



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة آكلي محند أولحاج بالبوية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع

الموضوع:

ظاهرة العنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض
في مصلحة الإستعجالات

"دراسة لحالة مصلحة الإستعجالات لمستشفى محمد بوضياف

-البوية-

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات نيل شهادة الماستر

-إشراف: الدكتور زعاف خالد

- الطالب: رباح أمير

السنة الجامعية: 2021-2022

إهداء

أهدي هذا العمل إلى من قال فيهما

"وَخَفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي

صَغِيرًا" سورة الإسراء الآية 24. "

{إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله وأطال في عمرهما}

{إلى أخي

{إلى من رفعوا رايات العلم والتعليم}

{أساتذتي الأفاضل}

إهداء خاص

قال الله تعالى {وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ} سورة يوسف آية 76.

وقال رسول الله صلي الله عليه وسلم: "من صنع إليكم معروفاً فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئونه به فادعوا له حتى تروا أنكم كافأتموه).... "رواه أبو داوود

وأنتي ثناء حسنا و وفاءً وتقديراً وإِعترافاً مني بالجميل، أن أتقدم بجزيل الشكر لأولئك المخلصين الذين لم يبخلوا جهداً في مساعدتي والتكوين في مجال البحث العلمي كل من :

د. معطي موسى و د. سمير الصغير.

وأخص بالذكر أن أتقدم بجزيل الشكر " للذي رافقني ووجهني لسنوات وتكونت على يديه الدكتور زعاف خالد ولا أنسى جميل معروفي وإكرامه وصحبته ودوام الصحة والعافية عليه وعلى أهله.

مسك توطن في الأنحاء وانتسبا

أضفى على الروض إبداعا ولاعجبا

أهل المعارف من فازوا بتكرمه

عند الإله كانوا الودق والسُّحبا

أهدوا القلوب من التنوير ما وجبا

أشعلت روحك في الآفاق مصباحا

ورحت توقد في الأبدان مفتخرا

✓ الملخص

هدفت الدراسة إلى معرفة الأسباب التي تؤدي بالعنف ضد الممرضين من قبل مرافق المريض في مصلحة الإستعجالات، بناء على الفرضيتين الآتيتين:

1- العنف الذي يمارسه مرافق المريض ضد الممرضين داخل مصلحة الإستعجالات هو سلوك متعلم.

2- لضعف الضبط الإجتماعي دور في ظهور العنف ضد الممرضين من قبل مرافق المريض داخل مصلحة الإستعجالات.

حيث تم الإعتماد على أسلوب المسح الشامل على مجتمع بحثنا، وإعتمدنا في الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وذلك باستعمال الإستبيان لجمع البيانات من المبحوثين حيث قسمت الدراسة إلى جانب منهجي وجانب تطبيقي الذي تم فيه التحقق من صحة الفرضيات.

بحيث تطرقنا في الفصل الأول إلى الإطار المنهجي للدراسة وتطرقنا فيه إلى أسباب وأهمية وأهداف الدراسة، طرحنا فيه الإشكالية والفروض، وعرضنا فيه الدراسات السابقة والمقاربة السوسولوجية، كما أن الفصل الثاني إحتوى على سوسولوجيا العنف في المؤسسات الطبية، بينما الفصل الثالث كان بعنوان سوسولوجيا الصحة والأخطاء الطبية في القطاع الإستشفائي، وكذلك الفصل المتعلق بالجانب الميداني للدراسة.

Summary

The study aimed to find out the reasons that lead to violence against nurses by the patient's companion in the interest of urgency, based on the following two hypotheses:

-1- The violence practiced by the patient's attendant against the nurses within the emergency department is an educated behavior.

-2- The weakness of social control plays a role in the emergence of violence against nurses by the patient's attendant within the Urgent Care Service.

Where the comprehensive survey method was relied on our research community, and we relied in the study on the descriptive analytical approach, using the questionnaire to collect data from the respondents, where the study was divided into a methodological side and an applied side in which the hypotheses were verified.

So that in the first chapter we discussed the methodological framework of the study and discussed the reasons, importance and objectives of the study, in which we raised the problem and assumptions, and presented previous studies and the sociological approach, and the second chapter contained the sociology of violence in medical institutions, while the third chapter was titled Sociology of Health and Medical Errors In the hospital sector, as well as the chapter on the field side of the study.

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	قائمة المحتويات
I	الشكر والعرهان
II	إهداء
III	ملخص الدراسة
IV	فهرس المحتويات
VII	قائمة الجداول
VII	قائمة الأشكال
1	مقدمة
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
4	- أسباب الدراسة
4	- أهمية الدراسة
4	-أهداف الدراسة
5	-الإشكالية
6	-الأسئلة الفرعية
7	-الفرضيات
7	-تحديد المفاهيم
9	-المقاربة النظرية
18	-الدراسات السابقة
23	- صعوبات الدراسة
الفصل الثاني: سوسولوجيا العنف في المؤسسات الطبية	
26	تمهيد
27	المبحث الأول: ماهية العنف

27	المطلب الأول: معنى العنف
29	المطلب الثاني: أنواع العنف
31	المطلب الثالث: أسباب العنف
35	المبحث الثاني: سوسيولوجيا الضحية
35	المطلب الأول: تعريف الضحية
36	المطلب الثاني: خصائص الضحية
40	المطلب الثالث: نظريات المفسرة للضحية
43	خلاصة الفصل الثاني
الفصل الثالث: سوسيولوجيا الصحة والأخطاء الطبية في القطاع الإستشفائي	
46	تمهيد
47	المبحث الأول: سوسيولوجيا الصحة
47	المطلب الأول: نشأة علم الاجتماع الطبي
51	المطلب الثاني: النظام الصحي الحديث
53	المطلب الثالث: صور الخطأ الطبي
57	المطلب الرابع: الثقافة الصحية والعلاقة بين الطبيب والمريض
59	المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر
59	المطلب الأول: التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية
67	المطلب الثاني: واقع السياسة الصحية في الجزائر
71	المطلب الثالث: مشاكل القطاع الصحي في الجزائر
77	خلاصة الفصل
الباب الثاني: الدراسة الميدانية	
الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة	
80	المبحث الأول: مجال ومجتمع الدراسة
80	المطلب الأول: التعريف بمجال الدراسة
82	المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة
83	المطلب الثالث: الدراسة الإستطلاعية
86	المبحث الثاني: منهج وأدوات جمع البيانات

86	المطلب الأول: منهج الدراسة
86	المطلب الثاني: أدوات جمع البيانات
الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها	
91	المبحث الأول: تحليل النتائج الأولية للبيانات الشخصية
95	المبحث الثاني: عرض نتائج وتحليل الجداول بالنسبة للفرضية الأولى
111	المبحث الثالث: عرض نتائج وتحليل الجداول بالنسبة للفرضية الثانية
125	الإستنتاج العام
127	التوصيات والإقتراحات
129	الخاتمة
قائمة المراجع	
الملاحق	

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	رقم الجدول
65	جدول يمثل تطور مؤشرات الصحة في مرحلة (1974-1989)	1
67	جدول يمثل تطور مؤشرات الصحة في مرحلة (1991-1998)	2
91	جدول يمثل توزيع العينة حسب الجنس	3
92	جدول يمثل توزيع العينة حسب السن	4
93	جدول يمثل توزيع العينة حسب المستوى التعليمي	5
94	جدول يمثل توزيع العينة حسب المهنة	6
95	جدول يمثل نسبة العنف المتكررة على الممرضين.	7
96	جدول يمثل نوع العنف الممارس على الممرضين	8
97	جدول يمثل درجة علاقة العنف بنظام العمل.	9
98	جدول يمثل الفئة التي تمارس العنف على الممرضين	10
99	جدول يمثل الفترات الزمنية التي يمارس فيها العنف على الممرضين.	11
101	جدول يبين الحالات التي يقبلون عليها لمصلحة الإستعجالات	12
102	جدول يمثل علاقة كثرة المرضى بظاهرة العنف	13
103	جدول يمثل الفئة العمرية التي تمارس العنف على الممرضين.	14
105	جدول يمثل علاقة كثرة الزوار بالضغوطات على الممرضين	15
106	جدول يمثل العلاقة بين الجنس ونوع العنف الممارس عليه	16
108	جدول يمثل العلاقة بين نظام العمل مع أوقات التي يكثر فيها العنف	17

111	جدول يبين العلاقة بين قلة أعوان الأمن وظهور العنف	18
112	جدول يبين نسب إجابات الممرضين حول إستهتار المعتدين بالنظام الداخلي	19
113	جدول يبين أن السماح لبعض المعتدين دون عقاب تتكرر سلوكياتهم	20
114	جدول يبين إن كان العنف يتكرر كل سنة	21
115	جدول يمثل أراء المبحوثين حول توفر شروط العمل في مصلحة الإستعجالات	22
117	جدول أراء المبحوثين حول غلق الباب الرئيسي لمصلحة الإستعجالات وإجبارية مرافق مريض واحد للحد من ظاهرة العنف	23
118	جدول يمثل إن كان للجنس والعمر علاقة بالعنف	24
119	جدول يبين أراء المبحوثين حول تفعيل العقاب المعنوي والمادي كوسيلة للحد من ظاهرة العنف	25
120	جدول يمثل مدى رضى الممرضين حول التنظيم الهيكلي	26
121	جدول يمثل العلاقة بين قلة أعوان الأمن وزيادة نسبة العنف	27
123	جدول يبين العلاقة بين التنظيم الهيكلي لمصلحة الإستعجالات وبين نسبة تزايد العنف في كل سنة.	28

مقدمة

مقدمة:

تعد المؤسسات الإستشفائية والصحية منظومة إجتماعية قائمة بذاتها، وتعد من أهم الأنساق الاجتماعية، فكون هنالك مؤسسات عمومية ذات طابع إجتماعي، فالمرضى يقبلون عليها خاصة مصالح الإستعجالات التي تقوم بدورها الوظيفي كما ينبغي، فالمرضى ومرافقيهم يقبلون عليها لأجل العلاج وزيارة أقاربهم، و العمل في هذا النسق ولأجل تحقيق وتوصيل هذه المؤسسات إلى المستوى الذي يرضي الجميع من تقديم لأجود الخدمات الإستشفائية بدون مشاكل ونزاعات ومضايقات بين الأطقم الطبية ككل من طبيب وممرض وأعوان الأمن وغيرهم وبين المرضى ومرافقيهم يتطلب جهد ونظام عمل صارم.

فلقد إزدادت في السنوات الأخيرة وخاصة في مرحلة نقشي وباء كورونا ظاهرة العنف والإعتداءات اللفظية وحتى الجسدية على الأطقم الطبية وداخل مكاتبهم وخاصة الممرضين، ومن من يصل إلى حد الإنتقام من الأطباء الذين وقعوا في الأخطاء الطبية، وتمثلت في إنتشار صور وفيديوهات للعنف والضرب والسب والشتم داخل مصالح الإستعجالات، إذ أن هذه النزاعات والصراعات تكون بين مرافقي المرضى والممرضين، ويرجع هذه الإعتداءات إلى الأعداد الهائلة التي تأتي إلى المصلحة الإستعجالية، فكون هذه المؤسسات تعاني من عدة نقائص هيكلية وتنظيمية على مستوى تلك المصلحة وكون هنالك رداءة في بعض الأجهزة الإستشفائية التي لا تلبي ولا توفر الحاجات في علاج المرضى ولا تلبي الطلبات الصحية لهم، وبعض صور وجود حفريات في الجدران والأسقف تجعل من مرافق المريض ينزعج ويعتقد بأن هنالك لامبالاة من قبل إدارة المستشفى.

تشكل ظاهرة العنف على المستوى المؤسسات الإستشفائية وخاصة مصالح الإستعجالات هي تحصيل حاصل من عدم مبالاة القائمين على المؤسسة، فكان من الضروري أن لهكذا نوع من المؤسسات يجب رفع مستوى الخدمات الصحية فكون صحة المريض في خطر، فأغلبية المؤسسات الإستشفائية تعاني من سوء التخطيط داخلها وسوء التنظيم من قبل موظفيها، وأصبحت غير قادرة على تسيير الأزمات الصغيرة والكبيرة وخاصة الحالات الإستعجالية وتزامنا مع نقشي وباء كورونا الخطير الذي كشف حقائق هذه المؤسسات الإستشفائية وعدم قدرتها على مجابهة هذا الوباء ومجابهة حتى الأمراض الأخرى، وكشف النقائص وسوء التنظيم للمؤسسات من هيكلتها

وتنظيمها ومدى قدرة إستيعابها للمرضى والتكفل بهم، ومع عدم وجود قوانين تحمي الموظفين وعمال الإدارة الصحية خاصة الأطباء والممرضين الذين أصبحوا يعانون من هدر في حقوقهم التي من المفروض أن تتكفل بها المؤسسة الإستشفائية.

فتنامي ظاهرة الإعتداء على الممرضين من قبل مرافق المريض داخل مصلحة الإستعجالات ومع غياب ثقافة التعامل بين المريض أو مرافقه ومع الطبيب أو الممرض، ونقص في الإمكانيات الإستشفائية هي ما أدت إلى زيادة هذه الظاهرة بشكل كبير، وظاهرة العنف ضد الممرضين أصبحت تهددهم حتى خارج المؤسسة، فهم يتعرضون إلى عنف لفظي كالسب والشتم والمضايقات ومنه حتى الجسدي كالضرب والدفع وغالبا ما يكون هذا الفعل من قبل مرافق المريض، فغياب الرادع لهؤلاء المعتدين جعل هذه الأفعال تتكرر كل يوم وعلى مدار شهور وسنوات.

وبناء على ما سبق تم إختيار موضوع ظاهرة العنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض في مصلحة الإستعجالات " دراسة تحليلية وصفية"، وكانت محاور بالنسبة الأول قد تطرقنا فيه إلى أسباب وأهمية وأهداف الموضوع، كما تطرقنا إلى الإشكالية وفرضيات الدراسة، والمقاربات السوسيولوجية والدراسات السابقة، وصعوبات الدراسة، وبينما كان الفصل الثاني من الدراسة، والفصل الثاني تطرقنا فيه إلى سوسيولوجيا العنف في المؤسسات الطبية، بينما الفصل الثالث كان بعنوان سوسيولوجيا الصحة والأخطاء الطبية في القطاع الإستشفائي، وبينما الفصل الرابع تطرقنا فيه إلى الجانب الميداني للدراسة الذي تحققنا فيه من صحة فرضياتنا في إطار التحليل السوسيولوجي لموضوعنا.

الباب الأول: الإطار المنهجي للدراسة

الفصل الأول: الإطار النظري

- أسباب الدراسة

- أهمية الدراسة

- أهداف الدراسة

- الإشكالية

- الأسئلة الفرعية

- الفرضيات

- تحديد المفاهيم

- المقاربة النظرية

- الدراسات السابقة

- صعوبات الدراسة

1- أسباب الدراسة:

- 1- معرفة أسباب العنف على الممرضين في مصلحة الإستجالات.
- 2- معرفة شكل وصور هذه الإعتداءات داخل البيئة الإستجالية.
- 3- الكشف عن العلاقة بين أسباب العنف وأشكاله.
- 4- معرفة إن ما كان السلوك العنيف متعلم أو هو نتيجة للضبط الاجتماعي.

2- أهمية الدراسة:

- 1- إلقاء الضوء على مشكلة تبدو إستقلحت خاصة في ضل جائحة كورونا وهي العنف في المستشفيات خاصة مصلحة الإستجالات.
- 2- الإسهام في دراسة ظاهرة العنف في المستشفيات ضد الأطقم الطبية.
- 3- إيجاد التدابير الوقائية والعلاجية للعنف ضد الكوادر الطبية ومحاولة تقديم توقعات جديدة للحد من هذه الظاهرة.
- 4- وضع اقتراحات وتوصيات قد تساهم في الحد من ظاهرة العنف ضد الأطقم الطبية، خاصة مصلحة الإستجالات.

3- أهداف الدراسة

- معرفة السياسة الصحية التي تتبناها الدولة في تسييرها للنسق الإستشفائي.
- محاولة التعرف على الأسباب التي بالمؤدي إلى التعرض إلى العنف من قبل مرافق المريض.
- التعرف على خلفية هذا العنف ضد الأطقم الطبية.
- تزويد المكتبات بهذا الموضوع المتعلق العنف ضد الممرضين من قبل مرافق المريض في مصلحة الإستجالات.

-إلقاء الحلول لهذه الظاهرة من خلال التوصيات والمقترحات.

-4-الإشكالية

ما فتئت مجتمعات العالم على صون سلامة صحتها الجسدية ترجمة لما يعرف بالمحافظة بغريزة البقاء الا ان هذا لا يمنعها من الوقوع في مخاطر الأمراض والأوبئة والذي يدعوها في نهاية المطاف إما إلى الوقاية أو العلاج، فالخوف من الفناء أو المرض هو الذي يدعو البعض من أفرادها بل معظمهم على الإقبال على المستشفيات والمستوصفات وبعضهم قد يكونوا في وضع الخطورة الإستعجالية، ما يجبره على الإستشفاء الطبي أو الجراحي أو يكونوا الدافع كذلك خطورة الوضع.

أنتج الخوف من المرض الذي قد يصعب على مرافق المريض وحتى المريض في حد ذاته عدم التفرقة بين الحالة العادية والاستعجالية وما يجب فعله، ففي المصالح الإستشفائية والإستعجالية يتوافد للعديد من المرضى وأقربهم وزاد من فعل الإحتكاك داخل هذه البيئة، فشكل نوع من حالات الإضطراب والعنف سواء اللفظي او الجسدي داخل مصلحة الإستعجالات ، وما أنتج من مظاهر بمشاعر القلق والخوف التي هي عن عبارة عن دوافع أساسية بمظاهر سلوكية أخرى تترجم لردات فعل عنيفة أو تمثلات غاضبة عدوانية تساهم في عرقلة العمل الصحي وإنتاج بلبلة تعطل السير الحسن للأطعم الطبية بكل اطيافها { طبيب - ممرض }، وحتى على بعض الزائرين للمرضى حيث سجلت بعض المؤسسات الاستشفائية خلال الفترة الأخيرة حالات من الاعتداءات والبعض من مظاهر الفوضى، تأتي أقسام الاستعجالي والولادة في مقدمة التخصصات الأكثر عرضة إلى مختلف أشكال الاعتداءات الجسدية والمعنوية والتي يتسبب فيها بنسبة 90 بالمئة المرافقون للمريض¹.

فتعتبر مصلحة الإستعجالات نسق مؤسستي مهم، ويكون في واجهة المستشفى لإستقبال المرضى بمختلف وضعيتهم المرضية، فمصطلح الإستعجالات الذي يأخذ تصور أن الحالة تكون

¹إيمان عويمر، ظاهرة العنف على الطواقم الطبية تتزايد في المستشفيات الجزائرية، موقع العرب، الخميس 2019/10/03
<https://alarab.co.uk/%D8%B8%D8%A7%D9%87%D8%B1%D8%A9-%D8%B9%D9%84%D9%89-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%86%D9%81-%D8%B9%D9%84%D9%89>
 2021/2/29، الساعة 23.51 pm.

في وضعية لا تسمح له بالمقاومة فيستعدي التدخل العاجل، ولا يستبعد أن تكون عدة حالات ترى نفسها أنها الأحق بالدخول إلى الطبيب لأجل التداوي، فعامل الإحتكاك بين مرافقي المرضى قد يخلق نوعا من الضغط في تلك المصلحة، قد ينجر عنه سلوك يتسم بالعنف، والذي يراه البعض آلية إيجابية في تحقيق الهدف المراد وهو العلاج.

وعليه العنف في القطاع الإستشفائي بنوعيه سواء الخاص أو العام يعد من أهم المشكلات الراهنة التي يواجهها القطاع الإستشفائي في الجزائر خاصة وهي ظاهرة العنف على الممرضين من قبل مرافق المريض التي أصبحت تهدد أمن الموظفين وصيرورة المؤسسات الإستشفائية بشكل عادي، بالرغم أن القانون الجزائري قد جاء بمقتضى قانون 88-7 المؤرخ في 7 جمادى الثاني 1408 الموافق 26 يناير سنة 1988، والمتعلق بالوقاية والأمن وطب العمل وكذلك تفعيل مواد قانونية الذي جاء به رئيس الجمهورية السيد عبد المجيد تبون لأجل حماية الأطقم الطبية خاصة في جائحة كورونا الأخيرة.

إن خطورة العنف ضد الممرضين في مصلحة الإستعجالات بإختلاف الأسباب والدوافع التي جعلت منه من ظاهرة تتطلب دراستها لما أفرزته من أفعال معزولة، إذ تعد مشكل كبير في قطاع الصحة التي قد تؤدي بوجود فجوة في هذا القطاع بإعتبارهم شريحة مهمة التي ترجع بدورها الفعال والأساسي للمؤسسات الإستشفائية، التي يجب أن تضعها الجهات المسؤولة في عين الإعتبار من أجل حمايتهم.

فالبعض يرجع هذه الإعتداءات إلى الضغط التي تعانيه المصالح الإستعجالية ربما من قلة الأطباء أو الممرضين، ومنهم من يرى قلة الوسائل والتنظيم السيء لهذه المؤسسات، وأيضا وظهور بعض السلوكيات لدى مرافقي المرضى أو المرضى في حد ذاتهم. ومنه نطرح التساؤل الآتي: ما دواعي لظهور ظاهرة العنف على الممرضين داخل البيئة الإستعجالية من قبل مرافق المريض؟

وفي تعريف آخر " أنه عبارة عن مجموعة القواعد والآداب التي يسعى النظام التربوي إلى تنشئة الأفراد عليها من أجل توفير الكفاءة الشخصية والفاعلية الإجتماعية مما يعين على تحقيق مقاصد الجماعة¹.

-**العنف:** هو إستخدام القوة المادية أو المعنوية لإلحاق الأذى بآخر إستخداما غير مشروع².

-ويعرف العنف أيضا عند أحمد المجذوب وآخرون أنها كلمة مشتقة من الكلمة اللاتينية *violenta* وتعني الإظهار العفوي وغير المراقب للقوة كرد فعل على إستخدام القوة المتعمد، ويشترك أيضا مفهوم العنف في الإنجليزية من المصدر *to violant* بمعنى ينتهك أو يعتدي، وهي تعني القوة والصرامة والإكراه³.

ويعرف العنف عند مصطفى حجازي أيضا أنه لغة التخاطب الأخيرة الممكنة مع الواقع ومع الآخرين، حيث يحس المرء بالعجز عن إيصال صوته بوسائل الحوار العادي، وحين تترسخ القناعة لديه بالفشل في إيقاعهم بالإعتراف بكيانه وقيميته، والعنف هو الوسيلة الأكثر شيوعا لتجنب العدوانية التي تدين الذات الفاشلة بشدة، من خلال توجيه هذه العدوانية إلى الخارج بشكل مستمر، أو دوري وكلما تجاوزت حدود إحتمال الشخص⁴.

-**التعريف الاجرائي:** هو إستخدام القوة ضد الطبيب أو الممرض أو أحد الأطقم الطبية داخل البيئة الإستشفائية، ويكون هذا العنف إما عنف جسدي أو لفظي أو رمزي، وغالبا ما يكون سبب هذا العنف في مصلحة الإستعجالات، ومن مرافقي المرضى، بحكم عدم مقدرة المرضى على الحركة.

¹طبية عمر العمودي، دور التربية الإسلامية في تحقيق الضبط الاجتماعي، دراسة وصفية تحليلية، (جامعة أم القرى، مكة المكرمة، 1425)، ص8.

²عبد الله بن احمد العلاف، "العنف الأسري وأثاره على الاسرة والمجتمع"، (رسالة ماجستير)، ص03.

³أحمد مجذوب وآخرون، ظاهرة العنف داخل الأسرة المصرية، (بدون دار النشر، 2003)، ص12

⁴ مصطفى حجازي، التخلف الاجتماعي، (بيروت: معهد الإنماء العربي، 1976)، ص 263.

-**المستشفى:** منشأة تقدم مجموعة من الخدمات للمرضى الخارجيين والمقيمين، معظم هذه الخدمات في نطاق ممارسات الطب العام بالإضافة إلى التخصصات الرئيسية التالية في الجراحة والطب الباطني والعظام وطب الأطفال وطب التوليد وطب النساء والطب النفسي¹.

أيضا تندرج المؤسسة الإستشفائية ضمن أحد أنواع المؤسسات الخدماتية، وقد عرفتها الهيئة الأمريكية للمستشفيات بأنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتتويج وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين².

تنقسم المستشفى إلى عدة أقسام مختلفة من حيث الوظيفة ويربط بينها علاقات وظيفية، بحيث ممكن أن تكون في مبنى واحد أو عدة مباني.

-**مرافق المريض:** هو الشخص الذي يكون شاهداً على المريض ومقدم الرعاية الصحية لكلا الطرفين المريض والطبيب خلال عمل الفحص، وقد يكون المرافق أحد الأقارب، أو الأصدقاء.

-**التعريف الإجرائي للممرض:** هم الأشخاص الذين يقومون بتقديم الخدمات التمريضية سواء كانوا قد أكملوا دراسة التمريض في معهد أو جامعة ومنه فإن الممرض هو شخص مهني لديه الحويلة المعرفية والمهارات الكافية التي تمكنه من العمل في مختلف الوحدات الصحية.

-**التعلم:** يُعرّف التعليم بأنه سلوك ينتج عن تجربة فردية، بحيث يتمكن الكائن الحي من تغيير سلوكياته وتصوراتها، وهو ما يُعرف باسم عملية التعليم، ويجب أن يظهر التعليم على السلوك، ويكون بدرجة ثابتة دون أن يتأثر بالنمو أو التطور، ويعرف التعلم أيضاً بأنه تغيير يطرأ على

¹براءة محمد اسليميه، "تصميم مركز صحي شامل"، (نيل متطلبات الحصول على درجة بكالوريوس في الهندسة المعمارية)، ص10.

²علي، السنوسي، "تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية"، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، جامعة الشلف، العدد السابع، ص292.

السلوك أو يغيره، ويركز هذا التعريف على التعديل والتغيير في سلوك المُتعلّم، ويكون التغيير دائماً وثابتاً، وغير مرهون بظرف أو ومدة زمنية.¹

ويعرف التعلم أيضاً يعتبر **جون بياجى** والذي يعتبر أن التعلم فعل نشيط وأن بناء المعارف يتم بالاستناد إلى الخبرات والتمثيلات السابقة (المعارف السابقة)، والمتعلم يبني تعلماته بالاعتماد على نفسه انطلاقاً من اختلال معرفي يطبق عليه ميكانيزم الاستيعاب والتلاؤم ليصل إلى التوازن المعرفي.²

8- المقاربة النظرية:

-نظرية التفاعلية الرمزية(التوقع): ترى النظرية التفاعلية الرمزية أن الحياة الاجتماعية التي نعيشها ماهي إلا حصيلة تفاعلات التي تقوم بين الفاعلين الاجتماعيين، والمؤسسات والنظم وبقية الكائنات الحية والميتة وهذه التفاعلات هي نتيجة أو ناجمة عن الرموز التي كونها الأفراد نحو الآخرين، بحيث تأسست هذه النظرية على يد العالم **هيربرت ميد**، في بداية الثلاثينات من القرن 20 بعد تأليفه ونشره لكتاب "العقل والذات والمجتمع"، وهو من تلامذة **جورج زيميل** أيضاً.

بصفة عامة هذا محتوى النظرية، ففي إطار هذه النظرية نحاول معالجة وتحليل ظاهرة العنف ضد الأطقم الطبية من خلال نظرية التفاعلية الرمزية، بحيث يتم التفاعل والإتصال بين مرافق المريض والطبيب والممرض فترة من الزمن داخل مصلحة الإستعجالات او الفضاء الإستشفائي، بحيث يتعرف مرافق المريض على الطبيب والممرض حتى يخلق رمزا عنه، بعد عملية الإنتهاء من التفاعل والإتصال التي يستغرق فترة زمنية معينة، **الصورة النمطية** يبدأ كل من طبيب وممرض الإستعجالات وكذا مرافق المريض من تكوين صورة ذهنية ورمزية عن الطرف الآخر، وهذه الصورة الرمزية تم تكوينها من خلال عملية الاتصال التي قام بها مرافق المريض الذي يفرض نفسه على

¹إيلي العجيب، تعريف التعلم، تم نشره يوم 22 نوفمبر 2021، الساعة 20.57، موقع موضوع، تم الإطلاع يوم 2022/3/18، الساعة 14.51pm،

https://mawdoo3.com/%D8%AA%D8%B9%D8%B1%D9%8A%D9%81_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%85#cite_note-KJn8oEGIGG-3

³عبد الله بن احمد العلاف، "العنف الأسري وأثاره على الأسرة والمجتمع"، (رسالة ماجستير)، ص03.

الطبيب واجباره عن معالجة المريض ويعتقد ان الأولوية له، فغريزة البقاء هي المحرك الأساسي لإفراز نوع من السلوك العدوانى او العنف، او خطاب كراهية ضد الاطعم الطبية الاستعجالية.

فعملية العنف ضد الطبيب في مصلحة الإستعجالات، يكون عبر عملية التوقع، أي أن مرافق المريض يتوقع بمجرد دخوله لمصلحة الإستعجالات انه سيكون طقم طبي في المستوى، لكن عندما يرى تقاعس في العمل، يجعله يمارس سلوكيات عدوانية ضد أعوان الأمن، والمرضى، وهذا ردا على توقعه الأول، سيجعل منه في كل مرة يدخل مصلحة الإستعجالات يقوم بممارسات معزولة وغير مفهومة، ويرى منها طريقة شرعية لأجل تحقيق هدفه.

-نظرية التعلم: على الرغم من أن نظرية التعلم الاجتماعية، ظهرت قبل نظرية هيرشي بوقت قصير عن الضبط الاجتماعى، وتعد من أحدث النظريات المستمدة من نظرية الضبط الاجتماعى، ولن تحظى بالشهرة المطلوبة إلا منذ منتصف السبعينيات أو نحو ذلك، والمقصود الأساسي من هذه النظرية هي نظرية رونالد إيكس عن التعلم الاجتماعى، وإعتمدت كل من النظريتين على علم النفس السلوكى، وهناك نمطان عامان للمداخل السيكلوجية، المدخل الأول يرتبط بنظرية سينكر أو نظرية السلوك الإجرائى، والمداخل الثانى نظرية التعلم الإجتماعى¹.

إذن يرى من خلال نظريته السلوك الإجرائى لا يشترط فيه وجود المثير، إذ أنه من الممكن أن تتم الإستجابة دون وجود المثيرات، ولكن دور المثيرات أحيانا تلعب دور تهيئة الموقف أو المواقف المناسبة التي تسمح بظهور هذه الإستجابات وتسمى في هذه الحالة الإستجابة المتميزة، بمعنى أوضح سلوك الفرد يتشكل ويستمر من خلال ما يحققه من نتائج، فالسلوك الذي يتميز بالعنف هو إن صح التعبير السلوك العنيف الذي يمارس على المرضى هو في الأصل سلوك مراد به تحقيق الهدف وهو العلاج الآنى.

من بين مفاهيم هذه النظرية التدعيم ويقصد به الفعل الذي يلي وقوع السلوك، والذي يزيد من تكرار السلوك، لأن هنالك بعض الظواهر أو الحوادث التي تزيد من تكرار السلوك الذي تتبعه، وهنالك تدعيم إيجابى أو مكآفات ويمكن القول أن مرافق المريض الذي يمارس سلوك عنيف ضد

¹ عدلى محمود السمري، علم الاجتماع الجنائى،(عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2009)،

الأطباء خاصة الممرضين قد تلقى التدعيم من قبل مرافقي المرضى الآخرين كونهم ربما ينتظرون الطبيب المناوب أو الممرض، فمن خلال هذا التدعيم يعزز من السلوك العنفي ضد الممرضين، ويكتسب الشرعية الاجتماعية، ويصبح قابل للتعلم من قبل أطباف المجتمع كون لا يوجد تدعيم سلبي -، ويعتبر من مفاهيم النظرية - من قبل مرافقي المرضى ذاتهم في نصحه مثلا أو من قبل إداري المستشفى أو الشرطة المكلفة بالأمن الداخلي، فقد يلعب دور كبير في الحد من هكذا ممارسات.

فالعقاب كونه أيضا آلية عس التدعيم الذي قد يقلل من ممارسات العنف ضد الممرضين في مصلحة الإستجابات سواء قبل الفعل ويكون عبر وجود آليات الردع الأولى وهي وجود الشرطة قائمة في عملها، وأي فعل مخل بالنظام يقمع، ويكون بعد الفعل وهو المعاقبة إما بالحبس مثلا وحسب القانون المعمول وهو العقاب الإيجابي، والعقاب السلبي يقصد عدم تقديم المكافآت ومنعها التي تعزز السلوك العنفي ضد الممرضين.

نجد أيضا ايكريس له تصور حين يرى أن السلوك الذي يتميز بالعنف هو سلوك متعلم، فمرافق المريض الذي مارس عنف سواء لفظي أو جسدي هو في الحقيقة تعلمه من قبل آخر مارس نفس الفعل وحقق به هدفه، ويرى أيضا أن هكذا سلوكات منحرفة تقوم بالتدعيم، ويتم تعلمه في ظل جماعات تشكل المصدر الأساسي لتدعيم الفرد، فالشيء الذي يثبت ذلك في جولتنا الإستطلاعية التي رأينا أن مرافقي المرضى يكونوا إما شخصين أو أربع أو أكثر حسب الحالة، فيمارسون نوعا من الضغط وكذا تحفيز لكي يكون سلوك عنيف بنوعيه الجسدي أو اللفظي.

ويكون تزايد احتمال ارتكاب الفرد السلوك العنيف عندما تكون المقولات والتعريفات والأقوال المعيارية مدعمة للسلوك المنحرف.

- نظرية المخالطة الفارقة

هي نظرية في علم الجريمة والانحراف إزدهرت على أيدي " سذرلاند إيدوين"، بأن عقد الثلاثينيات من القرن الماضي، كرد فعل على هيمنة المداخل التي كانت تأخذ بتعدد العوامل في تفسير الجريمة وتعليلها، فقد كان سذرلاند على النقيض من أولئك الذين قدموا قائمة طويلة

بالأسباب التي من المحتمل أن تسهم في خلق الجريمة، ولذلك عمد إلى صياغة وتأسيس نظرية سوسيوولوجية متكاملة تؤكد أن الجريمة هي في الأساس ظاهرة يمكن تعلمها بالإكتساب.¹

حاول **سذرلاند** من خلال كتابه واسع تأثير " مبادئ الإجرام " الذي نشره عام 1939 أن يعطي تحليلاً للعملية التي يصبح الشخص من خلالها منحرفاً، فالفرد الواحد قد يعبر عن اتجاهات مختلفة من حيث التحبيذ أو المعارضة للسلوك المنحرف باختلاف الأوقات واختلاف المواقف، وقد سمي " سذرلاند" هذه العملية بالمخالطة الفارقة، نظراً لأن ما يكتسب في عملية المخالطة بالأنماط السلوكية المنحرفة، يختلف عما يكتسب في عملية المخالطة بالأنماط السلوكية المضادة للانحراف، ويؤكد " سذرلاند" على أن الأفراد يصبحون منحرفين بسبب تعرضهم للأنماط بسبب تعرضهم للأنماط السلوكية المنحرفة، وأيضاً عزلتهم عن الأنماط السلوكية المضادة للسلوك المنحرف.²

لا تعني المخالطة الفارقة أن السوك الجانح والإجرامي، يحدث بسبب الصحبة السيئة، فهما على هذا الأساس يعتبر تبسيطاً مبالغاً فيها، فالمخالطة الفارقة تعني الإختلاط أو التعرض لكل الأنماط السلوكية الإجرامية والأنماط السلوكية الغير الإجرامية.³

-يقيم " سذرلاند" نظريته على مجموعة قواعد أو مبادئ أساسية وهي:

-يكتسب السلوك الإجرامي عن طريق التعلم، فهو ليس سلوكاً فطرياً، ومعنى ذلك أن الشخص الذي لم يتدرب على الجريمة لا يمكن أن يرتكب فعلاً إجرامياً.

