



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الجبلاي بونعاما بخميس مليانة
كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية
قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم الاجتماع

تخصص علم اجتماع الانحراف والجريمة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الانحراف والجريمة
بعنوان

العنف الموجه ضد مستخدمي المؤسسات الاستشفائية العمومية

-دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية بولاية عين الدفلى-

إشراف الأستاذ:

- د. بن عودة محمد

إعداد الطالبتين:

-إقديش فاطمة

- طبوش كلثوم

لجنة قراءة المذكرة

رئيس اللجنة	د. حطابي صادق
مشرفا	د. بن عودة محمد
عضوا ممتحنا	د. قزمير أمينة

السنة الجامعية 2019-2020

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة العنف الموجه ضد مستخدمي المؤسسة الإستشفائية حيث كانت هنالك أسباب دافعة لدراسة هذا الموضوع نظرا لحساسيته كونه من مواضيع الساعة، حيث تمثلت فرضية الدراسة في ما يلي:

- غياب الأمن يؤدي إلى انتشار العنف في المستشفيات.
- طبيعة التعامل لدى مستخدمي المؤسسة الاستشفائية دور في ممارسة العنف ضدهم.

وقد أنجزت دراستنا في أربعة فصول وكانت كالتالي:

الفصل الأول خصص للبناء المنهجي، أما الفصل الثاني يحتوي على ماهية العنف، أما الفصل الثالث فقد تطرقنا إلى المستشفيات وفي الفصل الأخير تناولنا الجانب التطبيقي للدراسة.

كما اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليل، وقد تمثلت عينتنا على 50 من مستخدمي المؤسسة الاستشفائية في مستشفى خميس مليانة الأطرش أحمد.

ومن خلال دراستنا توصلنا إلى استنتاجات التالية:

- أن غياب الأمن يؤدي إلى ظهور ظاهرة العنف داخل المستشفيات.
- طبيعة التعامل خاصة لمستخدمي المؤسسة الإستشفائية دور مباشر في تعنيفهم .

Study summary:

The study aims to find out the violence directed against the users of the hospital institution, as there were motivating reasons to study this topic due to its sensitivity as it is one of the topical issues, as the hypothesis of the study was as follows:

Insecurity leads to widespread violence in hospitals.

– The nature of the interaction among the employees of the hospital institution has a role in practicing violence against them.

Our study was completed in four chapters and was as follows:

The first chapter is devoted to the systematic construction, the second chapter contains the essence of violence, while the third chapter we dealt with hospitals, and in the last chapter we dealt with the practical aspect of the study.

We also adopted a descriptive and analytical approach. Our sample consisted of 50 hospital users in Khamis Miliana Al Atrash Ahmed Hospital.

Through our study, we came to the following conclusions:

The lack of security leads to the emergence of the phenomenon of violence inside hospitals.

The nature of the interaction, especially for the employees of the hospital, has a direct role in beating them.

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

أهدي هذا إلى كوكب مضيء بذاته و يسمو في صورته و سماته و أجمل
بلسم في صفاته منظرًا أجلي من نبراته و نفس زكية طاهرة بطلاته ، و جسم
غريب يبهر في حبابه و عيون تذرّف الحب بزكاته، شجرة طيبة ، إنها " الأم "
أطال الله في عمرها.

و إلى من غرس في نفسي العزيمة و الإيمان و سقاها بغيض الحب و العنان و
إلى حب العمل و الإخلاص فيه
إلى من علمني الصبر و الشجاعة و القناعة ، إلى من عندما تكسوني المصوم
أسبح في بحر حنانه ليخفف من ألامه إنه " الأب " أطال الله في عمره.

إلى عائلة أقديش و عائلة طيوش
و إلى أصدقائي و زملائي و خاصة إلى أساتذتنا الأعزاء كأستاذنا بن عودة
نمرونا و زودونا بمعارفهم القيمة طوال هذه السنوات و إلى كل الذين
وسعتهم ذاكرتنا و لم تسعمهم مذكرتنا راجين من المولى عز و جل التوفيق و
النجاح .

إن شاء الله.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
/	ملخص الدراسة
/	إهداء
/	فهرس المحتويات
أ-ب	مقدمة
3	الفصل الأول: الحانب المنهجي للدراسة
3	أسباب إختيار الموضوع
3	أهمية الدراسة
3	أهداف الدراسة
4	الإشكالية
6	الفرضيات
6	تحديد المفاهيم والمصطلحات
7	الدراسات السابقة
10	الفصل الثاني: ماهية العنف
10	المبحث الأول: تعريف العنف
10	المطلب الأول: مفهوم العنف
12	المطلب الثاني: العنف من ناحية الناحية القانونية
13	المطلب الثالث: العنف من ناحية علم النفس
14	المطلب الرابع: العنف من ناحية علم الإجتماع
14	المبحث الثاني: أنواع العنف وبعض المفاهيم المرتبطة به
14	المطلب الأول: العنف الأسري
16	المطلب الثاني: العنف المدرسي
18	المطلب الثالث: العنف المجتمعي
18	المطلب الرابع: بعض المفاهيم المتصلة بالعنف
21	المبحث الثالث: أنماط العنف وأشكاله

21	المطلب الأول: انماط العنف
22	المطلب الثاني: صور العنف
23	المطلب الثالث: أشكال العنف
24	المطلب الرابع: أسباب ممارسة العنف
26	الفصل الثالث: المؤسسة الإستشفائية كمؤسسة إجتماعية
26	المبحث الأول: ماهية المؤسسة الإستشفائية العمومية
26	المطلب الأول: تعريف المؤسسة الإستشفائية العمومية
28	المطلب الثاني: الطبيعة القانونية للمؤسسة العمومية الصحية
29	المطلب الثالث: التنظيم الإداري للمؤسسة العمومية الإستشفائية
31	المطلب الرابع: أنواع المستشفيات ووظائفها وأهم أهدافها وتصنيفاتها وخصائصها
42	المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر
42	المطلب الأول: نشأة وتطور المستشفيات
42	المطلب الثاني: المستشفى كمركز لممارسة الخدمة الدينية
43	المطلب الثالث: المستشفى كملجأ (أو بيت للبر والإحسان)
45	المطلب الرابع: تاريخ المستشفيات
47	المبحث الثالث: مراحل السياسة الصحية في الجزائر
47	المطلب الأول: النظام الصحي في الفترة الإستعمارية
48	المطلب الثاني: السياسة الصحية في الجزائر (1962-1965 م)
49	المطلب الثالث: السياسة الصحية في الجزائر (1965-1979)
51	المطلب الرابع: السياسة الصحية في الجزائر (1979-2007م)
54	الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة
54	المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة
54	مجالات الدراسة
55	منهج الدراسة

55	العينة
56	أدوات البحث
57	المبحث الثاني: تحليل المعطيات حسب الفرضيات
57	المطلب الأول: تحليل الجداول حسب الفرضية 1
61	المطلب الثاني: تحليل الجداول حسب الفرضية 2
62	الإستنتاج العام
63	الخاتمة
64	قائمة المراجع
67	الملاحق

مقدمة:

تعد قضية العنف من القضايا التي شغلت الإنسان عبر سنوات التاريخ المختلفة حيث ان البشرية على مدى العصور لم تخلوا أبدا من صورة أو أخرى من صور العنف، فالعنف ولد و ترعرع مع الإنسان، بل و أصبح يمثل هاجسا يقلقه و يفقده راحته ذلك لأن الكل معرض للعنف بثتى أنواعه و صورته.

وتعد ظاهرة العنف ظاهرة معقدة تدخل فيها و تتشابك و إياها عدة عوامل منها : النفسية ، العقلية، الوراثة، الإجتماعية، الإقتصادية، المعرفية وغيرها، و ظاهرة العنف ظاهرة العنف عالمية تنمو في الدول النامية ، كما في الدول الغنية و قد يمارس العنف في كثير من المجالات، حيث قد يبدأ داخل الأسرة بالإعتداء على الزوجة أو الزوج، أو الأولاد أو جميعهم، وخاصة الإساءة إلى الأطباء والممرضين أي الإعتداء عليهم بالضرب والسب والشتم، كما يمارس عليهم في الإستعجالات خاصة.

فالعنف ظاهرة مرضية تمس كل المجتمعات العربية و الغربية على حد سواء، كما قد يتعرض له كل فئات المجتمع، و يعد الطاقم الطبي الأكثر تعرضا لهذه الظاهرة، فالعنف ضد الأطباء و الممرضين ظاهرة موجودة في كل بلدان العالم إلا أن حدتها تختلف من مجتمع إلى آخر ، كما تختلف و تتفاوت أشكال مقاومتها و مواجهتها و لا يمنع العنف ضد الأطباء و الممرضين لا مركزهم الاجتماعي ولا عمرهم ولا وضعهم الاجتماعي و الإقتصادي و السياسي أو الديني .

و لم تقلت الجزائر كغيرها من الدول من هذه الظاهرة، إلا أن العنف الذي عرفته و لا زالت تعرفه الجزائر لا ينحصر في مظاهر الإرهاب و العنف السياسي الذي خلفته الإنتقالات السياسية الذي عرفته البلاد لأكثر من عشرية.

كما أضحت الإعتداءات على الطواقم الطبية والشبه طبية بالمراكز الصحية والمستشفيات في الجزائر تحدث بصفة شبه يومية و تتنامى بشكل مقلق ، ما جعل العاملين في القطاع الصحي قلقين من الأجواء المشحونة و الغير آمنة.

و تشكل ظاهرة العنف في المؤسسات الصحية لاسيما بأقسام الإستعجال إنشغالا كبيرا في الأوساط الصحية ما يستدعي وضع آليات لمجابهتها لتوفير ظروف أفضل للمرضى و الطاقم الطبي و بحسب العاملين في القطاع، تأتي أقسام الإستعجال و الولادة في مقدمة التخصصات الأكثر عرضة إلى مختلف أشكال الإعتداءات الجسدية و المعنوية و التي يتسبب فيها بنسبة 90% المرافقون للمريض، و إذا كان البعض الذي تعاني منه هذه المصالح و عدم إستجابتها إلى الطلب المتزايد، فإن البعض الآخر يفسرها بقلة الوسائل و سوء التنظيم لبعض المؤسسات الإستشفائية بالإضافة إلى ظهور بعض السلوكيات الغريبة لدى المتمردين على هذه المصالح .

كما أن ظاهرة العنف في المؤسسات الصحية سواءا لفظية أو جسدية و تحطيم الأجهزة و المعدات، و تفاقمت في الآونة الأخيرة لاسيما في الفترات الليلية بقسم الإستعجال، و يكون المعتدي في بعض الأحيان في حالة سكر مما يصعب التحكم فيه و يرى أن تصاعد هذه الظاهرة بات يعرقل عمل الأطباء و يهدد أمنهم الوظيفي، لاسيما الطبييات المناوبات ليلا اللواتي كثيرا ما يتعرضن للشتم من طرف مرافقي المرضى إلى جانب إقتحام قاعات العلاج، مما يعرض المرضى في حد ذاتهم للخطر، و إقتراح الإستعانة بمؤسسات أمنية خاصة لتأمين المستشفيات العمومية و توفير الحماية و الأمن للطواقم الطبية و الشبه طبية، لاسيما في الفترات الليلية، خاصة أن هذا الإجراء قد أثبت نجاعته في عدة قطاعات أخرى.

الفصل الأول: الجانب المنهجي للدراسة

1-أسباب إختيار الموضوع:

الأسباب الذاتية:

- الرغبة الشخصية في الإطلاع على مواضيع الصحة في المؤسسة الإستشفائية .
- الرغبة في دراسة موضوع العنف ضد مستخدمي المؤسسة الإستشفائية لأنّ العنف ضدهم تعدى العنف اللفظي وأصبح جسديا هذا ما سنركز عليه في بحثنا لأنّ العنف يبقى عنفا حتى ولو تعدت أنواعه وأشكاله.

الأسباب الموضوعية:

- التعمق في مواضيع الصحة التي تهتم بصحة الفرد وحتى صحة أفراد المجتمع خاصة مستخدمي المؤسسة الإستشفائية.
- تقديم هذه الدراسة كقاعدة عملية يمكن أن تبني عليها دراسات مستقبلية في نفس المجال.
- كثرة الحديث عن العنف في المستشفيات عبر وسائل الإعلام وكذابة الناس والتأكد من صحة ما بُرمج لهذه الظاهرة.

2-أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة في أنّه موضوع حساس يمسّ مؤسسات إجتماعية طالما كانت بعيدة عن العنف ثم أثره بكثرة لذلك وجب دراسة الموضوع دراسة جادة والتأصيل له من خلال البناء الجيد للموضوع.

3-أهداف الدراسة:

تهدف من خلال هذه الدراسة إلى:

- 1-إنتاج دراسة سوسيوولوجية حول العنف ضد مستخدمي المؤسسة الإستشفائية ومقارنة القطاع العام بالقطاع الخاص من حيث إنتشار ظاهرة العنف.

2- كشف الحقائق والوسائل التي توصلنا إلى حقيقة هذه الظاهرة العنيفة ومدى إنتشارها في المؤسسات الإستشفائية ومحاولة معرفة أسبابها وكيفية محاربتها.

3- السعي إلى فهم ظاهرة العنف كونها ظاهرة متفشية في كل المجتمعات لسنا أكثر الفئات التي تمارس العنف ضد المستخدمين وبعض المتغيرات الأخرى.

4- الإشكالية:

تعد ظاهرة العنف بأشكالها المختلفة متأصلة ومتجذرة في معظم المجتمعات الإنسانية القديمة والحديثة دون إستثناء رغم التفاوت في طبيعة وأشكال وأنماط العنف كما أنه أثر في كل الأحوال على الحياة الإجتماعية لكل المجتمعات.

العنف هو سلوكا إنحرافي مكتسب كما أنه ظاهرة إجتماعية خطيرة تهدد أمن وسلامة المجتمعات عامة والمجتمع الجزائري خاصة كما أن ظاهرة العنف تؤثر سلبا على حياة كل الأفراد لذلك إهتم علماء الإجتماع وعلماء النفس بهذه الظاهرة وقاموا بدراستها نظرا لتعقدها وكذا تعدد أسبابها ودوافعها ومحاولة منهم لإيجاد تغيرات وحلول لها، كما أن هذه الظاهرة في العصر الحالي تزداد بسرعة كبيرة.

حيث مست كل القطاعات ففي قطاع الأسرة أصبح العنف متداولاً بين كل أفرادها وبكل صورة كالعنف الموجه ضدّ الأطفال أو ما يعرف بإساءة معاملة الأطفال وحرمانهم من حقوقهم الإنسانية كالتعليم والرعاية الصحية الإجتماعية وحتى العاطفية وكذا العنف المتبادل بين الزوجين، كما أن ظاهرة العنف قد مست القطاع التربوي حيث أصبحت المدارس أكثر الأماكن إنتشاراً وإستقطاباً للسلوكات الإنحرافية والسلوكيات العنيفة والعدوانية، فالعنف المدرسي ما هو إلا سلوك يتم بالقوة والأذى إتجاه أحد الأطراف المتواجدة داخل المدرسة كالعنف ضدّ المعلمين أو عنف المعلمين ضد التلاميذ، كما أن ظاهرة العنف قد إجتاحت كل القطاعات وصولاً إلى القطاع الصحي بالأخص فإن ظاهرة العنف قد إنتشرت فيه رغم حساسية وأهمية هذا القطاع ولما يقدمه من خدمات طبية وعلاجية وقائية لكل أفراد المجتمع

إلا أنّ السلوكات العنيفة والعدوانية أصبحت من أهم الممارسات التي يقوم بها الأفراد داخل
المتشفيات ضدّ الكوارث الطبية.

لذلك أصبحت ظاهرة العنف في المستشفيات تشكل ظاهرة لا بد من دراستها دراسة
عميقة ودقيقة ومحاولة معرفة أسبابها.

و الدوافع التي تؤدي إلى حدوثها، كما أن كل السلوكات و الممارسات العنيفة التي
توجه إلى تلك الفئة تؤثر على حياتهم و من أهم أنواع هذه الممارسات العنف في
المستشفيات بحيث أن هذه الظاهرة في الآونة الأخيرة أصبحت أكثر إنتشارا في القطاع
الصحي الجزائري و أصبح كل مشفى عمومي لا يخلوا من السلوكات العنيفة خاصة ضد
الكوادر الطبية بحيث أصبح المستشفى من مكان للعلاج و التشخيص و الوقابة إلى مكان
للإعتداءات اللفظية و الجسدية ضد الكوادر الطبية و إن هذا لا يعود إلى خلل في النظام
الإجتماعي الذي مس كل القطاعات و أصبح المستشفى مسرحا للممارسات العنيفة التي يقوم
بها بعض الأفراد، و العنف في المستشفيات ما هو إلا عبارة عن خلل في النظام الإستشفائي
الذي هو جزء لا يتجزأ من النظام الإجتماعي العام.

