جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
قسم العلوم الاجتماعية

الموضوع:

واقع الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية بالمجتمع الحضري

دراسة ميدانية لعينة من المرضى بعدد من المؤسسات الاستشفائية بالوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع تخصص علم الاجتماع الحضري

إعداد الطالبتين:
كوثر محلو
راضية عناد

إشراف الدكتورة (الأستاذة):
بختة بن فرج الله

السنة الجامعية: 2015-2016

شكر وتقدير

نحمد الله تعالى ونشكره على نعمه وعونه والذي وفقنا لإتمام هذا المشروع المتواضع بعون وتوفيق منه.

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من ساهم في هذا الانجاز هذه الدراسة، وأخص بالذكر الأستاذة المشرفة "بختة بن فرج الله" التي لم تبخل في توجيهنا وإرشادنا بنصائحها القيمة إلى غاية إتمام هذه الدراسة.

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة "واقع الخدمات الصحية بالمؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري" و لهذا تم صياغة التساؤل الرئيسي كالتالي: ماهي العوامل التي تؤثر في نوعية الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية بالمجتمع الحضري؟ و تندرج تحت هذا التساؤل الرئيسي تساؤلات فرعية نوردها كالتالي:

-هل هي عوامل متصلة بالمؤسسة العلاجية والمتمثلة في الوسائل البشرية ؟

-هل هي عوامل متصلة بالمؤسسة العلاجية والمتمثلة في الوسائل المادية ؟

-هل عدد المرضى الكبير الملتحقين بالمؤسسة العلاجية يؤثر على نوعية الخدمات الصحية ؟

و قد اعتمدنا على المنهج الوصفي لوصف الظاهرة المدروسة، و لجمع البيانات من الميدان استخدمنا أداة الاستبيان، و ذلك لطبيعة الموضوع، حيث تضمن الاستبيان 41 سؤال مقسم إلى أربعة محاور و قد تم إجراء الدراسة الميدانية على 100 مبحوث، من خلال الاعتماد على العينة العمدية، و كان ذلك بعدة مؤسسات استشفائية و قد تم التوصل للنتائج التالية:

- هي عوامل متصلة بالمؤسسة العلاجية ومتمثلة في نقص الوسائل البشرية من أطباء وممرضين والتي تؤدي إلى نقص الخدمات الصحية.

- هي عوامل متصلة بالمؤسسة العلاجية ومتمثلة في نقص الوسائل المادية من أجهزة ومعدات بالمؤسسة العلاجية والتي تؤدي إلى نقص الخدمات الصحية أو عدم فعاليتها.

- عدد المرضى الكبير الملتحقين بالمؤسسة العلاجية يؤثر على نوعية الخدمات الصحية.

وبذلك يجب التخطيط لمؤسسات علاجية تستقطب عدد مرضى يواتي عدد سكان الولاية حاليا ومستقبلا وكذا توفير الإمكانيات اللازمة من وسائل مادية (أجهزة مواد تقنية حديثة وأدوية) ووسائل بشرية أطباء وممرضين يناسب هذا العدد من المرضى.

Résumé d'étude

Cette étude visait à savoir «la réalité des services de santé , institution thérapeutique dans la communauté urbaine », et cela a été la rédaction de la question principale suivante: Quels sont les facteurs qui influent sur la qualité des services de santé dans l'établissement de la société urbaine thérapeutique ? Et tomber sous les principales questions sous-questions , énumérées comme suit:

-Facteurs -Est sont reliés à l'institution et des moyens humains thérapeutiques?

-Facteurs -Est sont reliés à l'institution et thérapeutique des moyens matériels?

-Est Le grand nombre de patients inscrits dans l'institution thérapeutique affecte la qualité des services de santé?

Et nous avons adopté une approche descriptive pour décrire le phénomène étudié, et de recueillir des données sur le terrain, nous avons utilisé l'outil de sondage, et que la nature du sujet, où le questionnaire comportait 41 questions réparties en quatre domaines et a mené des études sur le terrain sur 100 Recherche, en se fondant sur un échantillon intentionnel, et qui a été plusieurs spas et institutions a été atteint les résultats suivants:

- Sont liés à des facteurs et institution thérapeutique représentés dans le manque de moyens humains de médecins et d'infirmières et qui conduisent à un manque de services de santé.

- Sont liés à des facteurs et institution thérapeutique représentés par le manque de moyens matériels d'équipement institution thérapeutique, ce qui conduit à un manque de services de santé ou inefficaces .

- Le grand nombre de patients inscrits dans l'institution effet thérapeutique sur la qualité des services de santé . Et donc il doit être prévu pour les institutions thérapeutiques attirent le nombre de

patients selon le nombre de la population de l'État , maintenant et dans l'avenir , ainsi que de fournir les installations nécessaires et des moyens matériels (dispositifs de la technologie des matériaux modernes et de médicaments) et des moyens humains médecins et infirmières correspond à ce nombre de patients .

فهرس الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول يوضح جنس المرضى	91
02	جدول يوضح سن المرضى	92
03	جدول يوضح مدة استشفاء المرضى	93
04	جدول يوضح الحالة المدنية للمرضى	94
05	جدول يوضح عدد أفراد أسرة المرضى	95
06	جدول يوضح الأصل الجغرافي للمرضى	95
07	جدول يوضح مكان الإقامة للمرضى	96
08	جدول يوضح سبب استشفاء المرضى	97
09	جدول يوضح مصلحة الاستشفاء	100
10	جدول يوضح المستوى التعليمي للمرضى	101
11	جدول يوضح الوضعية الشخصية للمرضى	102
12	جدول يوضح مهنة المرضى	103
13	جدول يوضح كيفية التحاق المرضى بهذه المؤسسات الصحية	103
14	جدول يوضح إجابات المرضى حول كيفية رؤيتهم لعدد الأطباء مقارنة بالمرضى	104
15	جدول يوضح إجابات المرضى حول مستوى الرعاية الطبية بالمؤسسة العلاجية	105
16	جدول يوضح إجابات المرضى حول توفر الأطباء المختصين في المؤسسة العلاجية	105
17	جدول يوضح إجابات المرضى حول كفاية عدد الأطباء المختصين	106
18	جدول يوضح إجابات المرضى حول كيفية علاقتهم	106