-يكتسب السلوك الإجرامي عن طريق التعلم المتصل بأشخاص آخرين تربطهم بالشخص " عملية "، إتصال مباشر، تتميز بانها لفظية، في معظم جوانبها، في نفس الوقت الذي تنطوي فيه على " الإتصال" عن طريق الإشارة.

-تتضمن عملية تعلم السلوك الإجرامي أمرين هما:

¹آمال عبد الحميد وآخرون، الإنحراف والضبط الاجتماعي، الطبعة الأولى، (مصر: الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2000)، ص513.

²أحمد فريجة، إبراهيم هياق، "النظريات المفسرة للسلوك الإنحرافي والإجرامي - رؤية إجتماعية-، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية"، مجلد 12، العدد 2 (*)، (ديسمبر 2019)، ص 124.

³سحر عبد الغني، الأطفال وتعاطي المخدرات، الطبعة الأولى، (الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث)، ص129.

أ-الوسائل الفنية لإرتكاب الجريمة.

ب-توجيه محدد للدوافع، والحوافز، والمبررات، والإتجاهات.

-يكتسب التوجيه المحدد للدوافع والحوافز، من تعريفات القواعد القانونية بإعتبارها ملائمة أو غير ملائمة.

-يصبح الشخص منحرف بسبب توصله إلى مجموعة تحديدات أو تعريفات تجعل مخالفة القانون مسألة ملائمة، وهي تفوق التحديدات والتعريفات الأخرى التي تجعل مخالفة القانون مسألة غير ملائمة، وهذا هو مبدأ "الإرتباط بالمتمايز" الذي يشير إلى الإرتباطات الإجرامية وغير الإجرامية في نف الوقت، فعندما يصبح الشخص مجرماً، يكون ذلك راجعاً إلى إتصالاته بالنماذج الإجرامية، وعزلته عن النماذج غير الإجرامية.

-يمكن للإرتباطات المتمايزة أن تتفاوت من حيث التكرار والأولية، والكثافة، وهذا يعني أن الإرتباطات بالسلوك الإجرامي وبالسلوك غير الإجرامي تتفاوت في هذه النواحي.

-تتضمن عملية تعلم السلوك الإجرامي عن طريق الإرتباط بنماذج إجرامية وغير إجرامية، جميع الميكانيزمات التي توجد في أي نوع آخر من التعلم، وإذن فتعلم السلوك الإجرامي ليس قاصراً على عملية واحدة هي التقليد كما ترى بعض وجهات النظر الأخرى.

-يحدث الجزء الأكبر من عملية تعلم السلوك الإجرامي داخل جماعات يرتبط أعضاؤها بعلاقات شخصية قائمة على المودة، ومعنى ذلك أن هيئات الإتصال غير الشخصية، كالصحافة والسينما، لا تلعب دوراً هاماً في خلق السلوك الإجرامي¹.

أيضاً من مبادئه:

-يتم القدر الأكبر من التعلم من خلال الإتصال بالأفراد ذوي الأهمية لنا.

¹سامية محمد جابر، الإنحراف الاجتماعي بين نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعي، (الإسكندرية، دار المعارف الجامعية، 1998)، ص 124.

-تطرح البيئة الاجتماعية القريبة منا (أي التي نكون فيها على صلة قريبة وقوية بالآخرين)، في موقف التعلم أمرين هما طريقة ارتكاب السلوك، والقيم أو المبررات المرتبطة بهذا السلوك.

-قد تكون القيم المرتبطة بسلوك معين معارضة أو مخالفة للقواعد القانونية القائمة، ويتوقف تأثير هذه القيم- باعتبارها دامغة للسلوك المنحرف - على مدى ثقل وأهمية الأفراد الحاملين لهذه القيم، أكثر من العدد الفعلي لهذه القيم.

-يحدث السلوك الإجرامي عندما يميل ثقل القيم المرتبطة بسلوك معين في اتجاه مخالفة القواعد القانونية.

-إن وجود عدد كبير من الجماعات والثقافات في المجتمع يزيد من إمكانية تعلم أنماط مختلفة من القيم والمبررات.

-حيث أن بعض الجماعات في المجتمع قد تتضمن قدرا كبيرا من القيم المخالفة للقواعد القانونية يفوق القيم الأخرى، فإنها تكون ذات معدلات جريمة مرتفعة عن الجماعات الأخرى.¹

إذن ينطلق سذرلاند من فكرة أن السلوك العنيف والإجرامي لدى الفرد هو سلوك متعلم ومكتسب، بمعنى آخر أن الفرد لا يصبح مجرما بدون خبرة إجرامية سابقة، وتدريب كاف على السلوك الإجرامي، إن عملية تعلم السلوك المنحرف يحدث حينما يتعرض الفرد لقوتين متعارضتين، من الجانب الأول يفرض عليه ضرورة احترام القانون، والآخر يدعو لعدم لإحترامها وحرقتها، فغذا تعرض الفرد للاختلاط بالمجرمين أصبح فريسة سهلة لتعلم الأنماط الإجرامية، ومن ثم ارتكاب الجريمة.

فالفرد في إطار هذه النظرية محاط بقوة مؤيدة للجريمة ومحبة لها وقوى معادية لها، لكن عندما يغلب رأي القوى المعادية للجريمة والسلوك الإجرامي لدى الجماعة التي يتفاعل فيها الفرد سوف يتعلمه ويعادي وينبذ الجريمة، ويظهر العكس عندما يغلب الرأي المؤيد للجريمة والمحبذ لها فإن الفرد سوف يتأثر بهذا الرأي وقد يتقمصه مما قد يؤدي به إلى الإجرام خصوصا عندما يصبح في موقف مناسب لذلك.

¹ عدلي محمود السمري، علم الاجتماع الجنائي، (عمان، الطبعة الأولى، دار المسيرة، 2009)، ص 154.

- نظرية الثقافة الفرعية

تتطلق هذه النظرية من أن المجتمع الواحد لا تسوده ثقافة واحدة، وكذلك من أنه ليس من الضروري أن توجد كل السمات التي تؤلف الثقافة الواحدة في كل قطاع من قطاعات المجتمع، فكثيرا ما تقتصر بعض السمات الثقافية على قطاع واحد من قطاعات المجتمع دون بقية القطاعات، وقد أوضح " تاونسد" أن الثقافة الفرعية بحكم تعريفها إنما تتكون من إتساق متميزة للقيم والمعتقدات، كما تتكون من مجموعة خاصة من النظم تختلف في مجموعها عن مثيراتها السائدة في المجتمع، ويتم إنتقال هذه القيم والمعتقدات من جيل إلى جيل آخر خلال عمليات التنشئة والضبط الاجتماعي، وهذا ما ينطبق على العنف فبعض الجماعات والقبائل تورث أبنائها عنف وتراه سلوك مشروعاً ومقبولاً بل ومحبباً.¹

إن العنف هو جزء من بنية الحوار في الطبقة الاجتماعية الدنيا، وهو سمة أصلية من حياة هذه الطبقة، ولذلك فقد قال بعضهم إن الفقراء ينتمون إلى ثقافة خاصة إسموها ثقافة الفرعية التي تتميز بتضمنها لمعايير وقيم مختلفة عن تلك التي توجد في المجتمع الكبير، وتنتقل من جيل إلى جيل وما تمارسه من تأثير في الأطفال، فطبقاً لما ذهب إليه " لويس"، أن الأطفال الذين هم في السادسة أو السابعة ينشرون القيم والإتجاهات الأساسية من ثقافتهم الفرعية.²

وإذا نظرنا إلى العنف كثقافة فرعية فإننا بالتأكيد نعد مثل هذا النوع من الثقافات ثقافة مضادة للمجتمع على إعتبار أن ثقافة هدامة، وعلى إعتبار أن ثقافة العنف تقوم على نام معياري يتضمن معايير متصارعة مع القيم السائدة في المجتمع وقد تكون معايير المجتمع الكبير، إن نظرية الثقافة الفرعية تحاول التأكيد أن نماذج السلوك العنيف هي إستجابات مألوفة، وهي أمور يتوقع حدوثها في ظل ظروف أو حالات معينة، وأن النظام المعياري للثقافة الفرعية يجعل من الممكن للفرد أن يفسر الحالة أو الظروف التي إرتكب عدوانه على أنه من الحالات والظروف التي تستلزم إستخدام العنف.³

¹غانم عبد الله، علم الاجتماع الجنائي الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، (الإسكندرية، مصر، 1994)، ص96.

² Charles, E, and Silberman, Criminal Violence vintage books, of Adivision of random house, New York, 1980, p146.

³Jmilon yinger, Conter cultures, collier, Macmillan Publishers, London,1981, p23.

تركز هذه النظرية على أحد المداخل الحديثة في تفسير ظاهرة العنف وينبني هذا المدخل على إفتراض وجود ثقافة للعنف في المجتمع، هنالك من أطلق على هذه النظرية إسم "نظرية الثقافة الفرعية"، ويشير كوهين إلى أن الثقافة الفرعية هي التي تكتسب عن طريق التفاعل بين أفراد المجتمع، وهذه الثقافة عبارة عن أنماط سلوكية منظمة بشكل منافي لأنماط الثقافة الأم، وتظهر هذه الثقافة من خلال وسائل الإعلام أو الروايات التي تشيد بالعنف أو وجود معايير أو قوانين في التعاملات الاقتصادية والاجتماعية حيث تقوم هذه المعايير على أفكار تساير العنف وتحت عليه، مما جعل مبدأ البقاء للأقوى مما يزيد من إحتمالية وقوع العنف، ومن خلال تلك القوانين والمعايير تتجسد ثقافة في المجتمع تقوم بتجميد وتعظيم العنف¹.

يرى ريشارلورانييس أن الباحثون الذين يتبنون هذه التفسيرات الخاصة بالثقافة الفرعية يميلون إلى أن قيم وإتجاهات شباب الطبقة الدنيا تختلف عن مفهوم قيم الطبقة المتوسطة، فالشباب الذين يعانون من الفقر والمشكلات الاجتماعية والجريمة يتبنى قيما وإتجاهات مختلفة، وحيث تكون الجريمة والعنف شائعة أكثر تكون إتجاهات الشخص المضاد للقانون وقوة رده، كما ينظر للسلوك العنيف بأنه عادي وجزء مقبول من الحياة، وينظر لإنتهاكات القانون مثل السرقة والإتجار بالمخدرات والدعارة من البعض على أنها أسلوب للتغلب على البطالة والفقر وتفضل التهديدات والهجمات الجسمية على المفاوضات الكلامية كوسيلة لحل النزاعات.

تكشف هذه النظرية عن أن الإتجاهات نحو العنف تختلف بشكل كبير من جماعة على أخرى داخل نفس المجتمع، وتتميز الثقافة الفرعية للعنف بأن لها إتجاهات إيجابية نحو العنف وأن هذه الإتجاهات تشجع على ظهور سلوك العنف في كثير من الأحيان، كما يفضل المؤيدين لهذه الثقافة الفرعية أسلوب الخشونة كما يشجعون السلوك العدواني بين الذكور².

-نظرية الضبط الاجتماعي: إن النسق المؤسسي لمصلحة الإستجابات نسقا مكمل للمستشفى، الذي له دور في وظيفة تقديم العلاج بالنسبة للمرضى ذوي المرحلة الخطيرة، والذي

¹العيسوي عبد الرحمان، سيكولوجية المجرم، (مصر: دار الراتب الجامعية، 1997)، ص157.

²مليكة بن زيان، "العنف والمقاربات النظرية المفسرة له، EL-Khaldounia Journal ، ISSN:1112-5896، of Human and Social Sciences"، سكيكة، ص75.

يتسم بطابع تنظيمي مهيكّل وفق مخططات ولوائح تنظيمية تضبط السير لهذه المصلحة، إلا أنه لا يخلو هذا النسق من عدة خروقات قد تسبب نوعاً من العجز الوظيفي لهذه المصلحة.

نجد رائد هذه النظرية العالم **هيرشي** قد رأى أن السلوك المنحرف يرجع لضعف الروابط الاجتماعية وإنهيارها، بمعنى آخر أن ظاهرة العنف على الممرضين هي نتيجة لضعف وتفكك الروابط الاجتماعية التي تتكون من مفهوم الإرتباط ويقصد به علاقة الفرد بالآخرين مثل الأبوين والأصدقاء، فهذا الضعف يولد نوعاً قلة الرقابة، فعلى سبيل المثال لو يوجد مثلاً في مصلحة الإستعجالات أشخاص قد يشكلون نوعاً من الحرج الاجتماعي لمرافق المريض الذي قد يستحي من سلوكاته العنيفة قد تقلل من هكذا سلوكيات فوجود الأب مثلاً أو الإمام يلعب دوراً في تشكيل ضبط اجتماعي، كما تعد المؤسسات أيضاً لها من دور اجتماعي في عملية الضبط الاجتماعي فمثلاً وجود عناصر الشرطة في مصلحة الإستعجالات تجعل الممرض يعمل في أمان وتقلل من وجود ممارسات عنيفة.

ونجد **هوارد بيكر** يطلق مفهوم الإلتزام، أي الإلتزام بالقانون الداخلي للمؤسسة الإستشفائية لما لها من قوانين صارمة، وبصورة أخرى حسب تعبير **بيكر** عندما يتخذ مرافق المريض قراراً مثلاً يخل بالنظام القانوني وهو يدرك أن هذا القرار سيكلفه عقوبة مادية أو معنوية، فهو آلياً سيتوقف لما شعره من خوف الذي يعد من أهم العوامل التي تكبح رغبة الكثيرين في خرق القانون.

ونجد مفهوم آخر وهو العقيدة والذي يعكس هذا المفهوم قوانين المجتمع السائدة، أي مثلاً يجب إحترام الكبير وفي مصلحة الإستعجالات قانون المجتمع دائماً يكون الغالب مثال وجود حالة لكبير السن يدخل عند الطبيب أو عند الممرض قبل الحالة التي هي المفروض أن تدخل ويقول له في مقابل ذلك "دعاوي الخير الحاج" هذا العرف الاجتماعي قد يقلل من وجود ممارسات عنيفة، فمفهوم العقيدة يشعر مرافق المريض أن يلتزم بالأخلاق نحو طاعة هذه القوانين المجتمعية، خاصة عندما تكون ممرضة كبيرة في السن عكس ممرضة صغيرة فالسن، ومقارنة بمرض فالسلوك العنيف هنا يختلف عليهم، لكن عامل العقيدة يلعب دوراً كبيراً في كبت وكبح هكذا ممارسات، هنا نطرح نتساءل كيف الفرد يقوم بسلوك عنيف وفي نفس الوقت يؤمن بقوانين مجتمعه؟ فهنا تذهب نظرية الإنحراف الثقافي إلى مفهوم ما يسمى بالتكيف الغير الكامل، فهنا الفرد أي مرافق المريض لا يؤمن بقوانين مجتمعه فحسب بل يؤمن حتى بالقوانين التي ينتهكها، فنظرية الضبط ترى ان

المعتقدات ماهي الا عبارة عن مجرد كلمات، عكس القوانين الردعية، وأيضا ترى أن مرافق المريض الذي يرتكب هكذا ممارسات يرجع سلوكه إلى أسباب عقلية تبرر له إنتهاك القانون المجتمعي.

إن عامل حماية الذات وتحقيق الإشباع من الخصائص البشرية، ولهذا يهتم السلوك الإنساني بتحقيق ذاته ومصالحته، فمرافق المريض يكسر كل الضوابط الاجتماعي لأجل تحقيق الهدف الذاتي أو الهدف للمريض وأولوية العلاج، فحتمية تقييد وضبط السلوك الفردي داخل المصلحة الإستعجالية لها امرين، وهي المصلحة المجتمعية، وسيرورة العمل الطبي بالنسبة للمرضيين.

9-الدراسات السابقة

تعتبر هذه الدراسات واحدة من أهم مصادر المعلومات التي يمكن للباحثين الاعتماد عليها في كتابة رسائلهم العلمية، فالباحثين بالاستعانة بهذه الدراسات يقومون بإكمال مسيرة من سبقهم من الباحثين ويبنون على ما توصلوا إليه من العلم والمعرفة والنتائج الخاصة بالموضوع الذي تتم دراسته، فهناك الكثير من الفوائد التي يمكن أن يتم جنيها من كتابة الدراسات السابقة بالنسبة للرسائل العلمية باختلاف أنواعها، فمن خلال الاطلاع على هذه الدراسات سوف نتمكن من التعرف على الطريقة الصحيحة التي ينبغي أن تتم من خلالها دراسة الموضوع بالإضافة إلى تحديد المنهجية المناسبة والأدوات التي نحتاج إليها في الحصول على البيانات ومناقشتها وتفسيرها، كما يمكننا الاستفادة من النتائج والتوصيات التي توصل إليها الباحثون في هذه الدراسات.

-ومن بين الدراسات نذكر:

-دراسة جمال معتوق بعنوان المؤسسة الإستشفائية العمومية وإشكالية سلوك المورد البشري (العنف ضد الأطباء نموذجاً)، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية -بحوث ودراسات-، المجلد:08، العدد 01، 2021، ص.ص:162-183.

إنطلقت هذه الدراسة من محاولة تحليل ودراسة ظاهرة الإعتداءات العنيفة التي مورست على كل من الأطباء والعاملين المرافقين لهم في القطاع الإستشفائي العام التابع للدولة، فكون أصبح المستشفى اليوم بؤرة للصراعات والإعتداءات المتنوعة، كالمشادات الكلامية، الضرب، التهديد، الإساءة، التحرش، وغيرها...، من طرف العديد من الجهات كالمرضى، المرافقين لهم، وحتى بعض

الغرياء الذين إتخذوا من هذه المؤسسات العلاجية مجالاً لأفعال مشبوهة ولزوع الرعب وعرض العضلات في غياب أو لا مبالاة الجهات الردعية.

ومنه يظهر التساؤلات لهذه الدراسة:

- من هم الفئات الأكثر ممارسة للإعتداءات العنيفة ضد الأطباء والأطعم المرافقة لهم في القطاع الإستشفائي العام؟

- هل هنالك علاقة بالنوع والتعرض للإعتداءات؟

- ما نوع الاعتداءات الأكثر إنتشاراً داخل القطاع الإستشفائي العام؟

- بحيث وظفت المنهجية التالية:

- وظفت منهج الوصفي التحليلي.

- إعتد على منهج دراسة حالة.

- إعتد على تقنية الملاحظة، الملاحظة بدون مشاركة، المقابلة.

وتوصل الباحث على بعض النتائج وهي:

- أن الاعتداءات العنيفة ضد الأطباء والطواقم المرافقة لهم حقيقة يعيشونها في المستشفيات.

- كما هذه الظاهرة لا تمس جنس دون الآخر، أي الذكور والإناث.

- بينت النتائج المتوصل إليها أن هذه الظاهرة تخص كل الحالات المدنية ولا تمس الأطباء لوحدهم دون غيرهم من الفئات المهنية الأخرى.

- من بين أسباب هذه الاعتداءات هو عدم إحترام الدور من طرف المرضى والمرافقين لهم.

- بخصوص نوع العنف فكان غالبية العنف معنوي كالسب والشتم، والمضايقات، والتهديد، بالإضافة إلى العنف الجسدي.

- من بين النتائج تبين أنه هنالك تهاون وقلة بخصوص أعوان الأمن داخل المستشفى.

-تقييم الدراسة-

-هنالك تشابه في هذه الدراسة مع دراستنا من حيث الجانب الميداني بخصوص نوع العنف الممارس على الممرضين.

-ساعدتنا هذه الدراسة بما تحدد الفئة الممارسة عليها العنف الأكثر

-وجهتنا بخصوص الضبط الاجتماعي الذي يتمثل في أعوان الأمن ودورهم في الحد من ظاهرة العنف كونهم يمثلون رمز الحماية للمصلحة.¹

-ثانيا:دراسة وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر ومدى آليات تحسينهادراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، شعبة تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2016.

إنطلقت هذه الدراسة من الإشكالية التالية، نظرا لما تكتسبه الخدمات الصحية من أهمية بالغة بالنسبة للدولة بصورة عامة والفرد بصورة خاصة، وباعتبار المستوى الصحي للمجتمع مقياسا لدرجة تقدمه، نبقى الخدمات الصحية دوما بحاجة إلى تقييم دوري ومستمر يكون الهدف منه إكتشاف الإنحرافات السلبية عن المستوى المطلوب والمستهدف للخدمة وتحديد أمثل الأساليب وأكثرها تلاءما مع المشاكل والتحديات التي يجب تصحيحها ومواجهتها، وفي هذا الإطار كانت الإشكالية كالآتي:

-كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر، وماهي آليات تحسينها؟

-ومنه تظهر التساؤلات الآتية:

-ما هو الإطار النظري والمفاهيمي للخدمات الصحية؟

-ما هي الأساليب تقييم الخدمات الصحية وآليات تحسينها؟

-ما هو واقع الخدمات بالمنظومة الصحية في الجزائر؟

¹جمال معتوق، "المؤسسة الإستشفائية العمومية وإشكالية سلوك المورد البشري (العنف ضد الأطباء نموذجا)"، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية -بحوث ودراسات-، المجلد:08، العدد01، (2021)، ص.ص:162-183.

-كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في ولاية باتنة بإستخدام نموذج servqual، وماهي أليات تحسينها؟

***ولإجابة عن الإشكالية الرئيسية والتساؤلات تم صياغة الفرضيات التالية:**

-**الفرضية الأولى:** وفقا لنموذج servqual لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها بإستعمال كل بعد على حدى.

-**الفرضية الثانية:** وفقا لنموذج servqual لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها بإستعمال كل الأبعاد معا.

-**الفرضية الثالثة:** وفقا لنموذج servqual فإن تقييم الخدمات الصحية يشير إلى وجود فوارق ذات دلالة إحصائية حسب المتغيرات الشخصية لكل فرد.

-بحيث إتمدت الباحثة على العينة التطبيقية، ووظفت المنهج الوصفي التحليلي كما إستخدمت تقنية الإستبيان والإحصائيات.

-ولقد توصلت الباحثة إلى النتائج الأساسية الآتية:

***نتائج مستمدة من وصف للبيانات الشخصية:**

-هيمنة شريحتي الطاقم الطبي والمرضى، أما الطاقم الإداري كان أقل تمثيلا للعينة، وهذا راجع لإحتواء المؤسسات الإشتغائية على عدد كبير من مقدمي الخدمة الصحية أطباء وممرضين ومتملقي هذه الخدمة المرضى.

-نسبة كبيرة من أفراد العينة يقيمون في المدينة.

-إنتساب نسبة كبيرة من أفراد العينة للفئة ما بين 40 و 60 سنة حيث معظمهم أطباء وممرضين ومرضى.

***نتائج مستمدة من تحليل نتائج إجابات أفراد العينة عن تقييم الخدمات الصحية:**

-أن توفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية لم يكن بالمستوى المطلوب وحسب إمكانيات المتاحة لدى إدارة المستشفى.

-تعاطف إدارة المستشفى مع المرضى عند تقييمهم للشكاوى كان دون المستوى المطلوب.

-ان تقييم الخدمة الفورية للمرضى من قبل العاملين كان دون مستوى الطموح.

-نتائج مستمدة من تحليل نتائج إجابات أفراد العينة عن آليات تحسين الخدمات الصحية:

-عدم وجود ثقة وأمان في مهارات المهنة الطبية وذلك نتاج عن قلة التدريب المتواصل.

-ينفق مجمل أفراد العينة على ضرورة تدوين المعلومات الخاصة بهم في السجلات والحاسوب وإدراج حالاتهم الصحية بشكل دقيق ومستمر¹.

-تقييم الدراسة:

-تتشرك هذه الدراسة مع دراستنا في بعض الجوانب كالجانب النظري من ناحية الفصول وفي أخذها لتحليل نتائج التي كانت ملمة بإجابات مرافقي المرضى والمرضى

-ساعدتنا هذه الدراسة في بناء اللحظة التاريخية وإعطاء بعض التصورات عن واقع المستشفيات.

-10-صعوبات الدراسة:

-صعوبات متعلقة بقلة المراجع حول قطاعي الصحة في الجزائر.

-قلة الدراسات التي تهتم بموضوع العنف الممارس ضد الموظفين في القطاع الإستشفائي.

-عدم توفر الإمكانيات المادية الكافية للتنقل إلى المؤسسات التي يجري فيها الدراسة.

¹وفاء سلطاني، "تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة"، (أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، شعبة تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2016).

-عدم موافقة المؤسسات الخاصة على إجراء التصريح الرسمي للقيام بالدراسة داخل مؤسساتهم وكان ذلك بصعوبة بالغة.

-صعوبة إقناع المؤسسات الإستشفائية الخاصة بموضوع إجراء هذه الدراسة.

-صعوبة إجراء المقابلة مع الممرضين.

-تزامننا مع فترة وجود فيروس كورونا الذي كانت عدد الإصابات منخفضة إلا أن الخوف يبقى.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: سوسيولوجيا العنف في
المؤسسات الطبية

الفصل الثاني: سوسولوجيا العنف في المؤسسات الطبية

-تمهيد

-المبحث الأول: ماهية العنف

-المطلب الأول: معنى العنف

-المطلب الثاني: أشكال العنف

-المطلب الثالث: أسباب العنف

المبحث الثاني: سوسولوجيا الضحية

المطلب الأول: تعريف الضحية "المرضى"

المطلب الثاني: خصائص الضحية

المطلب الثالث: النظريات المفسرة للضحية

تمهيد

إن حقيقة غريزة البقاء والخوف من الموت، أمر غريزي طبيعي في الإنسان يتمثل ويأخذ أشكال مختلفة، ومن بينها العنف، فنرى في مصالح الإستعجالات صور للعنف بمختلف صورته الرمزي والجسدي واللفظي من قبل المريض ذاته وغالبا ما يكون مرافق المريض هو الذي يقوم بفعل الإعتداء الذي سبب الخوف من فقدان المريض وموته، فلهذا اختلفت تصورات العلماء حول مفهومي العنف، وتبيان أشكاله وبعض أسبابه، وكذا أهم النظريات التي فسرت ظاهرة العنف ضد الممرضين داخل مصلحة الإستعجالات.

1/المبحث الأول: تحديد مفاهيم العنف

1/1-المطلب الأول: معنى العنف

أولا-لغة

-العنف في اللغة العربية يشتق من مادة عنف، بحيث يقال عنف به وعليه أي أخذ بشدة وقوة، فهو عنيف، والعنف في لسان العرب هو الخوف بالأمر وقلة الرفق به، وهو الحذر الرفق، وأعنف الشيء أخذه والتعنيف هو التفرغ واللوم.

-أما قاموس شامبيرز القرن العشرين، فقد عرف العنف بأنه القوة الزائدة أو المفرطة أو الغير المضبوطة أو الغير المبررة.¹

-كلمة عنف فاللغة العربية من الجذر (ع - ن - ف) وهو خرق الأمر وقلة الرفق به، وعنف به، وعليه عنفا، وعنفه: أخذه بشدة وقسوة، ولامه وعيره، واعتنف الأمر: أخذه بعنف، وأتاه لم يكن على علم ودراية به، واعتنف الطعام والأرض: كرههما، واعتنفته الأرض نفسها: نبت عليه.²

-أما سوسيولوجيا:

-يمكن تعريفه بأنه شكل من السلوك القاسي المُستخدم في أي علاقة، وتشمل الضحايا أي شخص على الرغم من الاختلافات الاقتصادية والاجتماعية، مستويات التعليم، السن، والديانة.³

-العنف هو صورة من تفاعل الكائن الحي مع بيئته تؤدي الى الأذى الذي قد يصبه أو يصيب الآخرين في الجسد أو النفس أو الممتلكات، ويسبب أضرار قد تكون مقصودة أو غير مقصودة، تبدأ من التأذي والضيق وتنتهي بالإصابات الشديدة والقتل في قالب جاد أو هزلي.¹

¹عزيزة محروس محمد، أسباب العنف وآثاره على المجتمع المصري،(جامعة القاهرة، 2008-2009)، ص9.

²برهان رزيق، العنف الفطري والمكتسب، الطبعة الأولى، (سوريا: بموافقة وزارة الإعلام في سوريا على الطباعة رقم /114456/، تاريخ2-10-2017)، ص17.

³هدى المالكي، تعريف العنف لغة واصطلاحا، 3-ديسمبر -

<https://mufahras.com/%D8%AA%D8%B9%D8%B1%D9%8A%D9%812019>

-عرفه ارنستفاندينهاغ أنه " إستخدام القوة المادية لإلحاق الأذى والضرر والتخريب بالأشخاص والممتلكات، وقد يكون الهدف منه تحدي السلطة".²

-عرفه د. بكرالقباني، انه " نقيض الهدوء وهو كافة الأعمال التي تتمثل في استعمال القوة والقهر أو القسر أو الإكراه بوجه عام، ومثالها أعمال الهدم والإتلاف والتدمير والتخريب، وكذلك أعمال الفتك والتقتيل والتعذيب وما أشبه".³

- ترى نظرية الصراع تفسير ظاهرة العنف من خلال بمختلف أشكالها، على انها بون من الصراع الطبقي القائم على أسس مادية، وعليه يتم تفسير كل أفعال العنف بصفقتها سياسة بالقوة، وهكذا تقدم سرقة الماشية وإعتداءات اللصوص في الطرقات بصفقتها وقائع من الصراع بين طبقة المالكين وطبقة الفلاحين الذين لا يملكون أرضاً، ثم إنها تبشر في المدى القريب إلى حد ما بأزمة عامة في المجتمع.⁴

- يرى الطرح القانوني الذي يشير إلى قضية شرعية الفعل وعدم شرعيته، أي أن الفعل العنيف هو ذلك الفعل الذي يخالف إرادة الجماعة من حيث إستعمال القوة والتهديد بها بطريقة مخالفة للنصوص القانونية التي يحتكم إليها المجتمع في تنظيم أنساقه، فالعنف - حسب الطرح القانوني - بالضرورة كل فعل يخالف القانون، هذا القانون الذي اصطلحت عليه الجماعة واتفقت على الإحتكام لنصوصه التنظيمية.

-العنف هو إستخدام الضغط أو القوة إستخداماً غير مشروع، أو غير مطابق للقانون من شأنه التأثير على إرادة العنف ومن هذا الضغط والقوة تنشأ الفوضى فلا يعترف الناس بشرعية الواجبات مادامت الحقوق غير معترف بها فتنشر العلاقات العدائية في المجتمع وتنشأ مجموعات أو تكتلات

¹سحر فاروق الصداق، قيم العنف في صحافة الأطفال العربية بالتطبيق على ما يقرأه الطفل المصري دراسة للمضمون والقائم بالاتصال والجمهور، (كلية الاعلام، 2000)، ص30.

²Ernst van den hagg; political volence and civil disobedience (New York: har-per toreh book,1972), p 54.

³بكر القباني، ثورة 23 يوليو واصول العمل الثوري المصري، (القاهرة: دار النهضة العربية، 1970)، ص 109.

⁴ر بودون، ف بوريكو، المعجم النقدي لعلم الاجتماع، ترجمة، سليم حداد، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الثانية، 2007، ص 37.

تتفق على صيغة تفرض بها إرادتها على الأفراد والجماعات فينصب عنفها على الأفراد، أو على الممتلكات قصد إخضاع السلطة أو الجماعات الأخرى.¹

-يعرف ميشيل كورناتون العنف في معرض إعتراضه على محاولة البعض جمع وتصنيف جميع مظاهر العنف تحت مصطلح " العدوانية" بقوه له ان العدوانية هي احتمالية العنف، وهذا تعبير محايد، أكثر حيادا من مصطلح " العنف " يتسم بسمة أخلاقية شديدة، فالعدوانية هي استعداد في أعماق الإنسان، أما العنف فإنه الممارسة الناجمة عن العدوانية التي تكمن وراءه.²

-تعرف الزا شستر العنف رابطة بينه وبين العدوان بقولها: العدوان هو السلوك الذي يعكس الصراع الإجتماعي الذي يهدف إلى إلحاق الأذى الفيزيقي أو النفسي أو الإجتماعي.³

2/1-المطلب الثاني: أنواع العنف

أ- **العنف المادي:** هو الذي يلحق أضرار ملموسة بالممتلكات، مثل حرق وتهديم البنيات العمرانية والمنشآت الاقتصادية، وسرقة الأشياء أو تخريبها وإتلافها، وفيه أيضا العنف الجسدي الذي تستخدم فيه القوة الجسدية إتجاه الآخرين من أجل إيذائهم وإلحاق أضرار جسمية بهم مثل:

-الضرب -الحرق -الكي بالنار -الخنق -الدفع -اللطم -الركل...إلخ، وغيرها من الحركات التي تتميز بالقوة الجسدية مما يؤدي إلى الآلام وأوجاع وإلى معاناة نفسية جراء تلك الأضرار والتي قد تعرض صحة الفرد إلى الخطر.

ب- **العنف المعنوي:** وهو الذي يكون فيه موجه إلى الأثر الذي يولده هذا العنف على نفسية الأفراد مثل ممارسة الإرهاب والتخويف والتجاهل.⁴

¹فوزي أحمد بن دريدي: العنف لدى التلاميذ في المدارس الثانوي الجزائري، (أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث، الرياض)، ص 34.

²عبد الله عبد الغني غانم، جرائم العنف، (الطبعة الأولى، الرياض، 2004)، ص10.

³Iisa Schuster, kinder: kueche, KIBBUTZ Women and status Que. Maintenace in small social community, in anthropological quarterly, val 52, 1986, p191.

⁴عبد العال عادل، جرائم العنف وأنماطها ووسائلها والحد من إنتشارها، الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب، (تونس، 1993)، ص27.

وعليه يصطلح بالعنف النفسي أو الفكري أو الذهني، وهو العنف الذي يمارس من خلاله التسلط على الأفكار والمشاعر، وتكبح فيه المبادرات الذهنية، وإختيارات الفرد والجماعة، وتفرض فيه تبعية فكرية معينة، ويعرفه البعض (ممارسة التهديد بالعديد من الأساليب من أجل إثارة القلق النفسي بعدم إستقرار والأمن)¹.

-ج- **عنف فردي**: هو العنف الذي يلحق الأذى بالسلامة الجسدية أو المعنوية لشخص ما، حيث قد يكون المتضرر من هذا العنف الشخص الممارس ذاته إذا وجه الإعتداء نحو نفسه ومن مظاهره الإنتحار، تعاطي المخدرات، والكحول... إلخ.²

-د- **عنف جماعي**: ويتكون من الأشكال المنظمة للعنف، الإقتصادية والسياسية والإجتماعية، وعندما نتحدث عن العنف فإنه لا نقصد بالتحديد الأشخاص المتورطين بل نقصد أكثر البنية التي من خلالها يتم التعبير عن العنف، ومن هنا يبدو لنا العنف الذي تمارسه بعض الجماعات المنظمة، وعلى خلاف العنف الفردي فإن العنف الجماعي تتمو الدافعية إليه من خلال تفاعل العديد من العوامل الاقتصادية والإجتماعية وال نفسية، وتكون هذه العوامل الراسخة وبارزة في أذهان المشتركين في العنف الجماعي ويعملون على التعبير عنه، ومن جهته يرى شينيس في كتابه " تاريخ العنف " العنف الشعبي مثل الحروب، الإرهاب ، العصيان المدني، الإضرابات، والعنف الخاص مثل الإجرام، الإنتحار والحوادث ويتضمن هذا التقييم جزئيا العنف الجماعي والعنف الفردي.

