li> <li>- الدعم الاقتصادي</li> <li>- موارد المياه</li> <li>- تمكين المرأة</li> <li>- المساواة في الفرص</li> </ul>	
الصحة النفسية	الانخفاض في :	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعاطي الكحول والعنف</li> <li>- التمييز الطائفي</li> <li>- الجرائم والفساد</li> <li>- اللامساواة من خلال المجتمع</li> </ul>	

المصدر: تقرير تعزيز الصحة النفسية: المرجع السابق، ص66.

<sup>1</sup> تقرير تعزيز الصحة النفسية: المرجع السابق، ص ص 44، 45.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص45.

### 2-المستوى السياسي:

للمستوى السياسي دور كبير في الحفاظ على صحة المجتمع النفسية والاجتماعية وهذا الدور المحوري لا يمكن إغفاله أو تجاوزه ، فحتى البرامج والخطط التي تدرس من قبل الجامعات والمعاهد لا يمكن لها أن تطبق على أرض الميدان في مؤسسات المجتمع إلا بقوانين ومناشير سياسية ، وذلك لما تملكه سلطة القرار من إمكانيات مادية وبشرية لتفعيل دور المشاريع والخطط الصحية ، فالجانب السياسي له أدوار كبيرة في ترقية الصحة النفسية التي لا يمكن حصرها فقط في مجموعة من المخرجات كالعيادات والمستشفيات العمومية ، وإنما يقع على دور صانعي القرار تنفيذ الخطط وصياغتها صياغة علمية ومنهجية تحترم فيها جميع الأسس الاقتصادية والثقافية والاجتماعية.

لذلك الاتجاه السياسي يهتم بجميع نواحي الحياة الصحية من الناحية التأطيرية والقانونية، حيث أن إنشاء مراكز الصحة النفسية ومتابعتها تحتاج إلى سلطة سياسية ، وقبل ذلك فإن فتح المعاهد الخاصة بالعلاج النفسي والإرشاد يحتاج إلى رعاية سياسية وقانونية مسبقة.

وتسعى معظم الاستراتيجيات الصحية النفسية إلى تطبيق برامج الصحة النفسية عبر الهيئة السياسية من خلال:

– بناء السياسات الصحية العمومية: وعلى وجه الخصوص السياسات الصحية، ليس وحدها فقط من يجب أن يهتم بتعزيز وحماية الصحة النفسية، بل يشترط التضامن والتنسيق بين مختلف الهيئات الصحية وغير الصحية لضمان عدم التداخل في الصلاحيات التسيرية وسهولة التنسيق بين الهيئات الخدمائية فوضوح الرؤية السياسية في القطاع الصحي العمومي (الذي يشغل ويستقطب غالبية المجتمع) يعطي مؤشرات صحية في الميدان.

– خلق البيئات الداعمة: الأهمية الصحية للاستراتيجيات الصحية البيئية منذ موجود منذ مدة طويلة، لذلك على الطبقة السياسية (في مقدمتها الأحزاب السياسية) الدفع بالاتجاه للاهتمام بالجانب البيئي في الصحة النفسية، كما يجب أن تولى الدولة المزيد من الاهتمام بالبيئات الاجتماعية، وبالآليات التي تمارس تأثيراتها على الصحة.

وما يتحدى صياغة وبناء مشروع للصحة النفسية هو الاعتراف بهذه العوامل الاجتماعية والثقافية وأثرها على الصحة العمومية عموما والصحة النفسية خصوصا.

– تقوية الفعل المجتمعي: من خلال التركيز على دور مؤسسات المجتمع المدني وخلق المزيد من المبادرات والهيئات الاجتماعية من طرف الفاعلين الذين يسعون إلى تحقيق الأهداف المشتركة وتشجيع الرأسمال

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

البشري على التواصل الفعلي لبناء مقومات الصحة النفسية التشاركية بين أفراد المجتمع ، فإذا كان المرض العضوي فيه المعدي وغير المعدي، فإن الأمراض الاجتماعية لها جوانب تنقل العدوى والمرض، وأي ممارسة خاطئة تؤثر على نسق المجتمع في البناء وبالتالي له تداعيات على الوظائف الصحية.

— إعادة توجيه الخدمات الصحية: تسعى السياسة الصحية الرشيدة لتحقيق التوازن بين النموذجين الطبي والمقاربة الأشمل في صياغة سياسة صحية عمومية تهم جميع الجوانب الأخرى، وهو ما يسمى بالاستراتيجيات الرخوة أو اللينة، مع مجالاتها في الميادين الاجتماعية ومع الاستراتيجيات الأخرى التي تقاسمها نفس الفكرة.

— نموذج التخطيط والتقييم: يساعد نموذج التخطيط البسيط على تنفيذ الأسس والاستراتيجيات التي يتم مناقشتها حيث تحتاج محددات الصحة النفسية للوصف والعملياتية في كل وضع من أوضاع الخطة مع تحديد الغاية أو الهدف من التدخلات التنموية، ومن المفيد أن مخطط التطبيقات الاستراتيجية يقع على ثلاث مستويات سكانية واسعة:

مستوى المجتمع = حيث تسعى هذه السياسات لتنفيذ خططها على النسق الأكبر للمجتمع، من خلال الخدمات الصحية المقدمة والمؤسسات الصحية.

مستوى الجماعات = مثل المدارس والجمعيات وهيئات العمل.

مستوى الأفراد = ويتضمن العائلات والمجموعات الصغيرة<sup>1</sup>.

— إنشاء وزاره خاصة بالبيئة والصحة النفسية : التعزيز بين البيئة والصحة النفسية ضروري للصحة حيث أن تلوث البيئة وانتشار المواد السامة يؤثر على حياة الناس العادية وعلى الصحة النفسية ، كما يؤدي إلى خلل في وظائف الإدراك والتفكير، وعلى السياسة الصحية الاهتمام بالجانب البيئي والحضاري وربطه بالصحة النفسية للمجتمع ، كما يجب على القضاء والسعي إلى تجريم الممارسات التي تضر بالبيئة لأنها مجال الأفراد الذين فيه يعيشون ويتنفسون. هذا من ناحية البيئة ، أما من جهة الصحة النفسية فيجب على الفاعلين في القطاع الضغط على صانعي القرار لتوفير ظروف العمل الصحية التي تساعد المرضى في تجاوز حالاتهم المرضية من خلال خلق بيئات صحية ونظيفة.

— تبني برامج منظمات الصحة العالمية: تسعى السياسات العالمية كمنظمة الصحة العالمية وهيئات مثل اليونيسكو واليونسيف إلى تطوير برامج التنمية، حيث يولون اهتماما بالغا بصحة المجتمع خاصة في

<sup>1</sup> تقرير تعزيز الصحة النفسية: المرجع السابق، ص 64.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

البلدان الفقيرة التي تعاني مشاكل صحية عديدة، وتركز هذه السياسات على الأرضية التشريعية والبنية الأساسية للقوانين الحقوقية التي تسعى لتطوير خدمات الصحة العمومية وجودتها.

لقد أخذت الصحة النفسية جزءا كبيرا من هذه البرامج السياسية والاجتماعية الصحية خاصة على الصعيد الإقليمي ، حيث أصدرت جميع دول أعضاء منظمة الصحة سنة 1997 بيانا مشتركا خلال الدورة 44 للجنة الإقليمية للشرق المتوسط لدعم سياساتها وبرامجها الخاصة بالصحة النفسية، والتنسيق مع سائر القطاعات الاجتماعية للارتقاء بمستوى الوعي وتشجيع المنظمات اللاحكومية والعمل معها على تعزيز المعافاة النفسية ، في أعقاب ذلك صدرت قرارات حول تعاطي الكحول ومواد الإدمان التي في الغالب تركز عليها الصحة النفسية، ولو أن الحاجة لوجود استراتيجية إقليمية خاصة بالصحة النفسية قد تجلت على نحو صريح خلال المناقشات التي دارت حول التوجهات الاستراتيجية الإقليمية والإجراءات الخاصة برعاية الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين و أفضى إلى اعتماد القرار الصادر (ش م /ل إ 57/ ق - 3) 2010 ، وبذلك قدمت هذه الهيئة خطوة رائدة في مجال الصحة النفسية<sup>1</sup>.

وقد تم إعداد وثيقة مفصلة تقدم مزيدا من الشروحات والإيضاحات حول الخيارات والإجراءات التي يمكن اتخاذها للارتقاء بالصحة النفسية من قبل الدول الأعضاء وقد تم الاتفاق على مجموعة من العناصر الاستراتيجية التي كانت كالتالي<sup>2</sup>:

- تعزيز الجوانب القيادية والالتزام السياسي بالصحة النفسية.
- الارتقاء بعملية إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية.
- تعزيز مستوى الرعاية الثانوية والرعاية التخصصية لخدمات الصحة النفسية.
- تحديد الأشخاص المستضعفين وإعطاء الأولوية لهم.
- تعزيز التعاون بين القطاعات لتحسين إلمام العاملين في الصحة العمومية بمهارات رعاية الصحة النفسية الإيجابية والوقاية من الاضطرابات النفسية .
- تحسين إنتاج الأبحاث وتفعيلها.

وسنقوم بشرح بعض العناصر الاستراتيجية على نحو:

**المكون الاستراتيجي الأول:** تعزيز الخصائص القيادية و الالتزام السياسي بالصحة النفسية ؛ حيث تقوم على وجود مستمر وقوي تقوده الحكومة لتطوير وصون الرعاية الصحية النفسية في إطار النظام الصحي القائم،

<sup>1</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية : ورقة تقنية حول الإستراتيجية المعنية بالصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان في إقليم شرق المتوسط 2012-2016، الدورة 58، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط 2011، ص02. الموقع: <http://www.who.int/iris/handle/10665/123045>

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص9.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

فالقيادة السياسية مطلوبة لإجراء المراجعة الدورية للسياسات والخطط والتشريعات وتحديثها وضمان حقوق الإنسان وتهدف إلى؛

- إنشاء وتعزيز إدارة أو وحدة الصحة النفسية داخل وزارة الصحة في كل قطر تقوم بصياغة وتمويل وتنفيذ ورصد الرعاية الصحية وتعزيزها والوقاية من اضطراباتها.
- التحقق من وجود خطط وطنية للصحة النفسية تتسجم وتتوافق مع الاستراتيجية الإقليمية ، ومن أن هذه الخطط يجري تنفيذها ومراجعتها وأنها تتماثل مع القيم والمعايير الدولية .
- التحقق من أن التشريعات الخاصة بالصحة النفسية تشريعات عصرية موافقة للحاضر والمعايير التي تنادي بها الدول المتقدمة والعالم، ويتم ذلك عبر الخطط الإقليمية في العادة كتشكيل فريق استشاري إقليمي خاص بالصحة النفسية وابتكار الوسائل الخاصة بذلك، أو إنشاء إدارة صحية في وزارة الصحة وكذلك مراجعة السياسات والاستراتيجيات والخطط والتشريعات في القطاع الاجتماعي والعمل على حشد الموارد وضمان توفرها من أجل الصحة النفسية.

**المكون الإستراتيجي الثاني:** الارتقاء بالصحة النفسية وإدماجها في الرعاية الصحية الأولية، فالمزاوجة بين هذين الجانبين يسهل على ميدان الرعاية الأولية المتمثل عادة في المراكز العامة ويخفف على ميدان الصحة النفسية التي تكون خاصة بمرضى الأعصاب والمرضى النفسانيين، فالدمج بين الاثنين يسهل التشخيص ويختصر الوقت والجهد، كما يسهل شمولية معالجة المشكلات التي تتعلق بالجسم والنفس، كما يمكن من استخدام أكفء الموارد المتاحة بواسطة تحويل المهام النوعية من العاملين الصحيين الأكفاء إلى العاملين الصحيين الأقل تدريباً، ومن هنا وجب العمل معاً<sup>1</sup>.

وللإشارة فقط فإن التعاون لا يكون بين المؤسسات والأفراد، بل يتعداه إلى الدول للاستفادة من الخبرات والتجارب في مجال التشخيص والعلاج، وفي مجال الطب والدواء، خاصة من الدول التي لها خبرة علمية وتطور تكنولوجي ويكون ذلك عبر قنوات منظمة الصحة العالمية وغيرها، أو عن طريق البعثات العلمية للخارج وفتح معاهد تبادل التوأمة العلمية لتطوير قطاع الصحة النفسية أكاديمياً ميدانياً.

**المكون الإستراتيجي الثالث:** تقوية خدمات الرعاية الصحية الثانوية والأساسية:

يهدف هذا المكون الاستراتيجي إلى تعزيز العلاقة بين خدمات الرعاية التخصصية والثانوية، وهو يشبه المكون الثاني من حيث المبدأ ويختلف عنه من حيث الممارسة والمنهجية، كما أنه يسعى إلى ترسيخ فلسفته البرمجية المبنية على جوانب سيادية وسياسية، ومثال ذلك:

<sup>1</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية : المرجع السابق، ص 11.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

- السعي إلى إضفاء اللامركزية على الخدمات الصحية النفسية وإعادة توجيهها من خلال إنشاء مرافق مجتمعية المركز ذات طابع خدماتي عمومي.

- إعادة صياغة أدوار الاختصاصيين المهنيين في الصحة النفسية، وتفعيل دور الرقابة داخل الخدمة بهدف تطوير مستقبلهم المهني .

### المكون الاستراتيجي الرابع: تحديد الأشخاص المحتاجين وإعانتهم.

كثيرون هم أصحاب الحالات النفسية والاجتماعية الذين لا تسلط عليهم الدولة الضوء، فهم مكون أساسي من المجتمع خارج مجال التغطية الصحية، ممن يعانون ولا يجدون الخدمة اللازمة؛ وتهدف الاستراتيجية الى تمكينهم من العلاج بإعطائهم الأولوية، كمجانية التشخيص والمتابعة، ويكون ذلك عبر التنسيق المباشر وغير المباشر مع جميع الفاعلين الاجتماعيين، كالجمعيات الخيرية الصحية ومؤسسات الصحة العمومية<sup>1</sup>.

### المكون الإستراتيجي الخامس: تحسين إنتاج الأبحاث العلمية الميدانية.

تهدف هذه الاستراتيجية إلى بعث الجامعات والمعاهد والأكاديميات للقيام بالأدوار الوظيفية في الخدمات الصحية من خلال تقديم مجموعة من المقاربات العلمية والسعي إلى جودة الإنتاج العلمي من خلال البحوث والدراسات الجامعية في المؤسسات الصحية لدعم الصحة النفسية. زيادة على ذلك فالجامعة لديها دور مركزي في رعاية الصحة النفسية من خلال نوعية البرامج والاختصاصات التي تركز على العلوم النفسية والاجتماعية والثقافية وكذلك توفير الآليات القانونية والقضائية لإعطاء مزيد من الاهتمام لهذه التخصصات من خلال:

- جعل مناهج الصحة النفسية من أولويات تخصصات العلوم النفسية والاجتماعية.
- إدخال مناهج الصحة النفسية على العلوم الأخرى ؛ كالطب والإدارة وغيرها من العلوم خاصة المهمة بالتجربة والعلوم الدقيقة.
- دعم التربصات والخرجات العلمية إلى الدول الناجحة في علوم الصحة النفسية .
- توفير الإمكانيات المادية والبشرية للجماعة والبحث العلمي وربطها بالميدان والسياسة الصحية.

<sup>1</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية : المرجع السابق، ص12.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

الجدول رقم (05): يمثل أهمية الدراسات الاجتماعية والثقافية في صياغة البرامج والسياسات الصحية<sup>1</sup>.

موضوع التحليل	مستوى التحليل	
الاستجابات أنظمة الصحة النفسية السياسية - البرامج	الحالات المرضية والمشكلات المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية	المستوى الفردي
- أبحاث خدمات الصحة العقلية - أبحاث سياسات الصحة العقلية - أبحاث أنثروبولوجية	- الأبحاث الوبائية - الأبحاث الأنثروبولوجية - الأبحاث السياسية الاجتماعية	المجموعات السكانية

المصدر: أحمد رجاء عبد الحميد رجب وآخرون: صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات دورية علمية متخصصة  
جامعة الدول العربية العدد 5 مجلد 02 ، القاهرة ، ماي 2009 ، ص05.

### 3-المستوى الأخلاقي:

الأخلاق لها أهمية بالغة في الجانب التمريضي والمهني لشاغلي مؤسسات الصحة النفسية، أو لصانعي البرامج الصحية، حيث بدون قيم أخلاقية تغيب الممارسة الحقيقية لمهنة التنمية الصحية وإذا اعتبرنا الأخلاق في الجانب المهني في رعاية المجتمع والأفراد وحالاتهم النفسية، فإنه كذلك يمكن اعتبار الأخلاق والآداب التمريضية كأداة من أدوات تحقيق الصحة النفسية من خلال إحياء الضمير المهني، وسن بعض القوانين ذات الميثاق الأخلاقي لحماية النفس من الإهمال واللامبالاة وللحفاظ على الحالة الصحية الطبيعية واحترام الأشخاص ومشاريعهم الداخلية؛ والجانب الأخلاقي في الصحة النفسية كأحد أدوات الخدمة الاجتماعية الصحية وبرامجها تظهر في صور عديدة، أي أنه له مظاهر ومجالات فالأخلاق كممارسة سلوكية لا تنحصر في دور الطبيب أو المرض فقط بل تتعداه إلى جميع مستخدمي الهيئة الصحية والخدمات الصحية من المستخدم البسيط في جناح الاستقبال إلى المسؤول الأول، غير أننا سنركز على الدور التمريضي فقط لأنه يشمل المريض ويتصل به مباشرة غي عملية التمريض بعد أن تم التركيز على دور الأخصائي النفسي والاجتماعي على أساس وجود علاقة

<sup>1</sup> أحمد رجاء عبد الحميد رجب وآخرون: صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات دورية علمية متخصصة ، جامعة الدول العربية العدد 5 مجلد 02 ، القاهرة ، ماي 2009 ، ص05.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

تمريضية في الصحة النفسية، فما يسعى إليه الممرض أو القائم على خدمة المريض تدعوا إليه الصحة النفسية وتنشده في جميع مجالاتها، ولأن إظهار التقدير والعناية والمشاركة الفعالة النفسية والجسمية له أثر كبير وسرعة في تماثل المريض للشفاء على عكس الاهتمام وعدم الاهتمام حتى وإن تطور الطب في علاج الأجساد وبعض الأمراض العضوية ، فإنه بهذه الممارسات السلبية لا يمكن أن يعالج النفوس التي تحتاج إلى القليل من الممارسة الأخلاقية والمهنية في العمل.

ولقد أوضحت في هذا الإطار إحدى ما توصلت إليه أسمى الإمام (1999) أن التصرفات التي تعكس الاهتمام والعناية قد أدت إلى زيادة الشعور بالأمل والراحة والثقة والطمأنينة والاستقرار العقلي والنفسي لدى مجتمع الدراسة، حيث أثرت العناية التمريضية على المريض نفسياً وعقلياً وعاطفياً وروحياً، وبالتالي كانت من الأسباب الرئيسية لسرعة تماثله للشفاء، وعادة ما يأتي المريض إلى المستشفى أو العيادة قلقاً خائفاً وفاقد للسيطرة على وضعه بشكل عام ، والتعامل الخاص قد يؤدي إلى إزالة هذه المخاوف والمشاعر ، وإيجاد حلول نفسية تراعي حالة المريض الاجتماعية<sup>1</sup>.

وسنركز على اتجاهين فقط الاتجاه الأول الذي يخص الأخصائي الاجتماعي ، والاتجاه الثاني الذي يخص القائمين على هيئة التمريض كالممرض والطبيب.

### الاتجاه الأول: الأخصائي الاجتماعي.

سبق الإشارة إلى الأخصائي الاجتماعي في أكثر من موضع ومرة وذلك لأهميته المحورية في العملية الصحية بكاملها غير أننا سنركز على الجانب السيكلوجي وأهم الاستعدادات المهنية والأخلاقية التي يجب أن تتوفر فيه ، وفي صفات يجب أن تتوافر إلى حد أقصى فيه:

- صفات صحية وجسمية: يجب على الأخصائي الاجتماعي أن تتوفر مجموعات من الصفات التي يسعى أن تكون فيه على الأقل في الجانب الصحي ؛ أي مدى نظافة وحفاظه على لياقته الجسمية ليكون قدوة لغيره في النظام والاعتدال.
- اتزان الشخصية: الاتزان العقلي المناسب والذكاء وعدم التسرع ن وحضور البديهة صفات خلقية، يكتسبها الأخصائي النفسي في مجال الصحة النفسية ويسعى لتطويرها.
- قيم اجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية: بالدرجة التي تجعله يتميز بالموضوعية ، ويستطيع السيطرة على ميولاته ومشاكله الخاصة، ويفصلها حينما يتعلق الأمر بالجانب المهني في مساعدة الآخرين، ومن

<sup>1</sup> ابتسام أحمد أبو العمرين: مرجع سبق ذكره، ص 42.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

- أبرز هذه السمات والقيم: حب الناس، سعة الصدر، التجاوب السريع، البعد عن السلوكيات التهكمية ، تقبل الأشياء غير المعتادة، عدم إظهار الاستياء ، السعي لتحسين السمعة.
- الإنصات الجيد: الانتباه والتركيز الكافيين الذين من خلالهما يدرك الأخصائي الاجتماعي مشاكل المرضى ووجهات نظرهم وفهمهم هذا من جانب، ومن جانب آخر عدم الخوف من المرضى والشجاعة في المواجهة<sup>1</sup>.
- المسؤولية: يقع على الأخصائي مسؤولية أخلاقية وقانونية كبيرة ، حيث أنه يكون مستعد لتبعات الإهمال وعدم الاهتمام ، وهذا يجعله في حالة يقظة وتفطن للأوضاع المرضية ، كما تجعله أداة حل وليس مشكلة في المعادلة الصحية.
- التنسيق: الأمانة المهنية تقتضي من الأخصائي نقل المعلومات التمريضية سواء لأسرة المريض أو المسؤولين من أطباء وأقرباء، كما أنه يجب التحلي بالسرية والحفاظ على خصوصيات المريض ، مما يطرح الثقة بين الأعضاء ، ويساهم في رفع مستوى الخدمة الصحية خاصة فيما يتعلق منها بالجانب النفسي.
- المشاركة في الأعمال الخيرية: تجعل من الأخصائي الاجتماعي فاعل اجتماعي ، ويكسب ثقة المريض ، مما يساهم في توطيد العلاقة بين جميع هذه العناصر.

### الاتجاه الثاني: الممرض وهيئة التمريض.

الممرض أو الطبيب يسعى إلى إرجاع المريض إلى حالته الطبيعية ن ولا تقتصر عملية التمريض أو التطبيب في العلاج فقط طالما لا يملك أخلاق مهنية، فإن الرعاية الصحية لا تكتمل ويقترّب الأداء المهني والأخلاقي للمريض مع الطبيب والممرض ولا يتعارضان بل يتفقان في كثير من النقاط والأهداف، والهدف النهائي لكليهما الرعاية الصحية والنفسية للمريض والسعي لتقديم أقصى خدمات الصحة النفسية والاجتماعية للمستفيد منها الذي يجب أن يتلقى:

- للمستفيد المريض الحق في تلقي الرعاية باهتمام وكرامة.
- الحق في رفض أي إجراء تمريضي ، واختيار الممرض والطبيب الذي يشاء.
- الحق في الحفاظ على معلوماته وأسراره ، إلا من أعضاء الفريق الطبي.
- الإحاطة بنوعية الخدمات ومعرفة مدى توفرها في المؤسسة.
- الحق في الاستمرارية داخل أو خارج المؤسسة في العناية التمريضية.

<sup>1</sup> إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي : الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المرجع السابق، ص181.

## الفصل الرابع ————— الاستراتيجية التنموية للخدمة الاجتماعية الصحية

- معرفة الأنظمة والتعليمات الخاصة بالمستشفى.
- هذه الحقوق يجب مراعاتها عند التعامل مع المستفيدين، وهي إذا ما أخذت بالاعتبار أثناء العمل ، جرى العمل دون مشاكل أخلاقية وأدبية<sup>1</sup>.
- إشباع حاجاته خاصة في التوثيق الصحي، وتخفيف حدة المرض خاصة مع أسرة المريض.
- التحدث بلغة يفهمها المريض واحترام مستواه الفكري والعلمي، وعدم استخدام المصطلحات الطبية التي لا يفهمها المريض العادي.
- التواصل العاطفي مع المريض وزيادة الشعور بالاهتمام يخلق الثقة والتفاهم ، مما يسهل عملية التشخيص والعلاج والقابلية للتماثل للشفاء.
- مراعاة الحالات الخاصة والفروق الفردية بين الناس والعدل في المعاملة.
- وعلى كل حال فإن الأخلاق الصحية التمريضية الموجهة لرعاية الصحة النفسية يجب أن تسعى إلى إشباع حاجات المريض من جميع الجوانب ، لأن كثير من الدراسات التي اهتمت بالجانب الوجداني أكدت على اعتبار هذه الممارسات من أهم المتغيرات المؤثرة على استجابات المرضى، ومن بين تلك الدراسات على سبيل المثال دراسة "سان دارك جوز"، حيث يرى هو وآخرون أن حاجات المرضى والسعي إلى إشباعها هي النقطة المبدئية التي يجب أن تراعى في الرعاية الطبية التي تقدمها التنظيمات الطبية ، وتكرار تلبية الأطباء لرغبتهم يخلق الثقة، كما أن المرضى الذين فقدوا الثقة في علاجهم ممن ليس لهم ثقافة صحية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> تمرير صحة المجتمع: المرجع السابق، ص189.

<sup>2</sup> محمد الجوهرى وآخرون: علم الاجتماع الطبي، المرجع السابق، ص44.

### خلاصة:

الصحة النفسية في الخدمة الاجتماعية حتمية تفرضها عدة مؤشرات ميدانية وأكاديمية، فالاهتمام بالجوانب النفسية للمريض أضحى اليوم أكثر من ضرورة تقتضيها قوانين التنمية وبرامج الصحة العالمية والوطنية.

كما أن كل مكونات المجتمع أفرادا ومؤسسات مدعوون لإعادة النظر في هذه المسألة وما لها من أهمية ، على أساس عدم اعتبار الإنسان كائن بيولوجي ، تعالج أعراضه الفيزيولوجية ويهمل جانبه الروحي المتعلق بالنفس . إن التركيز على الأبعاد الثلاثة، في مقدمتها البعد الوقائي يعني أن الصحة النفسية من خلال دوائر صناعة القرار السياسة والإدارية التخطيطية تركز على الجانب الدفاعي قبل العلاجي ، لأن ذلك يوفر الوقت والجهد والإمكانات.

ومع كثرة الأمراض النفسية في العصر الحديث وتعقدها برزت لنا عدة اتجاهات طبية تجريبية استطاعت حل بعض المشاكل النفسية المرضية ، غير أن الدواء وحده ليس هو الحل النهائي بقدر ما يجب كذلك الاشتراك من طرف علماء الاجتماع وعلماء النفس والعلوم الأخرى التي بإمكانها تقديم المساعدة الصحية في الجانب النفسي، لذلك ظهرت جليا أهمية الممارسين الاجتماعيين والنفسانيين داخل مؤسسات الصحة، بما في ذلك المستشفى والمراكز العيادية الخاصة.

إن الوصول إلى صحة نفسية جيدة يقتضي توافر جميع الإمكانيات المادية والبشرية وعدم تهميش العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية التي تساهم في المرض، كما أنها يمكن أن تكون سببا في العلاج ، من خلال التكيف والتواءم الذي يكون حلقة الأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين.

ونعود لنؤكد على أهمية المناهج الثلاثة في التنمية الصحية برمتها ، بما في ذلك الصحة النفسية ، وأولها منهجيا العنصر الوقائي، لأن الوقاية خير من العلاج ، وفي حالة استخدام العلاج يجب أن يكون نوعيا وبالقيمة والجودة التي ترضي المريض للوصول إلى الهدف الإنمائي الذي هو غاية الخدمة الصحية والنفسية المقدمة للمجتمع بكل مؤسساته وأطرافه بدء من الأسرة ومرورا بالمدرسة ووصولاً إلى المجتمع، وذلك التلاقي في نفس الأهداف رغم اختلاف المناهج ، عادة ما تكون هذه الأهداف في تأمين خدمات صحية نفسية ورعاية اجتماعية شاملة ومتكاملة وسريعة الاستجابة في أطر مجتمعية ، في سياق إعادة توجيه خدمات الصحة النفسية والنهوض بها.

# الفصل الخامس

نحو استراتيجيات تنموية شاملة ومتكاملة

أولاً- الاستراتيجيات الحتمية الشاملة للتنمية الصحية

ثانياً- الأهداف الاستراتيجية للتنمية الصحية الشاملة

ثالثاً- صحة الأم والطفل كنموذج للتنمية الصحية

تمهيد:

بعد الإشارة إلى أهمية الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية الإدارية في تنمية الصحة بصفة عامة، ورعاية الصحة العمومية وخدمات الرعاية الوقائية والعلاجية ، سنتطرق في هذا المحور إلى أهمية شمولية التغطية الصحية وتكاملها من أجل الوصول إلى ترقية الوعي الصحي وتحقيق الجودة الصحية في المؤسسة العمومية بشكل خاص، والصحة العامة في المجتمع بشكل عام، وسنشير إلى بعض النماذج الصحية في ذلك، خاصة المتعلقة بالأم والطفل (الأمومة) ميدان الدراسة، وذلك لإيضاح مزيد من الجلاء على عنوان الدراسة ومحاوره وربطه بمجتمع البحث.

فرغم المشاكل التي يتخبط فيها قطاع الصحة العمومية (والذي أشرنا إليه في بداية الفصل) — إلا أننا سنحاول تقديم رؤية شاملة ومتكاملة لكيفية تنمية الصحة ، وأهمية تبني سياسية صحية تشمل المجتمع والمؤسسات الصحية كعنوان للإصلاح الصحي والنماذج التي تم تبنيها في هذا الإطار النظري كثيرة خاصة في بلدان المشرق العربي ، وعلى سبيل المثال نجد أن جمهورية لبنان العربية قد خصصت العديد من الخطط التي كان هدفها تحقيق مجموعة من النقاط الأساسية المتمثلة في:

- ترشيد الإنفاق العام عبر توحيد نظم الصناديق المتعددة لضمان شمولية التغطية الصحية.
- تحسين أداء النظام الصحي في مختلف المناطق عبر تخصيص أفضل الموارد المتوفرة في القطاع الصحي العام والخاص ، وتأمين التطور المستدام لنظام التغطية الصحية.
- دعم ومساندة قدرات وزارة الصحة العمومية في متابعة نوعية الخدمات الصحية ، وعقلنه تمويل القطاع الصحي في لبنان للحد من كلفة الرعاية الصحية.
- تحسين تقديم الخدمات الصحية خاصة فيما يتعلق بالخدمة الصحية الوقائية التي تعتبر الركيزة الأساسية لتحسين المستوى الصحي، وذلك بهدف جعلها بديلاً عن خدمات الرعاية الصحية في القطاع الخاص، لتشمل المواطنين محدودي الدخل.
- ضبط نوعية المواد الصيدلانية وخفض فاتورة الدواء، بالنسبة للدولة والمجتمع.
- دعم إستراتيجية شاملة من خلال تطوير القطاع الصحي ، عبر مساهمة القطاع العام في التمويل الصحي.<sup>1</sup>

كما قدمت الدولة الفلسطينية رؤية صحية كنموذج نظري للتنمية الصحية ، للوصول إلى مجتمع صحي معافى من خلال نظام صحي متكامل يعمل بكفاءة وعدالة وجودة عالية بتميز بضمان سلامة متلقي

<sup>1</sup> تقرير الصحة العامة ، مجلس الإنماء والإعمار، تشرين الأول، 2015، ص59 (الموقع) www.cdr.gov.lb.progress\_reports

الخدمات الصحية على مستوى الوطن، ثم العمل على تبني عملية التخطيط الإستراتيجي الممنهج المبني على الأدلة والبراهين.

وتقدم هذه الاستراتيجية مجموعة من البرامج الرئيسية في مقدمتها؛ خدمات الرعاية الأولية (الوقائية) مستدامة وذات جودة عالية ، وكذلك السعي إلى تعزيز أنماط الحياة الصحية بكافة أنواعها (ثانوية ، ثالثة) ، وأخيرا البرنامج الإدارية والحوكمة الصحية موزعة على مجموعة من النقاط الشاملة والرئيسية تتمثل في:

- ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب ، مع التركيز على النوع الاجتماعي ، التوزيع الجغرافي.
- تعزيز الرعاية الصحية الوقائية ، وتحسين إدارة الأمراض.
- بناء نظام فعال ودائم للجودة وتحسين إدارة الأمراض غير السارية.
- توفير موارد بشرية ذات الكفاءة القادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.
- تعزيز التنمية المؤسساتية والحوكمة الصحية.<sup>1</sup>

وبصفة موجزة فإن مثل هذه البرامج والإستراتيجيات الشاملة قد ركزت في معظمها على الجانب الوقائي التوعوي الذي يشمل الخدمات الصحية الأولية ، والتي تشمل المجتمع بأكمله من خلال القطاع الصحي العمومي الذي تتبناه الدولة وتسهر على متابعته ، كما اهتمت بإدارة الموارد البشرية الصحية، وإدارة مؤسسات الصحة العمومية من قبل الخاص التي تضمن الكفاءة والجودة للقطاع العام من خلال التعليم الصحي والتدريب ، والنقطة الأهم في ذلك هي أن تكون هذه السياسات في إطار إدارة وإرادة رشيدة ، وحوكمة سياسية واجتماعية لقطاع الصحة من خلال التمويل الصحي ، وضمان التغطية الصحية المجانية ذات الجودة العالية ، للمساهمة في التنمية الاجتماعية قبل التنمية الصحية ، إذ أنه لا يمكن لمجتمع مريض ومتخلف أن يصنع تنمية محلية، لذلك تعتبر الصحة أحد الركائز الاجتماعية والاقتصادية وكذلك السياسية لتنمية الرأسمال البشري الذي يخلو من المرض، ويدافع على السلامة النفسية والاجتماعية، وليس السلامة الجسدية فقط ، والرهان الحالي لمعظم دول العالم الثالث هو الرعاية الصحية الجسدية والنفسية في إطار بيئة اجتماعية وثقافية صحية.

إن نجاح الرعاية الصحية لا يعتمد على مؤسسة أو قطاع أو سياسة معينة بقدر ما يشمل عدة نقاط وعناصر منهجية ومتكاملة تشارك فيها جميع المتغيرات الداخلية والخارجية التي يمكن أن تؤثر على الصحة وأفراد المجتمع وصياغة برامج للصحة يجعل من الأمر صعبا لأنه يجب أن يراعي العوامل التي تكون سببا في غيابها كالبيئة،

<sup>1</sup> تقرير الاستراتيجية الصحية الوطنية (2014، 2016) ، ص6، (الموقع). <http://www.SITE.MOH.PS>

والمؤسسة الصحية، والمتغيرات الاجتماعية والثقافية، إلى أن يصل إلى نوعية الخدمات ، كل ذلك يعمل في نسق واحد تديره استراتيجية على المدى القريب والبعيد .\*

كما تعتمد على المنظمات العالمية المهتمة بهذا الشأن ؛ على رأسها منظمة الصحة العالمية التي لها رصيد ثقافي وحضاري، وخبرة صحية تنموية واسعة، إضافة إلى الإحصائيات العلمية التي تعطيها في جميع البلدان تقريبا كل فترة زمنية، ففي سنة 2009 مثلا دعت جمعية الصحة إلى إجراء تحسينات في مجال الخدمات الصحية الأولية، وتعزيز النظام الصحي، وبطلب من المدير العام لإعداد خطط التنفيذ والاتجاهات السياسة المتبناة والمتمثلة أيضا في وضع المجتمع في صميم هذه الخدمات لأهميتها بالنسبة له، وكذلك ضمان تمويل الهياكل الصحية لتغطية الحاجات بشكل شامل ومستمر تشمل جميع الناس دون تمييز ديني أو عرقي (أي العدالة في التغطية الصحية التي تضمن مبدأ المشاركة) إضافة إلى تأكيدها (المنظمة الصحية العالمية) في هذا الإطار التكاملي على تدخلات النظام الصحي بما في ذلك توافر سهولة الوصول إلى العاملين الصحيين وكفاءتهم وجودة الخدمات التي يقدمونها ، وتحديد مسودة الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية والإجراءات اللازمة لتحقيق الكفاءة والدافعية<sup>1</sup> وباختصار فإن التقرير الصحي الذي بين يدينا ، ونحن بصدد تقديمه يقدم رؤية استراتيجية حول شمولية الصحة تشمل خمس استراتيجيات رئيسة سنحاول تفصيلها بدقة :

\* الخدمة الصحية المتكاملة: مجموعة خدمات يتم إدارتها وتقديمها بحيث تضمن إدارة وتقديم الخدمات الصحية حصول المجتمع على تواصلية واستمرار تعزيز الصحة الوقائية العلاجية (التشخيص) ، وإعادة التأهيل إضافة إلى مجموعة الخدمات المقدمة المتناسقة مع مؤسسات الرعاية الصحية داخل وخارج القطاع.  
<sup>1 2</sup> تقرير : منظمة الصحة العالمية إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس ، 2016، ص ص 4، 5. موجود على الموقع.

أولاً: الاستراتيجيات الحتمية الشاملة للتنمية الصحية:

أ- تمكين المجتمعات وإشراكهم في العمل الصحي.

ب- تعزيز وتصريف الشؤون والمساءلة.

ج- إعادة توجيه نموذج الرعاية.

د- تنسيق الخدمات الصحية فيما بينها.

هـ- خلق بيئة تمكينية على شرط تكامل واكتمال هذه المجالات والعناصر<sup>(2)</sup>.

إن النقاط السابقة وفق خدمات الرعاية الصحية التي تبنتها منظمة الصحة العالمية قد ركزت على أساس جوهري في التنمية الصحية ، من خلال ما وضعته من عناصر للإستراتيجية كأحد أهم العناصر الشاملة التي تدعوا إلى عدالة التوزيع الصحي وشموليته وجودته.

أ- تمكين المجتمعات وإشراكهم في العمل الصحي:

العمل الصحي ليس حكراً على الطبيب فقط ، بل أن الصحة تقتضي تجنيد المجتمع بأكمله ، جماعات ومؤسسات وذلك لجعل الفرد قادراً على رعاية نفسية وتخفيف الضغط على المستشفيات ، من خلال رفع الوعي الصحي والمشاركة الجماعية التي تعتمد على الأخصائي الاجتماعي الصحي الذي يعمل على التنسيق والمتابعة ، ويستخدم الإجراءات المنهجية والميدانية كونه يستطيع العمل مع الجماعات والأفراد من خلال دوره كمارس مهني في الخدمة الاجتماعية .

والأخصائي الاجتماعي من خلال عملياته يستطيع تنظيم المجتمع للتعرف على شبكة الاتصال بين أفراد المجتمع الذي يعمل معه وطبيعة العلاقات بين ممثليه من القيادات المحلية وجماعات العمل التي تعتبر مصدر المعلومات الصحية عن المجتمع ومشكلاته وحاجاته.<sup>1</sup>

والعمل الجماعي الصحي في المؤسسة والمجتمع من أهم الاستراتيجيات الصحية في العصر الحديث، فبعدما كان القطاع الصحي وحده يباكله وكوارده من يتحمل تبعات المرض أصبح اليوم العمل الجوارحي الصحي ضمن المؤسسات والجمعيات والأسر، وكل مكونات المجتمع ضمن أولويات حقوق الإنسان الصحية والاجتماعية.

وللأسرة كذلك دور كبير في التنشئة الصحية ، لما لها من ثقل اجتماعي على أساس أنها إحدى وحدات المجتمع الرئيسية ، وتكمن أهمية الأسرة في التربية الصحية ، وأنماط العلاقات النسقية التي تمكنها من جعل الأفراد يعملون في نسيج واحد ، ذلك أن العمل الصحي داخل الأسرة سواء من خلال التوعية أو الممارسة تؤثر على الأبناء ، وذلك يؤثر على المجتمع بأكمله، وإشراك الأسرة في الممارسة والتوعية الصحية

<sup>1</sup> السيد عبد الحميد عطية : اتجاهات نظرية وأسس تطبيقية في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية، 2012، ص197.

سواء عن طريق الإعلام الموجه ، أو التثقيف الصحي المبرمج ، أو عن طريق تخصيص طب الأسرة والتوعية بالعمل الصحي والخدمات الصحية، زيادة على تقديم الدراسات العلمية المتعلقة بمجالات الرعاية الأسرية والتثقيف الصحي ، ودعم القوافل الصحية الموجهة للأسرة خاصة ذوي الحاجات الخاصة، إضافة إلى تخصيص لجان الأحياء والمدن ، وحتى في الأرياف لرعاية الأسر ، وتمكينها من التغطية الصحية وإشراكهم في العملية.

إن إستراتيجية المشاركة في التنمية الصحية تنطوي تحتها عدة عناصر واستراتيجيات متمثلة في:

- استراتيجية التعلم العلاجية، وتتم عن طريق التدريب السنوي للمواطنين لحل مشاكلهم الاجتماعية وهو ما يدعم مشاريع الحكومة التنموية خاصة فيما يتعلق بالصحة كأحد أهم أقطاب التنمية التي بدونها لا يستطيع المجتمع الخروج من التخلف والأمراض.
  - استراتيجية تغيير السلوك: وتقوم عن طريق المشاركة في الجماعات التي ينتمون إليها ويتأثرون بها، وتغيير سلوك الجماعة له أثر على الأفراد من خلال ما تفرضه من سلطة وتبعية للأفراد لها، فمن خلال مشاركة الأفراد في صناعة القرارات مع الجماعة يمكن تحقيق الأهداف الصحية في ظلها، واستغلال نسق الجماعة لإشراكهم في ثقافة الوعي الصحي.
  - استراتيجية استكمال هيئة العاملين: هذه الاستراتيجية في المشاركة تعتمد أساسا على المتطوعين من عمال ومنظمات ومؤسسات لاستكمال البرامج الصحية ودعمها ودفعها إلى التنمية لإنجاز الأهداف.
  - استراتيجية التعاون: تقوم على مبدأ المشاركة أيضا، والتي تمنع من حدوث بعض العقبات والعراقيل المتوقعة عند تنفيذ خطط التنمية ، والتعاون أمر ضروري للتغلب على الصعوبات وتذليلها.
- وبذلك فإن تعزيز استراتيجية التعاون تعتبر عملية يمكن من خلالها تأمين عناصر جديدة تسهم في بناء سياسة المنظمة دون وجود ما يهدد استقرارها واستمرارها.<sup>1</sup>
- إن حث المجتمع على المشاركة في الرعاية الصحية الأولية أمر صعب يتطلب عديد المطالب المادية والبشرية وكثير من الجهد والوقت، ومع هذا فإنه لا يوجد في الحقيقة بديل عن هذا الاتجاه إذا كان الهدف المراد هو الوصول إلى المجتمع وتقديم الخدمات الصحية له وإشباعها للوصول إلى التنمية المستدامة.<sup>2</sup>
- استراتيجية المشاركة في التثقيف الصحي: تشخيص المجتمع واستطلاع انطباعاته يؤدي إلى زيادة اهتمام المجتمع وحماسه للقيام بالنشاط الصحي المطلوب ، ويجب السماح باقتراح بعض النصائح من طرف الآباء

<sup>1</sup> محمد عبد الفتاح محمد عبد الله: تنمية المجتمعات المحلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2006، ص 70، 71.

<sup>2</sup> تحريف ج بنيت، ترجمة: جمال بن صالح الجار الله، التشخيص المجتمعي والعمل الصحي ، جامعة الملك سعود ، الرياض، السعودية، 1996، ص 190.

والمدرسين لضمان فعالية المشاركة والتجاوب ، ذلك أن المهمة الرئيسية للمرشد الصحي هي الاستماع لنقاشات المجتمع وانشغالهم وتقبل آرائهم لأن العملية التنموية تتم بهم ومن خلالها وعليهم.

### ب- تعزيز تصريف الشؤون والمسائلة:

يتطلب تعزيز تصريف الشؤون أو الإدارة القائمة على المشاركة والشفافية إرادة سياسية حقيقية تتمحور في الأساس على إتباع نهج تشاركي في صياغة السياسات واتخاذ القرارات وتقييم الأداء على جميع مستويات النظام الصحي، وهذه الاستراتيجية في حاجة إلى آليات قوية للممارسة بشكل منسق ومتكامل في سياسة الرعاية الصحية، والتخطيط وتقديم الخدمات على جميع مستويات النظام الصحي.

الجدول رقم(06): يمثل نموذج للمسائلة والسياسات المتبناة في تصريف الشؤون الصحية<sup>1</sup>.

المساءلة	تصريف الشؤون
السياسة المتبعة	الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات
<ul style="list-style-type: none"> <li>● توفير المعلومات حول الأداء والمحاسبة الشاملة للنظم الصحية.</li> <li>● توفير الحقوق الصحية والاستحقاقات.</li> <li>● إعداد بطاقات خاصة بمقدم الخدمة.</li> <li>● تقديم مسوحات بشأن مدى رضا المرضى عن الخدمات.</li> <li>● إيصال ما يبلغ عنه المرضى.</li> <li>● التمويل القائم على الأداء والتعاقد.</li> <li>● تسجيل السكان لدى مقدم الرعاية الخاضع للمسائلة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● المشاركة المجتمعية في صياغة السياسات وتقييمها.</li> <li>● تمثيل المجتمع على مستوى مرافق الرعاية الصحية.</li> <li>● السياسات والخطط الاستراتيجية الصحية الوطنية التي تعزز مشاركة المجتمع في الخدمات الصحية المتكاملة.</li> <li>● تعزيز تصريف شؤون الخدمة وإدارتها على المستويين الوطني والمحلي والعالمي.</li> <li>● تنسيق ومواءمة برامج الجهات الخارجية مع الخطط الوطنية.</li> <li>● إضفاء الطابع اللامركزي على المستويات المحلية عند الاقتضاء.</li> <li>● التخطيط الشامل عبر القطاعين العام والخاص.</li> <li>● تعزيز دور وزارة الصحة الإشرافي في ما يتعلق بالجهات الفاعلة غير الدول.</li> </ul>

المصدر: تقرير منظمة الصحة العالمية ، المرجع السابق ص7.