	بالأطباء	
19	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيهم في مدى اهتمام الطبيب بحالتهم الصحية	107
20	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيتهم لعدد الممرضين مقارنة بعدد المرضى	107
21	يوضح إجابات المرضى حول ما إذا كان هناك استجابة فورية من طرف الممرضين لاحتياجاتهم	108
1-21	جدول يوضح إجابات المرضى حول سبب ما إذا لم يكن هناك استجابة فورية من طرف الممرضين	108
22	جدول يوضح إجابات المرضى حول كيفية علاقتهم بالممرضين	109
23	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيهم في كيفية الاستقبال لدى دخولهم المؤسسة العلاجية	109
24	جدول يوضح إجابات المرضى حول درجة رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الأطباء في المؤسسة العلاجية	110
25	جدول يوضح إجابات المرضى حول درجة رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الممرضين في المؤسسة العلاجية	110
26	جدول يوضح إجابات المرضى حول امتلاك المؤسسة العلاجية للتجهيزات الطبية والمعدات التقنية الحديثة	111
1-26	جدول يوضح إجابات المرضى حول الأجهزة الغير متوفرة بالمؤسسة العلاجية	111
27	جدول يوضح إجابات المرضى حول توفير المؤسسة العلاجية الأدوية اللازمة التي يحتاجها المريض أثناء مكوثهم هناك	112

1-27	جدول يوضح إجابات المرضى حول سبب عدم توفير المؤسسة العلاجية للأدوية اللازمة التي يحتاجها المرضى أثناء مكوثهم هناك	112
28	جدول يوضح إجابات المرضى حول قيام المؤسسة العلاجية بتقديم وجبات غذائية صحية لهم مواتية لظروفهم الصحية	113
1-28	جدول يوضح إجابات المرضى حول سبب عدم قيام المؤسسة العلاجية بتقديم الوجبات الغذائية الصحية	113
29	جدول يوضح إجابات المرضى حول تقديم الأكل لهم في الوقت والمواعيد المحددة	114
30	جدول يوضح إجابات المرضى حول توفير الفراش الملائم لهم	114
31	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيتهم بأن المؤسسة العلاجية تحرص على نظافة جميع مرافقها لسلامتهم	115
32	جدول يوضح إجابات المرضى حول توفير المؤسسة العلاجية الهدوء اللازم لهم من أجل راحتهم	115
33	جدول يوضح إجابات المرضى حول توفير المؤسسة العلاجية الأمان والسلامة لهم	116
34	جدول يوضح إجابات المرضى حول توفير المؤسسة العلاجية المرافق الضرورية	116
35	جدول يوضح إجابات المرضى حول عدد المرضى في الغرفة	117
36	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيتهم لعدد المرضى في كل غرفة	117
37	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيتهم بان هناك اكتظاظ بغرف المؤسسة العلاجية مقارنة بعدد المرضى	118

	الملتحقين بها	
38	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيتهم إن كان نقص الخدمة الصحية يعود إلى العدد الكبير للمرضى	118
39	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيتهم إن كان نقص الخدمات الطبية يعود إلى العدد الكبير للمرضى	119
40	جدول يوضح إجابات المرضى حول رأيتهم إن كان نقص الخدمات التمريضية يعود إلى العدد الكبير للمرضى	119
41	جدول يوضح إجابات المرضى حول توفير المؤسسة العلاجية لسيارات الإسعاف كافية لتلبية طلبات المرضى في المنطقة	120

فهرس الأشكال:

رقم الشكل	عنـــــــوان الشكـــل	رقم الصفحة
01	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس	91
02	يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن	92
03	يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدة الاستشفاء	93
04	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	94
05	يمثل توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد أسرة المبحوث	95
06	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الأصل الجغرافي	96
07	يمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	97
08	يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض	99
09	يمثل توزيع أفراد العينة حسب مصلحة الاستشفاء	101
10	يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	102

فهرس المحتويات:

شكر وتقدير

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

المقدمة.....أ- ب

الفصل الأول: الجانب النظري لموضوع الدراسة

تمهيد

1- الإشكالية.....4
2- الفرضيات.....6
3- أسباب اختيار الموضوع.....6
4- أهمية الدراسة.....6
5- أهداف الدراسة.....7
6- تحديد المفاهيم.....7
7- الدراسات السابقة.....9

الخلاصة

الفصل الثاني: الخلفية السوسيولوجية للتحضر والمجتمع الجزائري

تمهيد

أولا: ماهية التحضر.....19

1- تعريف التحضر.....19
2- تعريف الحضرية.....22
3- خصائص الحياة الحضرية.....24

ثانيا: المداخل النظرية المفسرة للتحضر.....27

1- المداخل النظرية للتحضر.....27
2- المؤشرات السوسيولوجية لقياس التحضر.....33
ثالثا: التحضر في المجتمع الجزائري.....34
1- تعريف المجتمع الجزائري.....34
2- خصائص المجتمع الجزائري.....35
3- مراحل التحضر في الجزائر.....36
الفصل الثالث: الصحة والخدمة الصحية، مفاهيم وخصائص
تمهيد
أولا: مفهوم الصحة، المستويات والمكونات.....42
1- مفهوم الصحة.....42
2- مستويات الصحة.....43
3- مكونات الصحة.....44
ثانيا: ماهية الخدمة.....45
1- مفهوم الخدمة.....45
2- خصائص الخدمة.....46
ثالثا: مفهوم الخدمة الصحية، الأنواع والمكونات.....48
1- تعريف الخدمة الصحية.....48
2- خصائص الخدمة الصحية.....49
3- أنواع الخدمة الصحية.....50
4- مكونات الخدمة الصحية.....52
الفصل الرابع: مفاهيم عامة حول المؤسسة الصحية
أولا: تعريف المؤسسة الصحية.....57
ثانيا: خصائص المؤسسة الصحية.....58