-ر- **عنف منظم**: ويتم بصورة منظمة ومهياً مسبقاً، وغالبا ما يتخذ طابعا جماعيا منظما، كالعليات الإرهابية والإجرامية،

-ك- **عنف غير منظم**: وهو يندلع بصورة عفوية كردود أفعال على أوضاع مزرية أو قرارات تعسفية سواء بشكل فردي أو جماعي، وغالبا ما تكون جماعية، مثل: المظاهرات التي تنظم أعمال الشغب والعنف والإنتقالات سواء عسكرية أو مدنية وغير ذلك من أعمال العنف¹.

¹ عبد الكريم قريشي، العنف في المؤسسات التربوية، مداخلة بالملتقى الدولي، (بسكرة، 2003)، ص436.

² ARMAND TOUTI, violences de la réflexion à l'intervention, avec Eugène Enriquez, cultures en mouvement presses universitaire de France, 2004, p 70.

3/1-المطلب الثالث: أسباب العنف

لعل أحداث العنف التي تشهدها العديد من المجتمعات العربية وخاصة المجتمعات الجزائرية، خير دليل على جسامة وخطورة الوضع حيث باتت مظاهر العنف تهدد البناء الاجتماعي وتركيبية وتماسك البنية الاجتماعية، ولقد كانت لبعض الدراسات السابقة دور في إبراز محددات العنف ونذكر ما يلي:

-العوامل الاجتماعية:

يقول الأستاذ محمدسكيكر " للعوامل الاجتماعية دور في الانحراف وانتشار الجريمة، وكذا الإغتراب يلعب دور كبير في الانحراف وتفشي الجريمة"²، ومنه الأسباب الاجتماعية متنوعة وتمثل فـي:

1-التنشئة الاجتماعية والثقافية الخاطئة:

إن غياب دور الأسرة والمدرسة ودور العبادة " المساجد" عن أداء مهامها ودورها المنوط بها في تكوين وتوعية وتنشئة الشباب، يسمح بإنفلاتهم وتصلهم من جميع القيود والضوابط والمرجعيات الأخلاقية الرادعة، ويسمح لهم بالتصرف كما يحلو لهم بدون رقيب ولا حسيب، وهذا ما يسهل على هؤلاء الشباب من إمتهان العنف و الانحراف بدون جهد أو عناء، وفي هذا الصدد تقول " مزوز بركو" إن الأسرة كمؤسسة إجتماعية وباعتبارها المؤسسة الأولى لتنشئة الطفل وتهيئته، تلعب دور هاماً في تكوين شخصيته وإبراز قدراته وتمنجه طبعه، فمن البديهي جداً أن تلعب دوراً هاماً في تكوين كظاهرة العنف والعدوانية.³

²إبراهيم التوهامي، إسماعيل قيرة، وعبد الحميد ديلمي، التهميش والعنف الحضري، مخبر الإنسان والمدينة، جامعة منتوري قسنطينة،(عين مليلة: دار الهدى للطباعة للطباعة والنشر، 2004)، ص183.

²محمد سكيكر، العوامل المؤثرة في الجريمة والمجرم،(الإسكندرية الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي،2008)، ص43.

³بوبكر هشام، ليتيم ناجي، أسباب العنف الشبابي بالجزائر، معاني وأبعاد،(جامعة جيجل، جامعة سكيكدة)،

<https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/321/4/1/35942>، ص14.

كما يلاحظ أيضا ان هنالك تراجع في دور الأسرة والمساجد في عملية التوعية والتربية. مما قاد تكاثر العنف في جميع انساق المجتمع، ويقول عبد الرحمان العيساوي: يتم إنتقال العنف عبر الأجيال المتعاقبة عن طريق تقليد سلوك الآباء أو توفير الوالدين لنموذج من السلوك العنيف.¹

2-المشاكل الأسرية:

فمن بين أهم الأسباب التي تُوَجِّح سلوكيات العنف لدى الشباب الجزائري، هو عدم الإستقرار والإضطرابات التي يعيشها ويحياها هذا الشاب داخل الفضاء الاجتماعي وخاصة داخل الأسرة، لأن بعض الشباب للعنف في أسرهم، أو سكوت وتسامح بعض الآباء على بعض السلوكيات العنيفة، وتقول مزوزبركو " تسامح الآباء إزاء السلوك العنيف أو العدواني يؤدي إلى زيادة السلوك العدواني بين أفراد الأسرة " ²، فالمشاكل الأسرية تعتبر من أهم المصادر الرئيسة المغذية للسلوك الذي يتسم بالعنف، فهذا الجو الذي يتميز بالعنف يؤثر بشكل أو بآخر على باقي أنساق المجتمعات الأخرى مثال: الشاب الذي يمارس عليها العنف في البيت، سيحاول التنفيس على غضبه في محيط خارجي، أو يمارس العنف على أساتذته أو في المستشفيات وهكذا.

3-تعاطي المخدرات:

فظاهرة المخدرات والإدمان عليها تعتبر من أخطر القضايا، لما لها من تأثير مدمر على الشباب وأفراد المجتمع، فالإدمان عليها أصبحت مثيرة للردع والرغبة إلى حد كبير لدى مجتمعات العالم المدركة لأخطارها، إذ أنها أصبحت تهدد متناولها والمجتمعات البشرية بصفة عامة، ولوحظ إزدياد أعداد الشباب المتعاطين للمخدرات مما أدى إلى ارتفاع في الإصابة بالأمراض العقلية، والإنتحار والعنف وإنتشار العديد من السلوكيات المنحرفة كالجريمة والجنوح والإرهاب وتهريب الأسلحة وتزييف العملة.³

¹ عبد الرحمان العيسوي، دوافع الجريمة، (بيروت: الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، 2004)، ص114.

² مزور بركو، العنف عند الأطفال وأشكال العقاب الممارس على الطفل العنيف،(المنصورة: الطبعة الأولى، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2010)، ص 23.

³ سوسن شاكر مجيد، العنف والطفولة دراسات نفسية، (عمان: طبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، 2008، ص173.

أيضاً صرح الدكتور خالد أحمد الصالح أمين عام الاتحاد العربي للوقاية من الإدمان والتي يقع مقر أمانتها العامة في دولة الكويت بأن أمانة الاتحاد واللجنة الكويتية لمكافحة المخدرات التابعة للجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان وهي عضو في الاتحاد العربي للوقاية من الإدمان لم تفاجئنا بالمعلومات التي كشفتها وزارة الداخلية في دولة الكويت عن زيادة عدد المقبوض عليهم في قضايا التعاطي والإتجار بالمخدرات، وكما بينت الأرقام فإن أغلب المتعاطين والمتاجرين من المواطنين للأسف والتي استطاعت عصابات التهريب أن تسهل إليهم عملية التعاطي.

وأضاف الدكتور الصالح بأن الفترة الأخيرة قد شهدت زيادة في الجرائم والعنف ذات العلاقة بتعاطي المخدرات، وبين أن دولة الكويت من الدول التي يشكل الشباب فيها النسبة الأكبر، كما أنها دولة في طور النمو والتقدم وتحتاج إلى كل جهد الشباب لبناء دولتهم لهذا فإن تعاطي المخدرات يشكل الخطر الأكبر على التنمية بدولة الكويت ويضر بصورة مباشرة بأكثر شريحة في الشعب الكويتي وللأسف الشديد فقد لوحظ تراجع بنسبة 50% في السنوات الأخيرة في برامج التوعية والتصدي للمخدرات، كما تم توقيف اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات التي حققت نجاحات كبيرة قبل سنوات عديدة، وتنتهز الأمانة العامة للاتحاد العربي للوقاية من الإدمان وكذلك اللجنة الكويتية لمكافحة المخدرات والتي تضم في عضويتها نخبة من المختصين بمكافحة المخدرات تنتهز فرصة الشهر العالمي لمكافحة المخدرات في يونيو وهو الذي أقرته الأمم المتحدة بغرض مكافحة إساءة استعمال المخدرات والاتجار غير المشروع بها كل عام لتفعيل النشاطات التوعوية في مجال مكافحة المخدرات، وترجو من كل المهتمين والمعنيين المساهمة في هذه الحملة وورشة العمل المقامة افتراضياً في 26 يونيو لمكافحة المخدرات وكذلك المهتمين للانضمام إلى اللجنة الكويتية لمكافحة المخدرات من أجل القيام بالعمل الأمثل لوقاية شبابنا من هذه الآفة القاتلة، والتي كشفت الأحداث في الأشهر الأخيرة أن هناك استهداف لدول مجلس التعاون الخليجي من أجل نشر هذه المخدرات بينهم وأن وسائل التهريب قد أخذت صوراً وأشكالاً عديدة من أجل نجاح عمليات التهريب في دولنا، كما أن المواد المخدرة المصنعة وعلى رأسها حبوب الهلوسة والكتباجون أصبحت هي المواد التي تلقى رواجاً وتسبب أيضاً أضراراً صحية وعقلية وسلوكية خطيرة جداً عادة

ما يدفع ثمنها الشباب وأسره من ورائهم مما ينتج عنه ليس فقط مشاكل صحية وأخلاقية بل أيضاً مشاكل اجتماعية وأمنية واقتصادية تضر بالمجتمع بصورة عامة¹.

-البطالة: حيث يقول إحسان محمد الحسن " إن تفشي البطالة أدى إلى ظهور مشكلات الفقر وتدني المستوى المعيشي، وصعوبة الأوضاع الاجتماعية، وجميع هذه المعطيات السلبية أدت إلى زيادة وتكرار حوادث العنف والإرهاب².

فعدم حصول الشباب على فرص العمل والتوظيف بشكل عادل، يولد عند أنفسهم الإحباط والتذمر، وفقدان الثقة في وعود الحكومة بتأمين مناصب شغل تكفل لهم مستوى معيشي أحسن، فإحباط الناتج عن تدني المستوى المعيشي للشباب ما يفتأ إن ينقلب إلى مشاعر نقمة وثورة على الأوضاع، وأصبح يجمع الكثير من الشباب في أن السبيل الأمثل في تغيير وتحسين وقلب الأوضاع لا يكون إلا بإستعمال أساليب القوة وإثارة مظاهر العنف والشغب والتخريب، وهذا لإيصال صوتهم والتعبير عن رأيهم ومطالبهم ولفت الإنتباه المسؤولين والقادة، وهذا حتى تؤمن لهم مناصب شغل.

فالبطالة هو أحد افرازات العنف، بحيث يوجد إحتكاك دائم بين الطبقة اتي تعاني من البطالة وبين الطبقة الحاكمة التي لها سلطة القرار.

² خالد أحمد صالح، زيادة في الجرائم والعنف ذات العلاقة بتعاطي المخدرات، موقع الالكتروني القبس،

<https://alqabas.com/article/5850081>، PM2022، 4.35-2-23، تم رؤيته يوم 2021/5/23

² إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الجريمة والانحراف، (عمان: الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، 2008)، ص 151.

المبحث الثاني: سوسيولوجيا الممرض كضحية للعنف:

بدأ الإهتمام الحقيقي بالضحايا بعد الحرب العالمية الثانية، إدعى مندلسون 1974 أن فكرة الضحية قد زرعت قبل الحرب ولم يتم البحث فيها مرة أخرى إلا بعد إنتهاء الحرب، حتى أواخر الستينات ركز علماء الضحايا على ضحايا الجريمة، كانت الأعمال في هذا العلم مستوحاة من علماء الإجرام والعاملين في مجال العدالة الجنائية الذين أدخلوا فكرة الضحايا في المناقشات الأكاديمية حول الجريمة، في جهودهم لفهم الجريمة وبهذا ظهر الاهتمام ليس فقط في دور الضحايا الجريمة ولكن أيضا في ضرر الضحايا بوصفهم الطرف المنسي لنظام العدالة الجنائية¹.

-المطلب الأول: تعريف الضحية:

عرف مصطلح الضحية عام 1947 من قبل **بنايمين مندلسون** من خلال إشتقاقه من المصطلح اللاتيني " الضحية **victim**"، والمصطلح اليوناني "علم **logos**" التي تعني علم الضحايا، ويعود مصطلح "الضحية" إلى قديم الثقافات والحاضرات، كان معناها الأصلي متجذر في ممارسة التضحية، أي قتل شخص أو حيوان لإرضاء الواجب على مر الوقت.

يقصد بمصطلح **الضحية** أو "الضحايا" هم الأشخاص الذين أصيبوا بضرر فرديا أو جماعيا، بما في ذلك الضرر البدني أو العقلي أو المعاناة النفسية أو الخسارة الاقتصادية، أو الحرمان بدرجة كبيرة من التمتع بحقوقهم الأساسية، عن طريق أفعال أو حالات إهمال تشكل إنتهاكا للقوانين الجنائية النافذة في الدول الأعضاء، بما فيها القوانين التي تحرم الإساءة الجنائية لإستعمال السلطة.

يمكن إعتبار شخص ما ضحية بمقتضى هذا الإعلان، بصرف النظر عما إذا كان مرتكب الفعل قد عرف أو قبض عليه أو قوضي أو أدين، بصرف النظر عن العلاقة الأسرية بينه وبين الضحية، ويشمل مصطلح "الضحية" أيضا حسب الإقتضاء، العائلة المباشرة للضحية الأصلية أو معانيتها المباشرين والأشخاص الذين أصيبوا بضرر من جراء التدخل لمساعدة الضحايا في محتهم أو لمنع الإيذاء².

¹ Jo-Anne Wemmers, op, cit, pp05

² إعلان بشأن المبادئ الأساسية لتوفير العدالة لضحايا الجريمة وإساءة إستعمال السلطة، (نشر بموجب مبدأ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 34/40 المؤرخ في 29 تشرين الثاني/نوفمبر 1985، جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق

-تعرف الضحية أيضا هي فرد (أو تنظيم) يمتلك أحد عناصر جاذبة تم إيقاعها في شبكة الإحتيال، أو إغتصبت جنسيا أو حولت إلى رهينة لإبتزازها، أو هي نتاج صراع فردي (أو تنظيم مع أفراد) ينطوي على إجتماعية غير متكافئة، وعلى قوى إقتصادية غير متكافئة، وعلى قوى إقتصادية غير متوازنة.¹

تعتمد جمعية الضحايا الفرنسية الأولى في تعريفها، أن الضحية هو شخص يعترف بأنه أصيب في سلامته إصابة شخصية من عامل مسبب خارجي تسبب في ضرر واضح، تم تحديدها على هذا النحو من قبل غالبية الجسم الإجتماعي أي شخص يعاني من ضرر معترف به من قبل الآخرين.²

المطلب الثاني: خصائص الضحية

تشير بعض الدراسات إلى أن هنالك بعض الخصائص الصحية المختلفة بها ضحايا الجريمة مثل: الإنحطاط في القوى الجسدية والأمراض العضوية والضعف في القدرات العقلية والإدمان على المخدرات وحالات الإكتئاب والإحساس بالضيق³، وإذا كان كل أفراد المجتمع من المحتمل وقوعهم ضحايا للجريمة فإن الشخص المريض من أكثر الفئات إحتمالا وقوعا ضحية للجريمة، وهذا لعدم قدرة المريض على إدراك ما يحيط به من خطر وضعف المقاومة والدفاع عن النفس، فالشخص المريض أقل قدرة من غيره من الأصحاء في الدفاع عن نفسه أو عن عرضه أو عن ماله.⁴

كما هنالك بعض الأمراض الجسدية التي تصيب بعض الأشخاص، كالإعاقة الجسدية، وشلل الأطراف والعمي والصرع والبكم، دون أن ننسى الإضطرابات العقلية وكذلك مدمنو الخمر

(الإنسان)، موقع إلكتروني تم رؤيته يوم 2022/2/28، الساعة 3.13،

. PM www.hrlibray.umn.edu/arab/b049.html

¹معن خليل عمر، علم ضحايا الإجرام، ط1، (عمان: دار الشروق، 2009)، ص63.

² Clincienne (hypnose éricksonienne, EMDR, thérapie brève), Evelyne josse psychotérapeute , privée, psychologue du programme ASAB, expert en hypnose judiciaire, consultante en psychologie humanitaire, 14 avenue fond du diable, 1310 la Hulpe, belgiqu psychologue, 2006, pag11.

³أحمد عبد اللطيف الفقي، الجاني والمجني عليه وحقوق ضحايا الجريمة، (القاهرة، دار الفجر، 2003)، ص12.

⁴سواكري الطاهر، خصائص ضحايا الإجرام: محاولة للتحليل السوسيولوجي، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة البليدة2، محاضرات موجهة للطلبة جامعة البليدة، ص6.

والمخدرات، وكذلك بعض الصفات النفسية مثل الجشع والإهمال والإكتناب والوسواس والشذوذ الجنسي كل ذلك وما إليه قد يعرض الفرد أكثر من غيره للوقوع ضحية للجريمة¹.

-**الوضع الاقتصادي:** يرى بعض الباحثين أن ثراء البعض من الناس يجعلهم معرضين للسرقة التي تقترن بالعنف وسرقة المساكن والسطو عليها، وغالبا ما يتعرض أصحاب هذه المساكن إلى إعتداءات جسدية من طرف المجرمين تصل إلى درجة القتل في الكثير من الأحيان، هذا ولا يكون الثراء دائما سببا في وقوع بعض الأفراد ضحية لجرائم السرقة وما يرتبط بها من جرائم القتل والإيذاء، فقط لاحظ عزت عبد الفتاح من خلال دراسة لعينة من الضحايا لم يكونوا أحسن حالا من المجرمين الذين قاموا بالإعتداء عليهم، فهؤلاء المجرمين كانوا يقاسون حالة إقتصادية سيئة ومتدهورة أن ضحاياهم على قدر من الثراء².

يوجد بعض الضحايا يوحون للآخرين بأنهم أثرياء رغم أنهم ليسوا كذلك في الواقع، فبعض المجرمين يفكر في جريمته بدون التمييز بين الشخص الثري أو الشخص الفقير، المهم أن يحقق مبتغاه بإرتكابه للجريمة تحت الجريمة تحت تأثير الأسباب التي تدفعه للقيام بذلك، ومما تجدر الإشارة إليه أن الأغنياء وأبنائهم كثيرا ما يقعون ضحايا لجرائم الخطف بقصد إحتجازهم كرهائن والحصول على فدية مقابل الإفراج عنهم، وأشار سذرلاند في كتابه " مبادئ علم الإجرام"، أنه إنتشرت ظاهرة خطف الأثرياء من أفراد الطبقات العليا بغرض الحصول على الفدية، ومع أن خطف الأشخاص الأثرياء وأبنائهم كان منتشرا في الولايات المتحدة الأمريكية، إلا أن تفشي هذه الظاهرة بمعدلات كبيرة زاد في ذلك الوقت ولم يكن الخطف بقصد الفدية شيئا في الولايات المتحدة الأمريكية ولكن الشيء الوحيد الجديد كان أهمية الضحايا³.

¹ أحمد عبد اللطيف الفقي، الجاني والمجني عليه وحقوق ضحايا الجريمة، (القاهرة، دار الفجر، 2003)، ص 35.

² صالح السعد، علم المجني عليه "ضحايا الجريمة"، (الأردن دار الصفاء، 1999)، ص 67.

³ أحمد عبد اللطيف الفقي، مرجع سبق ذكره، ص 20.

يرى **موريس كوسان** أن الأشخاص في الولايات المتحدة الأمريكية لا يغادرون منازلهم ليلاً خوفاً من وقوعهم ضحايا للجريمة وإن فعلوا ذلك وخرجوا من منازلهم فإنهم يستقلون سيارة أجرة أو ينتزهون في سياراتهم وأبوابها ونوافذها مغلقة بإحكام وذلك أيضاً خوفاً من الجريمة.¹

-**السن:** بعض العلماء أن معدل احتمال سقوط الأشخاص ضحايا للجرائم يتناسب تناسباً طردياً إلى حد كبير مع السن، فكل عمر يحمل بعض الأخطار الخاص به، بالرغم أن نسبة الأخطار تختلف باختلاف الزمان والمكان والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد.

تبدأ مرحلة خطورة القتل والختف ووقوع الإنسان ضحية منذ ولادته، إذ يوجد قتل الأطفال الرضع، وكذلك الطبقات الدنيا يتعرض لسوء المعاملات والإستغلال، كما أنه أكثر عرضة من غيره لجرائم الخطف، فالطفل يحكم ما يعتريه من سمات المتمثلة في تكوينه النفسي والجسدي الضعيف وقلة خبرته وتجربته في الحياة وعدم نضجه وسهولة التأثير عليه وعدم إدراكه لما يقع عليه من إعتداءات، بل وحتى عدم قدرته للدفاع على نفسه إذ قدر أن يدرك خطورته (تجعل منه هذه الصفات هدفاً مثالياً للعديد من الإعتداءات الإجرامية من قبل من لديهم إستعداد إجرامي وتغريهم هذه الصفات بالإعتداء على الطفل)².

يلخص الدكتور معن خليل عمر الخصائص التي تتصف بها فئة الأطفال والتي تجعل منهم ضحايا وهي كشكل نقاط:

- تكون ضعيفة جسدياً غير قادرة على الدفاع على نفسها.

- قليلة الخبرة في التعامل الإجتماعي ومفردات الحياة اليومية وسهولة التأثير عليها.

- عدم إدراكها لما يقع عليها من الإعتداءات.

- سهولة إستغلالها وسوء التعامل معها.

- لا توجد قوانين وتشريعات قضائية تدافع عنها أو تحميها من الإعتداء.³

¹ إدوين سدرلاند، دولاند كريسي، مبادئ علم الإجرام، (مصر، المكتبة الأنجلو المصرية، 1969)، ص 328.

² أحمد عبد اللطيف الفقي، مرجع سبق ذكره، ص 14.

³ معن خليل العمر، علم الضحايا الإجرام، (الأردن، دار الشروق، 2009)، ص 72-73.

-**الجنس:** بعض الإحصاءات أثبتت أن نسبة الجريمة عند المرأة تقل بكثرة عن نسبة إجرام الرجل، كما أفادت هذه الإحصاءات أن المرأة أكثر عرضة من الرجل لوقوعها ضحية للجريمة، وبصفة خاصة في جرائم العنف كالضرب، وجرائم العرض أو الخطف والإغتصاب¹.

وقد تتعرض المرأة إلى بعض الجرائم الأخرى كالإجهاض، والإتجار بالنساء، والإستغلال في الدعارة أو السياحة الجنسية، وبالنسبة للنساء ضحايا العنف الأسري، فيلاحظ أن النساء ضحايا أن العنف الأسري يفوق الضحايا من الرجال في نطاق الأسرة، وأهم مظاهر العنف الأسري الواقع على النساء نجد الضرب وسوء المعاملة الإنتقام للشرف يضاف إلى ذلك جرائم قتل الزوجات وجرائم زنا المحارم².

-**أسلوب الحياة:** يؤكد علماء الضحايا الإجرام أن أسلوب الحياة الفرد يلعب دورا هاما في وقوعه ضحية للجريمة، فمثلا الذي يسلك مسلكا منحرفا كالشذوذ الجنسي وإمتهان الدعارة وإحتراف الإجرام وإدمان الخمر والمخدرات يتعرض أكثر من غيره للوقوع في الجريمة كالإبتزاز أو السرقة أو النصب والقتل وجرائم العرض، كما أن العيش في مكان منعزل مثل الأثرياء والمشاهير بعيدا عن أعين الناس، فيكون منزلة عرضة للسلوك الإجرامي كالسطو والسرقة لأن الإنعزال يمثل مكانا جاذبا يغري المطاردين للأثرياء وأصحاب الأموال، لكي يستحوذوا على ما يملكون بالحيلة أو القوة³.

كما قد يكون أسلوب حياة الفرد على التمييز بين الأمور ويقل لديه الحذر والحيطة فيغدو هدفا سهلا للمحتالين والمجرمين، أما الفرد البخيل فإنه يثير شبهة إمتلاك المال ويلفت الأنظار إليه هذا من ناحية أخرى فالبخل يعكر صفو علاقات البخيل مع غيره من أفراد المجتمع، حيث يصبح منبوذا يتفادى الإختلاط معه، فيصبح معزولا عن الناس مما يفقد مصدر الحماية ويصبح ضحية سهلة المنال لا من الغرياء فقط بل حتى من المقربين منه.

¹ عزة كريم، الخبرة بالجريمة حول العالم، الخيرة بالظاهرة الإجرامية، ضحايا جرائم الإعتداء على النفس والمال، (القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1998)، ص 27.

² سواكري الطاهر، خصائص ضحايا الإجرام: محاولة للتحليل السوسيولوجي، جامعة البليدة-2، ص 4.

³ معن خليل العمر، علم الضحايا الإجرام، ط1، (عمان: دار الشروق، 2009)، ص 75.

المطلب الثالث: نظريات المفسرة للضحية

تلعب الضحية أحيانا دورا في تسهيل ارتكاب الجريمة ضدها ويمكن طرح بعض النظريات التي فسرت دور الضحية في ارتكاب الجريمة ضدها.

1- نظرية شكل الحياة: ومن رواد هذه النظرية **هندلينج** و**غور** **تفردسون**، و**جاروفالو**، إنطلق هؤلاء العلماء من تساؤل وهو: لماذا نجد شخصا أو مجموعة ما أكثر عرضة لأن يكونوا ضحية لجريمة ما؟

وتتعلق هذه النظرية من احتمالات وقوع الفرد ضحية للجريمة من جراء ثلاث عوامل وهي:

- أسلوب الحياة الذي يتبعه الفرد.

- الأشخاص الذين يختلط بعضهم ببعض.

- الأشخاص الذي يكون الفرد معرضا لهم.

فمن خلال هذا يعني أن الفرد الذي يختار أسلوبا للحياة يختار ضمنا مع هذا الأسلوب درجة احتمال وقوعه ضحية للجريمة، ثم عدلت النظرية من طرف **غاروفالو** حيث أضاف ثلاث متغيرات هي:

- رد فعل إتجاه الجريمة.

- جاذبية الهدف.

- الاختلافات الفردية.

وبذلك يكون **جاروفالو** بإضافته للمتغيرات الثلاث قد أضاف بعدا البناء الاجتماعي لهذه النظرية، ويقسم هذه النظرية بعض الباحثين إلى ثلاث أقسام:

- الأدوار الاجتماعية.

- المكان أو الموقع في البناء الاجتماعي.

-الجزء العقلاني أو الكون العقلاني¹.

-2-نظرية الأنشطة الروتينية: رائد هذه النظرية ماركوس فيلسون، وكوهين، وتقوم على ثلاث ركائز وهي: وجود جاني محتمل ويقصد به تواجد شخص معين أي مجرم بطبعه، أو تتوافر لديه الميول الإجرامية، توفر الهدف المناسب ويقصد به أيضا هي الضحية حينما تساعد في ارتكاب الجريمة عليها من خلال توفير الفرص الملائمة في حالة التقصير والإهمال، غياب الحماية الجيدة ويعني ذلك أن المجرم يختار الأماكن التي تقل فيها الحماية والأمن وذلك من خلال دراسات التي أجريت في أمريكا².

ويمكن إسقاط نظرية نمط الحياة والأنشطة الروتينية على الضحايا من الممرضين في المستشفيات من خلال عمل الممرض الليلي، وكذلك مرافق المريض الذي أي تقصير لكي يقوم بممارسة عنف ضد الممرضين بحكم وجودهم في الواجهة والأقرب إلى المريض، وأن الممرضات أكثر عرضة للعنف بحكم البنية المورفولوجية.

-3-نظرية الإختيار العقلاني: يرجع هذا التصور للباحث رون كلارك وإن العوامل التي تدفع للإجرام أو السلوك العنفي من خلال:

-وجود حراسة فعالة من عدمه.

-مقدار المردود النفعي، ويقصد بالمنفعة الناتجة عن الفعل الإجرامي، إن الفرصة المناسبة للفعل الإجرامي تنشأ من عدم وجود حراسة فعالة، وهي بذلك تصبح العامل الرئيسي في عملية " الضحية"، أو الموقف الإجرامي المناسب، وعملية إختيار هذه لا تحدث بدون توافر مردود نفعي أي الفائدة أو الإنتفاع من الفعل الإجرامي³.

¹ ولد غويل خليفة، محاضرات في علم الضحايا، محاضرات موجهة لطلبة ماستر I علم الاجتماع الجريمة

والإنحراف، جامعة البويرة-[http://shs.univ-bouira.dz/wp-](http://shs.univ-bouira.dz/wp-content/uploads/2020/04/%D8%B9%D9%84%D9%85-)

[content/uploads/2020/04/%D8%B9%D9%84%D9%85-](http://shs.univ-bouira.dz/wp-content/uploads/2020/04/%D8%B9%D9%84%D9%85-)

[.pdf](http://shs.univ-bouira.dz/wp-content/uploads/2020/04/%D8%B9%D9%84%D9%85-) 2021/2020 .%D8%A7%D9%84%D8%B6%D8%AD%D8%A7%D9%8A%D8%A7.pdf

² عمرو العروسي، المركز القانوني للضحية في الفقه الجنائي الإسلامي، دراسة في علم المجني عليهم (الإسكندرية: دار المطبوعات الجامعية، 2010)، ص 83.

³ ولد غويل خليفة، محاضرات في علم الضحايا، مرجع سابق.

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل تم التعرف على بعض المفاهيم المتعلقة بالعنف والعدوان، وكذلك أشكال العنف والعدوان وأهم النظريات المفسرة له، كما تم التطرق إلى محور خاص بالضحية من إبراز تعريف مفاهيم الضحية والعوامل التي تؤدي به ليكون ضحية، كما تطرقنا الى بعض النظريات التي فسرت كيف يقع الضحية في شرك الإجرام أو العنف.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: سوسولوجيا الصحة
والأخطاء الطبية في القطاع الإستشفائي
في الجزائر

الفصل الثالث: سوسيولوجيا الصحة والأخطاء الطبية في القطاع

الإستشفائي في الجزائر

-تمهيد

-المبحث الأول: سوسيولوجيا الصحة

-المطلب الأول: نشأ علم الاجتماع الطبي

-المطلب الثاني: النظام الصحي الحديث

-المطلب الثالث: صور الخطأ الطبي

-مطلب الرابع: الثقافة الصحية والعلاقة بين الطبيب والمريض

-المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر

-المطلب الأول: لمحة تاريخية للمنظومة الصحية الجزائرية

-المطلب الثاني: مراحل السياسة الصحية في الجزائر

-المطلب الثالث: مشاكل وتدابير القطاع الصحي في الجزائر

خلاصة

تمهيد

لقد عرف النسق الصحي في الجزائر جملة تغيرات، طرأت من خلال المعتقدات السائدة في عملية الإستشفاء في شكلها الأول، ثم تطور الأمر من خلال عمليات الفحص الطبي الذي يأخذ أبعاد ومؤشرات، ولكن غالبا ما ينجر عن الممارسة الطبية بعض الأخطاء الطبية التي قد تؤدي بالمريض إلى الموت، أو الإعاقة الدائمة، ومنه قد مرت السياسة الصحية في الجزائر بمراحل مختلفة التي بدأت من الحقبة الإستعمارية وصولا بالإستقلال، إلا أنه عرفت السياسة الصحية جملة مشكلات داخل النسق الإستشفائي، إلا أنه دائما تحاول المراكز الإستشفائية التركيز على الخدمة الصحية والسهر على راحة المرضى وتوفير كل وسائل العلاج بغية الوصول إلى المستوى الممكن لأجل تحسين خدماتها .

-المبحث الأول: سوسيولوجيا الصحة

-المطلب الأول: نشأ علم الاجتماع الطبي

تطور مفهوم الصحة تطورا ملحوظا مع تقدم المجتمعات البشرية، فقد كان مفهوم الصحة عند قدماء الإغريق يتجه أساسا نحو الصحة الشخصية، أي إهتمام الفرد بنظافته وتغذيته، وكان لهم إله خاص بالصحة يدعى **هيجيا**، ومن هذه الكلمة الإغريقية إشتقت كلمة الصحة والتي تعني النظافة، ومع مرور الزمن تطورت هذه الكلمة لتعني باللغة الإنجليزية **"Health"**، حيث أن هذه الكلمة أشمل وأوسع مفهوما من كلمة **"Hygiene"**، والتي تعني مفهوم الصحة الشخصية، وللصحة مفهوم إجتماعي أيضا نظرا لربط هذا المفهوم بالحكم والأمثال فيقال: الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يعرف قيمتها إلا المرضى، ومنهم من قال درهم وقاية خير من قنطار علاج وغيرها¹.

كان ظهور علم الاجتماع الطبي نتيجة طبيعية لإهتمام المشتغلين بالطب بالجوانب الاجتماعية، والثقافية للصحة والمرض والخدمات الصحية، وقد جذب هذا الفرع الجديد- من فروع علم الاجتماع- جمهورا كبيرا من علماء الاجتماع، فتراكمت الدراسات الاجتماعية الطبية، وشملت عديدا من الموضوعات المرتبطة بالحصة والمرض وقاية وعلاج.

البعض من المراجع والمصادر ترى أن منذ العقد السابع من هذا القرن، بدأ الإهتمام بعلم الاجتماع الطبي بتزايد، ويتضح كمجال جديد من مجالات بحوث العلوم السلوكية، ومع ذلك فلا يزال هذا المجال الجديد تميز بعدد من الإهتمامات والمداخل ووجهات النظر، وقد أصبح العلم في السنوات العشر الأخيرة أكثر إختلافا عن ذي قبل، بفعل الحاجة المتزايدة إليه، وزيادة إهتمام المجتمع بمشكلات الرعاية الصحية وأسلوب أدائها والسياسة الصحية،² أضف إلى ذلك أن تقدم المعرفة الطبية وتكنولوجيا الطب وتزايد مسؤولية الدولة عن الرعاية الصحية، وتحمل تكاليفها المرتفعة، يثير إهتمام البلدان المتقدمة والمتخلفة على السواء، بكيفية التنظيم الأمثل للقوى البشرية والمصادر الصحية المحدود في المجتمع، والواقع أن المصادر الغربية ترجع ظهور علم الاجتماع

¹تالا قطيشات، إبراهيم أباطة، وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، (عمان: دار المسيرة)، ص15.

²David Mechanie, Medical Social Sociology, the Free Press, New York, 1978, p VII.

الطبي في كل من أوروبا وأمريكا كفرع متميز من فروع علم الاجتماع إلى الفترة التالية مباشرة للحرب العالمية الثانية.¹

بعض المصادر العربية الإسلامية تحتوي إشارات عميقة وعديدة عن علم الاجتماع الطبي عند العرب، ولاسيما الكتاب القدامى الذين عاشوا بعد القرن التاسع الميلادي أمثال الأندلسي ابن عبد ربه، وابن قتيبة الدينوري، وإخوان الصفا وأبن سينا، والبغدادى، والأزرقي إبراهيم بن عبد الرحمان بن أبي بكر.²

الواقع أن المفكرين والكتاب العرب قد تطرقوا خلال القرن التاسع الميلادي وما تلاه- إلى تناول الموضوعات الرئيسية ذات الصلة الوثيقة بما يسمى علم الاجتماع الطبي، فقد تناولوا صورة الطبيب الاجتماعية، ونظام العمل الطبي بين الأطباء المتخصصين في فروع الطب المختلفة، فمنهم الأطباء الباطنيون، والجراحون، وأطباء الأسنان، والمختصين في الأمراض العقلية، وأكباء العظام والمتخصصون في علاج النساء وغيرهم.³

لم يكن التخصص الطبي قاصرا على الأطباء من الرجال، فكانت "رفيدة" تداوي الجرحى المسلمين وتقوم برعايتهم، وفي أواخر الدولة الأموية كانت زينب طبيبة بني أود خبيرة بمداواة العين والجراحات، وصناعة الكحالة والطب، كذلك كانت أخت أبي بكر بن زهر وإبنتها عالمة بمداواة النساء وعلاج أمراضهن.