و قد تطورت هذه الظاهرة و تعددت أشكالها و أنواعها و تصنيفاتها و قد أصبح العنف
الأكثر تداولاً العنف اللفظي و الذي يعنى بالتعدي على حقوق الآخرين بالإيذاء عن طريق
الكلام و الألفاظ المسيئة و الشتم و التهديد من طرف المرضى و مرافقيهم إتجاه الأطباء و
المرضى و حتى الحراس العاملين في هذا القطاع .

و قد أصبحت الشكاوي الأساسية لمستخدمي المؤسسة الإستشفائية اليوم هو إستفحال
ظاهرة العنف اللفظي من طرف المرضى و مرافقيهم و ينددون من أجل تلبية بعض المطالب
الأساسية كتشديد الامن و الرقابة داخل المستشفيات خاصة في الفترة الليلية و ذلك من أجل
أداء عملهم على أكمل وجه بعيدا عن الخوف و اللأمن و عليه نتساءل:

ما هي العوامل المؤدية إلى العنف الممارس ضد مستخدمي المؤسسة الإستشفائية ؟

الأسئلة الفرعية:

هل لغياب الأمن في المستشفيات دور في ممارسة العنف؟

هل لمستخدمي المؤسسات الإستشفائية دور في ممارسة العنف داخل المستشفيات؟

5-الفرضيات :

غياب الأمن يؤدي إلى إنتشار ظاهرة العنف في المستشفيات.

طبيعة التعامل لدى مستخدمى المؤسسة الإستشفائية دور في ممارسة العنف ضدهم.

6- تحديد المفاهيم والمصطلحات:

• العنف: يعرفه لورنس lawrence بأنه: مجموعة الأعمال التي ينتج عنها أو يمكن أن ينتج عنها التسبب في أذى بيولوجي يُنتجه، أو ضغوط جسدية شديدة، أو تخريب للممتلكات أو آلام نفسية تترتب على حدوثه.

• العنف إجرائيا: هو كل سلوك تماس فيه القوة والقسوة لفظيا أو جسميا أو نفسيا تؤثر سلبا على حياة كل الأفراد ويشكل تهديدا ويمس بحقوقهم وكرامتهم

• المرضى: ينظرون لإلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم وإستشفائهم.

• مرافقي المرضى: هم من يقومون بإصطحاب المريض إلى المستشفى من أجل تلقي العلاج والإسعاف قد يكونون من الأقارب في أغلب الأحيان أو أصدقائه أو أي شخص عندما يصل إلى المستشفى.

• الكادر الطبي: هو الموقع الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية وبما يملكونه من خبرة ومهارة وقدرة على إعادة الإبتسامه لمرضهم.

• الكادر الطبي إجرائيا: هي عبارة عن طواقم العاملين في المستشفيات الخاصة والحكومة من أطباء وممرضين وإداريين داخل المستشفى

• المستشفى: يعرف المستشفى من الناحية الإجتماعية على أنه " المستشفى مكان عمل لفريق من الناس يعملون على رعاية وعلاج المرض"

- إدارة المستشفى: منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفيء وفعال.
 - المؤسسات الصحية: يقصد بالمؤسسات الصحية ككل: " أي مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات والمراكز الصحيّة والعيادات التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل: المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة المختبرات، والصيانة الطبية وذلك من خلال مجموعة من المتخصصين والمهن الطبية والغير الطبية.
 - معنى العمل الطبي: لقد تعددت الآراء حول تعريف مضمون العمل الطبي، فمنهم من عرفه على أنه: هو ذلك العمل الذي يقوم به شخص متخصص من أجل مساعدة الغير على الشفاء ويجب أن يستند ذلك العمل على الأصول والقواعد المقررة في علم الطب.
- 7- الدراسات السابقة:

1- الدراسة الأولى: (lepping et al,2013)

دراسة ليبينق، " إنتشار العنف ضد الموظفين في الأجنحة الطبية ومدى تأثيرها على الموظفين الصحيين".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نسبة إنتشار العنف ضد الموظفين في الأجنحة الطبية في المملكة المتحدة ومدى تأثيرها على الموظفين الصحيين.

منهج الدراسة هو المنهج الوصفي المسحي لملائمة موضوع الدراسة، تكوين عينة الدراسة من (185) موظف وموظفة من مجتمع الدراسة.

لتحقيق أهداف الدراسة إستخدمت الإستبانة كأداة لجمع البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: في غضون 4 أسابيع السابقة أنّ (83%) من الموظفين قد شهدوا العدوان اللفظي وقد تم تهديد (50%) منهم و(63%) قد تعرضوا للإعتداء الجسدي، كما أصيب (56%) منهم بجروح تحتاج إلى تقييم طبي أو علاج.

لم يكن هناك أي علاقة بين التدريب في إدارة العدوانية وخبرة الحوادث وبين تجنب الاعتداءات أو منعها.

2- الدراسة الثانية: (N.samir et al, 2012)

دراسة سامر، أشكال العنف الواقع على مكان العمل إتجاه الممرضات في أقسام الولادة وطب النساء".

هدفت هذه الدراسة إلى التعريف على أشكال العنف الواقع على مكان العمل إتجاه الممرضات اللاتي يعملن في أقسام الولادة وطب النساء وتقييم تفاعلن ومواقفهن من ذلك. أجرى الباحثون عام 2009 دراسة وصفية شملت على (416) ممرضة تم إختيارهن ممن يعملن في أقسام الولادة وطب النساء في ثمانية مستشفيات في القاهرة بمصر. التعرف على مدى التعرض للعنف في مكان العمل ونمط العنف، وردود أفعال الممرضات ومواقفهن منه.

العنف النفسي أكثر أشكال العنف شيوعا (78.1%) وذلك بدعوى الإهمال (40.5%) وسوء ممارسة الممرضات (35.8%) وقد إستخدم ما لا يزيد على (50%) من الممرضات النظام الرسمي للإبلاغ عن التعنيف.

3- الدراسة الثالثة:

دراسة زعيتير فاطمة، "العنف في المؤسسات الإستشفائية. دراسة سوسيلوجية بمستشفى حمو مكور، بولاية عين الدفلى:

هدفت هذه الدراسة إلى أسباب العنف في المؤسسات الإستشفائية بمستشفى حمو مكور ، بولاية عين الدفلى.

محاولة معرفتنا لأهم العوامل والأسباب وراء إنتشار ظاهرة العنف داخل مصلحة الإستعجالات في المستشفيات الجزائرية.

الرغبة في الكشف عن الأوضاع المهنية التي يعيشها كل من الطبيب والممرض في إطار المؤسسات الإستشفائية.

الكشف عن المسببات المختلفة للممارسات العنيفة ضد المرضى وعائلاتهم داخل البيئة المهنية للأطباء.

فضولنا لمعرفة أهم الأسباب التي دفعت بالأطباء والمرضى لممارسة العنف ضد المرضى والزوار.

تزايد الإهتمام بقطاع الصحة العمومية بالجزائر نتيجة لحساسية هذا المجال داخل المجتمع. قلة الدراسات النظرية والتطبيقية التي تناولت موضوع العنف في المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية.

الفصل الثاني: ماهية العنف

تمهيد:

سننطلق في هذا الفصل إلى تعريف العنف لغة وإصطلاحاً وكذا تعريفه من ناحية علم النفس ومن ناحية القانونية ومن ناحية علم الاجتماع بالإضافة إلى ذكر أنواع العنف وبعض المفاهيم المرتبطة به، كما تطرقنا أيضاً إلى ذكر أنماط العنف وصوره وأشكاله.

المبحث الأول: تعريف العنف

المطلب الأول: مفهوم العنف

لغة: جاء في المعجم العربية أن العنف بالضم ضد الرفق وهو الشدة القوة، القسوة، إعتق الأمر أي أخذه بشدة وقوة وقسوة، لأمه عتب عليه، عنف به أو عليه، إعتق بالشيء أي كرهه والتعنيف هو التعبير عن اللوم والتوبيخ¹

" والعنف هو سلوك جسدي تستخدم فيه القسوة سواءً بسلاح أو بدون وينتج عن هذا السلوك إصابة أو موت شخص وهو كل شكل من أشكال العدوانية"²

" كما جاء في معجم لسان العرب أن العنف هو الخرق بالأمر وقلة الرفق وعليه يعتف عفا وعنافة وأعنفه وعنفه تعنيفاً."³

" وقد جاء في بعض الأحاديث النبوية الشريفة لتجعل الرفق مقابل العنف فقال صلى الله عليه وسلم أنّ الرفيق يجب الرفق ويعطى على الرفق ما لا يعطى على العنف وما لا يعطى على سواه."⁴

كما أنّ كلمة عنف مشتقة من الكلمة اللاتينية *violentia* " وتعني الأمار المعنوي وغير مراقب للقوة كردّ فعل على استخدام القوة المعتمدة"¹.

¹ محمد سيد فهمي، العنف الأسري والتحديات وآليات المعالجة، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2016، ط2، ص49.

² حنان عبد الله عنقاوي، التلفزيون والعنف، دار لنهضة العربية، القاهرة، 2002، ص39.

³ ابن منظور، لسان العرب، دار العرب للنشر والتوزيع، عمان، 2001، ص25.

⁴ مدحت مطر، تنامي ظاهرة العنف في المجتمع وعلاجها، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2013، ص18.

" كما تعني كلمة العنف الخرق بالأمر وقلة الرفق والتعنيف يعني التوبيخ والتفريع واللولم".²

إصطلاحاً:

عرفه فرويند j.freund فيطلق " إسم العنف على القوة التي تهاجم مباشرة شخص والآخرين وخيراتهم (أفراد وجماعات) يقصد السيطرة عليهم بواسطة الموت والتدمير والإخضاع والهزيمة أما خليل فيرى أن العنف هو الإيواء باليد أو اللسان وهو تصادم مع الآخرين"³

وتعرف منظمة الصحة العالمية " العنف بأنه الإستعمال المتعمد للقوة الفيزيائية (المادية) أو القدرة سواءً بالتهديد أو الإستعمال المادي الحقيقي ضدّ الذات أو ضدّ شخص آخر أو مجتمع. بحيث يؤدي إلى حدوث إصابة أو موت"⁴

كما أن كلمة العنف " violence تتحدر من الكلمة اللاتينية فيولوننتيا violonntia التي تعني السمات الوحشية بالإضافة إلى القوة والفعل فيولار violare يعني العمل بخشونة والعنف أو التدنيس والإنتهاك والمخالفة وكل هذه الكلمات ترتبط بكلمة فيس (vis) التي تعني القوة والبأس والعنف وبدقة كلمة فيس تعني القوة الفاعلة والمؤثرة".⁵

" والعنف هو سلوك أو فعل يتسم بالعدوانية يصدر عن فرد أو جماعة أو نظام بهدف إخضاع الطرف الآخر المقابل وعدم ممارسته لحقوقه المتعارف عليها إجتماعيا وقانونيا في

¹ معتز سيد عبد الله، العنف في الحياة الجامعية أسبابه ومظاهره وحلول المقترحة لمعالجته، مركز البحوث والدراسات النفسية، القاهرة، 2007، ص43.

² أمل سالم، العنف ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي، دار اليازوري، الأردن، 2009، ص35.

³ ابن منظور، لسان العرب، دار العرب للنشر والتوزيع، عمان، 2001، ص26.

⁴ أمل سالم، مرجع سبق ذكره، ص35

⁵ نفس المرجع السابق، ص35.

إطار علاقات القوة غير المتكافئة بين الجنسين تؤدي تلك الغير متكافئة إلى حدوث أذى نفسي أو إقتصادي أو قانوني أو جنسي"¹.

" والعنف هو القسوة الحادة المستعملة بغرض الإخضاع وهو فعل حاد، قاس ويندرج أيضا في حدّه الشعور"².

المطلب الثاني: العنف من ناحية الناحية القانونية

يقصد بجرائم العنف " بكل الجرائم التي تستخدم القوة أو التهديد بإستخدامها لترويع الآخرين أو تحقيق أهداف شخصية أو سياسية غير مشروعة وغير قانونية ويدخل فيها جرائم السرقة، السطو والإغتصاب والإرهاب... إلخ"³.

يعرف القانونيون العنف " بأنه قوة من أي طبيعة كانت يستعملها فرد أو جماعة أو دولة ضدّ فرد أو مجموعة أو دولة أخرى وتتقلص الإستقلالية الذاتية لكل منها بداعي الخوف الناتج عن هذه القوة ويمكن أن يكون من الحكم أو المحكوم"⁴.

وفي القانون الجنائي يعرف العنف " بأنه عدوانية الإنسان وخشونته ضدّ غيره مع التسبب في أذى أو صعوبات خطيرة ويتمثل هذا العنف في الضرب والتهديد وفي القانون المدني: هو كل ما يراد به المساس بإرادة الشخص لإجباره على إمضاء عقد ما ينجم عنه الخوف على نفسه أو على من يرتبط بهم"⁵.

¹ نفس المرجع السابق، ص34.

² يوفلجة غيات، ظاهرة العنف أسبابها وطرق التعامل معها، مخبر البحث في علم النفس وعلوم التربية، وهران، 2008، ص15.

³ محمد سيد فهمي، العنف الأسري التحديات وآليات المعالجة، المكتب الجامعي، الإسكندرية، 2016، طبعة الثانية، ص50.

⁴ كاضم الشيب، العنف الأسري، المركز الثنائي العربي، المغرب، 2007، ص18.

⁵ بوفلجة غيات، ظاهرة العنف أسبابها وطرق التعامل معها، مخبر البحث في علم النفس وعلوم التربية جامعة وهران، 2008، ص17.

المطلب الثالث: العنف من ناحية علم النفس

العنف هو استخدام الضغط والقوة استخدامًا غير مشروع وغير مطابق للقانون من شأنه التأثير على إرادة فعل ما.

باندورا يعرف العنف " سلوك يعبر عن حالة إنفعالية تنتهي بإيقاع الأذى أو الضرر بالأخر سواءً كان هذا الأخر فردًا أو شيئًا فهو يتضمن الإيذاء البدني والهجوم اللفظي وتحطيم الممتلكات وقد يصل إلى حدّ التهديد والقتل"¹.

ويعرفه أوبرت أودي " هو مهاجمة الأشخاص وإستغلالهم على نحو جسماني أو أذى نفسي شديد".²

كما أن العنف هو " إستجابة سلوكية تتميز بصفة إنفعالية شديدة قد تتطوي على إنخفاض في البصيرة والتفكير وعلى ذلك فمن غير الضروري أن يكون العنف للعدوان السلبي ولا ملازمًا للشّر والتدمير فقد يكون العنف ضرورة في موقف معين للتعبير عن واقع معين أو لتغير واقع يتطلب تغييره إستخدام العنف في العدوان وقد يحدث العنف كردّ فعل أو إستجابة لعنف قائم وهو العنف المناد"³.

المطلب الرابع: العنف من ناحية علم الإجتماع

يعرف العنف " بأنه الإيذاء باليدّ أو اللسان أو بكلمة في الحقل التصادمي مع الأخر ولا فرق بأن يكون فعل الإيذاء على المستوى الفردي أو المستوى الجماعي فلا يخرج في كلا الحالتين من ممارسة الإيذاء سواءً كان باللسان أو باليدّ فالعنف سلوك الذي قوامه إنكار

¹ محمد سيد فهمي، مرجع سابق، ص51.

² نفس المرجع السابق ص51.

³ محمد الطنبور، العنف الجامعي، دار مجد للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص101.

الأخر كقيمة أو نحن كقيمة تستحق الحياة والإحترام ومن مركزه إستبعاد الآخر عن جلبة التغلب إما بخفضه إلى تابع أو بنفيه إلى خارج الساحة وإما بتصفيته معنويا وجسديا¹.
ونجد خليل أحمد في معجمه للمصطلحات الإجتماعية سنة 1995 أنّ "العنف سلوك إيذائي قوامه إنكار الآخر كقيمة مماثلة لنا أو لنحن كقيمة تستحق الحياة والإحترام.
كما عرفه هوبز نجد العنف بوضعه وفق 4 مقترحات هي بتحريك الناس بواسطة نفس الرغبات ، تكون هذه الرغبات مستبّدة دون رحمة أن الأعراض القابلة لإشباع هذه الرغبات تشكل في كل لحظة كمية محدودة يشتق من تركيب الرغبة تنافس دائم بين الناس"².