ثالثا: الأهداف الأساسية للمؤسسة الصحية.....59

رابعا: تصنيفات المؤسسة الصحية.....61

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- مجال الدراسة.....69
2- المنهج المستخدم 69
3- أدوات جمع البيانات. 70
4- الأساليب الإحصائية.....72
5- العينة.....72

الخلاصة

الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

تمهيد

أولا: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية.....76

ثانيا: تفسير النتائج في ضوء الفرضيات.....105

الخاتمة.....108

قائمة المراجع.....109

الملاحق.....114

المقدمة

يعد التحضر ظاهرة عالمية تعرفها جميع المجتمعات المتقدمة والمتخلفة في آن واحد فهي ظاهرة حديثة مقارنة بظواهر مجتمعية أخرى ، فلهذا يعتبر التحضر حلبة تميز جميع المجتمعات البشرية في الآونة الأخيرة ، حيث يقطن أكثر من 50% من سكان العالم المناطق الحضرية وهذا يؤدي إلى تغيرات هامة في معايير المعيشة وأساليب الحياة والسلوك الاجتماعي والصحة، في حين تقدم الحياة الحضرية العديد من الفرص، منها احتمال إتاحة رعاية وخدمات صحية أفضل.

ولكن ما تواجهه المؤسسات الصحية من تحديات ومن أبرزها ارتفاع التكاليف وتبني أساليب غير فعالة لتحقيق الأهداف المسطرة إلى جانب تدني مستوى الرضا لدى المرضى من الخدمات الصحية ولدى الطاقم الطبي في المؤسسة، لذا يعتبر ما تنتجه المؤسسة الصحية أكثر حساسية نظرا لطبيعة المنفعة، وتدرك المؤسسة بأن الإنسان هو العامل الأساسي لعمليات التنمية، ونظرا لكون المؤسسات الاستشفائية تعرف تغيرا ملحوظا في سلوك المرضى وكذلك الرغبة في المشاركة في حيثيات الخدمات الصحية والمطالبة بتحسينها لذلك تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية.

وفي الجزائر تعتبر صحة السكان من بين الأولويات التي اهتمت بها الدولة وذلك من خلال بناء المستشفيات والمراكز الصحية ومجانية العلاج وغيرها من الإجراءات من أجل توفير خدمات صحية فعالة وذات مستوى ونوعية عالية الجودة وهذا من أجل المرضى الذي يقدمون على هذه المؤسسات من أجل الرعاية الطبية والعلاج و توفير الراحة والسلامة لهم.

ونظرا لأهمية الصحة والخدمة الصحية في المجتمع بصفة عامة والمجتمع الحضري بصفة خاصة جاءت هذه الدراسة تطرق إلى الخدمة الصحية أو الخدمات الصحية في المؤسسات العلاجية في المجتمع الحضري لتكشف عن العوامل التي تؤثر على مستوى وفعالية الخدمة الصحية بالمجتمع الحضري.

وبهذا احتوت هذه الدراسة على جانب نظري وجانب ميداني حيث تطرقنا في الفصل الأول إلى الإطار المفاهيمي لموضوع الدراسة شامل لإشكاليه البحث، الأهمية، الأسباب ، الأهداف ، وضع التساؤلات والفرضية ومؤشراتها ،والدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني : وضع تحت عنوان الخلفية السوسيولوجية للتحضر في المجتمع الجزائري حيث عرفنا التحضر والحضرية والمداخل النظرية المفسرة للتحضر، وماهية التحضر في المجتمع الجزائري.

أما فيما يخص الفصل الثالث والذي عنوناه بالصحة والخدمة الصحية مفاهيم وخصائص ، تطرقنا فيه إلى الصحة والخدمة وعرفنا الخدمة الصحية مكوناتها وأنواعها.

والفصل الرابع وضع تحت عنوان مفاهيم عامة حول المؤسسة الصحية ، قمنا بالتعريف وخصائص المؤسسة ثم الأنواع والمكونات

أما الفصل الخامس والسادس فقد قمنا بعرض الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية وعرضنا النتائج على شكل جداول ثم قمنا بتحليلها وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي لموضوع الدراسة

تمهيد

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أسباب اختيار الموضوع

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

1- تحديد المفاهيم

2- الدراسات السابقة

خلاصة

الإشكالية

تشير الدارسات أن نسبة التحضر تزداد بنسب متفاوتة من عام إلى آخر في مختلف أنحاء العالم، والتحضر في الدول النامية بما فيها الجزائر يفرز مشكلات كثيرة تعد من اخطر المشكلات التي تواجهها هذه الدول ، فهي ليست مجرد مشكلة اقتصادية يمكن مواجهتها بتدبير من الاستثمارات أو تحقيق مزيد من العدالة الاجتماعية ، هي مشكلة بالغة التعقيد تتداخل فيها جملة من العوامل والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية بما يتضمنه من تفاعلات ايجابية وسلبية، ويصاحب التحضر مشاكل بيئية واجتماعية واقتصادية وصحية نظرا لما تفرزه هذه الظاهرة من تلوث وفقر وآفات اجتماعية والسكن غير اللائق ، هذه العوامل التي تؤثر سلبا على صحة الإنسان .