والواقع أن هنالك أربعة رواد في علم الاجتماع استطاعوا الإسهام المتميز في علم الاجتماع الطبي، وتوظيف المعرفة السوسيولوجية في فهم الممارسة الطبية والصحة والمرض، وبالتالي تقديم نتائج علم الاجتماع للمشتغلين بالطب، لتدعيم فهمهم للمجتمع طالب الخدمة، ولتفسير الأداء المهني، ويأتي **بارسونز** على رأس هؤلاء الرواد، حيث قدم تحليلا سوسيولوجيا لدور المريض، كما قدم **روبرت ميرتون** إسهامات عديدة حول التعليم الطبي والنظرية الاجتماعية، ثم جاء الرائد

¹ديريك جيل وأندرو توادل، "علم الاجتماع الطبي ترجمة لجمال السيد، المجلية الدولية للعلوم الاجتماعية"، العدد 32(*)، مركز مطبوعات اليونسكو، القاهرة، (يوليو 1978)، ص2.

²علي المكاوي، تقيم محمد الجوهري، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، القاهرة، ص30.

³محمد كامل حسين وآخرون، الموجز في تاريخ الطب والصيدلة عند العرب، المنظمة العربية للتربية والثقافية، القاهرة، ص229.

إليوتفريدسون، وتبعه دافيدميكانيك، وما قدماه من دراسات حول سلوك المرض، وعلاقة الطبيب بالمرض، والأنماط المعيارية التي تحكم هذه العلاقة... إلخ¹.

ترجع الجذور الفكرية لعلم الاجتماع الطبي في إنجلترا إلى عام 1842، حينما قدم المصلح الاجتماعي "إدوينشادويك" تقريرا رائدا للحكومة عن الظروف الصحية للطبقة العاملة ووسائل تحسينها *Report on the sanitary conditions of the laboring population and the means of its improvement* على أهمية الصحة العامة، وسبل الوقاية وأهمية نظافة البيئة والمياه النقية في الوقاية من المرض، كما تحدث عن العوامل التي تؤثر في انتشار المرض في الأوساط الاجتماعية المختلفة، وقد دعم تقريره بإحصائيات موثقة حول معدلات انتشار المرض والوفيات في المجتمع البريطاني.

وفي عام 1854، حدث تطور علمي مهم، حيث تمكن العالم الانجليزي جون سنومن خلال ملاحظته لنمط انتشار الكوليرا في عدة مناطق في لندن من تحديد مصدر انتشار الوباء، وهو وجود مورد للمياه الملوثة، وتم بالتالي التحكم في انتشار المرض من خلال تنظيف المياه، وذلك قبل اكتشاف البكتيريا الناقلة للمرض، وكان ذلك من إرهاصات علم الأوبئة *epidemiology* وهو الدراسة العلمية لحدوث الأمراض وانتشارها.

على الرغم من أن مصطلح علم الاجتماع الطبي لم يستخدم في ألمانيا قبل عام 1955، إلا أن الفكرة لها تراث طويل في الفكر الطبي الألماني، والواقع أننا لن نحاول متابعة التطور الكامل للتفكير في المجال الذي نسميه اليوم علم الاجتماع الطبي، لكن ثمة حدثين كلاسيكيين أثرا في ظهور وتطور علم الاجتماع الطبي، وهما: كتابات كل من (سالومون نيومان) عام 1847 و رودلف فيرشوحوالي عام 1848، وكتاب فرانز موللر - لاير علم اجتماع المعاناة **'Sociology of Suffering'** الذي صدر في عام 1914.

فقد كتب الطبيب الألماني سالومون نيومان (1819 - 1908) - الذي كان صديقا حميما لفيرشو - في عام 1847 كتابا بعنوان (الرعاية الصحية العامة والملكية) أكد فيه أن علم الطب في جوهره وحقيقته علم اجتماعي، وعلى الأطباء توسيع أنشطتهم المعتادة لتشمل جمع الإحصاءات

¹ علي المكاوي، تقييم محمد الجوهري، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، القاهرة، ص 27.

الإجتماعية المتعلقة بالصحة والمرض، ومن ثم الإسهام في إعادة توجيه سياسات الدولة نحو القضايا الاجتماعية المرتبطة بالصحة، وفي هذا المسعى ينبغي عليهم الوصول لمؤسسات الدولة التي تتحمل مسؤولية ضرورية لتحسين صحة أفراد المجتمع، وباعتبار أن الصحة هي الشئ الوحيد الذي يمتلكه الفقراء، فينبغي أن تتبنى الدولة سياسات إجتماعية لحماية حقوق الملكية لمواطنيها.

بدأت إرهابات علم الاجتماع الطبي في الولايات المتحدة الأمريكية في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وكان الأمر اللافت هو أن الأطباء - وليس علماء الاجتماع - هم من كان لهم قصب السبق في تأسيس هذا العلم الجديد. ففي عام 1894 استخدم الطبيب الأمريكي تشارلز ميك انتاير لأول مرة مصطلح علم الاجتماع الطبي، عندما كتب مقالاً تحت عنوان أهمية دراسة علم الاجتماع الطبي *The Importance of the Study of Medical Sociology* في مجلة الأكاديمية الطبية الأمريكية *Bulletin of the American Academy of Medicine* في عددها رقم 19، ووضع في هذا المقال أول تعريف لعلم الاجتماع الطبي، وبعد ذلك وفي عام 1902 نشرت "إليزابيث بلاكويل (1821- 1910)" كتاباً تحت عنوان مقالات في علم الاجتماع الطبي *Essays in Medical Sociology* وكانت بلاكويل أول خريجة لكلية طبية أمريكية، وكانت أول طبيبة في العصر الحديث.، وأوضحت بلاكويل في هذا الكتاب بعض القضايا المرتبطة بعلم الاجتماع الطبي، والتي تعكس الأبعاد الاجتماعية للظواهر الصحية والمرضية، كالدين والنوع والممارسات الجنسية وعلاقتها بالمرض، ودور البغاء في انتشار بعض الأمراض، والتربية الأخلاقية للشباب ودورها في الوقاية من المرض، والمسئولية الطبية للأطباء، وصحة المرأة، وغير ذلك من القضايا.

وأصدر طبيب أمريكي آخر هو جيمس بيترورياس في عام 1909 كتاباً يحمل عنوان علم الاجتماع الطبي تناول فيه عدداً من القضايا المتعلقة بالطب والمجتمع، وأكد فيه على أهمية الوعي الاجتماعي بالقضايا الطبية، والصحة والمرض. وناقش بعض القضايا التي أوردتها بلاكويل مثل الصحة الجنسية للشباب، وتأثير تعليم البنات على مستواهن الصحي، وفي نفس العام (1909) أنشئت الجمعية الأمريكية للصحة العامة *The American Public Health Association* قسماً لعلم الاجتماع الطبي استمر حتى عام 1921، إهتم بالأبعاد الاجتماعية للصحة والمرض، وذلك قبل صدور أية دورية من الجمعية الأمريكية لعلم الاجتماع.، وفي عام 1915 كتب ميك

انتاير مقالاً آخر استبدل فيه مصطلح علم الاجتماع الطبي بمصطلح الطب السوسيولوجي Sociologic Medicine، حيث كان عنوان المقال (اتساع الطب السوسيولوجي) The Expanse of Sociologic Medicine وجاء المقال في مجلة جديدة تحمل نفس الاسم (الطب السوسيولوجي) صدرت عن الأكاديمية الطبية الأمريكية، واستمرت في الصدور من عام 1915 حتى عام 1919¹.

في بعض المصادر والمراجع التي ترى أن علم الاجتماع الطبي في الولايات المتحدة الأمريكية، قد راح ينمو بعد الحرب العالمية الثانية، وساهمت المؤسسات الخاصة والوكالات الحكومية في تمويل الأبحاث، وفي إزدهار برامج التدريب، وزيادة عدد المتخصصين فيه ولذلك ظهرت الكتابات الجادة في هذا المجال الجديد فيما بين عامي 1950 و 1960، حيث حدث التحول خلالها من الرؤية الإجتماعية المصغرة، إلى الرؤية الكبيرة، ومن النظرة الجزئية إلى النظرة الكلية، وهذا حتم الأخذ بالأسباب الإجتماعية عند التفسير الفسيولوجي والبيولوجي للمرض.²

-المطلب الثاني: النظام الصحي الحديث

فالتبعية الإستشفائية التقليدية كانت تعتمد على جملة من المعتقدات الفيزيقية، كزيارة شيخ القبيلة أو الزاوية والطلب منه الإستشفاء من مرض عضوي أو نفسي أو روحاني، أو التداوي بالشعوذة والسحر، أو طلب الرقية من الإمام، وحتى التداوي بالأعشاب الطبية الغير الخاضعة للدراسة العلمية، عكس الأدوية الكيماوية التي هي نتيجة لخبرات وتجارب سريرية.

فشهد القطاع الصحي جملة تحولات في نسقه، وأصبح له نظام إستشفائي وقواعد تحكمه، فعند إدارة أي مؤسسة صحية لابد للإداريين في تلك المؤسسة أن يدركوا بأنهم جزء لا يتجزأ من النظام الصحي لتلك الدولة التي توحد بها المؤسسة الصحية، وتقوم هذه المؤسسات بتحقيق جزء من أهداف النظام الصحي العام من خلال تقديمها الصحية بمختلف أطوارها.

¹ احسني إبراهيم عبد العظيم، موجز علم الاجتماع الطبي، موقع بوابتي، تم رؤيته يوم 2022/3/3، الساعة

PM02.09، <http://www.myportail.com/actualites-news-web-2-0.php?id=9828>

² Talcott Parsons, The Social System, Amerind Publishing Co, put. Ltd, New Delhi, p431.

يعرف النظام الصحي حسب الصحة العالمية " هو جملة من المنظمات والمؤسسات والموارد والأفراد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة، ويحتاج هذا النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات ومستلزمات نقل وإتصالات وتوجيه عام وكذلك إدارة لأجل توفير الخدمات التي تلبي إحتياجات أفراد المجتمع مع تقديم معاملة لائقة بهم¹.

وتختلف الأنظمة الصحية حسب كل دولة التي تتبنى بعض السياسات وفق متطلبات إقتصادية وإجتماعية، لأجل بناء نظام صحي فإنه يتطلب جمع المعلومات الضرورية في شتى المجالات التي من شأنها تغذية النظام الصحي بالمعلومات اللازمة للإستمرار في تقديم الخدمات الصحية، ومن بين أهداف النظام الصحي نذكر مايلي:

- 1- دعم وتحسين الوضع الصحي للسكان والمواطنين.
 - 2- تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل تكلفة ممكنة.
 - 3- إرضاء السكان والمواطنين على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار.
 - 4- تنمية الموارد البشرية في المجال الصحي وإشراكهم في التنمية الصحية.
 - 5- توفير أحسن خدمة صحية التي من شأنها أن تلبي التطلعات المشروعة للسكان².
- ولابد من الإشارة إلى بعض الوظائف الأساسية للنظام الصحي والتي تكمن في:**

- تقديم الخدمات الصحية كالفحوصات الطبية وإعادة التأهيل وغيرها.
- توفير وإدارة الموارد من خلال توفير كل المواد الضرورية لتشغيل وعمل النظام من كفاءات طبية وتوفير أدوية.
- التمويل ويكون عبر موارد مالية لمختلف الأنشطة.
- الإدارة ويقصد بها الإدارة الراشدة كالتنظيم وتحديد الأولويات وإعداد السياسات.

¹ بحدادة نجاة، "تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، (مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، السنة الجامعية 2011/2012)، ص 35.

² Agence Canadienne de Développement International, Qu'est ce qu'un système de santé ? document disponible sur le site : www.ACDI.ca visité le site 5/3/2022, à l'heure 3.00pm.

وكعنصر مهم الذي يشكل الفارق بين الخدمة الصحية الحديثة والتقليدية الشعبية، وهو مستويات الخدمات الصحية، فأى نظام صحي يهدف إلى تقديم خدمات صحية للمواطنين، وهذه الخدمات الصحية المقدمة تختلف حسب النظام الصحي المستخدم، فإن كان النظام الصحي متطور ومميز فإن الخدمة الصحية المقدمة في الغالب تكون مميزة ومتطورة والعكس صحيح، لكن الشاهد المستويات الصحية المتقدمة لا تختلف باختلاف النظام الصحي بل هي ثابتة من حيث المستوى ومتغير من حيث النوعية والجودة.

فالرعاية الصحية هي تلك الخدمات الطبية الوقائية التي تقدم للمريض والغير المريض ولا يحتاج إلى تنويع في المستشفى. في حين منظمة الصحة ترى أن الرعاية الصحية الأساسية أولها ميسرة لكافة المجتمع وأسرهم معتمدة على وسائل وتقنيات صالحة علميا وسليمة عمليا ومقبولة إجتماعيا وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده، وبتكاليف يمكن للمجتمع والبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره ويروح من الإعتماد على النفس وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد والتي هي نواته ومحوره للرئيس من التنمية الإجتماعية والإقتصادية الشاملة للمجتمع، وهي المستوى الأول لإتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي، إذ تقدم الرعاية الصحية المتكاملة، بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعلمون وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة من الرعاية الصحية الشاملة¹.

-المطلب الثالث: صور الخطأ الطبي

للخطأ الطبي الجراحي صور مختلفة سواء فالشريعة الإسلامية أو الفقه القانوني والوضعي، وسوف نطرح بالتفصيل كيف ينظر كل واحد منها إليها:

1- صور الخطأ الطبي في الشريعة الإسلامية: بحيث يسير الفقهاء عامة في الشريعة الإسلامية على قاعدتين عامتين يحكمان مسؤولية الجاني في الخطأ وتطبيقهما تستطيع أن تقول إن شخصا ما أخطأ أو لم يخطئ، فالقاعد الأساسية تقول كل ما يلحق الضرر بالغير يسأل عنه فاعله أو المتسبب فيه إذا يمكن التحرز عنه ويعتبر أنه تحرز إذا لم يهمل أو يقصي في الإحتياط والتبصر فإذا كام لا يمكنه التحرز منه إطلاقا فلا مسؤولية. والقاعدة الثانية ترى أن كل فعل غير مأذون فيه

¹ نزياب صلاح الدين محمود، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، (عمان، دار الفكر، 2009)، ص 63.

غير مباح شرعا وأتاه الفاعل دون ضرورة ملجئة فهو تعد من غير ضرورة وما تولد عنه يسأل عنه الفاعل سواء كان مما يمكن التحرز عنه أو مما لا يمكن التحرز عنه¹.

والمسؤولية تختلف في حالة ما إذا كان الفعل مباحا فالمسؤولية أساسها التقصير الذي يرجع إلى الإهمال وعدم الإحتياط والتحرز أو عدم التقصير، أما إذا كان الفعل غير مباح فأساس المسؤولية هو ارتكاب الفعل غير مباح ولو كان لم يحدث من التقصير وهو نفس ما يأخذ به القانون الوضعي فهو ينص على المسؤولية في حالة التقصير بصوره المختلفة، من عدم الإحتياط والإهمال وعدم الاهتمام ثم ينص على المسؤولية في حالة عدم مراعاة وإتباع اللوائح².

2- صور الخطأ الطبي في القانون الوضعي: فلقد أخذ المشرع الجزائري حذو بعض التشريعات التي عدت صور الخطأ الطبي الجزائري، حيث وردت هذه الصور في مادة 288 قانون العقوبات التي جاء في نصها ((كل من قتل خطأ أو تسبب في ذلك برعونه أو عدم احتياطه أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاته للأنظمة...)) واكتفي بذكر البعض منها في المادة 289 من نفس القانون بنصها "إذا نتج عن الرعونة، أو عن عدم الإحتياط إصابة أو جرح أو مرض"، وورد ذكرها أيضا في الفقرة الثانية من المادة 442 من قانون العقوبات في نصها "كل من تسبب بغير قصد في إحداث جروح أو إصابة أو مرض... وكان ذلك ناشئا عن رعونة أو عدم احتياط أو عدم انتباه أو إهمال أو عدم مراعاة النظم"، وقد وردت هذه الصور على سبيل الحصر والتخصيص غير أن العبارات المستعملة تتسع في مجملها لتشمل كل خطأ أيا كانت صورته وأي كانت درجته³.

—وهذه الصور التي تبين المقصود بها مع إدراج نماذج تطبيقية:

—الإهمال: ويقصد به حصول الخطأ بطريق سلبي نتيجة لتترك واجب أو الامتناع عن تنفيذ عمل ما.⁴

¹ عبد القادر عودة، التشريع الجنائي الإسلامي مقارنة بالقانون الوضعي، (بيروت: دار الكتاب)، ص 105.

² نفس المرجع السابق، ص 108.

³ أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، ط5، (الجزائر: دار هومه، 2013/2012)، ص 82.

⁴ معوض عبد التواب، الوسيط في شرح جرائم القتل والإصابة الخطأ، ط8، (الإسكندرية: 1995)، ص 39.

وفي تعريف آخر " هو إغفال الجاني اتخاذ احتياطات يوجبه الحذر على من كان في مثل ظروفه، إذا كان من شأن هذا الإجراء لو اتخذ أن يحول دون حدوث النتيجة الإجرامية"¹. وهناك من قرن الإهمال بالتفريط وعدم الانتباه، أي أن يقف الجاني موقفا سلبيا فلا يتخذ واجبات الحيطة والحذر التي كان من شأن اتخاذها الحيلولة دون وقوع النتيجة الإجرامية الضارة².

-**الرعونة:** هي كلمة تشير إلى الطيش والخفة، وتتمثل في إقدام الشخص على عمل غير مقدر خطورته وغير مدرك ما يحتمل أن يترتب عليه من آثار وهي مقتصرة على أهل الاختصاص، ويقصد بها سوء التقدير أو نقص الحذق والمهارة في أمور فنية أو متخصصة كإجراء الطبيب عملية جراحية دون مراعاة الأصول العلمية الثابتة³.

ومن تطبيقاتها القضية التي عرضت على محكمة النقض المصرية والتي قضي فيها بإدانة طبيب إزاء إجرائه عملية إجهاض لامرأة حامل في الشهر الخامس على أساس أن الجنين ميت ومتعفن حيث أدت هذه العملية الجراحية إلى وفات المجني عليها، وبتقرير الطب الشرعي ثبت أن الجنين كان ما يزال حيا وقت إجراء الجراحة ولم يكن ميتا كما ادعى الجاني، وأن سبب وفاة المجني عليها حدث نتيجة تمزق في الرحم وما صحبه من نزيف وصدمة عصبية نتيجة خطئه في الطريقة التي اتبعها في إنزال الجنين وعد هذا خطأ مهنا جسيما⁴.

-**عدم الإحتراز:** وهو صورة للخطأ تنطوي على نشاط الجاني، فعدم الاحتراز يعني الإقدام على أمر كان يجب الامتناع عنه وهو يدل على عدم التبصر بعواقب الأمور⁵.

فالجاني هنا لا يدخل في اعتباره قواعد الخبرة العامة فيتحقق عدم الاحتراز بإقدامه على فعله مع علمه بخطورة الأمر وما يمكن أن يترتب على ذلك من آثار ضارة ومع ذلك لا يبالي ولا يتخذ

¹يوسف جمعة، المسؤولية الجنائية عن أخطاء الأطباء، منشورات الحلبي الحقوقية، ص81.

²رائد كمال خير، شروط قيام المسؤولية الجنائية للطبيب، ط1، (طرابلس: المؤسسة الحديثة للكتاب، 2004)، ص33.

³فتوح عبد الله الشاذلي، شرح قانون العقوبات القسم العام، (الإسكندرية: دار المطبوعات الجامعية، 2003)، ص471.

⁴شريف الطباخ، جرائم الخطأ الطبي والتعويض عنه، ط1، (الإسكندرية، دار الفكر الجامعي)، ص28.

⁵فتوح عبد الله الشاذلي، شرح قانون العقوبات القسم العام، المرجع السابق، ص469.

الاحتياطات التي من شأنها عدم تحقق هذه الآثار¹، فمباشرة العلاج تفرض على الطبيب اتخاذ الاحتياطات اللازمة، والتحلي بالحيلة والحذر وخاصة في العمل الجراحي، ومنها التوثق إذا كان المريض على الريق من عدمه، وإغفال هذا الواجب من شأنه أن يعرض المريض لخطر لوفاة خنقا نتيجة لقيء فضلات الطعام تحت تأثير البنج وهذا ما قضت به محكمة استئناف باريس².

وقد قضت محكمة باريس بإدانة طبيب أسنان عن جريمة قتل خطأ لإجرائه عملية جراحية لخلع أسنان المريض دون إجراء فحص عام أو إجراء أشعة، ولخطئه في تخدير المريض كاملا دون الاستعانة بطبيب تخدير متخصص، وطبيب جراح في جراحة الفم لإجراء العملية التي تخرج من تخصصه باعتباره طبيب أسنان وليس جراح فم وأسنان، بالإضافة لعدم اتخاذه للاحتياطات الواجبة في مثل هذه العملية، مع سوء حالة المريض الصحية ودون توافر حالة الاستعجال، مما ترتب عليه سقوط جزء من سن المريض في القصبة الهوائية نشأ عنه وفاته³.

-عدم مراعاة القوانين والقرارات والنواتج والأنظمة: هذه الصورة من صور الخطأ مستقلة بذاتها لا تشكل إهمالا أو تقصيرا وإنما تتحقق بمجرد مخالفة القاعدة الآمرة التي تقرها القوانين والأنظمة⁴.

ويقصد بها عدم مطابقة تصرفات الطبيب للنصوص القانونية والأنظمة واللوائح والقرارات المختلفة الأمر الذي يؤدي إلى إلحاق الضرر بالغير، والخطأ الذي ينتج عن مخالفة القوانين واللوائح والقرارات والأنظمة يطلق عليه الفقه مصطلح الخطأ الخاص تمييزا له عن الصور السابقة التي يطلق عليها الفقه الخطأ العام ووجه الخصوص لديهم أن المشروع نفسه هو الذي يصدر مباشرة بالنص الصريح نوع السلوك الواجب، أما في الصور الأخرى فإن الخبرة الإنسانية هي التي تحدد نوع السلوك الواجب⁵.

¹ محمد صبحي نجم، الجرائم الواقعة على الأشخاص، (عمان، الدار العلمين الدولية، 2002)، ص112.

² نبيلة نسيب، الخطأ الطبي في القانون الجزائري والمقارن، (رسالة ماجستير جامعة الجزائر كلية الحقوق والعلوم الإدارية، 2001)، ص20.

³ يوسف جمعة، المسؤولية الجنائية عن أخطاء الأطباء، المرجع السابق، ص90.

⁴ رائد كمال خير، شروط قيام المسؤولية الجنائية للطبيب، المرجع السابق، ص36.

⁵ أحمد أبو الروس، الموسوعة الجنائية الحديثة، (الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2001)، ص46.

-المطلب الرابع: الثقافة الصحية والعلاقة بين الطبيب والمريض

للتقافة أهمية حيوية بالغ في مجالي الصحة والمرض من خلال تأثيرها في نمط إنتشار المرض بين الناس وطريقة تفسير المرض ومعرفة أسبابه وبالتالي تظهر إختلافات واضحة عبر الثقافات في التعرف على المرض وكيفية علاجه، وللتقافة دور كبير في تحديد الحالات والظروف المرضية التي يدركها الشخص والأسباب التي تعزي إليها والأشخاص المسؤولين عن تقييمها وتعريفها، كما تحدد هذه التعريفات أيضا أساليب علاج هذه الأمراض والبدائل العلاجية المتعددة لها ويؤكد هذا الرأي ما عرضه روجرز من أمثلة عن إرتباط تصنيف المرض الذي وصفه **كليمنتس** وسط الجماعات البدائية والأمية وبين طرائف معالجة وتطبيب المرض نفسه.¹

الثقافة تؤثر على الصحة والمرض ويتضح من خلال تنميتها للأمراض بصفة عامة إلى مرض يشخص ومرض مزمن حيث المرض الذي لم يشخص يمثل دائرة مفرغة داخلها بدور المريض على عيادات الأطباء وعلى المستشفيات العامة والمتخصصة، وفي حالة إستمرار عدم التشخيص يدور حول الثقافة الشعبية من معتقدات وممارسة طبية شعبية، كالعلاج من خلال الإستشفاء بالأولياء وبطرق كل باب يلتمس منه مخرجا.

أما المرض المزمن فالمريض لا يعلم بتلك الأزمت مثل "**الربو المزمن**" فالطبيب يرفض أخبار المريض وكذا الأمراض النفسية العصبية، فهذه الأمراض عموما تدفع المريض إلى طرق كل الأساليب الطبية العلاجية الشعبية والسحرية.

إن إستخدام البدائل المتعددة المعروضة كالسحر وغيرها لعلاج الأمراض تنطوي على خرافات كثيرة بعيدة عن منطق العقل والدين، وقد تعوق الإستفادة الكاملة من الخدمة الصحية في بعض الأحيان ويحدث ذلك عادة في المجتمعات التقليدية، كما قد نتفاعل مع الطب الحيوي والخدمة الصحية المتقدمة في سياقه في أحيان أخرى وكما يحدث عادة في المجتمعات الأكثر تقدما.

فإن التفسيرات الشعبية والدينية لأسباب المرض والتجاوب معه تتم من خلال أساليب وممارسات وطقوس ثقافية تمثل الثقافة السائدة في ذلك المجتمع الذي ظهر فيه المرض ومن ثم فهي تفسيرات

¹نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، (القاهرة:مكتبة الأنجلو المصرية،2006)،

ثقافية للمرض من أسباب وعلاج وقد تتعارض هذه التفسيرات العلمية للمرض كما تتناقض مع الوسائل العلاجية للطب الحديث وترفض الإنتفاع من الخدمة الصحية التي يوفرها.¹

لا بد من الإشارة أن نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض تؤثر في الإمتثال العلاجي، فالمريض محتاج أن يثق في الطبيب الواصف للدواء ليتبع وصفته.

فالعوامل الثقافية تؤثر بصفة عميقة على العلاقة بين المريض والطبيب بالنظر إلى تنشئته الاجتماعية وإنتمائه للجماعة الثقافية والإثنية، يشعر ويفسر آلامه الجسمية أو النفسية بطريقة مختلفة، بالنسبة للمريض، يستعمل مصطلحات وعلامات خاصة بالنظر إلى ثقافة الجماعة التي ينتمي إليها، كما أن جميع التفاعلات بين الطبيب والمريض تتأثر بتوقعات كلا الطرفين، فكل من مقدم الرعاية والمريض توقعات مختلفة، ومشاعر، وصفات، وتفسيرات، وقيم وثقافة مختلفة، فإذا كان طبيب لديه توقعات غير عادلة للمريض، أو يتأثر التفاعل بالتحيز أو حكم غير عادل فإن ذلك لا يؤدي إلى تطوير علاقة فعالة أبداً، وبالمثل إذا لم يتحقق توقعات المريض من الطبيب، فإن المريض لا يسعى إلى تطوير الإحترام أو الثقة بالطبيب لقبول إقتراحاته.

إن هذا البعد الثقافي في إطار علاقة الطبيب بالمريض هو جد مهم بالنسبة للطبيب، فالتواصل الجيد يسمح للطبيب بفهم الدوافع العميقة للمريض وكذلك يرفع حظوظ نجاح الرعاية وكذلك رضا المريض وفي نفس الوقت ينقص من إحتمال اللجوء إلى الطب الموازي، إن التواصل بين الطبيب والمريض لا يقومان بدورها بالنسبة للطبيب بسبب عدم الاهتمام أو نقص في الوقت، أما بالنسبة للمريض فالتواصل جد صعب لأن التصورات والتفسيرات للطبيب والمريض بالنظر إلى علامات المرض المقدمة لا تتقابل.

فمن معوقات الإتصال نجد إختلاف الإتجاهات والأفكار والمعتقدات الشخصية بين الطبيب والمريض، فكل بلد أو جماعة أو ثقافة طقوس خاصة بها، لذا من الضروري دراسة أساليب التواصل بين الأفراد في كل منطقة، كذا معرفة التمثلات الرئيسية والسلوكيات الصحية والمرضية

¹ ليلي، شيباني، فدان، سهام. " الأنتروبولوجيا الطبية ودورها في الإمتثال العلاجي للمريض". مجلة قيس للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 03، 01، (جوان 2019): 292-307.

بالنسبة للجماعة الثقافية التي ينتمي إليها المريض ومحاولة فهم طريقة تفكير المريض، وما هو النموذج التفسيري الذي يستعمله للمرض.¹

-المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر-

-المطلب الأول: التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية-

عرفت الجزائر منذ مدة تحولات كبيرة في ثلاث مجالات أساسية وهي: المجال الإقتصادي، الديموغرافي، ومرضي. فقد تم الانتقال من اقتصاد مركزي إلى اقتصاد أكثر انفتاحا عبر تفعيل آليات السوق. في حين تكمن التحولات الديموغرافية في التراجع المحسوس لمؤشرات الخصوبة، معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، والأطفال الرضع. إضافة إلى الإرتفاع المحسوس الذي عرفه مؤشر أمل الحياة عند الولادة. أما التحول في خريطة المرض، فيكمن في تنامي أعباء الأمراض غير المتنقلة، مع استمرار تواجد الأمراض المتنقلة. إن التوازنات الإقتصادية الكبرى، التي تم تحقيقها، قد كانت لها آثار سلبية على الجبهة الإجتماعية أهم مؤشراتنا ضعف القدرة الشرائية لأسرة الجزائرية، وارتفاع مستويات البطالة. أما النفقات الوطنية للصحة، ورغم نموها بالقيم المطلقة، فإن حصتها من الناتج الداخلي الخام قد عرفت تراجعا منذ تطبيق برامج التعديل الهيكلي.

لقد أصبحت لدى المختصين في الحقل الصحي قناعة أن الخدمات الصحية على الرغم من كل التقدم والتطور الحاصل على مدى العقود السابقة: والنجاحات الملموسة في دعم ركيزة البنية التحتية لنظام الرعاية الصحية ونظام الجودة الشامل في هذا القطاع إلا أن طموح الارتقاء بالخدمات الصحية الأولية والثانوية والثالثية لن تتوقف عند حد معين على المستوى العالمي فهي سمة العصر التي لا تسكن على حال وتضغط باتجاه التحسين المستمر لمواكبة التطور العلمي الهائل: إلا أن التحديات ومقتضيات التطوير والتحديث للأنظمة تبقى التحدي المتعاقد، بل أحيانا تحد من سرعة الحاجة إليها ولن يتأتى لنا التناغم مع هذه الحاجة إلا بتطوير خططنا المستقبلية بالاعتماد على منهجية التقييم المتواصل وترتيب أولويات خطط العمل.

¹ ليلي، شيباني، فدان، سهام.، مرجع سابق، ص 302.

ومن هنا جاءت فكرة دراسة وتشخيص المنظومة الصحية في الجزائر أسوة بما يجري في دول العالم خاصة وأن هذه المنظومة قد مرت بعدة مراحل، بحيث أنه بعد الاستقلال فقد كانت وضعية الصحة العمومية متردية جددا حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان مع إنتشار الأمراض الوبائية المعدية العديدة، بحيث أن هذه الأمراض إنما كانت نتيجة الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر ضف إلى ذلك أن القليل من المواطنين من كان لهم الحق في العلاج العام والمتخصص. كما أن الأطباء والمستشفيات كانت متركزة أغلبها في المدن أما المناطق الريفية فقد كانت تسير أمور مرضاها من خلال الطب التقليدي والأعشاب التقليدية وذلك باعتبارها كانت تفتقد لأدنى المراكز الصحية.

إذن فمن الظاهر جليا غداة الإستقلال هو تحديد الأولويات والتركيز على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال خاصة وأن المؤشرات الصحية في ذلك الوقت تميزت بارتفاع معدلات الوفيات والإصابات. بسبب انتشار الأمراض المعدية والمنتقلة على نطاق لم يسبق له مثيل مما دفع الدولة بضرورة التكفل بهذا الإنشغال بما يتماشى وحجم الموارد المحدودة وبما يضمن تحقيق هدفين أساسيين هما :

-مكافحة الأمراض المعدية.

-تحسين عملية الحصول على الرعاية الصحية.

ومن هنا أصبح لزاما على الحكومة ضرورة انتهاج سياسية واضحة بتطبيق المشروع الإشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي هو خدمة عمومية وأن العيادات تساهم في هذه الخدمة كما يتوجب على المسؤولين إبراز الجهود المبذولة بالقطاع من خلال تزويده بعدد كافي من الهياكل الصحية مع زيادة عدد الممارسين بالقطاع.

أما خلال العقد الثاني بعد الاستقلال فقد كان لابد على الدولة الجزائرية من إعادة رسم المحاور الكبرى للسياسة الصحية وذلك من خلال وضع إستراتيجية من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق، ولذلك نجد من بين أهم مميزات النظام الصحي خلال هذه الفترة هو تركيزه على ثلاثة محاور كبرى رئيسة هي:

-تقديم الرعاية المجانية وإقرارها رسميا ابتداء من يناير 1974 وذلك تطبيقا للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973.

-إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات.

-إنشاء قطاع الصحة وذلك من خلال توسيع رقعة التغطية الصحية من خلال انجاز الهياكل الصحية التي تضمن ذلك والتي تحقق المهام والأهداف المرجوة منها (الرعاية التدريب والبحث العلمي)¹.

-النظام الصحي 1962-1974: عملت الجزائر منذ الاستقلال على إعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار الفرنسي والذي كان يميزه الفقر المدقع أو ارتفاع في مستوى وفيات الأطفال، خاصة وفيات الأطفال الرضع، ومن ثم يمكن القول إن النظام الصحي آنذاك لم يكن يلبي سوى إحتياجات نسبة قليلة من السكان المتمركزين في المدى وبعض الأرياف.

وعلى هذا الأساس يمكن إعتبار هذه المرحلة مرحلة إنعاش القطاع الصحي الموروث عن الإستعمار بمنظومة صحية أخرى تختلف في عناصرها وأهدافها بما يتماشى والظروف الإقتصادية والإجتماعية وذلك لتوفير المتطلبات الصحية الأولية ومواجهة الوضع الصحي المتردي آنذاك والمتمثل بالأساس في سوء التغذية، إنتشار الأمراض إرتفاع معدلات الوفيات...الخ.

إذن ولهذه الاعتبارات جاءت ضرورة إعادة تنظيم القطاع الصحي حتى يتلاءم مع متطلبات الوضع الحالي وهكذا فقد تم تحديد مجموعة من الأهداف والوسائل ومنها:

-إعادة توزيع المؤسسات الصحية (العامة والخاصة) وكذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان من الإستفادة من العلاج بشكل متساوي.

-مكافحة الوفيات والقضاء على مختلف الأمراض والأوبئة المتنتقلة.

-الإلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية وذلك ابتداء من سنة 1962.

¹ على دحمان محمد، ""تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر"، (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2016-2017)، ص107.

-مجانية الإستفادة من خدمات مراكز الأمومة والطفولة.