<sup>1</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية ، المرجع السابق ص7.

إن المساءلة لها دور كبير في العملية التنموية على المديين البعيد والقريب وبالتالي فهي تتخذ عدة أشكال وأنماط لإيصال الرسالة ، ولتحقيق الأهداف والتأثير على صانعي القرار ، ومن بين أهم هذه الوسائل والأشكال ، النمط السياسي الذي سنحاول تفصيله.

### المساءلة السياسية والبرلمانية:

تعتمد المساءلة البرلمانية على محاسبة صانعي القرار من خلال الممارسة السياسية البرلمانية ، بالضغط على مقدمي البرامج والخدمات الصحية كما تبحث سبل تطوير المؤسسات الصحية بالشكل الذي يضمن المساءلة الإدارية والإنصاف وعن طريق مؤسسة البرلمان الذي له فرصة في الرقابة والمساءلة ضمن نظام الحكومة وعادة ما تكون الأسئلة موجهة لقطاع الصحة إلى وزير الصحة ، أو رئيس الوزراء لإيصال صوت المريض.

### المساءلة القضائية:

عن طريق رفع الشكاوي إلى العدالة للاهتمام بالصحة وربطها بالاستقرار الاجتماعي ، والمتابعة القضائية من شأنها التقليل من الحوادث والأخطاء الطبية، كما أنها تمنح الهيبة للمؤسسات الصحية.

### مؤسسات حقوق الإنسان:

مؤسسات حقوق الإنسان هيئات شبه قضائية أو تشريعية مهمتها الأساسية تشمل على التحقيق بحصول انتهاكات وإهمال ، ومتابعة الملفات الطبية والحالات الصحية المتدهورة، ومؤسسات حقوق الإنسان يقرب عددها 100 مؤسسة قائمة على مختلف بقاع العالم.<sup>1</sup>

ويشير دستور منظمة الصحة العالمية في ديباجته إلى الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة، كأحد الحقوق الرئيسية لكل إنسان دون تمييز عرقي أو ديني أو لسبب اجتماعي أو اقتصادي، وهو ما دفع الممارسين في مجال التنمية، وبالأخص العاملين في برامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة ، والعديد من منظمات المجتمع المدني الذين دأبوا على السعي لحماية حقوق الإنسان والحفاظ على صحته<sup>(2)</sup>.

إن مسعى حقوق الإنسان في المساءلة المعنوية والقضائية عن تدهور حقوق الإنسان والإحصائيات السنوية التي يقدمها مرصده، قد ساهم في تعزيز الصحة المجتمعية وتسلط الضوء الإعلامي والسياسي والإقليمي لانتهاكات حقوق الإنسان الصحية والاجتماعية ، وبذلك أصبحت الخدمات الصحية في هذا المجال تحت رقابة عالمية تحمل شعارات حقوقية وإنسانية عديدة.

<sup>1</sup> تقرير: تصدير بقلم : نافانيثم بيلالي (المفوض السامي لحقوق الإنسان في الأمم المتحدة) حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، العدد5، 2010، ص ص 67، 70.

### ج- إعادة توجيه نموذج الرعاية الصحية:

إن إعادة توجيه نموذج الرعاية يعني ضمان تصميمي لخدمات الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية وتقديمها من خلال نماذج مبتكرة للرعاية والتي تعطي الأولوية للخدمات الأساسية والرعاية المجتمعية والاشتراك في تقديم الخدمات الصحية، ويعتمد هذا النموذج على استراتيجية مختصرة في نقاط:

- تحديد الخدمات التي تحظى بالأولوية طول العمر على أساس الاحتياجات الصحية.
- إعادة تقييم النوعية والوقاية والصحة العمومية؛ بزيادة التركيز على الخدمات الصحية الوقائية وذلك برصد الحالة الصحية للسكان.

○ تقييم المخاطر التي تحيط بالسكان إلى طبقات لتسهيل تفاديها.

○ الترصد والبحث والتصدي للمخاطر التي تحيط بالصحة العمومية.

○ تحسين الموارد المالية والبشرية لتعزيز الصحة الوقائية .

○ تنفيذ اللوائح الخاصة بالصحة.

- بناء نظم قوية تركز على الرعاية الأولية، وذلك بضمان توفير التمويل الكافي والتدريب، والربط مع الخدمات الأخرى، وغيرها من القطاعات، ويعزز هذا النهج التنسيق والرعاية المستمرة مع مرور الزمن بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية معقدة وتوفير خدمات شاملة للمجتمع ونماذج الرعاية الموجهة نحو الأسرة للوقاية من الأمراض وتعزيز الوقاية وتعتمد هذه الأبنية على :

○ خدمات الرعاية الصحية الأولية باستخدام نهج عائلي مجتمعي.

○ فرق الرعاية الأولية متعددة الخدمات.

○ طب الأسرة.

○ بوابة الوصول إلى غيرها من الخدمات الصحية .

○ نسبة أكبر من النفقات الصحية المخصصة للرعاية الأولية.

إن إستراتيجية إعادة توجيه نماذج الرعاية من خلال المنهج والسياسات المقدمة أنفا له هدف تنموي

تكاملي وقائي يسعى إلى تعزيز المشاركة والاستثمار في الرعاية الكلية والشاملة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> تقرير: إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس ، المرجع السابق، ص8.

### د-تنسيق الخدمات الصحية فيما بينها:

التنسيق في الخدمات الصحية أحد أهم الفنون التي يمكن أن تجعل المنظمة أو المؤسسة ناجحة أو تحكم عليها بالفشل ، فالتنسيق يعني الاندماج والاتصال، كما يعني التكامل وتبادل المعلومات الخبرات الصحية والمواءمة بين الأفراد والجماعات داخل وخارج المنظمات.

فالتنسيق يركز على الأفراد والبرامج والآليات، كما يركز على القطاعات والمؤسسات هدفه في ذلك تحقيق الأهداف وخدمة الأفراد وإشباع حاجاتهم الصحية والاجتماعية.

وتستخدم الخدمة الاجتماعية الاتصال كأحد أهم عناصر التنسيق ومبادئه في عدة محاور أهمها ما سبق الإشارة في الخدمة الاجتماعية، فهي تهتم بالاتصال في تنظيم المجتمع لتحقيق الفعالية وتجنب معوقات التنمية الصحية، كما تستخدمه في إدارة الأفراد والمنظمات لتحقيق نفس الهدف اعتمادا على مراحل تخطيطية وتنفيذية.

وقد تعتمد الخدمة الاجتماعية على الأخصائي الاجتماعي في كل مرحلة من هذه المراحل لتنظيم المجتمع والمؤسسات ، حيث يدرس الممارس تأثير الظروف الفيزيائية في المجتمع على الاتصال أو على الخريطة السيكولوجية مثل سوء الطرق، نقص المياه، والظروف الاقتصادية والصحية<sup>1</sup>، وربطها بالخدمات لتفادي التحلل الذي قد يحصل جراء نقص في أحد شروط التنمية.

أما من ناحية المؤسسات والمنظمات ، فإن الاعتماد على القطاعات الأخرى ومشاركتها أكثر من ضروري ، حيث أن هذه المؤسسات والمنظمات لا تعمل في فراغ ، بل تأخذ المتغيرات الخارجية والمدخلات في صياغة سياساتها وبرامجها الصحية ، فهي تنسق بين القطاعات لأن الكوادر الطبية مثلا هي مخرجات تعليمية ولذلك يكون القطاع الصحي على اتصال دائم مع الجامعة والمخابر التي تصنع نوعية الطبيب وكفاءته.

كما أن الخدمة الصحية تحتاج إلى التطور والتقدم من حيث العلاج ، أو الدراسات ومناهج الوقاية ، فإن كل ذلك يحتم على هذه المنظومة التنسيق مع غيرها داخل وخارج الوطن، والاستماع إلى المنظمات والهيئات العالمية التي تنشط في هذا المجال أكثر من ضروري خاصة في عصر المعلومات الحديث.

وعموما فإن الخدمة الاجتماعية من خلال الأخصائي الاجتماعي تقوم على مجموعة من الأنساق لإحداث التطور وبرمجة الأهداف وهذه الأنساق هي : النسق المحدث للتغيير — نسق العميل — النسق المستهدف — نسق العمل أو الفعل ، تعمل هذه الأنساق متصلة أو منفصلة لتحقيق حاجات المنظمة أو الفرد أو المجتمع.

<sup>1</sup> السيد عبد الحميد عطية: اتجاهات نظرية وأسس تطبيقية في الخدمة الاجتماعية، المرجع السابق، ص 233.

### 1-النسق المحدث للتغيير:

تنسيق الخدمات الصحية حسب هذا الاتجاه يقوم على وجه الخصوص على الأخصائي الاجتماعي الطبي الذي له مجموعة من المعارف النظرية ومهارات الاتصال والتفاعل وإقامة العلاقات، ما يجعله على إطلاع بمشكلات واحتياجات المرضى في المستشفى وذلك يمكنه من تحديد الأنساق المستهدفة لتخطيط وتنفيذ برامج وأنشطة خدمات الرعاية الصحية ، كما يشارك الأخصائي الاجتماعي كنسق محدث للتغيير داخل الهيئة الطبية والإدارية، وغيرهم من الفنيين والعاملين في المستشفى لتحقيق الوظائف الأساسية للمستشفى كمؤسسة علاجية ذات وظيفة اجتماعية تنموية.

### 2-نسق العمل:

يتحدد العمل مع نسق العمل في مجال الصحة من خلال التنسيق بينه كأفراد وجماعات أو كأعضاء في المجتمع المحلي أو على مستوى المجتمع ككل، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بتحديد حاجاته وإعداد برامج الخدمة الصحية اعتمادا على العمل كأحد أهم عناصر الخدمة الاجتماعية الطبية، حيث يقوم بالتعامل المباشر مع العميل لتحقيق الأهداف الوقائية ، العلاجية، التنموية. ويتعامل الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي مع مجتمع المستشفى كنسق كلي لا ينفصل عن الأنساق الفرعية الأخرى في تفاعل دينامي فيما بينها وبين النظم والأنساق البيئية المحيطة بالعمل (المريض).

### 3-النسق المستهدف:

هو أساس العملية التي من أجلها يتم التفاعل والتخطيط ، فالنسق المستهدف هو الأرضية الموجهة إليها كل البرامج والممارسات ، وهو نسق فرعي عن النسق الكبير كالمستشفى مثلا في القطاع الصحي يتم استهدافه من خلال الرعاية والخدمة الاجتماعية الطبية بتحديد الحاجات والعمل على إشباعها ، وتقديم المساعدة في حل المشكلات الصحية والاجتماعية التي تساهم في العلاج ، والأخصائي الاجتماعي في هذا المجال يعمل كوسيط بين جميع عناصر ومكونات الخدمة الاجتماعية ابتداء من الأسرة والجماعة المرجعية ، إلى المؤسسة ونسق المجتمع العام ، كل ذلك في إطار نظرية الأنساق وقد يلزم الأمر بناء علاقات وروابط جديدة أو تعديل الاتصالات والتفاعلات القائمة والنسق المستهدف في هذه الحالة هو آلية وهدف في نفس الوقت.

### 4-نسق العمل أو الفعل:

العمليات وخدمات الرعاية الصحية تمثل نسق الفعل الذي يكون أحد المكونات التي يعتمدها الأخصائي الاجتماعي مع غيره في التفاعل والاتصال لتخطيط برامج وأنشطة الرعاية الشمولية سواء كانت صحية أو اجتماعية أو نفسية<sup>1</sup> ، في إطار الخدمات التشاركية مع مختلف الأعضاء والمنظمات.

<sup>1</sup> وجدي محمد بركات: اتجاهات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في عصر المعلوماتية، مرجع سبق ذكره، ص21.

5- نسق الخدمات الصحية والجودة والأداء:

الخدمات الصحية الأولية والوقائية من صميم الممارسة التشاركية مع القطاع الصحي داخليا وخارجيا من جهة، ومع البرامج والخطط والهيئات والمؤسسات من جهة أخرى، فلا يمكن أن تستمر الخدمة الصحية في تقديم الخدمات والأداء بجودة عالية في ظل غياب التنسيق مع هذه العناصر التي ذكرناها.

والخدمة الصحية المقدمة كعملية تنموية ترتبط نظريا وميدانيا بمحيطها الخارجي ولا تنفصل عنه ، حيث أن الممارسة الصحية تهتم بالجوانب الاجتماعية والثقافية وتنسق معها ولا تنفصل عنها ، كما أن الجودة والأداء مرتبطت بجميع مكونات الخدمة الاجتماعية ، وكذلك المدخلات الخارجية.

إن الاتجاه الحديث لمعظم إدارات المؤسسات الصحية في العديد من دول العالم هو العمل بمفهوم "إدارة الجودة الشاملة"، ويعتمد إدارة مفهوم الجودة الشاملة على مبدأ أن التغيير يحدث في أي مؤسسة بمشاركة جميع العاملين والفاعلين في تحديد احتياجات المستفيدين، ليس من خلال القيم والإمكانات التي يمتلكها ويقدمها شاغلوا الخدمة فقط، بل من خلال الاستفادة من تجارب وخيارات غيرهم.

وهذا المفهوم الحديث يعتبر عملية مستمرة مترابطة بين مكونات (أعضاء) كل مؤسسة صحية تسعى لتقديم مستوى عال من جودة الرعاية الطبية للعاملين بها.<sup>1</sup>

غير أن مقدمي هذه الخدمات لا يجب أن يعتمدوا في توفير احتياجات الرعاية الصحية على متطلبات مؤسساتهم فقط، بل الإطلاع على مؤسسات الصحة الرائدة والاستفادة من نجاحها، واعتماد نهجها للوصول إلى أقصى درجات الصحة والرفي.

إن الجودة والأداء الجيد له علاقة ترابطية بالخدمات الصحية ، ولا يمكن لنجاح أي واحد بغياب الآخر حيث أن التنسيق أو التكامل بين الخدمة الصحية والأداء يمثل حلقة مستمرة لتحقيق الصحة التي يطمح إليها المريض وتسعى المنظمات الصحية العالمية لتحقيقها ، والتفاعل بين الخدمة الصحية والأداء والجودة له نتائج إيجابية نذكر منها:

- تحقيق التنمية الصحية والديناميكية وإشباع الحاجات المطلوبة.
- زيادة التفاعل والمشاركة في البرامج والخطط الصحية لأن الجودة مطلب توافقي بين جميع الأعضاء.
- دمج القطاع الصحي مع الخدمات الاجتماعية والقطاعات الأخرى للاستفادة من التجربة الناجحة.

<sup>1</sup> ليندا حداد: تمرير صحة المجتمع، المرجع السابق، ص135

هـ- خلق بيئة تمكينية مواتية:

تعتمد الصحة التنموية على البيئة كأحد أهم المحددات الاستراتيجية لصياغة الخطط والمشاريع المستقبلية التنموية، خاصة في مجال الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية، حيث تمثل البيئة الحاضنة والركيزة الأساسية التي يتم الاعتماد عليها في التنمية المستدامة، خاصة إذا علمنا أن التنمية المستدامة تعني الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة مع الحفاظ على مقدرات الأجيال القادمة ومراعاة البيئة في عملية التنمية شرط ضروري للاستمرار والتقدم.

والتنمية المستدامة تهدف إلى تحقيق التوازن البيئي بين جهود وأنشطة الإنسان كما وتدعم الجهود الإيجابية للتغلب على الأسباب التي تحدث خللا في التوازن البيئي من إسراف الموارد البيئية والعبث بالمقدرات التي تؤثر في النهاية على حصة الأجيال، ويطالب أنصار البيئة بضرورة المحافظة على التوازن الطبيعي والبيولوجي في استخدام التكنولوجيا والأدوات الحديثة التي تسبب آثارا وخيمة على صحة الإنسان قبل البيئة.<sup>1</sup> والحديث عن الضرر البيئي يطول، خاصة وأنا سبق وأن تعرضنا له في الفصل الثالث (الصحة) ولكن ربطه بالجانب التنموي والتكاملي مع الاستراتيجية الصحية المقدمة عن طريق الخدمات الصحية هو ما سيتم التعرض له بالتفصيل.

إن تهيئة البيئة المواتية للعمل الصحي تقتضي جهودا ووقتا كبيرا ، وذلك لتعدد القضية وتشاركهما مع مختلف الجوانب الأخرى ، حتى أصبحت البيئة علم ينفصل عن بقية العلوم الأخرى في المناهج ويلتقي معها في البرامج وهندسة الاستراتيجيات ، فالبعد البيئي يكاد يكون حاضرا في كل المشاكل والدراسات الاجتماعية والثقافية ، وحتى النفسية، ذلك أنه لا يمكن عزل الإنسان ولا الخطط المستقبلية عن الجانب الإيكولوجي بحكم الإنتماء والأرضية.

وقد لخص لنا تقرير منظمة الصحة العالمية أهم العناصر لتحقيق التواءم والتناغم مع البيئة وكيفية تهيئة البيئة للمشروع الصحي وليس المقصود البيئة التضاريسية بقدر ما هي البيئة الاجتماعية والثقافية ، وهذه النقاط هي:<sup>2</sup>

- مواءمة الأطر التنظيمية ، وذلك بخلق بيئة تنافسية في الخدمات الصحية ، يعمل خلالها المهنيون في إطار نظم صحية أكثر فعالية ، وإنصافا.
- تقديم حوافز وأجور للقائمين على الخدمة الصحية في سبيل تعزيز دور الجمعيات المهنية.
- تحسين التمويل ونظام الدفع ، والسيولة المالية لتقديم البرامج والإصلاح الصحي.

<sup>1</sup> جمال شحاتة حبيب: الممارسة العامة من منظور حديث في الخدمة الاجتماعية ، المرجع السابق، ص420.

<sup>2</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية: إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، المرجع السابق، ص11

إن العمل على التحسن البيئي ضمن أولويات الصحة وخدماتها على مستوى الفرد وعلى مستوى المؤسسات ، أو على المستوى الاجتماعي ، وعلى الدولة وصانعي القرار التنسيق مع أهم الفاعلين في هذا المجال فتسعى بالمشاركة مع المؤسسة الصحية إلى تحسين كل ما يمكن أن يكون سببا في التأثير على الصحة، أو يعرقل خطط الخدمات ومن ذلك:

- السعي إلى تحسين السكنات في طبيعة البناءات العشوائية التي تسبب التلوث ، وتصعب من مشاريع التنمية.
- إضافة إلى قنوات الصرف الصحي التي تسبب انتقال العدوى والأمراض المعدية التي تطال حتى الينابيع ومياه الجوفية.
- كذلك نوعية الغذاء المستهلك وكمية الأدوية ونوعية الإسمنت المستخدم كل ذلك يجب أن يكون من الأولويات الصحية في التنمية ، فبدون بيئة نظيفة تغيب الخدمات النظيفة.
- ويمكن الاستعانة بصبر الآراء والاستبيانات من أجل معرفة العلاقة الترابطية بين البيئة والصحة والمرض وكيفية السيطرة على هذه الأعراض ، ولكن قبل ذلك يجب إعداد الكشوفات والإحصاءات السكانية من نوعية الحياة الاجتماعية التي يعيشونها.

الجدول (07) : نموذج صبر الآراء للعلاقة بين الصحة والمرض والبيئة<sup>1</sup>.

الجانب البيئي	نوع ونوعية مياه الشرب	معدل وفقدان مياه الشرب	التلوث	التهار	الإسهال	(الملازيم) البرازع	جهازية أمراض	الجلد أمراض	المستشفيات داء	الإصابات	التسمم	الحالة الغذائية
مصدر مياه الشرب ونوعيتها												
كمية الماء												
فعالية التخلص من الفضلات												
نظافة الطعام												
السكني												
ناقلات الأمراض												
إفساد البيئة												
الحوادث												

المصدر: ف.ج بنيت: التشخيص المجتمعي والعمل الصحي ، المرجع السابق، ص91.

إن صحة المجتمع من صحة البيئة ونظافتها ، فهي أحد العوامل الرئيسية للحفاظ على التنمية الصحية ، والاعتقاد أن البيئة تبدأ من الأسرة ثم المدرسة ثم المجتمع هو اعتقاد صائب، حيث أن الممارسة الوقائية لصحة

<sup>1</sup> ف.ج بنيت: التشخيص المجتمعي والعمل الصحي ، المرجع السابق، ص91.

البيئة من أهم توصيات الدراسات والهيئات في العصر الحديث ، داخل المدن التي تعتبر محور الوفاء بأهداف دعم التنمية ، حيث أن معظم سكان العالم سيعيشون قريبا في مدن متكاملة ، لذلك فإن الممارسات المعتمدة على مستوى العالم والمدينة والمستهلكين تهدف أساس إلى التعامل مع مصادر الطاقة المتجددة وغير المتجددة. وكذلك فإن الوفاء باحتياجات سكان المدينة لا يشمل توفير الاحتياجات الاجتماعية والثقافية والسياسية فقط، بل يركز على الجزء الأهم في المعادلة وهو التنمية المستدامة الذي يفرض أهمية وأولوية في الممارسات التي تركز على حفظ وترشيد الاستهلاك ، كما تشمل الأولويات حفظ فاتورة التلوث والمخلفات الصناعية.<sup>1</sup> إن الربط الديناميكي بين الصحة والبيئة تأكيد على تكامل الرعاية الصحية له مدلوله وأهدافه التي سبق الإشارة إليها والتي سوف نختصرها في نقاط على الشكل الآتي:

- قيام استراتيجية صحية فعالة مرتبطة بالبيئة الحضارية والثقافية والاجتماعية.
- تخطيط الصحة الاجتماعية قائم على نوعية البيئة، والبيئة الصحية أساس التنمية الاجتماعية والثقافية السليمة.
- مراعاة العوامل البيئية في التنمية هدفه الحفاظ على صحة الإنسان والمجتمع من الأمراض والأوبئة التي تعطل مشاريع التنمية.
- فعالية الخدمات الصحية المقدمة للأفراد في المؤسسات الاجتماعية يعتمد على البيئة ، فالصحة النفسية مثلا تراعي الجوانب البيئية في حياة الأفراد لأنها جزء من شخصيتهم ، وأساس نوعية سلوكهم.
- تكامل برامج الخدمات الصحية مع القطاعات الأخرى لا يعني الإسقاط المباشر لمناهجها وخططها ، بل يراعي الجوانب البيئية والثقافية التي تمثل خصوصيات التنمية .
- المستقبل التنموي لخدمات الصحة يركز على الجانب الإيكولوجي كأحد أقطابه لأن الصحة أصبحت في خطر نظرا للتقدم التكنولوجي ومخلفاته على البيئة.
- إن الاستراتيجية المقدمة في التنمية الصحية المتكاملة قد ركزت على أهم العناصر الرئيسية حسب منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي ، وهي عناصر أساسية تحتاج إلى التنفيذ والمتابعة.
- ولكن على رغم ذلك سنسوق بعض الجوانب الأخرى المتمثلة في التقييم والمتابعة لتوفير عناصر التكامل الصحية.

<sup>1</sup> محمد الجوهرى وآخرون: علم الاجتماع الطبي، المرجع السابق، ص308.

### ثانياً-الأهداف الاستراتيجية للتنمية الصحية الشاملة:

تسعى الاستراتيجية الصحية التنموية في إطار الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ، والخدمة الاجتماعية الصحية إلى توفير أكبر قدر من الحاجات الإنسانية الاجتماعية والصحية وإشباع المتطلبات الإنسانية المتكاملة اعتماداً الحوكمة والمأسسة ومواكبة التغيرات الحاصلة في العالم ، ووضع الخطط المستقبلية وليس الحالية فقط ، وقد تركز هذه الأهداف الصحية الشاملة في عمومها على :

- ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب (الأخذ بالنوع الاجتماعي بعين الاعتبار).
- تعزيز الرعاية الصحية خاصة الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية.
- بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع نواحي تقديم الخدمات الصحية.
- توفير الموارد البشرية ذات الكفاءة والجودة العالية.
- تعزيز التنمية المؤسساتية والحوكمة الصحية.<sup>1</sup>
- التعاون مع المؤسسات الصحية كالبنك الدولي ومنظمات الصحة العالمية.
- تجسيد الثقافة الصحية المستدامة والمتطورة مع التطور التكنولوجي والصناعي.
- التركيز على الجوانب الاجتماعية في الصحة والمرض ودورها في التنمية.
- ضمان التغطية الصحية والتأمينية لجميع الأفراد دون استثناء بغض النظر عن اللون والجنس واللغة.
- التنسيق والمتابعة لبرامج الصحة العمومية التي تشمل المجتمع ، وتحقيق الأهداف الصحية الوقائية والعلاجية والتنموية.
- التأكيد على دور الرعاية الصحية الغذائية والرعاية الصحية البيئية.
- التقييم الدوري والإحصائي للحالة الصحية المجتمعية، من خلال الخدمات والهيكل والمؤسسات والممارسات الصحية.
- تشجيع الموارد البشرية والرأسمال الاجتماعي خاصة الفئات المتعلمة والمؤهلة كالأخصائي الاجتماعي والمرشد النفسي.
- التأكيد على الحقوق الصحية والاجتماعية في المؤسسات الرعاية ، وأثناء صياغة السياسات والبرامج.

<sup>1</sup> تقرير الإستراتيجية الصحية الوطنية (2016،2014) ، ص23 ، موجود على الموقع <http://www.mon.GOV.BH.CONTENT/FILES.../X>

- وضع الخطط المستقبلية للصحة العمومية وإيصال الرسالة والأهداف الصحية عبر القنوات الاجتماعية كالأُسرة والمدرسة.

إن معظم هذه الأهداف قابل للتحقق شرط المتابعة، لذلك سنطرح بعض الأهداف الصحية وكيفية تطبيقها وأهم الآليات والأدوات للوصول إلى الهدف النهائي، هو التنمية المستدامة والشاملة التي لا تستثنى أحد.

### الهدف الاستراتيجي الأول: توفير الرعاية الصحية والخدمات لجميع فئات الشعب.

إن تعميم السياسة الصحية لجميع فئات المجتمع من أكبر التحديات والرهانات التي تسعى إليها الدولة من خلال الخطط المقدمة والبرامج ، وهو ما يعكس العدالة في التشخيص الصحي والعمومية في العلاج الطبي، والوقاية الاجتماعية لصحة الأفراد وتنميتها ضمن الإمكانيات والموارد المتاحة في القطاع الصحي. ويشمل الهدف ضمان استمرارية الخدمات المقدمة الحالية من جهة ، والسعي إلى تطوير هذه الخدمات لمواكبة التطور العلمي والطبي ، واستحداث خدمات جديدة في المراكز الحكومية والوطنية ، حسب الاحتياجات المحلية وسعياً لتقليل استيراد الخدمات.

ويركز هذا الهدف على الفئات الأكثر حاجة للرعاية الصحية، لاسيما الأطفال والنساء (الفئات الهشة في المجتمع) ، وكذلك كبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة (الضعفاء) هذا من ناحية الحالة الصحية ، أما من الناحية الجغرافية ، فإن التركيز على الفئات الأكثر تضرراً وهميشاً كالأرياف والقرى والمداشر، وغيرها من المناطق النائية والمعزولة التي تكون فيها الخدمات الصحية قليلة وذات نوعية رديئة ، وهكذا تكون المساواة في التغطية الصحية.<sup>1</sup>

إن هذه الخطوة من تعميم الحق تتطلب القيام بتغطية أصحاب الحقوق الأكثر حرماناً من الصحة ، وعلى سبيل المثال يمكن للتشريع الصحي الوطني أن ينشئ معايير راسخة يجب العمل على تحقيقها من قبل من خلال مقدمي الخدمة الصحية في القطاعين العام والخاص ، والعمل كذلك على وضع آليات خاصة لشكوى متلقي الخدمة ، كما يجب على المنظمات الحكومية وغير الحكومية الضغط في هذا الاتجاه ، علاوة على الوزارات الحكومية والمنظمات المانحة ووكالات التنمية متعددة الأطراف .

إن تحديد المنظمات والمؤسسات التي تحمل على عاتقها إحقاق الحق الصحي وضمان توفير المقومات الرئيسية للصحة ، هو خطوة هامة في تطوير مقاربة حكومية شاملة ومتماسكة ، فيما يتعلق بواجبات الحكومة في احترام وحماية الوفاء بالحق في الصحة.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> تقرير الاستراتيجية الصحية الوطنية (2016، 2014)، مرجع سابق، ص 23.  
<sup>2</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية : حقوق الإنسان الصحة وإستراتيجيات الحد من الفقر، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان ، العدد5، 2010.

الهدف الإستراتيجي الثاني: تعزيز الصحة الوقائية وتخفيض الأمراض غير السارية.

الهدف الإستراتيجي المستوحى من هذا العنصر هو محاولة رصد التقدم الصحي والحفاظ على المحقق منه

خاصة في ما يتعلق بالأمراض غير المزمنة القابلة للعلاج الفوري ولا تحتاج إلى مدة زمنية طويلة ويتطلب هذا

الهدف مجموعة من الإجراءات والبرامج تتمثل عادة في:

- تشجيع أنماط الحياة الصحية بين مختلف فئات المجتمع والعمل على التثقيف الصحي.
  - تعديل سلوك الأفراد الذين يعانون من الأمراض غير السارية.
  - تمكين الأشخاص المصابين بالأمراض غير السارية من معالجة ذواتهم دون اللجوء إلى المراكز والأماكن التمريضية.
  - تعزيز دور الرعاية الصحية الأولية في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ويكون ذلك عبر؛ تنفيذ خطط وطنية للوقاية من الأمراض والاستمرار في تقديم الرعاية المتكاملة لمرضى فقر الدم.
  - تعزيز الحماية ضد الأمراض السارية والأمراض المستجدة عبر برامج تتمثل في ؛ تقوية الوقاية من الأمراض السارية من خلال المحافظة على نسبة تطعيم الأطفال بـ 99% والتوسع في برامج التمنيع الموسع.
  - استمرارية تفعيل اللوائح الصحية الدولية.
  - التوسع في برامج الحماية من التسممات الغذائية.
  - تقوية مختبرات الصحة العمومية.<sup>1</sup>
- إن تعزيز الصحة الوقائية والسعي إلى تخفيض الأمراض غير السارية ، والرفع من فعالية برامج وأنماط الحياة الصحية لدى أفراد المجتمع له الأثر الكبير على ديناميكية التنمية الصحية ، كما له دور كبير في الحد من انتشار الأمراض غير السارية المختلفة ذلك أن الوقاية خير من العلاج ، من حيث الجهد والتكلفة ، خاصة إذا علمنا أن الوعي الصحي المجتمعي مرتبط بالأهداف الوقائية قبل العلاجية.
- ويتم تعزيز أنماط الصحة الوقائية عبر مجموعة من الوسائل التوعيمية تتمثل في ضمان توافر معلومات دقيقة حول الأمراض ، وتعزيز أنظمة الرصد والمسح الصحي المختلفة، وكذلك العمل مع القطاعات المختلفة لتوفير البيئة الصحية والآمنة (المدارس، المنازل، أماكن العمل) كذلك البيئة الخالية من المخدرات والعنف والملوثات البيئية.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> إستراتيجية تحسين الصحة (2018، 2015) ، ص18 الموقع: <http://www.mon.GOV.BH.CONTENT/FILES> pdf  
<sup>2</sup> الإستراتيجية الصحية الوطنية ، المرجع السابق، ص24.

إن تعزيز الصحة الوقائية والسعي إلى تحسينها من أهم ما تدعوا إليه التنمية الصحية لأنه مدعاة إلى الاستمرارية والتواصل ، وكذلك يهدف إلى حماية المجتمع من الأمراض قبل وقوعها ، وهو بذلك يجنب الأفراد الكثير من المشاكل الصحية.

والأهداف الوقائية التي سبق الإشارة إليها ، لا تعتمد على جهة واحدة في التطبيق بل على الجميع المشاركة في التنمية الصحية ، من الأسرة إلى المدرسة إلى المجتمع المدني بكل مؤسساته ، لأن المشاركة في الخدمة الصحية يضمن الشمولية في توزيع الخدمات ويساهم في رفع الوعي الصحي والثقافي.

كما أن الخدمة الاجتماعية لها هي الأخرى الدور الرئيسي في تعزيز الوقائي للصحة والصحة العمومية ، من خلال الاعتماد على أدوار الأخصائي الاجتماعي في إعداد البرامج التثقيفية وتنظيم الجماعات ونشر الوعي الصحي العام ضد الأمراض المعدية داخل المؤسسة الطبية، أما خارج المؤسسة فإن الأخصائي الاجتماعي له أدوار وقائية هامة تتمثل في:

- التعرف على المشكلات الاجتماعية بالمجتمع المحلي ، وتوعية الناس بأهمية المؤسسة الطبية في حل المشاكل الطبية الاجتماعية.

- نقل ردود الفعل للإدارة الصحية عبر الاستماع للرأي العام وإيصال الرسالة.

- التعرف على كافة الأجهزة والهيئات التي تؤدي خدمات طبية بمختلف أنواعها وذلك ليتضح أوجه النقص والازدواج والتكامل<sup>1</sup>.

- تقديم خدمات السلامة الاجتماعية ، من خلال السعي إلى تحقيق ظروف ملائمة للتكيف الاجتماعي النفسي وتطور الشخصية السوية عبر خدمات الصحة النفسية.

- اتخاذ الإجراءات الكفيلة بتهيئة التوافق الاجتماعي أو الرعاية الأسرية والمشاركة في النشاط الاجتماعي<sup>2</sup>.

إن الحاجة للتثقيف الصحي والأخصائي الاجتماعي في تعزيز الصحة الوقائية ضروري للمجتمع لأهمية الدور الاجتماعي في الحماية القبلية للأفراد من الأمراض غير السارية والعمل على نشر الوعي لجميع الهياكل والجهات وليس فقط قطاع الصحة ، لأن التكامل في البرامج يعتمد على التكامل في الخطط والياديين الاجتماعية لتحقيق التنمية المطلوبة. ولعل ما نعيشه اليوم من تجاهل لأهمية الرعاية الوقائية مرده إلى الافتقار إلى المعلومات<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> إبراهيم عبد الهادي محمد المليحي : الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المرجع السابق، ص219.

<sup>2</sup> أحمد محمد وآخرون: الثقافة الصحية ، المرجع السابق، ص27.

<sup>3</sup> د.أندويل : الصحة والدواء من الطبيعة ، ط1، مكتبة جرير ، 2007، ص3.

الهدف الاستراتيجي الثالث: بناء نظام فعال ودائم لجودة الخدمات الصحية.

تحقيق الجودة في الخدمة الاجتماعية الصحية في سبيل إحداث تنمية صحية شاملة ومستدامة من الأهداف الاستراتيجية التي تتفق عليها معظم الهيئات الصحية والمنظمات العالمية ، لأن الهدف يعكس النتائج الإيجابية لبرامج وخطط الصحة العامة ، ذلك أن الجودة أو الرعاية الصحية الراقية تتطلب الفعالية والدقة في الخدمة الصحية وتحقيق الجودة مرتبط بنجاح الخدمة الطبية بطريقة تكاملية في جميع المرافق الصحية. إن أهمية تطبيق نظام الجودة في النظام الصحي تتم عبر عدة مراحل رئيسة أهمها العوامل الاقتصادية والعوامل الاجتماعية والعوامل السياسية والمهنية.

### 1-العوامل المهنية:

وهي عوامل متعلقة بمقدم الخدمة أو الرعاية ، وتشمل التزامه بدليل آداب المهنة ، بكونه عاملاً مستقلاً يعتمد عليه وعلى أدائه العام ، لديه المهارة في التواصل مع الأعضاء في الفريق الصحي بشكل يضمن حقوق المريض ، أو الاستفادة من الخدمة الصحية وتقديم الرعاية المثلى له ، وعادة ما يكون ممرض أو طبيباً أو أخصائياً اجتماعياً في المؤسسة الصحية ، يراعي تقديم الخدمة الصحية المتميزة والمرضية.

### 2-العوامل الاقتصادية:

تتم هذه العوامل بالصبغة التركيبية الديموغرافية المتعلقة بالمستفيدين ، مثل التغيير الذي يحصل في الهرم السكاني ، كالزيادة غير المتوقعة التي تثقل أصحاب الرعاية الصحية ، وتحتاج إلى مزيد الموارد المالية والبشرية لتحسين الإدارة والخدمة الصحية ، وبناء على ذلك فإن النظام الصحي المطبق لسياسة ضمان الجودة يوفر نظام خدمات مقبول ذو تكلفة معقولة تصل إلى جميع أفراد المجتمع في حالة مراعاة العامل الاقتصادي ، وتخصيص ميزانية معتبرة للقطاع الصحي على أهميته الحيوية في الاقتصاد.<sup>1</sup>

### 3-العوامل الاجتماعية:

مراعاة المجتمع في تقديم خدمات الرعاية الصحية ، برفع جودة الخدمات الصحية ، يعتمد على طبيعة المجتمع المحلي الذي يكون على دراية بحقوقه الاجتماعية على رأسها الحقوق الصحية ، كما يجب مراعاة الحالة الاجتماعية لأصحاب الدخل المحدود وتأمين الرعاية الصحية المجانية لجميع شرائح المجتمع والأخذ بأرائهم ومشاركتهم.

<sup>1</sup> ليندا حداد : تمرير المجتمع ، المرجع السابق، ص142.

4-العوامل السياسية:

يعلب الاتجاه السياسي والقانون العام دورا رئيسا في الحفاظ على الرعاية المقدمة للمستفيدين ، وبالتالي تطبيق نظام النوعية ، ومثال ذلك يستطيع القانون منع بعض الأدوية المغشوشة ، أو ذات العلامات التجارية غير المسجلة المضرة بصحة المجتمع<sup>1</sup>. فالسياسة الصحية لها دور تنموي قادر على فرض المعايير ذات الجودة الشاملة بالقانون المناهض للدستورية ، وكذلك حماية المستهلك والمجتمع من الأخطار الصحية والسعي لتلميع الخدمة الصحية من خلال المتابعة القانونية والسياسية.

إن استجابة الصحة للجودة حتمية لبقاء الخدمات الطبية والصحية للمجتمع وفي المؤسسات الاجتماعية لتحقيق الاستمرارية والشمولية وإشباع حاجات الأفراد الصحية ، وكما سبق الإشارة إلى العوامل التي يجب مراعاتها في الاستراتيجية الصحية ، وأهم أسباب نجاح واستمرارية التنمية الصحية ، فإنه يمكن أيضا أن تنجح هذه العوامل دون الأخذ بالأبعاد المختلفة للخدمة الصحية ، والتي نذكر منها:

-الملاءمة: وتعني درجة ملاءمة الخدمة الصحية للمرضى واحتياجاتهم الصحية والاجتماعية (مع مراعاة أحدث المعلومات الطبية) ، ولذلك يهتم هذا البعد بالتوافق بين الحاجات والإمكانيات.

-تسهيل الخدمات: وكيفية الوصول إليها من تمام جودة الخدمة الصحية توفر نوعية الخدمة في المكان والوقت المناسبين ، دون أي عائق جغرافي أو اقتصادي أو حتى ثقافي.

-التسلسل والتنسيق: الخدمة الصحية ذات الجودة العالية تعتمد على كل ما ينفذ ويطور الخدمة الصحية وينميها، عبر مراحل علمية وليست زمنية ، يحصل فيها المريض على خدمة نوعية دون نقص أو تكرار.

-الفعالية: الطريقة الصحية واحترام مقاييس الخدمة ، يدخل في فعالية جودة الخدمة الصحية التي تؤدي الوظائف المطلوبة بدقة والجودة اللازمين ، خلال مدة زمنية محددة<sup>2</sup>.

-الكفاءة: تعني أفضل الخدمات في ظل الموارد المتاحة ، أي مدى الاهتمام بمرودود الخدمة والتكلفة، وتعتمد الكفاءة على الموارد الصحية الطبيعية والبشرية المؤهلة كالكوادر الطبية والإمكانيات الصحية المتمثلة في الأجهزة الحديثة.

-الفعالية المثالية: ويقصد بالفعالية المثالية قدرة التدخلات الطبية على تحسين صحة المستفيدين ، وذلك باستخدام التدخلات الطبية التي تقوم على أدلة علمية.

<sup>1</sup> ليندا حداد : المرجع السابق، ص143.

<sup>2</sup> تقرير: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر ، مرجع سبق ذكره، ص142.

—المهارة والمجدارة: تعني التزام الأطباء والفريق الصحي بمعايير الأداء ولهذا يهتم هذا البعد بمهارات وقدرات الأداء الفعلي للفريق الطبي والإداري والخدمات المساندة.

—الاحترام المتبادل: درجة مشاركة المريض ردة فعل مقدمي الخدمة الصحية على التوقعات وكيفية اتخاذ القرارات.

—السلامة: درجة خلو البيئة والمؤسسة الصحية من المخاطر.

—التوقيت: تقديم جودة الخدمات في وقت مناسب للحصول على النتائج المرجوة.<sup>1</sup>

—العمل على توفير الموارد البشرية المؤهلة القادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية ؛ أهم ما يميز التنمية الصحية المستدامة هي الاعتماد على الموارد التي لا تنفذ، وباقية على مر العصور، وهي الرأسمال البشري الذي يبني ويقدم البرامج والخدمات لمستحقيها.

والقطاع الصحي برمته قائم على فكرة الفريق الطبي والمرضى والهياكل الإدارية التي تسهر على الخدمة الصحية وتقديمها على الوجه المطلوب، ولا تزال الحاجة ملحة للعمل على تبني التخطيط المنهجي المبني على الأدلة والحجج والبراهين في مجال تنمية الموارد البشرية الصحية، وذلك سعياً لتوفير موارد بشرية ذات كفاءة عالية قادرة على تقديم الخدمة الصحية النوعية والمتميزة من أجل تقليل الاعتماد على الخارج وامتصاص البطالة وتشغيل اليد العاملة المحلية.<sup>2</sup>

إن نجاح المؤسسة الصحية قائم على الرعاية المقدمة للمريض، وكيفية تقديمها من طرف مقدمي هذه الخدمة وعلى وجه الخصوص الاعتماد على البرامج التنموية الصحية التي تقدم صحة المريض وحاجاته على أي شيء آخر، وكذلك السعي إلى تعزيز التنمية المؤسساتية والحوكمة الصحية، من خلال التطوير المؤسساتي والإدارة الفاعلة للنظام الصحي، وتطوير الشراكة والتكامل مع مقدمي الخدمات الصحية في المجالات الصحية المختلفة، وتبادل الخبرات فيما بينهم ومواكبة التطور التقني والعلمي في مجال تقديم الخدمات الصحية وأنظمة المعلومات والتكنولوجيا، لتعزيز التواصل بين مختلف الإدارات والوحدات الوزارية، وبين الوزارة والشركاء.

ولا يمكن لصانعي القرار في الوزارة الصحية غض الطرف عن ما يحتاجه القطاع من مؤسسة عملية التخطيط الاستراتيجي في القطاع الصحي من خلال التركيز على أنظمة المعلومات الصحية وتحليل البيانات داخل المراكز والمؤسسات الاستشفائية، والتركيز على نظام المتابعة والتقييم للأنشطة والخطط والاستراتيجيات المختلفة، ودعمًا للمنهج التخطيطي القائم<sup>3</sup>. إن الاعتماد على معايير الجودة ليس فقط في المؤسسة الصحية

<sup>1</sup> تقرير: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، مرجع نفسه، ص143.

<sup>2</sup> الإستراتيجية الصحية الوطنية لدولة فلسطين (2014-2016)، المرجع السابق، ص24. [http://www.moh.ps.CONTENT\\_books.pdf](http://www.moh.ps.CONTENT_books.pdf)

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص25.

وخدماتها، بل بشكل شامل أي الجودة في التنمية الصحية (كما نقصد في هذا العنصر) ، من المطالب الرئيسية في أي خطة استراتيجية تنموية لصحة الفرد والمجتمع ، ولا يمكن تجاوز الجودة كعملية ، أو كأداء في أي خطة تنموية ، لأنها أسمى الأهداف التي تسعى جميع السياسات الصحية الناجحة لتحقيقها ، والعمل على برمجتها داخل الحقول الصحية، مرتبط بإدارة رشيدة وحوكمة صحية عاقلة تتوافق مع الداخل والخارج

### الهدف الإستراتيجي الرابع: التعاون مع المؤسسات الصحية كالبنك الدولي ومنظمات الصحة العالمية.

سبق الإشارة إلى أهمية التنسيق مع المؤسسات الحقوقية والدول في الرعاية الاجتماعية والصحية، كأحد أهداف التنمية الصحية الناجحة، حيث تشارك منظمات الصحة العالمية في صياغة الخطط والبرامج التي تساعد على تقديم الخدمات الصحية والرعاية التأهيلية الفاعلة. وللبنك الدولي نقاط قوة يركز عليها في النمو والتنمية الصحية من حيث أنه يملك خبرة طويلة في هذا المجال، ويعطي مزيدا من الدفع نحو تطوير الخطط الصحية ، ورفع من المستوى الصحي والاجتماعي للدول الفقيرة التي تعاني أزمات عديدة.