المبحث الثاني: أنواع العنف وبعض المفاهيم المرتبطة به

المطلب الأول: العنف الأسري

العنف الأسري" هو سلوك أو فعل يتسم بالعدوانية يصدر عن أطراف قد يكون فردا أو جماعة أو طبقة إجتماعية أو دولة بهدف إستغلال وإخضاع آخر في إطار علاقة غير متكافئة إقتصاديًا وسياسيًا مما يتسبب في إحداث أضرار مادية أو معنوية أو نفسية لفرد أو جماعة أو طبقة أخرى، كما أن المختصون بالخدمة الإجتماعية فيعرفونه بالمدى الواسع من السلوك الذي يعبر عن حالة إنفعالية تنتهي بإيقاع الأذى والضرر بالآخر سواءً كان فردا أو شيئًا ممثلًا في الإيذاء البدني أو الهجوم اللفظي أو تحطيم ممتلكات وقد يصل إلى التهديد بالقتل أو القتل"³.

¹ مرحت مطر، تنامي ظاهرة العنف في المجتمع وعلاجها، دار اليازوري، عمان، العلمية للنشر والتوزيع 2013، ص22.

² بوفلجة غيات، مرجع سابق، ص16.

³ كاظم الشبيب، العنف الأسري قراءة في الظاهرة من أجل مجتمع سليم، المركز الثقافي العربي المغرب، 2007، ص21.

كما أن للعنف دلالات وهي " دلالة الإيذاء الذي يمارس على ثلاثة مستويات هي الجسدي، اللفظي، النفسي. وكذا دلالة الإهمال وهو على نوعين السلبي والفاعل وكذا دلالة الإعتداء الجنسي على الأطفال من قبل أحد الأبوين أو الأخوة أو الخال أو الجدّ وكذا سلب الحقوق المدنية الذي يمارس على الحقوق القانونية والمدنية"¹.

أنواع العنف الأسري:

" في الأسرة النووية: العنف بين الزوجين ، العنف بين الأبناء، العنف بين الوالدين والأولاد.

في الأسرة الممتدة: ويضاف إليها أقسام أخرى كمصادر للعنف الأسري عندما تعيش الأسرة الممتدة في مسكن واحد مثل: العنف بين زوجات الإخوان العنف بين العمات والأعمام العنف بين الأخوال والخالات، العنف بين أبناء الأعمام أبناء الخالات والأخوال والعمات، العنف المتداخل من الأطراف المتفرقة.²

صفات العنف الأسري:

لكل ظاهرة إجتماعية صفات تعكس مضمونها الإيجابي والسلبي ومن خلاله نستطيع الحكم عليها من كونها تؤذي المجتمع من خلالها تصديها لمعاييره وقيمه أو أنها تخرق عنها:

" هي ظاهرة تمثل عدم تكافؤ شخصين في الحقوق والواجبات الثقافية والإجتماعية مرتبطين بعقد الزواج لتأسيس نواة مجتمعية متنامية الأمر .

إنتشار ظاهرة العنف الأسري بين الأزواج والأبناء يمثل حالة أسرية مرضية باثولوجية لا ترقى الأسرة إلى مستويات متنامية ومتطورة يفتخر بها المجتمع.

أنها تخص علاقة ثنائية قائمة بين الزوجين لذا فإنها تكون محصورة بينهما.

¹ معين خليل العمر، علم إجتماع العنف، دار الشروق، للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص63.

² كاظم الشبيب، مرجع سابق، ص32.

أنها ظاهرة مستترة ومتخفية لا تمارس أمام الآخرين"¹.

صور العنف الأسري:

يتعرض الفرد ويصاب بمرض عضوي في بدنه أو بمرض نفسي في ذاته أو بانحراف سلوكي في أخلاقه.

1- الإعتداءات الجسدية: كالضرب والتشابك بالأيدي وإحداث العاهات

2- الإعتداءات النفسية والمعنوية: كالسب واللجوء إلى إهانة المعتدى عليه والحط من قيمته ورميه بألفاظ بذئية تحط من قدره.

3- الإعتداءات وسوء المعاملة المادية والإقتصادية فيحرم مثلا الزوج زوجته من مرتبتها أو من مصروف المنزل.

4- الإعتداءات الجنسية عبر إكراه المعتدى عليه كبيرًا أو صغيرًا أنثى أو ذكر على ممارسة الجنس أو القيام بأعمال جنسية فاضحة.

5- الإعتداءات السلطوية والإجتماعية: عبر فرض المعتدى العزلة الإجتماعية على أحد أفراد الأسرة أو العزلة عن محيط العائلة والأصدقاء.²

المطلب الثاني: العنف المدرسي

العنف المدرسي من منظور منصور بن عبد الرحمان بن عسكر بأنه كل تصرف يلحق الأذى بالآخرين وقد يكون هذا الأذى جسديا أو نفسيا فالسخرية والإستهزاء من الفرد.

أما محمد مجاود فإن العنف المدرسي هو ظاهرة تتميز بطبع الديمومة وصفة التكرار والشمولية بالنظر لدرجة إستفعالها في المؤسسة التربوية.³

¹معن خليل ، مرجع سبق ذكره، ص182.

²كاظم الشيب، مرجع سابق ، ص 32.

³بوفلجة غيات، مرجع سابق، ص 28.

كما أن العنف المدرسي هو الطاقة التي تتجمع داخل الإنسان ولا تنطلق إلا بتأثيرا المثيرات الخارجية وهي مثيرات العنف وتظهر هذه الطاقة على هيئة أشكال من التخريب والسب والضرب بين طالب وطالب أو بين طالب ومدرس.¹

وقد عرف اليد عبد الرحمن الجندي العنف المدرسي بأنه "أسلوب بدائي غير متحضر يتسم بالعديد من المواقف ذات الصفة الإجرامية التي تتعكس بشكل سلبي على المجتمع ويقف ضد أعرافه سواء من النواحي التشريعية الدينية، أو الوضعية القانونية أو نظراً لما يتسم به العنف من إستخدام القوة المادية نحو الأفراد والأشياء فإنه يعتبر سلوكاً مضاداً للمجتمع بإعتباره ضد معايير السلوك المتعارف عليه ومصالح المجتمع وأعرافه.²

أشكال العنف المدرسي:

يمكن للعنف المدرسي أن يتخذ العديد من الأشكال والصور منها:

عنف فيزيقي: كالضرب والإعتداء الجسدي أما ضد التلاميذ فيما بينهم

عنف نفسي: كالتسلط والتمييز والإقصاء والمضايقات من طرف الأستاذ

عنف لفظي: كالشتم واللّعن، التخريب من طرف التلاميذ للممتلكات المدرسة

العمل على نشر الفوضى والضجيج داخل العنف

التحرش بالأساتذة وبالتلاميذ النجباء من طرف التلاميذ العنيفين والمعيبين.

أسباب العنف المدرسي:

أ. أسباب سرية: "ونقصد بها البيئة التي ترعرع فيها التلاميذ وطبيعتها كضيق

المسكن، الفقر والحرمان، القسوة والشدة، التفكك الأسري،

ب. أسباب متعلقة بالأطفال: السن والجنس القدرات الذاتية، القلق والإضطرابات

العاطفية، العامل الوراثي.

¹ جمال معتوق، مدخل إلى سوسيوولوجي العنف، دار مرابط، الجزائر، 2011، ص173.

² مجدى أحمد محمود، العوامل المجتمعية للعنف في بعض مدارس القاهرة الكبرى، مجلة الدراسات التربوية والإجتماعية ، العدد الثالث والرابع ، المجلد الثاني، 1996، ص 82.

ت. أسباب متعلقة بالمعلم: شخصية المعلم، المبالغة في العقاب، الإهانة والإحتقار
ث. أسباب متعلقة بالمؤسسة: تصنيف المؤسسة من حيث التحصيل مقارنة
بالمؤسسات الأخرى، التسبب داخل المؤسسة وغياب المسؤولية من طرف الساهرين عليها.
ج. جماعة الرفاق: نوعية الجماعة التي يرتبط معها المتعلم.

عوامل مجتمعية أخرى: تراجع دور الدول ومؤسساتها، إنحلال القيم وتآكل المنظمة
القيمة، إنتشار ثقافة العنف والعدوان".¹

المطلب الثالث: العنف المجتمعي

" العنف المجتمعي هو كل فعل قائم على أساس الجنس يترتب عليه أو من المحتمل
أن يترتب عليه أذى بدني أو نفسي أو جنسي أو إقتصادي أو قانوني للفرد وهو يتمثل في
سلوك فردي أو جماعي مباشر من فرد أو جماعات لا تربطهم أية صلة قرابة فقد يعرفون
بعضهم وقد لا يعرفون يقع بشكل عام خارج المنزل في مؤسسات العمل والشارع ينال من
الفرد ويحط من قدره ويحرمه من ممارسة حقوقه.

وتعرف منظمة الصحة العالمية العنف المجتمعي " العنف الذي يقع بين أفراد لا قرابة

بينهم

وقد يعرفون بعضهم البعض أو لا يعرفون ويقع بشكل عام خارج المنزل في مواقع
المؤسسات مثل المدرسة وأماكن العمل والسجون.²

المطلب الرابع: بعض المفاهيم المتعلقة بالعنف .

العدوان: " هو سلوك يقصد من خلاله إحداث الضرر الجسدي أو النفسي لشخص
آخر وهو سلوك يؤدي إلى الضرر الشخصي وتدمير ممتلكات ويربط البعض العنف
والعدوان فلا يوجد عنف بدون عدوان رغم الفارق النوعي والموضوعي ويؤكد أن العدوان ليس

¹ جمال معتوق، مرجع سابق ، ص 197.

² أمل سالم، مرجع سابق ، ص34.

مرادفًا للعنف لكنه سبب له ومؤشر إليه وتكمن خطورته في صعوبة التنبؤ به بلحظة إنفجاره"¹

كما يعرف العدوان على أنه مظهر هجومي للسلوك يوجه فيه الهجوم أو الإعتداء إما لجماعة الذات وإما لتأكيدتها كما قد يوجه أيضا بشكل عدواني إلى الآخرين وحتى إلى ذات الشخص المعتدى على نفسه ومن هنا يصفه العلماء على أنه سلوك ضار ومدمر.²

التسلط: في المستوى التربوي تتعدد المفاهيم التي تشير إلى ظاهرة استخدام القوة والقسوة حيث يجد الباحث نفسه إزاء مفردات عديدة ومتداخلة جدًا في وصف ظاهرة العنف والتطرف في توظيف السلطة ومن هذه الكلمات على سبيل المثال وليس الحصر يشار إلى العنف التربوي والإضطهاد التربوي والإستلاب التربوي والقهر التربوي وهناك كلمات أخرى توظف لهذه الغاية.³

السلطة: "السلطة في صفتها الأدبية القدرة على الإخضاع والأمثلة على ذلك متعددة: استخدام السلطة، إظهار السلطة، إمتلاك السلطة بعبارة أخرى السلطة هي القوة التي يستشعرها المرء وتملي عليه نوعًا من الفعل والسلوك."⁴

الإرهاب: "نمذج العديد من البحوث العنف بالإرهاب فالإرهاب هو ممارسة العنف والتهديد بهدف خلق الخوف لدى الطرف المستهدف لحمله علة تفسير سلوكه ومرافقته

¹ محمد سيد فهمي، العنف الاسري التحديات وآليات المعالجة، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2016، ط2، ص

.55

² محمود أبوزيد، المعجم في علم الإجرام والإجتماع القانوني والعقاب، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، ص 40.

³ علي اسعد، بنية السلطة وإشكالية التسلط التربوي في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان، 1999، ص121.

⁴ نفس المرجع السابق، ص 129.

والعمل الإرهابي هو سلوك يتضمن إستخدامًا غير مشروع للقوة أو التهديد بها لتحقيق أهداف معينة سواءً صدر هذا السلوك من أفراد أو جماعات أو منظمات أو دول"¹.

أما في قواميس اللغة العربية "فقد كان القاسم المشترك فيما بينهما وفيما يتعلق بمستشفيات كلمة "رهب" هو ذلك المعنى الأنف الذكر أي المتعلق بالخوف والتخويف وقديماً قالو "رهبوت خير من رحمون" أي لأن ترهب خيراً من أن ترحم وقد أخذ ميكافيلي بهذا الإتجاه حيث قال إن في مهابة المرء سلامة له أكثر مما في حبه"².

الغضب: غضب: غَضِبَ عليه غضبا ومغضبة: أبغضه مع محبة للإنتقام منه فهو غَضِبٌ، وغضبي وغضباته ،غضبان للمذكر وغضبي للمؤنث، وذلك مغضوب عليه، أغضبه: حمله على الغضب فهو مُغْضَبٌ وذلك مُغْضَبٌ، والغضب هو إستجابة لإنفعال يتميز بالميل إلى الإعتداء وإرادة الإنتقام"³.

الإساءة: الإساءة هي شكل من أشكال العنف ويمكن أن تتحول إلى جريمة إذا توفرت الأركان المادية والمعنوية وتتضمن الإساءة مختلفة تتراوح مع الضرب والرفع والركل وشد الشعر إلى التهديد بالسكين والمسدس أو الحرق أو الإهانة والإحتقار والتحكم في تصرفات الزوجية والتحكم في مسار الحديث في شؤونها الخاصة والتدخل في عملها وعدم إحترامها.⁴

¹ معتز سيد عبد الله، العنف في الحياة الجامعية أسبابه ومظاهره وال حلول المقترحة لمعالجته، مركز البحوث والدراسات النفسية، القاهرة ، 2007، ص119.

² محمد عوض الترتوري وآخرون، علم الإرهاب: الاسس الفكرية والنفسية والاجتماعية والتربوية لدراسة الإرهاب، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص20.

³ روبين حصين، معجم علم النفس، دار النقائص، بيروت 2009، ص 548.

⁴ هبة محمد علي حسين، الإساءة للمرأة، مكتبة الأنجل المصرية ، القاهرة ، 2003، ص 13.

المبحث الثالث: أنماط العنف وأشكاله

المطلب الأول: أنماط العنف

صنف الدارسون ظاهرة العنف ضمن نمطين إثنين وهما العنف الفردي والجماعي
العنف الفردي: الذي يعتبر عمل فردي ينتهجه الفاعل " المتسلط الأنوي" ويتميز
مرتكب العنف الفردي بصفاته المعينة التي تجعله يميل إلى العنف حيث تسمح له الظروف
يمثل هذا السلوك وينقسم الأشخاص الذين يميلون إلا هذا النوع من السلوك إلى:

1- المتطرفين: هم أشخاص يشكا العنف جزء أساسي في سلوكهم لتحقيق أهدافهم

2- فئة الخلق المتسلط: يوصفون بنمط شخصية وهم مولعون بالسلطة.

3- الفئة الثالثة: تتضمن هذه الفئة أولئك الذين يدركون أنضمامهم وحاجاتهم بإعتبارها

الحقيقة الوحيدة في هذا الوجود¹.

العنف الجماعي: نجد ضمن العنف الجماعي أو الشعب أن رجل الشارع المشترك في
الشعب يحصل على فوائد يسعى إليها الشخص العنيف وذلك من خلال الإفادة من فرص
جاهزة أمامه.

فاشتراك المرء في العنف الجماعي يمكن أن يؤدي به إلى إشباع رضاه عن نفسه أو
للدفاع عن مكانته أو للتحرز من ضغوط داخلية والتعبير عنها فالشخصية المشتركة في
العنف الجماعي يمكن أن تجد تعبيراً لها خلال الشعب شأنها شأن شخصية الإنسان العنيف
في ممارسة العنف الفردي فقد يصبح الشعب وسيلة للتأثر بالنسبة للبعض وإنفعالياً أو شكلاً
من أشكال التمرد².

¹ Yves Michaux, **la violence collection**, que sais je ? edition p.u.f , paris, 1986,p4.

² نفس المرجع السابق، ص 121.