-إنتشار التطعيم ومجانيته لخمس أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال والجذري) ابتداء من سنة 1969 وهذا استنادا على القرار رقم 96/69 المؤرخ في 09 جويلية 1969.¹

-أما فيما يخص المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضع سياستها الصحية فقد تمثلت فيما يلي:

***الوقاية:** إنّ أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة: كمحاربة المرض قبل انتشاره.

***علاج الأمراض:** حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية ثم إلى المستشفيات في حالة إستعصاء العلاج.

***التوزيع العقلاني للأطباء:** وذلك من أجل تحقيق تغطية صحية كاملة غير التراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل وحجم المعدات.

تميزت هذه المرحلة أي بعد الإستقلال، بحيث بلغ عدد الأطباء في الجزائر 500 طبيب أي 50% منهم جزائريين من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 5.10 مليون ساكن - .تميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز 180 %، وأمل حياة ال يصل إلى 50 سنة وانتشار الأمراض المتقلة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة و الإعاقة. ولمواجهة هذه الوضعية في ظل الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما

-تخفيض عدم المساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي العام و الخاص (لتسهيل الحصول على العالج).

-مكافحة الأمراض وخاصة المعدية منها والتقليل من الوفاة عن طريق التطعيم¹.

¹ -A Hammani, A. Bouroukba, L'évolution du Système National Depuis Indépendance. Ministère de la santé, Alger 1983, p57.

إذن الشئ الملاحظ في هذه الفترة أن السياسة الصحية كانت محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها وعلى هذا الأساس فقد كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات والهيكل التي خلفها الإستعمار قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الخدمات التفقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.²

-النظام الصحي خلال الفترة الممتدة من 1974-1989

لقد أدى تزايد الضغط الاجتماعي الكبير (نتيجة تزايد في عدد السكان) من جهة، وعودة الأمراض والأوبئة من جهة أخرى "نتيجة عدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة من تلبية كل احتياجات العلاج للسكان" إلى إقرار سياسة الطب المجاني وذلك بموجب الأمر 65/73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 "وذلك من أجل خلق نوع من الإنفراج للمنظومة الصحية مقارنة بالمرحلة السابقة، بحيث تتكفل "الدولة بحماية وتحسين صحة السكان. إضافة إلى ذلك فإن نشاط الصحة العمومية يجب أن يكون حامل لتطورات التنمية الاجتماعية و الاقتصادية وتأكيدا لهذا التوجه الذي أخذته المنظومة الصحية فقد جاء دستور 1976 في مادته 67 يؤكد أن قاعدة النظام الصحي الجزائري مبنية على أساس الطب المجاني بحيث لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل.³

تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، كما تم فرض وتعميم التطعيم الإجباري لكل الأطفال. يمكن تقسيم النظام الصحي آنذاك إلى ما يلي:

-المستشفيات التابعة للدولة.

¹ بوراجة أمال، التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية، (جامعة وهران -02-)، ص02.

² نور الدين حاروش إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، (الجزائر، 2009)، ص332.

³ 2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1976، (الجزائر: جبهة التحرير الوطني 1976)، ص30.

-مصحات خاصة يملكها الأفراد.

-المراكز و المستوصفات الصحية التابعة للبلديات، والتي ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1968-1976.

-تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية إنطلاقا من جانفي 1974.

-تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الإجتماعية.

-تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية.

-إصلاح النظام التربوي بتدعيمه بالدراسات الطبية، من أجل تحسين جودة التعليم و تدعيم التأطير¹.

يمكن إعتبار هذه الخطوة إيجابية إلى حد ما وذلك باعتبار أن هذا القرار السياسي يتوافق والنظام السياسي الاشتراكي الذي سارت على نهجه السلطة السياسية في الجزائر، كما أنه يتوافق مع الأوضاع الإقتصادية والإجتماعية السائدة في تلك الفترة، لقد حاولت السلطات المعنية في هذه المرحلة وضع خطة تصحيحية لما كانت عليه السياسة الصحية خلال المرحلة السابقة وذلك من خلال الإهتمام بثلاثة أهداف أساسية هي كالتالي:

-تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما بلغ دخلهم أو حتى وضعيتهم الاجتماعية.

-إصلاح النظام التربوي وبالأخص الدراسات الطبية من أجل تحسين جودة التنظيم وتدعيم التأطير وهو الأمر الذي أدى إلى خلق عدد كبير من الممارسين الطبيين في العلاج في شتى المجالات.

-إنشاء القطاع الصحي لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي.²

¹بوراجة امال، مرجع سابق، ص3.

² Rabah Boussof : Géographie et santé en Algérie, Alger, OPU,1992, p165.

- جدول (رقم 01) يمثل تطور المؤشرات الصحية في مرحلة(1974-1989):

السنوات	1974	1980	1985	1989
معدل الوفيات %	%46.5	%42.7	%39.5	%31
معدل الوفيات العام %	%15.5	%11.77	%8.4	%5.98
معدل وفيات الأطفال %	%146.71	%102.85	%78.3	%58.76
امل الحياة %	%57.36	%63.42	%66.32

¹ Salhi, évolution récente de la mortalité en Algérie 1965-1981. ONS, donnée statistique, démographie algérienne N° 600,575,499,305.

-النظام الصحي 1989 - 2000

عرفت هذه المرحلة إنتفاض حاد في أسعار البترول وتراجع الإقتصاد الوطني مما أدى إلى دعم قدرة الدولة على تمويل وتسيير قطاع الصحة، وهنا كان المنعرج الحاسم للنظام الصحي الجزائري بحيث يدخل برنامج الصحة ضمن المخطط الذي عمدته الدولة الجزائرية والمعروف بالإصلاحات الإقتصادية في ظل التثبيت الإقتصادي وإذا افتتحت الجزائر أبوابها إلى السوق العالمي وهو ما يدل على توجه جديد نحو إقتصاد السوق وبداية ظهور التسيير الليبرالي من خلال منح الإستقلالية في التسيير.

لعل الشيء المميز لهذه المرحلة هو وضع نظام وطني للصحة يقوم أساسا على المقترحات التي وضعتها اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني، وذلك من خلال دمج النظام الصحي بمخطط التنمية الإقتصادية والإجتماعية وهذا عبر التركيز على مجموعة من الأهداف والتي تمثلت فيما يلي:

*توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان تناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية للقطاع.

*إلزامية التكامل بين القطاعات مع توحيد الوظائف والأهداف، ليس فقط على مستوى قطاع الصحة وإنما جميع القطاعات والتنظيمات التي لها علاقة بالقطاع.

¹ Salhi, évolution récente de la mortalité en Algérie 1965-1981. ONS, donnée statistique, démographie algérienne N° 600,575,499,305.

* تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية.

* التسلسل في العلاج مع إعطاء الأولوية للعلاج القاعدي.

* جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية ونجاعة.

* إعادة النظر في جملة المشاكل المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين.

* البطاقة الصحية كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.¹

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، وأدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والإقتصادي للوطن. وترجم هذا التطور بما يلي:

- مشروع الجهوية الصحية، الذي شرع فيه في الثمانينات كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة على المستوى المؤسسي .

- اعتماد الجهوية على المجلس الجهوي للصحة "هيئة تنسيق" وعلى المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الإستجابة للمهام التي أسندت لها، ألن إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قراريه

- عملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية.

¹ Le ministre de la santé et de la population : les fondements de la carte sanitaire nationale, novembre 1981 ; p :02

-جدول (رقم 02) يمثل تطور المؤشرات الصحية في مرحلة (1991-1998):

السنوات	1991	1993	1996	1998
معدل المواليد %	30.14%	28.22%	22.91%	21.02%
معدل الوفيات العام %	6.04%	6.25%	6.03%	5.82%
معدل وفيات الأطفال %	56.9%	55.49%	54.59%	37.4%
أمل الحياة %	67.33%	67.43%	67.59%	71.65%

Algérie en quelque chiffre résultat* حوصلة إحصائية، 1970-1996، سنة 1999، ص02،

¹ 2000, n°31 édition 2001, p 7.

-المطلب الثاني: واقع السياسة الصحية في الجزائر

لقد شهدت السنوات الأخيرة من حياة المجتمع الجزائري بعض النمو والإنجازات في ميادين عديدة بما في ذلك تحسين صحة الناس، حيث طرأت تغيرات جذرية كمية ونوعية على المشهد الصحي من حيث عدد الهياكل والإمكانيات وكذا المعنيين العاملين في المجال الصحي على مدى العقد الماضي، خاصة مع ولوج القطاع الخاص مجال الصحة وأصبح سندا داعما لجهود الدولة لترقية المستوى الصحي في الجزائر.

تعرف السياسة الصحية بأنها الإطار العام الذي يشتمل على مجموعة من المطروحة لمعالجة بعض القضايا في شتى المجالات، ولكن السياسة الصحية فهي تعبير عن الأهداف الموضوعية لتنظيم وتحسين القطاع الصحي في الدولة، وترتيب الأولويات في مجال الخدمات الصحية حيث يتطلب وضع سياسة صحية ضرورية لإستعاب آليات عمل نظام الخدمات الصحية على نحو شامل، ودراسة كافة المشكلات خصوصا تكاليف الخدمات الصحية، وضرورة مواكبتها مع التنمية الاقتصادية والنمو السكاني.²

¹ حوصلة إحصائية، 1970-1996، سنة 1999، ص02، Algérie en quelque chiffre résultat*

2000, n°31 édition 2001, p 7.

² خالد عبد العزيز حسن محمد، "اقتصاديات الخدمات الصحية وأثرها على النمو الاقتصادي في السودان"، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، العدد 15، المجلد الثاني، (2018)، ص 68.

أخذ مفهوم الصحة عدة تعريفات، وهنالك من يرى أن الصحة هي غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل وبالتالي فمن الممكن إلى الأشخاص الذين يشغرون بالمرض ولم تبدو عليهم علامات للإعتلال عند الفحص بأنهم أصحاء، ولكن هذا المفهوم ضيق نوعا ما، عندما نقارنه بتعري منظمة الصحة العالمية، والذي يذهب إلى أن الصحة هي حالة التحسس الجسدي والعقلي والإجتماعي الكامل، وليست غياب المرض أو العلة.¹

ويرجح تعريف آخر يعتبر الأقرب وهو تعريف منظمة الصحة العالمية التي ترى أن الصحة هي حالة من المعافاة الكاملة بدنيا ونفسيا وعقليا وإجتماعيا، لا بمجرد إنتقاء المرض والعجز.²

فأصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، سواء بالنسبة للمتقدمة أو المتخلفة، وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها على حد سواء، وتمثل الصحة قيمة وتعبّر على مفتاح لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية، فالتنمية الصحية تمثل عنصرا هاما في عملية التنمية الاجتماعية والإقتصادية، حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان والذي هو نواة التنمية وهدفها.³

فالصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي، فهي تعتبر موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والإقتصادية والشخصية، في هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الإستقلال توفير الحاجات الإنسانية في مجال الصحة، في إطار الميثاق الصحي الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة في ظل سيطرة القطاع العمومي الذي يعد الإطار الأساسي الذي يوفر العلاج.

تميزت بداية التسعينات بإقامة برامج عملية للصحة، منها البرامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال لكن بقيت المنظومة الصحية تعاني تأرجحا في ظل الغياب عن الأهداف الواضحة في ذلك من خلال إحتياجات المواطنين ونقص الحوافز مع ضعف التكوين، كما غلب عليها الإنشغالات

¹ علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، كتب عربية، (القاهرة، 1990)، ص 73.

² بالخير سليمة، السلوك الصحي والتربية الصحية في المدرسة الجزائرية بين الواقع والمأمول، (الجزائر: 2014)، ص 7.

³ بومعراف إلياس، عماري عمار، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث"، عدد 07، جامعة باتنة، 2009، ص 27.

المتعلقة بتوفير الدواء وتنظيم الإستعجالات الملفات الاجتماعية، وتميزت هذه الفترة بكثرة المشاكل التي طفت للسطح في نهاية الثمانيات خصوصا مع أزمة إنخفاض أسعار البترول وتفاقم الوضع الإقتصادي والإجتماعي الذي إنتهى بأزمة إقتصادية وإجتماعية صاحبها إهمال طبي ونتج عنه التوجه نحو القطاع الخاص بحيث أولت الحكومة الجزائرية إهتمامها بسياسة الوقاية ونظام العيادات وهو ما ظهر عام 1991 من طرح برنامج الإصلاح الذي كان يهدف إلى مايلي:

-الإنتفاح على المحيط مع محاولة تجديد الوصاية وتسير أفضل للميزانية.

-وضع آليات للتكيف والتجاوب من خلال مسار شامل على مدى خمس سنوات، بالنظر لعدم الاستقرار السياسي لم تكلل مجهودات البرنامج بالنجاح بالنظر لغياب أهداف واضحة وغياب مراقبة القطاع الخاص في ظل تدهور حاد للقطاع العام¹.

تهتم الجزائر كل الأهمية البالغة لتنمية قطاع الصحة بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتهما، فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة بدون سكان أصحاء كونها مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والإجتماعي وحتى الثقافي منها، فحالات تردي الصحة تؤثر سلبا على النمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية، كما نص المبدأ الأول من إعلان "ريو للبيئة والتنمية" على أن البشر يقع في صميم الإهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة، فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة مع تفشي الأمراض المهلكة، كما يعتذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الإقتصادية والإجتماعية والثقافية والبيئية².

ما يمكن ملاحظته في تسير السياسة الصحية في هذه المرحلة إتجهت في بدايتها إلى نهج سياسة الإشباع المصطنع والذي وصل إلى القمة بدل التغير، فمع بداية التسعينات عرف المجتمع صعوبة في الإصلاحات والتي كانت بعيدة عن التغير، كما أن التصحيح الهيكلي في بداية التسعينيات خصوصا فيما تعلق بالخصوصية في المجال الصحي والذي يتمثل:

-التزايد المستمر لإرتفاع التكلفة الطبية خاصة الأمراض المستعصية.

¹بوستي توفيق، السياسة الصحية والتنمية المستدامة في الجزائر، (جامعة 8ماي 1945-قائمة-)، ص16

²بومعراف الياس، عمار عماري، مرجع سابق، ص28.

-التسيير المتذبذب للموارد الصحية المادية منها والمالية والبشرية.

-تدني في النفقات العامة للقطاع الصحي.

وبهذا فهذا النمط من التسيير تخلت الدولة عن مجانية تخلصت الدولة عن مجانية العلاج واستبدلته بنمط العلاج بالمساهمة وهؤلاء الشركاء كلهم عاجزون ماليا، حيث يقدر عجز الضمان الاجتماعي سنة 2011 والذي ساهم بـ22 مليار دينار جزائري من أصل 50 مليار دينار، وتميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي أدت إلى إعادة هيكلة للنظام الصحي وفقا لما يلي:

-مشروع الجهوية الصحية تجسيدا للقطاعية اللامركزية.

-على المستوى المؤسسي: المجلس الجهوي للصحة، المرصد الجهوي للصحة.

أ-المستوى المركزي: تشمل الوزارة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم ومنسقة بواسطة السكرتير العام فضلا عن وجود لجان وطنية وقطاعية.

ب- المستوى الجهوي: بغية الملائمة بين عرض العلاج وإحتياجات السكان وضمان مبدأ المساواة والعدالة في الإستفادة من العلاج.

ج-المستوى الولائي: تتكون الجزائر 48 ولاية " مع التقسيم الحالي للولايات سنة 2022 بـ58 ولاية"، كما تسيير مديرية الصحة والسكان بالمرسوم التنفيذي 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديريات الصحة والسكان الوارد في الجريدة الرسمية رقم 47¹.

إستمرت الخدمة العمومية بالصحة في تعبئة جهود الدولة لضمان الحق في الخدمات الصحية، وتمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج الوقائي والإستشفائي الجوهري ولإصلاح المنظومة الصحية من أجل تحسين الأداء فيها، وسهرت الحكومة على:

1-تحسين قدرات المنظومة الصحية.

¹خامت سعيدة، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، (مذكرة ماستر في العلوم التجارية، تخصص تسويق، المركز الجامعي البويرة، 2012)، ص108.

-2- سيكون تطوير الصحة الوقائية محلا.

-3- تحسين العلاج الإستشفائي.

-4- إصلاح المستشفيات سيرمي إلى:

-تحسين ظروف إستقبال المرضى وإقامتهم، ودوام أعمال الرعاية الصحية الإستشفائية.

-دهم تراتيب التكفل بالإستعجالات الطبية والجراحية.

-تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة، ولاسيما الخدمات المختصة في

الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج¹.

-المطلب الثالث: مشاكل القطاع الصحي في الجزائر

شهدت البلاد وقفات احتجاجية مست جميع المستشفيات، دون المساس بالحد الأدنى من الخدمة المفروض تقديمها لحالات الطوارئ والحالات الجراحية الحرجة، كما روجت وزارة الصحة والسكان لكون الدافع وراء هذه الأعمال " ينحصر في تأخر صرف منحة كوفيد-19"، كما يبين رئيس نقابة ممارسي الصحة العمومية، إلياس مرابط.

يقول مرابط لشبكة *SciDev.Net*: "ثمة أسباب أخرى كانت على رأس مطالب ممارسي الصحة العمومية"، من تلك المطالب ما يخص أساساً تحسين الوضع العام للعمل داخل المستشفيات وتوفير المستلزمات، وإدخال مدة محاربة وباء كورونا في نظام المعاشات والتقاعد.

كان الرئيس الجزائري " قد أقر في مارس 2020 منحة شهرية إضافية خاصة بالأطباء وشبه الطبيين، بقيمة تراوحت بين 30 ألفاً و 20 ألف دينار جزائري (200 دولار و 130 دولاراً)، سُميت بمنحة كوفيد 19، وهي لم تُصرف منذ أشهر". بيد أن "تحسين واقع الصحة" يتقدم مقاصد العاملين الصحيين من الإضراب والاحتجاج، على حد تعبير الطبيب الجزائري ماتي جمال، طبيب عام

¹مربعي سوسن، "الالتمية البشرية في الجزائر، الواقع والأفاق"، (مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، 2012)، ص 52.

بمدينة العلمة شرق الجزائر، الذي يشكو " الظروف الصعبة التي تعيشها المستشفيات في ظل انعدام الإمكانيات"¹.

1- مشاكل مرتبطة بالتمويل

يعاني قطاع الصحة عموما من نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة، ويرجع ذلك إلى:

-توزيع وتخصيص غير الملائم والغير الكافي للموارد المالية.

-عدم التفاوض بشأن المستشفيات.

-مديونية ثقيلة.

-غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

-إمتصاص حقيق لميزانية القطاعات الصحية من قبل المستشفى على حساب الهياكل غير الإستشفائية فهذه الطرق تتسبب في زعزعة المنظومة الصحية وتمس مبدأ تسلسل العلاج.

إذن وتمثلت الطرق لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي والمقترحة عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في:

-البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال إستيراد جزء من الضرائب المحلية من التلوث والتبغ إلى إدراج مساهمة التأمينات الإقتصادية

-إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.

¹رياض معزوزي، المشكلات تحاصر القطاع الصحي بالجزائر، 27-04-2021، موقع

<https://www.scidev.net/mena/news/problems-health-system-algeria> تم رؤيته يوم 3-9-

2022، على الساعة 3.47pm.

-القيام بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين من قبل الوزارة المكلفة بالتضامن، حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التكفل المالي بهذه الفئات التي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن

-مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.¹

-2- مشاكل مرتبطة بالتنظيم

المؤسسة الإستشفائية هي في الحقيقة مؤسسة ذات طابع خدمي تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري، فالعلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل فهي تشكل في غالب الأحيان إمتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة.

-من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها

-من خلال خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المخولة لها من قبل التشريع، والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة.

*أما فيما يخص الإختلالات التنظيمية فيمكن تلخيصها كالآتي:

-غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم بسبب غياب تكييف قانون الأساسي وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص

-عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله 1 طبيب لكل 120 نسمة في الجنوب.²

¹خروبي بازارة عمر، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر" 1999، 2009، (مذكرة مكملة نيل شهادة الماجستير

في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 3، 2011)، ص 52.

²نفس المرجع السابق، ص 187.

3- مشاكل في التسيير المالي

لا تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من قلة الموارد المالية وإنما سوء تسيير الموارد المالية المتاحة هو الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية من أجل مواجهة الطلب المتزايد للعلاج، هذا بالإضافة إلى مايلي:

1- سوء توزيع الموارد المالية المتاحة، فهيكلة والإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرتبة حسب الأولويات.

2- غياب التحكم في النفقات أو التحكم في التسيير وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى، فوضعية المستشفى أو المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد للميزانية تتميز بوضعية التسيير، وهو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية وفقدان مصداقيتها.¹

4- مشاكل مرتبطة بالإعلام

إن الإعلام الصحي في القطاعين العمومي والخاص يعاني من آثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع المعلومات وتحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيا الجديدة لإعلام، وهذا ما تسبب أساسا في ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومات.

إن المنظومة الإعلامية لا تدل إلا على جزء من حقيقة طلبات العلاج، ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للسكان، ولذلك ينبغي تحديد منظومة إعلام موثوق بها وتجسيدها، كما يتعين تحديد الأهداف قصد توفير الأدوات لأخذ القرار، وتتمثل مشاكل الإعلام فيما يلي:

-مكتب قبول غير مسير.

-سجلات وأدوات تسجيل غير كاملة.

¹دريسي أسماء. "تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004-2013"، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، العدد6، (2015)، ص146.

-مستخدمون ناقصو التكوين في الترميز.

-سوء مسك الملف الطبي والتقارير الطبية.

-عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية.¹

5-مشاكل مرتبطة بالتكوين: لأن تكوين المستخدمين في قطاع الصحة العمومي منها والخاص، ملف يجب لإعتناء به أولى له المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية وذلك لعدة إعتبارات ومنها:

1-إن نظام التعليم والتكوين لا يأخذ بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.

2-لم يعد التكوين الأكاديمي قادرا على الإستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان مما ترتب عنه نقص محسوس في بعض الإختصاصات الطبية والشبه الطبية.

3-لا تستجيب مدارس الشبه الطبي بصفة كلية لطلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.

4-لا يستجيب تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لمواصفات التسيير في المستشفيات.

تتمثل التدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على العمل بها حسب المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات فيما يلي:

*إعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المتقدم بالعمل مع قطاع التعليم العالي بالإضافة إلى إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية.

*تحديد الحاجيات الملحة إلى محترفي الصحة، ومواصفات التكوين.

¹رشيدة كرمبيط، "الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية من منظور سوسولوجي"، (رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2، 2018)، ص173.

*لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والإعتراف بالكفاءات التي لم توج بالطريقة المتعارف عليها، يجب وضع قنوات للمرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة.¹

-أما المشاكل المتعلقة في القطاع الخاص فيمكن حصرها في:

-غياب قوانين أساسية واضحة للمؤسسات الإستشفائية الخاصة.

-غياب دفاتر الشروط بالنسبة لهذه المؤسسات.

-عدم تحيين المدونات والتسعير.

-تحديد تكاليف الألعاب بطريقة عشوائية ودون مراقبة.

-إشكالية النشاط التكميلي.

-وتتمثل التدابير المقترحة في:

-تحديد إعدام القوانين الأساسية الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية الخاصة وشبه العمومية.

-إنشاء المؤسسات الإستشفائية الخاصة.

-إلزام المؤسسات بالتكفل بالنشاط الإستعجالي عند غياب الهياكل والتخصصات أو الوسائل

العمومية التي تتضمن الإستعجال، ووضع آليات تمويل مناسبة لهذا الغرض.

-التفكير مع المؤسسات المهنية في طريقة تمويل القطاع الخاص، الذي يسمح بالحفاظ على مبدأ

إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية، دون أن يقع على دفع مجموع التكاليف.

-تشجيع القطاع الخاص على إعتداد الشفافية في تقدير تكاليف الأعمال.²

¹نفس المرجع السابق، ص202.

²أمير جيلالي، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية"، (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2009)، ص189.

خلاصة الفصل

من خلال من تطرقنا إليه في هذا الفصل الذي تعرفنا من خلاله على التغيرات والتطورات التاريخية التي مرت بها المنظومة الصحية في الجزائر وكل المشاكل التي تمر بها السياسة الصحية في الجزائر، التي تسعى فيها إلى التحقيق بين عرض العلاج المناسب لكل المرضى وتوفير كل الوسائل والإحتياجات اللازمة للمريض وذلك وفق المعيار التي تسيّر عليها كل منطقة في الجزائر من ناحية التعداد السكاني والظروف من أجل توفير لكل مستشفى الهياكل اللازمة وكذلك توفير الكوادر الطبية المؤهلة من أجل السهر على راحة المرضى.

الباب الثاني: الدراسة الميدانية

الفصل الرابع

الجانب الميداني للدراسة

الجانب الميداني للدراسة

-المبحث الأول: مجال ومجتمع الدراسة

-المطلب الأول: التعريف بمجال الدراسة (الزماني -المكاني)

-المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة

-المطلب الثالث: الدراسة الإستطلاعية

المبحث الثاني: أدوات جمع البيانات

-المطلب الأول: منهج الدراسة

-المطلب الثاني: أدوات جمع البيانات

-المبحث الأول: مجال الدراسة ومجتمع الدراسة

-المطلب الأول: التعريف بمجال الدراسة (الزماني -المكاني)

1-المجال الزمني

لقد تمت دراستنا المعنونة بظاهرة العنف الممارس على المرضى من قبل مرافق المريض في مصلحة الإستعجالات، فهي دراسة ميدانية في مستشفى محمد بوضياف بولاية البويرة، فقد إجتهدنا في تحصيل والبحث عن المراجع التي تعتبر من أهم الخطوات في البحث العلمي، وكذا الدراسات السابقة، لكي نستطيع أن نحدد فرضياتنا وطبيعة عينتنا والمنهج المتبع وغيرها من الآليات المنهجية.

فلقد بدأت هذه الدراسة تقريبا في بداية جانفي إلى غاية أواخر فيفري، بحيث رأينا عبر الملاحظة المباشرة بعض السلوكات العنيفة التي إتسمت بالعنف وأحيانا بالضرب والإعتداء على المرضى وإثارة الرعب داخل المصلحة، والتي جلسنا فيها مع القراءات السابقة والبحث وكنا في كل مرة نعود لمصلحة الإستعجالات لكي نلاحظ الفئة التي يمارس عليها العنف، ونوع العنف.

ثم شرعنا بجولتين إستطلاعيتين، الأولى كانت في نوفمبر، والثانية في شهر مارس، أيضا في الدراسة الإستطلاعية لكي نرى واقع وميدان دراستنا إن كان فيه صعوبة، فبدأت الدراسة الإستطلاعية في شهر نوفمبر بمعدل 4 ساعات أو 5 ساعات نقضيها في مصلحة الإستعجالات لمدة شهر كامل، والتي رأينا فيها بعض السلوكات التي تتسم بالتشابه، أي أن نفس الفعل يتكرر.

فبعد ذلك شرعنا في كتابة الجزء النظري في أواخر شهر فيفري، وأخذ الوقت منا حوالي 4 أشهر كون أن طبيعة الموضوع قليل من حيث المراجع والمقالات العلمية، فبعد ذلك في شهر رمضان إتجهنا إلى الجانب الميداني للدراسة وبدأنا في جمع البيانات لأجل تفريغها وتحليلها وأخذ تقريبا شهر أيضا بهذا نكون قد تم الإنتهاء من المذكرة في حوالي 5 أشهر.

-2-المجال المكاني

أجريت هذه الدراسة على عينة من المرضى من مستشفى محمد بوضياف بمصلحة الإستعجالات، والتي بلغ عددهم 30 عينة، التي تغطي حاجيات المواطنين سواء داخل الولاية أو البلديات التابعة لها، والتي تمت في مصلحة الإستعجالات والذي يقع في منطقة المسمات حركات، وتتكون مصلحة الإستعجالات من:

-مكتب التوجيه

-قاعة مخبر الإستعجالات

-قاعة الجبس

-قاعة العلاج

-قاعة المراقبة الطبية الجراحية

-قاعة المراقبة الطبية A

-قاعة المراقبة الطبية B

-قاعة المراقبة الطبية C

-قاعة الإستشفاء

-قاعة الإستعجالات

-التحضير الجراحي

-قاعة التصوير الإشعاعي

-قاعة التصوير بالصدر

-منسق المصلحة

-الأمانة

-قاعة الاجتماعات

-رئيس المصلحة

وأما بخصوص المجال البشري، فقد إشتمل البحث، والمجال البشري أو مجتمع البحث هو الممرضين الذين يعملون بمصلحة الإستعجالات والذي يبلغ عددهم 30 عينة. فأجريت الدراسة على من الممرضين بالمؤسسة الإستشفائية بولاية البويرة "مستشفى محمد بوضياف"، وتمثلت في مصلحة الإستعجالات، الذي يعتبر هو جزء رئيسي من المستشفى الذي يستقبل الحالات الإستعجالية من المرضى وأصحاب الحوادث الخطيرة، ويتكون فالجانب الهيكلية حسب الدراسة الإستطلاعية الأولى التي قمنا بها من باب رئيس ويوجد حوالي اربع أبواب تحتوي فالأصل على أربع أطباء، ولكن ربما للضغط يوجد طبيب أو إثنين على الأقل ويتكون غالبا من طبيب أو إثنان يقومون بالتشخيص الإستعجالي، ثم يوجه إلى الغرفة التي تتناسب مع تشخيصه إما لتقلي حقنة، أو العناية المركزة، وتكمن كل حالة حسب وضعيتها وتشخيصها، ويقوم الممرضين بتطبيق ما وصفه الطبيب من علاج.

-المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة

ويتمثل مجتمع البحث في الممرضين والذي يبلغ عددهم الكلي 40 ممرض وموزعين على 5 مجموعات، وفي كل مجموعة يوجد بها 8 ممرضين، وكان الإستطلاع الأولي قد غير من توجهنا البحثي بحيث إعتقدنا أن العنف يمارس على الأطباء إلا أنه رأينا العنف يمارس على الممرضين بكثرة، والعنف غالبا ما يكون لفظي في إعتقاد من مرافق المريض أن هنالك تقاعص في جانب المهني والوظيفي، وهذا نتيجة الدراسة الإستطلاعية الأولى وشبكة الملاحظة التي قمنا بها في أول الدراسة، لكي نحدد بدقة على من يقع العنف وما نوعه وطبيعته وإفرازاته.

لقد تم إختيار عينتنا بطريقة المسح الشامل كون العينة يمكن إحتوائها والتي بلغ عددها 40 عينة إجمالاً فيما إمتنع 10 من الإجابة، بحيث يعتبر هذا الأسلوب دقيق ويمكن الحصول على أكبر معلومات، فلما كان عدد الممرضين ممرض، طبقنا المسح الشامل عبر أداة الإستمارة الموجه لهم والتي تحتو على عدة أسئلة تخذ الفرضيتين والموضوع ككل، ومن أجل معرفة إتجاهات

المجتمع الذي يخضع للدراسة وتقديرها، وقمنا بتوزيع الإستمارات على كافة الممرضين، لكن إمتنع البعض عن الإجابة

المطلب الثالث: الدراسة الإستطلاعية

لقد سمحت الدراسة الإستطلاعية بإكتشاف متغيرات جديدة، وأحداث إجتماعية قد غيرت نوعا ما في مسار دراستنا، في يوم 20/11/2021 على الساعة 8.30 ليلا، نزلنا بمستشفى محمد بوضياف بالمصلحة الإستعجالية للمستشفى، بحيث يوجد طبيب واحد ومكتب واحد يستقبل العديد من المرضى بمختلف درجات مرضهم بينهم إستعجالي والأخر عادي، فعدم التفرقة بين الحالتين الكل يرى أنه ذا أولوية فغريزة البقاء هي من فرضت نوعا من وجود ممارسات إجتماعية معزولة.

بحيث وجدنا أكثر من حالة بين عادية ومستعجلة ولا وجود لمنسق من يحدد ماهي الحالة المستعجلة والعادية، فقد خلق نوع من الضغط العملي على الممرضيين وأعوان الأمن وحتى الأطباء، فهناك من مارس حالات عنف وتعدي على الممرضيين ومنهم كسر الباب الزجاجي لمصلحة الإستعجالات وهناك من يصرخ.

وقد من شهادة ممرض يقول: أن المريض لا يفرق بين حتى الممرض والطبيب، فيريد تلقي العلاج، وقد لاحظنا وجود حالة لكسر للاعب كرة قدم ينتظر دوره، وكانت حالات لأطفال رضع بلغوا 16 رضيع ينتظروا دورهم فلا ننسى أننا في فصل الشتاء بالتالي عمليات إصابة الأطفال الرضع بالزكام أمر وارد نتيجة لضعف المناعة.

كما لاحظنا أن العنف الذي كان متواجد في قاعة الإستعجالات كان من مرافق المريض سواء من الأقارب أو الأصدقاء، وكان المريض يرافقه إما شخصين أو أكثر، وكما وجدنا حالة واحدة لذوي الإحتياجات الخاصة، وكما لاحظنا أن لقلة الضبط الإجتماعي دور في إفراز هكذا ممارسات من خلال تقاني أعوان الأمن في كبت هذا السلوك، الذي يعد آلية لتحقيق هدف العلاج ولو على حساب الحالة التي تستعدي العلاج.

في يوم موالي 2021/11/21 على الساعة 9 ليلا عدنا لمصلحة الإستعجالات، والتقينا ببعض المرضى، وجدنا حالات إنتظار أمام باب الطبيب بين أطفال وكبار السن وحتى من الإقامات الجامعية التي من المفروض بها أطباء مناوبون، ووجود لحالات رضع أيضا.

وقد طرحنا على المرضى وأعوان الأمن بعض الأسئلة منها هل ترون العنف ممارس على الأطباء او المرضى أو أعوان الأمن؟، فكانت الإجابات من المرضى هي الأكثر أن العنف يمارس عليهم بالدرجة الأولى، سواء سب أو ضرب، بمجرد خروج المريض من الطبيب وتشخيصه لحالته يتوجه إلينا مباشرة لتلقي حقن أو إسعافات، فعندما ينفذ بعض من المضادات الحيوية يقوم بعمليات الصراخ، كتوقع منه أنها حل في عملية الإسراع ولكن في حقيقة الأمر الكم الهائل للمرضى وقلة الآليات تقلل من توفير الجهد المناسب، فالمرضى يقوم بأدوار كثيرة منها نراقب المرضى الذين هم في قاعة المراقبة الطبية ...

وكما لاحظنا في عملية الدراسة الاستطلاعية من التحدث لمرافقي المرضى فأخبرنا ان المشكلة الرئيسية في سوء التنظيم الإداري، أي التنظيم الهيكلي لمصلحة الاستعجالات والتنظيمي هو من خلق ممارسات اجتماعية معزولة، فتعداد الغرف قليل بحجم عدد المرضى، وقلة المرضى فهم يتناوبون على كثير من الحالات بالتالي هناك جهد مبذول

وفي تصريح آخر من مرافقي المرضى أن المشكلة في المرضى فهم لا يقومون بعملهم بأكمل وجه مما يستفزنا ويجعلنا نصرخ من شدة الإنتظار لتلقي حقنة أو تضميد جراح أو تغيير لحقن الوريد.