حيث نلاحظ أن التحضر في الجزائر كما في البلدان النامية يسير بوتيرة سريعة الأمر الذي زاد عملية التحضر في بلادنا تعقيدا وتخلخلا مما نتج عنه مشاكل في جميع نواحي الحياة منها ثقافية واجتماعية واقتصادية وسياسية وبيئية وصحية، حيث تشير الدراسات أن سكان .. ومن ضمن هذه المشاكل مشكلة " الصحة" التي تعد من الأمور القيمة في جميع أنحاء العالم بوصفها شرطا مسبقا لعيش حياة مشبعة ومنتجة ، حيث كان الإنسان يبحث عن حلول لمشاكله الصحية عبر التاريخ التي كانت وراء الاكتشافات والاختراعات التي توصلت إليها البحوث الطبية في مجال الوقاية والعلاج الصحي ، ألا أن كثير من المؤشرات في الآونة الأخيرة توحي بتدني مستوى الصحة العامة وانتشار الأمراض التي يعرفها المجتمع الحضري داخل البلدان النامية بما فيها الجزائر التي ساهمت فيها وبدرجة كبيرة العوامل الاجتماعية والثقافية الناتجة عن التغيرات والتحولات الاجتماعية والاقتصادية التي أثرت على نمط وجودة الحياة .كما اثبت الدراسات الحديثة في المجال الصحي، العلاقة المباشرة بين أنماط الحياة وزيادة الأمراض السارية، إلى جانب هذا الآثار السلبية للتوسع العمراني العشوائي بسبب التحضر السريع ونمو المدن الذي فلت من التحكم والسيطرة لاسيما البلدان المتخلفة، مما دعا منظمة الصحة العالمية إلى لفت انتباه الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع المدني حول هذه المسالة وإشراكهم في جهد جماعي يهدف إلى إدراج الصحة في صميم السياسات الحضرية للبلدان حيث تعد الخدمات الصحية ذات أهمية كبيرة في حياة السكان و ذالك لما توفره من خدمات تشكل الأساس في حياة الإنسان واستمراره ومن ثم القدرة على مواصلة العطاء ضمن

الفعاليات المختلفة التي يسعى لتحقيقها، ومن هنا تسعى الدولة إلى التخطيط لإنشاء العديد وتنفيذ العديد من المؤسسات الصحية بمراتبها المختلفة أو تطورها بالتقنيات الصحية المختلفة ، بهدف رفع كفاءتها لتحقيق أفضل الخدمات ، وتعكس أهمية الخدمات الصحية لأي مجتمع مدى التطور الاقتصادي والاجتماعي للبلد ،باعتبارها من المستلزمات الأساسية للسكان ، وقد حظي هذا الجانب بمكانة كبيرة في كثير من الدول تطور الخدمات الصحية دليلاً لقدرة البلد على تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية ولكي يؤدي المجتمع وظائفه بكفاءة عالية، يتطلب هذا الأمر توزيعاً مكانياً عادلاً للخدمات الصحية بشكل يتلاءم وكثافة السكان في قطاعات المدينة، وتأتي أهمية دراسة مراكز الصحة العامة لارتباطها بحياة السكان بفعل ما تقدمه من خدمات ذات تماس مباشر مع حاجات السكان. حيث جعلنا ذلك نسعى لمعرفة "واقع الخدمات الصحية بالمجتمع الجزائري بصفة عامة والمجتمع الحضري بصفة خاصة". من أجل تسليط الأضواء والبحث عن أهم العوامل التي تؤثر على مستوى وفاعلية الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية بالمجتمع الحضري .

1-السؤال الرئيسي:

ماهي العوامل التي تؤثر في نوعية ومستوى الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية بالمجتمع الحضري؟

ويندرج تحت هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- هل العوامل المتصلة بالمؤسسة العلاجية والمتمثلة في الوسائل البشرية تؤثر على نوعية ومستوى الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية؟

- هل العوامل المادية تؤثر على نوعية ومستوى الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية؟

- هل يعتبر عدد المرضى الكبير الملتحقين بالمؤسسة العلاجية عاملا يؤثر على نوعية ومستوى الخدمات الصحية ؟

للإجابة على هذه التساؤلات نطرح الفرضيات التالية:

2-الفرضية العامة:

- تعتبر العوامل البشرية والمادية عاملا يؤثر على نوعية ومستوى الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية بالمجتمع الحضري.

2-1.الفرضيات الجزئية:

- يعتبر نقص الوسائل البشرية من أطباء وممرضين عاملا يؤدي إلى نقص مستوى ونوعية الخدمات الصحية بالمؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري.

- يعتبر نقص الوسائل المادية من أجهزة ومعدات بالمؤسسة العلاجية عاملا يؤدي إلى نقص في مستوى ونوعية الخدمات الصحية.

- يعتبر عدد المرضى الكبير عاملا يؤثر على نوعية ومستوى الخدمات الصحية.

3-أسباب اختيار الموضوع :

من اشق الصعاب التي تواجه الباحث اختيار موضوع يصلح للدراسة العلمية ، قد يكون ذلك لأسباب ذاتية كرغبة الباحث في تجسيد فكرة ما أو للأسباب يفرضها الواقع الاجتماعي فتكون دوافع محفزة على اختيار موضوع الدراسة ومن الأسباب التي دفعتنا إلى اختيار الموضوع الدراسة :

ـ قلة الدراسات السوسيولوجية في مجال الصحة الحضرية بصفة عامة والمحلية بصفة خاصة.

ـ رغبة منا لإعطاء بعد أكاديمي لهذا الموضوع ألا وهو إبراز وضعية وواقع الخدمات الصحية في المحيط الحضري في الجزائر.