المطلب الثاني: صَوْر العنف

العنف اللفظي: " وهو من أشد أنواع العنف خطراً على الصحة النفسية للموظف مع أنه يترك آثار مادية واضحة للعيان إذ يقف عند حدود الكلام والإهانات.¹ " وهو تهديد الآخرين وإيذائهم عن طريق الكلام والألفاظ البذيئة النابية والإستهزاء والتهكم والسخرية وعادة يسبق العنف اللفظي العنف الفعلي الجسدي ويكون القصد منه في هذه الحالة الكشف عن قدرات إمكانات الآخرين قبل الإقبال على توجيه العنف الجسدي ضدهم²

العنف التسلطي (الرمزي الدلالي): ويقصد به استخدام العنف واستخدام طرق تعبيرية أو رمزية للتعبير عنه تحدث نتائج نفسية وعقلية واجتماعية لدى الموجه نحو العنف وربما ينفذ بطرق لفظية كالإحتقار الآخرين أو توبيخهم وتوجيه الإهانة لهم.³

العنف الجسدي: يعتبر العنف الجسدي من أكثر أشكال العنف وضوحاً وهو عنف مباشر عرف من طرف منظمة العمل الدولي على أنه استخدام القوة الجسدية ضد شخص آخر أو طرق أخرى ينتج عنها أذى جسدي أو نفسي أو جنسي وهو يشمل الأفعال المحتوية كالضرب ، الصفع ، الخنق، الرفع، العض، المسك⁴

العنف النفسي: هو الذي يشمل كل الأعمال المسيئة إلى نفسية وكرامة الفرد أو الجماعة ويعبر على أشكال الضغط غير المباشر والمستترة عن وعي الناس ونفسياتهم وهذا النوع عادة ما يمثل أدوات ممارسة على نحو أساس في وسائل الإعلام والرعاية.⁵

¹ أمل سالم، مرجع سابق ، ص 46.

² محمد الطنبور، العنف الجماعي، دار مجد للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 151.

³ نفس المرجع السابق، ص 151.

⁴ حطب زهير وآخرون، السلطة الأبوية والشباب، معهد الإنتماء العربي، دون تاريخ، ص 10.

⁵ عبد الناصر حريز، الإرهاب السياسي دراسة تحليلية، مكتبة مدبولي، القاهرة دون سنة ، ص 46.

المطلب الثالث: أشكال العنف

أشكال العنف حسب العالم إيريك فروم

6- العنف كرد فعل دفاعاً عن الحياة أو الحرية أو الكرامة أو الممتلكات سواء كان هذا الدفاع عن الشخص نفسه أو الآخرين فإن هذا النوع من العنف يقوم على الخوف وهو على الأرجح يمثل الشكل الأكثر إنتشاراً.

7- في الكثير من الأحيان يكون الشعور بالتهديد وما سيترتب عليه من عنف كرد فعل عن مؤسس على الواقع ولكن مؤسس على التلاعب بمقول الناس فالقادة السياسيون والدينيون يقتنعون أتباعهم بأن عدواً يتهددهم وبذلك يخلقون رد فعل ذاتياً لدى إتباعهم وهو يؤدي إلى عدوانية كرد فعل.¹

نوع آخر من العنف كرد فعل هو العنف الذي يتولد عند الإحباط فنجد سلوكاً عدوانياً في الحيوانات والأطفال والبالغين عندما يشعرون بالإحباط لعدم تحقق رغباتهم ويمثل هذا السلوك العدواني محاولة غالباً ما تكون دون جدوى للوصول من خلال العنف إلى تحقيق الهدف المحبط .

العنف للإنتقام هو نوع آخر من أنواع العنف المتصل بالعنف كرد فعل ولكنه أكثر مرضاً وفي العنف كرد فعل يكون الهدف هو تقادي الضرر الذي يهدد الشخص ولهذا السبب فإن هذا النوع من العنف يخدم البقاء كوظيفة حيوية على خلاف ذلك فإن في حالة العنف للإنتقام يكون الضرر قد لحق فعلاً بالشخص ولذلك لا يكون للعنف أي فائدة دفاعية.²

¹ سامية قذري، مظاهر العنف المصاحبة لعمالة الأطفال، دراسة إطلاعية، المؤتمرات السنوي الرابع: الأبعاد الإجتماعية للعنف في المنهج المصري، المركز القومي للبحوث الإجتماعية ، مجلد 802.777 ، القاهرة، 2002، ص 205.

² نفس المرجع السابق، ص 207.

المطلب الرابع: أسباب ممارسة العنف

تتجسد أهم أسباب ممارسة العنف ضد الأطباء والممرضين من طرف المرضى

فيمايلي:

8- حالة وصول المرضى إلى مصلحة الإستقبالات (مرض، ألم، صدمة،... إلخ)

تساهم في تعامله بعنف مع الطبيب أو الممرض أثناء فترة الفحص.

9- تجربة سابقة له في وقوعه ضحية لعنف وسوء معاملة من طرف الممرضين

داخل مصلحة الإستقبالات مثل الصراخ واللامبالاة بألمه... إلخ جعلته هو البادئ بالعنف

أي بدل أن يكون ضحية يكون المسيطر على الوضع حسب وجهة نظرة.

10- الصدر والأفكار المسبقة التي تسيطر على نمط تفكيره حول المعاملة الطبية

داخل المستشفيات العمومية بصفة عامة قد يجعله يشعر بأن أي سلوك يقوم به هو سلوك

مشروع لأن كل من يعمل في هذه المصلحة هو شخص سيء لا يستحق إلا المعاملة السيئة

والتعامل معه بنفس طريقتة في التصرف مع المريض أو مرافقيه.

11- الخوف من تشخيص مرضه ونتائجه على أسرته وعمله وكذا الخوف من

تكلفة علاجه كل هذه الظروف تساهم في إصابته بإضطرابات نفسية تجعله شخص عصبي

وعدائي تجاه الطبيب.

12- أسباب إجتماعية غياب الإحترام للأخر هشاشة القيم والظلم الإجتماعي

13- أسباب قانونية وهنا نقصد غياب القانون أو وجوده الشكلي وكذلك عندما لا

يطبق على كافة الناس أو المواطنين بل فقط على الضعفاء وهذا ما أشار إليه العالم سذرلان

في دراسته.

14- أسباب أمنية وهنا نقصد الحالات التي يغيب فيها الأمن وينتشر فيها الرعب حالات الإدمان كتعاطي الكحول والمخدرات وغيرها من العقاقير وهي حالات تجعل المدمن عبارة عن حيوان ينتقد للسيطرة في غرائزه.¹

خصائص المريض العنيف ومرافقيه:

المريض العنيف هو ذلك الإنسان الذي مارس العنف ضدّ الطبيب وهذا في نطاق عملية العلاج وهذا العنف يخلف وراءه آثار مادية سواءً كان بالضرب أو ضرر معنوي أو نفسي عن طريق الألفاظ وكذلك الرموز المسيئة له بأي شكل من الأشكال ونجد من أهم مميزاته مايلي:

15- الإحسان بالقهر: الإحباط وعدم القدرة على مواجهة الطبيب نتيجة الضعف النفسي والبدني الذي يعانیه هذا المريض أو المصاب يمكن أن يكون دافعا لممارسة العنف.

16- اليأس: أي عدم وجود أي أمل أو أي حل آخر لرفض سلوك الممرض أو الطبيب تجاهه وخاصة في حالة نوع إصابته أو تدهور حالته الصحية (المريض) مقارنة بقوة وسلطة الممرض أو الطبيب وهذا يكون عند التأكد من أنه تحت رحمة هذا الأخير ولا يمكن مواجهته بأي شكل من الأشكال.

17- الإحساس بالعجز: فمن يكون مع المريض سواءً أبوه أو صديقه يشعر بعجز بدني ونفسي يجعله يتقبل العنف ومهما كان نوعه فقط ليبقى مريضة في حالة جيدة أو يعالج ويعامل بطريقة جيدة ذلك أنه في وضع حرج خاصة أنه يجب علاج مريضه في أسرع وقت ممكن وما ينجز عنه من آلام ولا تكون له طاقة للردّ أو الدفاع عن نفسه.²

¹ جمال معتوق، مرجع سابق ، ص 51.

² رشدي شحاتة أبو زيد ، العنف ضد المرأة وكيفية مواجهته، دار الوفاء لدينا للطباعة والنشر، الإسكندرية، 2008، ص

الفصل الثالث: المؤسسة الإستشفائية كمؤسسة إجتماعية

تمهيد:

سننظر في هذا الفصل على تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية إضافة قمنا بتبين الطبيعة القانونية للمؤسسة العمومية الإستشفائية وكذلك ذكرنا التنظيم الإداري للمؤسسة الإستشفائية وأيضاً مررنا حول أنواع المستشفيات ووظائفها وأهم أهدافها وتصنيفاتها وخصائصها.

المبحث الأول: ماهية المؤسسة الإستشفائية العمومية

المطلب الأول: تعريف المؤسسة الإستشفائية العمومية

" تم إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 70-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 المتضمن لإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

المؤسسات العمومية الإستشفائية هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، تتكون المؤسسات العمومية الإستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والإستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعات بلديات، تتمثل مهام المؤسسات العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة للسكان وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام:

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والإستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية.

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد الإجتماعية يمكن

إستخدام المؤسسات العمومية الإستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين

التسييري الإستشفائي على أساس إتفاقيات مجلس إدارة ويديرها مديرها مدير وتزويد بهيئة إستشارية تدعى المجلس الطبّي¹

" المؤسسة الصحية العمومية: تعتبر مؤسسة صحية عمومية ذات طابع إداري تدعى القطاع الصحي مجموع هياكل الوقاية، التشخيص، العلاج والإستشفاء وإعادة التأهيل الصحي الموجودة داخل إقليم نفس الدائرة والمتكونة في المستشفيات والعيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات الفحص والعلاج مراكز الأمومة، مراكز المراقبة في الحدود وكل منشأة صحية عمومية تحت وصاية وزارة الصحة والسكان²

" تعريف آخر: المؤسسات الإستشفائية يقصد بها تلك الوحدات الصحية التي تقوم بتقديم الخدمة الطبية والعلاجية والوحدات قد تمتلكها الدولة وتدعمها من حيث توفير المعدات الطبية والفنيين والأطباء والمباني والتجهيزات، وبالتالي فهي تعتبر منشأة خدمات عامة أو قد يمتلكها أفراد أو مؤسسات وحينئذ تكون وحدة خاصة وتقدم خدماتها بأجر أي مقابل مادي يرتفع عن التكلفة تحقيقا للربح المستشفى هو مأوى المريض، ومؤشر دال على الصحة في المجتمع، ومكان للبحث والدراسة وتدرس فيه أسباب المرض للوقوف عليها وفهمها من أجل الأصحاء والمرضى على حد سواء³

¹ د. عيساوي وهيبية، تأثير ظروف العمل على أداء السلك شبه طبي في المؤسسات الإستشفائية، دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية علي بوسحابية، خنشلة، مذكرة لنيل شهادة الماستر عن بعد، تخصص علم إجتماع المنظمة وتنمية الموارد البشرية، شعبة علم إجتماع، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة البليدة 02، سنة 2017-2018، ص 59.

² الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دراسة مقارنة - الجزائر - فرنسا، ملحق بإجتهد القضاء الجزائري والفرنسي في مجال مسؤولية الأطباء وكذا القوانين الأساسية المنظمة للنشاط الطبي والعلاجي في إطار المرفق الصحي العام، دار هرمة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2008، ص 13.

³ زعيذ فاطمة، العنف في المؤسسات الإستشفائية، دراسة سوسيوولوجية بمستشفى حمومكور، بولاية عين الدفلى، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه، في علم الإجتماع والديموغرافيا، تخصص علم إجتماع العنف وعلم العقاب، جامعة البليدة 02، 2015-2016، ص 47.

" المستشفى: هو منظمة شأنها في ذلك شأن بقية المنظمات الأخرى على الرغم من إختلافها وخصوصيتها في الأنشطة والمهام التي تقوم بها، وفي هذا السياق فقد عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى على أنه ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الصحي ووظيفته توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع، سواء كانت علاجية أو وقائية، وأنّ المستشفى تكون مركز التدريب العاملين في الحقل الطبي والصّحي وكذلك مركز الأبحاث الطبية والاجتماعية، فضلا عن عدّة مراكز لإعادة تأهيل المرضى الراقدين وكذلك المراجعين للعيادة الخارجية"¹

المطلب الثاني: الطبيعة القانونية للمؤسسة العمومية الصحية

" تنص المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 1997/14/2 القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، أوضحت هذه المادة الطابع القانوني للقطاع الصحي وإعتبرته صراحة ذات طابع إداري، ونستخلص مما تقدم أنّ القطاع الصحي يدخل ضمن المؤسسات ذات الطابع الإداري المنوه عليها بالمادة 07 من قانون الإجراءات المدنية.

كما يتكفل القطاع الصحي بحاجيات السكان الصحية ويخضع لمجموعة من الإلتزامات أهمها إمتياز الخدمة لها للرفق الصحي من خصوصية تجعل حياة البشر رهينة له، أمّا الإلتزام الثاني فهو نوعية الخدمة وهذا الإلتزام يتوقف على مدى إحترام القوانين واللوائح المتعلقة بتنظيم وتسيير الهياكل الصحية، ويؤول للمجالس الإدارية والمجالس العلمية والطبية للقطاعات الصحية أو المراكز الإستشفائية الجامعية أو المؤسسات الإستشفائية المتخصصة لتقديم الإقتراحات والأراء حول تحسين نوعية الخدمة الصحية ومن ذلك حسن إستقبال المريض والتكفل به وتحسين نوعية الوجبات الغذائية المقدمة للمريض واقتناء معدات طبية حديثة، فالطبيعة القانونية للمؤسسة الإستشفائية العمومية هي التي تحدد لنا نوع الدعوى التي

¹ تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن ، شارع الملك حسين،

يقيمها المريض المضروب، فمن المهم بالنسبة للمريض تحديد الشخص الإداري الذي يرفع عليه دعواه حتى لا يضيع حقه"¹

" الموقف العام للإستشفائي: المرفق العام هو منظمة أو جهاز إداري عام يقوم بنشاط يستهدف من خلاله تحقيق مصلحة عامة تتمثل في إشباع الحاجات العامة في الدولة، فالمرفق العام الإستشفائي يتمثل في المستشفى أو المؤسسات الصحية بأنواعها الثلاثة

(مستشفى جامعي، قطاع صحي، مؤسسة إستشفائية متخصصة)

المطلب الثالث: التنظيم الإداري للمؤسسة العمومية الإستشفائية

" توضح إدارة المؤسسة تحت سلطة مدير معين بقرار من السيد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

المدير: يعين مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتتهي مهامها حسب الأشكال نفسها، وهو مسؤول عن حسن سير المؤسسة.

يشتمل التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية الموضوع تحت سلة المدير، الذي يلحق به مكتب التنظيم العام ومكتب الإتصال على ما يأتي:

- المديرية الفرعية للمالية والوسائل
- المديرية الفرعية الموارد البشرية
- المديرية الفرعية للمصالح الصحية
- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة يعين نواب المديرين بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتشتمل كل مديرية فرعية على مكاتب ويكلف مدراءها بعدة مهام".

¹ الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دراسة مقارنة الجزائر فرنسا ، ملحق بإجتهد القضاء الجزائري والفرنسي في مجال مسؤولية الأطباء وكذا القوانين الأساسية المنظمة للنشاط الطبي والعلاجي في إطار المرفق الصحي العام ، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2008 ، ص 14،15.

" قانون المؤسسات الإستشفائية العمومية: المؤسسات الإستشفائية تخضع لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 19 شعبان 1433 الموافق 09 يوليو 2012 المحدد لتنظيم وسير المؤسسات الإستشفائية، وتعتبر هذه المؤسسات مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، وتكلف هذه المؤسسات في إطار السياسة الوطنية للصحة، بالتكفل بصفة متكاملة بالإحتياجات الصحية لسكان الولاية التي تغطيها وكذا سكان الولايات المجاورة، وبهذه الصفة تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان نشاطات في ميادين التشخيص والفحص والعلاج والوقاية".¹

" التنظيم والسير: تسير المؤسسات الإستشفائية بمجلس إداري ويديرها مدير عام يساعده في ممارسة مهامه المجلس الطبيّ.

مجلس الإدارة: يضم مجلس الإدارة ممثلين ورؤساء عن الوزراء المكلفين بالصحة والتعليم العالي والبحث العلمي، الوزير المكلف بالمالية، التأمينات الإقتصادية...إلخ.
المدير العام: يعين بموجب مرسوم رئاسي وتنتهي مهامه حسب الأشكال نفسها، ويساعد المدير العام أمين عام ومديريون يعينون بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة، وهو مكلف بتحقيق الأهداف المنوطة بالمؤسسة والسهر على تنفيذ البرامج التي يحددها مجلس الإدارة، ويتولى المدير العام تسيير المؤسسة في إطار إحترام التشريع والتنظيم المعمول بهما.
المجلس الطبي: يكلف بإبداء رأيه في برامج الصحة التي تتكفل بها المؤسسة، ومشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية، ويعد نظامه الداخلي ويصادق عليه من خلال دورته الأولى.