فلقد لاحظنا بعض العنف الرمزي الممارس على المرضى من قبل مرافق المريض، داخل غرفة الإستعجالات لتلقي الحقن فالكل يرى أنه الأولى بحالته المرضية، بالمقابل أعوان الأمن داخل المصلحة بين 5 و6 أعوان، يعني بعبارة أخرى كانوا في قلة لأن البعض يخرج لتنظيم السيارات المركونة عند مدخل الإستعجالات والبقية مقسمين بين أخذ دور التوجيه والإستعلامات والمتجولين لحفظ الأمن الداخلي لمصلحة الإستعجالات خوفا من أي إنزلاق أمني أو وجود عنف.

في اليوم الموالي 2021/11/22 على الساعة 8.35 ليلا، وجدنا أيضا بعض الحالات التي تنتظر بين الرضع و كبار السن و النساء وبمختلف أمراضهم، من خلال ملاحظتنا دامت ساعتين

وجدنا لـ 5 حالات رضع، وبعض الحالات التي دعت الضرورة لتحول لمصلحة المراقبة الطبية والإستعجالية كما كانت أغلب الحالات عادي هي التي بدورها مارست بعض السلوكات الإجتماعية التي إتسمت بالعنف، ولم يتدخل أعوان الأمن في ذلك مبررين أنه خارج نطاق صلاحيتنا وكما أنمرافق المريض هو من مارس العنف داخل المصلحة الإستعجالية و ذلك لوجود أكثر من مرافق مما شكل ضغط على الطبيب وخاصة الممرضيين.

وقد لاحظنا وجود حالات لجرحي نتيجة مشاجرات بين الشباب قد تكفل بها الممرضين، في أحد اقوال الممرضيين ان هنالك حالات عنف يمارس علينا من قبل شاري الخمر الذين هم في حالة سكر شديد ونسمع كلام بذيء.

كخلاصة للدراسة الإستطلاعية التي دامت ثلاث أيام متتالية وفي كل ليلة تتراوح بين الساعتين والساعتين والنصف، وجدنا أن العنف ممارس أكبر على الممرضيين أكثر منهم على الأطباء، وهذا العنف يمارسه مرافق المريض، منه جعلنا عنوان الموضوع حول ظاهرة العنف الممارس على الممرضيين من قبل مرافق المريض داخل مصلحة الاستعجالات.

المبحث الثاني: أدوات جمع البيانات

-المطلب الأول: منهج الدراسة

إن المنهج المطبق هو المنهج الوصفي التحليلي الذي يتطابق مع الأداة، لأننا أردنا وصف وتحليل الظاهرة المتمثلة في العنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض، ومعرفة وتشخيص دوافع وأسباب هذا العنف، في إطار النظريات المتبناة في موضوعنا.

وهي طريقة منهجية مرتبة قمنا فيها بدراسة الموضوع بهيئته الطبيعية، وقمنا بتدعيمه في ذلك القيام بجمع الكم الذي نراه مناسباً من البيانات والمعلومات؛ ثم حاولنا توضيح العلاقة بين متغيرات البحث في صورة أسئلة وفروض، وبعد ذلك إستخدامنا أدوات التحليل الإحصائية التي تناسب طبيعة بيانات البحث، يلي ذلك وضع النتائج، ومن ثم تحليلها كيفياً بعدما كانت كما.

-المطلب الثاني: أدوات جمع البيانات

من بين الإجراءات المستخدمة في جمع البيانات لأجل الحصول على إجابات من المبحوثين والتمكن من صحة الفروض، ومن بين هذه الوسائل، (الملاحظة- المقابلة-الإستمارة):

-الملاحظة: قمنا بها في مرحلتين وكانت الملاحظة بالمشاركة، المرحلة الأولى أثناء تحديدنا لموضوع الدراسة ومعرفة طبيعة البيئة الإستشفائية بالضبط مصلحة الإستعجالات، والمرحلة الثانية في كيفية تعامل مرافق المرضى مع الأطقم الطبية، فكانت أول ملاحظة لنا، هو صراخ أحد مرافق المرضى امام المدخل الرئيسي لغرفة الطبيب، فرأينا أن هنالك تجاوزات لفظية، ثم توسعنا في ملاحظتنا المباشرة، حتى رأينا أن العنف أو ذلك السلوك العنيف ما لبث حتى تحول إلى الممرضين ومورس عليهم عنف لفظي ورمزي أيضاً، وبهذا تعرف الملاحظة عند **العساف** أنها أداة من أدوات البحث العلمي تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة البحث وإختبار فروضه، فهي تعني الإلتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين بقصد متابعته ورصد تغيراته ليتمكن الباحث بذلك من: وصف السلوك فقط أو وصفه وتحليله أو وصفه وتقويمه.

والملاحظة هي المشاهدة والمراقبة الدقيقة لسلوك أو ظاهرة معينة وتسجيل الملاحظات عنها، والإستعانة بأساليب الدراسة المناسبة لطبيعة ذلك السلوك أو تلك الظاهرة بغية تحقيق أفضل النتائج والحصول على أدق المعلومات.¹

-المقابلة-

لقد قمنا بإستخدام تقنية المقابلة والتي تعتبر أحد أدوات جمع المعلومات في فالبحت العلمي، ففي الدراسة الإستطلاعية الأولى قمنا بالحديث ومقابلة أحد أفراد أعوان الأمن عن سبب العنف الذي يمارس داخل مصلحة الإستجالات، فتحصلنا عن بعض المؤشرات، ثم قابلنا بمقابلة أيضا أحد الممرضين، فكانت إجاباته التي غيرت نظرتنا للموضوع وتغير المتغيرات، وحتى الفرضيات، بحيث كانت إجابة أحد الممرضين أن المريض ومرافقه بمجرد خروجه من عند الطبيب ونكون نحن الممرضين منهمكين في أداء دورنا بمعاينة المرضى أو تقديم الخدمة الطبية لهم، لا يلبث مرافق المريض حتى يبدأ بالصراخ لكي يعبر عن التقصير الموجود في تلك المصلحة، فالمقابلة إذن هي تقنية مباشرة تستعمل من أجل مساءلة الأفراد بكيفية منعزلة، لكن أيضا، وفي بعض الحالات مساءلة جماعات بطريقة نصف موجهة تسمح بأخذ معلومات كيفية بهدف التعرف العميق على إستكشاف الحوافز العميقة للأفراد وإكتشاف الأسباب المشتركة لسوئهم من خلال خصوصية كل حالة.²

-الإستمارة: وتعرف الإستمارة على أنها وسيلة الإستفتاء للحصول على إجابات عن عدد من الأسئلة المكتوبة في نموذج يعد لهذا الغرض ويقوم المحبب بملئه بنفسه.³

تم إستخدام الإستبيان أو الإستمارة في موضوع بحثنا كأداة أساسية، فالعينة كانت عشوائية بحكم طبيعة الموضوع الذي فرض المنهج والأداة، فإستخدمنا الإستمارة " الإستبيان " التي تحمل في

¹ عبد الله محمد الشريف، مناهج البحث العلمي: دليل الطالب في كتابة الأبحاث والرسائل العلمية (مصر: دار الشعاع، 1996)، ص118.

² موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية، ط2، (الجزائر: دار القصبه للنشر، 2004)، ص197.

³ جابر عبد الحمدي وأحمد خيرى كاظم، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، (القاهرة: دار النهضة، 1978)، ص254.

جعلتها أسئلة مكتوبة، في شكل أبعاد ومؤشرات للفرضيتين لأجل جمع البيانات، حيث قمنا بتوزيعها في مصلحة الإستجالات، والشيء الذي لاحظناه أن عدد الممرضات كان أكثر من الممرضين.

وتتكون الإستمارة من 20 سؤال، ومن 3 محاور أساسية، وفي المحور الأول المسمى محور البيانات الشخصية الذي يتكون من 4 أسئلة تخص جنس العينة وسنه، ومستواه الدراسي، والوظيفية هل هو ممرض رئيسي، أو مساعد ممرض.

بينما المحور الثاني المعنون بالعنف داخل مصلحة الإستجالات سلوك متعلم، هو بالنسبة للفرضية الأولى والتي تحتوي في جعلتها أبعاد ومؤشرات الفرضية، لكي يمكن أن نتأكد من صحة الفرضية القائلة العنف الذي يمارسه مرافق المريض ضد الممرضين داخل مصلحة الإستجالات هو سلوك متعلم، لكي نحلل كميا وكيفيا صحتها.

والمحور الثالث بعنوان الفرضية لضعف الضبط الإجتماعي دور في ظهور العنف ضد الممرضين من قبل مرافق المريض داخل مصلحة الإستجالات، التي بدورها تتكون من أبعاد ومؤشرات لكي نقيس كما ونحلل كيفا في إطارات النظريات صحة هذه الفرضية.

وإحتوى المحور الثاني والثالث على سؤالين مفتوحين، وهو عبارة عن رأي الممرض حول مصلحة الإستجالات وتقييمه له، والسؤال الثاني هو كذلك تصور الممرض للطرق التي تحد من ظاهرة العنف

الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها

الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها

-المبحث الأول: تحليل النتائج الأولوية للبيانات الشخصية

-المبحث الثاني: عرض وتحليل الجداول بالنسبة للفرضية الأولى

-المبحث الثالث: عرض وتحليل الجداول بالنسبة للفرضية الثانية

-المبحث الأول: تحليل النتائج الأولية للبيانات الشخصية**-الجدول رقم 03: يمثل توزيع العينة حسب الجنس**

النسبة%	التكرار	الجنس
20,0%	6	ذكر
80,0%	24	أنثى
100,0%	30	المجموع

من خلال الجدول والبيانات الإحصائية في الأعلى، نرى أن نسبة المبحوثين من الذكور بلغ 6 عينات من أصل 30 والتي تمثل 20% فيما نرى أن عدد الإناث بلغ 24 عينة والتي تمثل 80%، أي نسبة الإناث أكبر من الذكور، يمكن إعتبار طبيعة المهنة قد تكون حكر على الإناث، وبعد مقابلتنا لأحد الممرضين التي عززنا بها دراستنا بعبارة هذا السؤال لماذا الإناث أكثر في التمريض من الذكور، فأجاب أن هذه المهنة يتهرب منها الذكور ويلجأ لها الإناث إما بفعل العامل الاقتصادي للإناث ، وسهولة الإلتحاق بها بدل من الطب، فالطبيب يدرس سبع سنوات بينما الممرض يدرس فقط ثلاث سنوات، وحتى الراتب تقريبا ليس يبعد عن راتب الطبيب، أو أن مهنة كما يسمها البعض " خدمة النساء"، فهذه المفهوم الأخير هو وصم إجتماعي عن طبيعة المهنة التي تعكس واقع إجتماعي خلق تقسيم إجتماعي في تلك المهنة ، لذا أغلب مهنة التمريض يكون نساء فيها، فبعد التحرر الثقافي خاصة بعد العشرية السوداء التي كانت بعض الوظائف لا تقوم بها النساء ولا يسمح لهن أصلا بالخروج من البيت، إذن فعلية التحول الإجتماعي أثرت في كثير من المتغيرات خاصة الثقافية التي ساهمت في خروج المرأة من البيت والعمل والدراسة وغيرها من الأنشطة الاجتماعية.

-جدول رقم 04: يمثل توزيع العينة حسب السن

النسبة %	التكرار	السن
46,7%	14	[20 الى 25]
23,3%	7	[26 الى 30]
6,7%	2	[31 الى 35]
10,0%	3	[36 الى 40]
13,3%	4	[41 سنة وأكثر]
100,0%	30	المجموع

من خلال البيانات الإحصائية الموجودة في الجدول أعلاه، نرى السن متفاوت تقريبا، فنرى أن هنالك مجال عمري بين 22 سنة إلى 25 سنة ويختلف التكرار حسب العينات بالنسبة للإناث أي أن هذه الفئة هي الأغلبية، بينما هنالك مجال عمري من سن "29 إلى 49 سنة" نسبة التكرار فيها مرة واحدة، وأما الذكور فيوجد عينة يبلغ من العمر 24 سنة، وعينة أخرى يبلغ من العمر 25 سنة، وعينة يبلغ من العمر 28 سنة. منه نرى أن الإناث هم الفئة الأكثر حظا في مهنة التمريض، وأن في مصلحة الإستعدادات عدد الفتيات اللاتي يبلغن من العمر 22 سنة إلى 25 سنة هم الفئة الأكثر، مقارنة مع حجم عينة الذكور، وأنها الأغلبية، فهذا يعكس بعد آخر هو أن الفضاء الاجتماعي لمهنة الطب يكون في سن عمري صغير وكذلك الإناث هي التي تكون ففي ذلك الفضاء، فعملية التحرر كما سماها بيار بورديو الهيمنة الذكورية قد تحررت منها الأنثى بفعل تحولات في العوامل الثقافية و الاجتماعية وغيرها، ومنه نرى ان التكوين للشبه الطبي أصبح من دور الخواص والمعاهد ومدة التكوين ثلاث سنوات ومنها يصبح المتربص مؤهل للعمل الإستشفائي.

-الجدول رقم 05: يمثل توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
83,3%	25	ثانوي
16,7%	5	جامعي
100,0%	30	المجموع

من خلال المعطيات الموجودة في الجدول نرى أن العينات التي تمثل مستوى الثانوي بنسبة 25 والتي تمثل نسبة 83.3% أكبر نسبة مقارنة مع عينة الجامعي التي بلغت 5 عينات والتي تمثل 16.7%.

منه نرى أن الممرضين الذين إلتحقوا بسلك التمريض هم من مستوى ثانوي، ثم إلتحقوا بالمعاهد المتخصصة في التكوين للشبه الطبي، فيمكن إعتبار أن مؤسسة الوظيف العمومي خاصة مع كورونا الأخير لا توفر مناصب شغل بعد تخرج الطلبة من الجامعات مقارنة بالمعاهد التي تكون الممرضين الذين تكون لهم فرض العمل كبيرة في المستشفيات أو عند الخواص، أما خريجي الجامعات بشتى أنواع التخصصات فنسبة التوظيف ضئيلة لهم، منه يلجأ الطلبة إلى مزاوله مهنة التمريض كحل لمشكلة البطالة.

الجدول رقم 06: يمثل توزيع العينة حسب المهنة

النسبة%	التكرار	المهنة
70,0%	21	ممرض رئيسي
30,0%	9	مساعد ممرض
100,0%	30	المجموع

من خلال المعطيات في الجدول نرى أن 21 عينة التي تمثل 70.0% تمثل أعلى نسبة للممرض الرئيسي، مقارنة بـ9 عينات التي تمثل 30.0% لمساعد الممرض، وهذا حسب التوزيع للإستمارات على العينة، فحجم مصلحة الإستعجالات الذي يحتوي على عدة غرف ويوجد أيضا طوابق لها فهي تحتاج لكم من الممرضين الرئيسيين، وحسب تصريح لأحد طواقم الإدارة الذي كان مرافق لي في الجانب الميداني قال إن بعض الممرضين الذي يعملون في الطابق الأعلى يعملون في مصلحة الإستعجالات في الأسفل في حالة الضغط.

إذن منه يمكن القول إن التكوين يلعب الدور في إعطاء صفة ممرض رئيسي أو مساعد ممرض، فالتكوين 3 سنوات تعطي صفة ممرض رئيسي، والتكوين لسنتين تعطي صفة مساعد ممرض.

-المبحث الثاني: عرض نتائج وتحليل الجداول المركبة بالنسبة للفرضية الأولى

- (العنف الذي يمارسه مرافق المريض ضد الممرضين داخل مصلحة الإستعجالات هو سلوك متعلم). - جدول رقم 07 يمثل نسبة العنف المتكررة على الممرضين.

النسبة %	التكرار	الإجابة
70,0%	21	نعم
6,7%	2	لا
23,3%	7	أحيانا
100,0%	30	المجموع

من خلال المعطيات في الجدول أعلاه، نرى أن الذين قالوا تعرضنا للعنف بلغت 21 التي تمثل نسبة 70.0% كأعلى نسبة، مقارنة بحالتين نفوا ممارسة العنف عليهم التي تمثل 6.7%، و7 حالات التي تمثل 23.3% الذين قالوا يوجد عنف أحيانا يمارس علينا.

إن الملاحظ ظاهرة العنف هو نتاج من الخوف والموت وحب البقاء، فحينما يدخل مرافق المريض إلى مصلحة الإستعجالات ويكون مرافق للمريض الذي لا يعرف طبيعة مرضه فهو يمارس جملة سلوكيات كما سماها ماكس فيبير الفعل المعزول، الذي لا يمتلك أي ترجمة إجتماعية لها، فهو يحاول إدخال المريض إلى الطبيب بشتى الوسائل عبر اعلاء صوته أو تحطيم الممتلكات وقد راينا في مصلحة الإستعجالات بعض الجدران التي تعرضت للتحطيم والزجاج الأمامي لمصلحة الإستعجالات قد تم تكسيره من قبل مرافق المريض، فالممرضين يحاولون قدر إمكانهم أن يعملوا ويؤدوا مهنتهم على أحسن وجه، ويمارس عليهم بعض الضغوطات التي تترجم في شكل عنف عليهم بمختلف ألوانه.

-جدول رقم 08 يمثل نوع العنف الممارس على المرضى-

النسبة%	التكرار	نوع العنف
77,8%	28	لفظي
16,7%	6	جسدي
5,6%	2	آخر
100,0%	36	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن 28 من أفراد العينة أجابوا بـ نعم التي تمثل نسبة 77.8% أي الذين مارس عليهم عنف لفظي، و 6 من أفراد العينة أجابوا بأن طبيعة العنف الممارس عليهم جسدي والذي يمثل نسبة 16.7%، في حين نرى من بين إجابات المرضى أجابوا بأخر والذي يمثل نسبة 5.6%.

نرى السلوك الغالب والممارس على المرضى هو سلوك العنف اللفظي، فردات الفعل المترجمة التي تشهدها مصالح الإستعجالات هي من طبيعة لفظية، وغالبا ما نجد مرافق المريض يتهم على المرضى بعبارات فيها القسوة كـ (اخدم خدمتك- راك روطار وتعرفو غير ضحك- شوف دايرا مكياج ولاهيا تقيسبوكي وناس تموت-خدمي خدمتك صينو نضريك نصرعك....الخ) فهذه البعض من المفردات التي تمارس عليهم، فحين نرى أن الممرض يقوم بعمله وهذا طبعا حسب جولتنا الإستطلاعية الأولى ومقبلتنا لبعض المرضى، فبعض منهم يستغل قلة المرضى لأخذ الراحة فيفاجئ بدخول مريض مما يلقون عليه أحكام أنه يتقاعس في عمله، فالبناء التفاعلي بين الممرض ومرافق المريض مبني على توقع الأخير في وجود تقصير مما يجبره على ممارسة سلوك عنفي من طبيعة لفظية على الممرض. نرى أن كل العينة نفت ممارسة العنف عليهم سواء الجسدي أو غيره، عكس اللفظي، منه نرى مرافق المريض يستعمل العنف اللفظي بدرجة كبيرة على المرضى، وقد تتعب آلية في تحقيق الغرض الإستشفائي ويتم تعلم هكذا أنماط السلوك من خلال وجود ما يسمى القدوة، بمعنى أن الفعل العنفي لا يتم تعلمه عشوائيا بل يتم تعلمه وفق ما يسميه سيكندر الدعيم الإيجابي فالعنف اللفظي يلقي شرعية فمثال حينما تكتظ مصلحة الإستعجالات فيمارس أحد مرافق المرضى عنف لفظي بأحد العبارات ويعبر عن غضبه غالبا ما نرى سرعة في

تنشيط العمل منه يلقي ذلك الفعل مصداقية بعبارة (عندو الحق مهمش قاع يخدموا في خدمتهم و خالصين عليها)، عكس العنف الجسدي الذي يلقي عقاب فهو يمنع التدعيم ويقلل من تكراره، فسينتهي بالمعتدي بالسجن، منه نرى أن أغلب العنف الممارس على الممرضين هو العنف اللفظي.

- جدول رقم 09 يمثل درجة علاقة العنف بنظام العمل.

النسبة%	التكرار	الإجابة
80.0%	24	نعم
20.0%	6	أحيانا
100.0%	30	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول أعلاه نرى أن 24 من أفراد العينة أجابوا بـ بنعم والتي تمثل نسبة 80.0%، مقارنة بـ 6 عينات أجابوا بأحيانا والتي تمثل 20.0%.

منه قراءة لهذه المعطيات هو راجع لنظام وهيكله المصلحة، فعدم توفر الشروط الضرورية للعمل تخلق فجوات وإحتكاك بين مرافق المريض والممرض أو الأطقم الطبية كلها، فعدم تنظيم الفترات والساعات العملية للمرضين والتقسيم لهم في شكل أفواج يخلق نوعا من العنف يمارس عليهم بشكل تلقائي.

فالممرض الذي يسعى لتقديم الخدمة الإستشفائية لما يكون في بناء مؤسساتي يشتكي من نقص حسن التنظيم فإن الدور الاجتماعي للممرض سيكون معرض لخلل، وهذا الخلل سرعان ما يولد شحنة صراع بين الممرض ومرافق المريض، بالتالي عملية الهيكله والتنظيم الحسن للمصلحة تخلق من حسن العمل للممرض، وللملاحظة أنه هذه المهنة تتطلب مستوى ثلاثة ثانوي كاملة.

-جدول رقم 10 يمثل الفئة التي تمارس العنف على المرضى.

النسبة	التكرار	الإجابة
9,1%	3	المرضى
90,9%	30	مرافق المريض
100,0%	33	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول أعلاه نرى أن 3 من أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل نسبة 9,1% من إجابات المبحوثين أي أن المرضى هم من يمارسون العنف عليهم، ففي حين نرى 30 من أفراد العينة أجابوا بأن مرافق المريض هو أكثر الفئة التي تمارس العنف والتي تمثل نسبة 90%.

فمن خلال هذا نرى أن السلوك العنيف لا يمارسه فقط مرافق المريض بل حتى المريض في حد ذاته بالرغم من أن إجابات المبحوثين كانت قليلة بخصوص المرضى إلا أنه لا يمكن إنكار هذا الفعل المعزول، كون المريض لا يقوى على أي حركة ربما لخطورة وضعه، أو شدة الألم، فهناك بعض الحالات الفرادية الذي يأتي فيها المريض لوحده كالمشاجرات الليلية مثلا حينما يصاب يأتي لتضميد جرحه فحينما يكون لوحده ويرى تقصير سيباشر بممارسة سلوكيات عنيفة ضد المرضى من أقوال أو تصرفات تعكس إستعداده للفعل العنيف.

أيضا نرى أن كل إجابات المبحوثين تؤكد أن مرافق المريض هو من يمارس السلوك العنيف ضد المرضى وذلك بنسبة 100%، أي أن هنالك من أجاب عن المريض وعن مراق المريض، فمن خلال جولتنا الأولى الإستطلاعية الذي إفترضنا أن مرافق المريض هو من يمارس عملية الضغط والعنف ضد المرضى قد تأكدت إحصائيا، فمرافق المريض هو لا يستطيع التفرقة بين الحالة الإستعجالية والحالة التي لا تستدعي لذلك الهلع، فهذا الأمر هو الذي يخلق تحفيزا للسلوك العنيف ضد الأطقم الطبية خاصة المرضى.

هنا يشير ميشال فوكو في نظرية المراقبة والمعاقبة، إلى أن تفعيل بعض الآليات و الإستراتيجيات التي تقيد بعض الأفعال التي قد تشكل خطرا مجتمعي، فمثلا وضع نظام ترقيمي

داخل مصلحة الإستجالات وترتيب الأوليات من قبل طبيب يكون في بهو الصالة أي هو من يحدد من هي الحالة الإستجالية والحالة الغير الإستجالية، كما تلعب الأليات القانونية رادع قوي في كبت بعض الأفعال داخل مصلحة الإستجالات، فالفكرة الأساسية من نظرية ميشال فوكو هي أن الأفعال يجب أن تكون مراقبة لدرجة كبيرة فكل فعل معزول وغيبا مفهوم يعاقب عليه أمام الناس، فمن خلال تلك المعاقبة سيتكون شعور جمع لا يجب القيام بذلك الفعل وإلا سوف يتم معاقبتنا.

-جدول رقم 11 يمثل الفترات الزمنية التي يمارس فيها العنف على الممرضين.

النسبة	التكرار	وقت زيادة العنف
11,9%	5	[8إلى12]
21,4%	9	[12إلى18]
59,5%	25	[18إلى00]
7,1%	3	[00 إلى 8.00]
100,0%	42	المجموع

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نرى أن 5 من أفراد العينة الذين أجابوا بنعم والتي تمثل نسبة 11.9%، والذين رأوا أن العنف في مصلحة الإستجالات يكون صباحا أي من 8 إلى 12، مقارنة بـ 9 من إجابات أفراد العينة الذين رأوا أن العنف لا يمارس في الفترة الصباحية والتي تمثل نسبة 21.4% أي في الفترة الممتدة من 12 إلى 6، كون أن في الصباح تقل نسبة العنف في مصلحة الإستجالات نتيجة التوزيع الإستشفائي من قبل بعض الحالات تأتي فتوجه لمستشفى " الشاطو"، وبعض الحالات يتم التكفل بها ، كما أن بعض المرضى يذهبون إلى مستوصف "فراشاتي"، والبعض منهم يذهب إلى المستشفيات الخاصة لتلقي العلاج بدل الإنتظار.

فالملاحظ أن في الفترة الصباحية يقل نسبة العنف من قبل مرافق المريض داخل مصلحة الإستجالات وذلك كون وجود مرافق واحد وليس أكثر، كون الأغلبية تزاوّل نشاطها وعملها

اليومي، فقلة مرافقي المرضى داخل مصلحة الإستجالات يقلل من ظاهرة العنف الممارس على المرضى، فكلما يقل الإحتكاك الاجتماعي بين مرافقي المرضى والمرضى يخلق جو يقل فيه الضغط الاجتماعي للمرضى.

ففي الفترة المسائية تقريبا يكون قد الأمر متعلق بطبيعة الوظيفة لمرافق المرضى سواء الوالدين أو الأقارب فيزداد ذلك الإحتكاك بين المرضى ومرافقي المرضى فالأمر دائما متعلق بتعدد مرافقي المرضى الذين أحيانا يشكلون ضغط عملي على المرضى، فلا يجب أن ننسى أن عدد المرضى أحيانا يعجز امام توافد المرضى.

إذن فحجم الصراع الذي يتولد عنه عنف يكثر في الفترة الليلية بين مرافقي المرضى والمرضى الذين يعملون في المناوبة الليلية، ولا ننسى في الفترة المسائية المرضى يكون معه أكثر من مرافق نتيجة خروجهم من العمل، ويقوى الإحتكاك داخل مصلحة الإستجالات، وهنا نشير إلى مفهوم التوازن الاجتماعي لبارسونز الذي من خلاله يرى وجوب توازن في النسق لكي يتجنب كل التوترات الاجتماعية ومهما بلغت حدتها، فعملية التوازن يكون بين ثلاث وظائف أساسية هو وجود رجال أمن يقفون على صد أي عنف محتمل، والوظيفة الثانية تكمن في أداء المرضى عمله كما ينبغي إذا توفرت شروط العمل طبعاً، والوظيفة الأخيرة تكمن في مدى إستعداد مرافق المرضى لتقبل الوضع القائم داخل مصلحة الإستجالات، فليس كل تأخير يعني هنالك تقصير لأن هنالك بعض المرضى يكونون ملزمين بإتباع والسهر مع حالات خطيرة.

الملاحظ أن شدة العنف تنقص في الفترة من 12 ليلاً إلى 8 صباحاً في مصلحة الإستجالات وهذا لا ينفي ان هنالك عنف، لكن ربما يعود ذلك النقص إلى خلود مرافقي المرضى إلى النوم، أو ضرورة مغادرة المستشفى وإبقاء مرافق واحد كون لهم إلتزامات في الصباح وهي الذهاب إلى العمل.

-جدول رقم 12 يبين الحالات التي يقبلون عليها لمصلحة الإستعجالات.

النسبة	التكرار	الحالات
58,1%	25	زيارة المريض
23,3%	10	تلقي العلاج
18,6%	8	أخر
100,0%	43	المجموع

من خلال النتائج المبينة في الجدول نرى أن 25 من أفراد العينة أجابوا بـ نعم والتي تمثل نسبة 58.1%، أي أن هذه النسبة تمثل رأي العينة في أن الحالة تأتي لزيارة المريض، في حين 10 من أفراد العينة أجابوا بأن والتي تمثل 16.7%.

نرى أن الممرضين يرون أن زيارة المريض في مصلحة الإستعجالات هي أكثر من أي شيء بما فيها تلقي العلاج، فكثر الزيارات في غير وقتها وكثرة الوافدين يخلق نوعا من الإحتكاك بين مرافقي المرضى فيما بعضهم وبين الممرضين أيضا، فالتنظيم الإداري يلعب دورا في تقليل ظاهرة العنف داخل مصلحة الإستعجالات.

فأراء الممرضين حول سبب العنف حسبهم يرون أن كثرة الوافدين لمصلحة الإستعجالات والتي في إطار زيارة المرضى هو من يخلق ظاهرة العنف، فلا نستبعد أن كثرة زائري المرضى لا يخلقون ضغط في مصلحة الإستعجالات التي يكمن دورها في إعطاء العلاج الإستعجالي للمرضى فكون عدد كبير من مرافقي المرضى والزوار في تلك المصلحة لا ينفي أن تكون هنالك أفعال معزولة داخل المصلحة.

فدور الإدارة يكمن في التسيير والإرشاد وخلق غرف واسعة تسمح لزوار المرضى بزيارة مرضاهم داخل مصلحة الإستعجالات، أو ترشيد سلوكياته

منه نرى أن الثقافة الإستعجالية غائبة في المجتمع كون أن المستشفى نسق إستعجالي وليس أماكن للترفيه، فلا يجب إغفال أمر، في جولتنا الإستطلاعية رأينا أن بعض الحالات تأتي من العلاقات الحميمة وخاصة من الإقامات الجامعية للبنات، فكانت حالة مشادات بين عون أمن مع صديق

للمريضة، فإذن هنا الثقافة الإستشفائية غائبة والتأثر بالأفلام إن صح التعبير في مقل هذه الحالات العاطفية.

فإن الثقافة الإستشفائية التي تأتي من العادات والقيم ويجب إحترام الطبيب والممرض أصبحت منعدمة وهذا بسبب التحولات الاجتماعية، والتقليل من قيمة عمل الممرض أو المريض جعل من مرافق المريض يقلل من تلك المهنة التي كانت قديما تعتبر عمل مقدس وإحترامها ضروري مثلها مثل وظيفة الإمام أو الأستاذ.

-جدول رقم 13 يمثل علاقة كثرة المرضى بظاهرة العنف.

الأجوبة	التكرار	النسبة %
نعم	26	86,7%
لا	4	13,3%
المجموع	30	100,0%

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن 26 من إجابات الممرضين أجابوا بـ نعم والتي تمثل 86.7% أي أن هنالك علاقة بين كثرة المرضى في مصلحة الإستعجالات والعنف، في حين 4 أفراد العينة أجابوا بـ لا والتي تمثل 13.3%.

بمعنى أن كثرة المرضى التي تأتي إلى مصلحة الإستعجالات تجعل هنالك ضغوطات في سير العمل، فهنالك بعض الحالات التي لا تستدعي أن تكون حالة إستعجالية، فبالتالي تكون حالات عادية مع حالات إستعجالية في المصلحة بالتالي هذا التراكم يولد نوعا من الصراع أو زيادة في الشحنات كون أن عدد الممرضين أحيانا يعجز أمام الإقبال الكبير للمصلحة.

منه التقسيم الإداري للمصلحة يلعب دورا كبيرا في الحد من هكذا ظواهر، كوضع طبيبين على الأقل في المصلحة وإجبارية دخول مرافق واحد مع المريض، كآليات تحد من ظاهرة العنف في مصلحة الإستعجالات، فالمرضى هم لا يدركون طبيعة حالتهم ولا حتى طبيعة الحقن التي تعطى لهم لكي يتم وخزهم بها، فبعض الحالات العادية تعطى لها حقنة ربما التأخير قليلا لا يؤثر كون

المريض ربما يتفقد بعض الحالات التي تستدعي مرافقة طبية، تجده يمارس ضغط على الممرض فهنا قد يولد صراع بينه وبين الممرض.

-جدول رقم 14 يمثل الفئة العمرية التي تمارس العنف على الممرضين.

النسبة	التكرار	سن مرتكبو العنف
31,3%	25	[18 إلى 25 سنة]
37,5%	30	[25 إلى 35 سنة]
31,3%	25	[35 سنة. فمافوق]
100,0%	80	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن 25 من أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل 83.3% أي أن الفئة العمرية من 18 إلى 25 تمارس العنف أي أن هذه الفئة العمرية التي تتميز بالنمو المورفولوجي.

بالتالي ممارسة العنف على الممرضين يكون سهل وكون هذه الفئة تتميز أيضا بعدم الخوف وإدراك العواقب، مقارنة بالفئة السابقة التي تتميز نوعا ما من الخوف، إذن عندما تتوفر بعض الشروط التي تسهل عملية العنف أو خطاب الكراهية في المستشفى سواء الرمزي منه أو اللفظي كنقص الضبط الاجتماعي، و تأكد مرافق المريض أن القانون شبه غائب، وأن الممرض لا يستطيع الدفاع أو الإشتباك مع الشخص خوفا من الإنتقام خارجا أو الفصل من العمل أو إزعاج المرضى، بالتالي يكون هنا العنف سهل الوقوع خاصة الممرضات التي لا يقوين على الدفاع عن أنفسهن، فبعض ممارسي العنف يكونوا أبناء المنطقة ويعلمون خبايا الموقف، فبالتالي يجعل بعض الممرضين يتلقون العنف ولا يردون على بعض الممارسات خاصة الممرضين الذين يكونون من خارج الولاية.

مقارنة بالفئة العمرية التي تمتد من 25 إلى 35 والتي أجاب أفراد العينة أنها الفئة العمرية الأكثر ممارسة للعنف والتي تمثل 37.5%، بالتالي نرى أن هذه الفئة أغلبيتها يكون في سن المراهقة ومحاولة إثبات الذات، ففي إطار الثقافة الفرعية التي تتبع من ثقافة المجتمع الأكبر والذي

يتفق مع النظرية الإنتشارية للعناصر الثقافية، في حين البعض يرى أن الثقافة الفرعية أو السلوك العنيف لتلك الفئة ينبع نتيجة للتفاعل داخل الجماعة، فبعض الثقافة الفرعية تكون آنية، وكيف يمكن ذلك؟ إذن تكون الثقافة الفرعية آنية أي مؤقتة نتيجة للضغط، فالمراهق لما يكون في فضاء النسق الإستشفائي فهو لا يعلم كيفية الصيرورة العملية للمرضين وكيف هو دور كل فرد من البنية التي تكون النسق، فالتقسيم النسقي يكون في أعلى الهرم رئيس المصلحة، الذي هو الذي يشرف على حسن سيرورة العمل، إذن فمرافق المريض يلجأ الى الثقافة الفرعية التي يتعلمها في إطار التفاعل بين جماعة الرفاق لكي يحقق الهدف وهو تلقي العلاج لمن هو يرافقه.

ونرى أن الفئة العمرية من 35 فما فوق فحسب الممرضين أن هذه الفئة تتناسب فيها ممارسة العنف لهم على الممرضين كون أن هذه الفئة ربما تتميز بنوع من الخجل وأنهم يميزون بعض الأفعال المعزولة عن فهم المجتمع لها، عكس الفئات الأخرى والفئة العمرية الثانية التي نسبة العنف فيها عالية جدا، كون ربما بعض تلك الفئة تتسم بالعنفوان عكس هذه الفئة التي لا ننفي ممارستها العنف ولكن العنف يكون نتاج التوقعات.