ويقدم البنك الدولي استراتيجية رائدة في التنمية الصحية الشاملة تلخص مجالات الدراسة فيها في:<sup>1</sup>

- دعم الأنظمة الصحية .
- إتباع نهج متعدد القطاعات إزاء المساعدات القطرية.
- إسداء المشورات للحكومات بشأن الإطار التنظيمي للتعاون بين القطاع العام والخاص في قطاع الصحة.
- توسيع نطاق تنفيذ المشروعات والبرامج الصحية.
- القدرة التجميعية والقدرة العالمية.

كل هذه الإمكانيات الكبيرة للبنك الدولي كأحد المؤسسات الرائدة في المجال الصحي جعلته صورة نموذجية للعمل التطوعي والصحي ، وقد حقق البنك الدولي مجموعة من الأعمال والأهداف التي تستحق المنافسة ، كما أنه قدم رؤية استراتيجية مستقبلية لقطاع الصحة من وجهة نظر ميدانية حديثة الممارسة وتواكب التطورات والتغيرات الحاصلة في الإقليم القطري تقريبا لمعظم الدول المتضررة صحيا واجتماعيا. كما أن اعتماده على المقاربة التنموية واستراتيجية القضاء على الفقر، جعلت من البنك الدولي يمزج بين الجانب الصحي والاجتماعي في تقديمه للخطط والبرامج للدول ويساهم في بناء الآفاق الصحية من خلال

<sup>1</sup> تقرير : التنمية الصحية ، إستراتيجية البنك الدولي 2010، ص4، موجود على الموقع: www.albankadawli.org 2010

تطوير البنى التحتية ، وهيكله المرافق الصحية العمومية والاستخدام الأمثل للموارد والإمكانيات المتاحة في إطار التنمية المستدامة و تقديم المساعدات الغذائية والصحية للمحتاجين.

ففي إطار إستراتيجية البنك الدولي الجديدة الخاصة بالصحة والسكان والتغذية يقوم بتقديم المساعدات لبلدان العالم النامية المنخفضة والمتوسطة الدخل، من أجل تحسين الحالة الصحية لشعوبها وتجنب الوقوع في براثن الفقر الذي يتسبب في المرض الفجائي.<sup>1</sup>

**الهدف الإستراتيجي الخامس: تمويل الخدمات الصحية ومساندتها.**

تحتاج الخدمات الصحية ، بل والمنظومة الصحية إلى التمويل كأحد العناصر المالية لدفعها ومساعدتها على الاستمرار ، وكذلك فإن ضمان التمويل أو مصادر دخل القطاع الصحي من بين الأهداف الاستراتيجية للتنمية الصحية ، وغياب خدمات التمويل يحدث خلل وعدم توازن في التغطية الصحية، ذلك أن النظام الصحي يحتاج إلى تكاليف مالية يستطيع من خلالها ضمان تحسين الأداء والاستمرارية للطواقم الطبي وهايكله الإدارية.

وتعتمد الخدمات الصحية على الاقتصاد في سياستها ، وهو ما يؤكد العلاقة التكاملية بين الخدمة الاجتماعية الصحية والإدارة السياسية لهذه الممارسة ، فخدمات التمويل الصحي تعتمد على سياسة القطاع وتكاليف القطاع المادية تعتمد على الاقتصاد في علاقة تكاملية واستمرارية هذه الصيغة يعني التنمية الصحية كأحد الأهداف الرئيسية ، لذلك يتأكد أهمية التمويل في هذه العملية سعياً لتحقيق أفضل الخدمات.

إن تقدير تكاليف الخدمات والمعايير المتفق عليها يتطلب مهارة وخبرة ومحاكمة سلمية لذلك توجد نماذج مختلفة ومنهجيات عديدة لتقدير التكاليف ، وأي نموذج يمكن تقديمه في الخطط الصحية على المخططين وصائغي برامج الصحة أن يضعوا في اعتبارهم علاوة على تكاليف الخدمة مجموعة القيود العامة الإجمالية التي كانت السبب في غياب الخدمة أو نقصها، فتحسين توافر إمكانية الوصول إلى الصحة الممتازة للأشخاص قد يصدم بالفوارق الجغرافية والاجتماعية ، حيث لا تصل هذه الخدمة إلا لأشخاص معينين ، وهو ما يؤثر على فشل التغطية والتمويل الذي يشمل البنية الصحية والمواقع المختلفة للأشخاص.

إن حساب التكاليف يجب أن يأخذ في الحسبان أيضا العبء الأكبر الذي يلقيه اعتلال الصحة على كاهل الناس المقصين خاصة الفقراء<sup>2</sup> ، ولذلك لا يشترط التمويل توزيع وضح الأموال في القطاعات الصحية ، بل يعتمد في صياغة الخطط والبرامج على حوكمة السياسات الرشيدة للإنفاق ، من خلال العدالة والإنصاف

<sup>1</sup> تقرير : التنمية الصحية ، إستراتيجية البنك الدولي 2010، مرجع سابق، ص4.  
<sup>2</sup> تقرير: بقلم نافانيثم بيلالي: حقوق الإنسان والصحة وإستراتيجيات الحد من الفقر، المرجع السابق، ص48.

في التوزيع لمختلف الفئات والمناطق ، حتى يتيح الصحة للجميع دون استثناء أو تأخير في الخدمات التوزيعية والتمويلية.

ونجد اليوم الكثير من المنظمات والهيئات الصحية تركز على عمليات التمويل، ليس في كمية الحصص المالية فقط، بل تركز على الفئات الهشة (كالأأم والطفل والمسنين) ومدى وصول الخدمات التمويلية والمستحقات المالية إليهم ، وهو ما تؤكد منظمة الصحة العالمية ، وغيرها من الهيئات الصحية الفاعلة في الميدان الصحي.

كما يجب أن يأخذ التمويل طابع اجتماعي وليس اقتصادي لتسهيل وصول الخدمات الصحية إلى الأهداف التنموية المطلوبة، وربط بالصحة بالجانب الاجتماعي والجوانب المهمة الأخرى.

وخدمات الصحة تعتمد على مجموعة من المصادر والموارد التي تساهم في تطويرها واستمرارها عادة تتمثل في:  
-الاعتماد على اقتصاديات الصحة: العوائد الصحية مجموعة من الرسوم مقابل تقديم خدمات صحية مصدرها الحكومة والقطاع الخاص والمتبرعين من الأفراد والمؤسسات لدعم عملية التنمية الصحية، وهو ما يعني أن نجاح الخدمة الصحية وفعاليتها مرتبط بالإنفاق الصحي والاستثمار في القطاع بشكل صحيح، يؤدي إلى تحقيق الكفاءة الإنتاجية للاقتصاد وتحسين نوعية الحياة والتقليل من المراضة.<sup>1</sup>

-الرسوم الاستشفائية: المبالغ التي يقدمها المريض في المستشفيات العمومية ، هي مبالغ رمزية تستعين بها المستشفيات العمومية في عمليات التمويل الصحي والإنفاق على خدمات الرعاية الصحية ، وقد تختلف الرسوم المدفوعة مسبقا حسب الفئات المرتبطة بعمليات التشخيص (DRG) علما بأن التكاليف الثابتة يتم تسديدها مبدئيا وفق مبدأ التكلفة المعقولة.

-رجال الأعمال والممولين الاجتماعيين: يساهم المستثمرون في المجال الصحي في دفع وتيرة التنمية الصحية وحتى التنمية السياحية (السياحة الطبية) ، كما يساهم الفاعلون الاجتماعيون كذلك في العملية من خلال الجمعيات الطبية والدوائية القائمة على التبرعات والمساعدات الإنسانية.

-البنك الدولي : الالتزام الدولي بالصحة أدى إلى زيادة عمليات التمويل الموجهة للصحة من قبل البنك الدولي نظرا لتدفق مبالغ مالية قياسية ومعونات على هذا الفضاء ،والبنك الدولي ملتزم من خلال الشروط والأهداف التي وضعتها لتطوير الصحة وتحسين الخدمات ، إضافة إلى فعالية وتأهيلية بحكم تواجده القطري على أرض الواقع في البلدان المعنية.

<sup>1</sup> لوان آدي وآخرون، ترجمة : عبد المحسن بن صالح الحيدر، تقويم نظام الرعاية الطبية، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، السعودية، 2000، ص36.



الجدول الذي بين أيدينا يمثل أهم الأهداف الصحية والاستراتيجية التي تبنتها منظمة الصحة العالمية في إطار التنمية المستدامة إلى غاية السنوات القادمة ، وقد اهتمت المنظمة بالتغطية الصحية الشاملة، خاصة لدى الفئات الهشة (الأطفال ، النساء) مركزة على محاولة التخلص من الأمراض والأوبئة عبر برامج محددة وبوسائل الوقاية والعلاج من أجل تحقيق الأهداف التنموية.

وتشمل التغطية الصحية التغطية التأمينية والتغطية الدوائية وتحسين نظافة البيئة ، أما الخدمات الصحية المتعلقة بالدواء فهي تشمل نوعية الدواء ومدى توفره وأعراضه على الصحة العمومية، خاصة في حالات الأمراض المزمنة التي لا تقتضي التأخير.

إضافة إلى وضع خريطة صحية للمجتمع بمختلف تركيبته وتحديد نوعية المرض خاصة لدى الفئات المحرومة والفقراء، ويقتضي ذلك دراسة العلاقة بين المرض والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وأنساق القيم، وتتبع تركيز بعض الأمراض في أماكن محددة، ويربط كل ذلك بالبيئة الاجتماعية والسياق الثقافي السائد في المجتمع ، مع مزاولة البحث عن العوامل المسببة والآثار اللاحقة للأمراض الجسدية والنفسية والعقلية في ضوء اتصالها بالعدالة الاجتماعية والوعي المجتمعي.<sup>1</sup>

وتوفير الأدوية يحتاج إلى سياسة استراتيجية دوائية تعني بالاستهلاك الصحي والتنظيمي للمركبات ومراعاة شروطه ، ومن بين الأهداف والغايات التي تسعى إليها معظم الدول المشاركة في المنظمات والمواثيق الصحية.

- توضيح موضح للالتزامات الدوائية لهذه الدول يشمل التغطية والخدمات الاستشفائية.
- تحديد الاستراتيجيات المطلوبة لتحقيق الأهداف والأولويات والمقاصد والمسؤولين على السياسات الدوائية والعلاجية.
- تأسيس منتدى "FORUM" للمناقشات القومية بخصوص قضايا السياسة الدوائية مع المساواة في إتاحة الدواء لمن يحتاجه ، وضمان جودته واستخداماته السلمية ، وعن المقاصد السياسية الدوائية فإن تحديد الاستراتيجيات يعتمد على مستوى التنمية الاقتصادية وعلى قيم وخيارات سياسية اجتماعية وثقافية.<sup>2</sup>
- السعي لتقنين المنظومة الدوائية وربطها بالتنوع الثقافية بإتباع النهج الوقائي وليس العلاجي فقط ، حفاظا على ميزانية الدواء ومراعاة لمخاطر الأدوية.

<sup>1</sup> محمد الجوهري وآخرون: علم الاجتماع الطبي ، المرجع السابق، ص139.  
<sup>2</sup> تقرير: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر ، المرجع السابق، ص183.

- وضع سياسة تخطيطية للصيديات من خلال إعداد الدراسات والتقارير اللازمة لتسعير منتجات شركات الأدوية المحلية والدولية.
  - دعم الإعلام الدوائي خاصة في جانبه الوقائي وليس العلاجي فقط.
  - دعم البحوث العلمية الدوائية وتناول المعلومات العلمية والتنظيمية للصيادلة والدواء.<sup>1</sup>
- ولا تشمل التغطية الصحية الدواء فقط، بل تتعداه إلى التأمين الصحي، أو ما يصطلح عليه التغطية التأمينية، وتركز هذه الاستراتيجية على توصيل الخدمات الصحية التأمينية إلى جميع القطاعات، حماية للأفراد من المخاطر وتعويضهم على الأضرار، ومن بين الفوائد الصحية وكالات الضمان الاجتماعي في الجزائر، وبطاقات الشفاء، وغيرها من الخدمات التي تنسق وتشارك مع مختلف الوظائف والمؤسسات العامة والخاصة.
- ومن بين الأساليب والأهداف التي يجب أن تركز عليها عملية التأمين الصحي؛ الكفاءة والفعالية وأخذ حالة المستهلك أو المريض الاجتماعية بعين الاعتبار أثناء توزيع هذه الخدمة.
- الهدف الإستراتيجي السابع : التأكيد على دور الصحة الغذائية.**
- من بين البرامج أو الأفكار التي لا تلقى المتابعة والرصد ، في الآونة الأخيرة، هي غياب الاهتمام بالثقافة الغذائية (خاصة في البلدان المتخلفة) ، وعدم وجود نية لدى الهياكل الصحية في الاهتمام بالجانب الغذائي وأهميته في التنمية الصحية.
- ويعتمد الاتجاه الصحي الغذائي على التوعية بنوعية الغذاء وأهميته في حماية الجسم من الأمراض كما يؤكد على طبيعة الاستهلاك وضرورة توخي الحيلة والحذر في ما يستهلكه الفرد في حياته اليومية، وتهدف هذه الاستراتيجية اعتمادا على جميع وسائل التوعية (الإعلام، التقارير، المناشير) من أجل صياغة رؤية استراتيجية للغذاء وأثره المباشر على صحة المجتمع، ويكون ذلك بالتنسيق مع وزارة الصحة لتحقيق الأهداف المرجوة.
- إن الحاجة اليوم إلى الغذاء أكثر من الحاجة إلى الدواء، فأعراض الفقر الاجتماعية معظم سببها الغذاء، كما سبق الإشارة في فصول سابقة، والحالة التصنيعية للغذاء الموجه للمجتمع، وكذلك طبيعة وثقافة التغذية يجب أن تكون من أولويات البرامج الصحية، حيث تساهم الحملات التوعوية بمخاطر الغذاء على الصحة وأهميته في الحفاظ عليها من حيث طرق الحفظ والتصنيع، أو القيمة الغذائية وليس الكمية الغذائية.

<sup>1</sup> تقرير: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر ، مرجع سابق، ص185.

الهدف الاستراتيجي الثامن: سياسة الدعم والمتابعة والتقييم.

بعد وضع البرامج واستراتيجيات التنمية الصحية والخدمات المقدمة إلى المستفيدين والمؤسسات، تستمر الخطة لتحقيق أهدافها من خلال المتابعة والتقييم، أي مراجعة الخطط بعد تنفيذها من أجل الاستفادة من نقاط القوة، وتصحيح الأخطاء التي يمكن أن تقع خلال الممارسة.

-أساليب التقييم المتابعة:

تتعدد أساليب المتابعة والتقييم للبرامج أو الخدمات الصحية بتعدد الوسائل والإمكانيات والحاجات التي من أجلها تم إعداد الخطط وعادة ما يكون هدف هذه العمليات هو الإحاطة بالمشروع وجمع أكبر قدر من المعلومات الصحية لضمان الاستمرارية والمتابعة.

ومن بين الأساليب المشهورة في ذلك نجد:

-أسلوب المؤشرات الاجتماعية: يتم جمع المعلومات التقييمية عن طريق الممرض من المراجع والتقارير المكتوبة والمتوفرة في المكتبات الخاصة أو في دائرة الإحصاءات العامة أو التقارير المثبتة في المراكز الصحية ، ومن بين مساوئ هذا الخيار هو عدم جاهزية المعلومة الصحيحة ، لأن المؤسسة الصحية لا تظهر غير إيجابياتها دون ذكر السلبيات، وهو ما يجعل هذا الأسلوب رغم أهميته النظرية والاستقصائية ناقصا إذا لم تكتمل خدمته مع الوسائل الأخرى.

-أسلوب المسح الشامل: على الرغم من الإمكانيات التي يحتاجها هذا الأسلوب سواء عن طريق البحوث والدراسات الميدانية للعينات ، فإنه يعتبر من أفضل الأساليب الاستقصائية التي تعبر عن الفئات الاجتماعية الممثلة تمثيلا شاملا.

ومن بين المعلومات التي يمكن تبويبها كأحد عناصر التقييم الصحي:

أ-معلومات عن إدارة المجتمع والرصد المرتكز على المجتمع المحلي والمجتمع المدني.

ب-معلومات عن السكان.

ج-معلومات عن الصحة.<sup>1</sup>

د-معلومات عن الخدمات الصحية.

هـ-معلومات عن الكوادر الطبية.

و-معلومات عن الخدمة الاجتماعية الصحية.

<sup>1</sup> ليندا حداد : تمييز صحة المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص151.

ز- معلومات عن الإمكانيات المتوفرة في القطاع الصحي.

ح- معلومات أخرى تتعلق بالجوانب الفنية والإدارية والتكاملية.

أ- الرصد المرتكز على المجتمع المحلي والمجتمع المدني: ممارسات الرصد المرتكز على المجتمع المحلي تبدأ عادة من خلال منظمات المجتمع المدني، وكانت تهدف على الدوام إلى تمكين الأفراد المقصيين والمهمشين إلى تقديم بيانات حول تنفيذ السياسة وعادة ما تستخدم هذه المنظمات الطرق القائمة على المشاركة لتمكين المجتمعات المحلية من تقييم أداء الخدمة قياساً على الالتزامات السياسية.<sup>1</sup>

إن الرصد القائم على المنظمات الاجتماعية أحد الأساليب التقييمية التي تخرج رجال السياسة والنتائج المتوصل إليها تعتبر مرجعية لأي دراسة وتحقيق اجتماعي، ذلك أن الإحصائيات المعتمد عليها من طرف هذا الجهاز يؤدي إلى المتابعة والرصد الذي من خلاله تقيّم الاستراتيجية، إضافة إلى أن التعريف بالمعايير يسهل عملية الرصد أيضاً عبر تحديد أفق متفق عليه، حيث يمكن تقييم عملية إيصال الخدمة قياساً عليه، كما يمكن للطرق القائمة المشاركة في تحديد المؤشرات الملائمة.

ب- معلومات عن السكان: المتابعة التقييمية للبرامج عبر المناطق الجغرافية التي يعيش فيها السكان، أحد المؤشرات على نجاح الاستراتيجية الصحية أو فشلها، وتشمل في العادة؛ البيئة الجغرافية، المناخ، والبيئة المحيطة مثل مصادر المياه وغيرها. كما أن المتابعة الدورية لطبيعة السكان ونوعيتهم (بدو، حضر) والمناطق الجغرافية وترتيب السكان حسب العمر والجنس يساعد في الإحصاء الديمغرافي ومدى فعالية الخدمة الصحية الموجهة للفئات.<sup>2</sup>

ج- معلومات عن الصحة: اكتمال التنمية الصحية يحتاج إلى المتابعة الدورية وتقييم مختلف السياسات الصحية، من خلال إعداد الأيام التحسيسية وأيام دراسية، بتنظيم ندوات، ومؤتمرات والاستفادة من التطورات الحاصلة.

د- معلومات عن الخدمة الاجتماعية: الخدمات الصحية المتابعة قانونياً من طرف الإدارة والوزارة عبر القنوات الإعلامية والتسيرية، وتشجيع الأداء ومحاربة المشاكل والمعوقات، يؤدي إلى تقدم في الخدمة الصحية وتحسينها ويعزز فرص النجاح وتحقيق حاجات المجتمع الصحية.

هـ- معلومات عن الكادر الطبي: الكفاءة الطبية تقاس بعدة مؤشرات منها الأداء والمهنية وسمعة المؤسسة والإنجازات الطبية، وتستخدم المعلومات المتعلقة بالكوادر الطبية في التنمية الصحية من خلال معدلات الفعالية والدقة.

<sup>1</sup> تقرير: منظمة الصحة العالمية، حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، مرجع سابق، ص55.

<sup>2</sup> ليندا حداد: تمرير صحة المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص152.

أهمية التقييم والمتابعة:

كما سبق الإشارة إليه، فعادة ما يكون التقييم بشكل دوري لفترات زمنية مختلفة أو بشكل تقييم واحد لخطوة معينة. ووفق ذلك يعتمد التقييم في مضمونه على تحديد الإنجازات بشكل دقيق وتلمس كفاءة العمل ذاته لفترات زمنية محدودة، حيث تتم عمليات المقارنة بين ما تم إنجازه وبين ما لم يتم إنجازه، يجب أن يكون بعد ذلك التقييم موضوعيا صريحا لا يخضع لأي جهة والنتيجة المحصلة من التقييم هي من يحدد الأهداف ويحكم عليها ومدى درجة تحققها بالكلية أو جزء منها.<sup>1</sup>

إن للتقييم أهمية بارزة في أي دراسة أو مشروع استراتيجي يهدف لتحقيق الأهداف على المدى القريب والبعيد والتنمية الصحية في إطار الخدمات الاجتماعية بحاجة ماسة لعملية التقييم من أجل تفادي أي مشاكل وأزمات مستقبلية ، فالتقييم والرصد والمتابعة يضمن الاستمرارية من خلال عدم الوقوع في نفس الأخطاء ، وكذلك تطوير الإنجازات والنتائج التي تم تحصيلها.

<sup>1</sup> ليندا حداد: المرجع السابق، ص166.

ثالثاً- صحة الأم والطفل كنموذج للتنمية الصحية:

الحديث عن الأم والطفل يعني الحديث عن الأسرة التي هي نواة المجتمع الرئيسية، وصحة هذه الخلية يعني الصحة المجتمعية التي بها تكتمل التنمية الصحية هدف البحث الميداني الذي بين أيدينا. والخدمة الاجتماعية كأحد الوسائل الصحية تركز في أهدافها على النسق الطبي داخل المؤسسة الطبية (المستشفى) وخارجة (الأسرة، والمجتمع) ، وعلى إثر ذلك فإن الاختلاف في المنهجية لا يعني الاختلاف في الأهداف ، فكل من الأسرة والمستشفى في النهاية مؤسسات اجتماعية تخضع لنفس القوانين الصحية وخدمات الرعاية الطبية وتسعى البرامج والمشاريع الإنمائية الصحية اختبار مؤشرات ودراساتها من خلال هذين المتغيرين. إن تناول عنصر الأمومة (ميدان الدراسة) يهدف إلى التركيز على ثلاث نقاط رئيسية تتفرع عنها عناصر أخرى ستعرض لها في هذا المبحث الأخير المتعلق بالدراسة النظرية وهذه العناصر هي:

- صحة الأم والطفل الذي هو من صحة الأسرة هدفه النهائي هو نشر الوعي الصحي بين أفراد وفئات المجتمع والذي سيساعد على تفهم المسؤوليات ، وبالتالي قبول المسؤولية الصحية التي تهم جميع الأفراد.
  - الوعي الصحي يعمل على تغيير اتجاهات وسلوكيات وعادات الأفراد تجاه نمط صحي معين داخل الأسرة وفي المؤسسة الصحية، لتحسين مستوى الصحة للفرد والأسرة ، خاصة فيما يتعلق بالأم الحامل والمرضعة وكذلك صحة الطفل، وصحة المنزل، والتغذية الصحية في إطار الصحة العمومية.
  - النقطة الأخيرة وهي الهدف المرجو تحقيقه ؛ وهو العمل على إنجاح المشروعات الصحية في المجتمع من خلال تعاون المنظمات الاجتماعية (الأسرة، المستشفى، المجتمع) مع المسؤولين وصانعي القرار.<sup>1</sup>
- لذلك فالصحة المتعلقة بالأم والطفل جزء هام من برامج التنمية الصحية، والتي تؤكد عليها خدمات الصحة الاجتماعية الطبية، من خلال تدخلات الأخصائي الاجتماعي والنفساني وكذلك من خلال المتابعة الصحية لحالة المواليد ومعدلات الخصوبة والصحة الإنجابية من طرف الفريق الطبي المؤهل، والبيئة الصحية التي تضمن الجودة والتغطية الصحية لجميع المواليد والأمهات أصبح اليوم أكثر من ضروري لضمان التنمية المستدامة التي ينشدها المجتمع.

ووفق هذا المنطلق التنموي نقترح ثلاث استراتيجيات رئيسية للتنمية الصحية للطفل والأم وهي الاستراتيجية الوقائية، والاستراتيجية العلاجية، والاستراتيجية التنموية.

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، مرجع سبق ذكره، ص24.

### أ- الإستراتيجية الوقائية:

الوقاية من الأمراض أحد أهم المراحل الهامة في التنمية الصحية وهي أفضل الطرق الثلاثة ، ذلك أن تجنب المرض من خلال محاربة أسبابه أفضل من علاجه الذي يكلف الجهد والوقت والمال ، ومن بين الأساليب الوقائية التي تعتبر عناصر التنمية الصحية الرئيسية : الطبيب والمريض، والخدمة الصحية والأخصائي الاجتماعي وكذلك المؤسسة الصحية ؛ وكل هذه العناصر مرتبطة ببعضها غير منفصلة هي من تحدد الوقاية الصحية للفرد والمجتمع إذا استخدمت بالطريقة الصحيحة التي يريدها المريض وتسعى إلى تطبيقها لتحقيق حاجاته الصحية. وتعتمد الوقاية من حيث الممارسة على الجميع ممن تقع عليهم المسؤولية الاجتماعية والثقافية والبيئية ، وأن الخدمة الصحية خاصة الموجهة للأم والطفل تحتاج إلى هذه المكونات مجتمعة لنجاحها وفعاليتها بدء من توجيهات الأخصائي الاجتماعي ، كما أشرنا سابقا ووصولاً إلى الهدف النهائي المتمثل في التنمية والاستقرار مع التطور والاستمرار، كل هذه العناصر تعمل في المؤسسات الرئيسية في المجتمع بدء من الأسرة والمدرسة وانتهاء بالمستشفى والبيئة الخارجية.

**1-خدمات موجهة على مستوى الأسرة:** تعتبر الأسرة المكونة من الزوجين والأولاد أحد أهم ميادين الممارسة الوقائية للصحة ، حيث تعطي هذه المؤسسة للطفل والمجتمع أهم العناصر الصحية سواء من خلال التعليم والتوعية أو عن طريق الممارسة السليمة للخدمات الصحية ، حيث تساهم الأسرة كمنهج وقائي في التثقيف الصحي من خلال المشورة وتقديم الوسائل اللازمة للتنظيم الصحي لهذا الكيان ومعالجة الخلل الذي قد يحدث داخل هذا النسق الحيوي بالمتابعة والإشراف.<sup>1</sup>

كما أن الأسرة في حاجة إلى طبيب يتابع تطورات المرض إن وجد ، ويسهر على الخدمة الصحية الآمنة عن طريق متابعة الأخصائي الاجتماعي والنفساني لحالة العلاقة الزوجية والأمومة قبل وبعد الولادة ، ومن بين أهم العوامل التي تساهم في استمرار الوقاية الصحية للأسرة هي وجود ثقافة صحية وغذائية سليمة ، تربط الأسرة بالمشروع الصحي وتحافظ على المجتمع وتلبي حاجاته الاجتماعية والصحية، فالأسرة مؤسسة ذات طابع قانوني وأخلاقي.<sup>2</sup>

كما أن استخدام الإعلام الصحي الموجه للأسرة له دور كبير في رفع الوعي والثقافة الصحية ، كل هذه العوامل لها أثر بالغ في الوقاية ، وتجنب المرض وتكاليفه العلاجية.

<sup>1</sup> ف.ج. بنيت، ترجمة: جمال بن صالح الجار الله: التشخيص المجتمعي والعمل الصحي ، مرجع سبق ذكره ، ص249.

<sup>2</sup> Aline béton :sciences sociales, 2em édition Dalloz édition,paris,2000,p173 .

كذلك يلعب تنظيم الأسرة والخدمات الاجتماعية التوعوية المقدمة لها دور كبير في الوقاية، وتنظيم الأسرة من حيث معدل الإنجاب والمتابعة الاستشارية من طرف المختصين، إضافة إلى خدمات الرعاية ما قبل الولادة التي هي متداخلة مع الاستراتيجية العلاجية وليس الوقائية فقط، حيث تجرى الفحوص الدورية للأم في فترة الحمل، وذلك لمعرفة نوع الدم والمناعة وغيرها من الإجراءات التي تجنب الأعراض المرضية التي قد تؤدي إلى الوفاة.

ويؤكد الممارسون الاجتماعيون على دور الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل وتأثيرها على حالته الصحية، ويتحسبون للمشكلات الأسرية التي قد تنشأ وتؤثر على الطفل، نتيجة لما يترتب على الحمل من تبعات اقتصادية، وتمتد هذه الرعاية الوقائية لتشمل فترة ما بعد الولادة.<sup>1</sup>

ليس ذلك فقط بل حتى الحالة النفسية للأم والطفل تدخل ضمن سياق الاستراتيجية الموجهة للصحة الوقائية فالحالة النفسية والعقلية من أهم السمات التي تحدد لنا وضعية الصحة الأسرية، لذلك هناك العديد من الأساليب والبرامج التي تعمل على تجنب حالات المرض النفسي للأسرة سنحدد منها ثلاث جوانب وقائية للتهيئة النفسي للمرأة الحامل:<sup>2</sup>

**المستوى الأول:** هو مستوى الوقاية الابتدائية، حيث يجري ذلك على مستوى جماعي يظهر من خلال تحسين البيئة الأسرية والاجتماعية، بالعمل على توفير حالات معيشية أفضل وتحسين إمكانيات الصحة والرعاية الاجتماعية.

**المستوى الثاني:** وهو مستوى الوقاية الثانوية، ويشمل التشخيص المبكر للحالة النفسية للأم والحامل، والاضطرابات العاطفية والاجتماعية، وذلك من خلال توفير وحدات الاستشارات النفسية والاجتماعية عن طريق الأخصائي الاجتماعي والنفساني، داخل المؤسسة وخارجها.

**المستوى الثالث:** هو مستوى الوقاية الثالث ويهدف إلى تقليل التوتر النفسي والاضطرابات المسببة لسوء الحالة النفسية السلبية، وذلك بتفادي مشاكل الاضطرابات النفسية وأسبابها.

كل هذه العوامل والجوانب المتمثلة في الأسرة والأخصائي الاجتماعي والحالة النفسية مع المتغيرات الثقافية والاجتماعية تعمل متكاثفة لرفع الوعي الصحي على المستوى الأسري لتحقيق الوقاية الصحية والصحة الوقائية.

<sup>1</sup> أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص179.

<sup>2</sup> دافيد كامرون موريل، ترجمة: لبنى عبد الرحمان الطيب الأنصاري، فن الممارسة الطبية العامة، مطابع جامعة الملك سعود، الرياض، 1997، ص125.

## 2- على مستوى المستشفى:

المستشفى ليس له دور علاجي فقط، بل من أهم أدوارها التي يجب أن يضعها في أولوياته هي الدور الوقائي، فهو يعمل كمنظمة اجتماعية من خلال الطواقم والكوادر الطبية والإدارية الموجودة فيه، قبل أن يكون وسيلة علاجية وتشخيصية، وهذا ما يؤكد عليه علم الاجتماع الطبي والعلوم الاجتماعية والنفسية الأخرى، حيث يقوم رجل الاجتماع الطبي والأخصائي الاجتماعي بمساعدة المريض في علاج مظاهر المرض، وتخطيط إدارة برنامج خدمة الفرد وتنسيق العلاقة بين المريض والمستشفى لتحسين أوضاعه النفسية والاجتماعية، بما يسمح له التوافق النفسي والاجتماعي مع المجتمع.<sup>1</sup>

فالمؤسسة الإستشفائية خاصة الوقائية (الأم والطفل) منها، تسعى إلى تحقيق الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الطبية دون حدوث المرض، فهي تقدم خدمات وقائية لحماية للأطفال من الأمراض والوفيات، وحفاظا على صحة الأم وحياتها من المخاطر الصحية .

إلى جانب ذلك فيجب على طبيب الصحة والمرضة وجميع شاغلي المؤسسة الصحية الإلمام بمختلف الظروف المحيطة بالمجتمع والتغيرات الاجتماعية الحاصلة فيه التي تحدث خارج المستشفى ، فلها علاقة ارتباطية بما يحدث للمريض وسبب في كثير من الأمراض ، وهو ما يؤكد العلاقة التبادلية والتكاملية بين العلوم الاجتماعية والعلوم الطبية.

ذلك أن علاج المريض دون النظر إلى ظروفه الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي يعيش فيها هو إغفال لأهم أسباب المرض، وعناصر الشفاء، بل إن نجاح البرامج الصحية مرتبط أشد الارتباط بهذه الجوانب.<sup>2</sup>

وقد اعترفت الكثير من الدول الأعضاء المنطوية تحت حقوق الطفل والأمومة بحق هذه الفئة الهشة في الرعاية الصحية والمتابعة الوقائية كحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وتحقيقه في مرافق علاج المريض وإعادة التأهيل الصحي، وتبذل الدول الأطراف في الهيئات الصحية (كمنظمة الصحة العالمية، اليونيسكو، اليونيسيف) قصارى جهدها في حصول الطفل على الخدمات الوقائية لأجل خفض عدد الوفيات بين المواليد وكفالة ومساعدة الأمومة وتقديم الرعاية اللازمة. وقد تم الاتفاق على مضامين هذه الحقوق سعيا لتحقيق مجموعة من الأهداف الاستراتيجية التي تقي الطفل من الأمراض وتكفل له الصحة في حياته وهذه الأهداف هي:

- العمل على مكافحة الأمراض وسوء التغذية في إطار الرعاية الصحية الأولية داخل وخارج المؤسسات.

<sup>1</sup> إقبال إبراهيم مخلوف: (بتصرف) الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين ، مرجع سابق، ص328.  
<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص329.

- كفاءة الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة وبعدها، وهو ما يضمن الخدمة الصحية بأعلى درجات الجودة للأمومة والطفولة في المؤسسة الصحية.
- تزويد الأم والطفل بالمعلومات الصحية المتعلقة بصحة الطفل والأم والتغذية الصحية ومزايا الرضاعة الطبيعية وترشيدهم بالمخاطر الصحية البيئية والممارسات الغذائية والثقافية الخاطئة؛ من خلال إعداد برامج صحية توعوية في المصحات العمومية والمراكز الاستشفائية تحت مشاركة وإشراف الأخصائيين الاجتماعيين، في إطار الرعاية الوقائية والإرشاد الصحي؛
- العمل على تطوير فضاء صحي من طرف الدول الفاعلة في الصحة مع أخذ جميع الاحتياطات والتدابير الوقائية الفعالة والملائمة لإلغاء الممارسات التقليدية.<sup>1</sup>
- الإجراءات المسحية والفحوصات الدورية التي تشمل الأطفال والأمهات لتفادي الأمراض وإدارة الفئة حسب الحالة الصحية، وفي العادة يقوم المسؤول عن المستشفى أو المركز الصحي بالتعاون مع الأخصائي الاجتماعي بهذا العمل للكشف عن الحوادث المتعلقة بصحة الأمومة والطفل، ومن الأهمية بما كان إجراء دراسة تفصيلية لأكثر الأطفال عرضة للخطر من دون سن الخامسة، كما يمكن الحصول على المعلومات بطرح أسئلة مسبقة يسندها فحص طبي مبسط وبعض الفحوصات المخبرية المناسبة، ويعتمد عدد الأسئلة ونوعيتها على الوقت المتاح للمسح والطاقة البشرية والموارد.<sup>2</sup>
- يعتبر المسح أحد أهم الأدوات الوقائية للتشخيص الصحي في الميدان، إذ أن مثل هذه الإجراءات تعمل كمحددات ومؤشرات اجتماعية للتنمية الصحية من خلال تحديد معدل الحياة والوفاة بين المواليد وصحة الأم النفسية والجسدية والحالة الاجتماعية والاقتصادية.
- يعتمد المستشفى على الأخصائي الاجتماعي والنفسي في كثير من إجراءات الوقائية، حيث يعمل على تفادي كل العوامل النفسية والاجتماعية وتجاوزها من خلال تحسين الحالة النفسية للأم والطفل، ما يؤكد أهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في رعاية الصحة خاصة في مجال الأمومة وذلك أن هذه الأخيرة (رعاية الأمومة والطفولة) تابعة صحيا للمؤسسات الوقائية قبل أي شيء آخر.
- إن مثل هذه الإجراءات الوقائية بصحة الأمومة والطفل داخل المستشفى تكفل التنمية الصحية وتساهم في رفع الخدمة والوعي الصحيين لدى أهم فئة في المجتمع، لذلك شرعت الدولة عديد القوانين والإجراءات المتعلقة بالصحة الوقائية خاصة في المجالات والمرافق العمومية لحماية الصحة العمومية من المخاطر، وتجنب

<sup>1</sup> عبد الحميد عطية: التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، دط، مصر، 2001، ص131.

<sup>2</sup> ف.ج بنيت، ترجمة: جمال بن صالح الجار الله: التشخيص المجتمعي والعمل الصحي، مرجع سبق ذكره، ص110.

مآلاتها على المستويين البعيد والقريب، وقد أظهرت هذه الإجراءات متمثلة في تدعيم الصحة والتوعية بأساليب التغذية السليمة ورعاية الحوامل والتحصين ضد الأمراض المعدية التي تؤدي إلى إعاقات جسمية كالشلل الذي يصيب الأطفال، وغيرها من الأمراض نتائج إيجابية، كما أن السعي لاكتشاف هذه الأمراض ومحاصرتها قد أدى إلى العلاج المبكر والوقاية منها.<sup>1</sup>

### 3- على مستوى المدرسة:

المدرسة من أهم المعامل الوقائية الصحية التي يمكن التعويل عليها في حماية الأطفال من الأمراض والأوبئة من خلال التعليم أو العلاج المقدم للصحة العمومية، فالطفل يجد نفسه في المدرسة أكثر من الأسرة، حيث يجب استغلال هذه المساحة الزمنية لتطبيق خطط التنمية الصحية والبرامج الوقائية الهادفة لبناء جيل يساهم في التنمية من خلال الخدمات الصحية المقدمة له.

فالمدراس تضطلع بدور أساسي في النهوض بالصحة، حيث ينبغي أن تقدم المعلومات الصحية ذات الصلة كجزء أصيل من المنهج الدراسي، من خلال التعلم والخدمات الصحية، كما ينبغي تصميم الأدوات الإعلامية الصحية بالتعاون مع الأطفال ونشرها على نطاق واسع في الأماكن العامة والوسائط الاجتماعية.<sup>2</sup>

لذلك جاء الاهتمام بالصحة والسلامة الوقائية لأطفال المدارس كونها مدخل جزء كبير من أطفال المجتمع وهي شريحة التلاميذ الذين يقضون أطول فتراتهم في المدارس لسنوات عديدة، لذلك يجب على مسؤولي تقديم برامج الخدمات الصحية مراعاة أسباب الصحة والسلامة من خدمات طبية وتثقيف صحي لتحقيق نمو عقلي وبدني ونفسي واجتماعي سليم، وكذلك الحفاظ على بيئة صحية سليمة بعيدة عن أية ملوثات بتوفير الماء والغذاء والهواء النقي كأحد الإجراءات الوقائية من الأمراض والأوبئة، ومتابعة نموهم بانتظام وإتباع أساليب الوقاية من المشاكل والأخطار والاهتمام بالراحة والصحة النفسية لهم، لأن العمل على توفير الصحة المدرسية المتعلقة بالأطفال هو استثمار حقيقي، إذ أصبحت من المسائل الاستراتيجية الحديثة التي وضعت لها الدول الخطط والبرامج للنهوض بالمجتمع عبر الأجيال القادمة.<sup>3</sup>

### أهم العروض الوقائية التي تقدمها المدرسة:

-**التطعيم:** المدرسة الجزائرية تتابع الطفل منذ سنوات الدراسة الأولى متابعة صحية عن طريق طبيب المدرسة أو القوافل الطبية المتنقلة، أو إرساله إلى المراكز الصحية الجوارية، لتشخيص حالة الأطفال المعرضين للأخطار

<sup>1</sup> إبراهيم عبد الهادي محمد المليحي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص278.

<sup>2</sup> تقرير: مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، الأمم المتحدة، الجمعية العامة، الدورة

22، 2012، ص23. الموقع [http://www.ohchr.org>righttohealthindler](http://www.ohchr.org/righttohealthindler)

<sup>3</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، مرجع سابق، ص25.

الصحية، خاصة من هم دون سن الخامسة، بحيث تتخذ الإجراءات الطبية الاحترازية (الوقائية) كالتطعيم ضد الأمراض والأوبئة التي كانت في الماضي القريب تفتك بحياة البشر، مثل الحصبة، الكوليرا، التيفوئيد... وغيرها التي كانت تعطى ضدّهم للحقن للأطفال وكذلك الأمهات الحوامل.

إن مثل هذه الإجراءات المناعية بإمكانها أن تحسن الصحة العمومية من الأخطار المرضية وتدفع بها للتنمية الصحية المستدامة ووفق برامج الصحة الوقائية الموجهة للفئة المستهدفة في المجتمع (الأطفال) الذين لهم أهمية إستراتيجية في هذه العملية.

— حملات التوعية والإرشاد: التوعية عبر المناهج الدراسية أو مستشار التوجيه المدرسي من أهم البرامج التي بإمكانها صياغة خطط وقائية للصحة عند الأطفال والمحافظة على سير هذه الخطط ونجاحها يكون عبر التنسيق بين الأسرة والطفل، خاصة لدى الحالات المرضية؛ أين يدخل الأخصائي الاجتماعي أو استشاري الصحة والأسرة.

ويمكن توسيع هذه الإجراءات وتعميمها عبر الفضاءات الإعلامية المرئية والمكتوبة لخلق ثقافة وقائية لدى الشرائح المدرسية، والفئات الأخرى المتواجدة على مستوى دور الحضنة.

إن الملصقات (كأحد الأمثلة الإعلامية التوعوية) واللوحات المتحركة، والمطويات لها عظيم الأثر في إيصال الرسالة الإعلامية المتعلقة بالصحة الوقائية خصوصا في الفضاء المدرسي، مع الأخذ في الحسبان الأهداف المسطرة والفئة المستهدفة، ونوعية الرسالة (كأحد شروط وأركان العملية الإعلامية)، والخلفية الثقافية والاجتماعية، والإمكانات المادية والبشرية لتنفيذ محتوى الإستراتيجية، والتركيبية العمرية.<sup>1</sup>

كل هذه الإجراءات والاحتياطات تحتاج إلى خبراء في مختلف التخصصات ودراسات ميدانية لعلماء النفس والاجتماع مع متابعة من طرف الأخصائي الاجتماعي، لفهم الحالات وتشخيص المجتمع ودراسته دراسة صحيحة، تجنب التناقضات وتختصر الجهد والوقت والمال، وتحقق الأهداف الاجتماعية والصحية مع مراعاة البيئة الاجتماعية والثقافية.

### ب- الإستراتيجية العلاجية:

الخدمات الوقائية التي سبق الإشارة إليها، هي الخدمات الشبه علاجية باعتبار الأمومة ضمن النسق الوقائي وليس العلاجي، غير أن هناك مجموعة من الخدمات والوسائل التي يطلق عليها خدمات الصحة والسلامة من المخاطر من خلال هذه الجوانب الوقائية العلاجية.

<sup>1</sup> ف.ج بنيت، ترجمة: جمال بن صالح الجار الله: التشخيص المجتمعي والعمل الصحي، مرجع سبق ذكره، ص194.

وهذا الاتجاه له منطلقاته بدء من الأسرة والمستشفى إلى المدرسة ، كأحد أهم العناصر التي تساهم في الحفاظ على صحة الأم والطفل، وتجنبيهما المخاطر والأمراض.

**1-1- على مستوى المستشفى:** يقدم المستشفى الصحي برامج رعاية الأمومة والطفولة الرعاية الصحية المتكاملة أثناء فترة الحمل والرضاعة والنفاس للأم، ومجموع الخدمات الصحية للطفل وقت ولادته إلى غاية 05-06 سنوات ، وبعدها يتبع هؤلاء الأطفال إلى برامج الصحة المدرسية. وتهدف برامج رعاية الأمومة والطفولة إلى رفع مستوى الصحة والسلامة البدنية والنفسية والاجتماعية للطفل عبر:

- الحفاظ على الصحة الجسدية والنفسية للأم الحامل والمرضعة من خلال توفير جميع الخدمات الصحية كالنظافة والاستقرار ، واستخدام الوسائل الحديثة في العناية.
- السعي إلى أن تلد الأم ولادة طبيعية حفاظا على صحتها وصحة المولود.
- العناية بالطفل المولود واستخدام الأدوية المضادة للأمراض ، وإبعاده عن كل ما يمكن أن يؤثر على صحته البدنية ، كالتلوث والأوبئة ومخلفات الأدوية.
- تغذية الطفل تغذية سليمة لينمو طبيعيا.<sup>1</sup>

ومجموع هذه الإستراتيجيات والخدمات تكون داخل المستشفى ، أي بعد اقتراب موعد الولادة غير أن العناية تكون قبل وبعد الحمل لتحقيق أفضل النتائج الصحية للأم والطفل، لذلك تقترح منظمة الصحة العالمية مجموعة من الاحتياطات تحدد فيها العوامل التي يجب مراعاتها قبل الولادة وهي مجموعة الخصائص المتعلقة بصحة النساء كالتعليم وعادات الإنجاب ، والحالة الصحية للفتيات قبل الولادة وتشخيصها ، إضافة إلى مراعاة العوامل البيولوجية الأخرى ، كمتوسط العمر عند أول حمل ، ومعدل الإنجاب وعدد المرات، والإمكانيات الاستشفائية والخدمات التي يمكن تقديمها للنساء والأطفال.<sup>2</sup>

كل هذه العوامل تراعي داخل المستشفى حفاظا على نوعية الخدمة ، وصحة الطفل والأم عن طريق المتابعة لجميع عناصر العملية الصحية التي أشرنا إليها.