¹ عيساوي وهيبة، تأثير ظروف العمل على أداء السلك شبه طبي في المؤسسات الإستشفائية دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية علي بوسحابية ، خنشلة، مذكرة لنيل شهادة الماستر عن بعد تخصص علم إجتماع المنظمة وتنمية الموارد البشرية، شعبة علم إجتماع ، قسم العلوم الإجتماعية ، جامعة البليدة 02 ، سنة 2017-2018 ، ص 63-64.

مفهوم السلك شبه طبي: إنّ الأسلاك الشبه طبية للصحة العمومية الذين يعملون في المؤسسات الصحية العمومية يخضعون للقانون الأساسي الخاص بهم والذي يعمل رقم 11-121 المؤرخ في 15 ربيع الثاني عام 1432 الموافق ل 20 مارس 2011 والصادر في الجريدة الرسمية رقم 17 لعام 2011.

الشعب المحددة لهذه الفئة هي كالتالي:

- شعبة العلاج
- شعبة إعادة التأهيل وإعادة الإجتماعية
- الشعبة الطبية الإجتماعية
- شعبة التعليم والتفتيث البيداغوجي شبه طبي¹

المطلب الرابع: أنواع المستشفيات ووظائفها وأهم أهدافها وتصنيفاتها وخصائصها

أنواع المستشفيات: إنّ وظائف المستشفيات هي التي تحدد طبيعتها وخصائصها وهناك مجموعة من الأسس تستخدم غالباً لتصنيف ووصف أنواع المستشفيات ومنها:

- نمط الملكية والإشراف الربحية مدة الإقامة نوع الخدمة، حجم المستشفى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة
- نمط الملكية والإشراف: ومن هنا يمكن تقسيم المستشفيات على أساس الملكية والإشراف إلى نوعين رئيسيين: مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة.
- المستشفيات الحكومية: وتعتبر إحدى أهم المؤسسات الصحية وهي مملوكة للدولة وتديرها أجهزة حكومية من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة وفق تنظيمات ولوائح حكومية تحكم سير إجراءات العمل في القطاع.
- مستشفيات حكومية عامة وتخصّصية: بالنسبة للمستشفيات الحكومية العامة فهي تابعة لوزارة الصحة والسكان غالباً، أما المستشفيات الخاصة فهي تابعة لجهة معينة

¹ نفس المرجع السابق، ص 64.65.

مثل المستشفيات العسكرية والشرطة بالإضافة إلى المستشفيات التابعة لمنشآت وهيئات معينة وغالبا ما تقدم خدماتها للعاملين وأبنائهم بتلك الجهات أمّا المستشفيات التخصصية فتشمل مستشفيات الولادة، العيون، الأنف، الحنجرة، العظام، الأمراض المزمنة، القلب، ومستشفيات الأطفال،...إلخ.

- المستشفيات الخاصة: وهي تشمل جميع المستشفيات بإستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية هذه المستشفيات تقدم الخدمات مقابل رسوم وذلك عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجانا ولهذا يمكن تقسيم المستشفيات الخاصة إلى قسمين أساسيين هما:

• مستشفيات ذات طابع ربحي: وهي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة وذلك بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة أي أنها تعمل من أجل التجارة والربح

• مستشفيات ذات طابع غير ربحي: وهي المستشفيات التي تتوفر فيها خصائص ومميزات المستشفيات ذات طابع ربحي".¹

توجد انواع أخرى للمستشفيات وهي:

"1- المراكز الإستشفائية الجامعية: التي من مهامها العلاج على التخصص لبحث في المجال الطبي والتكوين.

2- القطاعات الصحية: ومن مهامها التكفل بالصحة المدنية والقانونية وتقديم العلاج الأولي.

¹ تادبيرت عبد النور، "العنف ضد النساء الحوامل من طرف القابلات في المستشفيات الجزائرية"، مذكرة ماجستير تخصص علم الإجتماع جريمة وإنحراف، شعبة علم إجتماع، قسم علم الإجتماع والديموغرافيا، جامعة البليدة 02، فيفري 2014، ص 61.

والقطاعات الصحية ينظم سيرها المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 1997/12/07 حيث يجعل منها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي.

ومن أهداف القطاع الصحي تنظيم وتوزيع الإعانات وبرمجتها وتطبيق نشاطات الرعاية والتشخيص والعلاج بإعادة التكيف الطبي والإستغناء بدير القطاع الصحي مجلس إدارة وسيره المدير .

3- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، فإنما تتكفل بنوع معين من العلاج التخصيصي دون غيره".¹

" تصنيفات المستشفيات:

- مستشفيات غير ساعية لتحقيق الربح: هذا النوع يقدم الخدمة الوقائية والعلاجية مجانا (بدون مال) أو أحيانا بسعر رمزي يقل عن التكلفة يسمى السعر الإجتماعي وهذه المستشفيات تمتلكها الدولة وتدعمها من حيث توفير المعدات الطبية والفنيين والأطباء والمباني، والتجهيزات وحتى المصروفات الجارية وفي هذه الحالة تكون المستشفى أو الوحدة هي منشأة خدمات عامة.

- مستشفيات سلعية إلى تحقيق الربح: وتشمل هذه المستشفيات (الإستثمارية) والتي يمتلكها أفراد أو مؤسسات، وتقديم الخدمة الوقائية والعلاجية. بمقابل مادي أو سعر يزيد عن التكلفة تحقيق للربح وقد أصبحت منتشرة في الوقت الراهن وتتميز بزيادة حجم الإستثمارات فيها بشكل واضح، كما باتت تجذب رؤوس الأموال لما حققته من عائد مرتفع.²

¹ الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دراسة مقارنة الجزائر، فرنسا ، (ملحق بإجتهاد القضاء الجزائري والفرنسي في مجال مسؤولية الأطباء وكذا القوانين الأساسية المنظمة للنشاط الطبي والعلاجي في إطار المرفق العام الصحي) ، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2008، ص 13.

² زعيتير فاطمة، العنف في المؤسسات الإستشفائية ، دراسة سوسيولوجية بمستشفى حمومكور، بولاية عين الدفلى، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علم الإجتماع والديموغرافيا، تخصص علم إجتماع العنف وعلم العقاب، جامعة البليدة 02، 2015-2016، ص 51-52.

- مستشفيات التعليم: والتي تقوم الجامعات بإنشائها لأغراض تعليمية وبحثية وهي تقدم إلى جانب خدماتها الصحية للمواطنين خدمات تدريبية وتعليمية وبحثية لطلاب القطاع الطبي في الجامعات "

" تصنيف المستشفيات نوع آخر:

يكون من الصعب بمكان في بعض الأحيان إيجاد تصنيف وتقسيم محدد إلى بعض المنظمات التي تمارس أنشطة ذات علاقة عامة بالمجتمع وتتعدد مهامها وأنشطتها، ولعل هذا ينطبق إلى حد كبير على المستشفى، فضلا عن عوامل أخرى تتعلق بهذا الجانب وتتمثل بالترخيص الممنوحة أصلا إلى المستشفى للعمل والتوصيف المحدود مسبقا لأنشطتها وحجم وتنوع أو تخصص المهام التي تضطلع بها، وبشكل عام يمكن تصنيف المستشفيات إلى الأتي:

1- عمومية الدخول للمستشفى: Public Access

يعد هذا التصنيف من أقدمها وأكثرها شيوعا، ويتمثل في إتاحة دخول الجمهور عامة إلى المستشفى، ويقاس هذا المستشفى عن غيره بدرجة وحجم تعامله مع الجمهور ولعموم المجتمع، وهذا يعني بأن خدماته الصحية المقدمة متاحة لكل الجمهور وغالبا تكون الخدمة فيه قصيرة الأمد للمستفيدين منها.

وعلى العكس من ذلك إذا كانت الإقامة في المستشفى لحقبة طويلة تبعا لخصوصية وتعامله مع تلك الشريحة المتخصصة من المرضى والراقدين فيه، وكما هو الحال مثلا في المستشفيات الصحية العقلية والأمراض الصدرية (السل) ومدمني الكحول، ومدمني المخدرات، ومستشفيات السجون،...إلخ.

2- ملكية المستشفى Qwnershu :

تعد الملكية أساسا مهما في الرقابة والسيطرة على عمليات وسياسات المستشفى والتي تقسم على:

أ. المستشفيات الحكومية: وهي التي تتبع الحكومة من حيث الإدارة والتمويل والإشراف والأداء، وتمتاز هذه المستشفيات بكبر حجمها وعمومية الخدمات التي تقدمها إلى المجتمع، وتمثل النسبة الأكبر من حيث عدد المستشفيات العاملة في أغلب دول العالم ومقدار تأثيرها على الجمهور.¹

ب. المستشفيات غير الحكومية وغير الهادفة للربح: تعمل هذه المستشفيات تحت ظل ملكية مؤسسات خيرية في الغالب ويتم تمويلها من طرف ثالث، وغالبا يكون المتبرعون من أفراد المجتمع أو الجمعيات الخيرية أو شركات التأمين، ومؤسسات الضمان الإجتماعي، وبالتالي فإنّ خدماتها تقدم إلى المرضى بكلفة محدودة وتغطي مصاريف المستشفى من تلك الأطراف ولا يتم تحميلها على المريض، وهذا النوع من المستشفيات قديم جدا يعود إلى سنة 1304 في روما بوجود مستشفى تحت إسم Santo Spirito التي تم إنشاؤها من قبل البابا، وقد بلغ عدد المستشفيات حاليا لهذا الصنف في ألمانيا وأكثر من ذلك في فرنسا.

ت. الملكية الخاصة والهادفة للربح: وهي تلك المستشفيات التي تمتلك من قبل أفراد أو جمعيات يكون هدفها تحقيق الربح فضلا عن تحقيق الهدف الرئيسي الذي أنشأت من أجله بطبيعة الحال، وفي الغالب يتم وضع سياسة هذا المستشفى من المالكين أو المساهمين وتحت إشراف إدارة متخصصة في هذا الجانب، ويتحمل المريض بشكل كامل أجرة علاجه ودون أن يتحملها طرف ثالث، وغالبا تكون الأسعار فيه مرتفعة قياسا بالأنواع الأخرى من المستشفيات ومنسوبة بطبيعة الحال إلى نوعية الخدمة الصحية المقدمة وخصوصيتها أيضا.

من جانب آخر فإنّ هنالك تصنيف آخر وتحت العنوان نفسه ويمكن إعتماده من قبل العديد من البلدان الأوروبية والأمريكية التي تعتمد على نظام الأقاليم أو الولايات في طريقة إشرافها الحكومي، حيث تصنف هذه المستشفيات إلى:

¹ تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 26-27.

- مستشفيات تابعة إلى الحكومة المركزية وتكون تحت إشرافها.
- مستشفيات تابعة إلى حكومة الأقاليم أو الولاية وتدار من قبلها.
- مستشفيات غير حكومية إلا أنها غير هادفة إلى الربح كما هو الحال في المستشفيات التابعة إلى مؤسسات خيرية أو دينية.

- مستشفيات خاصة تعود للأفراد وهي هادفة للربح أصلاً.¹

3- مدة بقاء المريض في المستشفى Length OF Patient Stay :

يعد مكوث وبقاء المريض في المستشفى أساساً في تصنيف هذه المستشفيات إلى مدة بقاء قصيرة أو طويلة الأمد، وغالباً ما تعتمد مدة (35) يوماً وأقل كمعدل لمكوث المريض في المستشفيات ضمن التصنيف القصير الأمد، وإذا ما تجاوز ذلك فتعد من المستشفيات الطويلة الأمد.

4- عدد الأسرة Number OF Beds : يمكن تصنيف المستشفيات بحسب عدد

الأسرة التي تحتويها لأغراض العلاج والرقود فيها، التي تكون على شكل فئات وكما موضحة في أدناه وعلى سبيل المثال في ما يتم إعداده من تصنيف في الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا التقسيم تتم موازنته بطبيعة الحال مع خصوصية الحالة التي تكون بها المستشفى، فما هو حاصل من عدد الأسرة في مستشفيات الأقاليم أو المحافظات هو غير ما هو عليه في مركز العاصمة التي تمتاز عادة بحجمها الكبير من حيث عدد الأسرة المتاحة للمرضى بسبب الكثافة السكانية التي تواجهها مراكز المدن.

5- التخصص Specialige : وهو تصنيف شائع للمستشفيات في أن تكون

بتخصصات عامة تتيح فرص تقديم العلاج لكافة أو أغلب الأمراض التي يعاني منها: الشخص القادم إلى المستشفى وهذا يتمثل في المستشفيات الحكومية العامة التي غالباً تحتاج إلى إستثمارات كبيرة وكمواد بشرية متنوعة ومتعددة التخصصات، فضلاً عن السعة الجغرافية

¹ نفس المرجع السابق ، ص 28.

لمساحتها. وبالعكس فإنّ الأمر يقابلها في المستشفيات التخصصية التي تنفرد إلى حد كبير في تشخيص أو معالجة مجال معين من الأمراض التي يعاني منها الأفراد كما هو في مستشفيات العظام، القلبية، العيون، النفسية، الأسنان،...إلخ.

6- التعليم Teaching : حيث يمكن تصنيف المستشفيات أيضا إلى كونها

تعليمية أو غير تعليمية ويرتبط ذلك بوجود فرصة التعليم في هذه المستشفى في حقل من الحقول الطبية أو أكثر، وغالبا ترتبط هذه المستشفيات التعليمية بالجامعات أو المؤسسات العلمية البحثية المختلفة وعلى وفق برامج علمية متخصصة معدة لهذا الغرض.¹

7- التكامل العمودي Vertical Integration : وهذا يعني بأية تصنيف

المستشفى على أساس تكاملها العمودي في تقديم الخدمة أو الرعاية الصحية المناسبة وعلى وفق حدودها الإقليمية أو الجغرافية، فنقسم مثلا على أساس الرعاية الأولية ومن ثم الثانية ومن ثم الثالثة التي تكون في المنطقة الرئيسية:

أ. الرعاية الأولية Primary Care : تنقسم بتقديم الخدمات الصحية التي تكون

شائعة الطلب عليها من الجمهور وتنظم المستشفى وتصمم من حيث كادرها وتجهيزاتها وقدراتها بما يتناسب مع نظام الرعاية الصحية المقرر لها.

ب. الرعاية الثانية Secondary Care : وتعني حاجة المستشفى إلى

تخصصات علمية ومهارة كافية من الأطباء العاملين فيها وبما يمكنها من تأدية الواجبات المناطة بها.

ت. الرعاية الثالثة Teritory Care : وهي تمثل درجة عالية من التخصص

العلمي والأجهزة المستخدمة وغالبا تتواجد مثل هذه الحالات في المستشفيات الجامعية والتخصصية.

¹ نفس المرجع السابق، ص 30.

8- الجنس Sex : إذ يتم تقسيم المستشفى على أساس الجنس للجمهور المستفيد من خدماتها وبخاصة إلى الإناث، وكما هو الحال بالنسبة للمستشفيات النسائية والمتخصصة بالولادة أو رعاية الأم أو المستشفيات العجزة، فضلا عن كون هنالك في الغالب مستشفيات تقدم خدماتها لكل الجنسين من الذكور والإناث.

9- عمر المريض Patient Age : إذ يعتمد العمر في بعض الحالات لتمييز المستشفيات وفي خدمات متخصصة للمستفيدين منها، كما هو الحال في مستشفيات الأطفال التي غالبا تكون دون سنة (12) ومستشفيات أخرى تكون أيضا متخصصة كليا عما هو عليه في المستشفيات الأخرى لطبيعة الأمراض أو الحالات الصحية التي يعانون منها.¹

خصائص المستشفيات:

1- نشاطها نشاط خدمي : لا شك أن المستشفيات هي منشآت خدمية تقوم بتقديم

العديد من الخدمات مثل:

- تقديم الخدمة الطبية الوقائية أو العلاجية
- تنفيذ برامج الرعاية الصحية لأفراد المجتمع
- تعليم وتدريب العاملين في مجال الصحة من أطباء وهيئة مساعدة وفنيين لرفع كفاءتهم
- تطوير أساليب ووسائل العلاج والإرتقاء بتقنياته من خلال نشاط البحوث والتطوير
- تقديم الخدمات الأخرى المصاحبة للخدمات الطبية بالنسبة للمرضى المقيمين بالمستشفيات والوحدات العلاجية لفترة معينة، حيث تقدم للمرضى والمرافقين الخدمات المترقية مثل: الوجبات الغذائية والمشروبات وخدمات الغسيل والفرق والتليفون....إلخ.