ففي إطار النظرية التفاعلية الرمزية التي تنطلق من مسلمة على أن الفرد يعيش في عالم من الرموز والمعارف يتفاعل بها ومعها، ويستخدمها باستمرار للتعبير عن حاجاته الإجتماعية ورغباته الفردية، فالسلوك البشري يتحدّد من خلال العوالم الرمزية والمعتقدات والقيم، فهذه الفئة قد تكرر زيارتها للمستشفيات وأخذت صورة نمطية عن الصيرورة العملية لهذه المصلحة وخاصة فئة الممرضين، فالتوقع الذي يبني عليه مرافق المريض أنه سيجد نوعا ربما من عدم اللامبالاة من قبل الممرضين وهذه التوقع يعكس نتاج سنوات من الملاحظات وهو ما يجعله يتأكد أن الممرضين ربما يتهاونون وأنه حقه الإستعجالي يأتي بالقوة.

-جدول رقم 15 يمثل علاقة كثرة الزوار بالضغوطات على المرضى-

الأجوبة	التكرار	النسبة %
نعم	28	93,3%
لا	2	6,7%
المجموع	30	100,0%

من خلال المعطيات المستنتجة من الجدول في الأعلى نرى أن 28 من أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل 93.3 %، بالمقارنة مع 2 من أفراد العينة أجابوا ب لا والتي تمثل 2%.

منه نرى الزيارات العشوائية والغير المنتظمة خاصة عندما حالة خطيرة يأتي الكثير من مرافقي المرضى لمصلحة الإستعجالات التي يكمن دورها في تقديم العلاج الإستعجالي، فهذا الكم الهائل من الزيارات تسبب نوعا من الضغوطات العملية على المرضى خاصة عندما يكونوا في الواجهة أي يعطون العلاج للمرضى.

فنظرية الضغط الاجتماعي التي ترى أن قد تؤدي الضغوطات الإجتماعية إلى السلوكات الإنحرافية خاصة عندما يتعلق الأمر بالهدف، فالضغط بمفهومه الواسع فالمرضى لا يقوى أن يعمل في جو يكتظ فيه كثرة الزوار، فالتنظيم الجيد يلعب دور كبير في الحد من ظهور العنف الذي يعد نتاج الضغط وكما أنه لابد من الإشارة إلى أن غرف مصالح الإستعجالات لا تكفي لإستقبال الزوار، كون وجود أربع من الأسيرة الخاصة بالمرضى، ومرافق واحد فلو زاد مرافقي المرضى سيكون هنالك ضغط على المريض وعلى المرضى.

-الجدول رقم 16: يمثل العلاقة بين الجنس ونوع العنف الممارس عليه.

المجموع	نوع العنف الممارس			الجنس
	أخر	جسدي	لفظي	
6	0	0	6	ذكر
20,0%	0,0%	0,0%	20,0%	
24	2	6	22	أنثى
80,0%	6,7%	20,0%	73,3%	
30	2	6	28	المجموع
100,0%	6,7%	20,0%	93,3%	

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن نسبة 20% من أفراد العينة من نوع ذكر مورس عليهم عنف لفظي، في حين نرى أن 73% من أفراد العينة والتي يمثل جنس أنثى مورس عليهم أيضا عنف لفظي، و 20% عنف جسدي، منه نرى أن هنالك علاقة بين طبيعة العنف ونوع الجنس، كون أن الإناث أكثر عرضة لممارسة العنف عليهم، كون المتغير الأساسي الذي ساهم في خروج المرأة لسوق العمل هو متغير الاقتصادي، بحيث لعبت التحولات الاجتماعية دور كبير في ظهور بعض الممارسات والخطابات الاجتماعية، في ظل الصراع القائم بين الهمنة الذكورية وحرية المرأى الذي نالت طابع سياسي، فما شهدته الجزائر في 10 سنوات الأخيرة يعكس حقيقة حجم الصراع الثقافي، فهناك بعض المناطق التي أعطت حرية للمرأة كاملة عكس بعض المناطق التي ترى أن المرأة شيء مقدس ومكانها البيت، كما أن الصراع الثقافي بدأ تقريبا في أواخر العشرينات السوداء، وتطور الجامعات وإنشائها بحيث تقريبا في كل ولاية جامعة تخرج العديد من الجامعيين بمختلف التخصصات، فطبيعة الخلفية التي مر بها المجتمع الجزائري وما أحدثته الصراعات أعطى للمرأة حرية إجتماعية، بحيث أصبحت تعمل وهذا نتيجة الفراغ الحاصل كون الأب متوفي في العشرينات السوداء ولا يوجد من يعيل الأسرة مما أجبر المرأة بالخروج إلى سوق العمل وتحدي كل ما معيق إجتماعي من ممارسات خطابات إجتماعية تتم بالكراهية.

كما أن عملية التلقين والتعليم الاجتماعي للبننت وبرمجتها حول مفهوم أن البننت تدرس ثم تتوظف عكس ما هو قديم بحيث كانت البننت تؤهل إجتماعيا لتكوين مؤسسة أسرة، فهذا الإنتقال ونتيجة عملية الإنتشار الثقافي الذي مس جميع الأنساق الاجتماعية، خلق جملة مفاهيم جديدة، فتطور حجم الصراع عبر إقصاء الرجل من بعض المهن كمهنة التمري، فطبيعة نفسية الرجل وتحمله لرؤية الدم والجروح عمس نفسية المرأة التي ربما لا تقوى عن مشاهدة الدماء والجروح وغيرها.

فمتطلبات الحياة جعل المرأة تتحدى ذلك الواقع، قلنا إذن أصبحت مهنة التمريض من طبيعة المرأة، فالتسمية التي أطلقت على هذه المهنة قللت من أهمتها للرجل.

إذن واقع العنف الذي يمارس على البننت أكثر من الرجل في الحقل الاجتماعي، يحتمل فرضيتين:

-حجم الصراع بين الرجل والمرأة وإقصائه من بعض المكانات الاجتماعية وإمتثال المرأة لذلك الدور.

-الإنتقام من النسق الاجتماعي الذي أعطى للمرأة مكانة ودور إجتماعي دون الرجل.

فبخصوص العنف في مصلحة الإستعجالات فلا يمكن إنكار بعض المتغيرات الموجودة في المجتمع وحجم الصراع، فالإحباط الممارس على الرجل يخلق نوعا من عدم الرضى الاجتماعي، فيشعر أن المرأة أخذت مكانه، وحجم الإعتداءات اللفظية في النسق المؤسساتي يعكس طبيعة الصراع.

لابد من التلميح أيضا أن العنف اللفظي كما رأينا في جولتنا الإستطلاع الأولى إلى بعض الألفاظ ك (ما يخدموا ما والو....جاية تتصدر تقول معرسين....البسي كي ناسالخ)، هذا على سبيل المثال بعض كلمات التي تقال للممرضة، فهذه الكلمات تعكس حجم الأحكام القيمية، فهو يعتقد الممرضة لا تعمل كما ينبغي ولا تؤدي وظيفتها الاجتماعي، فقط تأتي لأجل أن تتقاضى راتبها، ولا يهملها معاناة المريض وما يشعر به، فحتى الممرض نرى أنه يشتكى من سلوكيات مرافق المريض الذي لا يعلم حجم الضغط العملي وما هي النقائص التي أدت إلى تقصير بعض الممرضين في أداء عملهم، لابد من الإشارة مقياس آخر هو علم الضحايا، فبعض

المرضى هو ضحايا أنفسهم، كالضحية المتحدية، فبعض المرضى يتحدى الجاني سواء بممارسة خطاب الكراهية والعنف الرمزي عليه أو حتى الجسدي، فيقع الممرض ضحية عنف لفظي.

جدول رقم 17 يمثل علاقة نظام العمل مع أوقات التي تكثر فيها العنف.

المجموع	دور نظام العمل في ظهور العنف		وقت زيادة العنف
	أحيانا	نعم	
5	0	5	من 8 إلى 12
19,2%	0,0%	19,2%	
9	3	6	من 6 إلى 12
34,6%	11,5%	23,1%	
25	5	20	من 6 مساءً إلى 12 ليلاً
96,2%	19,2%	76,9%	
3	0	3	من 12 ليلاً إلى 8 صباحاً
11,5%	0,0%	11,5%	
26	5	21	المجموع
100,0%	19,2%	80,8%	

من خلال المعطيات المبينة في الجدول المركب نرى أن 76.9% من إجابات المبحوثين أن لنظام العمل دور في وقوع العنف يكون في الفترة الزمنية من 6 مساءً إلى منتصف الليل، في حين نرى من إجابات المبحوثين حول نظام العمل التي تمثل نسبة 11.5% لها علاقة في ظهر ممارسات عنيفة في الفترة الزمنية من منتصف الليل إلى 8 صباحاً.

منه هذه الممارسات التي تبدو متكررة خاصة في الفترة الزمنية من منتصف النهار إلى المساء، فمرافق المريض الذي أكتسب جملة من الممارسات والخطابات الإجتماعية فهو يبرز المصادر

الفكرية لمفهوم التعلم، فتكرار بعض المفاهيم التي تم تعلمها نتيجة الإحتكاك المتوالية مع الفئة التي مارست حقيقة العنف على الممرضين والمتكررة والتي لقت تدعيم إيجابي في الفضاء الاجتماعي للنسق الإستشفائي، فواقع نظام العمل الذي يشككي منه الممرضين الذي خلق محيط إجتماعي فيه عنف بالتالي إفرازات العنف تكون حقيقة حتمية ويعكس هذا الأمر في بعض الأوقات التي تشهد فيها نسبة عنف كبيرة خاصة في الفترة المسائية، بالتالي لا بد من مراجعة بعض الأوقات مثلا إذا ثبت أنه حقيقة ظاهرة العنف التي تمارس في النسق الإستعجالي في الفترة الزمنية من 12 منتصف النهار إلى غاية منتصف الليل، فلا بد من وضع إحترازا أمنية وتدعيم كلي لمصلحة الإستعجالات من تعزيز للمرضين والأطباء كإجراء وقائي ولأجل تقادي العنف في تلك المصلحة، أو من خلال التقسيم الكلي مثلا يتم تعزيز مستشفى الشاطو بمصلحة إستعجالات خاصة بتلك المنطقة، لفك الضغط، فبعض الحالات يتم معالجتها من تلك المنطقة في مصلحة الإستعجالات فيكون مرافق المريض في نفسية لا تمح له بالتفاوض ولا بالمحاورة فغريزة البقاء والخوف من الموت تجعله في حدث إجتماعي متوتر وزيادة على ذلك الكم الهال من لوافدين لتلك المصلحة، فلو كنت هنالك مصلحة إستعجالات فستقل نسبة إحتكاكه مع مرافق المرضى الآخرين الذين يلعبون دور المثير الاجتماعي، وتكون له فرصة العلاج نتيجة قلة المرضى.

فالملاحظ أيضا نسبة العنف تزداد في الفترة الزمنية من 6 مساء إلى منتصف الليل فهي مؤثر إلى بعض الإحتمالات:

-إما لنقص الممرضين وعجز في الأطقم الطبية

-سوء التسيير الإداري

-عدم ملاحظة ومتابعة وقراءة تلك الأحداث

فالمفروض هو القيام بدراسة إحصائية حول أوقات زيادة العنف وإعادة النظر في التسيير الشامل لقطاع الصحة. فالتقسيم الهيكلي والإداري له أهمية بالغة ودور وظيفي في التقليل من ظاهرة العنف الممارس على الممرضين في مصلحة الإستعجالات.

دون نسيان الأسئلة المفتوحة التي كانت تعبر عن آراء المبحوثين حول تقييمهم لمصالح الإستعجالات في الجزائر، فكانت الإجابات تعبر عن حقيقة ما يرونه في تلك المصالح، فارتأينا لكي نجعل البعض منها في شكل نقاط ونحلل فحواها:

-لا أستطيع التقييم مع العلم أنني أعمل بها ولكنها متدنية.

-مصلحة الإستعجالات في بلادنا أصبحت ملاذا لكل من هب ودب وليس لغاية علاج.

-كارثية وغياب الأمن والتنظيم ونقص الإمكانيات

-كارثة عظمى بكل المقاييس.

فحجم الإحباط الذي يعيشه الممرض لأجل أداء وظيفته الاجتماعية، ذلك راجع لعدة مسببات لها علاقة بسوء التسيير والتنظيم واللامبالاة المؤسساتية، كل هذا ولد لدى نفسية الممرض بصفة خاصة والأطعم الطبية بصفة عامة إحباط وعدم رضاهم على ما يقوم به، وهذا الإحباط لطاما يولد بعض الصراعات داخل نسق مصلحة الإستعجالات، والتي نجد الممرض لا يقوم بوظيفته وهذا بطبيعة الحال يعبر عن حقيقة أن المنظومة الصحية تعاني، وهي التي لا تقوم برفع معنويات الممرض من خلال توفير شروط العمل، وكذلك توفير الرعاية والأمن لهم، من خلال هذا يجعل حجم الصراع كبير بين مرافق المريض الذي يعتقد أن التقاعص من قبل الممرضين وسوء وقلة التكوين النفسي والمهني لهم، وإعتبرات الممرضين أن المنظمة الصحية مقصرة

فيرى ميللر أن حجم الإحباط هو الذي يولد العدوان والعنف، فهنا نرى أن الإحباط من طرفين، الطرف الأول هو المريض ومرافقه الذي يعتقد أن المنظومة الصحية قليلة أو منعدمة الجودة والرفاه الصحي، ويضربون أمثلة لماذا المسؤولين لهذه الدولة يعالجون في الدول الأوروبية، والطرف الثاني هو الممرض الذي كما سبق وأن ذكرنا أنه ضحية سوء التسيير، فالبتالي الصراعات داخل مصلحة الإستعجالات تبقى موجودة،

من خلال قراءة الجداول السابقة البسيطة والمركبة بالنسبة للفرضية الأولى القائلة إن العنف

داخل مصلحة الإستعجالات سلوك متعلم، أنها فرضية صحيحة وأن سلوك العنف خاصة اللفظي

يتم تعلمه.

-المبحث الثالث: عرض وتحليل الجداول بالنسبة للفرضية الثانية

-2- (الضعف الضبط الإجتماعي دور في ظهور العنف ضد الممرضين من قبل مرافق المريض داخل مصلحة الإستعجالات)

-جدول رقم 18 يمثل العلاقة بين قلة أعوان الأمن وظهور العنف.

النسبة %	التكرار	الإجابة
80,0%	24	نعم
16,7%	5	لا
3,3%	1	أحيانا
100,0%	30	المجموع

بالنظر إلى بيانات الجدول رقم 14 نلاحظ أن أغلبية المبحوثين 24 من أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل 80.0%، مقابل 5 من أفراد العينة الذين أجابوا ب لا والتي تمثل 16.7%، أي هنالك علاقة بين قلة أعوان وظهور العنف.

منه نرى أن هنالك علاقة بين قلة الأمن وظهور العنف الممارس على الممرضين، فكلما يقل الضبط الاجتماعي والذي يعد أعوان الأمن أحد أنساقه فهو يخلق نوعا من التمرد الاجتماعي، وحسب فوكو عالم الاجتماع الفرنسي في نظريته المراقبة والمعاقبة عندما يكون الأفراد مراقبين في سلوكياتهم وأجهزة الأمن تعمل عملها وعند كل خطأ يتم توقيفهم سيصبح النسق مراقب كلية ويكون له صفة الضبط الاجتماعي كون وجود العقوبة قائمة.

لكن إن كان هنالك عدد أعوان الأمن بكثرة خاصة مصلحة الإستعجالات التي دائما تشهد إنزلاقات أمنية ومشادات، فستقل نسبة العنف الممارس على الممرضين.

ويقول هوبز في هذا الصدد الخوف من الأقوى هو سبب أو دافع يمنع الكثير من الأفراد من مخالفة القانون، ومنه كون أعوان الأمن لهم الطابع الأمني والقانوني بما ذلك أجهزة الشرطة التي

تعمل في مصلحة الإستعجالات نهارا وليلا فهي تخلق شعورا جمعي بعدم مخالفة القانون ويجب الخضوع لما هو منصوص عليه لذا غالبا ما يكون العنف كلامي لا جسدي.

-جدول رقم 19 يمثل نسب إجابات الممرض حول إستهتار المعتدين بالنظام

الداخلي.

النسبة %	التكرار	الإجابة
83,3%	25	نعم
13,3%	4	لا
3,3%	1	أحيانا
100,0%	30	المجموع

من خلال المعطيات في الجدول نرى أن 25 من أفراد أجابوا بنعم والتي تمثل 83.3%، مقارنة بإجابات المبحوثين وعددهم 4 والتي تمثل 13.3%، أي هنالك إستهتار من قبل المعتدين بالنظام الداخلي.

منه نرى ومن خلال قراءة الجدول أن أغلب مرافقي المرضى يستهترون ولا يعيرون أهمية للضبط الإجتماعي والقانون الداخلي، فهذا الواقع يعكس مدى تساهل الإدارة مع مرافقي المرضى، وأن هنالك تسامح بينهم أي عندما يعتدي مرافق المريض على الممرض فهنالك رد فعل من قبل الأخير بالصفح وكذلك نرى أو ما هو شائع هو تبرير الفعل لمرافق المريض كونه يعاني من ضغوط جراء رؤية قريبه مريض وبالتالي سلوكه نتيجة الضغط.

ونرى بعض المعتدين يكونوا أبناء المنطقة ويعرفون الممرضين بسرعة الإنتقام تكون موجودة وكون الممرض وأغلبيتهم من مناطق مجاورة يتشكل لهم الخوف منهم، وأن القانون لا يحميهم خارج المستشفى، كما نرى أن ثقافة الإستشفاء غائبة أيضا وأستشهد في تحليلي من واقعة حقيقة هو وفاة رضيع كان من الساعة 9 صباحا الى منتصف الليل تقريبا وقد قام الممرضين بإسعافه قدر الإمكان وكان هنالك في المستشفى نوعا من العجز فطلب من الأب الذهاب به إلى مصلحة إستعجالات خاصة لكنه رفض، وزاد الأمر سوءا فتوفي الرضيع وصارت هنالك مشادات وعنف داخل مصلحة الإستعجالات والتهجم على الممرضة التي إتهمت بالتقصير، لكن هذا رد الفعل

واقعي ولكن يبقى السؤال من يحمي الممرض؟ هنا نتأكد أن مرافق المريض له رؤية إستباقية عن واقع المستشفيات.

-جدول رقم 20 يبين السماح لبعض المعتدين دون عقاب في تكرار سلوكياتهم.

النسبة %	التكرار	الإجابة
90,0%	27	نعم
10,0%	3	لا
100,0%	30	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن 27 من أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل 90.0%، مقابل 3 من أفراد العينة الذي أجابوا ب لا والتي تمثل 10.0%، منه نرى أن حقيقة كما في الجدول السابق الذي يبين أن المعتدين يستهترون بالنظام الداخلي والقوانين، وهذا أيضا يعكس ما في هذا الجدول من معطيات أن السماح لهم والتجاوز عنهم فيساهم في تكرار السلوك وممارسة العنف على الممرضين

ويرى هيرشي الذي أرجع هذا السلوك المنحرف إلى ضعف روابط المجتمع وإنهيارها، كون الرابطة الاجتماعية تتميز بالإرتباط والاندماج والعقيدة، بالتالي فأى خلل بأحد هذه النظم يخلق نوعا من الإستعداد الإنحرافي داخل مصلحة الإستعجال، ولكن إن كان في كل مرة يتكرر السلوك الإنحرافي داخل المصلحة فهذا يرمز إلى نظام إستشفائي عقيم وعنيف، عقيم من حيث وجود الأمن وعنيف من حيث وجود تكرارات في العنف.

وفي خضم هذا الواقع سيجعل نفور من الذهاب إلى المستشفيات الحكومية إلى المستشفيات الخاصة التي تتميز بصرامة لوائح التنظيم والسير الحسن ولكن التكاليف غالية، فالهدف دائما العلاج والشفاء، فالإنتقال هذا هو نتاج التحولات الاجتماعية وضعف الضابط الاجتماعي.

-جدول رقم 21 يبين إن كان العنف يتزايد في كل سنة.

النسبة %	التكرار	الإجابة
83,3%	25	نعم
3,3%	1	لا
13,3%	4	أحيانا
100,0%	30	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن 25 من أفراد أجابوا بنعم والتي تمثل نسبة 83.3%، مقابل 1 من أفراد العينة أجابوا ب لا والتي تمثل 3.3%.

في حين 4 من أفراد العينة أجابوا بأحيانا والتي تمثل 13.3%، أي أن الممرضين يرون أن نسبة العنف في مصالح الإستجالات في تزايد، وهذا يعكس نسب الجدولين السابقين، أن ظاهرة العنف على الممرضين موجودة حقيقة ودور الضبط الإجتماعي فيه خلل من حيث التنفيذ، فالمواد القانونية توجد ولكن الرادع غائب.

فإعطاء المبررات الإجتماعية لهذه السلوكات كون أن السلوك العنيف الذي يمارس على الممرض هو نتيجة واقع إستشفائي نزيف، ولكن ما وارا هذا الواقع المبرر نرى أن واقع المستشفيات خاصة مصالح الإستجالات فيها نقائص من خلال الأدوار التي يقوم بها الممرض والطبيب والإدارة ككل، فلماذا دائما يكون العنف في مصالح الإستجالات بدل مصلحة طب الأسنان على سبيل المثال، هنا نعود لفكرة عدم التفرقة بين الحالة العادية والحالة الإستجالية، فكون مرافق المريض لما يأتي بمريضه ولا يمكن التشخيص في حالته فعندما يدخل إلى مصلحة الإستجالات نلاحظ يدخل بغضب ويضرب الباب بقوة ليضغط على الطبيب ثم يوجه إلى الممرض الذي يقدم العلاج، ولكن تجدر الإشارة إلى أن بعض أدوار الممرضين متفرقة فأليا يكون تأخر في تقديم العلاج مما يثير غضب مرافق المريض الذي هذا الأخير يصدر منه سلوكات عنيفة.

- جدول رقم 22 يبين آراء المبحوثين حول توفر شروط العمل في مصلحة الإستعجالات.

النسبة %	التكرار	الإجابة
0%	0	نعم
100%	30	لا
100%	30	المجموع

من خلال المعطيات والنتائج المبينة في الجدول نرى كل أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل نسبة 100%، هوما يعكس واقع أن ظروف العمل غائبة في مصلحة الإستعجالات ويعكس حقيقة ثلاث جداول الأخيرة التي تم تحليلها أي أن هنالك إستهتار في القانون الداخلي وتكرار السلوك الإنحرافي وتزايد نسبة العنف، فيعتبر شروط العمل متغير مستقل والعنف متغير تابع، فإن غابت شروط العمل للمرض فهو لا يؤدي مهامه ووظيفته كما ينبغي مما ينتج عنه ردود فعل عنيفة على الممرضين.

بالتالي كلما كانت جودة وشروط ظروف العمل بالنسبة للممرض كلما قل العنف والسلوكيات الإنحرافية، كما هنا نجد بالذکر أن صفوة المجتمع دائما لهم مستشفيات خاصة بهم فنرى الوزراء ورجال الأعمال يذهبون إلى مصالح إستشفائية خاصة.

فمفهوم شروط العمل بمفهومه الواسع، كبداية من التنظيم الإداري الحسن وتقسيم العمل، وإعادة هيكلة مصلحة الإستعجالات وتوسيعها من خلال زيادة بعض الغرف المخصصة للحالات الإستعجالية فغالبا ما تكون أكثر من حالة في سرير واحد، ومضاعفة الأجهزة والمعدات الإستشفائية، فكل ذلك غائب، فهذا الغياب هو الذي يخلق الإحباط لدى الممرض ومما يؤثر عليه في تأدية مهامه ودوره الاجتماعي.

أيضا لا بد من الإشارة إلى نظرية الإحباط الاجتماعي، الذي مس النسق الإستشفائي والدور الاجتماعي الذي يلعبه الممرض ذلك الشيء المقدس قديما، دولارد رائد نظرية الإحباط الاجتماعي

ويشير هو وزملائه إلى أن حدة أو درجة الحقن للسلوك العدوانى، أي شدة الدوافع العدائية تتباين بشكل مباشر مع درجة الإحباط، وهناك عاملين أساسيين في هذا الصدد وهي:

1- القيمة التدميمية ودرجة التدخل بالإستجابة المحبطة: أي أهمية الهدف الذي تم إحباطه، ومن نرى أن الهدف الذي تم إحباطه يكمن في الدور الاجتماعى الذي يقوم به الممرض من تحقيره وتغيبه وتقزيمه وتقزيم حتى رمزية المهنة.

2- عدد الاستجابات المحبطة والمنتالية: أي التي حدثت من قبل فكلما زادت أهمية الهدف الذي أحبط كلما زادت درجة إعاقة الإستجابة، وكلما زاد عدد الاستجابات المعاقة كلما زادت درجة الإغواء للسلوك العدوانى، ومنه يفهم أيضا أن الوضعية النفسية للمرضيين في مصلحة الإستعجالات.

ولكن الشئ الذي لفت الإنتباه، أغلبية المبحوثين أجابوا بنفس الإجابة وهذا يعكس أمر آخر وهو يعكس عدم الرضى عن التنظيم الهيكلى والتنظيمى وربما يعطى مؤشر وفرضية أخرى يجب العمل عليها.

-جدول رقم 23 يمثل آراء المبحوثين حول غلق الباب الرئيسي لمصلحة الإستعجالات وإجبارية مرافق مريض واحد كحل للحد من ظاهرة العنف.

النسبة %	التكرار	الإجابة
80,0%	24	نعم
6,7%	2	لا
13,3%	4	ربما
100,0%	30	المجموع

من خلال المستنتجة من الجدول في الأعلى نرى أن 24 من أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل 80.0%، في حين أجاب 2 من أفراد العينة بـ لا والتي تمثل 6.7%، مقابل 4 من أفراد العينة أجابوا برضا والتي تمثل 13.3%، منه توقعات الممرضين حول وضع هذه الخطوة كألية ضرورية قد تحد من ظاهرة العنف، وقبل ذلك فالسلوكات الإنحرافية كالعنف التي تتميز بالتكرار وتقريبا لها نفس الخطاب الإجتماعي فهي ليست وليدة الصدفة بل هي نتاج تعلم فعندما يتكرر السلوك ويلقى رد فعل إيجابي ثم يكون له قبول إجتماعي، فالتوقع القادم هو نفس السلوك كونه يأتي بإيجابية وبحل.

فإقتراح غلق الباب الرئيسي لمصلحة الإستعجالات فهو يجبر أن تكون شدة العنف خارج المصلحة وليس داخلها فهناك مرضى لا يقدرّون على تحمل الأصوات العالية ويؤثر أيضا على دور الطاقم الطبي، كما لدور الغلق الباب الرئيسي يساهم في تحسين دور الممرضين من خلال كون مصلحة الإستعجالات صغيرة الحجم مقارنة مع عدد الوافدين لها، فكلما يقل عدد مرافقي المرضى تسهل حركية وعمل الممرض.

وإجبارية دخول مرافق مريض واحد مع المريض هنا الغاية والهدف أن يسهل التحوار مع مرافق المريض والتشخيص الجيد وتقديم العلاج فمثلا لما يكون أكثر من مرافق فسيصعب تقديم العلاج ويجعل الممرض يعمل في ضغط إجتماعي وقد يخطأ في تقديم العلاج وتقدير نوع العلاج

الذي وصف له كونه يشعر انه تحت المراقبة، فهذه تعد من بين الآليات التي قد تقلل من ظاهرة العنف داخل مصلحة الإستعجالات.

-جدول رقم 24 يمثل إن كان للجنس والعمر علاقة بالعنف.

النسبة %	التكرار	الإجابة
80,0%	24	نعم
20,0%	6	لا
100,0%	30	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن 24 من أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل 80.0%، مقابل 6 من أفراد العينة الذي أجابوا بـ لا والتي تمثل 20%، منه نرى هنالك حقيقة علاقة بين نوع الجنس والعمر وطبيعة العنف، فأغلب الفئة التي تتعرض للعنف هي فئة الممرضات كون أغلب العينة إناث وأن أغلب من أجاب حول هذا المتغير هم الإناث أيضا.

في إطار النظرية النسوية من منطلق فكرة الحرية النسوية من خلالها يمكن أن نرى منظور التحيز الجنسي بوصفها مسألة تتعلق بالتجاهل الفردي التي يمكن القضاء عليها من خلال تعزيز القوانين المدعمة لعدم التمييز في الشئون الفردية، وعن طريق القضاء على الإتجاهات غير الجنسية من خلال إعادة التعليم.¹

فالحرية في إطار هذه الحركة تعكس صورة الاضطهاد الممارس على المرأة في المجتمعات الأوروبية حيث أصبحت حركة سياسية ثم تطورت وصلت للمجتمعات العربية التي كانت تعتمد على النسق التربوي أو التعليمي، فإدخال بعض البرامج التعليمية التي تحفز من كون المرأة نسق له دور إجتماعي بلزمها بالتوجه نحو العمل جعل متطلبات السوق مكان للمرأة، مما جعل مكانة الرجل أضيق وهذا ما نلاحظه في المستشفيات، فأغلب سلك التمريض هم نساء، بالتالي هم أغلب الضحايا من قبل مرافق الذي يرى المرأة ضعيفة فيزيولوجيا فعملية ممارسة العنف قائمة عكس

¹فيليب جونز، النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية، ترجمة محمد ياسر الخواجة، (مصر: دار العربية للنشر والتوزيع، 2010)، ص139.

الرجل الذي يستطيع أن يتحدى، والملاحظ أن أغلب العينة هي من جنس إناث والسن ما بين 22 سنة و 25 سنة كأغلبية، بالتالي هم أغلب الفئة التي يمارس عليها العنف.

-جدول رقم 25 يبين آراء المبحوثين حول تفعيل العقاب المعنوي والمادي كوسيلة للحد من ظاهرة العنف.

النسبة %	التكرار	الإجابة
63,3%	19	نعم
6,7%	2	لا
30,0%	9	ربما
100,0%	30	المجموع

من خلال المعطيات المبينة الجدول نرى 19 من أفراد العينة أجابوا بنعم والتي تمثل 63.3%، مقابل 2 من أفراد العينة أجابوا ب لا والتي تمثل 6.7%، في حين 9 من أفراد العينة أجابوا ب ربما والتي تمثل 30%، فالملاحظ أن الردع الاجتماعي غائب نتيجة التكرارات الإعتدائية، كون الردع يلعب دورا كبيرا في الحد من هذه الظاهرة.

بالتالي الدور القانوني الذي يكمن في سن القوانين التي تحمي الأطقم الطبية داخل وخارج النسق المؤسساتي، فهناك مواد قوانينه جاء فيها أن بعض الأخطاء الطبية يكون الطبيب من خلالها محمي، فالقانون هو يعمل كحاجز بين الممرض والمريض ومرافقه، فعلى سبيل المثال لو مرافق المريض إعتدى على ممرض ثم يطبق القانون على المعتدي، ويدخل السجن ويغرم ماليا، في المر المقبلة لن يعيد فعلته كما يكون هو مثال حول أن القانون يحمي الأطقم الطبية ولا تطاول عليهم.

-جدول رقم 26 يمثل مدى رضى الممرضين حول التنظيم الهيكلي.

النسبة %	التكرار	الإجابة
3,3 %	1	نعم
66,7 %	20	لا
30,0 %	9	ربما
100,0 %	30	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن 20 من أفراد العينة أجابوا بـ لا والتي تمثل 66.7% أي أنهم غير راضون عن التنظيم الهيكلي لمصلحة الإستعجالات، عكس فرد واحد أجاب بنعم، في حين يرى 9 من أفراد العينة برّما والتي تمثل 30%، فالدور الذي يلعبه التقسيم الهيكلي الجيد من حيصّ الغرف وكيفية دخول المرضى وخروجهم يساعد كثيرا في التقليل من ظاهرة العنف سواء بين مرافقي المرضى الذي كل ينتظر دوره، وبين مرافق المرضى والممرضين، فالإحتكاك الاجتماعي الذي يكون وليد الإحباط هو من يخلق شحنات تتسم بالعنف.

فكون ولاية البويرة كبيرة الحجم من حيث تعداد سكانها كولاية، وحجم الحالات التي تأتي لمصلحة الإستعجالات، تجعل من الأخير صغير الحجم والوظيفة التي تؤديها تتصف بالعجز، فأحيانا مصلحة الإستعجالات تكون غير قادرة على إستعاب المرضى، فبعض الغرف يكون فيها أكثر من مريض ومن مرافق له.

إن إعادة التقسيم الهيكلي والوظيفي لمصلحة الإستعجالات من حيث توسيع الغرف، وإضافة بعضها، وتعزيز المصلحة بمرضى آخرين ويكون أكثر من طبيب يستقبل المرضى يقلل من ظاهرة العنف، فكون الممرض لا يجد مستلزمات لأداء وظيفته ول يشعر بذلك بالرضى، فالعامل الأساسي الذي يجعل من الممرض يقوم بوظيفته في إطار الدور الاجتماعي الذي منح له هو الرضى العملي حين يكون الفضاء الاجتماعي يكون مقسم ومنظم.

-الجدول رقم 27: يمثل العلاقة بين قلة أعوان الأمن وزيادة نسبة العنف.

المجموع	أحيانا	لا	نعم	زيادة نسبة العنف
				قلّة أعوان الأمن
24	3	0	21	نعم
80,00%	10,00%	0,00%	70,00%	
5	1	1	3	لا
16,70%	3,30%	3,30%	10,00%	
1	0	0	1	أحيانا
3,30%	0,00%	0,00%	3,30%	
30	4	1	25	المجموع
100,0%	13,30%	3,30%	83,30%	

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نرى أن نسبة 70% تعبر أن إجابات المبحوثين وأن هنالك علاقة بين قلة أعوان ونسبى تصاعد زيادة العنف، مقابل 10% التي عبرت أنه لا يوجد علاقة بين قلة أعوان الأمن ونسبة زيادة العنف كون هذا الأخير راجع لبعض الأسباب.

ففي إطار ما يقوله **بياجيه** إن طبيعة القانون الجبرية أو القهرية الذي يضعه أو يفرضه شخص معين هي التي تجعلنا نحترم هذا الشخص، فالإحترام هو مصدر قوة القانون، فعندما يحترم مرافق المريض النسق الإستشفائي ويحترم الممرض والطبيب فإنه بالتالي يتقبل القوانين التي تفرض داخل النسق.

يرى **هيرشي** أن الأفراد المنحرفين أو الإنحراف هو راجع إلى ضعف روابط المجتمع وإنهيارها، بالتالي مرافق المريض الذي يمارس جملة ممارسات تتسم بالعنف اللفظي أو الجسدي هو يعكس حقيقة أن الحقل الإجتماعي يتسم بنوع من الضعف من حيث الجانب القانوني الذي يحمي هؤلاء الأطقم، فقلة أعوان وعلى مدار سنوات أكد سترتفع نسب العنف ويختلف أشكالها كما ستصبح

عادة، وبالتالي سيصبح الممرض يعمل في خوف وتحت ضغوطات رهيبية، وقد يأخذ بالممرض إلى التحويل إلى مستشفى آخر جراء كون حياته في خطر.