**1-1- الرعاية أثناء الوضع والحمل وبعد الولادة:** تحتاج هذه المرحلة من حياة الأم والطفل إلى رعاية خاصة لتحقيق صحة إنجابية جيدة ، لذلك تحتاج المرأة في سن الإنجاب إلى خدمات نوعية للحفاظ على حياتها ،

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: الصحة والسلامة العامة، المرجع السابق، ص35.  
<sup>2</sup> د. أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، المرجع السابق، ص158.

وخاصة في حالة وفاة الطفل ، فالطفل الذي يتوفى أو يفقد أمه يبقى مدة في المستشفى لذلك أقر مجلس حقوق الإنسان ضرورة اعتماد نهج يقوم على مراعاة حقوق الفئة النفاسية وإتاحة جميع الخدمات أمامها دون تمييز.<sup>1</sup>

**2- على مستوى المدرسة:** المدرسة كما سبق الإشارة إليه لها دور وقائي هام بتداخل مع الدور العلاجي في كثير من الأحيان، ويظهر ذلك من خلال مجموعة من الخدمات المقدمة للفرد عبر المراكز الصحية أو المستشفيات العمومية ، كما تخصص الصحة ميزانية معتبرة للقاحات والتغذية حفاظا على صحة الأطفال.

ومن أهم أهداف برامج الصحة المدرسية التي تساعد الطفل في الوقاية والعلاج:

- للمدرسة دور كبير في تلقين القيم والمعايير والسلوك الصحيح.<sup>2</sup>
- التعرف على الحالة للتلميذ من خلال الفحوصات الدورية الطبية وتسجيلها في الملف الصحي لأجل متابعته مستقبلا.
- اكتشاف الانحرافات السلوكية الصحية مبكرا وتقديم الإجراءات والوسائل اللازمة في علاجها.
- مكافحة الأمراض الانتقالية عبر التطعيم والإشراف الصحي المباشر.<sup>3</sup>
- تقديم الوجبات الغذائية الصحية والتأكيد من سلامة البيئة المدرسية من الأمراض والملوثات التي تؤثر على الحالة النفسية والجسمية.

إن السعي لتحقيق الأهداف الصحية العلاجية للأطفال عبر المدرسة يعني الحفاظ على السلامة الاجتماعية التي تساهم في التنمية الاجتماعية والصحية ، كما أن برامج الصحة العمومية مبنية على المؤسسات العلاجية الاستشفائية ، والمؤسسات التعليمية الوقائية العلاجية مثل المدرسة ومراكز التأهيل، ونجاح الخطط الصحية مرتبط بهذه المؤسسات كأحد أهم عناصر التنمية الصحية ، حيث أن المدرسة ليست مجرد أداة تعليمية فقط ، بل يجب التركيز عليها كأحد أهم الوسائل والاستراتيجيات الصحية الموجهة لأهم شريحة في المجتمع.

### ج- الإستراتيجية التنموية:

تشمل الخطط التنموية قريبة أو بعيدة الأمد جميع عناصر التنمية الصحية في المجال الصحي من هياكل وخدمات تغطي جميع الحاجات الاجتماعية والصحية وتساهم في استمرارية الرعاية لجميع الأفراد ، دون تمييز أو تأخير.

والخدمة الاجتماعية الموجهة للأمم في أصلها خدمة وقائية وعلاجية تسعى إلى تحقيق أهدافها التنموية عن طريق المزج بين جميع هذه الاستراتيجيات من أجل الاستقرار والاستمرار في الرعاية الصحية ، وتطلب المفاهيم

<sup>1</sup> تقرير: الجمعية العامة ؛ حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه ، مرجع سابق، ص10.

<sup>2</sup> Ann barrere et Nicolas sembel ,sociologie de l'éducation ,Ed natham ,paris ,1998, p21

<sup>3</sup> أحمد محمد يدح وآخرون: الثقافة الصحية ، المرجع السابق، ص25.

الحديثة للخدمة الصحية التنموية استمرار تقديم الرعاية الصحية للأم والطفل بواسطة فريق متكامل من العاملين الصحيين والكوادر الطبية التي تشمل:

- توفير العناصر الصحية للأمومة والطفولة التي تشمل جميع المؤسسات الرعاية.
  - الإعداد المستمر لخدمات التنقيف الصحي الموجهة للأمومة والطفولة خاصة بالمناطق النائية والمناطق الريفية التي تحتاج الخدمة.
  - وضع خطط وبرامج سليمة لبرامج الزيارات المنزلية للعاملين والأطباء الصحيين ، وحتى الأخصائيين الاجتماعيين في مجال رعاية الطفل والأم.
  - إقامة المراكز الصحية المتخصصة للأمومة والطفولة في المناطق المحيطة للعناية بالحمل والولادة .
  - تجنيد وسائل الاتصالات والمواصلات لإسعاف الحالات الطارئة.<sup>1</sup>
  - خلق بيئة صحية تشمل خدمات الصحة النفسية والمتابعة الاستقصائية لحالة الأم والطفل.
  - الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة في سبيل تحسين الخدمات ذات الجودة ، واستمرارية التدخلات الطبية والوقائية في المستشفى وخارجه عبر التشخيص الدائم للحالات المرضية.
- إن وضع خطة إستراتيجية للخدمة الاجتماعية الطبية موجهة للأم والطفل ، يشمل العناصر التي سبق الإشارة إليها آنفاً، كما يوضح أن التنمية الصحية لا تحتاج إلى طرف واحد فقط بل هي في حاجة إلى جميع الجهود والمؤسسات لأجل النجاح والاستمرارية ، خاصة مع التطورات العلمية والتكنولوجية في مجال التشخيص والطب الوقائي، حيث أصبح من السهولة محاربة الأمراض المتعلقة بحالات الولادة لدى الأمهات وكذلك توفر المعلومة الصحية لخص الكثير من الجهود العملية والطبية ، إضافة إلى المساعدات والضغوط العالمية في مجال صحة الطفل ، ذلك أثر على صياغة الخطط الصحية ، وأعطى رؤية تنموية لصحة الأمومة والطفولة ، بعدما كان يقتصر الأمر في البداية على العلاج فقط.

إن هذه الرؤية التنموية الشاملة لعناصر التنمية الصحية الخاصة بالطفولة والأمومة داخل المستشفى وخارجه تحتاج إلى بعد نظر في عدة مسائل متعلقة بأي خطة يمكن وضعها لتحقيق التنمية الاجتماعية من خلال الخدمة الاجتماعية والخدمات الصحية التي يمكن أن تساهم في الاستمرارية والاستقرار يجب أن تشمل:

**1-تنظيم الأسرة:** الاهتمام بالأسرة صحياً وثقافياً واجتماعياً أحد الأنماط الوقائية التي تحمي المجتمع من الأمراض وتساهم في رعاية الأطفال رعاية أولية وثانوية منذ البداية يخفف الوفيات لديهم ويرفع المستوى الاجتماعي والصحي، كما يؤدي زيادة معدلات النمو السكاني المرتبط بالموارد البشري ، حيث أن معظم

<sup>1</sup> أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص186.

البلدان تعاني النقص في الزيادة السكانية ، وهذا لا يعني فتح الباب أمام الزيادات العشوائية التي لا تراعي الحالة الاجتماعية والصحية.

- تنظيم الأسرة يشمل الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية التي لا يمكن فهمها بمعزل عن السياق الثقافي فكثير من الأسر خاصة البدوية لا تزال تتعامل مع الطب الشعبي التقليدي ، وتتجنب العلاج الرسمي، وهو ما يرفع التحدي الثقافي والاجتماعي لفهم القيم الفكرية وتوفير نسق الخدمة الصحية الرسمية في جميع الأماكن وعلى جميع المستويات.

- رفع المستوى الاقتصادي وربطه بالمستوى الاجتماعي للأسرة في إطار التنمية الاجتماعية وهو ما يسهم في ارتفاع المستوى الصحي الرسمي ، فكثير من الأسر لا تلجأ للخدمة الصحية الرسمية (المستشفى) إلا في الحالات القصوى ، نتيجة للظروف الاجتماعية وقلة الدخل، فالمفهوم الثقافي للصحة والمرض يتأثر بالإطار الثقافي والنمط الشائع للنشاط الاقتصادي ومن ثم فالارتباط بينهما وثيق والعملية متبادلة.<sup>1</sup>

**2-تحسين البيئة:** أن معدل وفيات الأطفال وصحتهم لا يمكن عزله عن الواقع البيئي والخطط التنموية الصحية الحديثة ولا يمكن أن تستثني البيئة من العملية الصحية ، فتحسين البيئة الجغرافية يؤدي إلى تقليل الأمراض العضوية والنفسية ، لذلك يجب ربط التنمية الصحية بالجانب البيئي وتعديل أنماط الوقاية من الأمراض الإيكولوجية كالتلوث ومخلفات المصانع وغيرها من الأوبئة.

**3-ضرورة الاهتمام بالخدمات الاجتماعية والنفسية:** تأكيد العلوم النفسية والاجتماعية لأهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في الخدمة الاجتماعية والصحية فرض المزيد من الاهتمام بالطب العضوي لكي يستفيد من هذه العلوم ويجعلها ضمن برامج ومناهجه الصحية ، حيث تؤكد الدراسات الحديثة أن مصدر الصحة الحقيقي يكمن في الإنسان ذاته. وتعتمد الخدمات الاجتماعية والنفسية على الأخصائي الاجتماعي والنفساني من جهة وعلى الأطباء والمرضى في المؤسسات الصحية من جهة أخرى، إضافة إلى الظروف المحيطة بالعملية الصحية كلها ؛ كالبينة والعوامل الاجتماعية والثقافية الأخرى التي تؤثر على الصحة العمومية والنفسية.

**4-رسم خريطة صحية:** تحتاج الخدمات الصحية إلى إعداد وتخطيط مستمر ودائم للصحة ، خاصة فيما يتعلق بالأمومة والأطفال ، لذلك فإن تنمية الخدمة الاجتماعية الصحية المقدم لهذه الفئة مرتبط بعدد الدراسات والأبحاث المقدمة عن القطاعات الصحية والإحصائيات والمسوحات الديمغرافية المتعلقة بثقافة وصحة المجتمع التي تتابع المرض وتدرسه حتى القضاء عليه وحوكمة قطاع الصحة.

<sup>1</sup> مجيد الجوهري وآخرون: علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص174.

5- ربط صحة الأم والطفل بالصحة العمومية: ضرورة التنسيق بين جميع القطاعات الاجتماعية كمؤسسات المجتمع المدني ، والقطاعات الأخرى الصحية لرفع وتيرة التنمية الصحية للأطفال حيث أن عزل القطاعات والأنساق عن بعضها لا يكون إلا بغرض الدراسة والتفصيل لأن مختلف العوامل الاجتماعية والطبية تؤثر على صحة الأم والطفل حسب الزمان والمكان ومن ذلك التغذية ، والماء الشروب، وخدمات الصرف الصحي... وغيرها من العوامل.

# القسم الثاني

---

---

الجانب الميداني

---

---

# الفصل السادس

## الإجراءات المنهجية للدراسة

أولا-منهج الدراسة

ثانيا-مجتمع الدراسة

ثالثا-عينة الدراسة

رابعا-مجال الدراسة

خامسا-أدوات جمع البيانات

## أولا- منهج الدراسة:

دراسة المتغيرات المتعلقة بموضوع الدراسة "استراتيجية الخدمة الاجتماعية في تنمية الصحة العمومية ومحاورها الميدانية اقتضت استخدام المنهج الوصفي التحليلي الملائم لتحليل الظواهر الاجتماعية وصياغتها كما وكيفا ، حيث أن هذا المنهج التحليلي يعتبر من أهم المناهج التي تستطيع التصوير السوسولوجي للظاهرة ، كما أنه بإمكانه الربط بين العلاقة السببية لمتغيرات الدراسة ومسبباتها والأهداف المتوقعة من خلال التحليل للمشكلة قيد البحث وواقع الخدمات الصحية في الفرضية المتعلقة بموضوع الدراسة، واعتمادنا على المنهج الوصفي نابع من اقتناعنا وتأكدنا من قدرته على توصيف الظاهرة والربط بين متغيراتها خاصة فيما يتعلق بالخدمات الوقائية المقدمة في المؤسسة الصحية ومدى كفايتها كما ونوعا.

ولم تقف دراستنا على استخدام المنهج الوصفي فقط كحتمية ضرورية في الدراسات السوسولوجية والاجتماعية ، بل تعداه إلى منهج دراسة الحالة كأحد المناهج المكملة أو المنبثقة عن المنهج الوصفي ، فدراسة الحالة تأتي بعد تحليل ووصف الظاهرة وصفا دقيقا كميًا وكيفيًا وهما في الغالب مرتبطان حيث أن منهج دراسة الحالة يعتبر جزءًا وامتدادًا للمنهج الوصفي بحكم التقارب المعرفي والمنهجي في الدراسات الاجتماعية والعلمية ، فإذا كان الأول قائم على أساس الوصف ، فإن الثاني قائم على أساس التعمق والشمولية في دراسة المنظمات والمجتمع خلال فترة معينة أو فترات زمنية متعددة.

ويعرف منهج دراسة الحالة على أنه المنهج الذي يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأي وحدة سواء كانت فردا أو منظمة أو نظام اجتماعي أو مجتمع محلي أو مجتمع عام يقوم بدراسة ذلك على أساس التعمق بدراسة مراحل الظاهرة قصد الوصول إلى تعميمات علمية متعلقة بالوحدة المدروسة.

وتكون الحالة المدروسة بشكل مستفيض في كافة متغيراتها بالتحليل والوصف الدقيق يتم استخدامها (دراسة الحالة) كوسيلة لجمع البيانات والمعلومات في دراسة وصفية ، وكذلك يمكن تعميم نتائجها في الحالات المشابهة.

من أهداف منهج الدراسة الحالة تقديم معلومات يمكن الاستفادة منها في تحقيق الإصلاح الاجتماعي والصحي والعلمي...، كما يمكن استخدام منهج دراسة الحالة في الظروف الآتية:

- حينما يريد الباحث أن يدرس المواقف المختلفة والظواهر دراسة تفصيلية في مجالها الاجتماعي أو الثقافي أو الاقتصادي أو حتى الصحي.
- حينما يريد الباحث التعرف على الحياة الداخلية لشخص أو منظمة أو التاريخ التطوري أو المواقف العديدة المتعلقة بالمجتمع أو الأفراد.

- يستخدم الباحث منهج دراسة الحالة عندما يرغب في الحصول على حقائق معينة متعلقة بمجموعة من الظروف المحيطة بموقف أو ظاهرة اجتماعية ، أو التوصل إلى تحليل العوامل المشتركة والمتداخلة التي يمكن استخدامها في وصف وتحليل العمليات الاجتماعية التي تقوم بين الأفراد نتيجة لحدوث التفاعل بينهم<sup>1</sup>.

وقد تم استخدام منهج دراسة الحالة من طرفنا لأهميته في دراستنا النظرية والميدانية ، فقد تم التطرق في الفصل النظري إلى الخدمة الاجتماعية بشكل دقيق وموسع كمتغير مستقل للتنمية الصحية العمومية في مستشفى الطفل والأم ميدان الدراسة ، وهو ما اقتضته محاور الدراسة الميدانية بالتطرق لخدمات الرعاية الاجتماعية والصحية في المؤسسة الوقائية والعلاجية ، حيث تطلب ذلك التركيز على أهم ومعظم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية في مصلحة النساء والتوليد، ومصلحة الطفل التابعة للمؤسسة العمومية.

وقد كان منهج دراسة الحالة الأداة المثلى لوصف وسرد أفكار واتجاهات الأطباء والمرضى وتصوراتهم حول الخدمات المقدمة في القطاع ونوعيتها ، ومعرفة كل متغيرات الفرضية المحيطة بالظاهرة أو الخدمة على حد سواء، فمحاور الاستمارة الأولى متعلقة بالخدمات الوقائية للأم (نفسية، مهنية ، تقنية) ، وهي خدمات شبه علاجية كل ذلك يجعل من منهج دراسة الحالة من حيث كفاية الخدمات المقدمة ومساهمتها في التنمية الصحية والاجتماعية ضروري الاستخدام ، حيث أن الاعتماد في جمع البيانات من خلال الاستبانة وكيفية طرح الاسئلة وبناء محاور الدراسة يجعل الباحث آليا يحتاج إلى الكثير من الدقة والمصداقية والتعمق والتحليل، وهو ما يتميز به منهج دراسة الحالة.

إن منهج دراسة الحالة هو وسيلة لفهم التفاعل الذي يحدث بين العوامل التي تؤدي إلى التغيير والنمو والتطور على مدى فترة من الزمن وهي تتكامل في عملية خدمة الفرد التي تهدف إلى العلاج اعتمادا على ما تقدمه لها دراسة الحالة ، ولهذا تستخدم هذه الطريقة ما تستخدمه المناهج الأخرى من وسائل لجمع البيانات للاستفادة من التشخيص ، وبهذا فإن منهج دراسة الحالة يمكننا من أن نكون نظرة كلية شاملة عن الحالة التي ندرسها والحالات المشابهة لها بحيث تؤدي دراسة عدد من الحالات وتجميع البيانات والمعلومات بطريقة علمية سليمة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> مدحت أبو النصر: مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية ، ط1، المجموعة العربية للتدريب والنشر، مصر، 2017، ص143.  
<sup>2</sup> مروان عبد الحميد إبراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية ، ط1، مؤسسة الوراق ، عمان ، الأردن، 2001، ص134.

ثانياً-مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من الأطباء والمرضى في المؤسسة الصحية وعددهم 140 في مصلحة طب أمراض النساء والتوليد 80 سرير بـ 10 أطباء و130 ممرض ، تم استبعاد 09 أطباء و 23 ممرض لتصبح العينة مكونة من 108 (طبيب واحد، والباقي ممرضين ) ، وذلك راجع لعدم صلاحيتها للتحليل أو لرفضهم ملئ الاستمارة .

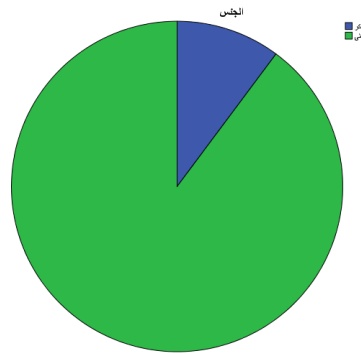
1-متغير الجنس:

جدول رقم (09): يمثل متغير الجنس لعينة الدراسة.

التكرارات	النسبة المئوية	
11	10.2	ذكر
97	89.8	أنثى

المصدر: مخرجات برنامج SPSS إصدار 22

الشكل رقم (06) : دائرة نسبية لمتغير الجنس لأفراد عينة الدراسة



يتبين من الجدول رقم (09) بأن أغلب أفراد عينة الدراسة اناث، حيث بلغت نسبتهم 89.8% من

اجمالي عينة البحث. أما نسبة الذكور تساوي 10.2%.

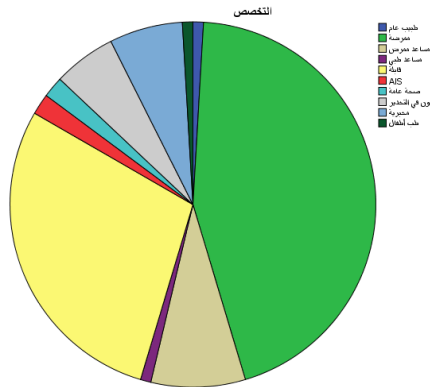
2-التخصص: دائرة نسبية لمتغير الجنس لأفراد عينة الدراسة

جدول رقم (10): يمثل متغير التخصص لعينة الدراسة.

النسبة المئوية	التكرارات		
0.9	1	طبيب عام	التخصص
44,4	48	ممرضة	
8,3	9	مساعد ممرض	
0.9	1	مساعد طبي	
28,7	31	قابلة	
1,9	2	AIS	
1,9	2	صحة عامة	
5,6	6	عون في التخدير	
6,5	7	مخبرية	
0.9	1	طب أطفال	
100,0	108	المجموع	

المصدر: مخرجات برنامج SPSS إصدار 22

الشكل رقم (07) : دائرة نسبية لمتغير التخصص لأفراد عينة الدراسة.



يتبين من الجدول رقم (10) بأن تقريبا نصف عينة الدراسة ممرضون أين بلغت نسبتهم 44.4% كما أن ثلث عينة البحث قابلات حيث بلغت نسبتهم 28.2% أما باقي أفراد العينة موزعون على مختلف التخصصات.

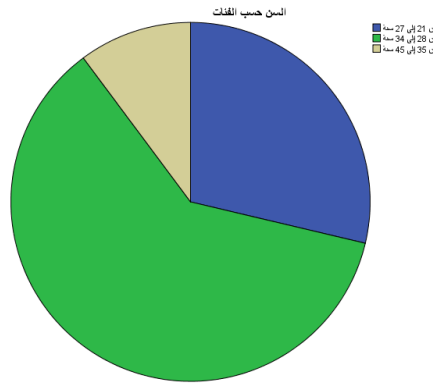
3- السن:

جدول رقم (11): يمثل متغير السن لعينة الدراسة.

النسبة المئوية	التكرارات	
28.7	31	من 21 إلى 27 سنة
61.1	66	من 28 إلى 34 سنة
10.2	11	من 35 إلى 45 سنة

المصدر: مخرجات برنامج SPSS إصدار 22

الشكل رقم (08): دائرة نسبية لمتغير السن لأفراد عينة الدراسة.



يتبين من الجدول رقم (11) بأن 61.1% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين 28 إلى 34 سنة، كما أن ثلث أفراد العينة تقريبا تتراوح أعمارهم بين 21 إلى 27 سنة أي أن أغلبية العاملين في المصلحة من الفئة الشبابية.

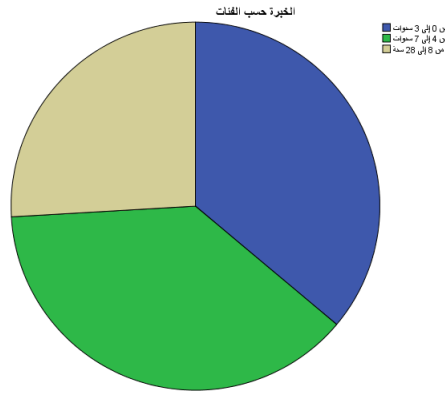
4- الخبرة:

جدول رقم (12): يمثل متغير الخبرة لعينة الدراسة.

النسبة المئوية	التكرارات		
36,1	39	من 0 إلى 3 سنوات	الخبرة
38,0	41	من 4 إلى 7 سنوات	
25,9	28	من 8 إلى 28 سنة	

المصدر: مخرجات برنامج SPSS إصدار 22

الشكل رقم (09) : دائرة نسبية لمتغير الخبرة لأفراد عينة الدراسة.



يتبين من الجدول رقم (12) بأن خبرة أفراد العينة تتوزع تقريبا بالتساوي على مختلف سنوات الخبرة، حيث أن 38% من العينة تتراوح خبرتها بين 4 إلى 7 سنوات وهي النسبة الأكبر، تليها فئة خبرة من 0 إلى 3 سنوات بنسبة 36.1%، أما النسبة المتبقية 25.9% تتراوح خبرتها بين 8 إلى 28 سنة.

جدول رقم (13): يمثل الحد الأدنى لمتغيري الخبرة والسن لعينة الدراسة.

	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
السن	21	45	29,59	4,592
سنوات الخبرة	0	28	5,18	4,488

المصدر: مخرجات برنامج SPSS إصدار 22

## ثالثاً-عينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة مجتمع البحث المكون من الاطباء والمرضى في المؤسسة الاستشفائية الوقائية الأم والطفل ميدان الدراسة ، وقبل تحديد العينة وعناصرها والمعينة الاستطلاعية يمكن تعريف العينة بالتعريف التالي: " مجموعة فرعية من عناصر مجتمع معين"<sup>1</sup>. أي جزء أو كل المجتمع القابل للدراسة الذي اختاره الباحث من بين العناصر والأجزاء الأخرى القابلة لتمثيل المجتمع الأصلي أو أفراد مجتمع البحث بطريقة علمية تعتمد على الموضوعية والصدق.

أ- نوع العينة : اخترنا العينة الغرضية أو القصدية (العمدية ) حيث اعتمدنا على الأطباء والمرضى (الحضر الشامل) على بقية العناصر الأخرى داخل المستشفى من خلال التوجه إلى المصلحة.

بعدها تم استهداف الأطباء والمرضى داخل أقسام العلاج والجراحة من خلال الاعتماد على القوائم والسجلات المقدمة من طرف مكتب الموارد البشرية التابعة للمؤسسة ومساعدة بعض الأطباء والمرضى المساعدين والعينة الغرضية هي نوع من الاختيار غير العشوائي أي غير احتمالية يقصد فيها الباحث نوع معين ومخصوص من مجتمع الدراسة (اخترنا الأطباء والمرضى) دون غيرهم من المواطنين المتواجدين على مستوى المصلحة لقدرتهم على الفهم والإحاطة والتواجد اليومي بالمؤسسة ما يمكنهم من الوقوف على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى والتفاعل مع محاور الاستمارة ، وكذلك تمثيلهم للأغلبية المتواجدة بحكم العملية الطبية التي تعتمد على الخدمات التطبيقية والتي لأجلها أنشئ القطاع الصحي.

وتكمن الفكرة الجوهرية في العينة الغرضية العمدية في الحاجة إلى انتقاء عينات وأفراد ذات مواصفات محددة ومقصودة لتمثل المجتمع بطريقة محددة ومعلومة على ضوء مجموعة من الافتراضات والمعلومات المعروفة، حيث يتم اختيار الباحث لهذا النوع من العينة بطريقة بسيطة مبنية على تصورات ومعلومات مسبقة ثم يختار الأفراد الذين تنطبق عليهم هذه الشروط بدرجة كبيرة<sup>2</sup>.

## ب-حجم العينة:

العينة مجتمع البحث من خلال اعتماد الحصر الشامل أو التعداد الشامل لمجتمع عناصر أفراد البحث من أطباء وممرضين في المصلحتين لطب النساء والتوليد وطب الأطفال تم إحصاء 108 من أصل 140 والعينة ممثلة بدرجة كبيرة من خلال العملية الحسابية:  $108 \times 100 \div 140 = 77.14\%$  ، حيث تم توزيع الاستمارة على الجميع وتم استرجاع 130 ، واستبعدت (11) استبيانات لعدم صلاحيتها للتحليل أو لرفضهم ملئ الاستمارة غير أن النسبة كانت تمثيلية بأكثر من 77%.

<sup>1</sup> موريس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ، دار القصبية للنشر، ط2، الجزائر، 2006، ص301.  
<sup>2</sup> نادية عيشور وآخرون : منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، مؤسسة حسين رأس الجبل للنشر والتوزيع، الجزائر، 2017، ص240.

## رابعاً-مجال الدراسة:

منذ فترة جانفي 2014 بدأنا التفكير في وضع خطة عامة واختيار الموضوع وأدوات الدراسة والمنهج الأساسي ومجموع الجولات الاستطلاعية النظرية والميدانية بالموازاة والتعاون مع الأستاذ المشرف ومجموعة من الأساتذة المختصين في الميدان والباحثين الاجتماعيين والناشطين في القطاع الصحي وبعد فترة دامت سنتين تم الاتفاق على الموضوع وبعد التعديلات الجزئية علي عنوان الأطروحة تم اعتماد دراسة الحالة في مستشفى الأم والطفل رشيد بلحسين بولاية برج بوعريريج والاتفاق مع مديرة المستشفى (ص.ب) على إجراء الدراسة الميدانية وتسهيل الإجراءات الميدانية والعملية.

وقبل الخوض في غمار الدراسة الميدانية والنظرية يمكن إلقاء نظرة عن مكان الدراسة بإيجاز ؛ حيث أن المستشفى العمومي الوقائي مجال الدراسة يعرف بأنه مؤسسة استشفائية متخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال (بلحسين رشيد) بالولاية، وهي مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ، حيث تم إنشاؤها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-204 المؤرخ في 30 يونيو 2007 الذي يتمم قائمة المؤسسات الاستشفائية بعاصمة الولاية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 ، حيث كانت قبل ذلك تابعة للقطاع الصحي برج بوعريريج ، وتقع هذه المؤسسة الاستشفائية بعاصمة الولاية وهي تتربع على مساحة قدرها 3717م<sup>2</sup> بها 248 عامل أطباء ومستخدمين إداريين وشبه الطبي والتقنيين<sup>2</sup>.

وقد تم التزامن في الدراسة مع الجانب النظري الذي استغرق منا بالموازاة مع الدراسة الميدانية حوالي سنتين ، وبقية السنوات للميدان والتنقيح والمراجعة لعناصر الأطروحة لتخرج بالشكل اللائق الحالي.

<sup>1</sup> تقرير المؤسسة الاستشفائية رشيد بلحسن برج بوعريريج ، مكتب إدارة الموارد البشرية.

## خامسا-أدوات جمع البيانات:

تعتبر طريقة جمع المادة العلمية سواء النظرية أو الإحصائية الميدانية خطوة هامة في إجراء البحوث الأمبريقية خاصة فيما يتعلق بالمنهجية العلمية المتبعة في تحصيل المعلومات والنتائج والصعوبة التي تكمن في الإجراءات المنهجية المتخذة في الكيفية المحصل بها على المعلومات لا تقل عن الوسائل المستخدمة في هذه العملية، لأن كل بحث يحتاج إلى وسائل متعددة أو وسيلة محددة في استرجاع البيانات الكمية والكيفية.

وأبرز هذه الأدوات المتعارف عليها في العلوم المنهجية هي : الملاحظة والمقابلة والاستبيان (الاستمارة) مجتمعة في بعض البحوث أو كل واحدة على حدى في بحوث أخرى، ونحن اعتمدنا على الاستمارة كأداة أساسية وفقا لمقياس "ليكارث" الثلاثي (موافق - متردد - غير موافق) ، والملاحظة والمقابلة كأدوات تكميلية لتأكد في النهاية من صدق أو عدم صدق الفروض.

## أ-الملاحظة:

وتعرف على أنها المشاهدة أو المراقبة لموضوع البحث أو للمجال البشري في البحث مثلا ملاحظة السلوك الذي يصدر من الأطفال أو المرضى أو الأطباء...والملاحظة من أقدم أدوات جمع البيانات وأحسنها ، حيث تمكن الباحث من جمع البيانات عن طريق الحواس ، وهي أفضل طريقة مباشرة لدراسة بعض أنواع الظواهر والسلوك الإنساني التي لا يمكن جمع البيانات عنها بالأدوات الأخرى<sup>1</sup>.

وهناك أنواع عديدة من الملاحظة ؛ كالملاحظة بالمشاركة والملاحظة الفردية والجماعية والملاحظة المقصودة وغير المقصودة.

وقد تنوعت الملاحظة في بحثنا أحيانا بمشاركة الأطباء والمرضى وأحيانا تكون عفوية ولكنها في إطار البحث الميداني ، وأحيانا أخرى جماعية ، حيث كانت مجال ملاحظتنا في أقسام الأطباء والمرضى أثناء فترات الراحة ومع العاملين الموظفين في الاستقبال والدوام ، ومع الإداريين ومكاتب الاستعلامات أين يتردد المرضى والأطباء.

اعتمدنا أيضا على الملاحظة المكشوفة المتسترة أحيانا ، ومن بين ما وقفنا عليه من الإنسانية هي متابعة رعية (لاجئة) أفريقية تم اصطحابها من طرف الأمن العمومي للمؤسسة الاستشفائية للولادة ، وكانت محل اهتمام الممارسين الميدانيين ، كذلك سجلنا عدم توقف الأشغال الروتينية داخل المستشفى في النهار والصيانة والضجيج والضوضاء الذي له الأثر السلبي حسب اعتقادنا على راحة المرضى ونفسياتهم ، كما شد انتباهنا الاستقبال غير المنظم للزائرين والمرضى في مكاتب الاستقبال ، وعدم تواجد أخصائيين اجتماعيين ونفسانيين في

<sup>1</sup> مدحت أبو النصر: مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية ، المرجع السابق، ص179.

مواجهة واستقبال الآباء والأمهات ، حيث يباشر الطبيب شخصيا الوقوف على حالة المواليد والتنسيق مع الأولياء وكثير ما حدثت العديد من المشادات الكلامية.

### ب-المقابلة:

هي استبانة شفوية يقوم من خلالها الباحث بجمع معلومات بطريقة شفوية مباشرة من المفحوص ، والفرق بين المقابلة والاستبانة هي أن الباحث يكتب بنفسه الإجابات في المقابلة ، بينما يعتمد على المبحوث في ملئ الاستمارة والإجابة على الأسئلة في الاستبانة<sup>1</sup>.

وقد اعتمدنا على المقابلة الفردية المفتوحة غير المقننة مع أربعة شخصيات رئيسية:

### المقابلة الأولى: مدير المستشفى.

يوم 21 جانفي 2017 تم قبول طلبنا لاستقبال المديرية من طرف السكرتيرة الخاصة (ن.ف) بعد اسبوع من الطلب والمشاورة.

كانت معظم الأسئلة عامة تتعلق بهيكل المؤسسة والتسيير الإداري للموظفين والأطباء ؛ حيث أن محاولة تغطية محاور الاستمارة لم يمكننا من تحصيل اجابات مقننة والتي كثيرا ما كان يكتنفها الغموض تارة وعدم الاستجابة تارة أخرى ، خاصة فيما تعلق بالمواليد والوفيات ومشاكل المستشفى أحجت المديرية على اعطائنا احصائيات ومعلومات دقيقة عن مشاكل المؤسسة لذلك فدرج الأسئلة من العام إلى الخاص ؛ جعل من الارتباك وعدم التفاعل مع الأسئلة لليد الموقف ما حتم علينا تغيير نوع الأسئلة الشفوية من السليبات إلى الإيجابيات والانجازات ، وهو ما أدى في النهاية إلى إعطاء صورة موجزة عن نوعية الخدمات المقدمة والامكانيات المادية والبشرية والنقائص الفنية والخدماتية والإدارية التي تواجه المؤسسة الاستشفائية.

أسئلة المقابلة الموجهة لمديرة المستشفى العمومي ميدان الدراسة كانت تتراوح بين 10 أسئلة إلى عشرون سؤال تم حذف 11 عبارة لعدم الإجابة وغياب معلومات حقيقية كسجل وفيات الأطفال ونمط سير الإدارة والميزانية... وغيرها من الأسئلة التي لم يتم الإجابة عليها.

الوقت المحدد لكل سؤال مع الحوار والنقاش كان حوالي 5 دقائق إلى 10 دقائق في غضون ساعة

حاولنا خلالها تغطية جميع محاور الاستمارة وقد كانت على النحو التالي:

المحور الأول: شملت بعض الأسئلة عن البيانات العامة كعدد السنوات في العمل وأوقات العمل وتحديد السن والجنس ونوعية الخدمة.

<sup>1</sup> ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم: مناهج وأساليب البحث العلمي ، ط1، دار صفاء، الاردن، 2000، ص102.

الذي تناول الحاجات النفسية والاجتماعية المقدمة للمريض ، وقد تدرجت الأسئلة من السهل إلى الصعب ، ومن وجود الخدمة إلى النقائص في العبارات (1، 2، 3، 4، 5) ، ففي المجموعة الأولى من الأسئلة تم التطرق لجميع العبارات تقريبا من خلال التركيز على نوعية الخدمات الوقائية المقدمة ومدى كفايتها والتساؤل عن مدى فعالية الخدمة الاجتماعية في المستشفى من خلال التواصل بين الفاعلين الاجتماعيين والنفسانيين ، وكذلك الخدمة الصحية النوعية المتعلقة بظروف التمريض والأطباء.

**المحور الثاني:** موجهة من طرفنا وتطرقنا خلال أسئلة دليل المقابلة إلى طرح مجموعة من النقائص والمسائل المتعلقة بالحالة الصحية للمستشفى من خلال فقرات الحاجات الطبية والمهنية المعتمدة في أسئلة الاستبيان ، وقد كانت الأسئلة الموجهة عن طبيعة الإمكانيات والتجهيزات المعتمدة والجودة والوسائل المتوفرة انطلاقا من سلم العبارات (4، 5) ومدى ملاءمة الخدمة الصحية للوافدين من النساء والأطفال.

كما تم الاستفسار عن طبيعة الظروف وملاءمتها للمرضى من النساء والأطفال على التوالي من خلال الفقرات السابقة والذي قدمت من خلاله المديرية مجموعة من النقائص العادية غير المعرّقة للعمل الصحي في مصلحة النساء ومصلحة طب الأطفال على التوالي ، إضافة إلى توضيح أهمية الإنجازات المعتمدة ، وهذه الأسئلة مقتبسة من فقرات الاستمارة ، وتم أخيرا تقديم مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالأدوية ومدى ملاءمتها من حيث النوعية والكفاية اعتمادا على الفقرة رقم 28 في الاستبيان وتأثير كل ذلك على العمل الصحي وكانت الاجابة إيجابية لعدم غياب الأدوية وإنما طريقة استخدامها من طرف بعض الأطباء هي التي تحول دون وصول هذه الخدمة لكثير من المرضى (أطفال ، نساء) إضافة إلى التجديد الدوري والمستمر لكل ما يخص طبيعة الأدوية إلا في بعض الحالات الاستعجالية أو الخارجة عن سيطرة المستشفى أين يلجأ المريض إلى شراء الأدوية على حساب نفقته الخاصة.

**المحور الثالث:** إذا كان المحورين السابقين في الخدمة الاجتماعية الصحية ضمن التصنيف العلاجي والوقائي ، فإن هذا المحور الأخير في قائمة التوعوي الثقافي أي مدى اعتماد المستشفى على الثقافة الصحية والنوعية لإحداث التنمية وتحقيق الحاجات الطبية والتوازن بين المريض طالب الخدمة والمستشفى والطاقم الطبي مقدم هذه الخدمة. وبالاعتماد على فقرات استمارة المقابلة (6، 7، 8) المتعلقة بالإعلام والتوجيه من طرف المؤسسة الوقائية فإن المديرية أرجعت غياب هذه الآلية إلى عدم وجود استراتيجية واضحة في القطاع إلا فيما يتعلق بالإعلانات والملصقات المكتوبة ، والتي لا يعيرها المريض (حسب قولها) أي اهتمام لغياب الثقافة الصحية في المجتمع التي يتحملها المستشفى وكل مؤسسات المجتمع المدني (مدرسة، أسرة، إعلام...) ، وأن التخطيط

الاستشفائي يدرس مستقبلا تواجد مكاتب داخل المؤسسة للتوجيه والإرشاد والمتابعة الاجتماعية والصحية ضمن مخطط الوزارة الوصية.

أما فيما يتعلق بالحالات الاجتماعية الخاصة وعلى رأسها (أطفال مجهولي النسب) وحالات مرض الفقر ، فإن المقابلة أسفرت عن توضيح مجموعة من النقاط أهمها الإحالة على الطيبة المكلفة بالمتابعة الصحية والاجتماعية للمرضى من خلال اطلاعنا على مجموعة من التقارير المتعلقة بهذه الحالات وتاريخ المرض وطبيعة وكيفية التعامل معه، وبذلك يتم المتابعة خارج المستشفى بإبقاء حلقة الوصل بين المريض والمؤسسة إلى غاية التماثل التام للشفاء وهذا في إطار السؤال رقم (35) في الاستمارة.

أضافت المديرية أن المؤسسة تتيح كل امكانياتها لجميع المرضى دون استثناء أو تمييز لتحقيق الجودة والتنمية الصحية غير أن المؤسسة وحدها غير قادرة وتحتاج إلى الدعم والتنسيق مع مختلف المؤسسات والهيئات الأخرى ، كما أن الامكانيات الحالية (المديرية معقبة) غير كافية وتحتاج لمزيد من الدعم والمتابعة والتقييم الدائم.

#### المقابلة الثانية:

في يوم 03 فيفري 2017 تم التوجه للمستشفى العام "بوزيدي" المتواجد على مستوى الولاية ، وبالضبط إلى خلية الإعلام والتوجيه بجناح مرضى الأورام (السرطان)، أين تم مقابلة الأخصائي الاجتماعي "عبد الرزاق ابو عبد الله" صباحا ووجهنا له مجموعة من الأسئلة المعدة مسبقا وفق محاور الاستمارة واعتمادا على خبراته الميدانية في الصحة لأنه كان خارج ميدان الدراسة.

وكانت أسئلة المحور الأول تتعلق بمجموعة البيانات العامة كالخبرة والمستوى التعليمي ومدة التكوين والتخصص، حيث كانت معظم الأسئلة الموجهة اعتمادا على المحور الأول فقط للاستمارة والمتعلق بالخدمات النفسية والاجتماعية ومدى تحقيق الحاجات الصحية في المؤسسة الصحية من طرف الأخصائي الاجتماعي ، فكانت الإجابات متقاربة وبسيطة بحكم تكوين الأخصائي والمستوى التعليمي المتوسط وعدم اعتماده على الخدمة الاجتماعية للتكوين ، إضافة إلى اعتماده على مجموعة اللوائح والقواعد المتعلقة بالعمل المقتصر على التدخل الاجتماعي والمتابعة الاجتماعية (الدور التوجيهي) دون الاعتماد على مخرجات العمل الصحي الحقيقي للأخصائي الاجتماعي، وبالتالي يبقى دور تكميلي وليس محوري في العملية الصحية للافتقاد لثقافة الخدمة الاجتماعية والصحية والنفسية، ومن خلال هذه المقابلة تم التأكد من عدم فعالية الأخصائي من خلال الدور المنوط به الذي لا يعتمد كثيرا على المؤهلات والخبرة والتكوين بقدر اعتماده على مركزية الإدارة والدور

الوظيفي ، مع غياب الكثير من الإمكانيات التكنولوجية والإمكانيات المتاحة داخل المؤسسة الصحية ، وغياب التنسيق مع الإدارة والمسؤول والاكتفاء بتقديم الخدمة دون متابعة وفعالية لازمة.

### المقابلة الثالثة:

في شهر مارس 2017 أجرينا ضمن جدولنا الزمني آخر مقابلة مع الأخصائيين النفسيين التابعين للمؤسسة الصحية الاستشفائية (الأم والطفل) ميدان الدراسة، كانت المقابلة بعد تحديد موعد خلال فترة زمنية قدرت بأسبوع ومقابلة دامت حوالي ساعتين صباحاً، حاولنا خلال هذه المقابلة إعطاء كامل الحرية للمبحوث من أجل إبداء رأيه فيما يتم طرحه من أسئلة حول محوري الاستمارة الأول والثاني ، فبعد تقديم أسباب المقابلة وتفهم المبحوث للأسباب كان التفاعل الإيجابي حاضراً بين الأخصائيين النفسيين ، حيث تم في البداية محاولة التواصل عن طريق أخذ مجموعة من البيانات العامة كالمهنة وعدد سنوات الخبرة والمستوى التعليمي والتخصص، وتم توجيهه (10) سؤالاً للأخصائيين النفسيين ، حيث كانت الأخصائية الأولى والثانية في نفس المستوى التعليمي (جامعي) ونفس التخصص (علم النفس العيادي) مع فارق سنة في الخبرة لكل واحدة أس 9 سنوات و 8 سنوات.

ففي المحور الأول من الاستمارة المتعلق بالخدمات النفسية والاجتماعية المقدمة في المؤسسة الوقائية عن أهم الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي تجاه المرضى من النساء قبل وبعد الولادة خاصة الحالات الخاصة رغم ضعف التكوين في التخصص ، وذلك من خلال الإجابات السطحية ، وغياب أمثلة عن الحالات التي يتم التكفل بها والطرق المستخدمة في ذلك.

وهو ما يؤكد السؤال المتعلق بالدورات التكوينية للأخصائي داخل وخارج المؤسسة ، حيث نفت الأخصائيين وجود دورات تكوينية وهو ما عبر عنه أسئلة المقابلة رقم (6، 7) في سبل تقديم خدمات وظيفية تعتمد على الخبرة والممارسة الروتينية العادية وذلك ما أدى بنا إلى التطرق لأهم النقائص والإمكانيات المتاحة في المؤسسة خاصة فيما يتعلق بالظروف والخدمات ، حيث غابت الإمكانيات والتجهيزات والاهتمام بالأخصائي حسب سؤال المقابلة رقم (8) ، إلا فيما يتعلق بالكراسي والمكتب فهم لا يشاركون في البرامج الصحية لا من خلال الاقتراحات ولا من خلال الصياغة لغياب التنسيق ومركزية القرار في المؤسسات الصحية في إطار السؤال الأخير من محور الاستمارة الأول.

وقد تطرقنا في سؤال المقابلة الموالي إلى أهم الحالات التي يتدخل فيها الأخصائي النفسي والصعوبات الموجودة.

أشارت الإجابات من كلى الطرفين إلى التدخل في جميع الحالات خاصة حالات المرض المؤثرة على الحالة النفسية كمرض السكري والسرطان وبعض الحالات الاجتماعية من خلال المتابعة والمرافقة.

وفي إطار السؤال الخامس (5) المقتبس من الاستمارة عن أهمية التنسيق بين الطبيب والمريض والأخصائي أشارت الإجابات إلى غيابه إلا في بعض الحالات وليست دورية أو علمية.

هذا فيما يتعلق بالمحور الأول ، أما المحور الثاني من الاستمارة فيتعلق في عمومه بالإمكانيات والظروف المهنية للأطباء ، غير أننا أردنا أخذ وجهة نظر الأخصائي النفساني الذي يتعامل مع الطاقم الطبي في بعض الحالات والمرضى المتواجدين في أقسام يشرف عليها الكادر الاستشفائي.