2- صعوبة قياس وتقويم مخرجات وأنشطة المستشفيات والوحدات العلاجية:

¹ نفس المرجع السابق، ص 32.

المستشفيات شأنها شأن سائر الأنشطة الخدمية التي تتميز بصعوبة إيجاد مقاييس قيمية أو لقياس جودة الخدمة المقدمة أو أهميتها، يضاعف من صعوبة ذلك عدم نمطية الخدمة المقدمة، وهو ذات الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة احتساب تكلفة الخدمة نفسها.

3- الإعتدال على العنصر البشري وكفاءة وخبرة القائمين على تقديم الخدمة:

حيث يتعاطم دور المهارات والكفاءات البشرية في الخدمات الطبية في المستشفيات إذا أنّ كفاءة الأطباء وجهاز التمريض، والخدمات المساعدة يؤثر مباشرة على حياة المريض وتتوقف عليه إيرادات وربحية المستشفى.

4- ضخامة حجم الإستثمارات في الأصول الثابتة : بالرغم من أنّ ظاهرة ضخامة حجم الإستثمارات تكاد تكون سائدة في معظم المنشآت الخدمية، إلا أنّها تظهر بشكل أكثر وضوحاً في المستشفيات حيث الأجهزة، والمعدات الطبية ذات القيمة المرتفعة من ناحية فضلاً عن التكنولوجيا المتطورة والمستمرة، والتي تؤدي إلى تقادم الأجهزة والمعدات الطبية وظهور الأجهزة الأحدث والأكثر تطوراً.¹

أهداف المستشفى:

المستشفى شأنها شأن أي مشروع منظم هدفها التنظيمي، ولقد وصف البعض المستشفى على أنها تمثل نموذج التنظيم الذي له أهدافاً متعددة فهي مكان للإقامة ومدرسة، ومعمل ومكان للعلاج في نفس الوقت.

تتخصر الأهداف المتعددة للمستشفى في خدمات الرعاية الطبية والتعليم والتدريب والبحث وتخصص معظم المستشفيات في توفير خدمات الرعاية الطبية لمرضاهم وفي نفس الوقت قد تمثل هذه التنظيمات التربة الخصبة للتدريب الأساسي الذي يمكن أن يكتسب منه الأطباء الخبرات القيمة، ولا تزال مستشفيات أخرى تركز موارد هائلة لمشكلات البحث، وأنه لمن الواضح أنّ أي من هذه الأهداف يعتبر هدفاً بالغ الأهمية في أي وقت رغم أنّ رعاية

¹ نفس المرجع السابق، ص 73، 74.

المرضى غالبا ما ينظر إليها باعتبارها في مقدمة هذه الأهداف سواء للأسباب الإنسانية أو التقليدية.

2- بناء السلطة في المستشفى: يتم إنجاز هذه الأهداف التنظيمية من خلال ميكانيزمات التنظيم البيروقراطي، ونعني الترتيب الهرمي للمناصب والأوضاع من أجل تحقيق التنسيق الرشيد بين واجبات الأعمال الذي يؤدي بدوره إلى إنجاز أهداف الجماعة، وتختلف الخريطة التنظيمية للمستشفى في جوانب كثيرة منها عن الخريطة التي نجدها تمثل تنظيمات رسمية أخرى مثل المصانع والوحدات العسكرية

أولا: قد نلاحظ أنّ التدرج الهرمي للمستشفى سير في الإتجاه الأفقي أكثر منه في الإتجاه الرأسي ولقد وضعت الخريطة التنظيمية للمستشفى على أنّها تمثل شكل المشط، بالمقارنة بالتنظيمات الرسمية الأخرى التي يقال أنّها على شكل شجرة.

ثانيا: لوحظ أنّ خطوط السلطة المتعلقة بإدارة وتوجيه المستشفى تمتد فقط لتشمل رؤساء الأقسام، وخاصة الأقسام غير المهنية أو التي ليست لأوجه نشاطها علاقة مباشرة بالرعاية الطبية وفي هذا تعارض ملحوظ مع النماذج الأخرى للتنظيم الرسمي التي تمتد فيها خطوط السلطة من المدير خلال رؤساء الأقسام إلى أسف حيث مستوى العمال.¹

أما السمة التي تميز تنظيم المستشفى والتي قد لا تتضح من الرسم فإنّها تتمثل في وجود خطين إثنين للسلطة وهذا بالطبع، نتيجة مباشرة مترتبة على أوضاع الأطباء وعدم إستطاعة المستشفى والقيام بوظيفتها بدونهم فمن ناحية يوجد هنالك التنظيم التعليمي للهيئة الطبية (وفيه ترتيب الهيئة هرميا وفقا للتخصص ولمكانة الطبيب الممارس والمتخصصون والمقيمون والدارسون) وهناك من ناحية أخرى الترتيب البيروقراطي للوظائف الذي يتشكل منه الإدارة.

¹ نفس المرجع السابق، ص 81-82.

تقسيم العمل في المستشفيات: والسمة الأخرى التي يتميز بها تنظيم المستشفى تتمثل في تقسيم العمل المتطرف وقد لاحظنا ذلك فعلا فيما يتعلق بالمهنة الطبية، والخدمات الإدارية وغيرها من أقسام المستشفى، ويقوم كل قسم من أقسام المستشفى على حده بوظيفة خاصة يفترض أن تعمل في مجموعا على إبراز أهداف المنظمة ككل وهذا يكون من الوجبات الأساسية الأخرى للمدير التنسيق بين كل هذه الخدمات المتباينة في سبيل إيجاد نوع من النظام الرشيد، وينبغي أن نذكر عن الطبيعة التسلطية للمستشفى ذلك لأن أنواع النشاطات التي تمارس في المستشفى وتعني ما يتعلق بإنقاذ الحياة، ولا يمكن أن تحدث إلا في موقف سوف تنفذ فيه الأوامر الصادرة بدون مناقشة أو تأجيل، وتصديق هذه الحقيقة خاصة عندما تكون حالة المريض طارئة والتي ينبغي أن يتم العمل بشأنها دون تردد أو الإعتدال على الإجراءات الإدارية المفروضة وبينما لا تدخل معظم النشاطات التي تجري في المستشفى في دائرة الحالات الطارئة، إلا أن هيئة المستشفى ينبغي أن تكون مستعدة لمثل هذه الحالات.¹

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل المؤسسة الإستشفائية العمومية وحاولنا التعرف على مفهوم هذه المؤسسة وعلاقتها بظاهرة العنف، وتطرقنا أيضا إلى التنظيم الإداري للمؤسسة الإستشفائية العمومية وكذلك إلى أنواع المستشفيات وأهم وظائفها وأهدافها وتصنيفاتها وخصائصها.

¹ نفس المرجع السابق، ص 82، 83.

المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر

المطلب الأول: نشأة وتطور المستشفيات

إنّ نشأة المستشفيات كمؤسسة إجتماعية تقدم خدمة طبية للناس، قد تطور حسب حاجات ومعتقدات وقيم واتجاهات الناس الذين تخدمهم هذه المستشفيات، ويشير المؤرخون على أنّ المستشفيات قد مرّت في تطورها خلال التاريخ بأربعة مراحل وهي:

المطلب الثاني: المستشفى كمركز لممارسة الخدمة الدينية

يعتقد بأنّ الرومان أول من أنشأ مراكز طبية متخصصة تؤدي خدمات للعساكر بصورة خاصة ولكن أغلب الكتابات تشير إلى أنّ المؤسسة التي نعرفها الآن بالمستشفى قد إرتبطت بظهور المسيحية، إذ أنّ التعاليم المسيحية قد أكّدت أنّ بني الإنسان مطالبون بمساعدة المرضى والمحتاجين، ثم إنّ هذا المطلب قد إزداد قوة نتيجة للإعتقاد بأنّ (الخلاص الروحي) يمكن أن يحصل أو يصل إليه كل من يقدم هذه الخدمة، وقد أنشأت العديد من المستشفيات في فترة الحروب الصليبية (1096-1291) على طول الطريق التي سلكتها الجيوش المسيحية في طريقها للأراضي المقدسة، وكما أنّ المحسنين من غير رجال الدين مثل الملوك والنبلاء والتجار الأغنياء، والفنانين والحرفين قد شيّدوا مستشفيات لخدمة المرضى وكذلك أنشأت العديد من البلديات مستشفيات خاصة لها لتقديم الخدمات والرعاية الصحية لسكانها المرضى الذين هم في حالة صحية سيئة وهذا لمساعدتهم في تخطي فترة المرض والشفاء منه وبنهاية القرن الخامس عشر الميلادي أقيمت العديد من المستشفيات في كل أوروبا الغربية وفي كل المناطق....¹ إلخ

إنّ المستشفيات في العصور الوسطى ليست مستشفيات بالمعنى الصحيح حسب مقاييس العصر الحاضر، إذ كانت مراكز عامة للعناية بالمرضى من أبناء المستويات الدنيا

¹ تدبيرات عبد النور، العنف ضد النساء الحوامل من طرف القابلات في المستشفيات الجزائرية، مذكرة ماجستير تخصص علم الإجتماع جريمة وإنحراف، شعبة علم إجتماع، قسم علم الإجتماع والديموغرافيا، جامعة البليدة 2 فيفري 2014، ص

من الناس وتقديم نوعا من الرعاية التمريضية البدنية البسيطة، إنّ الوظيفة الأساسية للمستشفى في العصور القديمة كانت القيام بالواجبات الدينية وتقديم نوعا من الإحسان وبعض الخدمات الخيرية للفقراء المرضى منه والأصحاء إذن هذه المستشفيات قد وفرت العديد من الخدمات الإجتماعية لصالح الفقراء وخاصة توفير الغذاء، المسكن أو الملجأ والملاذ، ومكان للصلاة وكذلك المريض أي توفير الأسرة.

أما في عصر النهضة والإصلاح فقد تضاءلت طبيعة المستشفى الدينية، نتيجة لإزدياد عدد المستشفيات التي أصبحت تدار من قبل السلطة وإدارة مدينة غير دينية، ولكن مع ذلك يشير (روني كو) إلى ثلاثة خصائص من المستشفيات الحديثة التي يرى أنّها كانت نتيجة تأثير الكنيسة وهي:

- مفهوم الخدمة الموجهة نحو مساعدة الآخر بين هو الذي يقود العاملين في عملهم بالمستشفى (أطباء وممرضين و...إلخ)
- مبدأ المساواة وعدم التمييز في قبول المرضى وعلاجهم أي قبول كل الناس المحتاجين إلى خدمات ورعاية طبية بعض النظر عن جنسهم أو لونهم أو مستواهم الإجتماعي
- طبيعة العناية الطبية والرعاية الصحية تستدعي وضع المرضى في مكان واحد وحجزهم في نطاق معين حتى تسهل خدمتهم أي في قاعة واحدة وتوفير الأسرة الخاصة بهم.¹

المطلب الثالث: المستشفى كملجأ (أو بيت للبر والإحسان)

إنّ سيطرة المدنيين على المستشفيات كان نقطة ضعف أو إنحطاط في تطوّر نظام المستشفيات في أوروبا بالرغم من إستمرار الرهبان والراهبات في العمل بالمستشفيات، إلا أنّ إزالة السلطة المركزية للكنيسة ترك المستشفيات تحت إدارات مختلفة والتي غالبا ما تكون

¹ نفس المرجع السابق، ص 39.

سيطرة حكومة البلديات وبدون قوانين ولوائح عامة تسيير عليها إدارات المستشفيات كان كل مستشفى حرا في إتباع أي طريق يشاء في تسيير أموره الإدارية، وهذا الأمر أدى إلى إنتشار بعض المفاسد وخاصة في ما يخص إهمال المستشفيات وسوء توزيع الميزانيات وإنخفاض مستويات العناية بالمرضى والإهمال وكذا اللامبالاة إتجاه المرضى، وبنهاية القرن السادس عشر، ساءت الحالة الإقتصادية والإجتماعية للفقراء إلى درجة كبيرة وإنتشرت ظاهرة البطالة، وكذا إرتفاع الأسعار وفقدان الأراضي الزراعية الخاصة والذي خلف مشاكل حادة مثل: التشرذم والفقر والضياع في أروبا، والكثير من هؤلاء المشردين والفقراء إنتشرت بينهم أمراض كثيرة ومزمنة وإنتشرت بينهم كذلك الإعاقة ما أدى إلى خلق ضغط وإزدحام كبير في كل المستشفيات نتيجة كثرة المرضى في مقابل قلة الأطباء والممرضين وكذا قلة الوسائل التمريضية والطبية وقلة الأدوية، ومع ظهور الإتجاه الإجتماعي الجديد الذي يرى أنّ الرعاية الإجتماعية هي مسؤولية المجتمع وليست مسؤولية الكنيسة والمؤسسات الدينية الأخرى إتخذت تدابير من قبل السلطات المدنية والدولة ككل لتوفير المساعدات للمحتاجين ولذلك إفتتحت عدّة مستشفيات وأعيد إفتتاح ما كان مقفلا منها، وأخذت صفة (المأوى) وذلك لأنها تقدم الغذاء ومكان للنوم للفقراء بغض النظر عن حالتهم الصحية وقد كان القادرين على العمل من الذين يعيشون بالمستشفى دفع مصاريف إقامتهم، ويمكن أن يتم ذلك في صورة خدمة الآخرين من المرضى غير القادرين على الحركة والمحتاجين إلى مساعدة وقد كانت هذه المستشفيات تتلقى مساعدات مالية من خلال نظام الضرائب العامة التي تفرضها الدولة.

ومما سبق يتضح أنّ المستشفيات في هذا العصر صارت أقرب ما يكون إلى مراكز خدمات إجتماعية إيوائية للمرضى، حيث يجد المريض العاجز، وكبير السن، واليتيم، والذي

لا عائلة له والمريض النفسي مأوى يستقر به وبذلك يتم إزاحته أو نقله من الشارع ورعايته داخل المستشفى وتقديم جميع المساعدات¹.

المطلب الرابع: تاريخ المستشفيات

بعد عصر النهضة والإصلاح لم يتغير وضع وطبيعة المستشفى كثيرا وإنما التغير الواضح لها هو إكتشاف الأطباء أنّ بالمستشفيات العديد من المرضى والجرحى الذين لا قوة لهم، والذين يمكن دراسة حالتهم المرضية ويتم علاجهم وهذا بإختيار التقنيات وأنواع العلاج والأدوية الجديدة، ومع أنّ الأطباء في الواقع قد إرتبطوا بالمستشفيات منذ القرن الرابع عشر الميلادي، إلا أنّ تأثيرهم كان محدودا لأنهم لم يكونوا أعضاء دائمين فيها، بل أدوا خدماتهم على أساس التطوّع فقط أي تقديم يد العون للمرضى الفقراء والمحتاجين، أمّا في القرن السابع عشر فقد إستطاع الأطباء إحتكار المعرفة الطبية كمتخصصين والموجودة في تلك الفترة التاريخية، الأمر الذي مكنهم من أن يكونوا مستشارين في البداية للمستشفيات في أمور الرعاية والعناية بالمرضى داخل المستشفيات وهم الذين يقومون بعلاج المرضى وتقديم يد العون لهم وتشجيعهم على مقاومة المرض والشفاء.

ومع تطوّر وإزدياد تأثير الأطباء في إدارة المستشفيات تناقصت بالتدريج الوظائف الغير الطبية العلاجية للمستشفى، وفي بداية القرن التاسع عشر أخذت المستشفيات أدوارها المعروفة الآن وفي وقتنا الحاضر والمتمثلة في العناية والرعاية الطبية، والبحث الطّبي، وفي تعليم وتدريب طلاب الطب وهذا داخل المستشفيات الجامعية، ومع أنّ الكثيرون قد أدركوا منذ القرن الثامن عشر الوظيفة الأساسية للمستشفى وهي العلاج الطبي إلا أنّ المستوى البسيط البدائي للمعرفة الطبية والتقنية العلاجية لم تكن له نتائج إيجابية واسعة النطاق في علاج الأمراض، حيث أنّ الأطباء لم يستطيع وحتى المدربين منهم الوصول إلى نتائج ثابتة ومهمة، لذلك لم تكن لهم مركزا عاليا ومحترما لدى عامة الناس، وذلك لأنّ القليل من

¹ نفس المرجع السابق، ص 40.