4-أهمية الدراسة:

تبرز أهمية دراسة وضعية الخدمات الصحية و دورها الأساسي في المدينة لان سلامة الفرد تعد العمود الفقري لبناء مجتمع سليم يحافظ على صحته وضمان بقائه ونموه في أحسن الظروف، و من هذا المنطلق الإنساني المستمد من القيم الأخلاقية التي أتت بها الأديان

السماوية بهدف حماية المجتمع وتكيفه والعمل على الاستمرار والحياة السعيدة برزت أهمية في ما يلي:

ـــ محاولة رفع كفاءة فعالية الخدمات الصحية في منطقة الدراسة من خلال رفع كفاءة المراكز الصحية والمستشفيات .

ـــ إنشاء نظام معلومات مكاني خاص بالخدمات الصحية يساعد على رؤية واقع الخدمات الصحية في منطقة الدراسة.

5-أهداف الدراسة :

إن قيمة البحث الاجتماعي بقيمة الأهداف والنتائج التي يرمي إليها ، فعلى قدر عمليتها وعلميتها وخدمتها للفرد والمجتمع تكون قيمة هذا البحث ، فلا يمكن تصور بحث دون أهداف مسبقة وعليه فان هذه الدراسة تهدف إلى :

ـــ المساهمة في الكشف عن النقائص من أجل المساهمة في وضع البرامج الصحية لتحقيق أهدافها وذلك من خلال دعم البحث العلمي وتطويره وإسهامه في خدمة المجتمع .

ـــ تشجيع الدراسات الميدانية وإيجاد الحلول لمشاكل المجتمع الصحية .

ـــ تنمية المعرفة ونشر الثقافة والوعي الصحي في المجتمع بصفة عامة والمجتمع الحضري بصفة خاصة.

ـــ تحسين مستويات الخدمة الصحية بالمؤسسات العلاجية .

ـــ إشراك السكان والمرضى على وجه الخصوص في قضايا الصحة والمرض .

6-تحديد المفاهيم :

تعتبر عملية تحديد المفاهيم والتعاريف الأولية والجزئية المسار الذي يهتدي به الباحث عند توجهه نحوى مجتمع دراسته، كذلك تساعد الباحث على تلمس الخصائص الأولية للظاهرة وتمكنه من تمييز بينها و بين ظاهرات أخرى، وكاستجابة لهذه الخطوات من الإجراءات حددنا المفاهيم التالية :

6-1.التحضر:

لقد جاء مفهوم التحضر في منجد اللغة والعلوم ولآداب مشتق من كلمة الحضور ويقصد بها الاستدامة في الاستقرار في مكان واحد.[1]

أما معجم علم الاجتماع ، فعرف مفهوم التحضر "بأنه الانتقال من الحياة الريفية إلى للعيش في المدن ، ويكون هذا الانتقال بسب الهجرة ، حيث ينبغي على الشخص أو الجماعة أن تتكيف مع النظم والقيم السائدة في المدينة وقد يترتب على حالة الانعدام هذا التكيف تدهور الحالة المادية والمعنوية ومن هناك العودة الى القرية ".[2]

والتحضر كما يعرفه " عبد المنعم شوقي " العملية التي تتم به زيادة السكان المدن عن طريق تغير الحياة في الريف من القرويين للمدن المقصودة بما في ذلك التغيرات التي تحدث لطبائع والعادات وطرق معيشة سكان الريف حتى يتكيفوا للمعيشة في المدن .[3]

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن أن نعرف إجرائيا التحضر" يعرف التحضر انه لانتقال من الحياة الريفية إلى العيش في المدن ولا بدى من التكيف مع التغيرات الحاصلة في المدينة" .

6-2.الحضرية:

يشير مفهوم الحضرية الى أنماط الحياة الاجتماعية التي تميز سكان المدن عن سكان البادية ، كما تعرف أيضا: بأنها أسلوب أو طريقة في السلوك تدخل ضمن الحياة اليومية لناس الذين يعيشون في المدن .

6-3.الحياة الحضرية :

تعكس الحياة الحضرية جانب كبير من تنظيم المجتمع في حدود تقسيم العمل ومستويات التكنولوجيا المستخدمة ووسائل النقل السريع والاعتماد المتبادل بين أهل المدينة في أداء وظائفهم .

---

[1] أحمد بوذراع، **التطور الحضري والمناطق المختلفة في المدن** ، منشورات طبعة باتنة، ص134

[2] أحمد بوذراع، مرجع سابق، ص134.

[3] عبد المنعم شوقي، **مجتمع المدينة علم الاجتماع الحضري**، بيروت، دار النهضة العربية، ط7، 1981، ص23.

4-6.المجتمع الحضري:

يوصف بأنه منطقة جغرافية توجد فيها جماعة من الناس،لهم أنشطة يتميز هذا المجتمع بانتشار كثيف لنشاط الصناعي والتجاري لتحقيق وتزود احتياجاتهم من السلع والخدمات .

5-6.الصحة:

تعرف بأنها المستوى الذي يحقق السلامة والكفاية المادية ، الجسمية والعقلية والاجتماعية لجسم الإنسان .

6-6.الخدمات الصحية :

تعرف على أنها جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد، او وقائية موجهة للمجتمع أو البيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها ، بهدف رفع المستوى الصحي للإفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض .

7-الدراسات السابقة:

إن العلم تراكمي، يقصد بهذا على الباحث ان يطلع على أعمال الذين سبقوه في نفس الميدان, وهدا يسمح بتطبيق بعض مناهج البحث التي يراها مفيدة التي استخدمها غيره من الباحثين ومقارنة نتائج دراسته بدراسات غيره ودلك في محاولة للوصول إلى نتائج أكثر تطابقا مع الواقع وبهذا قمنا بعرض دراسات التي لها علاقة بموضوع بحثنا.

1-7.دراسة حمادي عياش: السياسة الصحية ولأسرة الجزائرية , دراسة ميدانية بمراكز حماية لأمومة والطفولة- مدينة باتنة- .[1]

وكان الهدف من الدراسة معرفة السياسة الصحية لأسرة الجزائرية من خلال مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في طار التنمية الشاملة بمحاولة فهم السياسة الصحية, وأهداف هذه السياسة, ومدى إشباع أو عدم إشباع الحاجات الصحية للأسرة

[1] حمادي عياش، **السياسة الصحية والاسرة الجزائرية**، رسالة ماجستير، علم اجتماع العائلة،كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر،باتنة، 2002/2001.