وورد ذلك في آخر سؤال عن إمكانية وضع بعض الاقتراحات والتوصيات ؛ فكانت الإجابات هي ضرورة إيصال أفكارنا واقتراحاتنا لأصحاب القرار في مقدمتهم المدير والدورات التكوينية التي يحتاجها الأخصائي في المجال لنقص الكفاءة وزيادة التكفل بالحالات المستعصية ، وهو ما يشير إلى غياب الاهتمام الحقيقي بوظائف الخدمة الاجتماعية والنفسية التي على رأسها الأخصائي النفساني والاجتماعي ، وغياب رؤية واضحة عن الإمكانيات والأهداف التي يجب تسطيرها في إطار استراتيجية الصحة النفسية والاجتماعية قبل الجسدية أي الوقائية للوصول إلى التنمية الصحية.

### ج-الاستمارة:

تعد الاستمارة أو الاستبيان من أهم الأدوات المنهجية لجمع المادة العلمية والبيانات المتعلقة بميدان البحث خاصة في العلوم الإنسانية والاجتماعية الوصفية، وتعرف على أنها : " وسيلة أو أداة لجمع البيانات من المبحوثين بواسطة استمارة الاستبيان تتكون من مجموعة من الأسئلة المعدة مسبقا والمطلوب من المبحوث الإجابة بنفسه عليها مع عدم وجود الباحث أثناء الإجابة وهي أنواع عديدة<sup>1</sup>. تصمم حسب طبيعة البحث والأهداف المراد تحقيقها ، تتنوع بين الاستمارة المغلقة الأسئلة والمفتوحة، والمباشرة وغير المباشرة.

وقد استخدمنا في هذه الدراسة استمارة قياس الاتجاهات معتمدين على طريقة القياس "ليكارث الثلاثي" الاستجابات في صورة آراء واتجاهات وإجابات عينة البحث بثلاث درجات رئيسية موافق، متردد، غير موافق ، والمتردد هي لفظ محايد أو لا يمتلك الإجابة ، والدرجات المرتفعة تدل على الاتجاهات الموجبة بينما الدرجات المنخفضة تدل على الاتجاهات السالبة ، وذلك بجمع فقرات المقياس لتحديد الاتجاهات العامة للمبحوث ، وتتميز هذه المقاييس بالسهولة والقدرة على جمع المادة العلمية لأنها تعتمد على إجابات مسبقة

<sup>1</sup> مدحت أبو النصر: مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية ، المرجع السابق، ص181.

تساعد عينة البحث في التفكير وتعطيهم وسيلة سهلة للإجابة معدة مسبقا بالاعتماد على التراكم النظري الخاص بالموضوع والدراسة الاستطلاعية وبعض الدراسات السابقة التي تتشابه مع فرضية البحث.

#### المقياس الأول: الحاجات النفسية والاجتماعية (الخدمات الوقائية).

الاستمارة الخاصة بقياس الحاجات النفسية والاجتماعية لدى الأطباء والمرضى (الخدمات الوقائية) تمكن الباحث من صياغة (11) فقرة يمكن أن تقيس اتجاهات المرضى والأطباء نحو الخدمة الوقائية من خلال توفر الحاجات النفسية والاجتماعية ، كما تم الاستعانة باستمارة أخرى موجهة إلى مصلحة طب الأطفال غير أننا ألغيناها في آخر لحظة وذلك بعد توجيه مجموعة من المحكمين لسحب الاستمارة التي قد تحدث خللا في الموضوع ، وبعد تشاور وتجاوز تم بالفعل التخلي عن الاستمارة التي كانت تحمل طابع علاجي تغذوي، ولكن تم الاستفادة منها لاحقا من خلال الاعتماد على النتائج التي خرجنا بها نحو نوعية الخدمة ومدى توفرها في المصلحة.

وبالعودة إلى هذه الاستمارة الرئيسية المعتمدة في شكلها النهائي ، فإنها خضعت هي الأخرى لعدد من التعديلات اللغوية والصياغة قبل توزيعها لتفادي مغالطة المبحوث أو سوء فهمه

#### الجدول رقم (14) : مؤشرات وعبارات الحاجات النفسية والاجتماعية

المؤشرات	العبارات
الحاجات النفسية	1، 3، 4، 5، 7، 8، 9، 11
الحاجات الاجتماعية	2، 6، 10

من إعداد الباحث

وعموما فإنه لا يمكن فصل الخدمات الوقائية النفسية والاجتماعية إلا من خلال تحديد الحاجيات منهجيا ، لأن ما هو نفسي له سبب ونتيجة اجتماعية وما هو اجتماعي له تأثير وسبب نفسي.

#### المقياس الثاني: الحاجات الطبية والمهنية (الخدمات العلاجية).

فيه هذا المحور تمكن الباحث من صياغة (17) فقرة لقياس مدى توفر وكفاية الخدمات العلاجية الطبية والمهنية من وجهة نظر المرضى والأطباء وتأثيرها في التنمية الصحية ميدان الدراسة ، وكانت بعض الفقرات تحتاج إلى الحذف والبعض الآخر إلى إعادة الصياغة من الناحيتين اللغوية والعلمية ، وبعد تمرير الاستمارة على المحكمين المتخصصين في علم الاجتماع والأخذ بتوجيهاتهم وتعديلاتهم قام الباحث بما يلي:

- ادماج الفقرات المتشابهة وحذف البعض.
- إعادة صياغة بعض الفقرات صياغة مفهومة للمبحوث.

وفقرات المحور في هذه الاستمارة يبدأ من العبارة (12) إلى غاية العبارة (28) حاولنا خلالها تغطية الخدمات العلاجية والمهنية التمريضية والطبية من وجهة نظر المبحوثين وذلك من أجل قياس الخدمة من حيث التوفر والتنوعية والكفاية ، فكلما توفرت عناصر الجودة ووسائل العمل وظروف العمل والخدمة الصحية المهنية كلما كانت مؤشرات واحصائيات الرضا والموافقة وهو ما يؤثر على المرضى من النساء والأطفال وعلى العملية الصحية بأكملها وهذه الخدمات ليست فقط مرتبطة بالجانب الصحي العضوي (العلاجي) ولكن بالجانب الاجتماعي الذي يؤثر ويتأثر بالحالة الصحية المقدمة للمريض، ولذلك فالعبارات لم تركز فقط على التجهيزات والوسائل والعتاد الفني للعملية الصحية بل ربطت ذلك بنوعية الطاقم الطبي والعملية التنظيمية والميكلمية وكذا بيئة العمل والخدمة ، إضافة إلى توفير الأدوية وخدمات التغذية الصحية ، فبرغم مشاكل القطاع الصحي إلا أن الإحصائيات تشير إلى تحسن في توفير الإمكانيات المادية والبشرية التي كانت في السابق تشكل أحد مشاكل القطاع الأمر الذي يؤثر سلبا على تغطية الخدمات الصحية في الجزائر ، ولكن بالرغم من هذا التحسن على مستوى الموارد البشرية ، من حيث الكم غير أنه تبقى جملة من المشاكل المتعلقة بالقطاع مرتبطة بهذا العنصر سواء من حيث التكوين أو العلاقات الاجتماعية (التعامل مع المريض) أو المشاكل الأخرى المرتبطة التي تعيق وصول الخدمات الصحية وهو ما تشير إليه فقرات الاستمارة في هذا المحور ، حيث تم تأكيد وجود هذه المشاكل في ميدان الدراسة ، واتجاه الموافقة يعني ذلك ، أما إن توصلت النتائج إلى عكس ذلك فهو يعني عدم صحة الفرضية ؛ أي الإقرار بوجود الخدمات من طرف أهم عنصر في الخدمة الصحية العلاجية (الطبيب).

### المقياس الثالث: الحاجات التوعوية والثقافية.

آخر المقاييس في الاستمارة وهو يغطي محور الحاجات الوقائية والتوعوية أي الثقافية، بمعنى مدى وجود الثقافة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية ، ويحتوي هذا المحور على (08) عبارات رئيسية تمتد من العبارة (29) إلى غاية العبارة (36) في سلم المقياس الثلاثي (ليكارت) ، وهتم هذه العبارات التي هي فيشكل تساؤلات بالوسائل المستخدمة في رفع الوعي الطبي ونشر الثقافة الصحية سواء السمعية أو البصرية أو الإعلامية، وكذلك المكاتب الخاصة في الإرشاد ومدى مساهمتها في تخفيف حالات المرض في الصحة العمومية بما توفر من وسائل معلوماتية وأهداف استراتيجية للمؤسسات الوقائية في مقدمتها ( الأم والطفل) .

إن الهدف من التثقيف الصحي هو خلق وعي وإدراك لدى الناس من أجل العمل على تحسين الأوضاع الاجتماعية والصحية ، وسعيا لرفاهية الفرد والمجتمع، وعلينا أن نعرف أنه لا يمكن لأهداف التثقيف الصحي أن تتحقق بدون مشاركة فاعلة من المواطنين<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> حسين عبد الرزاق الجزائري: تمريض صحة المجتمع ، المرجع السابق، ص106.

إن اختيارنا للثقافة الصحية نابع من اعتقادنا بأهمية هذه الخدمات ودورها في صحة الفرد من الناحية النفسية ومن الناحية السوسولوجية حيث المعتقدات والقيم التي تؤثر قبل الأجهزة الطبية والعلاج العضوي في استخدامات الخدمات الصحية في حقل تمرير صحة المجتمع، حيث على الطبيب والممرض الأخذ بهذا العنصر المهم بأن لكل مستفيد من الخدمة الصحية ثقافته وسلوكه الخاص، وكلما تم فهم هذا السلوك وإيصال رسالة الخدمات الصحية في شكلها الإعلامي والثقافي كلما كانت العملية الصحية شاملة وسهلة الوصول والقبول، والعكس صحيح، فالثقافة هي تحديد لنمط سلوكيات الأفراد والمجتمعات وتشعر الإنسان بالاستقرار والأمان، حيث توحد الاتجاهات والأفكار نحو الخدمة، وبذلك تسهل وصولها وتساهم في فعاليتها، على عكس تعدد الثقافات خاصة المتعلقة بالطب غير الرسمي فهي تسهم في تشتيت جهود الخدمة الصحية والقائمين عليها من الأطباء والممرضين والمسؤولين الإداريين.

وعلى ممرض الصحة في المستشفى والمجتمع الذي يريد ان يقدم رعاية ترميضية فعالة ومؤثرة للمستفيدين أن يلم بمعتقدات وقيم وممارسات المستفيدين بشكل عام، وفيما يخص الصحة والمرض بشكل خاص من خلال التقييم الثقافي وأن يقدم الرعاية الترميضية آخذا بعين الاعتبار مبادئ تمرير صحة المجتمع في نطاق التعدد الثقافي<sup>1</sup>.

إن إشباع الحاجات الصحية المتعلقة بالوعي والثقافة لا تقع على عاتق الأخصائي الاجتماعي، أو الطبيب والممرض الصحي، بل هي مسؤولية جماعية داخل مؤسسة الصحة العمومية وخارج النسق الصحي بحيث تعتبر في النهاية كل ما يقدمه المستشفى من خدمات في معظمها تأتيه على شكل مخرجات، فالطبيب مثلا هو أحد مخرجات الجامعة والتكوين، أي أنه كان خارج نسق الصحة، وكذلك الإعلام الصحي، والثقافة الصحية التي هي جزء لا يتجزأ من العملية في إطار العمل التنموي الشامل، وعليه لا يمكن التركيز فقط على نسق أو حتى قطاع دون الانفتاح على الخارج، والتنسيق مع الجميع هو من يضمن شمولية وسلامة العملية الصحية والتثقيف الصحي من العيوب.

وعموما هناك طريقتان رئيسيتان هادفتان يمكن للمثقف الصحي القائم على الرعاية الصحية من خلالها أن يوصل الرسالة التثقيفية للمستخدمين الصحيين أو طالبي الخدمة الصحية بكافة أشكالها (النفسية، المهنية، الثقافية التوعوية) وهما الاتصال المباشر والاتصال غير المباشر، حيث سنفصل في هذين العاملين لعلاقتهما بمسار المحور الأخير مقياس الحاجات التوعوية والثقافية من وجهة نظر سوسولوجية.

<sup>1</sup> حسين عبد الرزاق الجزائري: المرجع السابق، ص 203.

الاتصال المباشر: ويعتمد على شخصية المثقف الصحي سواء كان طبيباً أو ممرضاً من خلال أسلوبه ومهاراته وتدريباته ، يكون في العادة على شكل مقابلة أو مواجهة ترميضية بين القائم على هذه الخدمة ومستقبلها ، سواء كانت فردية أو جماعية فالمواجهة الفردية هي أن يلتقي المثقف الصحي بأي شخص مريض أو زائر داخل المؤسسة الصحية ويقدم له المعلومات والأسس المنهجية وطرق الوقاية من المرض بأسلوب المحادثة الشفهية المواجهة ، عادة ما يكون هناك حوار ونقاش وطرح الأسئلة والإجابة عنها.

أما المواجهة الجماعية فهي أن يلتقي المثقف الصحي مع مجموعة من الناس ، ويلقى عليهم محاضرة ، أو ندوة أو حوار أو مناقشة حول أسس الرعاية الصحية وأسس الوقاية من الأمراض<sup>1</sup>.

الاتصال غير المباشر: وهي عملية اتصال المثقف الصحي بطريقة غير مباشرة مثل استخدام وسائل الإعلام المختلفة ؛ كالمصورات والملصقات ، المعارض ، الراديو، التلفاز، الأنترنت وهي وسائل فعالة لإيصال الثقافة الصحية للمجتمع الذي من الممكن أن يتلقى الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية، وبالتالي تكون له نظرة وثقافة خاصة يتفاعل مع ثقافة المستشفى دون تصادم وصراع .

والدراسة الاستطلاعية الميدانية مكنتنا من الوقوف على هذا العنصر من خلال الملصقات الدورية المتعلقة بأمراض الولادة والأمراض الموسمية لكنها غير كافية ، فمؤسسة الأم والطفل ميدان الدراسة مثلاً لا توجد لها صفحة على الأنترنت أو الفضاء الإلكتروني ما يمكن في البحث عن أهداف وخدمات المؤسسة ، كما أن البرامج الصحية المتبناة هي الأخرى غير واضحة ، ما يعزز غياب الثقافة أو عنصر التثقيف الصحي الذي في مقدمته التعريف بأبسط الخدمات للمجتمع والباحثين في هذا القطاع.

إن العبارات الثمانية في سلم (ليكارث) محاولة لتغطية الخدمة الاجتماعية الصحية الموجودة في المستشفى ميدان الدراسة من خلال عينة البحث المحددة والمتمثلة في الأطباء والمرضى المتواجدين على مدار الساعة في الخدمة واستخدمنا للعبارات (08) القليل نسبياً راجع للافتراض الأول بعدم وجود خدمات اجتماعية ، إضافة إلى الخدمات التثقيفية في كافة جوانبها.

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح، أيمن سليمان مزاهرة: الثقافة الصحية ، المرجع السابق، ص22.

جدول رقم (15) : يوضح تصميم الاستبيان العام:

العبارات	الخدمات الاجتماعية والنفسية (الوقائية)	الخدمات الطبية والمهنية (العلاجية)	الخدمات التوعوية والثقافية
العدد	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11	12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28	29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36
من إعداد الباحث	المجموع	36	

وبعد استكمال الإشارة لابد من اختبارها من حيث الصدق والثبات للتحقق من صلاحيتها وقدرتها على قياس الظاهرة ، حيث أن الصدق يشير إلى درجة استقلالية الإجابات عن الظروف العرضية للبحث، ومن ثمة مدى صلاحية البيانات للقياس ، ذلك أن الصدق مرتبط أساسا بقابلية تكرار التجارب والاستكشافات العلمية ولن يتأني إلا بالمعينة وأدوات جمع البيانات ومعالجة إحصائية مناسبة أما الثبات فيشير إلى الانتظام أو الحد الذي تم فيه فهم نتائج المقياس فهما صحيحا ، أي مدى دقة النتائج وعلو درجة التوافق في حالة تكرارها في وقت آخر من طرف باحث آخر أو عينة أخرى ومن ثمة قابلية تعميمها<sup>1</sup>.

والصدق يتم عموما اعتمادا على مجموعة من المحكمين من الأساتذة والمختصين أو الخبراء الميدانيين المرتبطتين التدريس والمشهود لهم بالكفاءة في عدد لا يتجاوز العشرة، أما الثبات فيعتمد على حساب معامل الثبات عن طريق الاختبار وإعادة الاختبار ، لأداة جمع البيانات على عينة البحث من خلال المعاملات والارتباطات المعروفة كمعامل بيرسون ، والفاكرونباخ...<sup>2</sup>

-اختبار صدق وثبات الدراسة:

**الصدق الظاهري :** الصدق كالثبات ولكن الصدق أولى منه لأنه قد تكون الدراسة ثابتة ولكنها غير صادقة وهو أنواع عديدة الصدق الظاهري والصدق التنبؤي ، وصدق المحتوى ، الصدق التجريبي ، وعادة ما يستخدم الباحثون الصدق الظاهري (صدق المحتوى) والصدق التجريبي ، ومع الانتهاء من تصميم الاختبار أو القياس يعرض على مجموعة من الخبراء والمحكمين للاستفادة من آرائهم ، ولزيادة الاطمئنان على ترتيب الأسئلة ومحاور

<sup>1</sup> فضيل دليو: معايير الصدق والثبات في البحوث الكمية والكيفية، مجلة العلوم الاجتماعية، كلية علوم الإعلام والاتصال، قسنطينة2، العدد 83، 19 ديسمبر 2014،

<sup>2</sup> مدحت أبو النصر: مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية ، المرجع السابق، ص198.

الاستمارة ودقتها وفقا لأهميتها وأسلوبها المنهجي من خلال تعديل الصياغة وتصحيح العبارات ووضعها في الصورة العلمية الصحيحة<sup>1</sup>.

وفق هذه الرؤية العلمية لصدق الدراسة أو الظاهرة محل الدراسة تم الاستعانة بمجموعة من المحكمين الباحثين في ميدان علم الاجتماع من أجل الاستفادة من خبراتهم ووجهات نظرهم والتحقق من مدى صحة الأسئلة وتوازن المحاور وطرق الصياغة الفنية والمنهجية ، ومدى تغطية المحاور لعناصر البحث وعلى اثر ذلك اعتمدنا على هذه المجموعة المختلفة التخصص والرتب العلمية في الاستبيان:

جدول رقم (16): يوضح قائمة بأسماء الأستاذة المحكمين الذين تم اعتمادهم لقياس الصدق الظاهري للاستبيان

الرقم	اسم ولقب المحكم	الجامعة المنتمي إليها	الرتبة العلمية	الاختصاص
01	محمود قرزيز	جامعة محمد البشير الإبراهيمي البرج	أستاذ التعليم العالي	تنظيم وعمل
02	حاج كولة غنية	جامعة محمد البشير الإبراهيمي البرج	أستاذ محاضر قسم أ	علم اجتماع الثقافي والتربوي
03	عبادة محمد	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر قسم أ	تسويق واقتصاد
04	بلقاسم الحاج	جامعة محمد البشير الإبراهيمي البرج	أستاذ محاضر قسم أ	علم الاجتماع
05	عوارم مهدي	جامعة محمد البشير الإبراهيمي البرج	أستاذ محاضر قسم أ	علم الاجتماع
06	نظرة ميلاط	جامعة محمد البشير الإبراهيمي البرج	أستاذ محاضر قسم أ	علم اجتماع تسير وتنمية الموارد البشرية

المصدر: من إعداد الباحث.

الصدق البياني:

جدول رقم (17): يوضح الصدق البياني لعينة الدراسة.

المحاور	العبارات	الارتباط	المعنوية
الحاجات النفسية والاجتماعية	العبارة 01	,584	0.000
	العبارة 02	,639	0.000
	العبارة 03	,337	0.000
	العبارة 04	,329	0.000
	العبارة 05	,631	0.000
	العبارة 06	,666	0.000
	العبارة 07	,557	0.000

<sup>1</sup> فاطمة عوض صابر ، مرفت علي خفاجة: أسس ومبادئ البحث العلمي ، ط1، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية ، مصر ، 2002، ص168.

0.000	,650	العبارة 08	الحاجات الطبية والمهنية
0.000	,728	العبارة 09	
0.000	,395	العبارة 10	
0.000	,370	العبارة 11	
0.000	,463	العبارة 12	
0.000	,620	العبارة 13	
0.000	,657	العبارة 14	
0.061	,181	العبارة 15	
0.170	,133	العبارة 16	
0.000	,365	العبارة 17	
0.000	,386	العبارة 18	
0.000	,589	العبارة 19	
0.000	,524	العبارة 20	
0.002	,292	العبارة 21	
0.000	,573	العبارة 22	
0.000	,712	العبارة 23	
0.000	,379	العبارة 24	
0.138	,144	العبارة 25	
0.000	,480	العبارة 26	
0.000	,498	العبارة 27	
0.008	,254	العبارة 28	
0.000	,533	العبارة 29	الحاجات الوقائية والتوعوية
0.001	,306	العبارة 30	
0.000	,566	العبارة 31	
0.000	,522	العبارة 32	
0.000	,713	العبارة 33	
0.000	,714	العبارة 34	
0.001	,328	العبارة 35	
0.000	,501	العبارة 36	

–الثبتات:

جدول رقم (18): يوضح معامل الثبات لعينة الدراسة.

ألفا كرونباخ	المحاور
74.9	الحاجات النفسية والاجتماعية
69.1	الحاجات الطبية والمهنية

## الوثائق والسجلات:

من أهم الأدوات التقنية لجمع البيانات والمصادر الأصلية التي تختصر الوقت والجهد والتمن ، بحيث تمكن الباحثين من جمع المعلومات المتعلقة ببحثهم في أقصر وقت وتكلفة وتمكنهم من الاستعانة بالمصادر والملفات بشكل يسمح باستقصاء المعلومات والاحصائيات بطرق موثقة ومعتمدة من طرف الهيئات والمنظمات والمجلات والمؤسسات المختلفة الرسمية التي تجمع الوقائع والأحداث التي لها علاقة بالبحث والكامنة في تقارير ومخرجات مؤتمرات وندوات ولقاءات منبثقة عن هيئات ومنظمات عالمية ومحلية كالمجلة الرسمية وما تصدره من مراسيم تتعلق بالصحة وطبيعة سير نشاطها ، وكذلك منظمات حقوق الإنسان ومنظمات الصحة والبنك الدولي التي يمكن الاعتماد عليها في الدراسة خاصة منظمات اليونسكو والفاو والصحة العالمية واليونسيف ومناشيرها الموثقة على صفحات الأنترنت والمجلات الإلكترونية ، كما أننا تمكنا من الحصول على عدة وثائق واحصائيات صادرة عن مكتب التنمية البشرية المتواجد بالإدارة المؤسسة للصحة وكذلك توجيهات مديرية الصحة العمومية بولاية برج بوعرييج ، إضافة إلى العديد من السجلات والوثائق التي أطلعنا عليها أثناء وبعد الدراسة الاستطلاعية أو المعاينة.

## أساليب المعالجة الإحصائية:

للتأكد من نجاعة المقياس وصدق وثبات الاستمارة ، وصدق الفرضيات لابد من أننا استخدمنا أساليب إحصائية جيدة وضرورية من أجل معالجة البيانات الميدانية إحصائيا لتفريغها بطريقة علمية وحفاظا على مصداقية النتائج والأهداف وهذه بعض أدوات القياس والأساليب الإحصائية المستعملة:

- النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

- درجة المعنوية ومعامل الثبات ألفا كوناخ .

- اختبار "كريسكال واليس . " وستودنت "

- اختبارات الصدق والثبات وهي ضمن حزمة الاختبارات العلمية و اللامعلمية

كما استعان الباحث ببرنامج النظام الإحصائي للعلوم الإنسانية والاجتماعية إصدار (22) للوصول إلى الفروق بين المتغيرات الديموغرافية (السن، الجنس، الخبرة) وعبارات الاستمارة.

خلاصة:

تم التعرض إلى الإجراءات المنهجية في الدراسة بهدف إضفاء مزيد من الوضوح والجلء على الظاهرة المدروسة والتحكم المنهجي في عناصرها ووجهة البحث الميدانية ، حيث يمثل هذا الجزء حلقة وصل أو طريق ممدد للانتقال من الجانب النظري والمنهجي إلى الجانب الميداني وتحويل البيانات والمعلومات الكيفية إلى كمية ، حيث أن مختلف الإجراءات المتعلقة بمجتمع الدراسة وعينة البحث واستهدافها زمنيا وجغرافيا وبشريا من خلال أدوات محددة تحديدا علميا ودقيقا. بما يصطلح عليه بأدوات جمع البيانات أو أساليب المعالجة التطبيقية والاحصائية يضيفي صبغة علمية ومنهجية على البحث والدراسة ومن ثم يفتح الباب أمام عرض الظاهرة الملموسة وتفسيرها وتحليلها واستخلاص النتائج منها.

# الفصل السابع

## عرض وتحليل ومناقشة بيانات الدراسة

أولاً-تحديد اتجاه بيانات العينة

ثانياً-عرض نتائج البحث ومناقشتها وفق الفرضيات

ثالثاً-نتائج البحث ومناقشتها وفق المقابلات الرئيسية

رابعاً-نتائج البحث ومناقشتها وفق الدراسات السابقة

والمقاربات النظرية

خامساً-اقتراحات وتوصيات

أولاً-تحديد اتجاه بيانات العينة:

جدول رقم (19): الإحصائيات الخاصة باتجاهات عينة الدراسة.

المحاور	العبارات	موافق	متردد	غير موافق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه العام
الحاجات النفسية والاجتماعية	العبارة 01	75.0	00	25.0	1,50	,870	الموافقة
	العبارة 02	53.7	8.3	38	1,84	,949	الموافقة
	العبارة 03	63.0	17.6	19.4	1,56	,800	الموافقة
	العبارة 04	81.5	4.6	13.9	1,32	,708	الموافقة
	العبارة 05	78.7	11.1	10.2	1,31	,651	الموافقة
	العبارة 06	63.0	13.0	24.1	1,61	,852	الموافقة
	العبارة 07	89.8	5.6	4.6	1,15	,470	الموافقة
	العبارة 08	71.3	9.3	19.4	1,48	,803	الموافقة
	العبارة 09	67.6	11.1	21.3	1,54	,825	الموافقة
	العبارة 10	79.6	14.8	5.6	1,26	,553	الموافقة
	العبارة 11	63.9	16.7	19.4	1,56	,801	الموافقة
الحاجات الطبية والمهنية	العبارة 12	86.1	8.3	5.6	1,19	,520	الموافقة
	العبارة 13	78.7	12.0	9.3	1,31	,633	الموافقة
	العبارة 14	60.2	21.3	18.5	1,58	,787	الموافقة
	العبارة 15	69.4	11.1	19.4	1,50	,803	الموافقة
	العبارة 16	78.7	7.4	13.9	1,35	,715	الموافقة
	العبارة 17	89.8	6.5	3.7	1,14	,442	الموافقة
	العبارة 18	82.4	10.2	7.4	1,25	,582	الموافقة
	العبارة 19	63.9	34.3	1.9	1,38	,524	الموافقة
	العبارة 20	44.4	29.6	25.9	1,81	,822	الموافقة
	العبارة 21	47.2	23.1	29.6	1,82	,863	الموافقة
	العبارة 22	86.1	9.3	4.6	1,19	,496	الموافقة
	العبارة 23	75.0	11.1	13.9	1,39	,721	الموافقة
	العبارة 24	86.1	12.0	1.9	1,16	,414	الموافقة
	العبارة 25	69.4	22.2	8.3	1,39	,639	الموافقة
	الحاجات الوقائية والتوعوية	العبارة 26	70.4	14.8	14.8	1,44	,740
العبارة 27		54.6	15.7	29.6	1,75	,887	الموافقة
العبارة 28		42.6	13.0	44.4	2,02	,937	الموافقة
العبارة 29		63.0	15.7	21.3	1,58	,822	الموافقة
العبارة 30		92.6	4.6	2.8	1,10	,385	الموافقة
العبارة 31		75.9	21.3	2.8	1,27	,504	الموافقة
العبارة 32		77.8	5.6	16.7	1,39	,759	الموافقة
العبارة 33		59.3	17.6	23.1	1,64	,837	الموافقة
العبارة 34		50.0	36.1	13.9	1,64	,716	الموافقة
العبارة 35		86.1	10.2	3.7	1,18	,470	الموافقة
العبارة 36		80.6	7.4	12.0	1,31	,679	الموافقة

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

يتبين من الجدول رقم (19) بأن الاتجاه العام لأغلب العبارات للمحاور تتجه نحو الموافقة، ما عدى العبارة رقم 28 فاتجاهها نحو عدم الموافقة وتتعلق هذه العبارة بوجود الأدوية الأساسية لضمان تغطية الحاجات الطبية في المستشفى العمومي ما يؤكد على توفر الحاجات الدوائية وكانت النسبة المحصلة في هذا المحور بعدم الموافقة 44% وهي نسبة أقل من المتوسطة في مقابل حوالي 42% وهي نسبة معتبرة فالقراءة الإحصائية في عمومها تتجه إلى عدم الموافقة بنسبة محتشمة تفسر بغياب العلاقة مع مخبر الدواء وكذلك عدم التعرض لحالات فقدان الأدوية بشكل مستمر وهذه العبارة الوحيدة التي اتجهت لعدم الموافقة من بين كل العبارات . هذا ما يدل على وجود نقص مجمع عليه فيما يتعلق بمختلف الحاجات سواء النفسية والاجتماعية أو الطبية والمهنية وصولاً إلى الحاجات الثقافية والتوعوية ، وتلي العبارة رقم 2 بنسبة حوالي 53% كأقل عبارة إحصائية أي أنها تمثل ارتفاع المؤيدين للخدمة الاجتماعية الصحية من طرف الجميع وليس من طرف الأخصائي الاجتماعي فقط وتفسير هذه النتيجة مرده إلى عدم الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة وما أدى إلى الاعتماد على الطاقم الطبي وبعض خدمات الأخصائيين النفسانيين حسب تصريحاتهم في المقابلة التي أجريت معهم.

فالحاجات النفسية والاجتماعية حققت نسبة الموافقة بأعلى نسبة في العبارة رقم 7 بنسبة 89% وتمثل هذه العبارة حالات القلق وغياب الراحة النفسية لغياب التهيئة النفسية والاجتماعية وهو مؤشر خطير على غياب الثقافة الوقائية والمرافقة الاجتماعية من طرف الأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين وقد تكفي نسبة 89% فيما يدل ارتفاع نسبة المبحوثين في إجاباتهم على غياب الحاجات النفسية والاجتماعية

أما في ما يخص الحاجات الطبية والمهنية فقد حققت هي الأخرى الموافقة التامة بنسب عالية ماعدا ما تم الإشارة إليه في العبارة رقم 28، حيث أن ما نسبته 89% يمثل العبارة رقم 17 أي أن مقدم الخدمة المتمثل في الطاقم العلاجي والطبي لا يملك مرافق الراحة والاسترجاع وبالتالي يعمل تحت الضغط والإرهاق، وهذه المرافق الحيوية ضرورية في الخدمة المهنية الصحية وغيابها يؤدي إلى خلل في المنظومة الصحية مما يؤثر على صحة المرضى والمواليد من الأطفال والنساء، كما تلي العبارة رقم 22 بنسبة مرتفعة من العينة بالموافقة بلغت 86.1% وهي العبارة التي تشير إلى نقص عدد الأسرة في المستشفى وكذلك ما تعلق بنظام المناوبات غير المريح للأم والطاقم الطبي، كما وردت نفس النسبة في العبارة رقم 24 والمتعلقة بنقص الكوادر الطبية وبعض التخصصات المهمة في العمل الطبي والصحي، أما في ما يخص المحور الأخير المتعلق بالحاجات التوعوية والثقافية فإن ما نسبته 92% من رأي عينة البحث قد اتجهت إلى الإدلاء بعدم وجود مكاتب توعوية خاصة بتثقيف النساء والحوامل وهو ما تم الوقوف عليه أثناء الدراسة الاستطلاعية تليها نسبة 86.1% موافقة لغياب ثقافة صحية للمؤسسة وعدم التواصل مع أسر المرضى وذويهم، ما يؤكد الموافقة على العبارات بنسب عالية إلا في

## الفصل السابع عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

البعض أين بلغت العبارة 33 عدم الموافقة بنسبة 23% تتعلق بمخاطر الإلتلاف العشوائي للنفايات الطبية وتفسير ذلك وان قلت هذه النسبة راجع لعدم اهتمام عينة البحث بعمل المؤسسة غير انه غير ملزم للجميع أي البعض فقط .

أ- اختبار تجانس الاجابات حسب متغيرات الجنس و السن والخبرة:

1-الجنس: بعد تحديد اتجاه اجابات العينة محل الدراسة سيتم اختبار مدى تجانسها حسب الجنس المستقصى. نتائج اختبار "Kruskal-Wallis" مبينة في الجدول رقم (19).  
الجدول رقم (20): اختبار تجانس اتجاه اجابات عينة الدراسة لمتغير الجنس.

المحاور	العبارات	كاي <sup>2</sup>	مستوى المعنوية
الحاجات النفسية والاجتماعية	العبارة 01	4,045	0,044
	العبارة 02	1,293	0,255
	العبارة 03	0,122	0,727
	العبارة 04	3,393	0,065
	العبارة 05	3,237	0,072
	العبارة 06	1,322	0,250
	العبارة 07	14,548	0,000
	العبارة 08	0,262	0,609
	العبارة 09	6,067	0,014
	العبارة 10	3,768	0,052
	العبارة 11	6,527	0,011
الحاجات الطبية والمهنية	العبارة 12	4,222	0,040
	العبارة 13	9,483	0,002
	العبارة 14	1,471	0,225
	العبارة 15	0,277	0,598
	العبارة 16	2,276	0,131
	العبارة 17	3,419	0,064
	العبارة 18	0,487	0,485
	العبارة 19	0,001	0,976
	العبارة 20	5,237	0,022
	العبارة 21	0,174	0,677
	العبارة 22	6,099	0,014
	العبارة 23	1,093	0,296
	العبارة 24	1,678	0,195
	العبارة 25	4,298	0,038

0,490	0,006	العبارة 26	
0,946	0,005	العبارة 27	
0,077	3,132	العبارة 28	
0,375	0,788	العبارة 29	الحاجات الوقائية والتوعوية
0,780	0,078	العبارة 30	
0,360	0,838	العبارة 31	
0,400	0,708	العبارة 32	
0,537	0,381	العبارة 33	
0,215	1,54	العبارة 34	
0,163	1,949	العبارة 35	
0,089	2,897	العبارة 36	

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

يتبين من خلال الجدول رقم (20) وجود فروق دالة معنوية على مستوى بعض المؤشرات. فبالنسبة لمحور الحاجات الاجتماعية والنفسية يوجد فرق على مستوى العبارات 11-09-07-01 أما محور الحاجات المهنية والطبية يلاحظ وجود فرق على مستوى العبارات 25-22-20-13-12 بعبارة أخرى. أما محور الحاجات الوقائية والتوعوية لم يتم رصد أي فرق. على هذا الأساس يمكن القول بأن الجنس يلعب دوراً في التأثير على اتجاهات المستقصين على مستوى محوري الحاجات النفسية والاجتماعية والحاجات الطبية والمهنية.

2- السن: بعد تحديد اتجاه اجابات العينة محل الدراسة سيتم اختبار مدى تجانسها حسب سن المستقصى. نتائج اختبار "Kruskal-Wallis" مبينة في الجدول رقم (21).

الجدول رقم (21): اختبار تجانس اتجاه اجابات عينة الدراسة لمتغير السن.

مستوى المعنوية	كاي <sup>2</sup>	العبارات	المحاور
0,126	4,144	العبارة 01	الحاجات النفسية والاجتماعية
0,464	1,534	العبارة 02	
0,146	3,85	العبارة 03	
0,003	11,561	العبارة 04	
0,021	7,695	العبارة 05	
0,036	6,668	العبارة 06	
0,094	4,732	العبارة 07	
0,333	2,198	العبارة 08	
0,005	10,727	العبارة 09	

0,210	3,123	العبارة 10	الحاجات الطبية والمهنية	
0,110	4,407	العبارة 11		
0,273	2,596	العبارة 12		
0,532	1,262	العبارة 13		
0,594	1,04	العبارة 14		
0,203	3,186	العبارة 15		
0,107	4,467	العبارة 16		
0,479	1,471	العبارة 17		
0,242	2,836	العبارة 18		
0,146	3,844	العبارة 19		
0,303	2,391	العبارة 20		
0,039	6,513	العبارة 21		
0,278	2,557	العبارة 22		
0,894	0,225	العبارة 23		
0,260	2,69	العبارة 24		
0,868	0,284	العبارة 25		
0,000	16,611	العبارة 26		
0,001	13,226	العبارة 27		
0,015	8,438	العبارة 28		
0,003	11,754	العبارة 29		الحاجات الوقائية والتوعوية
0,937	0,131	العبارة 30		
0,078	5,092	العبارة 31		
0,002	12,451	العبارة 32		
0,022	7,631	العبارة 33		
0,000	15,907	العبارة 34		
0,257	2,716	العبارة 35		
0,146	3,846	العبارة 36		

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

يتبين من خلال الجدول رقم (21) وجود فروق دالة معنوية على مستوى بعض المؤشرات. بعبارة أخرى، يوجد فروقات في اتجاهات مختلف الفئات العمرية لبعض العبارات. فبالنسبة لمحور الحاجات الاجتماعية والنفسية يوجد فرق على مستوى العبارات 09-06-05-04، أما محور الحاجات المهنية والطبية يلاحظ وجود فرق على مستوى العبارات 28-27-26-21، أما محور الحاجات الوقائية والتوعوية يلاحظ وجود فروقات

## الفصل السابع عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

على مستوى العبارات 29-32-33-34، على هذا الأساس يمكن القول بأن السن يلعب دوراً في التأثير على اتجاهات المستقصين على مستوى جميع محاور الدراسة.

من أجل تحديد مصدر الفرق، تم استخدام اختبار "Mann &Whitney" للفرق بين العينات الثنائية. نتائج الاختبار مبينة في الجدول رقم (22).

الجدول رقم (22): ملخص نتائج اختبار "Whitney-Mann" لمتغير السن.

المجموعات			العبارات	المحاور
3-2	3-1	2-1		
0.043	0.551	0.004	العبارة 04	الحاجات النفسية والاجتماعية
0.037	0.290	0.045	العبارة 05	
0.099	0.857	0.025	العبارة 06	
0.947	0.029	0.001	العبارة 09	
0.076	0.017	0.129	العبارة 21	الحاجات الطبية والمهنية
0.046	0.725	0.000	العبارة 26	
0.006	0.606	0.002	العبارة 27	
0.115	0.987	0.006	العبارة 28	
0.021	0.480	0.005	العبارة 29	الحاجات الوقائية والتوعوية
0.120	0.416	0.001	العبارة 32	
0.074	0.761	0.016	العبارة 33	
0.001	0.127	0.005	العبارة 34	

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

يتبين من الجدول رقم (22) وجود مجموعتين تتميز بتجانس واضح في الفرق بين مجموعاتها. تتمثل التوليفة الأولى في الفرق بين الفئة الأولى والثالثة، أي بين الفئة التي يتراوح سنها بين 21-27 سنة والفئة من 35-45 سنة يستثنى منها العبارتين 09 و 21 حيث تم تسجيل فروقات بينهما. وفيما يتعلق في الفروقات بين المجموعتين الأولى والثانية فيتبين أن أغلب المؤشرات يوجد فروقات بينها ما عدى العبارة 21، بعبارة أخرى يوجد فرق معنوي لدى أغلب اجابات الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 21-27 سنة والذين تتراوح أعمارهم بين 28-34 سنة. أما فيما يتعلق بالفروقات بين المجموعتين الثانية والثالثة يلاحظ وجود فروق بين اجابات المجموعتين بالنسبة لبعض العبارات وتتمثل في العبارات 04-05 التي تنتمي إلى محور الحاجات النفسية والاجتماعية، والعبارتين 26-27 بالنسبة لمحور الحاجات الطبية والمهنية، العبارتين 29-34 بالنسبة لمحور الحاجات الوقائية والتوعوية.

3-الخبرة:

بعد تحديد اتجاه اجابات العينة محل الدراسة سيتم اختبار مدى تجانسها حسب خبرة المستقصى. نتائج اختبار "Kruskal-Wallis" مبينة في الجدول رقم (23).

الجدول رقم (23): اختبار تجانس اتجاه اجابات عينة الدراسة لمتغير الخبرة.

المحاور	العبارات	كاي <sup>2</sup>	مستوى المعنوية
الحاجات النفسية والاجتماعية	العبارة 01	7,634	0,022
	العبارة 02	13,414	0,001
	العبارة 03	1,082	0,582
	العبارة 04	3,307	0,191
	العبارة 05	14,136	0,001
	العبارة 06	7,262	0,026
	العبارة 07	2,954	0,228
	العبارة 08	10,534	0,005
	العبارة 09	26,721	0,000
	العبارة 10	1,31	0,520
	العبارة 11	11,924	0,003
الحاجات الطبية والمهنية	العبارة 12	0,242	0,886
	العبارة 13	1,587	0,452
	العبارة 14	4,241	0,120
	العبارة 15	9,625	0,008
	العبارة 16	5,082	0,079
	العبارة 17	0,655	0,721
	العبارة 18	4,34	0,114
	العبارة 19	0,475	0,789
	العبارة 20	4,931	0,085
	العبارة 21	6,72	0,035
	العبارة 22	0,553	0,758
	العبارة 23	13,31	0,001
	العبارة 24	3,552	0,169
	العبارة 25	0,84	0,657
	العبارة 26	9,459	0,009
	العبارة 27	9,749	0,008
	الحاجات الوقائية والتوعوية	العبارة 28	1,834
العبارة 29		0,598	0,741
العبارة 30		0,632	0,729
العبارة 31		14,564	0,001
العبارة 32		10,838	0,004
العبارة 33		2,805	0,246

0,067	5,4	العبارة 34
0,064	5,494	العبارة 35
0,000	22,483	العبارة 36

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

يتبين من خلال الجدول رقم (23) وجود فروق دالة معنوية على مستوى بعض المؤشرات. بعبارة أخرى، يوجد فروقات في اتجاهات مختلف الفئات لبعض العبارات. فبالنسبة لمحور الحاجات الاجتماعية والنفسية يوجد فرق على مستوى العبارات 11-09-08-06-05-02-01، أما محور الحاجات المهنية والطبية يلاحظ وجود فرق على مستوى العبارات 27-26-23-21-15، أما محور الحاجات الوقائية والتوعوية يلاحظ وجود فروقات على مستوى العبارات 36-32-31، على هذا الأساس يمكن القول بأن الخبرة تلعب دوراً في التأثير على اتجاهات المستقيمين على مستوى جميع محاور الدراسة. من أجل تحديد مصدر الفرق، تم استخدام اختبار "Mann &Whitney" للفرق بين العينات الثنائية. نتائج الاختبار مبينة في الجدول رقم (24).

الجدول رقم (24) : ملخص نتائج اختبار "Whitney-Mann" لمتغير الخبرة.

المجموعات			العبارات	المحاور
3-2	3-1	2-1		
0.006	0.053	0.294	العبارة 01	الحاجات النفسية والاجتماعية
0.001	0.118	0.013	العبارة 02	
0.014	0.644	0.001	العبارة 05	
0.051	0.857	0.016	العبارة 06	
0.026	0.752	0.004	العبارة 08	
0.001	0.367	0.000	العبارة 09	
0.008	0.434	0.001	العبارة 11	
0.002	0.005	0.850	العبارة 15	الحاجات الطبية والمهنية
0.017	0.591	0.045	العبارة 21	
0.851	0.008	0.002	العبارة 23	
0.002	0.074	0.191	العبارة 26	
0.739	0.029	0.003	العبارة 27	
0.001	0.298	0.007	العبارة 31	الحاجات الوقائية
0.039	0.557	0.002	العبارة 32	
0.156	0.005	0.000	العبارة 36	

				والتوعوية
--	--	--	--	-----------

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

يتبين من الجدول رقم (24) وجود مجموعتين تتميز بتجانس واضح في الفرق بين مجموعاتها. تتمثل التوليفة الأولى في الفرق بين الفئة الأولى والثالثة، أي بين الفئة التي يتراوح سنها بين 21-27 سنة والفئة من 35-45 سنة يستثنى منها العبارات 15-23-27 التي تنتمي إلى محور الحاجات الطبية والمهنية والعبارة 36 التي تنتمي إلى محور الحاجات الوقائية والتوعوية أما محور الحاجات الاجتماعية والنفسية فلم يتم تسجيل أي فرق بين الفئتين. وفيما يتعلق في الفروقات بين المجموعتين الأولى والثانية فيتبين أن أغلب المؤشرات يوجد فروقات بينها ما عدى العبارات 01-15-26، بعبارة أخرى يوجد فرق معنوي لدى أغلب اجابات الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 21-27 سنة والذين تتراوح أعمارهم بين 28-34 سنة. أما فيما يتعلق بالفروقات بين المجموعتين الثانية والثالثة يلاحظ وجود فروق بين اجابات المجموعتين بالنسبة لأغلب العبارات ما عدى العبارة 06 التي تنتمي إلى محور الحاجات النفسية والاجتماعية والعبارتين 23-27 اللتين تنتميان إلى محور الحاجات الطبية والمهنية والعبارة 36 التي تنتمي إلى محور الحاجات الوقائية والتوعوية.

ثانياً- عرض نتائج البحث ومناقشتها وفق الفرضيات:

بعد النتائج النهائية لعناصر الدراسة وعرضها وفق بيانات وإجابات العينة وتفسيرها سنقوم بعرض نتائج الفرضيات واستخلاص النتائج ومناقشتها في مدى تحققها، وذلك من خلال الاستعانة بمخرجات (برنامج SPSS إصدار 22) ؛ أو عدم تحققها وعرض حاصل بياناته في التحليل والمناقشة.