المرضى قدر لهم الشفاء من أمراضهم بالرغم من الجهود الجبارة التي بذلها الأطباء وهذا ما جعل مستشفيات تلك الفترة تأخذ صفة المكان الذي يذهب إليه الفقراء لكي يموتوا، وذلك لأسباب عدّة نذكر منها قلّة النظافة وضعف التهوية وغالبا ما نجد أكثر من مريض في السرير الواحد، كما أنّ العمليات الجراحية كانت تتم في نفس جناح المرضى، والتي كانت تقتصر على بتر الأعضاء وعمليات التوليد، وتطهير الجروح، ونقل الموتى، كل هذا يتم في نفس القاعة التي يأكل وينام فيها المرضى ولتتصوروا مدى خطورة هذه الظاهرة الخطيرة بحيث نجد أنّ العديد من الأمراض كانت معدية ومع قلّة النظافة أو إنعدامها داخل قاعة العلاج فإنّ المكان حقا هو مكان للموت.¹

كما أنّ الأطباء والجراحين كذلك لم يهتموا حتى بأقل مقاييس النظافة إذ كانوا ينتقلون من سرير مريض إلى سرير آخر، ويعالجون مختلف الأمراض حتى المعدية منها بدون غسل وتطهير أيديهم، فلا عجب إذن أن ينظر الكثير من الناس إلى المستشفيات في تلك الفترة على أنّها أماكن يذهب إليها الفقراء فقط لكي يموتوا، منذ نهاية القرن التاسع عشر.

ظهرت فكرة جديدة أو مفهوما حديثا للمستشفيات كمؤسسة إجتماعية يذهب إليها الناس من مختلف فئات المجتمع للحصول على درجة عالية من العناية والرعاية الصحية وعلاج مختلف الأمراض وتخفيف الألام عن المرضى وهناك عدّة عوامل أحدثت تغييرا في مفهوم المستشفى ومن هذه العوامل نذكر: أنّ الطب أصبح علما وذلك بإتباعه المنهج العلمي للوصول إلى المعرفة الطبية الصحيحة، وعلى تطوير طرق ناجحة للعلاج يمكن إستعمالها بطريقة ثابتة، كما أنّ إختراع مواد التخدير لإجراء العمليات الجراحية بدون ألم لها أهمية خاصة في هذا التغيير.

إكتشاف وإستعمال المطهّرات والمبيدات الحشرية في المستشفيات للمساعدة على الحد من إنتشار العدوى، كما أنّه لم تصبح المستشفيات نظيفة وجيدة التهوية فقط، ولكن كذلك

¹ نفس المرجع السابق، ص 40-41.

أصبح يتم عزل المرضى الذين يعانون من أمراض معدية في أماكن خاصة، وصار من الواجب من العاملين بالمستشفى غسل أيديهم وتغيير ملابسهم بعد تعاملهم مع هؤلاء المرضى.¹

ظهور تحسينات على برامج تدريب العاملين بالمستشفيات ونوعياتهم وخاصة بعد دخول الممرضات المدربات المؤهلات وفي المختبرات والأشعة الذين تعتبر خدماتهم وخبراتهم المتخصصة عاملا مهما في مساعدة الأطباء على التشخيص والعلاج ، إن هذه الإجراءات لم تخفض فقط من أعداد الموتى من بين المرضى بالمستشفيات ، ولكنها إختصرت المدّة المطلوبة لشفاء المريض ، ومدّة بقائه بالمستشفى.²

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل السياسة الصحية في الجزائر إذ تناولنا فيه نشأة وتطور المستشفيات ، إضافة أن المستشفيات كمركز لممارسة الخدمة الدينية وكملجأ ، وكذلك ذكرنا تاريخ المستشفيات.

المبحث الثالث: مراحل السياسة الصحية في الجزائر

المطلب الأول: النظام الصحي في الفترة الإستعمارية

" كان الطب آنذاك عسكريًا موجّهًا لخدمة الجيش والجالية الأوروبية وإهتم بوقاية وعلاج المعمرين وكان علاجهم لبعض الجزائريين القاطنين بالقرب من الأوروبيين سوى من باب الوقاية من أثر العدوى وكاد الجزائريين يلجئون للعلاج وفق أساليب ثقافتهم والوسائل الذاتية للمجتمع حيث يؤدي المعالجون دورًا إجتماعيًا يقدمون من خلاله خدماتهم العلاجية. وقد لوحظ حدوث عدّة تغيرات تدريجية فيما يخص موقف الجزائريين إزاء الطب الفرنسي وكان ذلك قبل إندلاع الثورة الجزائرية بحيث عدد قليل من السكان أي 10/1 منهم من يستفيد وبصفة غير متساوية من البقايا الطبية والإجتماعية للنسق الصحي المعمول على

¹ نفس المرجع السابق، ص 41.

² نفس المرجع السابق، ص 42.

مقياس المعمرين ثم جاءت مرحلة الثورة التي ستسمح للجزائريين إستعادة هويتهم، وفيما بعد بدأت تظهر شيئا فشيئا هياكل لبلد منظم الدولة، الجيش، الدبلوماسية التي قامت بتهيئة ما يسمى فيما بعد بالنظام الصحي، وقد قاد التنظيم الصحي في تلك الفترة إلى بناء النظام الصحي الحالي.

المطلب الثاني: السياسة الصحية في الجزائر (1962-1965 م)

ورثت الجزائر سنة 1962 م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، وقسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.¹

لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الإستقلال إلى غاية منتصف السبعينات وما بعدها، تطورات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطيء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، وكذا بعملة من النصوص والفوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.

قبل سنة 1965 م لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدليا. أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات، وما ميّز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج

¹ د.نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر والتوزيع، للكتاب، الجزائر ديسمبر

مقارنة نسبة 1962م إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البيانات والهياكل التي خلفها الإستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الامراض الفتاكة والمعدية.

وكما رأينا سابقا، فإنّ الجزائر ورثت سنة 1962 م ، وضعية صحية لا يرثي لها نتيجة الظروف الإجتماعية والإقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة، ونقص التأطير خاصة في الميدان الطبي ونقص التغطية الصحية، مما خلق فوارق إجتماعية وجهوية كبيرة، بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية والبشرية، يضاف إليها المعوقات القانونية، بحيث أنّ إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها لم يكن إلاّ في سنة 1965 ، بعدما كانت مندمجة ضمن وزارات أخرى¹

المطلب الثالث: السياسة الصحية في الجزائر (1965-1979)

مع بداية المخطط الوطني من جهة، وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964م، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالدة عام 1966م، من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن شيء فشيء من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبّي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و 1969م.

وما ميّز هذه المرحلة التاريخية من حيث بناء الهياكل القاعدية هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979م، وهذا محاولة لإعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي، والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974 م.

¹ نفس المرجع السابق، ص 133

إذا كانت نسبة 37 % من السكان مزودة بالمياه الصالحة للشرب، كما أنّ نسبة 23 % لهم قنوات تصريف المياه القذرة، وإذا أخذنا بعين الاعتبار هذين العنصرين ندرك مباشرة النتائج التي تترتب عنهما خاصة في إنتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، وهو الشيء الذي كان سائدا في تلك المرحلة.¹

أمام هذه الأرقام المخيفة والخطيرة لم تقف الدولة موقف المتفرج بل أخذت مقاييس من أجل تنفيذ بعض البرامج التي سطرت بهذا الشأن والتي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل التكفل بالطب المجاني بالأطفال من طرف الدولة، سواء في إطار مراكز حماية الطفولة والأمومة أو في إطار الطب المدرسي، كما صدر في هذه الأثناء المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 9 جويلية سنة 1969م، والقاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها، وهذه تعتبر خطوة إيجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية، كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الأفات الإجتماعية مثل مرض السل.

ليصبح علاجه مجاني ونفس الشيء بالنسبة لمرض الشلل، وسوء التغذية كما تم كذلك اللجوء إلى عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الطفولة والأمومة.

وتميز هذه المرحلة التاريخية كذلك بداية الحملات الوطنية للتلقيح B.C.G (1969-1970) وكذا التلقيح ضد الشلل، ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية، وذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية OMS كما ضمت هذه المقاييس مكافحة مرض الرمد، والإعلان عنه² إجباريا بالإضافة إلى برنامج الحماية من حوادث العمل ووضع لجان النظافة والوقاية من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، فنجد تمركز الموارد البشرية والشبه طبية والهيكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه ريفية، هذه

¹ نفس المرجع السابق ، ص 135-136.

² نفس المرجع السابق، ص 136.

الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض.

ولقد كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني، كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها إرتباط وثيق بالمشكلات الإجتماعية والإقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني، وإنطلاقاً من ذلك أصبحت العلاجات مهمّة وطنية يستوجب إتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك¹.

المطلب الرابع: السياسة الصحية في الجزائر (1979-2007 م)

" إعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الإقتصادية والإجتماعية، وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على ما يلي:

- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976.²
- إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأدوار ليست فقط وزارة الصحة، وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.
- البطاقة الصحية كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.

¹ نفس المرجع السابق ، ص 137.

² نفس المرجع السابق ، ص 150.

- التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.
- جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية ونجاعة.
- بالإضافة إلى إعادة النظر في جملة المشكلات المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين من أجور ونقل وتكوين وغيرها.
- ونواصل دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهمية وذلك في مرحلتي الثمانيات وبداية التسعينات، وما نسجله في هذه¹ المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986م، وهي المراكز الإستشفائية الجامعية، وكذا المنشور الوزاري سنة 1995م، والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي.

بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة بالتكفل بالوقاية والبحث وبالمعوزين أمّا باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الإجتماعي، هذا الأخير النظام أو النهج التعاقدى الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997، للوصول بعد الدراسة إلى النتائج النهائية التي سوف تطبق بحلول سنة 2000، لكف الدراسة لم تتوصل إلى غايتها، كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997م، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الإستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الإستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى

¹ نفس المرجع السابق ص 150-151.

العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن التي سنعود لها ببعض التفصيل لاحقاً، كما عرفت هذه المرحلة تطورا عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين.¹

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل مراحل السياسة الصحية في الجزائر إذ تناولنا فيه النظام الصحي في الفترة الإستعمارية وكذلك ذكرنا السياسة الصحية في الجزائر التي مرت بعدة مراحل.

¹ نفس المرجع السابق ص 152-153.

الفصل الرابع: الجانب الميداني

المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد :

من خلال ما قدمناه في الفصل المنهجي و النظري توصلنا إلى الفصل الميداني و هو الفصل التطبيقي لدراستنا و تطبيقها في الميدان من خلال إستخدامنا للإستمارة في بحثنا من أجل إبراز و إيضاح دراستنا و تحليلها كما إختارنا العينة المناسبة و المنهج المناسب و تطرقنا إلى تحليل نتائج فرضياتنا و التوصل إلى النتائج العامة.

مجالات الدراسة

الإطار الزمني :

كانت بداية بحثنا بالدراسة الإستطلاعية في الفترة الممتدة من 08 مارس إلى غاية 13 مارس 2020 و من خلال هذه الدراسة الإستطلاعية إستطعنا التعرف على جوانب الموضوع المختلفة و حددنا مسار دراستنا من خلال الإشكالية و الفرضيات و كذلك معرفة المجال الزمني و المكاني لها كما أننا في هذه المرحلة قمنا بتوزيع الإستمارات على بعض الأطباء و الممرضين بالإضافة إلى بعض حراس الأمن و بعد الإنتهاء من ملأ الإستمارات من قبل المبحوثين و هذا بعد موافقة مديرية الصحة بخميس مليانة توجهنا مرفوقين بدليل الإستبيان محددًا لما جاء في الفرضيات و قد إمتدت الدراسة الميدانية من تاريخ 08 مارس إلى 13 مارس 2020.

الإطار المكاني :

أجريت هذه الدراسة بمستشفى الأطرش أحمد بخميس مليانة ولاية عين الدفلى ، تقع المؤسسة الإستشفائية الأطرش أحمد بخميس مليانة و هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري

تتمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلالية المالية تم إنشائها بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسة العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها، تم تصنيفها في الصنف "ب" بموجب قرار وزاري مشترك المؤرخ في 15-01-2012 تقدر مساحة المؤسسة بـ 44840 م² تصل سعتها بـ 196 سرير و قد بدأ العمل رسميا فيها في أكتوبر 1984، تقدر التغطية الصحية بـ 11 بلدية و 4 دوائر بمقدار 257958 نسمة.

مجتمع البحث و العينة :

تعرف على أنها جزء من مجتمع الدراسة الذي يتم جمع هذه البيانات الميدانية منه و هي تعتبر كجزء (معين أو نسبة معينة) من الكل بمعنى أنه تأخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة لمجتمع البحث فالعينة هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله.

إذن فالعينة هي الجزء الذي يختاره الباحث وفق طرق محددة لتمثل مجتمع البحث تمثيلا علميا سليما و لقد تناولنا في موضوع بحثنا أسباب تصنيف مستخدمي المؤسسة الإستشفائية العينة القصدية أو المقصودة هي عينة غنية بالمعلومات من أجل الدراسات المعمقة للظاهرة.

و قد أجريت هذه الدراسة خلال الموسم 2019-2020 و تشير في هذا الإطار إلى العينة التي إعتدنا عليها و التي تشمل 50 مبحوث من مستخدمي المؤسسة الإستشفائية.

منهج الدراسة :

يرتبط المنهج بطبيعة الدراسة فإذا كانت الدراسة فإذا كانت الدراسة تحاول التعرف على أسباب تصنيف مستخدمي المؤسسة الإستشفائية فإن على هذا النحو تعنى بدراسة الحقائق

الراهنة و المتعلقة بطبيعة الموضوع فإنه من هذا المنطلق يكون المنهج و صفي أكثر ملائمة للدراسة النظرية و الميدانية معا.

لذلك إستخدمنا المنهج الوصفي في دراستنا هذه لأنه يصف لنا ظاهرة العنف داخل المستشفيات كما قمنا بإستخدام المنهج الوصفي التحليلي و الذي يسمح لنا بقراءة الجداول قراءة سوسولوجية و كذلك القيام بتحليل معطياتها و دراسة الظاهرة ووصفها وصفا دقيقا كليا و كيفيا .

و "يعرف المنهج الوصفي على أنه الطريقة المنظمة لدراسة حقائق راهنة متعلقة بالظاهرة أو موقف أفراد أحداث أو أوضاع معينة"¹.

أدوات البحث

تقنية الإستمارة:

إعتمدنا في دراستنا المتمثلة في العنف ضد مستخدمي المؤسسة الإستشفائية على تقنية الإستمارة من أجل جمع المعلومات حول الموضوع المدروس، حيث تعرف التقنية على انها مجموعة من الأسئلة التي يطرحها الباحث على المبحوثين وفق توقعاته للموضوع و تكون الإجابة حسب توقعات الباحث التي صاغها في إستفسارات محددة.

فالإستمارة " هي نوع من الشكل و التنظيم و التي من خلالها يستعد الباحث إلى معرفة موقف أو حكم أو تقييم للموضوع من طرف المبحوثين"²

و قد إشتملت الإستمارة على ثلاثة محاور و هي كالتالي:

¹-الحساء لومي دور الثقافة الجماهيرية في تشكيل هوية الشباب الجامعي ، مذكرة دكتوراه جامعية محمد خيضر ، بسكرة نموذج ، 2016/2017.

² -نادية سعيد عيشور ، مؤسسة راسي الجيل للنشر و التوزيع عمارة برقم 3 بقسنطينة ، الجزائر، السداسي الأول ، 2017 ، ص 218.

المحور الأول : يتضمن البيانات الشخصية للمبحوث مثل الجنس، السن، المستوى التعليمي... الخ.

المحور الثاني: يتضمن أسئلة مرتبطة بظروف العمل داخل المستشفيات العمومية.

المحور الثالث: يتضمن أسئلة مرتبطة بكثرة توافد المرضى للمستشفيات و الشعور بالضعف أثناء العمل و دورها في التصنيف.

المبحث الثاني: تحليل المعطيات حسب الفرضيات

المطلب الأول: تحليل الجداول حسب الفرضية 1

جداول 01: يمثل توزيع المبحوثين حسب السن .