الجزائرية,وقد انطلق الباحث من خلال التساؤل الرئيسي التالي: هل السياسة العامة المنتهجة في الجزائر تغطي حاجيات الأسرة؟

مع التساؤلات الفرعية التالية :

ـ ما مكانة الصحة والأسرة في المخططات الإنمائية للجزائر؟ ماهية القوى الاجتماعية والسياسية,والهيكلية التي دعمت السياسية الصحية في الجزائر؟ ما هي مكانة الأسرة في السياسة الصحية؟.

ـ إن حماية الأم والطفل ,تتطلب سياسة صحية محددة المعالم, واضحة الأهداف مدى صحة هذا وما علاقته بالأسرة؟ هل استجابت السياسة الصحية في الجزائر لمتطلبات الأسرة وكيف أسهم التخطيط والوعي العائلي في السياسة الصحية؟وما تأثير السياسة الصحية بإعادة الهيكلة الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع؟وما هو دور الإعلام في كل هاته المراحل السياسية؟ وهل حققت السياسية الصحية المتبعة في الجزائر متطلبات الأسرة؟

ـ فيما يخص الإجراءات المنهجية التي اتبعها الباحث المنهج الوصفي التحليلي, وما فيها من أدوات وأساليب في إطار المنهج البحث العلمي، كما استعمل الباحث العديد من التقنيات كاستمارة الاستبيان والمقابلة المباشرة و التحليل الإحصائي للجداول.

بالنسبة للعينة اقتصرت على جنس الإناث المترددات على مراكز الحماية الأمومة

والطفولة بمدينة باتنة.

وقد انتهت الدراسة إلى النتائج أهمها:

- إن عملية حصر الصحة في كثرة المستشفيات والهياكل الضخمة وتكنولوجيا عالية هي شعار ترفعه الدولة لكسب التأييد والاستمرارية.

- على الصعيد السياسي فان انتقال الدولة من دولة الداعية المدعمة للأسعار الى الدولة المحررة للأسعار دون خلق شروط اجتماعية واقتصادية لذلك مع تعيشه الأسرة من بطالة وفقر وسوء المعيشة هي تحول البرجوازية الدولة إلى برجوازية القطاع الخاص.

7-2.دراسة زروالية رضا(2010-2011) : التحضر والصحة في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية بحي بارك افوراج بمدينة باتنة. [1]

تطرق صاحبها الى الخلفية السيولوجية للتحضر والمجتمع الجزائري، أيضا تناول الباحث الخلفية المعرفية للصحة ، تناول السياسة الصحية في الجزائر من خلال توضيح تعريف السياسة الصحية في الجزائر. وقد انطلق الباحث من التساؤل الرئيسي التالي:ماهية علاقة التحضر بالصحة في المجتمع الجزائري؟

وتحت التساؤلات الفرعية التالية: هل يؤثر الواقع الحضري في المستوى الصحي؟

هل بوضع سياسة صحية يمكن تحسين الواقع الحضري؟

حيث كانت دراسته حول لأسر المتمركزة في حي بارك أفوراج الواقع وسط مدينة باتنة، الجزائر- وتم اختيار عينة بطريقة عشوائية حيث اختار 434 أسرة طبق عليهم إجراءات دراسته المتمثلة في الملاحظة و المقابلة والاستمارة الاستبيان إلى جانب تحليل الجداول الإحصائية ، متبعا المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة

حيث خلص في الأخير إلى النتائج التالية :

- تعزيز تخطيط المدن من اجل السلوك الصحي والسلامة .

- إعادة تقسيم المنظومة الصحية والنظر في وجه القصور والتي تعاني منه والأخذ بعين الاعتبار التحول الحضري وتغير طبيعة الأمراض التي يعانيها المجتمع .

- نشر الوعي والثقافة الصحية بتفعيل دور المنظمة الإعلام المرئي منها المسموعة وكذا وغيرها وهذا داخل المدن ، مع تحديد طبيعة الأمراض التي تهدد الأسر وكيفية التكفل بالحالات المرضية المزمنة .

[1] رضا زروالية، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري**، رسالة ماجستير ، علم اجتماع حضري ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية، جامعة الحاج لخضر ، باتنة،2011/2010.

3-7.دراسة محمد رضا بالمختار : نسق العلاج وعقلانية الفاعلين فيه ــ دراسة حالة لمصلحة طبية متخصصة بالمركز لاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) ببني مسوس ومستوصفان ملحقان بها . [1]

كان الهدف هذه الدراسة البحث عن النموذج المثالي للعقلانية الطبية داخل نسق العلاج واثر التصورات الاجتماعية على فريق العلاج أو العلاقة التي تنشا عن هذه التصورات بين المرضى وفريق العلاج، وكذلك البحث عن مدى تأثير التعليم في العقلانية الاجتماعية واثر التقارب في الوضع الاجتماعي على العلاقة بين الفاعلين داخل نسق العلاج .

وقد انطلق الباحث من الفرضيات التالية :

ــ التباين في الظروف الاجتماعية ــ الاقتصادية بين فئات المستخدمين لهياكل العلاج يرتبط بالتباين في احتمالات القرب من نموذج العقلانية الطبية فيما يخص المرض والعلاج .

ــ الفئات المستخدمة ذات المستوى الدراسي المنخفض بالنسبة للأطباء والتي تفهم اللغة المتداولة طبيا تبتعد أكثر عن العقلانية الطبية فيما يخص المرض والعلاج.