### 1- نتائج البحث وفق الفرضية الرئيسية:

الجدول رقم (25): نتائج البحث الفرضية الرئيسية.

الاتجاه العام	غير موافق %	متردد %	موافق %	العبارات	الخواص
الموافقة	25.0	00	75.0	العبارة 01	الحاجات النفسية والاجتماعية
الموافقة	38	8.3	53.7	العبارة 02	
الموافقة	19.4	17.6	63.0	العبارة 03	
الموافقة	13.9	4.6	81.5	العبارة 04	
الموافقة	10.2	11.1	78.7	العبارة 05	
الموافقة	24.1	13.0	63.0	العبارة 06	
الموافقة	4.6	5.6	89.8	العبارة 07	
الموافقة	19.4	9.3	71.3	العبارة 08	
الموافقة	21.3	11.1	67.6	العبارة 09	
الموافقة	5.6	14.8	79.6	العبارة 10	
الموافقة	19.4	16.7	63.9	العبارة 11	
الموافقة	5.6	8.3	86.1	العبارة 12	الحاجات الطبية والمهنية
الموافقة	9.3	12.0	78.7	العبارة 13	
الموافقة	18.5	21.3	60.2	العبارة 14	
الموافقة	19.4	11.1	69.4	العبارة 15	
الموافقة	13.9	7.4	78.7	العبارة 16	
الموافقة	3.7	6.5	89.8	العبارة 17	
الموافقة	7.4	10.2	82.4	العبارة 18	
الموافقة	1.9	34.3	63.9	العبارة 19	
الموافقة	25.9	29.6	44.4	العبارة 20	
الموافقة	29.6	23.1	47.2	العبارة 21	
الموافقة	4.6	9.3	86.1	العبارة 22	
الموافقة	13.9	11.1	75.0	العبارة 23	
الموافقة	1.9	12.0	86.1	العبارة 24	
الموافقة	8.3	22.2	69.4	العبارة 25	

الموافقة	14.8	14.8	70.4	العبارة 26	الحاجات الثقافية والتوعوية
الموافقة	29.6	15.7	54.6	العبارة 27	
عدم الموافقة	<b>44.4</b>	<b>13.0</b>	<b>42.6</b>	العبارة 28	
الموافقة	21.3	15.7	63.0	العبارة 29	
الموافقة	2.8	4.6	92.6	العبارة 30	
الموافقة	2.8	21.3	75.9	العبارة 31	
الموافقة	16.7	5.6	77.8	العبارة 32	
الموافقة	23.1	17.6	59.3	العبارة 33	
الموافقة	13.9	36.1	50.0	العبارة 34	
الموافقة	3.7	10.2	86.1	العبارة 35	
الموافقة	12.0	7.4	80.6	العبارة 36	

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

تم صياغة الفرضية الرئيسية على النحو الآتي: الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة في المستشفى العمومي (ميدان الدراسة) غير كافية لتحقيق التنمية الصحية.

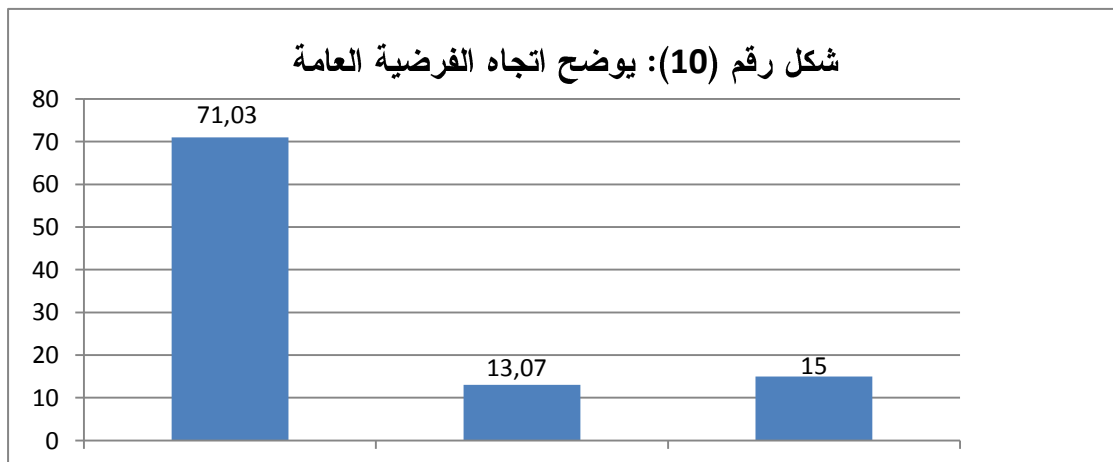
ومن خلال تحليل الإحصائيات الخاصة باتجاه عينة الدراسة يتبين أن نسبة الموافقة هي التي حددت الاتجاه العام لعينة الدراسة ما عدى العبارة 28 مع وجود فروقات معنوية وفق متغيرات السن والجنس والخبرة من خلال الاختبارات المستخدمة والتجانس في أغلب محاور الدراسة.

كما يمكن تحديد الاتجاه العام بنسبة مئوية محددة من خلال جميع نتائج الموافقة وتقسيمها على عدد العبارات (36).

- الاتجاه العام الموافقة: 71.03%.

- الاتجاه العام لعبارات (غير موافق): 15%.

الفرضية العامة نحو الموافقة بنسبة 71.03% إجابات أفراد العينة وبالتالي التحقق الجزئي من خلال ما تبقى من إجابات بحوالي 28.28% موزعة بين المترددين وغير الموافقين، ودون حساب مستوى الدلالة 0.05 يمكن تحديد اتجاه إجابات العينة من خلال نتائج الفرضية الرئيسية مدى كفاية الخدمات الصحية المقدمة بنحو 71.03%



2-نتائج البحث ومناقشتها وفق الفرضية الفرعية الأولى:

الجدول رقم (26) : نتائج البحث وفق الفرضية الفرعية الأولى.

المحاور	العبارات	موافق	متردد	غير موافق	الاتجاه العام
الحاجات النفسية والاجتماعية	العبارة 01	75.0	00	25.0	الموافقة
	العبارة 02	53.7	8.3	38	الموافقة
	العبارة 03	63.0	17.6	19.4	الموافقة
	العبارة 04	81.5	4.6	13.9	الموافقة
	العبارة 05	78.7	11.1	10.2	الموافقة
	العبارة 06	63.0	13.0	24.1	الموافقة
	العبارة 07	89.8	5.6	4.6	الموافقة
	العبارة 08	71.3	9.3	19.4	الموافقة
	العبارة 09	67.6	11.1	21.3	الموافقة
	العبارة 10	79.6	14.8	5.6	الموافقة
	العبارة 11	63.9	16.7	19.4	الموافقة

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

تم صياغة الفرضية الفرعية الأولى كمايلي :الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في مستشفى الأم والطفل غير كافية لإشباع الحاجات الوقائية النفسية والاجتماعية .وبما أن الاتجاه العام لعينة الدراسة يتجه نحو الموافقة فإن محور الحاجات النفسية والاجتماعية حقق نسبة موافقة من خلال (11) عبارة.

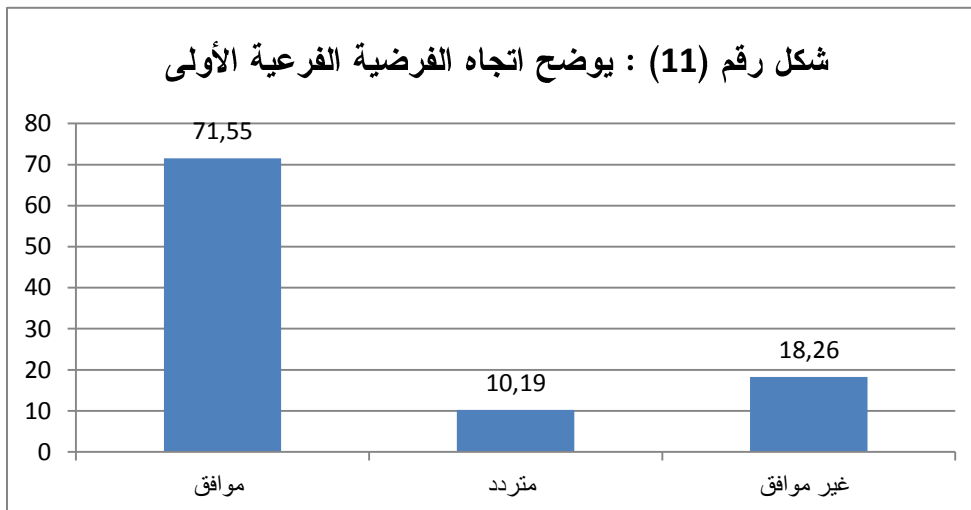
- إجابة أفراد عينة البحث على محور الحاجات النفسية والاجتماعية (موافق): 71.55%.

- إجابة أفراد عينة البحث على محور الحاجات النفسية والاجتماعية (متردد): 10.19%.

- إجابة أفراد عينة البحث على محور الحاجات النفسية والاجتماعية (غير موافق): 18.26%.

وعليه يمكن استنتاج تحقق الفرضية الفرعية الأولى بعدم كفاية الخدمات الصحية النفسية والعلاجية بنسبة 71.55% وهي تحقق جزئي من خلال ما تبقى من إجابات موزعة بين المترددين و غير الموافقين بنسبة 28.35%.

شكل رقم (11) : يوضح اتجاه الفرضية الفرعية الأولى



3-نتائج البحث ومناقشتها وفق الفرضية الفرعية الثانية:

الجدول رقم (27): نتائج البحث وفق الفرضية الفرعية الثانية.

المحاور	العبارات	موافق	متردد	غير موافق	الاتجاه العام
الحاجات الطبية والمهنية	العبارة 12	86.1	8.3	5.6	الموافقة
	العبارة 13	78.7	12.0	9.3	الموافقة
	العبارة 14	60.2	21.3	18.5	الموافقة
	العبارة 15	69.4	11.1	19.4	الموافقة
	العبارة 16	78.7	7.4	13.9	الموافقة
	العبارة 17	89.8	6.5	3.7	الموافقة
	العبارة 18	82.4	10.2	7.4	الموافقة
	العبارة 19	63.9	34.3	1.9	الموافقة
	العبارة 20	44.4	29.6	25.9	الموافقة
	العبارة 21	47.2	23.1	29.6	الموافقة
	العبارة 22	86.1	9.3	4.6	الموافقة
	العبارة 23	75.0	11.1	13.9	الموافقة
	العبارة 24	86.1	12.0	1.9	الموافقة
	العبارة 25	69.4	22.2	8.3	الموافقة
	العبارة 26	70.4	14.8	14.8	الموافقة
	العبارة 27	54.6	15.7	29.6	الموافقة
	العبارة 28	42.6	13.0	44.4	عدم الموافقة

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

تم صياغة الفرضية الفرعية الثانية كما يلي:

الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في مستشفى الأم والطفل غير كافية لإشباع الحاجات العلاجية المهنية والطبية.

وبما أن الاتجاه العام لعينة البحث يتجه نحو الموافقة فإن محاور الحاجات المهنية والطبية حققت أغلبية الموافقة من خلال العبارات (17).

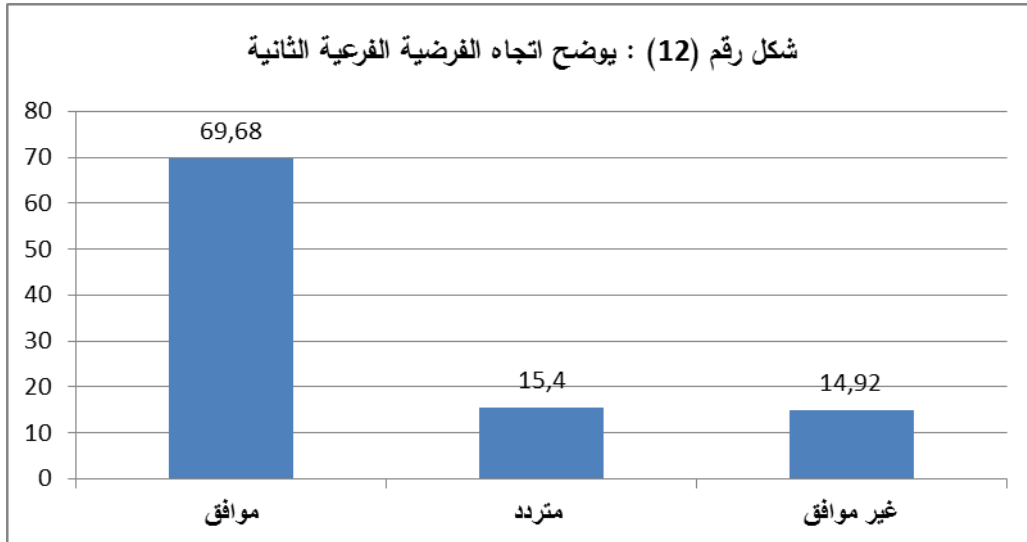
- إجابة أفراد عينة البحث حول محور الحاجات الطبية والمهنية (موافق): 69.68%.

- إجابة أفراد عينة البحث حول محور الحاجات الطبية والمهنية (متردد): 15.40%.

- إجابة أفراد عينة البحث حول محور الحاجات الطبية والمهنية (غير موافق): 14.92%.

وعليه يمكن استنتاج تحقق الفرضية الثانية بعدم كفاية الخدمات الصحية الطبية والمهنية بنسبة 69.68% وهو

تحقق جزئي من خلال ما تبقى من إجابات موزعة بين المترددين وغير الموافقين بنسبة 30.32%.



#### 4- نتائج البحث ومناقشتها وفق الفرضية الفرعية الثالثة:

الجدول رقم (28): نتائج البحث الفرضية الفرعية الثالثة.

المحاور	العبارات	موافق	متردد	غير موافق	الاتجاه العام
الحاجات الثقافية والتوعوية	العبارة 29	63.0	15.7	21.3	الموافقة
	العبارة 30	92.6	4.6	2.8	الموافقة
	العبارة 31	75.9	21.3	2.8	الموافقة
	العبارة 32	77.8	5.6	16.7	الموافقة
	العبارة 33	59.3	17.6	23.1	الموافقة
	العبارة 34	50.0	36.1	13.9	الموافقة
	العبارة 35	86.1	10.2	3.7	الموافقة
	العبارة 36	80.6	7.4	12.0	الموافقة

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

تم صياغة الفرضية الفرعية الثالثة كما يلي:

الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في مستشفى الأم والطفل غير كافية لإشباع الحاجات الثقافية والتوعوية.

وبما أن الاتجاه العام لعينة الدراسة يتجه نحو الموافقة فإن محور الحاجات الثقافية والتوعوية حقق نسبة موافقة

من خلال العبارات المتبقية في سلم المقياس وهي (08) عبارات.

- إجابة أفراد عينة البحث على محور الحاجات الثقافية والتوعوية (موافق): 73.16%.

- إجابة أفراد عينة البحث على محور الحاجات الثقافية والتوعوية (متردد): 14.81%.

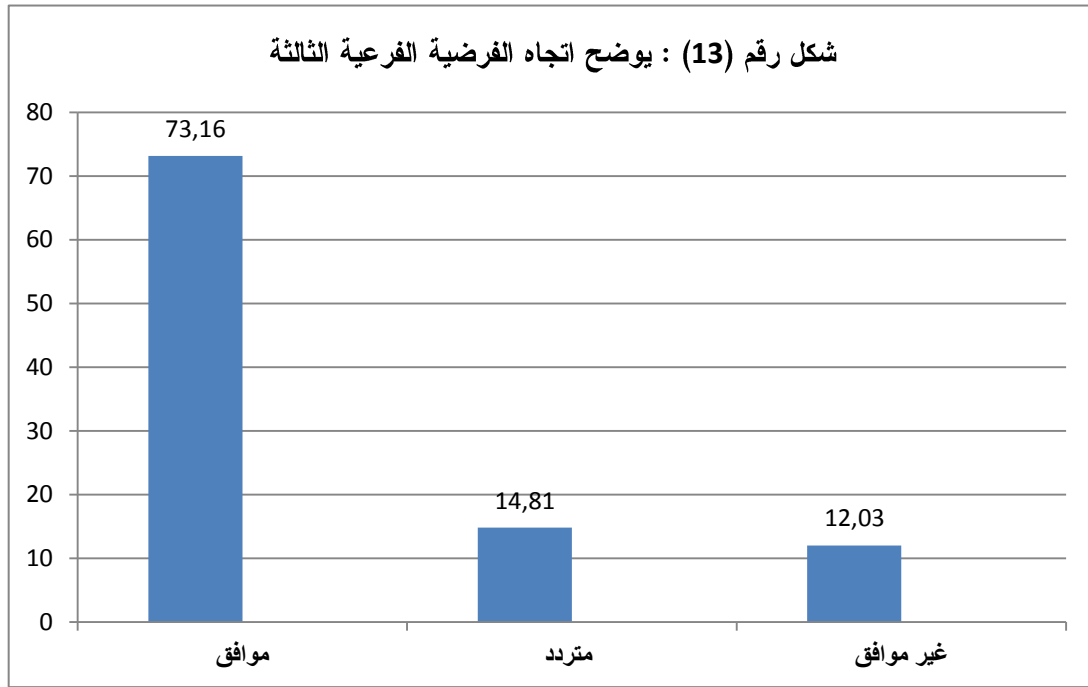
- إجابة أفراد عينة البحث على محور الحاجات الثقافية والتوعوية (موافق): 12.03%.

## الفصل السابع عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

وعليه يمكن استنتاج تحقق الفرضية الفرعية الثالثة بعدم كفاية الخدمات الصحية الثقافية والتوعوية بنسبة 73.16% وهو تحقق جزئي من خلال ما تبقى من إجابات موزعة على باقي أفراد العينة بين المترددين وغير الموافقين بنسبة: 26.84%.

ملاحظة:

من خلال النتائج المتوصل إليها في الفرضية الرئيسية ومناقشتها على ضوء الفرضيات الفرعية يمكن القول أن تحقق جميع الفرضيات بناء على التصورات الميدانية للبحث يمنح فرصة تعميم النتائج وتأكيدا.



المصدر: إعداد الباحث اعتمادا على نتائج الفرضيات ومناقشتها

### ثالثاً-نتائج البحث ومناقشتها وفق المقابلات الرئيسية:

(وسنشير إلى المقابلات الرئيسية التي تم التطرق إليها في الجانب الميداني، ومن تلك المقابلة الأولى مع مديرة المستشفى أين تم التطرق إلى مختلف فرضيات البحث من خلال محاولتنا تغطية محاور الاستمارة، حيث أكدت المديرة نقص الإمكانيات اللازمة للعمل الصحي، وأرجعته إلى طبيعة المهنة التي تحتاج الى تحديث ووصفت هذه النقائص بالعادية، غير أنها تحتاج إلى تحسين وتطوير مستمر، كما أكدت سهر المستشفى بكافة كوادره على توفير الأدوية وظروف أفضل للعمل الصحي الملائم، واستحسنت كثيراً فكرة الأخصائي الاجتماعي وأرجعت غيابه إلى هيئات أكدت أعلى أولوية العمل الصحي أو الخدمة الصحية وليس الاجتماعية؛ وهذا ما يعزز المحور الأول والثاني من الفرضية؛ أي عدم إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية والطبية والمهنية المعبر عنها بالحاجات الوقائية والعلاجية للطواقم الطبي والمرضى على حد سواء.

أمّا فيما يتعلق بالافتراض الأخير المتمحور حول الخدمات التوعوية الثقافية التي تعكس التنمية الصحية في مدى التواصل والتشاركية والتوجيه الإعلامي عبر (التوعية، التنسيق، التثقيف)، أكدت المقابلة محدودية التواصل الإعلامي إلاّ فيما يتعلق بالإجراءات الروتينية كالملصقات والمطويات، وعزت غياب مكاتب الإرشاد والتوجيه إلى غياب الصلاحية القانونية أو الثغرة الهيكلية ما يعكس غياب الثقافة الصحية داخل المؤسسة وخارج الإقليم الصحي، وذلك فيما يتمثل في البيئة، وما تتقاسمه مع العمل الصحي والتنمية الصحية.

وهذا ما يجعلنا نتأكد من صحة الفرضيات النسبي على ضوء المقابلة الرئيسية الأولى.

المقابلة الثانية التي كانت مع الأخصائي الاجتماعي خارج مؤسسة الدراسة الميدانية؛ أي المستشفى العمومي بالولاية المتخصص في طب الأورام؛ وقبل التفصيل في إجراءات المقابلة يمكن الحكم على الفرضية العامة بالتحقق أيضاً حيث أنّ غياب الأخصائي الاجتماعي في مستشفى الأم والطفل ميدان الدراسة يعكس غياب الخدمة الاجتماعية الصحية في أحد أهم ركائزها، ويعوض بالأخصائي النفسي الذي لا يستطيع التعامل مثلاً مع الأطفال مجهولي النسب؛ وبذلك كانت المقابلة بروتوكولية لأهم صلاحيات الأخصائي الاجتماعي ميدانياً، وهي رغم توفرها تبقى منقوصة ولا تتجاوز العمل التوجيهي، أو التدخل المهني الذي يدخل في إطار العمل الإداري، وغياب الخريطة الصحية التي تعزز وجود الخدمة الصحية من أهم عراقيل ومشاكل القطاع الصحي العمومي الذي يسعى لإشباع الحاجات الاجتماعية الصحية والتوازن الاجتماعي لتحقيق التنمية.

إضافة إلى آخر المقابلات الرئيسية مع الأخصائيين النفسيين بميدان الدراسة حيث كانت المقابلة مع الأخصائي النفسي الأول والثاني ووجهت له نفس الأسئلة وتقاربت الإجابات من خلال غياب رؤية واضحة حول المهام المحددة للأخصائي واختصار دوره الوظيفي في القيام ببعض الأعمال الموجهة، ولا يتدخل إلاّ في

حالات طارئة ونادرة كالإسعاف الأمومي والمرافقة النفسية لبعض الحوامل من النساء إضافة إلى غياب أخصائيات حول المواليد والوفيات، حيث يعاني الأخصائي النفسي التهميش وسوء المعاملة في المصلحة وعدم إعطائه المكانة التي تليق به ما يعكس غياب ثقافة الصحة النفسية الوقائية والعلاجية، كما أنّ غياب الأخصائي النفسي عن ضيافة البرامج الصحيّة والمشاركة في الدورات التكوينية لتحسين أدائه وتطوير خبراته أهم المشاكل والنقائص التي تساهم في تعطيل الخدمة الصحيّة والخدمة الاجتماعية، زيادة على هذه النقائص فالأخصائي النفسي لا ينسق مع الجهات المسؤولة ولا مع الأطباء والمرضى، هذا فيما يخص الحاجات الوقائية أمّا الحاجات الثقافية والتوعوية فهي الأخرى لها علاقة بما سبق، إضافة ما كان في السؤال (13) حول البحوث الميدانية والدورات التكوينية، فإنّ غياب هذه المؤهلات يجعل من الخدمة الصحيّة النفسية والاجتماعية على المحك ولا تساهم في تحقيق الكفاية الصحيّة لطالبيها وبالتالي تحقق الفرضيات الفرعية جزئياً من حيث مقابلات البحث الميدانية.

رابعاً- نتائج البحث ومناقشتها وفق الدراسات السابقة والمقاربات النظرية:

### 1- نتائج البحث ومناقشتها وفق الدراسات السابقة:

إنّ هذه الخطوة الهدف منها توضيح مدى توافق أو اختلاف الدراسة بين أيدينا مع مختلف الدراسات السابقة التي تم الاستعانة بها كرسيد علمي وبحثي بهدف تسهيل البحث وإيضاحه، مع إعطاء تفسيرات علمية مقنعة للاختلاف أو التشابه من خلال المقارنة والمناقشة والاستشهاد والتعليل.

#### أ- مناقشة النتائج بالفرضية الرئيسية:

توصلت نتيجة الفرضية الرئيسية إلى أنّ الخدمة الاجتماعية الصحيّة المقدّمة في المستشفى العمومي (ميدان الدراسة) غير كافية لتحقيق التنمية الصحية بمسئوى مرتفع بأبعادها العلاجية والوقائية والثقافية حيث تجاوزت 70% من الموافقة على سلم ليكارت الثلاثي حيث يتخلل الاستراتيجية التنموية المتبعة خلل التسيير والمتابعة لإشباع الحاجات الصحية الأساسية في التنمية الاجتماعية من خلال النتائج المتوصل إليها عن طريق الطاقم الطبي الميداني الذين يقدمون الخدمة الصحيّة ويتواصلون مع المؤسسة الاستشفائية والمرضى المتواجدين بها.

وقد اختلفت الفرضية العامة مع دراسة (مسعودان احمد 2006/2005) الذي توصل إلى نجاح المركز الذي أجرى فيه الدراسة الميدانية في إدماج فئة المعاقين وإشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية والصحية من خلال الخدمات المقدّمة في الهياكل و المؤطرين والمؤسسة الصحية (المركز الصحي)، وهذا ما أدّى (حسب دراسته) إلى النتيجة الإيجابية التي تسعى إليها السياسة الاجتماعية وخدمات الرعاية، وعليه فإنّ النتيجة التي توصل إليها الباحث هي توفر وكفاية الخدمات في المركز، وهي النتيجة التي لا يمكن تعميمها بدليل اختلاف دراستنا مع نتائجه وما توصل إليه، واستعانتنا بالدراسة كما سبق طرحه في الجانب المنهجي دراسة الباحث كان يتوافق في البداية مع الأبعاد الاجتماعية والنفسية والمهنية بمؤسسة التمريض، غير أنّ الاختلاف في النهاية هو الذي حسم الموقف خاصة مع اختلاف النتائج.

كما اختلفت دراستنا أيضاً مع الدراسة الثانية للباحثة (دغميش خليصة 2005/2004) عن توفر الأنسولين بالمستشفى وكفاية الخدمات الصحيّة المقدّمة بميدان الدراسة.

ويمكن الإشارة إلى الدراسة السابقة الثالثة التي اتفقت مع دراستنا من حيث ما توصلت إليه من نتائج وهي دراسة من إعداد الباحثان؛ الدكتور حسني عوض والدكتور رائد نمر (2010) اللذان توصلا إلى تأكيد الفرضيات بوجود عراقيل للخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي، وذلك من خلال ضعف التركيز على دور

الخدمة الاجتماعية والنفسية وغياب الأخصائي الاجتماعي وإهمال الدور الرئيسي له، كما تم الإشارة إليه من خلال المقابلة التي أجريناها معه خارج المؤسسة ميدان الدراسة، كما اتفقت الدراسة معه في وجود فوارق جوهرية في الخبرة، فكلما زادت الخبرة ارتفع الوعي والمسؤولية هذه كل الدراسات السابقة التي تم الإشارة إليها في الفرضية العامة.

### ب-مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضيات الفرعية:

كما سبق الإشارة في الدراسات السابقة وعلاقتها بموضوع البحث والفرضية الرئيسية حيث اختلفت مع دراستين من حيث النتائج واتفقت مع الدراسة الأخيرة للباحثان حسن عوض، ورائد النمر (2010)، على أثر ذلك فالفرضيات الفرعية هي جزء من الفرضية العامة، ولها نفس العلاقة والمخرجات العلمية، لذلك فنعرضت لمحتوى التساؤلات المتفرعة عن السؤال يوضح بجلاء العلاقة التفاعلية بين مختلف المتغيرات.

والنتائج المتوصل إليها في فرضياتنا الفرعية تؤكد غياب الخدمات الوقائية والعلاجية والتوعوية في مستشفى الدراسة (الأم والطفل) نتيجة لعدم كفاية الحاجات وقص اشباعها، وهو ما تعارض مع دراسة (مسعودان أحمد) أين أشار إلى توفر الحاجات النفسية والطبية والمهنية في المركز الصحي؛ وذلك من خلال توفر الخدمات الرعائية المعيشة ما أدى إلى إشباع حاجات الفئة المستهدفة وإدماجهم وتحقيق تكيفهم الاجتماعي ما أدى في النهاية إلى تحقيق الاستراتيجية الاجتماعية وخدمات الرعاية التي تسعى إليها السياسات التخطيطية؛ حيث أن خدمات الرعاية النفسية في هذه الدراسة توفرت من خلال مقابلتهم للأخصائي النفسي بنسبة (98%)، وخدمات الرعاية الصحية من خلال فحوصات الطبيب للفئة المعاقة كانت بنسبة (94%)، وتوفر خدمات الرعاية الاجتماعية بمتوسط حسابي (86.05%)، وعلى أثر هذه النتائج الفرعية للدراسة السابقة فإنّ دراستنا على نتيجة عكسية من خلال تناول الميدان ومن خلال غياب الخدمات ويمكن تفسير ذلك بوجود بعض المراكز الخاصة التي تركز عليها الخدمات، وتكون تحت عناية خاصة، نتيجة للزيارات التي تتم من طرف المسؤولين، وكذلك نوعية المجتمع المبحوث الذي يختلف عن الفئات العامة، ولا يمكن تعميم هذه النتائج لاختلاف الدراسات وعدم تطابقها على الأقل مع الدراسة الميدانية التي بين أيدينا.

إضافة إلى الدراسة الثانية (دعميش خليصه) أين توصلت لطفاية الخدمات الصحية لمرضى السكري من حيث الفحوصات والتحليل والتوعية الصحية (84%)، ويمكن القول بأنّ الفئة المستهدفة قد تكون متغيرة وغير ثابتة وهذا يرجع إلى كيفية استخدام اختبارات الصدق والثبات، ولعلّ الدراسة الخاصة بنا التي اعتمدت على الفئة الدائمة من حيث التواجد والخبرة والاطلاع (فئة الطاقم الطبي) هي التي مكنت من الحكم على غياب الخدمات الصحية العلاجية والوقائية والخدماتية واختلفت مع نتائج الفرضيات الفرعية لهذه الدراسة.

وكآخر الدراسات التي توافقت مع دراستنا الميدانية هي ما قدمه الباحثان؛ حسن عوض ورائد النمر (2010)، وهي واقع تطبيق مهنة الخدمة في الميدان الطبي من وجهة نظر العاملين في المؤسسة الطبية، وقد توصلت الدراسة من خلال الفرضيات الخمسة إلى وجود معيقات للعاملين في المؤسسة الطبية، ووجود معوقات للأخصائي الاجتماعي من خلال قياس قيمة مستوى الدلالة (0.05) حيث أرجع الباحثان هذه المعوقات إلى غياب الأقسام الخاصة بالخدمات الاجتماعية وظروف استحداث وزارة خاصة للتنظيم والعمل من اجل تغطية النقائص.

كما أنّ الدراسة التي بين أيدينا تتقاطع مع نتائج الدراسة السابقة، وتحدّد التنمية الصحيّة وبرامجها في الخدمات الوقائية والعلاجية والتنموية، وبذلك تكون الدراسة السابقة الأخيرة التي تحققت معها الفرضيات الفرعية جزئياً من خلال ما تمّ التوصل إليه من نتائج ميدانية.

### 2- نتائج البحث ومناقشتها وفق المقاربات النظرية:

إنّ ما توصلنا إليه من نتائج على المستوى النظري والميداني عن أهم ركائز الخدمة الاجتماعية الصحيّة، ومختلف المفاهيم والبرامج التي تقوم عليها أي استراتيجية صحيّة تنموية يطرح الإشكالية مرة أخرى عن كيفية التوصل إلى التنمية الصحيّة في المرفق العمومي بأدوات الخدمة الاجتماعية، ويوجب عن ذلك المدخل الفكري كحتمية منهجية لأي خطة وأي موضوع بحث، فالمدخل المنهجي والمقاربة بمثابة تصور فكري وتقنية موضوعية محددة تساعد في دراسة وتحديد المتغيرات للتوصل الى النتائج ومناقشتها<sup>1</sup>.

وأهم ما يمكن التأكيد عليه في العلوم الصحيّة والطبيّة هو ضرورة الاهتمام بالنوايا الاجتماعية للصحة والمرض، وهو ما طرحنا منذ البداية في المقاربة المنهجية للدراسة انطلاقاً من النسق الاجتماعي البنائي في المؤسسة الصحيّة، وصولاً إلى التخطيط السوسولوجي للعمليات الصحة من خلال المرور على الأدوار الوظيفية لمجتمع الدراسة في إطار الخدمة الاجتماعية الصحيّة كتنظيم اجتماعي في المؤسسة الصحيّة.

وقد اعتمدنا على خمسة مداخل فكرية رئيسية لنخص نتائجها كالآتي:

#### أ-مدخل الخدمة الاجتماعية:

على اثر النتائج المتوصل إليها غياب الخدمة الصحيّة نتيجة عدم الاهتمام بالخدمة الاجتماعية الوقائية والعلاجية والثقافية وتحقق الفرضيات من خلال هذه الأبعاد الثلاثة فإنّ نجاح الاستراتيجية التنموية الصحيّة يعتمد اعتماداً كلياً على الأفكار السوسولوجية التي نظرت لها مدرسة الخدمة الاجتماعية التي اعتمدت على

<sup>1</sup>Madeline grattez ,méthodes des science sociales 5eme édition, imprudence générale Dalloz ,paris,1981,p 350.

نسق الفعل ونسق العمل ونسق الهدف، فنسق الهدف هو المحصلة النهائية لنجاح التنمية الصحيّة ونسق العمل هو الطاقم الطبي في المؤسسة الصحيّة وأهمية أدواره الوظيفية، ونسق الفعل الذي يهتم بالعملية برمتها التي هي وقائية علاجية تثقيفية، وهذا الاعتماد على الأنساق العامة في الخدمة الاجتماعية هو امتداد للبنائية الوظيفية التي قدّمها "تالكوت بارسونز" و"جوردن هيرن"، وأي نقص أو اختلال في الأدوار الوظيفية للكيانات أو الأبنية يؤثر بصورة مباشرة على النسق والعكس صحيح؛ حيث أن المؤسسة الصحيّة التي لا تهتم بالأدوار الوظيفية للخدمة الاجتماعية الصحيّة (وقائية، علاجية، ثقافية) والركائز الأساسية للفعل أو العملية الصحيّة (عمل، مؤسسة، طاقم طبي)، يؤثر ذلك في كل الكيانات المتواجدة داخل النسق العام؛ وهو ما سنفصله في تبقي من دخل ومقاربات.

### ب- نتائج البحث ومناقشتها وفق النسق الاجتماعي:

إنّ اعتماد الخدمة الاجتماعية على المؤسسات كتنظيمات اجتماعية وكيانات وليس هياكل وظيفية جامدة يجعل المؤسسات والأنظمة الصحيّة تدخل في إطار هذا الطارح وتساند العمليات والقراءات السوسولوجية في فهم الصحة في إطارها المؤسساتي أو التنظيمي، ومن هذا المنظر فالانطلاقات المنهجية للبحث حتمت علينا الاعتماد على ما جاءت به نظرية النسق الاجتماعي خاصة في ظل الفرضية الأخيرة التي أقرت بعدم وجود خدمات ثقافية توعوية وبالتالي غياب إشباع الحاجات التي تعتمد على الثقافة الصحيّة إذا كانت هذه الكيانات تشكل النسق المفتوح بحكم التشارك في الحدود الثقافية والشخصية ناي أنّ من أهم سمات النسق الاجتماعي أنّه مفتوح يتأثر بالأطراف الأخرى وأنّ المؤسسة الصحيّة التي تغلق على نفسها تبقى بحاجة إلى مدخلات ثقافية لإشباع الحاجات الصحيّة وخلق التوازن النفسي والاجتماعي قبل الطبي والمهني وتحقيق النمو والتنمية الاجتماعية والصحية.

لذلك تعتبر الخدمة الاجتماعية الصحيّة في المؤسسة العمومية نظرية الأنساق الاجتماعية أهم المفاتيح

والأدوات للعمل الصحي الحقيقي الذي يخطط الخريطة الصحية ويسعى لتحقيق الجودة والاستمرارية. وقد أشارت نظرية الدور المستمدة من البنائية الوظيفية على أنّ نجاح الوظائف وتوازن في أداء وظائفه قائم على ما يقدّمه من دور سواء بين الأفراد أو في المؤسسات ويحدث كذلك الصراع إذا حدث هناك خلل أو عدم توافق في الأدوار؛ ويمكن الإشارة للأخصائي الاجتماعي غير المتواجد، واستبداله بالأخصائي النفسي مكان العمل كأحد عوامل عدم نجاح المؤسسة في الدور المنوط بها.

### ج- النظريات الاجتماعية في تفسير الصحة والمرض:

مناقشة نتائج البحث في ظل هذه النظريات من أهم النقاط الرئيسية التي تم الإشارة إليها خاصة في الجانب النظري؛ ومن ذلك ما تم التركيز عليه في علاقة علم الاجتماع بالطب أو ما يعرف بسوسولوجيا الصحة، وتأثير العوامل المرتبطة بالصحة والمرض من حيث البيئة والظروف الاجتماعية على الصحة والمرض، وعلى أثر النتائج الخاصة بضرورة ربط الصحة بالمجتمع والخدمة الاجتماعية ثم استخدام عديد المفاهيم الاجتماعية والصحية وربطها بالتنمية الصحية كالحاجات الوقائية النفسية والاجتماعية التي تحتاج إلى وسيط يجمع بينها وبين المؤسسة الصحية من أجل تقليص الهوة بين المرض والمريض، وهذا الوسيط هو الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي، ما يؤكد دائما على فرضية غياب الأول يؤدي إلى نقص في الخدمات الصحية الاجتماعية وعدم تحقيق الحاجات لطالبيها الحقيقيين، ومن ثمة فإن ظهور نظريات الصحة والمرض هو حلقة ول بين الخدمة الاجتماعية والخدمة الصحية من جهة، وبين المؤسسة الصحية والمريض والطبيب والمرض من جهة أخرى ما مكن من دراسة المرض كظاهرة اجتماعية ونفسية قبل أن تكون عضوية جسمية في إطار الاستراتيجية الوقائية.

ومن هذا المنطلق فإن مشاكل الصحة وانتكاس خطط التنمية الصحية راجع إلى تغييب العلاقة التي تجمع بين الصحة والمرض والخدمة الاجتماعية والمجتمع أو ما بين التنمية الاجتماعية والخدمة الصحية، حيث كثيرا ما تم اغفال ان المرض كيان نظري له وجود مستقل عن المريض<sup>1</sup>.

### د- علم الاجتماع الطبي:

بحكم قلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية الصحية، واقتصار النظريات والتراكم السوسولوجي على الصحة في العلوم الصحية دون المزج بين المدرستين، فإن علم الاجتماع الطبي أحد المجالات والجسور التي فتحت المسار الصحيح الذي يجمع بين الصحة والمجتمع وهو بالضبط ما يصطلح عليه الصحة العمومية، أي صحة المجتمعات. ويرجع علم الاجتماع الطبي مسائل الصحة والمرض إلى عوامل اجتماعية ونفسية قبل أن تكون عضوية جسمية (وقائية)، ومحور حديثه ليس الصحة والمرض فقط، بل تعدها إلى السياق الثقافي والبيئي (ثقافية)، والخدمة الاجتماعية الصحية كمهنة إنسانية من خلال ما تقدمه عبر الطاقم الطبي للمريض قد مكنت من ظهور الاتجاهات الحديثة في التنظيمات الطبية حسب ما أسس له الدكتور "عاطف محمد شحاتة" حيث أرجع ظهور هذه المفاهيم وتوجهاتها إلى مختلف المعوقات الوظيفية التي ظهرا في النسق الفني للخدمة وتأثيره على الاتجاهات الأخرى النفسية والاجتماعية.

<sup>1</sup>forment Alain :maladie ,donner un sens, Ed des archives contemporaines,paris,2001,p48.

وقد قدّم "جارتلي جاكرا" في كتابه "من سوسولوجيا الوظائف الصحيّة داخل التنظيمات الطبيّة إلى سوسولوجيا المستشفى" أحد أهمّ المداخر البحثية للدراسات المساندة للخدمة الاجتماعية في الصحة العمومية، وأنّ هذه التحولات والتطورات من الاهتمام بالصحة العضوية إلى الصحة الاجتماعية الوقائية راجع لأهميتها في الحفاظ على التوازن وتحقيق الحاجات الصحيّة غير المشبعة داخل المستشفى العمومي.

### اقتراحات وتوصيات:

بعد القيام بهذه الدراسة والجهد المبذول خلال سنوات في تقييم وتحصيل بحثي شامل يمكن الخروج بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات المشتملة لعناصر البحث العلمي، والممتدة لدراسات علمية وأكاديمية أخرى، فهذه النتائج والاقتراحات نافذة تفتح على أبحاث ومكتسبات علمية جديدة. ولعلّ أهم ما يمكن أن نشير إليه أنّ هذه الدراسة مبنية على استراتيجية وبرنامج صحي يمكن الاعتماد عليه كمرجع للدارسين والمهتمين بالصحة العمومية هي مليئة بالاقتراحات في شكل مباحث وعناصر وفصول تدخل ضمن التنمية الصحية للمجتمع كما يمكن استخلاص بعض التوصيات والاستنتاجات التي نلخصها فيما يلي على شكل نقاط جوهرية تمثل لب الدراسة وجوهرها:

- التأكيد على دور الخدمة الاجتماعية في عملية التنمية الصحيّة العمومية والخاصة وإعطائها المكانة الملائمة من حيث الدراسة والتطبيق العملي في المؤسسات.
- إدراك أهمية الصحة في عمليات التنمية الاجتماعية وربطها بالمناهج التعليمية واقتصاد الصحة والمؤسسات الاجتماعية والثقافية الأخرى.
- تفعيل دور الثقافة الصحيّة، والصحة النفسية والاجتماعية في المجتمع وتخصيص برامج ومناهج خاصة تعنى بهذه الجوانب في مختلف السياسات والقرارات السيادية.
- تكثيف برامج البحث العلمي حول الصحة وربطها بالجوانب الاجتماعية والثقافية وعدم حصرها في المهن الطبيّة العضوية فقط.
- عقد المؤتمرات والندوات والمجالس التي تهتم بجوانب الخدمة الصحية والاجتماعية بالشراكة مع الكوادر الطبيّة ومسؤولي القطاع الصحي.
- تحسين ظروف الخدمة الصحيّة للطواقم الطبيّة في المؤسسة الصحيّة وخارجها، لأنّ ذلك يعني تحسين الحالة الصحيّة للمرضى وطالبي الخدمة الصحيّة.
- استحداث المكاتب الإرشادية والإعلامية والتوجيهية في المستشفيات العمومية للوقوف على الحالات الاجتماعية، وربط الاتصال بالمرضى والأطباء.
- تكوين المتخرجين مع المرضى من خلال عقد التربصات الميدانية والندوات العلمية.
- استحداث هيئة تعنى بالتنمية الصحيّة والاجتماعية تعزز خدمات الصحة النفسية الوقائية والعلاجية بالتوازي مع الخدمة العلاجية في المؤسسة الصحيّة العمومية.

- عدم تهميش الدراسات والأبحاث الميدانية المتقدمة في القطاعات الصحيّة، والعمل على تنفيذ التوصيات من خلال المسؤولين والقائمين على القرار السياسي.
  - تأهيل الأخصائيين الاجتماعيين النفسيين وإعطائهم المكانة الحقيقية في المؤسسات الصحيّة والبرامج التنموية الاجتماعية والتعليمية.
  - تقديم الاستراتيجية الوقائية كثقافة صحيّة وتنموية في البرامج الاجتماعية والمناهج التعليمية بدل العلاج، لأنّ الوقاية خير من العلاج.
  - الاعتماد على الإعلام الجهوي والوطني في التعريف بالخدمات الصحيّة وربطها بالخطط والمشاريع الاجتماعية التنموية عبر الوسائط الإلكترونية الحديثة.
  - العمل على شفافية الإجراءات الإدارية في المؤسسات الصحيّة من خلال مؤسسة العمل الصحي، ومحاربة البيروقراطية ومركزية القرار.
  - التوعية البيئية والسلامة الصحيّة المتعلقة بثقافة التغذية والممارسات الصحيّة الخاطئة خاصة في الطب غير الرسمي وما يمثله من تحديات على الطب الحديث المعاصر.
  - زيادة التغطية الصحيّة الشاملة لكلّ أفراد المجتمع دون تأخير أو تمييز من خلال رفع ميزانية الصحة والاهتمام بالكوادر الطبية والاستماع لانشغالات الأطباء والمرضى القائمين على الخدمة الصحيّة والاجتماعية.
  - توفير الأجهزة الطبية الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج، واعتماد التكنولوجيا في تطوير السوائل والمعدّات والأجهزة المتعلقة بالتقنية وميدان العمل الصحي.
  - إعادة النظر في ساعات العمل والمناوبة ونظام الراحة والاسترجاع لتحسين الأداء وتفادي الإرهاق والضغط، وتهيئة الظروف الفيزيائية الملائمة الجودة ورفع وتيرة الأداء الصحي النوعي.
  - هيكلة القطاعات الصحيّة من حيث التواجد الجغرافي وطاقة الاستيعاب وأقسام الخدمة بطريقة علمية تراعي الجوانب النفسية والمرضية للطبيب والمريض.
- هذه بعض الاقتراحات المستوحاة من الأنظمة الصحيّة الرائدة والمتقدمة موجهة لمختلف الفاعلين والعاملين في المنظومة الصحيّة ودارسي العلوم الصحيّة والطبيّة نقدمها كورقة بحثية للمساهمة في إصلاح مواطن الخلل، وإعطاء فكرة جديدة عن التنظيمات الصحيّة، والمؤسسات الاستشفائية الرائدة.