ترى نظرية الضبط الاجتماعي أن الفرد المنحرف يرجع سلوكه إلى الأسباب العقلية التي تبرر له إنتهاك القانون، وفي نفس الوقت يظل مؤمن بها، بمعنى أن الذي يمارس العنف داخل مصلحة الإستعجالات فسلوكه يعد سلوك إنحرافي لكنه في نفس الوقت يعتقد أن القانون يجب طاعته والخضوع إليه، فالحقيقة من هذا أنه يعطي مبررات لفعله.

فقلة أعوان الأمن بإعتباره متغير مستقل وإرتفاع نسب العنف كونه متغير تابع، يبين مدى طبيعة العلاقة بينهم، فكلما يزيد الضبط الاجتماعي تقل فرص ظهور ممارسات تتسم بالعنف، فنرى مثلاً ميشال فوكو المفكر والفيلسوف الفرنسي صاحب نظرية المراقبة والمعاقبة الذي تشير نظريته إلى أن الإنسان يمكن كبح سلوكاته من خلال الجانب النفسي وإشعاره أنه مراقب طيلة وقته، فأى سلوك يخالف القانون ينجر عنه عقاب يكون على مرئ من المأل بالتالي يمكن الحد من بعض الإفرازات الإنسانية التي قد تشكل خطراً على الفرد الأخر، فمثلاً لو تعزز المستشفيات بهذا النظام وتفعيل الآليات القانونية فإنه قد سيكون أو محاولة التقليل من ظاهرة العنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض.

-جدول رقم 28 يبين العلاقة بين التنظيم الهيكلي لمصلحة الإستجالات وبين نسبة تزايد العنف في كل سنة.

المجموع	الرضى عن التنظيم الهيكلي			نعم	العنف يزداد كل عام
	ربما	لا	نعم		
25	7	17	1	نعم	
83,3%	23,3%	56,7%	3,3%		
1	1	0	0	لا	
3,3%	3,3%	0,0%	0,0%		
4	1	3	0	أحيانا	
13,3%	3,3%	10,0%	0,0%		
30	9	20	1	المجموع	
100,0%	30,0%	66,7%	3,3%		

فيما يخص زيادة العنف في كل سنة وعلاقته برضى الممرضين عن التنظيم الهيكلي لاحظ من هذا الجدول أن 56.7% من إجابات المبحوثين غير راضون عن التنظيم الهيكلي ما يقابله 23.3% التي تعبر عن التحفظ، والعلاقة التي تربط بين تزايد العنف في كل سنة وبين رضى الممرضين عن التنظيم الهيكلي لمصلحة الإستجالات، فكون الأخير هو نتاج العنف الذي يمارس على الممرضين، فلو كان التنظيم الهيكلي جيد لما رأينا بعض الممارسات التي تتسم بالعنف ضد الأطقم الطبية، فكلما زاد سوء التنظيم يزداد معه ارتفاع العنف.

إذن إذا كان هنالك خلل وظيفي في أحد الأدوار الوظيفية بالنسبة للنسق الإستشفائي، فيتوقع أن يكون هنالك تفكك أو تصدع في نسيج ذلك الدور، فكون العنف أحد إفرازات سوء التنظيم الهيكلي المفروض أن تكون دراسة أولوية لطبيعة مدى إستعاب مصلحة الإستجالات للمرضى وتكون دراسة سنوية، منه تعزز المصلحة بغرف جديدة وتعزيزها أيضا بممرضين يكون في حالة تأهب لما يكون هنالك ضغط في مصلحة الإستجالات فكون المريض أو أحد مرافقيه لا يفرق بين

الحالة العادية والحالة الإستعجالية فتكون ردادات فعله عنيفة بطبيعة الحال، ولكن بالمقابل لو كان هنالك تنظيم هيكلية للمصلحة من وجود أكثر من طبيب ومن غرفة، ووجود إستقبال يوجه المريض حيث يتلقى علاجه، و وجود وتوفر المستلزمات الطبية والعلاجية والتشخيصية هي التي يمكن أن يطمئن بها المريض فهو بعد يدرك أن حقه لن يضيع، ولكن لما يكون هنالك تراخي وإنعدام اللامسؤولية من قبل الإدارة أو رؤساء المصالح فهو يعزز من ظهور العنف وتزايدها في كل سنة.

فيلعب التوازن مفهوم محوري في مدى مراعاة وسلامة النسق لكي لا يكون هنالك تفاوت، فإذا هنالك شدة وضغط في كفة النسق لمصلحة الإستعجالات فستكون هنالك كفة تحقيق الأمن شبه منعدمة، لذا من الأهمية البالغة أن يلعب التوازن في مصلحة الإستعجالات دور وظيفي كبير لكي لا يكون صدمات وانزلاقات داخل النسق الإستشفائي.

ومن خلال الإجابات عن الأسئلة المفتوحة من قبل المبحوثين حول السبل التي بها يمكن إيقاف العنف، فكانت أيضا الإجابات متنوعة حسب رأيهم وتطلعاتهم ونذكر بعضها:

- توفير الأمن، وإحترام المهنة والعمال، تطبيق حملات التحسسية.

- وضع توقيت للزيارات، وغلق الباب الرئيسي للمصالح.

- سن قوانين صارمة لعاقبة المعتدين.

- زيادة عدد الممرضين، وتوفير ملتزمات العمل.

فتوقعات الممرضين من خلال وسائل توفير الضبط الإجتماعي، تساهم في تقوية النسق الإستشفائي وتجعل الممرض يعمل في أريحة تامة، كونه الحلقة الأضعف ويعاني من التقزيم الاجتماعي، مقارنة بمهنة الطبيب.

من خلال قراءة الجداول السابقة البسيطة والمركبة بالنسبة للفرضية الثانية القائلة **لضعف الضبط الاجتماعي دور في ظهور العنف ضد الممرضين داخل مصلحة الإستعجالات**، أنها فرضية صحيحة وأن سلوك العنف خاصة اللفظي يتم تعلمه.

-الإستنتاج العام

إن موضوع دراستنا حول العنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض في مصلحة الإستجالات، هي دراسة تحليلية وصفية للظاهرة، ومن خلال الدراسات السابقة والقراءات المكتبية وكذلك الدراسات الإستطلاعية التي قمنا بها في مصلحة الإستجالات التي تمثل الميدان الحقيقي للدراسة، وإتخذنا هذا الموضوع حول معرفة الأسباب المؤدية للعنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض في مصلحة الإستجالات، إذ تمت دراستنا من خلال إجابات الباحثين وتحليلها وفق النظريات ومن خلال محاور الإستمارة.

فمن خلال التحليلات السابقة و بالنسبة للفرضية الأولى التي تم إثباتها والتي ترى أن العنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض هو سلوك متعلم، ومن الإجابات المتحصل عليها توضح لنا بأن العنف ضد الممرضين في مصلحة الإستجالات موجود حقيقة، ولكن الفئة الأكثر تعرضا للعنف هم الفتيات خاصة الصغيرة في العمر أي بسن 22 إلى 25 سنة، وكونها ضعيفة مورفولوجيا كما أنها تعرضت حتى للعنف الجسدي، وحيث تمثل العنف اللفظي في السب والشتم والمضايقات والإهانات الموجه ضدهم ولم يسلم منه حتى الذكور، والجسدي الذي يتمثل في الدفع في مصلحة الإستجالات لمستشفى محمد بوضياف، وحيث تقل نسب العنف بالنسبة لمستشفى الشاطو بحبث له نظام عمل يتمثل في إعطاء ورقة صغيرة فيها رقم وهو الذي يحدد الأول والثاني لكي لا يحدث إنزلاقات، ولكن كون مستشفى الشاطو لا يحتوي على مصلحة إستجالات لكن هذا النظام يساعد في التقليل من ظاهرة العنف، وكون مصلحة الإستجالات هي مؤسسة تابعة للدولة ولا يوجد قوانين رادعة ونظام عملي جيد كالمؤسسات الإستشفائية الخاصة التي لها نظام عمل خاص ومعايير إستشفائية تليق بحالة المريض.

أما فيما يخص الفرضية الأولى فإن الممرضين في مصلحة الإستجالات قد صرحوا بأن هنالك عنف ممارس عليهم وله شكلين جسدي ولفظي، ويعود بالدرجة لما تعلمه مرافق المريض من خطابات إجتماعية وممارسات في ظل تدعيم إيجابي لهذا السلوك وصرح مرافق المرضى أنهم في ضغوط جراء كثرة مرافقي المرضى الذي شكل لهم نوعا من اللأمن إجتماعي داخل المصلحة فالعنف هو وليد نقائص في المستشفى، وكون أن هنالك بعض الكلمات المتكررة في حق الموظفين

والممرضين خاصة من قبل مرافق المريض فهو يعكس حجم الصراع الداخلي في مصلحة الإستجالات، فإنعدام حسن التسيير والتوجيه هو الذي يخلق هذا العنف فمرافق المريض لا يدرك حجم وطبيعة مرض الذي يرافقه، بالتالي يلجأ إلى بعض الممارسات والمضايقات لكي يحصل على أولوية في العلاج، بالتالي نجد جمل تتكرر نتيجة أنها ذات أسلوب إيجابي، فشكل التدعيم والتلقين له أثر كبير ومن خلال أيضا ملاحظتنا رأينا كيف يتم تبادل بعض الأفكار التي تجعل المتأخر يتلقى العلاج بدل الأول وهذا نتيجة المكتسبات التي يتلقاها ويتعلمها، فهي شكل من أشكال المسببات للعنف بحيث يتحايل على الممرض أو يضغط عليه من خلال بعض الكلمات.

أما بخصوص الفرضية الثانية التي أن لضعف الضبط الإجتماعي دور في ظهور العنف ضد الممرضين داخل مصلحة الإستجالات، ومن خلال أيضا الدراسات العلمية وإجابات المبحوثين " **الممرضين** " ، والتي إرتأينا إلى معرفة الأسباب والدوافع المؤدية والبحث عن العلاقة بين قلة الضبط الإجتماعي في ظهور العنف على الممرضين، ومن خلال الجولات الإستطلاعية أيضا، رأينا أن هنالك حقيقة قلة للضبط الاجتماعي فأعوان الأمن شبه لا يوجد، فتدخلهم يكون في الحالات التي يشتد فيها العنف، وهذا ما لاحظناه ومن خلال تصريحات بعض أعوان الأمن الذين في حد ذاتهم طالبوا بتعزيز النسق الأمني، وكذلك حتى الممرضين الذين رموا وربطوه هذا العنف بتهاون أعوان الأمن وتقصيرهم كون بعض المعتدين من نفس حيهم أو لهم معارف معهم، فقلة شروط العمل ساهم في بروز ظاهرة العنف من خلال الوضع المرزي الذي يعانيه الممرضين والإضرابات التي يقومون بها أيضا تعكس حقيقة أن العنف هو من إفرازات الخلل الوظيفي لهذا النسق.

فالإستهتار الذي يقوم به المعتدي بخصوص لوائح التنظيم الداخلي هو يعكس توقعاته، أي أنه يدر لما يشتم أو يضايق سيأتي بحقه وأن الإدارة ستسامح أيضا فيعيد الكرة وهذا يعكس حقيقة أن هنالك نقص كبير في القانون الذي يحمي قطاع الصحة، فغياب وجود حقوق داخل هذا القطاع الذين يجدون أنفسهم يتخبطون في مشاكل وعراقيل وظروف وغيرها أثناء تأدية المهام يؤدي إلى وجود ممارسات عنف ضدهم من قبل مرافقي المرضى، ويرجع عدم إلتزام مسيري قطاع الصحة في الجزائر بصفة عامة وعدم إعطاء أهمية كبرى لهذا النسق الإستشفائي، فحسب إيميل دوركايم الذي

يرى أن بعض الإنحرافات والجرائم هي حالة صحية وأن الظاهرة الإجتماعية تكون عامة ومتكررة، فهو يعكس وجود الخلل الوظيفي الذي يعتري هذا النسق.

-التوصيات والإقتراحات

-بناءً على التحليل والنتائج الميدانية نطرح بعض التوصيات وهي كالآتي:

- محاولة الرقي وتحسين بمستوى الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية الجزائرية بنوعيتها العامة والخاصة.
- تكثيف الجهود حول محاربة الممارسات العنيفة والإعتداءات المختلفة ضد موظفي قطاع الصحة.
- فرض العقوبات على المعتدين وممارسي العنف في المستشفيات.
- وضع نظام داخلي يتمشى مع الوقت الراهن خاص بموظفي والأطعم الطبية لقطاع الصحة وكل العمال داخل المؤسسات الإستشفائية بنوعيتها الخاصة.
- توفير أعوان الأمن وعمال وتعزيز بكاميرات مراقبة وكذلك غلق باب الرئيسي وإجبار دخول مرافق واحد لمصلحة الإستعجالات فكثرة المرافقين هم من يخلق الفوضى والضغط على الممرضين.
- وضع تكوين للأطعم الطبية في كيفية التعامل مع مرافقي المرضى.
- محاولة إعادة النظر في التقسيم الهيكلي والعملية لممارسي القطاع وخاصة الفترة الزمنية الذي يكثُر فيها العنف بكثرة وهي الفترة الممتدة من 6 مساءً إلى 12 ليلاً.
- وضع مكاتب وسجلات لتلقي الشكايات ورقمنتها لكي يصل التقصير إلى المسؤولين على مستوى الوزارة إن كان هنالك تقصير حقيقي من قبل الأطعم الطبية.
- توفير كل المجهودات اللازمة والحاجات التي تستعمل في التشخيص الطبي ووضع برامج دورية لصيانة الأجهزة المعطلة وهذا لأجل سبب واحد وهو تقادي حجة التقصير من قبل الممرضين في أداء وظيفتهم والتي دائما ينجر عنها عنف داخلي.

خاتمة

-خاتمة

لقد هدفت دراستنا البسيطة لتسليط الضوء والتعرف على حقيقة ظاهرة أو مشكلة إجتماعية تعيشها تقريبا المؤسسات الإستشفائية الجزائرية، تكاثرت خلال السنوات الأخيرة بشكل يدعو للقلق والحذر، بحيث وجب عدم السكوت عليها ومجابهتها ومعالجتها والتصدي لها، فحيثيات الدراسة التي سردناها حول الإعتداءات الجسدية على الأطقم الطبية خاصة الممرضين هي فقط عينة لما يحدث في جل مستشفيات الوطن، لأن مفهوم العنف إتسع نطاقه.

فمن خلال وسائل الإعلام والصفحات الإلكترونية أثبتت وأكدت أن ظاهرة العنف على الأطقم الطبية بصفة عامة والممرضين بصفة خاصة أنها موجودة مما يستعدي وجود ضبط إجتماعي رادع لهذه الظاهرة، كونها تسبب خلل إجتماعي لمنظومة الصحة بصفة عامة، مما كان لزاما على المؤسسات أن تكون لها ضوابط ومعايير تسيير عليها من أجل تفادي حدوث الخصامات والإعتداءات داخل المصالح.

فكون ظاهرة العنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض هو من السلوكات المتعلمة ومما أرق صعوبة العمل هو تفسخ في قوة الضبط الاجتماعي، فلهذا ألية التعلم السلوكات داخل مصالح الإستعجالات أصبحت وكأنها مدرسة تعلم السلوكات، ولا بد من الإشارة إلى أمر مهم وهو أن الفعل لم يتغير بل تغيرت دلالاته الرمزية فهي من أعطت القبول الإجتماعي لهذا الفعل نتيجة التدعيم الإيجابي.

لهذا يعد التكوين ضرورة قصوى وعاملا مشجع من أجل رفع تحديات العولمة والتطور التكنولوجي السريع، مما ساهم دون شك من حل كثير من المشاكل التي تعاني منها هذه المؤسسات والرفع من كفاءتها وتحسين أداء أفرادها وتطوير مهاراتهم وقدراتهم وبالتالي تنمية مواردها البشرية والوصول بها إلى درجة عالية من الأداء وتقديم أفضل للخدمات الصحية والرعاية الطبية للمواطنين.

فالسعي إلى التطوير هذا القطاع أصبح من الأمور المهمة التي يجب على الجهات المعنية والمكلفة بتسيير قطاع الصحة في الجزائر إعادة النظر إليها، فكون المعيار الذي يثبت تطور الدولة أو تخلفها هو قطاع الصحة فكون التغيرات التي مر بها القطاع الإستشفائي في الجزائر من بعد

الحقبة الإستعمارية إلى غاية يومنا هذا هو رداءة وهشاشة بعض الأبنية وترميمها في كل مرة نتيجة التغيرات المناخية، وتزايد الكثافات السكانية وغيرها من المؤثرات في سيرورة النسق الإستشفائي بصفة عامة.

منه مصلحة الإستعجال التي تفتقد إلى لغة التواصل والحوار فكون بعض مرافقي المرضى لا يفرقون بين الحالات الإستعجالية والعادية وكون البعض يفتقد إلى الثقافة العلاجية، فيرى من أسلوب العنف حل لأجل تلقي الذي يرافقه العلاج، فغياب روح التحاور هي ما جعلت نقشي ظاهرة العنف داخل هذه المنشآت الصحية يزداد كلما إزدادت الأزمات وغالبا ما يحدث الخلل التسيري وقلة الضبط الاجتماعي والرادع القانوني لهؤلاء المعنفين.

قائمة المراجع والمصادر

-قائمة الكتب-

-المراجع باللغة العربية:-

- ✓ إبراهيم التوهامي، إسماعيل قيرة، وعبد الحميد ديلمي، التهميش والعنف الحضري، مخبر الإنسان والمدينة، جامعة منتوري قسنطينة، دار الهدى للطباعة للطباعة والنشر، عين مليلة، 2004.
- ✓ احسان محمد الحسن، علم الاجتماع الجريمة والانحراف، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- ✓ أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، ط5، الجزائر: دار هومه، 2013/2012.
- ✓ أحمد أبو الروس، الموسوعة الجنائية الحديثة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2001.
- ✓ أحمد عبد اللطيف الفقي، الجاني والمجني عليه وحقوق ضحايا الجريمة، القاهرة، دار الفجر، 2003.
- ✓ أحمد فريجة، إبراهيم هياق، النظريات المفسرة للسلوك الانحرافي والإجرامي - رؤية إجتماعية-، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، مجلد 12، العدد 2، ديسمبر 2019.
- ✓ أحمد مجذوب وآخرون، ظاهرة العنف داخل الأسرة المصرية، بدون دار النشر، 2003.
- ✓ إدوين سذرلاند، دولاند كريسي، مبادئ علم الإجرام، مصر، المكتبة الأنجلو المصرية، 1969.
- ✓ -العيسوي عبد الرحمان، سيكولوجية المجرم، مصر دار الراتب الجامعية، 1997، ص157.
- ✓ آمال عبد الحميد وآخرون، الانحراف والضبط الاجتماعي، الطبعة الأولى، مصر: الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2000.
- ✓ بالخيري سليمة، السلوك الصحي والتربية الصحية في المدرسة الجزائرية بين الواقع والمأمول، الجزائر، 2014.
- ✓ برهان رزيق، العنف الفطري والمكتسب، الطبعة الأولى، سوريا، بموافقة وزارة الإعلام في سوريا على الطباعة رقم /114456/، تاريخ 2-10-2017.
- ✓ بكر القباني، ثورة 23 يوليو واصول العمل الثوري المصري، القاهرة: دار النهضة العربية، 1970.

- ✓ بويكر هشام، ليتهايم ناجي، أسباب العنف الشبابي بالجزائر، معاني وأبعاد.
- ✓ بوراجة أمال، التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية، جامعة وهران -02.
- ✓ بوستي توفيق، السياسة الصحية والتنمية المستدامة في الجزائر، جامعة 8ماي 1945-قائمة.
- ✓ بومعروف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد07، جامعة باتنة، 2009.
- ✓ تالا قطيشات، إبراهيم أباطة، وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، عمان: دار المسيرة.
- ✓ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، دستور 1976.
- ✓ ديريك جيل وأندرو توادل، علم الاجتماع الطبي ترجمة لجمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد 32، مركز مطبوعات اليونسكو، القاهرة، يوليو 1978.
- ✓ ذياب صلاح الدين محمود، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، عمان، دار الفكر، 2009.
- ✓ ر بودون، ف بوريكو، المعجم النقدي لعلم الاجتماع، ترجمة، سليم حداد، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الثانية، 2007.
- ✓ رائد كمال خير، شروط قيام المسؤولية الجزائرية للطبيب، ط1، طرابلس، المؤسسة الحديثة للكتاب، 2004.
- ✓ سامية محمد جابر، الإنحراف الاجتماعي بين نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعارف الجامعية، 1998.
- ✓ سحر عبد الغني، الأطفال وتعاطي المخدرات، الطبعة الأولى، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- ✓ سحر فاروق الصداق، قيم العنف في صحافة الأطفال العربية بالتطبيق على ما يقرأه الطفل المصري دراسة للمضمون والقائم بالاتصال والجمهور، كلية الاعلام، 2000.
- ✓ سواكري الطاهر، خصائص ضحايا الإجرام: محاولة للتحليل السوسولوجي، جامعة البليلة2.

- ✓ سوسن شاكر مجيد، العنف والطفولة دراسات نفسية، طبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- ✓ شريف الطباخ، جرائم الخطأ الطبي والتعويض عنه، ط1، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.
- ✓ صالح السعد، علم المجني عليه "ضحايا الجريمة"، الأردن دار الصفاء، 1999.
- ✓ عبد الرحمان العيسوي، دوافع الجريمة، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2004.
- ✓ عبد العال عادل، جرائم العنف وأنماطها ووسائلها والحد من إنتشارها، الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب، تونس، 1993.
- ✓ عبد القادر عودة، التشريع الجنائي الإسلامي مقارنة بالقانون الوضعي، بيروت، دار الكتاب.
- ✓ عبد الكريم قريشي، العنف في المؤسسات التربوية، مداخلة بالملتقى الدولي، بسكرة، 2003.
- ✓ عبد الله عبد الغني غانم، جرائم العنف، الطبعة الأولى، الرياض، 2004.
- ✓ عبد الله محمد الشريف، مناهج البحث العلمي، دليل الطالب في كتابة الأبحاث والرسائل العلمية، (مصر: دار الشعاع، 1996).
- ✓ عدلي محمود السمري، علم الاجتماع الجنائي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2009.
- ✓ عزة كريم، الخبرة بالجريمة حول العالم، الخيرة بالظاهرة الإجرامية، ضحايا جرائم الإعتداء على النفس والمال، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1998.
- ✓ عزيزة محروس محمد، أسباب العنف وآثاره على المجتمع المصري، جامعة القاهرة، 2008-2009.
- ✓ علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، كتب عربية، القاهرة، 1990.
- ✓ عمرو العروسي، المركز القانوني للضحية في الفقه الجنائي الإسلامي، دراسة في علم المجني عليهن الإسكندرية: دار المطبوعات الجامعية، 2010.
- ✓ -غانم عبد الله، علم الاجتماع الجنائي الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1994.
- ✓ فتوح عبد الله الشاذلي، شرح قانون العقوبات القسم العام، الإسكندرية، دار المطبوعات الجامعية، 2003.

- ✓ فوزي أحمد بن دريدي: العنف لدى التلاميذ في المدارس الثانوي الجزائري، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث، الرياض.
- ✓ محمد سكيكر، العوامل المؤثرة في الجريمة والمجرم، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2008.
- ✓ محمد صبحي نجم، الجرائم الواقعة على الأشخاص، عمان، الدار العلمية الدولية، 2002.
- ✓ محمد كامل حسين وآخرون، الموجز في تاريخ الطب والصيدلة عند العرب، المنظمة العربية للتربية والثقافية، القاهرة.
- ✓ مزور بركو، العنف عند الأطفال وأشكال العقاب الممارس على الطفل العنيف، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، 2010.
- ✓ مصطفى حجازي، التخلف الاجتماعي، بيروت معهد الإنتماء العربي، 1976، ص 263.
- ✓ معن خليل عمر، علم ضحايا الإجرام، ط1 دار الشروق، عمان، 2009.
- ✓ معوض عبد التواب، الوسيط في شرح جرائم القتل والإصابة الخطأ، ط8، الإسكندرية، 1995.
- ✓ -ملیكة بن زیان، العنف والمقاربات النظرية المفسرة له، ISSN:1112-5896، EL-، Khaldounia Journal of Human and Social Sciences
- ✓ نبيلة نسيب، الخطأ الطبي في القانون الجزائري والمقارن، رسالة ماجستير جامعة الجزائر كلية الحقوق والعلوم الإدارية، 2001.
- ✓ نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006.
- ✓ نور الدين حاروش إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتابة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2009.
- ✓ ولد قويل خليفة، محاضرات في علم الضحايا، محاضرات موجهة لطلبة ماستر 1 علم الاجتماع الجريمة والانحراف، جامعة البويرة- <http://shs.univ-bouira.dz/wp-content/uploads/2020/04/%D8%B9%D9%84%D9%85-%D8%A7%D9%84%D8%B6%D8%AD%D8%A7%D9%8A%D8%A7.pdf>. يوسف جمعة، المسؤولية الجنائية عن أخطاء الأطباء، منشورات الحلبي الحقوقية.

-اللغة الأجنبية

- ✓ A Hammani, A. Bouroukba, L'évolution du Système National Depuis Indépendance. Ministère de la santé, Alger 1983.
- ✓ Agence Canadienne de Développement International, Qu'est ce qu'un système de santé ? document disponible sur le site : www.ACDI.cavisité le site 5/3/2022, à l'heure 3.00pm.
- ✓ ARMAND TOUTI, violences de la réflexion à l'intervention, avec Eugène Enriqez, cultures en mouvement presses universitaire de France, 2004.
- Charles, E, and Silberman, Criminal Violence vintage books, of Adivision of - ✓
.random house, New York, 1980
- ✓ Clincienne (hypnose éricksonnienne, EMDR, thérapie brève), Evelyne josse psychothérapeute, privée, psychologue du programme ASAB, expert en hypnose judiciaire, consultante en psychologie humanitaire, 14 avenue fond du diable, 1310 la Hulpe, belgiqu psychologue, 2006.
- ✓ David Mehanie, Medical Social Sociology, the Free Press, New York, 1978.
- ✓ Ernst van den hagg; political volence and civil disobedience (New York: har-per toreh book,1972).
- ✓ Ilsa Schuster, kinder: kueche, KIBBUTZ Women and status Que. Maintenance in small social community, in anthropological quarterly, val 52, 1986.
- Jmilon yinger, Conter cultures, collier, Macmillan Publishers, London,1981, - ✓
p23.
- ✓ Le ministre de la santé et de la population : les fondements de la carte sanitaire nationale, novembre 1981 .
- ✓ Rabah Boussouf : Géographie et santé en Algérie, Alger, OPU,1992.
- ✓ Salhi, évolution récente de la mortalité en Algérie 1965-1981. ONS, donnée statistique, démographie algérienne N° 600,575,499.
- ✓ Talcott Parsons, The Social System, Amerind Publishing Co, put. Ltd, New Delhi.

✓ -جمال معتوق، المؤسسة الإستشفائية العمومية وإشكالية سلوك المورد البشري (العنف ضد الأطباء نموذجاً)، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية -بحوث ودراسات-، المجلد:08، العدد 01، 2021.

✓ حوصلة إحصائية، 1970-1996، سنة 1999، ص02، *l'Algérie en quelque chiffre résultat 2000, n°31 édition 2001

✓ خالد عبد العزيز حسن محمد، اقتصاديات الخدمات الصحية وأثرها على النمو الاقتصادي في السودان، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، العدد 15، المجلد الثاني، 2018.

✓ -علي السنوسي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، جامعة الشلف، العدد السابع.
✓ ليلي، شيباني، فدان، سهام. " الأنثروبولوجيا الطبية ودورها في الإمتثال العلاجي للمريض".
مجلة قيس للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 03، 01، (جوان 2019).
✓ هدى المالكي، تعريف العنف لغة واصطلاحاً، 3-ديسمبر- 2019.

<https://mufahras.com/%D8%AA%D8%B9%D8%B1%D9%8A%D9%>

- ✓ أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2009.
- ✓ بحدادة نجاه، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، السنة الجامعية 2012/2011.
- ✓ -براءة محمد اسليميه، تصميم مركز صحي شامل، نيل متطلبات الحصول على درجة بكالوريوس في الهندسة المعمارية.
- ✓ خامت سعدية، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة ماستر في العلوم التجارية، تخصص تسويق، المركز الجامعي البويرة، 2012.
- ✓ خروبي بازارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر "2009، 1999"، مذكرة مكملة نيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 3، 2011.
- ✓ دريسي أسماء. تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004-2013، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد 6، 2015.
- ✓ ديريك جيل وأندرو توادل، علم الاجتماع الطبي ترجمة لجمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد 32، مركز مطبوعات اليونسكو، القاهرة، يوليو 1978.
- ✓ رشيدة كرمبيط، الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية من منظور سوسيولوجي، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2.
- ✓ على دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2016-
- 2017.
- ✓ مربي سوسن، التنمية البشرية في الجزائر، الواقع والأفاق، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة.

✓ وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وأليات تحسينها دراسة ميدانية
بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، شعبة تسيير المنظمات، كلية العلوم
الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2016.

-مواقع إلكترونية

- ✓ إعلان بشأن المبادئ الأساسية لتوفير العدالة لضحايا الجريمة وإساءة إستعمال السلطة،
نشر بموجب مبدأ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 34/40 المؤرخ في 29 تشرين
الثاني/نوفمبر 1985، جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق الإنسان، موقع إلكتروني تم رؤيته يوم
2022/2/28، الساعة 3.13، www.hrlibray.umn.edu./arab/b049.html
.PM
- ✓ حسني إبراهيم عبد العظيم، موجز علم الاجتماع الطبي، موقع يوابتي، تم رؤيته يوم
2022/3/3، الساعة 02.09 PM، [http://www.myportail.com/actualites-
news-web-2-0.php?id=9828](http://www.myportail.com/actualites-news-web-2-0.php?id=9828)
- ✓ رياض معزوزي، المشكلات تحاصر القطاع الصحي بالجزائر، 27-04-2021، موقع
[https://www.scidev.net/mena/news/problems-health-system-
algeria](https://www.scidev.net/mena/news/problems-health-system-algeria) تم رؤيته يوم 3-9-2022، على الساعة 3.47 pm.
- ✓ زيادة في الجرائم والعنف ذات العلاقة بتعاطي المخدرات، موقع الإلكتروني القبس، تم رؤيته
يوم 23-2-2022، 4.35 PM، <https://alqabas.com/article/5850081>
- ✓ ليلي العجيب، تعريف التعلم، تم نشره يوم 22 نوفمبر 2021، الساعة 20.57، موقع
موضوع، تم رؤيته يوم 18/3/2022، الساعة 2.51 pm،
[https://mawdoo3.com/%D8%AA%D8%B9%D8%B1%D9%8A%D9%
81_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%85#cite_n
ote-KJn8oEGIGG-3](https://mawdoo3.com/%D8%AA%D8%B9%D8%B1%D9%8A%D9%81_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%85#cite_note-KJn8oEGIGG-3)
- ✓ إيمان الحيارى، الضبط الاجتماعي، 6 مارس 2016، موقع موضوع، تم رؤيته 18-3-
2022. 13.30 pm.
- ✓ خالد أحمد صالح، زيادة في الجرائم والعنف ذات العلاقة بتعاطي المخدرات موقع الإلكتروني
القبس، 2021/5/23، تم رؤيته يوم 23-2-
<https://alqabas.com/article/5850081>، PM2022، 4.35

✓

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة آكلي محند أولحاج

-البويرة-

-الإسم: أمير -التخصص: علم الاجتماع الجريمة والانحراف

-اللقب: رياح -المستوى: ماستر -2-

-إشراف الأستاذ: الدكتور زعاف خالد

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

يسرني أنا الطالب رياح أمير أن أقوم بتوزيع على حضاراتكم هذه الإستمارات، التي يقوم هدفها على البحث العلمي، ضمن دراسة ميدانية بعنوان " ظاهرة العنف الممارس على الممرضين من قبل مرافق المريض داخل مصلحة الإستعجالات، دراسة ميدانية في مصلحة الإستعجالات لمستشفى محمد بوضياف".

فإن نجاح هذا البحث العلمي يعتمد في مدى إجاباتكم بكل صدق على أسئلة المقابلة، وكما اتعهد أن تكون إجاباتكم سرية ولن تعرض للغير وتستخدم فقط للبحث العلمي.

وشكرا لكم

1-محور البيانات الشخصية

1-1-الجنس:

1-2-السن:

1-3-المستوى الدراسي:

1-4- الوظيفة: - ممرض رئيسي

-مساعد ممرض

2-المحور الثاني: -1- (العنف الذي يمارسه مرافق المريض ضد الممرضين داخل مصلحة الإستعجالات هو سلوك متعلم).

1- هل سبق وأن تعرضت للعنف؟

-نعم

-لا

-أحيانا

2- ما طبيعة هذا العنف؟

-لفظي

-جسدي

- آخر

3- هل نظام العمل له دور في ممارسة العنف عليكم؟

-نعم

-لا

-أحيانا

4- من هم الذين يمارسون عنف عليكم؟

-المرضى

-مرافق المريض

-آخر

5- ماهو الوقت الذي تزيد فيه حدة العنف؟

-من 8 صباحا إلى 12 منتصف النهار

-من 12 منتصف النهار إلى 6 مساء

-من 6 مساء إلى 12 منتصف الليل

6- ماهي الحالات التي يقبلون عليها في مصالحتكم؟

-زيارة المريض

-تلقي العلاج

-آخر

المرضى في مصلحتكم له علاقة بممارسة العنف عليكم؟

7- هل لكثرة

-نعم

-لا

-في حالة لا، ما هو رأيك؟

.....
.....

8- هؤلاء المعنفين أي مستوى عمري؟

-من 18 إلى 25 سنة

-من 25 إلى 35 سنة

-من 35 سنة فما فوق

المرضى في مصلحتكم سبب لكم ضغوطات؟

9- هل ترى أن زوار

-نعم

-لا

-أحيانا

10- ماهي الآليات لمواجهة ظاهرة العنف في مصلحة الإستعدادات حسبكم؟

.....
.....
.....
.....

-المحور الثالث: (لضعف الضبط الإجتماعي دور في ظهور العنف ضد الممرضين من قبل مرافق المريض داخل مصلحة الإستعجالات)

1- هل لقلّة أعوان الأمن داخل مصليحتكم سبب في ظهور العنف؟

-نعم

-لا

-أحياناً

2- هل ترى أن بعض المعتدين يستهترون بالنظام الداخلي لمصليحتكم؟

-نعم

-لا

-أحياناً

3- هل أن السماح لهؤلاء المعتدين دون عقاب يجعلهم يكررون هذه السلوكات؟

-نعم

-لا

-أحياناً

4- هل ترون أن نسبة العنف تزداد كل عام؟

-نعم

-لا

-أحياناً

العمل للقيام بواجباتكم في المستشفى؟

5- هل تتوفر شروط

-نعم

-لا

-أحيانا

6- هل في رأيكم غلق الباب الرئيسي لمصلحتكم وإجبارية مرافق واحد للمريض يقلل من ظاهرة

العنف في مصلحتكم؟

-نعم

-لا

-ربما

7- هل لنوع الجنس والعمر علاقة بالعنف؟

-نعم

-لا

-أحيانا

8- هل العقاب الجسدي في رأيكم أفضل الوسائل للحد من ظاهرة العنف في مصلحتكم؟

-نعم

-لا

-ربما

9- هل التنظيم الهيكلي والإداري لمصلحتكم راضون عنه؟

-نعم

-لا

-أحياناً

10- حسب رأيك ماهي الطريقة الانجح لإيقاف العنف؟

.....

.....

.....