السن	التكرار	النسبة %
30-20	23	46%
38-31	11	22%
46-39	6	12%
54-47	10	20%
المجموع	50	100%

نلاحظ من خلال الجدول أن أكبر فئة أفراد العينة سنهم يتراوح ما بين 30-23 بنسبة

46% من المجموع العام، ثم تليها فئة يتراوح أعمارهم ما بين 38-31 بنسبة 22%

بالإضافة إلى فئة أخرى يتراوح أعمارهم ما بين 54-47 بنسبة 20% ثم تليها فئة يتراوح

أعمارهم ما بين 46-39 بنسبة 12% من المجموع العام.

نستنتج من خلال معطيات الجدول (النسب) أن الفئة الأكثر إقبالا على هذه المهنة هم

الفئة التي يتراوح أعمارهم ما بين 30-23 سنة .

جدول رقم 02 : يمثل توزيع المبحوثين حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة %
ذكور	13	%26
إناث	37	%74
المجموع	50	%100

نلاحظ من خلال معطيات الجدول (النسب) أن أغلبية أفراد العينة هم من فئة الإناث بنسبة 74% من المجموع العام، تليها نسبة 26% من المجموع العام تمثل فئة الذكور . نستنتج من خلال معطيات الجدول (النسب) أن الفئة الأكثر إقبالا للمهن الخاصة بالقطاع الصحي هي فئة الإناث.

جدول رقم 03: يمثل توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة %
متوسط	0	0
ثانوي	4	%8
جامعي	46	%92
المجموع	50	%100

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن أغلبية أفراد العينة ذا مستوى تعليمي جامعي يقدر بنسبة 92% من المجموع العام تمثل مستوى تعليمي ثانوي.

نستنتج من معطيات الجدول (النسب) أن أغلبية المبحوثين ذا مستوى تعليمي جامعي .

جدول رقم 04: يمثل توزيع المبحوثين حسب المهنة .

المهنة	التكرار	النسبة %
طبيب	3	6%
ممرض	32	64%
مهنة أخرى	15	30%
المجموع	50	100%

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن المهنة الأكثر توجها لها من قبل أفراد العينة هي مهنة التمريض بنسبة 64 % من المجموع العام ، ثم تليها نسبة 30% من المجموع العام تمثل المهن الأخرى، بالإضافة إلى نسبة 6 % التي تمثل مهنة الأطباء.

جدول رقم 05: يمثل توزيع المبحوثين حسب الإقامة .

الإقامة	التكرار	النسبة %
الريف	10	20%
المدينة	40	80%
المجموع	50	100%

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن أغلبية المبحوثين مكان إقامتهم المدينة بنسبة 80 % من المجموع العام ، ثم تليها نسبة 20% من المجموع العام تمثل الفئة التي مكان إقامتها الريف.

نستنتج من خلال المعطيات أن معظم أفراد العينة يقيمون في المدينة بالإضافة إلى فئة قليلة يقيمون في الريف .

جدول رقم 06: يمثل توزيع المبحوثين حسب الحالة الإجتماعية .

النسبة %	التكرار	الحالة الإجتماعية
66%	34	متزوج(ة)
34%	16	أعزب(ة)
100%	50	المجموع

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن أغلبية أفراد العينة متزوجون بنسبة 66% من المجموع العام ، ثم تليها نسبة 34% من المجموع الكلي غير متزوجين .

نستنتج من خلال معطيات الجدول أن أغلبية المبحوثين حالتهم الإجتماعية متزوجين إضافة إلى فئة قليلة دون زواج .

جدول رقم 07 : يمثل توزيع المبحوثين حسب نوع السكن .

النسبة %	التكرار	نوع السكن
20%	10	فيلا
74%	37	شقة
6%	03	بيت قصديري
100%	50	المجموع

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن أغلبية المبحوثين نوع سكنهم شقة بنسبة 74% من المجموع العام، تليها نسبة 20% من المجموع العام تمثل المبحوثين الذين مكان سكنهم فيلا بالإضافة إلى نسبة 6 % من المجموع العام التي تمثل المبحوثين الذين يمكنون في بيوت قصديرية .

نستنتج من خلال معطيات الجدول أن غالبية أفراد العينة أفراد العينة يمكنون في شقة ، إضافة إلى فئة قليلة يسكنون في فيلات و بيوت قصديرية .

المطلب الثاني: تحليل الجداول حسب الفرضية 2

الجدول رقم 08: يمثل توزيع المبحوثين حسب ظروف العمل داخل المستشفى .

ظروف العمل داخل المستشفى	التكرار	النسبة%
جيدة	2	4%
عادية	20	40%
سيئة	28	56%
المجموع	50	100%

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن فئة كبيرة من المبحوثين يؤكدون على أن ظروف العمل داخل المستشفيات هي ظروف سيئة يقدرها بنسبة 56% من المجموع العام ، إضافة إلى نسبة 40% من المجموع العام تمثل المبحوثين الذين يرون أن ظروف العمل عادية ، تليها نسبة 4% التي تمثل الذين يرون أن ظروف العمل ظروف جيدة .

نستنتج من معطيات الجدول أن نسبة كبيرة من المبحوثين يرون أن ظروف العمل داخل المستشفيات هي ظروف سيئة إضافة إلى وجود فئة من المبحوثين الذين يرون أن ظروف العمل عادية و فئة قليلة تليها ترى أن ظروف العمل هي ظروف جيدة .

جدول رقم 09: يمثل توزيع المبحوثين الأكثر تعرضاً للعنف.

الفئة الأكثر تعرضاً للعنف	التكرار	النسبة%
الأطباء	08	16%
المرضى	32	64%
الحراس	10	20%
المجموع	50	100%

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن فئة كبيرة من المبحوثين تعرضوا للعنف هم فئة المرضيين بنسبة 64% من المجموع العام، تليها نسبة 20% من المجموع العام تمثل فئة الحراس إضافة إلى نسبة 16% من المجموع العام التي تمثل فئة الأطباء .

نستنتج من خلال معطيات الجدول أن نسبة كبيرة من المبحوثين يتعرضون للعنف هم فئة المرضيين ثم تليها فئة الحراس و أخيرا نسبة ضئيلة لفئة الأطباء.

الإستنتاج العام للدراسة:

من خلال الدراسة الميدانية توصلنا إلى النتائج التالية:

- معظم المستخدمين الذين تعرضوا للعنف هم تحت سن الثلاثين.
- الإناث أكثر تعرضا للعنف من الذكور.
- عدم توفر الأمن داخل المؤسسات الاستشفائية يساهم في زيادة نسب العنف.
- غالبية مستخدمي المؤسسات الاستشفائية الذين تعرضوا للعنف هم من سكان المدن.
- غالبية مستخدمي المؤسسات الاستشفائية الذين تعرضوا للعنف هم من المتزوجين
- المرضيين في المؤسسات الاستشفائية هم أكثر الفئات تعرضا للعنف.
- الظروف المهنية السيئة والضغوطات تساهم بنسب كبيرة في زيادة العنف داخل المؤسسات الاستشفائية.

خاتمة:

إن هذه الدراسة التي كانت محورا لإهتمامنا تضمنت العنف ضد مستخدمي المؤسسة الإستشفائية العمومية التي كانت كبداية أولى لفهم هذه الظاهرة التي إنتشرت عبر كثير من دول العالم.

لقد حاولنا في هذه الدراسة بداية بطرح مشكلة العنف ضد الكوادر الطبية في المستشفيات العمومية ، حيث أصبحت هذه الظاهرة منتشرة مما أدت إلى التأثير على الحياة العملية لمستخدمي المؤسسة الإستشفائية ، كما إتجهنا في فصول الدراسة إلى ضبط المفاهيم المتعلقة بالعنف .و كذلك السياسة الإستشفائية في الجزائر عبر مراحلها بالإضافة إلى النظريات المفسرة للعنف.

و في الفصل الأخير تطرقنا إلى نتائج الدراسة التي بينت أن ظاهرة العنف في المستشفيات العمومية الجزائرية هي ظاهرة تفتت و توسعت بصفة كبيرة و أصبحت تعيق الحياة العملية لمستخدمي المؤسسات الاستشفائية.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

- 1- أمل سالم، العنف ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي، دار اليازوري، الأردن، 2009.
- 2- ابن منظور، لسان العرب، دار العرب للنشر والتوزيع، عمان، 2001.
- 3- بوفلجة غيات، ظاهرة العنف أسبابها وطرق التعامل معها، مخبر البحث في علم النفس وعلوم التربية، وهران، 2008.
- 4- جمال معتوق، مدخل إلى سوسيولوجي العنف، دار مرابط، الجزائر، 2011.
- 5- تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، شارع الملك حسين، الطبعة العربية، 2005.
- 6- حنان عبد الله عنقاوي، التلفزيون والعنف، دار لنهضة العربية، القاهرة، 2002.
- 7- محمد سيد فهمي، العنف الأسري التحديات وآليات المعالجة، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2016.
- 8- مدحت مطر، تنامي ظاهرة العنف في المجتمع وعلاجها، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2013.
- 9- معتز سيد عبد الله، العنف في الحياة الجامعية أسبابه ومظاهره وحلول المقترحة لمعالجته، مركز البحوث والدراسات النفسية، القاهرة، 2007.
- 10- محمد سيد فهمي، العنف الأسري التحديات وآليات المعالجة، المكتب الجامعي، الإسكندرية، 2016.
- 11- كاظم الشيب، العنف الأسري، المركز الثنائي العربي، المغرب، 2007.
- 12- محمد الطنبور، العنف الجامعي، دار مجد للنشر والتوزيع، عمان، 2016.
- 13- مرحت مطر، تنامي ظاهرة العنف في المجتمع وعلاجها، دار اليازوري، عمان، العلمية للنشر والتوزيع 2013.

- 14- كاظم الشبيب، العنف الأسري قراءة في الظاهرة من أجل مجتمع سليم، المركز الثقافي العربي المغرب، 2007.
- 15- معين خليل العمر، علم إجتماع العنف، دار الشروق، للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.
- 16- مجدى أحمد محمود، العوامل المجتمعية للعنف في بعض مدارس القاهرة الكبرى، مجلة الدراسات التربوية والإجتماعية ، العدد الثالث والرابع ، المجلد الثاني، 1996.
- 17- محمود أبوزيد، المعجم في علم الإجرام والإجتماع القانوني والعقاب، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- 18- علي اسعد، بنية السلطة وإشكالية التسلط التربوي في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان، 1999.
- 19- معتز سيد عبد الله، العنف في الحياة الجامعية أسبابه ومظاهره والحلول المقترحة لمعالجته، مركز البحوث والدراسات النفسية، القاهرة ، 2007.
- 20- محمد عوض الترتوري وآخرون، علم الإرهاب: الاسس الفكرية والنفسية والإجتماعية والتربوية لدراسة الإرهاب، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
- 21- روبين حصين، معجم علم النفس، دار النقائص، بيروت 2009.
- 22- هبة محمد علي حسين، الإساءة للمرأة، مكتبة الأنجل المصرية ، القاهرة ، 2003.
- 23- حطب زهير وآخرون، السلطة الأبوية والشباب، معهد الإنتماء العربي، دون تاريخ.
- 24- عبد الناصر حريز، الإرهاب السياسي دراسة تحليلية، مكتبة مدبولي، القاهرة دون سنة
- 25- سامية قذري، مظاهر العنف المصاحبة لعمالة الأطفال، دراسة إتلاعية، المؤتمرات السنوي الرابع: الأبعاد الإجتماعية للعنف في المنهج المصري، المركز القومي للبحوث الإجتماعية ، مجلد 802.777 ، القاهرة، 2002.
- 26- رشدي شحاتة أبو زيد ، العنف ضد المرأة وكيفية مواجهته، دار الوفاء لدينا الطابعة والنشر، الإسكندرية، 2008.

2- المراجع باللغة الأجنبية

Vves Michaux, la valeur collection, que sais je ? edition p.u.f ,
paris, 1986

3- الرسائل والأطروحات

- 1- عيساوي وهيبية، تأثير ظروف العمل على أداء السلك شبه طبي في المؤسسات الإستشفائية، دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية علي بوسحابة، خنشلة، مذكرة لنيل شهادة الماستر عن بعد، تخصص علم إجتماع المنظمة وتنمية الموارد البشرية، شعبة علم إجتماع ، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة البلدية 02، سنة 2017-2018.
- 2- الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دراسة مقارنة - الجزائر - فرنسا، ملحق بإجتهد القضاء الجزائري والفرنسي في مجال مسؤولية الأطباء وكذا القوانين الأساسية المنظمة للنشاط الطبي والعلاجي في إطار المرفق الصحي العام ، دار هرمة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2008.
- 3- زعيد فاطمة، العنف في المؤسسات الإستشفائية، دراسة سوسيلوجية بمستشفى حمومكور، بولاية عين الدفلى، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه، في علم الإجتماع والديموغرافيا، تخصص علم إجتماع العنف وعلم العقاب ، جامعة البلدية 02 ، 2015-2016.
- 4- تدبيرات عبد النور، العنف ضد النساء الحوامل من طرف القابلات في المستشفيات الجزائرية، مذكرة ماجيستر تخصص علم الإجتماع جريمة وإنحراف، شعبة علم إجتماع، قسم علم الإجتماع والديموغرافيا، جامعة البلدية 2 فيفري 2014.

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجبالي بونعامة- خميس مليانة -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

استمارة بحث حول موضوع

**العنف الموجه ضد مستخدمي المؤسسات
الاستشفائية العمومية**

في خانة الإجابة التي تناسبك، ضع علامة

رسالة تطمين:

نرجو من سيادتكم ملاءمة هذه الاستمارة كاملة وفي كل الأجوبة المقترحة والتي تدرج في إطار تحفيز مذكرة لنيل شهادة ماستر ونعلمكم أن الإجابات المقدمة لا نستخدمها إلا لغرض البحث العلمي.

السنة الدراسية: 2019-2020.

المحور الأول:

- 1-الجنس: ذكر أنثى
- 2-السن: 30 سنة
- 3-المستوى التعليمي: متوسط ثانوي جامعي
- 4-المهنة: طبيب ممرض أخرى حدد
- 5-إقامة: ريف مدينة
- 6-الحالة لاجتماعية: متزوج أعزب
- 7-نوع السكن: فيلا شقة بيت قصديري
- 8-عدد سنوات العمل: 5 سنوات

المحور الثاني:

- 9-كيف ترى ظروف العمل داخل المستشفى
- جيدة عادية سيئة
- 10- في حالة السيئة ما هو السبب؟.....
- 11- هل تشعر بالأمن أثناء العمل داخل المستشفى: نعم لا
- 12- في حالة لا ما هو سبب عدم شعورك بالأمن غياب الوعي والمسؤولية لدى الشعب.
- 13- هل سبق لك وأن تعرضت للعنف من طرف أحد المرضى أو مرافقيهم
- نعم لا .
- 14- في حالة نعم ما هي طبيعة العنف:
- الاعتداء بالضرب السب والشتم آخر حدد.....

15- في حالة نعم من قام بالعنف

مرضى مرافقيهم زملاء بالمستشفى آخر حدد.....

16- في حالة نعم ما هو الوقت الذي حدث فيه العنف

النهار الليل نهاية الأسبوع آخر حدد.....

17- في رأيك هل يوجد أمن داخل المستشفى نعم لا

18- هل وجود أعوان الأمن كاف لحماية مستخدمي المستشفى من العنف:

نعم لا

19- هل سبق لك وأن فكرت في تغيير المهنة: نعم لا

20- في حالة نعم ما هو السبب.....

21- هل سبق لك وأن فكرت في تغيير مكان العمل: نعم لا

22- في حالة نعم ما هو السبب.....

المحور الثالث:

23- هل ترى أن كثرة توافد المرضى يصعب عليك العمل: نعم لا

24- هل تشعر بالضغط أثناء العمل: نعم لا

25- في حالة تعرضك إلى موقف استفزازي من طرف المريض هل تكون رد فعلك؟

الرد على الإهانة الصمت معالجة الموقف

26- ما هي الفئة الأكثر تعرضا للعنف؟

الأطباء الممرضين الحراس

27- حسب رأيك هل لطبيعة تعامل الأطباء والممرضين والحراس مع المرضى داخل

المؤسسات دور في ممارسة العنف ضدهم: نعم لا

28- في رأيك ما سبب مشكلات العنف الممارس ضد العاملين في المؤسسات

الاستشفائية؟

الضغط سوء التعامل مع المرضى عدم احترام المرضى للمرضين
والأطباء.

29- ماهي الاقتراحات التي يمكن أن تقدمها للتقليل من مشكلة العنف داخل

المؤسسات الاستشفائية؟

.....

.....

.....