خاتمة

منذ بداية الشروع في هذه الأطروحة ونحن نؤكد على التعريف الذي قدّمته منظمة الصحة العالمية حول الصحة؛ بضرورة تجاوز العمل الصحي التطبيقي والتشخيص العضوي للمرض، إلى الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية من أجل الوصول إلى تنمية صحية حقيقية مستمرة وشاملة في جميع جوانبها الوقائية والعلاجية والثقافية، وقد حاولنا منذ بواكير هذه الدراسة بناء تصورات وفرضيات تستوعب الموضوع وتحيط بعناصره الأساسية التي كانت بطرح فكرة الخدمة الاجتماعية الصحية كأحد أهم الاستراتيجيات والميكانيزمات التي من خلال مناظرها وأدواتها، يمكن تفعيل الآليات التي تحرك ميدان البحث والصحة العمومية لإشباع الحاجات التي يحتاجها المريض والقائم على خدمته وقد تمّ تطبيق مقياس ليكارث من أجل الوقوف على هذه الحاجات في مستشفى الأم والطفل بميدان الدراسة على عيّنة من الطاقم الطبي الذين يقومون بهذه المهمة بحكم نوعية العمل والمهنة الإنسانية وتأكّدت صحة الافتراضات التي تم صياغتها بدرجة عالية؛ حيث عكست غياب التنمية الصحية في المؤسسة الصحية من خلال الوظائف الرئيسية للخدمة الاجتماعية الصحية الوقائية والعلاجية، وهو ما يعزز غياب الثقافة الصحية كواقع للتنمية الصحية في الجزائر، وفشل الخطط والبرامج مرتبط بهذه المتغيرات التي تدعو إليها الهيئات الصحية العالمية، ومنظمات تهتم بالشأن الصحي.

إنّ دراسة الحالة التي قدمناها في شقها النظري الذي حاولنا فيه تغطية جانب الاستراتيجية الصحية النظري والعملي، والشق الميداني الذي حاولنا فيه الوقوف على تجسيد هذه البرامج فنيا وعلميا قد عززت أطروحة أنّ الخدمات المقدّمة لا تزال بعيدة عن مستوى الدول المجاورة من حيث الجودة، حتى لا تقارن بدول أوروبية، وحتى لا تبقى الإشكالية معلقة بأنّ الخدمات كافية أو غير كافية، فحتى الوصول إلى هذه الإجابات والنتائج العلمية يبقى غير مقنع لمن يبحث عن البدائل والحلول في حقل الاستثمارات الصحية الراهنة، ولعلّ ما يمكن تقديمه كبديل ورهانات، هو الاستمرار في التطوير التقني ومؤسسة العمل الصحي ورفع الوعي التنموي تجاه هذا القطاع من خلال تشجيع هذه البحوث وأخذها مأخذ الجدّ وفي مقدمة ما يمكن الأخذ به والتأكيد عليه هو إدخال العلوم النفسية والاجتماعية في العمل الصحي.

ومؤسسة الخدمة الاجتماعية الصحية، فالعالم اليوم يدعوا إلى العمل الإنساني في مختلف الجوانب الصحية منها والتنموية، والخدمة الاجتماعية اقصر طريق لذلك فقد بدأت كعمل إنساني وتطورت لتصبح كعلم اجتماع طبي، وسوسيلوجيا صحية، ما يحتم الاهتمام بالعلوم الاجتماعية والنفسية وجعل الصحة النفسية كأحد أهم أولويات النشاط الصحي.

## خاتمة

إن مشروع الخدمة الاجتماعية الصحيّة ناو التنمية الصحية لا تقع على عاتق المؤسسة الصحيّة فقط، بل يحتاج إلى تضافر جميع الجهود والمؤسسات فهو يسير في فلك منظومة إدارية واجتماعية وبيئية وإعلامية، وأي خلل في هذه الأنساق يؤدي إلى اعتلال في الوظائف الوقائية والعلاجية، لذلك فأبي خطة ومشروع صحي يحتاج إلى بيئة صحيّة وأرضيّة حضارية تشترك فيها جميع الأطراف والفاعلين، حتى لا يقع أي تباطؤ أو فشل أثناء وبعد التنفيذ.

والخريطة الصحيّة للصحة والمرض في المجتمع تحتاج إلى جغرافيا طبية حقيقية لرفع التحدي، ورفع معدلات الحياة والمرتبطة بالمستوى الصحي والديموغرافيا البشرية.

لقد وقع اختيارنا على جانب ميداني صحي يصف ضمن المؤسسات التي تقدّم خدمات وقائية، فمستشفيات الأمومة في عمومها لها طابع وقائي أكثر منه علاجي، وهو ما تفتقده المؤسسة الصحيّة نسبيًا، ما يجعل من الخدمات العلاجية تتحمل العبء والميزانية التي كان من المفترض امتصاصها عبر الإستراتيجية الوقائية والعمل التوعوي المرتبط بالثقيف الصحي والإمكانيات الصحيّة والتقنية اللازمة لتحقيق النجاح والتغطية الصحيّة المتوازنة.

ولا يمكن تحصيل المؤسسة الصحيّة العمومية إلا بتكثيف البحوث والبرامج والخطط والتنسيق مع البحوث العلمية الميدانية والمدخلات الخارجية وفي مقدمتها ما تم التأكيد عليه وطرحه منذ البداية، إذ أن نجاح السياسة الصحية الاجتماعية أو السياسة الاجتماعية المرتبطة بالتنمية الصحيّة قائم على مدخلات الخدمة الاجتماعية الصحية في المؤسسة من خلال الاستراتيجية الوقائية والعلاجية، وكذلك على مخرجات الاستثمار الصحي المتمثل في الثقافة الصحية والمرتبطة بمفاهيم وعناصر الصحة النفسية والاجتماعية؛ كل ذلك في إطار دراسة المؤسسات الصحيّة ليس كوحداث طبيّة علاجية فقط، ولكن كتنظيمات اجتماعية تعتمد على العموم الصحيّة والطبيّة دون الإخلال بالوظائف الاجتماعية والثقافية.

# المصادر والمراجع

## قائمة المصادر والمراجع

أولاً- قائمة المصادر والمراجع باللغة العربية:

أ- قائمة المصادر والموسوعات والقواميس:

1- القرآن الكريم

2- الحديث النبوي الشريف

3- إبراهيم مجدي عزيز: موسوعة المعارف التربوية ، ط1، دار عالم الكتب، القاهرة، 2007

4- أحمد رجاء عبد الحميد رجب وآخرون: صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات دورية علمية متخصصة ، جامعة الدول العربية العدد 5 مجلد 02 ، القاهرة ، ماي 2009.

5- مجدي عبد العزيز إبراهيم: موسوعة المعارف التربوية ، عالم الكتب، ط1، القاهرة، 2007.

6- محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2006.

7- ف ج بنيت، ترجمة: جمال بن صالح الجار الله، التشخيص المجتمعي والعمل الصحي ، جامعة الملك سعود ، الرياض، السعودية، 1996 .

ب- قائمة الكتب:

1- إبراهيم عبد الهادي المليحي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، 2002.

2- إبراهيم عبد الهادي ومحمد المليحي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، سلسلة جدران المعرفة، الإسكندرية، 2006.

3- أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم: المتغيرات المعاصرة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، ط1، دار الكتب والوثائق القومية، مصر

4- أحمد بن اسحاق الأصفهاني، تحقيق مصطفى خضر ونمر التركي: موسوعة الطب النبوي ، المجلد الأول، ط1/ دار ابن حزم، لبنان، 2006.

5- أحمد فايز التماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، ط1، بيروت، 2000.

6- أحمد محمد برح وآخرون: الثقافة الصحية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ط2، عمان، الأردن، 2010.

7- أحمد محمود نهار أبو سليم: مكافحة الفساد، دار الفكر، ط1، عمان.

8- أندرويل ، أم .دي: ترجمة مكتبة جرير : الصحة والدواء من الطبيعة، دون بلد، ط1، 2007.

9- إسماعيل يوسف وآخرون : برامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دار الكتب، 2005 .

10- أشرف محمد عبد الغني شريت، محمد السيد حلاوة: الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، د ط مصر، 2003 .

11- إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الطبية والصحية، المكتب الجامعي الحديث، دس، دط.

12- السيد رمضان وآخرون: أسس الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999.

13- السيد عبد الحميد عطية : اتجاهات نظرية وأسس تطبيقية في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية، 2012 .

## قائمة المصادر والمراجع

- 14- السيد عبد الحميد عطية وهناء حافظ بدوي: الخدمة الاجتماعية ومجالاتها التطبيقية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998.
- 15- الفاروق زكي يونس: الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي، ط2، عالم الكتب، القاهرة، 1978.
- 16- امام أحمد محمد عبد الله: الخدمة الاجتماعية في مجال الطب النفسي، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع، الرياض، 1405 هـ، 1985.
- 17- أميرة مضوي يوسف: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998.
- 18- أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، ط1، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2003.
- 19- جمال شحاتة حبيب ومريم إبراهيم حنا: الخدمة الاجتماعية المعاصرة، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2011.
- 20- جمال شحاتة حبيب: الممارسة العامة منظور حديث في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2009.
- 21- دافيد كامرون موريل، ترجمة: لبنى عبد الرحمان الطيب الأنصاري، فن الممارسة الطبية العامة، مطابع جامعة الملك سعود، الرياض، 1997.
- 22- هدى غريب وآخرون: العلوم الصحية، دار الوفاء بدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، د.ط، مصر، 2001.
- 23- حسن سليمان وآخرون: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، ط1، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر بيروت، لبنان، 2005.
- 24- حسين عبد الحميد أحمد رشوان: الإدارة والمجتمع، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، 2006.
- 25- حسين، حسن سليمان: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، د.ط، د.ب، د.س.
- 26- طلعت السروجي، ماهر أبو المعاطي: ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة، مصر، 2009.
- 27- كامل محمد محمد عويضة: الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت، 1996.
- 28- كوثر محمود أبوعين: النظام البيئي وصحة المجتمع، ط1، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006م.
- 29- كمال التابعي: (بتصرف) علم الاجتماع والتنمية، د.ط، القاهرة، 1991.
- 30- لوان آدي وآخرون، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، تقويم نظام الرعاية الطبية، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، 2000.
- 31- ليندا حداد وآخرون: تمرير صحة المجتمع، أكاديميا أنترناشيونال (منظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط)، بيروت، 2006.
- 32- ماجدة السيد بهاء الدين السيد عبيد: وقفة مع الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.
- 33- مالك بن نبي: بين الرشاد والتبیه، ط1، دار الوعي للنشر والتوزيع، الجزائر، 2013.
- 34- ماهر حسن محمود محمد: الثمار والأعشاب الواردة في القرآن الكريم والسنة النبوية، دار الندى، الإسكندرية، 2006.
- 35- مدحت أبو النصر: مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية، ط1، المجموعة العربية للتدريب والنشر، مصر، 2017.
- 36- مدحت محمد أبو الشعري، الخدمة الاجتماعية الوقائية، مجموعة النيل العربية، ط1، القاهرة، مصر، 2008.

## قائمة المصادر والمراجع

- 37- مورييس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ، دار القصة للنشر، ط2، الجزائر، 2006 .
- 38- محمد الجوهري وآخرون: الصحة والبيئة ، القاهرة، 2007.
- 39- محمد الجوهري وآخرون: علم الاجتماع الطبي ، دار المسيرة، ط1، عمان، الأردن، 2009 .
- 40- محمد السيد أبو المجد عامر: دراسات وقضايا في الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2013 .
- 41- محمد السيد عامر: مجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2007 .
- 42- محمد سيد فهمي: الخدمة الاجتماعية ، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية، مصر، 2007.
- 43- محمد سيد فهمي: الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية، 2007 .
- 44- محمد عابد الجابري: الكليات في الطب (مع معجم بالمصطلحات الطبية العربية) ، ط2، مركز دراسات الوحدة العربية ، بيروت، 2008.
- 45- محمد عبد الفتاح محمد عبد الله: تنمية المجتمعات المحلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2006 .
- 46- محمد علي سلامة : العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الوعي الطبي، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية، 2007.
- 47- محمد علي، سناء حسنين الخولي، علي عبد الرزاق جليبي، سامية محمد جابر: دراسات في علم الاجتماع الطبي ، ط3، دار المسيرة، عمان، الأردن 2014
- 48- محمد مصطفى أحمد: تطبيقات في مجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، د طبعة، الإسكندرية، د سنة.
- 49- محمود السيد أبو النيل: الصحة النفسية ، د ط، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر، 2014 .
- 50- محمود عبد الحميد منسي: الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية ، شركة الجمهورية الحديثة لتحويل وطباعة الورق ، د ط، مصر، 2003 .
- 51- مفتاح محمد عبد العزيز: مقدمة في علم النفس الصحة، دار وائل للنشر، ط1، عمان، الأردن، 2010 .
- 52- مصطفى حجازي: الصحة النفسية، المركز الثقافي العربي، ط2، المغرب، 2004 .
- 53- مصطفى خليل الشرفاوي: علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت، د ط، د س.
- 54- مروان عبد الحميد إبراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية ، ط1، مؤسسة الوراق ، عمان ، الأردن، 2001 .
- 55- نادية عيشور وآخرون : منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، مؤسسة حسين رأس الجبل للنشر والتوزيع، الجزائر، 2017 .
- 56- نادية فؤاد حميد ومحمد: البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008 .
- 57- نجلاء عاطف خليل: علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2006 .
- 58- نجلاء محمد صالح: العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2012 .
- 59- نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، ط1، الجزائر، 2010 .
- 60- سامية محمد فهمي، منال طلعت محمود: الخدمة الاجتماعية (نماذج الممارسة) ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005
- 61- سيد أبو بكر حسانين: طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، ط6، 1992 .

## قائمة المصادر والمراجع

- 62- سماح سالم سالم: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، دار الثقافة للنشر، ط1، عمان، الأردن، 2012 .
- 63- سماح سالم نجلاء صالح: أساسيات العمل في الخدمة الاجتماعية، ط1، عالم الكتب الحديث، الأردن، 2010.
- 64- سلوى عثمان الصديقي: خدمة الفرد في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003 .
- 65- سعاد عثمان وآخرون: الصحة والمرض، دار المعرفة الجامعية، ط1، 1999.
- 66- عادل عبد العال: الطب القديم (خلاصة أسرار الأطباء القدامى من الطبيعة، ط3، دار أجيال للنشر والتوزيع، د ب، 2007
- 67- عباس دندراوي: مدخل في الخدمة الاجتماعية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 68- عبد الحميد عطية: التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، د.ط، مصر، 2001 .
- 69- عبد الرحمان الخطيب: ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة، 2006.
- 70- عبد الرحمان الخطيب: الخدمة الاجتماعية المتكاملة في مجال الإعاقة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2006.
- 71- عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب: ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة، 2006.
- 72- عبد السلام بشير الدويبي: علم الاجتماع الطبي، دار الشروق، عمان، الأردن، 2006 .
- 73- عبد العزيز عبد الله البريشن: مقالات في الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الفكر، الأردن، 2010 .
- 74- عبد الفتاح وآخرون: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2003 .
- 75- عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهيبي: الأمراض النفسية والعقلية، دار الفكر العربي، ط1، بيروت، لبنان، 1997 .
- 76- عبد المجيد الشاعر وآخرون: الصحة والسلامة العامة، ط1، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2005.
- 77- عبد الحفي محمود حسن صالح: الصحة العامة وصحة المجتمع (الأبعاد الاجتماعية والثقافية)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2001 .
- 78- عبد الحفي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2003.
- 79- علي محمد عايش أبو صالح، غازي بن قاسم حمادة: الصحة واللياقة البدنية، العبيكان، السعودية.
- 80- علي مكاوي وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، القاهرة، 1998 .
- 81- علي مكاوي: علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990.
- 82- عني ناصر حسين القريشي: الخدمة الاجتماعية في المؤسسات العدلية، ط1، دار صفار للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
- 83- عصام توفيق قمر وسمير فتحي مبروك: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، دار الفكر، ط2، عمان، الأردن، 2012 .
- 84- فاطمة عوض صابر، مرفت علي خفاجة: أسس ومبادئ البحث العلمي، ط1، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، مصر، 2002 .
- 85- فيصل محمود الغرايبة: الخدمة الاجتماعية في المجتمع العربي المعاصر، ط2، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2008.
- 86- قدرى الشيخ علي وآخرون: علم الاجتماع الطبي، ط1، مكتبة المجتمع العربي الحديث، عمان، الأردن، 2014
- 87- رنجي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم: مناهج وأساليب البحث العلمي، ط1، دار صفاء، الاردن، 2000.
- 88- رياض رمضان العلمي: الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت 1988 .
- 89- رشاد أحمد عبد اللطيف: أساسيات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1997 .

## قائمة المصادر والمراجع

- 90- رشيد زرواتي: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، ط1، مؤسسة ابن سينا للطباعة والنشر، الجزائر، 2000 .
- 91- شريف سنوسي عبد اللطيف، وعنايات حامد شليبي: الخدمة الاجتماعية ورعاية الفئات الخاصة، دار الوفاء، الإسكندرية، مصر، ط1، 2011.
- 92- خالد صالح محمود: مشكلات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بدور حضانة المعاقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2009 .
- 93- خليل المعايطه : مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، دار الفكر، ط2، عمان، الأردن، 2009 .
- 94- خليل درويش، وائل مسعود: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة، مصر، 2009 .
- ج-المواثيق والمنشورات:
- 1- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 27 ، 18 جمادى الأولى عام 1431هـ ، 25 أبريل 2010م .
- 2- مجلس الأمة، برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، ملحق الفكر البرلماني، عدد6، جويلية 2004 .
- 3- وزارة الصحة والسكان، الجلسات الوطنية للصحة، الجزائر، قصر الأمم نادي الصنوبر ، 26، 27، 28 مارس 1998 .
- 4- برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئة، تحرير إسماعيل يوسف وآخرون ، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دط ، دار الكتب ، مصر، 2005 .
- د-الرسائل الجامعية والمقالات والجرائد:
- 1- بودوح غنية: دور التكوين المتواصل في تنمية الموارد البشرية بالمؤسسة الصحية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، تحت إشراف برقوق عبد الرحمان جامعة بسكرة، الجزائر، 2006-، 2007 .
- 2- نويصر بلقاسم: التنمية و التغيير في نسق القيم الاجتماعية ، أطروحة دكتوراه ، قسنطينة، الجزائر، 2011.
- 3- سامية زبوج: السياسة الاجتماعية للدولة الجزائرية( دراسة وصفية تحليلية لخلايا الحوار التضامنية) أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2012 .
- 4- سعيدة شين: التصورات الاجتماعية للطب الشعب، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، الجزائر، 2015.
- 5- فضيلة صدراقي: واقع الصحة المدرسية في الجزائر من جهة نظر الفاعلين في القطاع، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه جامعة خيضر، بسكرة، 2014 .
- 6- حولة فيروز : المتغيرات الاجتماعية لتصوير المرض وأساليب علاجه، أطروحة دكتوراه في علم اجتماع التنمية ، جامعة محمد خيضر، بسكرة ، الجزائر، 2014 .
- 7- البسام أحمد أبو العمرين: مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة ، رسالة ماجستير ، فلسطين، 2008 .
- 8- عبد العزيز عبد الله الريشن(بتصرف): مدى الإفادة من الرسائل العلمية في الممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية ، رسالة ماجستير ، قسم الدراسات الاجتماعية السعودية ، 1998.
- 9- شايب سعاد: الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، الجزائر، 2007 .
- 10- محمد عبيد عياد الفهيدى: تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية ، رسالة ماجستير ، جامعة نايف العربية ، الرياض، 2012.

## قائمة المصادر والمراجع

- 11- دلال سويسي: نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2013 .
- 12- خوبي نواره عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر3، 2011 .
- 13- حسيني محمد العيد: السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2013 .
- 14- شهرزاد بسنوسي : ثقافة التغذية وعلاقتها بانتشار مرض السمنة ، رسالة ماجستير، جامعة أبي بكر بالقايد ، تلمسان، الجزائر، 2011 .
- 15- خليصة دعميش: الخدمة الاجتماعية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري، رسالة ماجستير، جامعة المسيلة، الجزائر، 2005 .
- 16- خامت سعدية: تقديم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة ماستر، جامعة العقيد أكلي محمد أولحاج ، البويرة، الجزائر 2012 .
- 17- عبلة ظريفة : الفساد الإداري في المستشفيات العمومية ، مذكرة ماستر ، كلية الحقوق ، محمد خيضر ، بسكرة ، 2015
- 18- بومعروف إلياس، عماري عمار: من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد 07، جامعة سطيف، الجزائر، 2010 .
- 19- زايد وافية: التسيير الفعال لخدمات الرعاية الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، مجلة الأبحاث الاقتصادية ، العدد 12، جامعة البليدة 2، الجزائر، جوان 2015 .
- 20- فيروز خولة: تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تفسير المرض وتحديد أنماط العلاج لدى المرضى، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، ع08، جامعة تبسة، الجزائر، ديسمبر 2013 .
- 21- فليب عطية: أمراض الفقر (المشكلات الصحية في العالم الثالث)، مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، ح 161، مايو 1992
- 22- فضيل دليو: معايير الصدق والثبات في البحوث الكمية والكيفية، مجلة العلوم الاجتماعية، كلية علوم الإعلام والاتصال، قسنطينة2، العدد 83، 19 ديسمبر 2014 .
- 23- نور الدين ميني: استراتيجية الحملات الإعلامية والإعلانية لحماية البيئة في الجزائر ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 18، سطيف، الجزائر، جوان 2014.
- 24- مختار رحاب: الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع(مقاربة من منظور الأنتروبولوجيا الطبية)، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 15، المسيلة، الجزائر، 2014 .
- 25- يوسف سعدون: من سوسولوجيا الطب إلى سوسولوجيا الصحة، مجلة البحوث والدراسات في العلوم الإنسانية ، العدد 04، منشورات جامعة سكيكدة (20 أوت 1955) ، الجزائر، 2009 .
- 26- سليمان بومدين: الصحة والمجتمع، مجلة البحوث والدراسات في العلوم الإنسانية ، عدد04، سكيكدة، الجزائر، 2009
- 27- سعيد الحين عبدولي: دور التوترات الاجتماعية في تفشي الممارسات السحرية والشعوذية في المجتمع التونسي، (دراسة سوسولوجية ميدانية) ، مجلة علوم الإنسان والمجتمع ، عدد09، مارس ، تونس، 2014 .

## قائمة المصادر والمراجع

- 28- حلوان بلقاسم: النهج التعاقدى كمنط جديد في مجال التسيير، مجلة التسيير، عدد خاص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، جويلية 1998.
- 29- سناء عيسى الداغستاني، ديار عوني المفتي: المعتقدات الصحية التوعوية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية العددان 26، 27، بغداد، د.س.
- 30- ناصر الدين زيدي: فعالية برامج الصحة النفسية للراشدين بتحقيق الأمن النفسي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 16، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، جوان 2016 .
- 31- أقرقور: مصلحة طب الأسنان بسطيف هيكل بلا روح، جريدة الشروق اليومية، العدد 4960، الأحد 27 ديسمبر 2015 .
- 32- زهيرة م: تعميم مواعيد الكشف الطبي للمرضى عبر الأنترنت قريبا، جريدة الشروق اليومية، الإثنين 28 مارس 2016، العدد 5052.
- 33- نواره باشوش: الإهمال يقتل 83 مولودا جديدا بالمستشفيات، يومية الشروق، العدد 4884، أكتوبر 2015 .
- 34- فالخ فلاق شيرة؛ العائلات تلجأ إلى الاقتراض وبيع مجوهراتها، جريدة الشروق اليومي، العدد 4808 جويلية 2015.
- 35- محمد بن أحمد، محمد بن علي: جزائريون يتناولون أدوية مغشوشة، يومية الخير، د.ع، 3 مارس 2015، الجزائر.
- 36- خيرة لعروسي: 70% من الأمراض المتقلة عن طريق الفيروسات، يومية الخير، الجزائر، 2016 .
- 37- ب.رحيم: مرضانا يموتون احتراقا في المستشفيات، جريدة الخير 2015/03/11، الجزائر.
- 38- جريدة النهار: وكالة وطنية لتجهيز المستشفيات، العدد 2498 يوم 2015/12/09.
- 39- راضية شايث: منح 9000 دينار لـ 200.000 موظف في قطاع الصحة، جريدة النهار ليوم 2015/02/21.
- 40- م.ن: قافلة صحية تجوب المناطق النائية بالمدينة، جريدة الجزائر الجديدة، العدد 19، يوم 2015/11/11، 2169.
- 41- ك.سيرين، غيداع: طبيب...قابلة وأم عازبة الحبس، بانوراما حوادث، العدد 394، يوم 2015/12/26.
- 42- حسينة قاوة: مديرية الصحة لولاية سطيف تنظم دورة في كرة القدم، كواليس، العدد 1741، يوم 2015/11/18 .
- 43- عامر ناجح: التحكم في الانفاق الصحي، جريدة الشعب، العدد 16885، يوم: 2015/12/25، الجزائر.
- هـ- الندوات والمؤتمرات والمحاضرات:
- 1- وجدي محمد بركات: ورقة عمل حول: اتجاهات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في عصر المعلوماتية، ندوة عن الخدمة الاجتماعية، 22، 23، 03، 2011، أم القرى.
- 2- بن زروق جمال: مساهمة وسائل الإعلام والاتصال في التوعية الصحية، الملتقى الدولي الأول يومي 13/14 أبريل 2009، سطيف، الجزائر.
- و- التقارير ومواقع الأنترنت:
- 1- تقرير: تصدير بقلم: نافانيم بيلالي (المفوض السامي لحقوق الإنسان في الأمم المتحدة) حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، العدد 5، 2010.
- 2- تقرير منظمة الصحة العالمية: حقوق الإنسان والصحة وإستراتيجيات الحد من الفقر، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد 5، 2010.
- 3- تقرير منظمة الصحة العالمية: الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، الدورة 138، ديسمبر 2015 .
- 4- تقرير المؤسسة الاستشفائية رشيد بلحسن برج بوعريريج، مكتب إدارة الموارد البشرية.

## قائمة المصادر والمراجع

- 5- تقرير منظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط: تعزيز الصحة النفسية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، القاهرة، 2005  
الموقع <http://apps.who.int/iris/handle>
- 6- تقرير منظمة الصحة العالمية : ورقة تقنية حول الإستراتيجية المعنية بالصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان في إقليم شرق المتوسط 2012-2016، الدورة 58، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط 2011، الموقع: <http://www.who.int/iris/handle/10665/123045>
- 7- تقرير الصحة العامة ، مجلس الإنماء والإعمار، تشرين الأول، 2015، (الموقع)  
[www.cdr.gov.lb/progress\\_reports](http://www.cdr.gov.lb/progress_reports)
- 8- تقرير الاستراتيجية الصحية الوطنية (2014، 2016) ، (الموقع). <http://www.SITE.MOH.PS>
- 9- تقرير : منظمة الصحة العالمية إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس ، 2016. موجود على الموقع.  
<http://www.who.int/iris/handle/10665/251474>
- 10-تقرير الإستراتيجية الصحية الوطنية (2014،2016) الموقع  
<http://www.mon.GOV.BH.CONTENT/FILES.../X>
- 11- تقرير : التنمية الصحية ، إستراتيجية البنك الدولي 2010، الموقع: [www.albankadawli.org](http://www.albankadawli.org)
- 12- تقرير: مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ، حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه ، الأمم المتحدة الجمعية العامة، الدورة 22، 2012، الموقع <http://www.ohchr.org/righttohealthindia>
- 13- قناة البلاد على الساعة : 22.00 ، يوم : 2017/03/07.
- 14- إستراتيجية الصحة النفسية، لبنان، 2015، 2020، الموقع:  
<https://www.moph.gov.lb/.../Mental>
- 15- إستراتيجية تحسين الصحة (2018،2015) الموقع:  
<http://www.mon.GOV.BH.CONTENT/FILES>
- 16- [http://www.moh.ps.CONTENT\\_books.pdf](http://www.moh.ps.CONTENT_books.pdf)
- 17- منظمة الصحة العالمية: المحددات الاجتماعية للصحة، حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة، البرازيل، أكتوبر 2011، على الموقع: <http://www.who.int/iris/handle10665/24285>
- 18- منظمة الصحة العالمية: ورقة تقنية حول الإستراتيجية المعنية بالصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان في إقليم شرق المتوسط 2012-2016، الدورة 58، 2011، الموقع:  
<http://www.who.int/iris/handle/10665/122981>
- 19- منظمة الصحة العالمية: المحددات الاجتماعية للصحة، حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة، البرازيل، أكتوبر 2011، الموقع: <http://www.who.int/iris/handle10665/24285>
- 20- تقرير البنك الدولي: التنمية الصحية ، [www.wordbank.org](http://www.wordbank.org) ، 2008 .

ثانيا-قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

- 1- Ann barrere et Nicolas sembel ,sociologie de l'éducation ,Ed natham ,paris ,1998 .
- 2- Aline béton :sciences sociales, 2em édition Dalloz édition,paris,2000 .
- 3- Aslam Mustapha :Pouvoir de géirire,pouvoir social et prestige religious,au tour du cheikh kuwder,univerité aix Marseille,1998.
- 4- Fatima Zohra efiha :de reforme un système de sante a croisée des chemins , alger,2006.
- 5- forment alain:maladie,donner un sens, Ed des archives contemporaines,paris,2001.
- 6- GRAWITZ MADELIENE, Lexique des Science sociales, Ed Dalloz, Paris , 1981.

## قائمة المصادر والمراجع

---

- 7- LIRA LUIZ : l'éducation à l'environnement dans les écoles fondamentale à Bruxelles, Master en science et gestion de l'environnement, Promotrice SABINE POHL, Institut de gestion de l'environnement et aménagement du territoire, Université Libre de Bruxelles, Belgique
- 8- Madeline grattez ,méthodes des science sociales 5eme édition,imprudence générale Dalloz paris,1981.
- 9- Stiven ,K .Notre enfants , Université Paris 8 . France , 2010.

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عباس لغرور — خنشلة —

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

## طلب تحكيم استمارة

السيد الدكتور: ..... الفاضل.

هذه الاستمارة اعدت من طرف الطالب عادل دبوشة الذي يقوم بدراسة حول : "استراتيجية الخدمة الاجتماعية في تنمية الصحة العمومية " دراسة بمسشفى الأم والطفل ولاية برج بوعريريج ، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه (ل م د) في علم اجتماع التنمية والسكان الأسرة والصحة.

لذلك نرجو من سيادتكم إبداء رأيكم في فقرات الاستمارة ومدى ملاءمتها للمحاور المذكورة ، واقتراح ما ترونه مناسباً لموضوع وفرضيات البحث .

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير على جهدكم ووقتكم الثمين

## الإستمارة

نرجو من سيادتكم المحترمة التعاون معنا خدمة للبحث العلمي بكل موضوعية وجدية من اجل إثراء موضوع الخدمة الصحية وخدمة للصحة العمومية والكوادر الطبية . لكم منا جزيل الشكر والامتنان على التفهم ووقتكم الثمين .  
البيانات الأولية:

السن:..... الجنس:..... التخصص:..... سنوات الخبرة:.....  
استخدام مقياس ليكارت الثلاثي الاستجابات: موافق، متردد، غير موافق.

الرقم	العبارة	الاستجابة	موافق	متردد	غير موافق
1	لا توجد خدمات صحية نفسية واجتماعية تسهل عملية الولادة للمرأة، وللطبيب العمل براحة.				
2	لا يقوم المستشفى بتقديم خدمات اجتماعية إلا من خلال الأخصائي الاجتماعي.				
3	المريض يحس بنقص في الأمن الصحي والنفسي نتيجة نقص في الخدمات المقدمة في المصلحة .				
4	تؤثر ضغوطات العمل النفسية والاجتماعية على الطاقم الطبي في تأدية مهامه الطبية خاصة فيما يتعلق بظروف العمل.				
5	لا يوجد تواصل مستمر بين الاخصائيين النفسانيين والاجتماعيين والمريض وبينهم وبين الطاقم الطبي.				
6	لا يتكفل المستشفى بحالات الفقر التي تؤثر على النمو الصحي للمرأة لقلّة الموارد الصحية المتاحة				
7	تنتاب المرأة حالات القلق والخوف لغياب التهيئة النفسية والاجتماعية.				
8	الاضاءة والنظافة والبيئة تعاني نقائص صحية وغير ملائمة للأمهات والطاقم الطبي.				
9	الغرفة غير مجهزة بوسائل الراحة وتحتاج الى إعادة تهيئة من حيث الموقع (ضجيج) والمستلزمات (سوء تنظيم).				
10	لا تحترم النساء الحوامل نصائح الفريق الطبي من خلال العادات الاجتماعية والصحية السيئة التي تؤثر على تقديم الخدمات الصحية.				
11	ضعف الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية راجع الى عدم اهتمام قطاع الخدمات الصحية، حيث يعتبره خارج نطاقه وصلاحياته				
12	الامكانيات الطبية المتوفرة غير كافية لأداء العمل بطريقة مهنية وجودة عالية				
13	المعدات الطبية والتجهيزات تحتاج الى تجديد ومتابعة تقنية (قديمة نسبيا)				
14	الوسائل المستخدمة في التشخيص والمتابعة لا تساعد في تقديم خدمة طبية ترضي الفريق الطبي وكذلك المريض (المختبرات، التصوير الإشعاعي....)				
15	بيئة العمل داخل المستشفى لا توفر الرضا والحوافز لأداء خدمة طبية للأمهات خاصة الظروف الفيزيقية (الاضاءة، النظافة، الحرارة...)				
16	نظام المناوبة وساعات العمل تحتاج الى اعادة دراسة حيث لا تتيح الراحة للطاقم الطبي وتؤثر في نوعية عمله.				
17	لا يوجد نظام للراحة ومرافق لممارسة النشاطات الرياضية للاسترجاع وتفادي الضغوطات والارهاق .				
18	لا يساير المستشفى التكنولوجيا والتقنيات الحديثة من حيث الوسائل الطبية والمعدات الاستشفائية.				

19	المصلحة لا تشارك في اقتراحات دورية واعداد المخططات لتجاوز النقائص الفنية والتنظيمية.
20	حالات الولادة القيصرية أكثر من حالات الولادة الطبيعية راجع لنقص في النمو الصحي للأمهات.
21	خدمات القطاعات الخاصة في رأيك أفضل من خدمات المستشفى العمومي من حيث التنظيم والامكانيات المتاحة.
22	عدد الأسرة المتوفرة للنساء غير كافي ونظام المناوبات غير مخطط ومريح للأم والطاقم الطبي.
23	أقسام التوليد وقاعات الانتظار تحتاج لإعادة هيكلة وتنظيم.
24	تعاني المصلحة من نقص في بعض الاختصاصات الطبية والكوادر الطبية المؤهلة للعمل الصحي.
25	قنوات الصرف الصحي تحتاج الى متابعة وتجديد بحكم أنها غير مهينة جيدا للممارسة الصحية من حيث النظافة والجودة .
26	الماء النظيف والصالح للشرب غير متوفر بشكل كافي ومستمر لتلبية حاجات المصلحة.
27	خدمات الاسعاف لا تزال بعيدة عن الخدمة من حيث التواجد وسرعة الاستجابة ونظام العمل الدقيق والمتواصل.
28	الأدوية من حيث النوعية والكمية لا تلبى حاجات المريض الاساسية، ولا تضمن الأمن والسلامة الصحية بشكل كاف ومستمر.
29	لا يتم الاستعانة بالوسائل السمعية والبصرية المكتوبة لإيصال الانشغال وتزويد المترددين بالمعلومات الصحية (كالمطويات، المجلات، الاعلام...)
30	لا توجد مكاتب خاصة لتوعية الحوامل والأزواج من أجل التثقيف الصحي.
31	لا تزال المصلحة تفتقد لثقافة التوعية الصحية الغذائية التي تسهل عمل الطبيب وتخفف الموارد عن المؤسسة .
32	النصائح المقدمة من قبل القابلات والممرضين للنساء الحوامل غير كافية وتحتاج لدعم المؤسسة ومشاركة المجتمع، خاصة فيما يتعلق بالحصبة الالمانية، طرق الولادة السليمة، تنظيم النسل، التسممات الغذائية...
33	لا يزال الوعي الصحي ناقص خاصة فيما يتعلق بالنفايات الصحية وسرعة التخلص منها، وتجاوز الخطر لا يتم بطرق علمية ومهنية .
34	غياب محرقة خاصة بالنفايات الطبية والاتلاف العشوائي لها له مخاطر على البيئة الصحية والصحة السليمة.
35	نقص الوعي الصحي راجع لغياب وسائل التواصل بين المقيمة{المرأة} والأسرة، وصعوبة الاتصال راجع لغياب ثقافة صحية للمجتمع والمؤسسة.
36	نقص المعلومات والاستشارات تقف عائق دون تماثل المريض للشفاء التام خاصة المعلومات الثقافية والاجتماعية.

..... ملاحظات وإضافات : .....

.....

## الاستمارة

نرجو من سيادتكم المحترمة التعاون معنا خدمة للبحث العلمي بكل موضوعية وجدية من أجل إثراء موضوع الخدمة الصحية وخدمة للصحة العمومية والكوادر الطبية . لكم منا جزيل الشكر والامتنان على التفهم ووقتكم الثمين .  
البيانات الأولية:

السن:..... الجنس:..... التخصص:..... سنوات الخبرة:.....

استخدام مقياس ليكرت الثلاثي الاستجابات: موافق، متردد، غير موافق.

الرقم	العبرة	الاستجابة	موافق	متردد	غير موافق
1	تعاني المصلحة نقص في المخابر و أجهزة الأشعة و العتاد الطبي الذي يسهل الخدمة و يضمن التغطية الصحية.				
2	عدد الأسرة المتاحة للأطفال المواليد غير كافية و أقسام متابعة الأطفال غير مؤهلة لتقديم خدمة صحية ممتازة.				
3	الطاقم الطبي غير كافي و يحتاج إلى نظام مناوبات منظم و كافي.				
4	ساعات العمل تسبب الإرهاق و الإجهاد على الفريق الطبي و تحتاج إلى إعادة تخطيط خاصة أثناء المناوبات الليلية.				
5	امكانيات المستشفى المادية و البشرية لا تسمح للمواليد الأطفال البقاء مدة طويلة للمتابعة و التشخيص.				
6	الدواء من حيث الوفرة و النوعية غير كافي و خدمات الصيدلة تحتاج إلى دعم دائم و متواصل لضمان التغطية الصحية و السلامة للجميع.				
7	وسائل حفظ الأغذية و الأدوية و الدم غير كافية للوقاية من الأمراض و التسممات ( الثلجة).				
8	خدمات الاسعاف غير كافية و تنقصها الفعالية من حيث التواجد و النظام و الاستجابة خاصة مع الحالات المستعجلة خارج المستشفى.				
9	المصلحة لا تعمل بنظام معلومات حيث يسهل الوصول إلى المعلومات و البيانات الاحصائية الهامة للفريق الطبي.				
10	البيئة الصحية تحتاج إلى تحسين خاصة في ما يتعلق بالصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب و النظافة و ظروف العمل الميدانية.				
11	النمو الصحي للأطفال غير مستقر نتيجة الأمراض و نقص الامكانيات.				
12	معدلات الوفيات لا تتناقص نتيجة ضعف المناعة و نقص امكانيات التعقيم و التطعيم.				
13	الفريق الطبي غير راضي عن الامكانيات المتاحة لفقدانها شروط العمل الصحية و التنظيمية المؤهلة للخدمات الصحية.				
14	يحتاج المستشفى إلى أخصائيي التغذية لضمان السلامة الغذائية للأطفال المواليد و متابعة توفر الأغذية.				
15	تنقص المصلحة وسائل حفظ الأغذية و الأدوية الحيوية كالثلاجة و بعض المستلزمات الصحية.				
16	المصلحة لا تستطيع ضمان المتابعة الصحية للأطفال مدة طويلة لغياب التخطيط المكاني (البعد الجغرافي، كثافة التغطية السكانية).				
17	لا يبقى المواليد مدة طويلة كافية للمتابعة نتيجة عدم توفير إمكانيات التغذية ، و عجز المؤسسة مرتبط بكثرة المواليد الذي يفوق طاقة استيعاب المصلحة .				
18	الدم الذي يحتاجه المولود غير متوفر بشكل كاف و دائم ما يقلل السلامة من الأمراض و الوفيات.				
19	ترتفع أعراض سوء التغذية الصحية ( هزال ، انخفاض الوزن. تقزم...).				
20	لا تتبع الأسرة نصائح و توجيهات الفريق الطبي خصوصا في ما يتعلق بالرضاعة و التعقيم ما يصعب من الخدمات الصحية.				
21	تستخدم المصلحة الرضاعة غير الطبيعية لنقص في النمو الصحي للأطفال و الأمهات .				

ملاحظات وإضافات : .....

.....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة عباس لغرور — خنشلة —

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية  
شعبة علم اجتماع التنمية والسكان

## دليل المقابلة لبحث بعنوان

استراتيجية الخدمة الاجتماعية في تنمية الصحة العمومية

دراسة حالة بمسشفى الأم والطفل بولاية برج بوعريريج

أطروحة دكتوراه مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علم اجتماع التنمية والسكان

إشراف الأستاذة الدكتورة:

شنافي ليندة

من إعداد الطالب :

عادل دبوشة

ملاحظة هامة : " الرجاء وضع علامة (X) أو (√) في مكان الإجابة المرغوبة علما أن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة لا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي".

## أسئلة دليل المقابلة

المقابلة الأولى: مديرة المستشفى

البيانات العامة:

-الجنس : .....

-السن : .....

-المستوى التعليمي: .....

-رقم المقابلة: .....

-تاريخ المقابلة: .....

-الوظيفة: .....

-الاقدمية في الوظيفة (الخبرة): .....

الخدمة الصحية:

**1- ما هو تقييمكم للوضع الصحي والخدمات الصحية الوقائية والعلاجية المقدمة للمريض؟**

.....  
.....  
.....

**2- الخدمات الاجتماعية والنفسية في المستشفى غير كافية لإشباع الحاجات الصحية للطاقم الطبي والمرضى ، هل توافقون؟**

.....  
.....  
.....

**3- هل تتواصلون مع الأخصائيين النفسيين والمرضى بصفة دائمة أم مؤقتة؟**

.....  
.....  
.....

**4- الامكانيات والتجهيزات الصحية كافية أم تتخللها بعض النقص؟**

.....  
.....  
.....

**5- هل أتم راضون عن الظروف التي يتواجد فيها المرضى والأطباء خاصة عدد الأسرة وعدد الأطباء وظروف التمريض والعمل**

**والأدوية؟**

.....  
.....  
.....

6- ما مدى اعتمادكم على خدمات الإعلام والتوجيه لتحسين الخدمة الصحية والاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية؟

.....  
.....  
.....

7- هل توجد حلقة وصل بين المؤسسة الصحية والحالات الاجتماعية الخاصة (فقر، مرض مزمن، أطفال مجهولي النسب...) من

حيث التوعية والتثقيف الصحي؟

.....  
.....  
.....

8- ما مدى اعتماد البرامج الصحية في المؤسسة على الخدمات الثقافية والتوعوية والبيئية؟

.....  
.....  
.....

9- هل توجد لديكم اقتراحات أو إضافات يمكن الاستفادة منها؟

.....  
.....  
.....

المقابلة الثاني: الأخصائي الاجتماعي

1- ما طبيعة عملكم في المستشفى العمومي؟ وأي خدمة اجتماعية صحية يمكن أن يقدمها الأخصائي الاجتماعي؟

.....  
.....  
.....

2- هل ترون ضرورة صحية واجتماعية لهذه الخدمات ، أم هي هامشية وتكميلية للعمل الصحي؟

.....  
.....  
.....

3- الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الصحية هل تعتمد على برامج خاصة أم تخضع لتكوين الأخصائي الاجتماعي وخبرته

الخاصة ؟

.....  
.....  
.....

4- هل الخريطة الصحية ، والبرامج التي تعتمد عليها المؤسسة تأخذ بأهمية ودور الأخصائي الاجتماعي وتسعى لتكوينه وتقييمه أم

العكس ؟

.....  
.....  
.....

5- الامكانيات المتوفرة تسمح لعمل الأخصائي الاجتماعي والمريض في ظروف حسنة أم تتخللها بعض النقائص؟

6-هل توجد حلقة وصل بينكم وبين المسؤول للتنسيق الصحي وبينكم وبين أسرة المريض لإيصال الرسالة؟

7-ما هي أهم الاقتراحات والتوصيات التي يمكن أن تقدمها لتحسين مستوى الخدمات الصحية والاجتماعية؟

### المقابلة الثالثة : الأخصائي النفسي

1-ما هو دوركم الأساسي في هذه المؤسسة؟ وهل ترون أهمية قصوى في وجود الأخصائي النفسي؟ وضح.