وفيما يخص الإجراءات المنهجية التي اتبعها الباحث فانه اعتمد على دراسة حالة وما فيها من أدوات وأساليب وبهذا فقد اتبع الباحث في إطار منهج البحث العلمي الأسلوب الكيفي باعتباره يناسب البحث من حيث انه بحث استكشافي بدرجة أولى، يسعى الاطلاع على المجال اجتماعي يفتقر الى دراسات سابقة ضمنه ، كما استعمل الباحث العديد من التقنيات كدليل مقابلة، المقابلة المباشرة، الاستمارة، التحليل الإحصائي للجداول .

بالنسبة للعينة : اقتصرت الدراسة على الجنس الذكور فقط نظرا للصعوبات الملاحظة خلال الدراسة الاستطلاعية مع الإناث اللواتي تحرج الاتصال بشخص له جنس مختلف ، خارج عن المصلحة ، وكان عدد المبحوثين 37 مبحوث استشفائي اما بالنسبة للممارسين فكان عددهم 25 بالمستشفى و9 بالمستوصف مما يعطينا مجموع 34 مبحوث

[1] بلمختار محمد رضا، **نسق العلاج وعقلانية الفاعلين فيه**، رسالة ماجستير،قسم علم الاجتماع،جامعة الجزائر، 1990.

ــ وقد اجريت الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) ببني مسوس ، بلدية الشراقة ولاية الجزائر وبالتحديد فقد اختيرت ضمنه مصلحة الامراض التنفسية (ماتيبان) ومستوصفين تابعين لها . وهذا خلال سنة 1988.

وقد انتهت الدراسة الى جملة من النتائج كان اهمها :

ــ ان التشابه في الظروف الاجتماعية والاقتصادية ويرتبط بالتشابه في القرب او البعد عن نموذج العقلانية الطبية في ما يخص المرض ونسق العلاج وبالتالي في تقارب العقلانية بين أفراد الفئة الواحدة ذات الظروف المتشابه او ان اتساع الاختلاف في هذه الظروف بين الفئات يرتبط بزيادة احتمال الاختلاف بينهما فيما يخص التقارب بين مبحوثي الفئات المتشابهة الظروف .

ــ وقد تحققت الفرضية الأولى، سوى أن التباين في العقلانيات لا يعني الاختلاف الكامل بينهما حيث هناك عناصر تداخل بين مختلف الفئات فيما يخص ذالك والفرق يكمل في ان الفئات لديها عناصر إدراكية غير موجودة عند الأخرى إذن هنالك عقلانيات جزئية او تحتية ضمن عقلانيات اجتماعية .

وفيما يخص الفرضية الجزئية الثانية فان العلاقة بين المستوى وزيادة القرب من العقلانية الطبية فينا يخصى المرض والعلاج فقد لوحظ أن ذلك يتوقف على مدى تأثير المستوى الدراسي واللغة المفهومة بالنسبة للفئة التي ينتمي إليها المبحوث . فالمستوى الدراسي العالي واللغة المتداولة طبيا تزيد من قرب المريض للعقلانية الطبية ، فيما يخص المرض والعلاج تبعا للفئة التي ينتمي إليها المريض بالنسبة لتلك التي ينتمي إليها الأطباء .

وفيما يخص الفرضية الجزئية الثالثة فقد استنتجت الدراسة انه لا يوجد تباينا معتبرا في المعنى المعطى للعمل في الفرقة لدى المعالجين بتباين الفئة المعالجة التي ينتمون إليها والفرق الذي يظهر بين فئة الأطباء وشبه الطبيب في ذلك لا يتجاوز المستوى النظري حيث يقدم الأطباء تعريفا نظريا تقنيا للعمل في الفرقة ولكنهم من حيث الممارسة يتقاضون مضمون ذالك مثل باقي الفئات والاختلاف يكمن في التعريف النظري .

كما استنتج الباحث بان المنظومة العلاجية ليست متجانسة كما تحاول الظهور به لأنها لم تصل إلى إخفاء اثر الانتماء الاجتماعي للمعالج أو إلى الصيانة العلاقات بين المعالجين على أساس تفني موضوعي يحد من اثر تدخل الاعتبارات الخارج التنظيمية اجتماعية ، بل يبقى التكامل والتبعية المتبادلة بين الممارسين الذي يخلق تقسيم العمل غير قائم على التباين الكفاءات بل قائم على تقسيم المهام ضمن نفس المستوى والكفاءة أي يقوم على التشابه أكثر من الاختلاف ، كما يوجد نوعين من الاستجابة تقدمها المؤسسة العلاجية للمرضى إحداهما تقوم على التبادل المصلحي واستعمال الوسائط من الممارسين الاختراق نظام التوزيع الرسمي للخدمات والأخرى تقوم على تقديم الحد الأدنى من الخدمات بالنسبة للمرضى الذين ليس لهم وسائط التبادل المصلحي مع الممارسين .

4-7.دراسة بختة بن فرج الله(2000 -2001) : المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص ، دراسة سوسيولوجية ميدانية بالمستشفى الجامعي " اسعد حسني " ببني مسوس والعيادة الخاصة "سيدي يحي " ببئر مراد رايس.[1]

وكان الهدف من الدراسة هو التعرف على أهم العوامل والدوافع التي تجعل المريض يلتحق بالمؤسسة العلاجية بدلا من غيرها (أي مؤسسة عامة أو خاصة) وذلك لاعتقادنا ان العوامل والدوافع ليست كلها بنفس القوة وتختلف من مريض إلى آخر .

وكانت الفرضيات على النحو التالي :

الفرضية1: تشكل الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمريض دافعا الالتحاق بإحدى المؤسستين العلاجيتين :

ـــ اما ان يلتحق بمؤسسة علاجية عامة .

ـــ اما ان يلتحق بمؤسسة علاجية خاصة .