2-ما هي أهم الحالات التي يتم التدخل فيها؟ وهل تجدون صعوبات في ذلك خاصة مع غياب الأخصائي الاجتماعي؟

3-هل ينسق الطبيب مع عملكم أم تقومون به انفراديا؟ لماذا؟

4-هل تجدون أهمية قصوى في تواجد الأخصائي النفسي في المصحة؟ وأين تكمن هذه الأهمية؟

5-هل تملكون احصائيات معينة حول مجهولي النسب؟ وكيف يتم التعامل معهم؟

6-هل تقومون بدورات تكوينية وبحوث ميدانية؟

7-هل تشاركون في البرامج الصحية؟

.....  
.....  
.....  
**8- اذكر الامكانيات المتوفرة والتي تنقصكم.**

.....  
.....  
.....  
**9- هل تقدمون اقتراحات دورية للمدير؟**

.....  
.....  
.....  
**10- اذكر بعض الاقتراحات والتوصيات التي يمكن الاستفادة منها.**

## Effectifs

### Statistiques

		الجنس	التخصص
N	Valide	108	108
	Manquante	0	0
Mode		2	2

## Tableau de fréquences

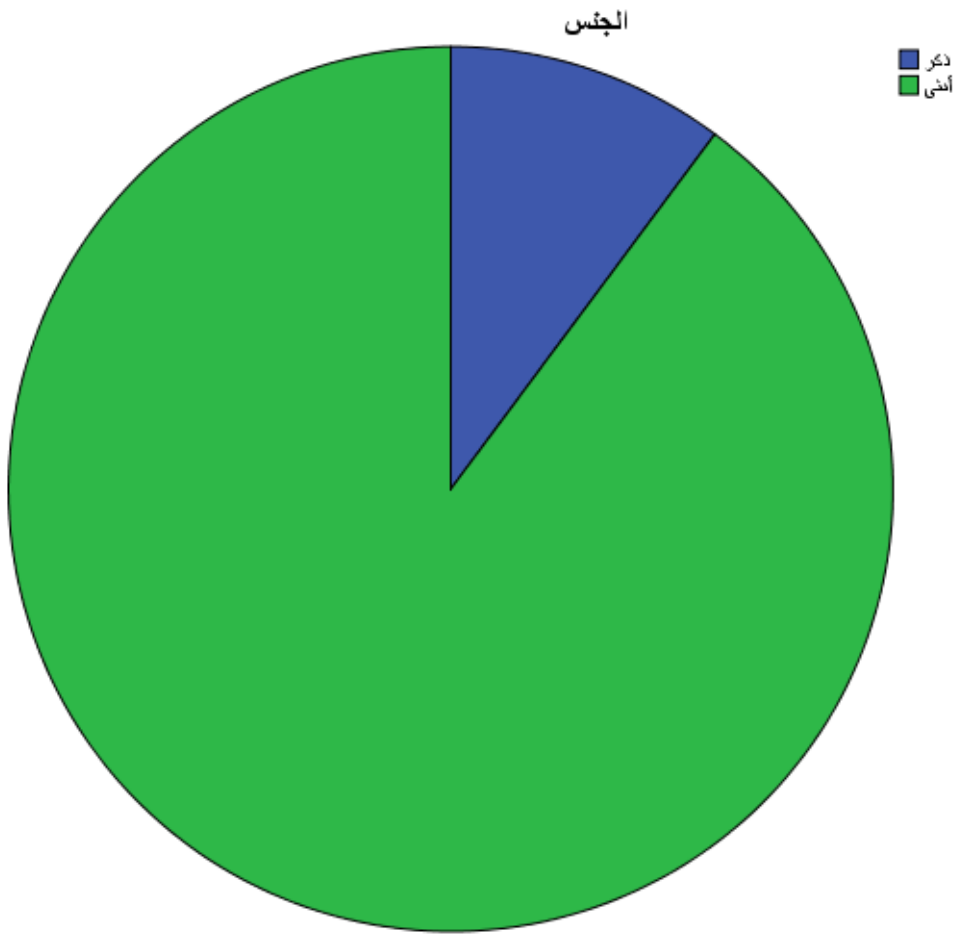
### الجنس

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	11	10,2	10,2	10,2
	أنثى	97	89,8	89,8	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

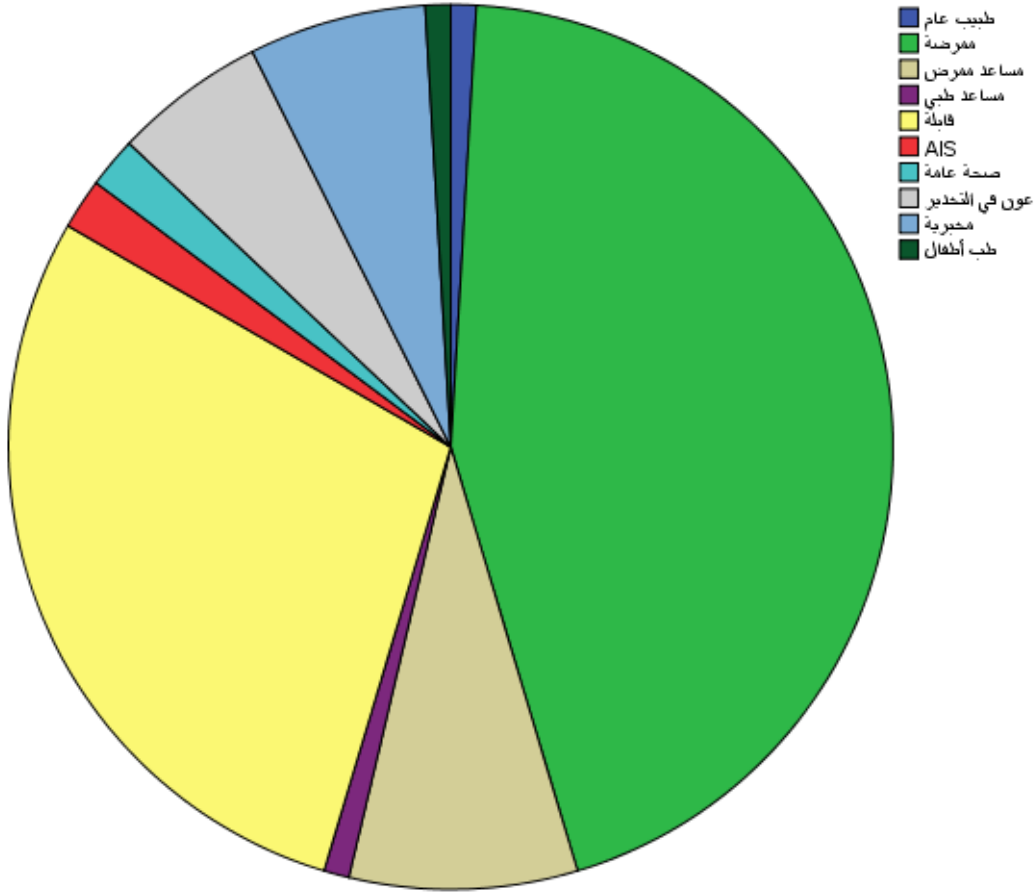
### التخصص

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	طبيب عام	1	,9	,9	,9
	ممرضة	48	44,4	44,4	45,4
	مساعد ممرض	9	8,3	8,3	53,7
	مساعد طبي	1	,9	,9	54,6
	قابلة	31	28,7	28,7	83,3
	AIS	2	1,9	1,9	85,2
	صحة عامة	2	1,9	1,9	87,0
	عون في التخدير	6	5,6	5,6	92,6
	مخبرية	7	6,5	6,5	99,1
	طب أطفال	1	,9	,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

## Diagramme en secteurs



## التخصص



## Effectifs

### Statistiques

		السن	سنوات الخبرة
N	Valide	108	108
	Manquante	0	0
Moyenne		29,59	5,18
Médiane		30,00	4,00
Mode		30	5
Ecart-type		4,592	4,488
Variance		21,085	20,146
Asymétrie		,497	2,595
Erreur std. d'asymétrie		,233	,233
Aplatissement		1,017	10,743
Erreur std. d'aplatissement		,461	,461
Minimum		21	0
Maximum		45	28

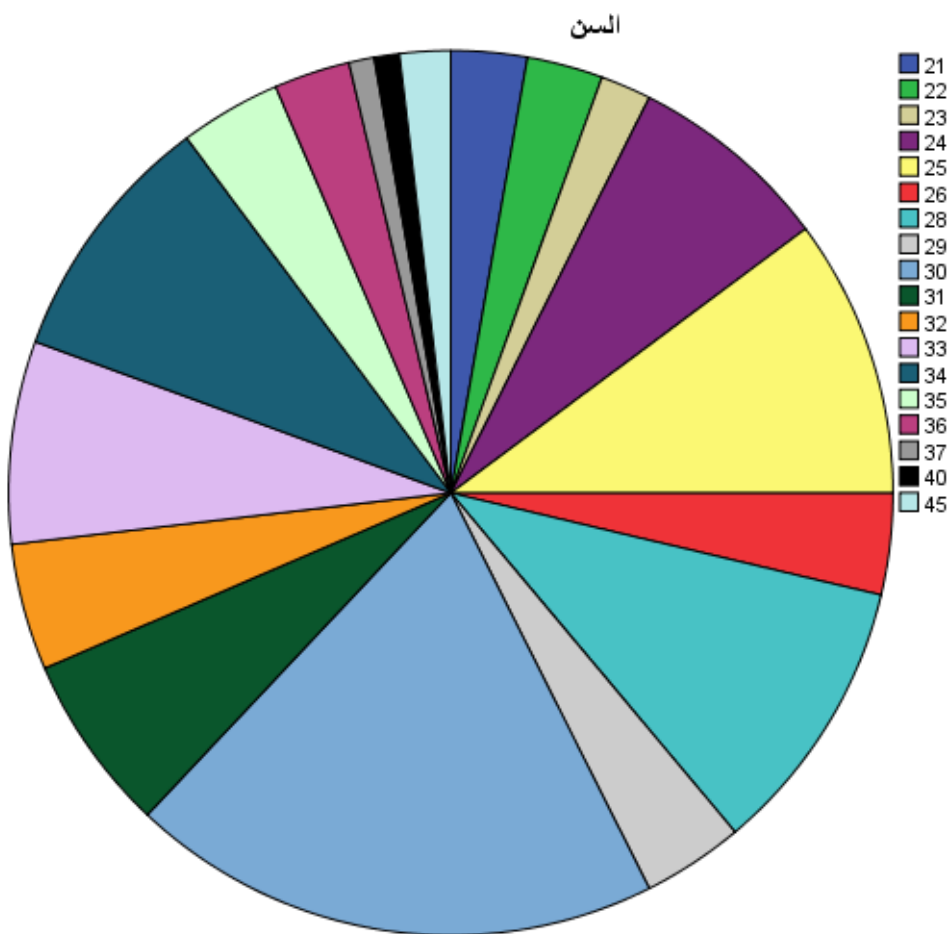
## Tableau de fréquences

السن				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
21	3	2,8	2,8	2,8
22	3	2,8	2,8	5,6
23	2	1,9	1,9	7,4
24	8	7,4	7,4	14,8
25	11	10,2	10,2	25,0
26	4	3,7	3,7	28,7
28	11	10,2	10,2	38,9
29	4	3,7	3,7	42,6
30	21	19,4	19,4	62,0
Valide 31	7	6,5	6,5	68,5
32	5	4,6	4,6	73,1
33	8	7,4	7,4	80,6
34	10	9,3	9,3	89,8
35	4	3,7	3,7	93,5
36	3	2,8	2,8	96,3
37	1	,9	,9	97,2
40	1	,9	,9	98,1
45	2	1,9	1,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

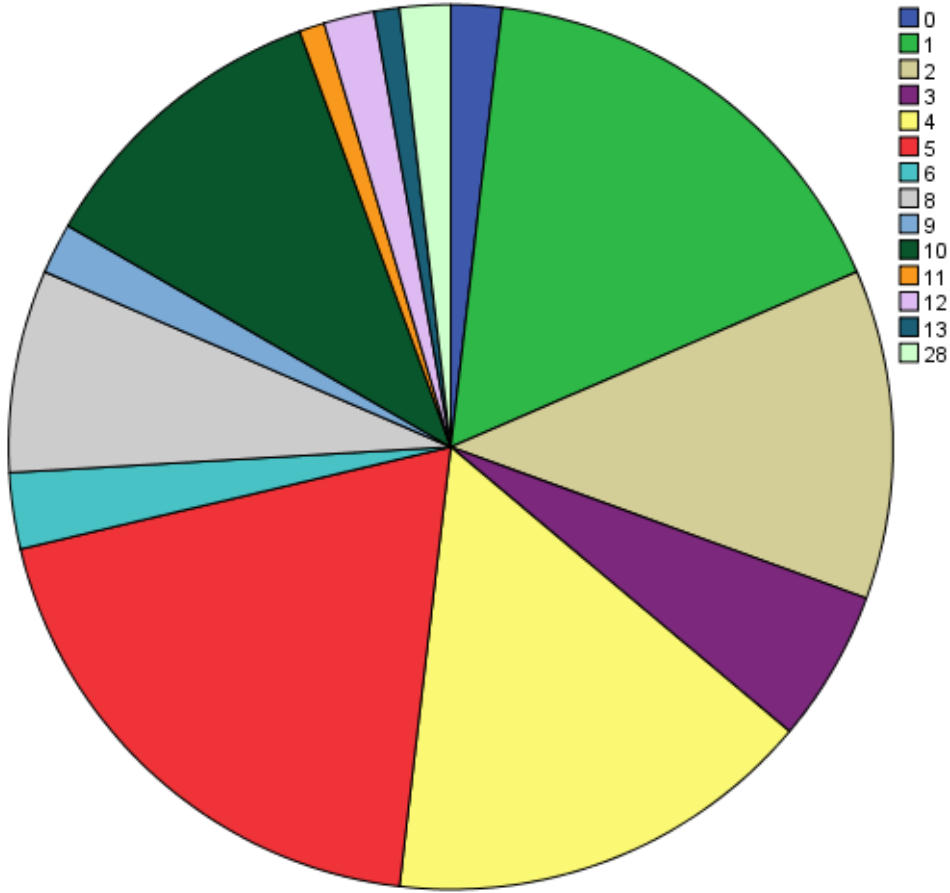
سنوات الخبرة				
Valide	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
0	2	1,9	1,9	1,9
1	18	16,7	16,7	18,5
2	13	12,0	12,0	30,6
3	6	5,6	5,6	36,1
4	17	15,7	15,7	51,9
5	21	19,4	19,4	71,3
6	3	2,8	2,8	74,1
8	8	7,4	7,4	81,5
9	2	1,9	1,9	83,3

10	12	11,1	11,1	94,4
11	1	,9	,9	95,4
12	2	1,9	1,9	97,2
13	1	,9	,9	98,1
28	2	1,9	1,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

### Diagramme en secteurs



### سنوات الخبرة



### Effectifs

#### Statistiques

	لا توجد خدمات صحية نفسية واجتماعية تسهل عملية الولادة للمرأة وللطبيب للعمل براحة	لا يقوم المستشفى بتقديم خدمات اجتماعية إلا من خلال الأخصائي الاجتماعي	المريض يحس بنقص في الأمن الصحي والنفسي نتيجة نقص في الخدمات المقدمة في المصلحة	تؤثر ضغوطات العمل النفسية والاجتماعية على الطاقم الطبي في تادية مهامه الطبية الخاصة فيما يتعلق بظروف العمل
N	108	108	108	108
Valide	108	108	108	108
Manquante	0	0	0	0
Moyenne	1,50	1,84	1,56	1,32
Médiane	1,00	1,00	1,00	1,00
Mode	1	1	1	1
Ecart-type	,870	,949	,800	,708
Variance	,757	,900	,641	,501

#### Statistiques

		لا يوجد تواصل مستمر بين الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمريض وبينهم وبين الطاقم الطبي	لا يتكفل المستشفى بحالات الفقر التي تؤثر على النمو الصحي للمرأة لقلّة الموارد الصحية المتاحة	تنتاب المرأة حالات القلق والخوف لغياب التهيئة النفسية والاجتماعية	الاضاءة والنضافة والبيئة تعاني نقائص صحية وغير ملائمة للأمهات والطاقم الطبي
N	Valide	108	108	108	108
	Manquante	0	0	0	0
	Moyenne	1,31	1,61	1,15	1,48
	Médiane	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mode	1	1	1	1
	Ecart-type	,651	,852	,470	,803
	Variance	,423	,726	,221	,645

#### Statistiques

		الغرفة غير مجهزة بوسائل الراحة وتحتاج إلى اعادة تهيئة من حيث الموقع (ضجيج) والمستلزمات ((سوء تنظيم	لا تحترم النساء الحوامل نصائح الفريق الطبي من خلال العادات الاجتماعية والصحية السيئة التي تؤثر على تقديم الخدمات الصحية	ضعف الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية راجع إلى عدم اهتمام قطاع الخدمات الصحية، حيث يعتبره خارج نطاقه وصلاحياته	الامكانيات الطبية المتوفرة غير كافية لأداء العمل بطريقة مهنية وجودة عالية
N	Valide	108	108	108	108
	Manquante	0	0	0	0
	Moyenne	1,54	1,26	1,56	1,19
	Médiane	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mode	1	1	1	1
	Ecart-type	,825	,553	,801	,520
	Variance	,681	,306	,642	,270

#### Statistiques

		المعدات الطبية والتجهيزات تحتاج إلى تجديد ومتابعة (تقنية قديمة نسبيا	الوسائل المستخدمة في التشخيص والمتابعة لا تساعد في تقديم خدمة طبية ترضي الفريق الطبي وكذلك المريض (المختبرات، التصوير الاشعاعي)	بيئة العمل داخل المستشفى لا توفر الرضا والحوافز لأداء خدمة طبية للأمهات خاصة الظروف الفيزيائية (الاضاءة، النظافة، الحرارة)	نظام المناوبية وساعات العمل تحتاج إلى إعادة دراسة، حيث لا تنتج الراحة للطاقم الطبي وتؤثر في نوعية عمله
N	Valide	108	108	108	108
	Manquante	0	0	0	0
	Moyenne	1,31	1,58	1,50	1,35
	Médiane	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mode	1	1	1	1
	Ecart-type	,633	,787	,803	,715
	Variance	,401	,619	,645	,511

### Statistiques

		لا يوجد نظام للراحة ومرافق لممارسة النشاطات الرياضية للاسترجاع وتفاذي الضغوطات والارهاق	لا يساير المستشفى التكنولوجيا والتقنيات الحديثة من حيث الوسائل الطبية والمعدات الاستشفائية	المصلحة لا تشارك في اقتراحات دورية واعداد المخططات لتجاوز النقائص الفنية والتنظيمية	حالات الولادة القيصرية أكثر من حالات الولادة الطبيعية راجع لنق في النمو الصحي للأمهات
N	Valide	108	108	106	106
	Manquante	0	0	2	2
	Moyenne	1,14	1,25	1,37	1,81
	Médiane	1,00	1,00	1,00	2,00
	Mode	1	1	1	1
	Ecart-type	,442	,582	,522	,829
	Variance	,195	,339	,273	,688

### Statistiques

		خدمات القطاعات الخاصة في رأيك أفضل من خدمات المستشفى العمومي من حيث التنظيم والامكانيات المتاحة	عدد الأسرة المتوفرة للنساء غير كافي ونظام المناوبات غير مخطط ومريح للأم والطاقم الطبي	أقسام التوليد وقاعات الانتظار تحتاج لاعادة هيكلة وتنظيم	تعاني المصلحة من نقص في بعض الاختصاصات الطبية والكوادر الطبية المؤهلة للعمل الصحي
N	Valide	106	106	106	106
	Manquante	2	2	2	2
	Moyenne	1,82	1,17	1,38	1,14
	Médiane	2,00	1,00	1,00	1,00
	Mode	1	1	1	1
	Ecart-type	,871	,487	,723	,401
	Variance	,758	,238	,523	,161

### Statistiques

		قنوات الصرف الصحي تحتاج إلى متابعة وتجديد بحكم أنها غير مهينة جيدا للممارسة الصحية من حيث النظافة والجودة	الماء النظيف والصالح للشرب غير متوفر بشكل كافي ومستمر لتلبية حاجات المصلحة	خدمات الإسعاف لا تزال بعيدة عن الخدمة من حيث التواجد وسرعة الاستجابة ونظام العمل الدقيق والمتواصل	الأدوية من حيث النوعية والكمية لا تلبى حاجات المريض الأساسية ولا تضمن الأمن والسلامة الصحية بشكل كاف ومستمر
N	Valide	106	106	106	106
	Manquante	2	2	2	2
	Moyenne	1,38	1,43	1,75	2,02
	Médiane	1,00	1,00	1,00	2,00
	Mode	1	1	1	3
	Ecart-type	,639	,743	,895	,946
	Variance	,409	,553	,801	,895

### Statistiques

		لا يتم الاستعانة بالوسائل السمعية والبصرية المكتوبة لإبصال الانشغال وتزويد المترددين بالمعلومات الصحية	لا توجد مكاتب خاصة لتوعية الحوامل والأزواج من أجل التثقيف الصحي	لا تزال المصلحة تفتقد لثقافة التوعية الصحية الغذائية التي تسهل عمل الطبيب وتخفف الموارد على المؤسسة	النصائح المقدمة من قبل القابلات والممرضين للنساء الحوامل غير كافية وتحتاج لدعم المؤسسة ومشاركة المجتمع لغذائية
N	Valide	106	106	106	106
	Manquante	2	2	2	2
	Moyenne	1,58	1,08	1,25	1,38
	Médiane	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mode	1	1	1	1
	Ecart-type	,827	,368	,499	,762
	Variance	,685	,136	,249	,580

### Statistiques

		لا يزال الوعي الصحي ناقص خاصة فيما يتعلق بالنفائيات الصحية وسرعة التخلص منها، وتجاوز الخطر لا يتم بطرق علمية ومهنية	غياب محرفة خاصة بالنفائيات الطبية والاتلاف العشوائي لها له مخاطر على البيئة الصحية والصحة السليمة	نقص الوعي الصحي راجع لغياب وسائل التواصل بين المقيمة (المرأة) والأسرة، وصعوبة الاتصال راجع لغياب ثقافة صحية للمجتمع والمؤسسة	نقص المعلومات والاستشارات تُقف عائق دون تماثل المريض للشفاء التام خاصة المعلومات الثقافية والاجتماعية
N	Valide	106	106	106	106
	Manquante	2	2	2	2
	Moyenne	1,63	1,63	1,16	1,30
	Médiane	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mode	1	1	1	1
	Ecart-type	,843	,721	,461	,679
	Variance	,711	,520	,212	,460

## Tableau de fréquences

لا توجد خدمات صحية نفسية واجتماعية تسهل عملية الولادة للمرأة والطبيب للعمل براحة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	81	75,0	75,0	75,0
غير موافق	27	25,0	25,0	100,0
Total	108	100,0	100,0	

لا يقوم المستشفى بتقديم خدمات اجتماعية إلا من خلال الأخصائي الاجتماعي

Valide	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	58	53,7	53,7	53,7
متردد	9	8,3	8,3	62,0
غير موافق	41	38,0	38,0	100,0
Total	108	100,0	100,0	

المريض يحس بنقص في الأمن الصحي والنفسي نتيجة نقص في الخدمات المقدمة في المصلحة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	68	63,0	63,0	63,0
متردد	19	17,6	17,6	80,6
غير موافق	21	19,4	19,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

تؤثر ضغوطات العمل النفسية والاجتماعية على الطاقم الطبي في تأدية مهامه الطبية الخاصة فيما يتعلق بظروف العمل

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	88	81,5	81,5	81,5
متردد	5	4,6	4,6	86,1
غير موافق	15	13,9	13,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

لا يوجد تواصل مستمر بين الأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين والمريض وبينهم وبين الطاقم الطبي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	85	78,7	78,7	78,7
متردد	12	11,1	11,1	89,8
غير موافق	11	10,2	10,2	100,0
Total	108	100,0	100,0	

لا يتكفل المستشفى بحالات الفقر التي تؤثر على النمو الصحي للمرأة لقلّة الموارد الصحية المتاحة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	68	63,0	63,0	63,0
متردد	14	13,0	13,0	75,9
غير موافق	26	24,1	24,1	100,0
Total	108	100,0	100,0	

تنتاب المرأة حالات القلق والخوف لغياب التهيئة النفسية والاجتماعية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	97	89,8	89,8	89,8
متردد	6	5,6	5,6	95,4
غير موافق	5	4,6	4,6	100,0
Total	108	100,0	100,0	

الاضاءة والنظافة والبيئة تعاني نقائص صحية وغير ملائمة للأمهات والطاقم الطبي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	77	71,3	71,3	71,3
متردد	10	9,3	9,3	80,6
غير موافق	21	19,4	19,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

(الغرفة غير مجهزة بوسائل الراحة وتحتاج إلى اعادة تهيئة من حيث الموقع (ضجيج) والمستلزمات (سوء تنظيم

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	73	67,6	67,6	67,6
متردد	12	11,1	11,1	78,7
غير موافق	23	21,3	21,3	100,0
Total	108	100,0	100,0	

لا تحترم النساء الحوامل نصائح الفريق الطبي من خلال العادات الاجتماعية والصحية السيئة التي تؤثر على تقديم

#### الخدمات الصحية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	86	79,6	79,6	79,6
متردد	16	14,8	14,8	94,4
غير موافق	6	5,6	5,6	100,0
Total	108	100,0	100,0	

ضعف الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية راجع إلى عدم اهتمام قطاع الخدمات الصحية، حيث يعتبره خارج نطاقه

#### وصلاحياته

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	69	63,9	63,9	63,9
متردد	18	16,7	16,7	80,6
غير موافق	21	19,4	19,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

الامكانيات الطبية المتوفرة غير كافية لأداء العمل بطريقة مهنية وجودة عالية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	93	86,1	86,1	86,1
متردد	9	8,3	8,3	94,4
غير موافق	6	5,6	5,6	100,0
Total	108	100,0	100,0	

المعدات الطبية والتجهيزات تحتاج إلى تجديد ومتابعة تقنية (قديمة نسبيا)

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	85	78,7	78,7	78,7
متردد	13	12,0	12,0	90,7
غير موافق	10	9,3	9,3	100,0
Total	108	100,0	100,0	

الوسائل المستخدمة في التشخيص والمتابعة لا تساعد في تقديم خدمة طبية ترضي الفريق الطبي وكذلك المريض

(المختبرات، التصوير الاشعاعي)

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	65	60,2	60,2	60,2
متردد	23	21,3	21,3	81,5
غير موافق	20	18,5	18,5	100,0
Total	108	100,0	100,0	

بيئة العمل داخل المستشفى لا توفر الرضا والحوافز لأداء خدمة طبية للأمهات خاصة الظروف الفيزيائية (الاضاءة،

النظافة، الحرارة)

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	75	69,4	69,4	69,4
متردد	12	11,1	11,1	80,6
غير موافق	21	19,4	19,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

نظام المناوبية وساعات العمل تحتاج إلى إعادة دراسة، حيث لا تتيح الراحة للطاقم الطبي وتؤثر في نوعية عمله

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	85	78,7	78,7	78,7
متردد	8	7,4	7,4	86,1
غير موافق	15	13,9	13,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

لا يوجد نظام للراحة ومرافق لممارسة النشاطات الرياضية للاسترجاع وتفادي الضغوطات والارهاق

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	97	89,8	89,8	89,8
متردد	7	6,5	6,5	96,3
غير موافق	4	3,7	3,7	100,0
Total	108	100,0	100,0	

لا يساير المستشفى التكنولوجيا والتقنيات الحديثة من حيث الوسائل الطبية والمعدات الاستشفائية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	89	82,4	82,4	82,4
متردد	11	10,2	10,2	92,6
غير موافق	8	7,4	7,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

المصلحة لا تشارك في اقتراحات دورية واعداد المخططات لتجاوز النقص الفنية والتنظيمية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	69	63,9	65,1	65,1
متردد	35	32,4	33,0	98,1
غير موافق	2	1,9	1,9	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

حالات الولادة القيصرية أكثر من حالات الولادة الطبيعية راجع لنق في النمو الصحي للأمهات

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	48	44,4	45,3	45,3
متردد	30	27,8	28,3	73,6
غير موافق	28	25,9	26,4	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

خدمات القطاعات الخاصة في رأيك أفضل من خدمات المستشفى العمومي من حيث التنظيم والامكانيات المتاحة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	51	47,2	48,1	48,1
متردد	23	21,3	21,7	69,8
غير موافق	32	29,6	30,2	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

عدد الأسرة المتوفرة للنساء غير كافي ونظام المناوبات غير مخطط ومريح للأم والطاقم الطبي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	93	86,1	87,7	87,7
متردد	8	7,4	7,5	95,3
غير موافق	5	4,6	4,7	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

أقسام التوليد وقاعات الانتظار تحتاج لإعادة هيكلة وتنظيم

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	81	75,0	76,4	76,4
متردد	10	9,3	9,4	85,8
غير موافق	15	13,9	14,2	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

تعاني المصلحة من نقص في بعض الاختصاصات الطبية والكوادر الطبية المؤهلة للعمل الصحي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	93	86,1	87,7	87,7
متردد	11	10,2	10,4	98,1
غير موافق	2	1,9	1,9	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

قنوات الصرف الصحي تحتاج إلى متابعة وتجديد بحكم أنها غير مهينة جيدا للممارسة الصحية من حيث النظافة والجودة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	75	69,4	70,8	70,8
متردد	22	20,4	20,8	91,5
غير موافق	9	8,3	8,5	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

الماء النظيف والصالح للشرب غير متوفر بشكل كافي ومستمر لتلبية حاجات المصلحة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	76	70,4	71,7	71,7
متردد	14	13,0	13,2	84,9
غير موافق	16	14,8	15,1	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

خدمات الإسعاف لا تزال بعيدة عن الخدمة من حيث التواجد وسرعة الاستجابة ونظام العمل الدقيق والمتواصل

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	59	54,6	55,7	55,7
متردد	15	13,9	14,2	69,8
غير موافق	32	29,6	30,2	100,0

Total		106	98,1	100,0
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

الأدوية من حيث النوعية والكمية لا تلبى حاجات المريض الأساسية ولا تضمن الأمن والسلامة الصحية بشكل كافٍ ومستمر

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موافق	46	42,6	43,4
	متردد	12	11,1	54,7
	غير موافق	48	44,4	100,0
	Total	106	98,1	100,0
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

لا يتم الاستعانة بالوسائل السمعية والبصرية المكتوبة لإيصال الانشغال وتزويد المترددين بالمعلومات الصحية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موافق	68	63,0	64,2
	متردد	15	13,9	78,3
	غير موافق	23	21,3	100,0
	Total	106	98,1	100,0
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

لا توجد مكاتب خاصة لتوعية الحوامل والأزواج من أجل التنقيف الصحي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موافق	100	92,6	94,3
	متردد	3	2,8	97,2
	غير موافق	3	2,8	100,0
	Total	106	98,1	100,0
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

لا تزال المصلحة تفتقد لثقافة التوعية الصحية الغذائية التي تسهل عمل الطبيب وتخفف الموارد على المؤسسة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	82	75,9	77,4	77,4
متردد	21	19,4	19,8	97,2
غير موافق	3	2,8	2,8	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

النصائح المقدمة من قبل القابلات والممرضين للنساء الحوامل غير كافية وتحتاج لدعم المؤسسة ومشاركة المجتمع لغذائية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	84	77,8	79,2	79,2
متردد	4	3,7	3,8	83,0
غير موافق	18	16,7	17,0	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

لا يزال الوعي الصحي ناقص خاصة فيما يتعلق بالنفايات الصحية وسرعة التخلص منها، وتجاوز الخطر لا يتم بطرق علمية ومهنية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	64	59,3	60,4	60,4
متردد	17	15,7	16,0	76,4
غير موافق	25	23,1	23,6	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

غياب محرفة خاصة بالنفايات الطبية والاتلاف العشوائي لها له مخاطر على البيئة الصحية والصحة السليمة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	54	50,0	50,9	50,9
متردد	37	34,3	34,9	85,8
غير موافق	15	13,9	14,2	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

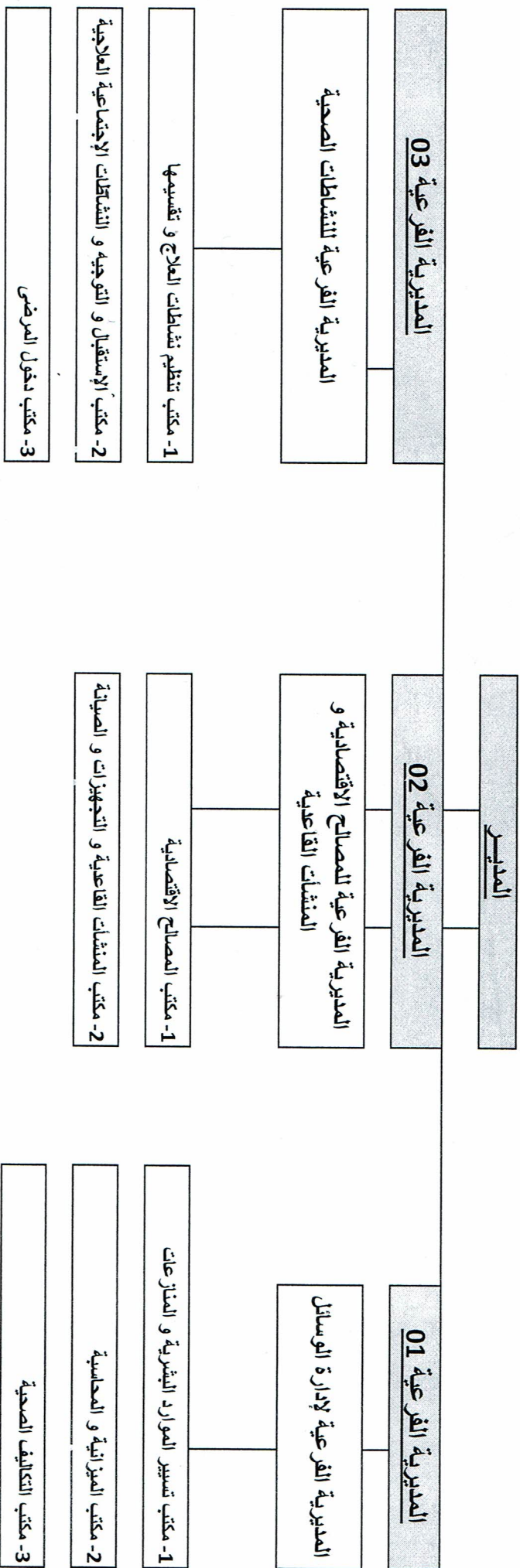
نقص الوعي الصحي راجع لغياب وسائل التواصل بين المقيمة (المرأة) والأسرة، وصعوبة الاتصال راجع لغياب ثقافة صحية للمجتمع والمؤسسة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	93	86,1	87,7	87,7
متردد	9	8,3	8,5	96,2
غير موافق	4	3,7	3,8	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

نقص المعلومات والاستشارات تُقف عائق دون تماثل المريض للشفاء التام خاصة المعلومات الثقافية والاجتماعية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
موافق	87	80,6	82,1	82,1
متردد	6	5,6	5,7	87,7
غير موافق	13	12,0	12,3	100,0
Total	106	98,1	100,0	
Manquante	Système manquant	2	1,9	
Total		108	100,0	

## المخطط التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالحدس رشيد بروج بوعيريج



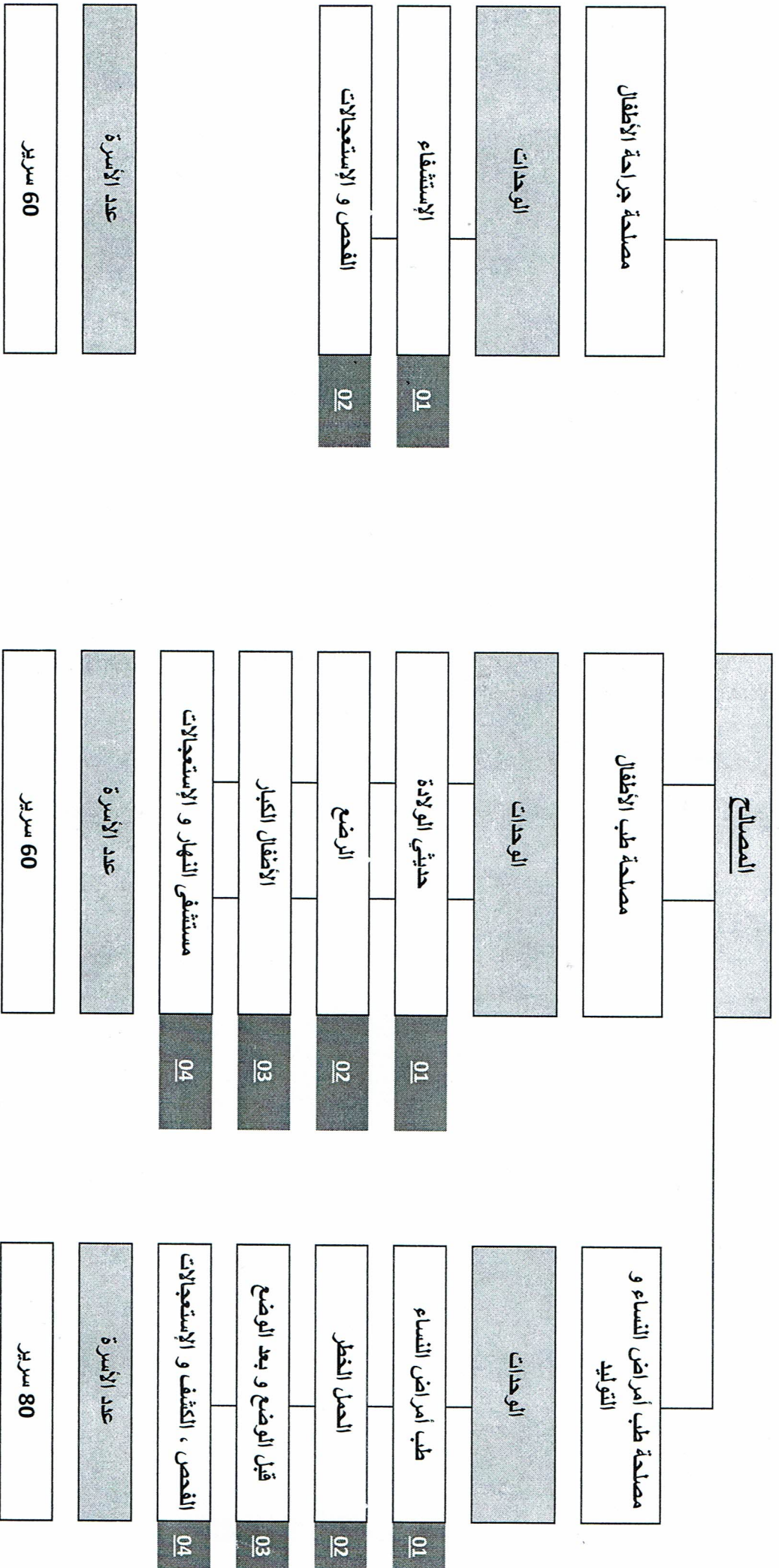
**المرسوم الخاص بالإتشاء**

بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم: 07/204 المؤرخ في: 07/06/2007 يتم قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم: 97/465 المؤرخ في: 02/12/1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و تسبيرها.

**القرار الوزاري المشترك الخاص بالمخطط  
التنظيمي**

قرار وزاري مشترك مؤرخ في 26 أفريل سنة 1998 الذي يحدد المخطط التنظيمي للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة

# المصالح و الوحدات المكونة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بلحسين رشيد برج بوعريبيج



قرار رقم 610 المؤرخ في 10/01/2009

## الملخص:

أصبحت الخدمة الاجتماعية الصحية من أهم المواضيع التي تحظى باهتمام ومتابعة الباحثين والدارسين في حقل علم الاجتماع والعلوم الصحية والطبية؛ وذلك يرجع لمحاولة فهم الأسباب والعوامل المؤدية للمرض، وتأكيدا على أهمية الجوانب الاجتماعية والنفسية في فهم الصحة والمرض لأجل الوصول الى نتائج تشبع الحاجات الصحية للمجتمع وتساهم في صناعة التنمية الصحية والاجتماعية .

ولايتأتى ذلك الا من خلال تبني استراتيجية وطنية تشترك فيها جميع العناصر والأليات والمؤسسات الصحية والاجتماعية والثقافية والاعلامية من أجل الوصول الى الكمال الصحي ، كما نصت عليه منظمة الصحة العالمية وأوصت به الهيئات الدولية الناشطة في هذا المجال .

ولقد حاولنا في هذه الدراسة النظرية والميدانية تقديم رؤية وخطة واضحة المعالم والحدود اعتمادا على ثلاث استراتيجيات رئيسية وقائية بالدرجة الأولى من خلال الطرح السوسولوجي، وعلاجية و توعوية في اطار تنمية للصحة العمومية ،اعتمادا على المنهج التحليلي الوصفي لدراسة الحالة وتوصيف الظاهرة وقد هدفت الدراسة لمعرفة لمعرفة مدى كفاية الخدمات الصحية والاجتماعية لإشباع حاجات المرضى عبر الفريق الطبي والتوصل نوعية وتواجد الخدمات الوقائية والعلاجية والثقافية في مستشفى الأم والطفل ميدان الدراسة على عينة من الاطباء والمرضى الذين تم اختيارهم بطريقة مقصودة وعددهم 108 ،وقد تم جمع المادة العلمية واجابات المبحوثين عبر مجموعة من الأدوات من أبرزها وأهمها الملاحظة والمقابلة والاستبيان التي من خلالها تم التوصل الى النتائج التالية :

- التحقق النسبي للفرضيات العامة والفرعية لموافقة أفراد العينة واجاباتهم وهو ما لخصته نتائج البحث
- الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في مستشفى الأم والطفل غير كافية لتحقيق التنمية الصحية
- الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في المستشفى غير كافية لإشباع الحاجات الوقائية النفسية والاجتماعية.
- الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في المستشفى العمومي غير كافية لإشباع الحاجات العلاجية الطبية والمهنية.
- الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة في مستشفى الأم والطفل غير كافية لإشباع الحاجات الثقافية والتوعوية وبناء على ذلك تم صياغة أهم التوصيات والاقتراحات على النحو التالي:
- التأكيد على الخدمة الاجتماعية الصحية ودورها في التنمية الصحية والتنمية الاجتماعية.
- العمل على توفير الأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين وتكوينهم وتأهيلهم للعمل الصحي.
- تكاتف جميع الجهود والمؤسسات الاجتماعية والصحية لتحقيق الجودة والكفاءة الصحية .
- مواكبة التكنولوجيا والتقنية الحديثة في المجالات الطبية وتأهيل الطواقم والفرق الطبية على ذلك .
- توفير ظروف نوعية ملائمة للعمل الصحي خاصة على مستوى المؤسسات العمومية .
- نشر الثقافة الصحية الوقائية من خلال الاعلام والبرامج التنموية والتربوية الاجتماعية.
- ربط الصحة بالعلوم النفسية والاجتماعية والبيئية ،والاهتمام بالثقافة الغذائية ودورها في الصحة النفسية والجسمية .

## Résumé :

Le service social de santé est devenu un des plus importants sujets traités par les chercheurs dans le champ de la sociologie et des sciences médicales. Ceci est dû à la tentative de comprendre les raisons et les facteurs amenant à la maladie tout en insistant sur l'importance des paramètres socio-psychologiques. Ceci afin d'arriver à des résultats résumant les besoins de santé publique et permettant à la construction d'une croissance de santé sociale.

Ceci ne peut être atteint qu'à travers l'adoption d'une stratégie nationale impliquant tous les acteurs et les mécanismes ainsi que les entreprises de santé, sociales, culturelles et médiatiques. Ceci afin d'arriver à une suffisance sanitaire comme le stipulent l'Organisation Mondiale de la Santé et les institutions internationales exerçant dans ce domaine.

Nous avons tenté dans cette étude théorique et pratique de présenter une vision et un plan clair en se basant sur trois stratégies principales préventives en premier lieu à travers le questionnement sociologique, et de soin ainsi que de prévention dans le cadre d'une croissance de la santé publique. Ceci en se basant sur la méthode analytique descriptive dans l'étude de cas et la description du phénomène. Cette étude avait pour objectif savoir le degré de suffisance des services sanitaires et sociaux pour pallier aux besoins des malades par le biais du staff médical et la présence des services de prévention et de soin ainsi que de culture dans l'hôpital mère et enfant, le terrain de notre étude avec pour échantillon un nombre de médecins et d'infirmiers qui ont été choisis de manière voulue et qui sont au nombre de 108. Et nous avons réuni la matière scientifique et les réponses des enquêtés par le biais de plusieurs outils dont les plus importants ont été l'observation, l'entretien et le questionnaire. Et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

- La confirmation relative des hypothèses générales et secondaires
- Les services sociaux de santé prodigués dans l'hôpital mère et enfant ne sont pas suffisants afin de réaliser une croissance sanitaire
- Les services sociaux de santé prodigués dans l'hôpital mère et enfant ne sont pas suffisants afin de couvrir les besoins préventifs psychologiques et sociaux
- Les services sociaux de santé prodigués dans l'hôpital mère et enfant ne sont pas suffisants afin de couvrir les besoins de soins médicaux et professionnels
- Les services sociaux de santé prodigués dans l'hôpital mère et enfant ne sont pas suffisants afin de couvrir les besoins culturels et de sensibilisations

Et sur cette base, nous émettons les recommandations et propositions suivantes :

- L'instance sur le service social de santé et son rôle dans toute croissance sanitaire et sociale
- Travailler à pourvoir assez de spécialistes en sociologie et en psychologie formés et habilités au travail social
- La nécessité d'une synergie entre les institutions sociales et sanitaires afin d'arriver à une qualité sanitaire
- Rattraper le train des évolutions technologiques et techniques modernes dans les domaines de médecine tout en habilitants les staffs médicaux
- Assurer des conditions optimales du travail de santé surtout au niveau des structures sanitaires
- La diffusion de la culture sanitaire par le biais des médias et des programmes de développement et les programmes de l'éducation
- Lier la santé aux sciences psychologiques et sociales et environnementales tout en donnant l'importance à la culture alimentaire et son rôle dans la santé psychique et corporelle.