الفرضية 2: وجود تسهيلات عن طريق شبكة العلاقات الاجتماعية المتمثلة في معارف المريض الموجودين بالمؤسسة العلاجية تدفعه الى الالتحاق بها .

[1] بختة بن فرج الله، **المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية،جامعة الجزائر،2001/2000.

الفرضية 3 :هنالك علاقة بين الطريقة التي تستجيب بها المؤسسة العلاجية للمريض لالتحاق بها ، فكلما كانت استجابة المؤسسة العلاجية ايجابية كلما التحق بها المريض والعكس. بمعنى عدم استجابة هاته الأخيرة للمريض تدفعه إلى تركها والاتجاه نحو مؤسسة علاجية أخرى تلبي حاجياته الصحية .

أما بالنسبة لعينة الدراسة فقد أخذتها الباحثة عن طريق المعاينة باختيار العينة غير احتمالية ولهذا فقد ارتكز بحثها على مجموعتين :حيث شكلت المجموعة البحث الأولى بالمستشفى 110 مريض ومريضة أما المجموعة الثانية بالعيادة الخاصة تشكلت من 70 مريض ومريضة .

كما استعانت الباحثة بتقنيات بحثية أخرى لجمع المعطيات الميدانية تمثلت في الملاحظة والمقابلة حيث تمت المقابلة للأطباء وممرضين وذلك لتدعيم الدراسة ومعرفة أرائهم ومواقفهم حوا التحاق المريض بأحدي المؤسستين العلاجين العامة والخاصة .

وفيما يخص الإجراءات المنهجية فقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي والمنهج المقارن ويرجع ذلك لان البحث السوسيولوجي في هذا الميدان ذو صبغة استطلاعية استكشافية اما المقارن فيتمثل في مقارنة بين متغيرين حيث استهدفت الدراسة مجالين مختلفين .

وتوصلت الباحثة الى النتائج التالية :

إن المؤسسة العلاجية التي تعتبر من أهم المؤسسات المجتمع لما تؤدي من دور في الحفاظ على توازن المجتمع بتأديتها وظيفة تقديم الخدمات وعلاج المرضى بمختلف فئاتهم التي تشكل قوة العمل بالمجتمع .

حيث برزت القطاع الصحي الخاص هاته الأخيرة التي تقدم خداماتها مقابل تكاليف في معظم الأحيان جد مرتفعة ، أما في هذا الوضع يبقى المريض الضحية لان التحاق بأحدها معناها تجنيد وسائل مادية واجتماعية ،في وقت أصبحت الأوساط العلاجية الخاصة والعامة تفتقر الى أدنى المعايير الأخلاقية والإنسانية من غياب الضمير الأخلاقي والمهني، إضافة إلى العراقيل البيروقراطية والوساطة التي تمثل في وجهها الايجابي نوعا من التعاون والتآزر قصد تحقيق مطالب مشروعة إما في وجهها السلبي فهي تمثل أبشع أنواع التمييز الطبقية والعنصرية

وانتهازية حيث تصل إلى التوسط الذي يكون غالبا ما يكون بمقابل قصد بلوغ حق أو من اجل التجاوز على حقوق الآخرين أو على حساب الخدمة العامة .

الفصل الثاني: الخلفية السوسيولوجية للتحضر في المجتمع الجزائري

تمهيد

أولا: ماهية التحضر والحضرية

1-تعريف التحضر

2-تعريف الحضرية

3-خصائص الحياة الحضرية

ثانيا: الخلفية النظرية المفسرة للتحضر

1-المداخل النظرية للتحضر

2-المؤشرات السوسيولوجية لقياس التحضر

ثالثا:التحضر في المجتمع الجزائري

1-تعريف المجتمع الجزائري

2-خصائص المجتمع الجزائري

3- مراحل التحضر في الجزائر

خلاصة

تمهيد

يهدف هذا الفصل الى توضيح خصائص المجتمع الحضري ذلك لان المقارنة بين نوعي الحياة الحضرية والريفية يكشف مدى التغير والتطور، ومدى بعد هذين النوعين (الحياة الاجتماعية) احدهما عن لآخر، وما يكون وراء هذا الاختلاف من ظروف اجتماعية واقتصادية وثقافية وجغرافية، من اجل فهم طبيعة المجتمع الحضري من جهة وكذلك فهم الخلفية السوسيولوجية للتحضر في الجزائر.

أولا: ماهية التحضر والحضرية

1- تعريف التحضر:

لقد جاء في لسان العرب ان مفهوم التحضر يقصد به: " التواجد و الحضور الدائم والاستقرار والإقامة في المدن والقرى وهذا خلافه البداوة ".[1]

أما منجد اللغة والعلوم ولآداب فان مفهوم التحضر اشتق من كلمة حضور ويقصد بها الاستدامة في لاستقرار في مكان واحد.[2]

اما معجم علم الاجتماع ،فعرف مفهوم التحضر انه :" لانتقال من الحياة الريفية الى المدن للعيش، ويكون هذا لانتقال بسب الهجرة، حيث ينبغي على الشخص او الجماعة ان تتكيف مع النظم والقيم السائدة في المدينة وقد يترتب عن حالة انعدام هذا التكيف تدهور الحالة المادية والمعنوية ومن هنالك العودة الى القرية ".[3]

والتحضر كما يعرفه عبد المنعم شوقي " العملية التي تتم به زيادة السكان المدن عن طريق تغير الحياة في الريف من حياة ريفية الى حياة الى حياة حضرية او عن طريق هجرة القرويين للمدن المقصودة، بما في ذلك التغيرات التي قد تحدث لطبائع وعادات وطرق المعيشة سكان الريف حتى يتكيفوا للمعيشة في المدن.[4]

أما محمود الكردي فنجده يعرف مفهوم التحضر بصورة شاملة ويرى" انه لاتجاه العام نحو الاقامة في المراكز الحضرية والعمل على تعميرها وتوسيع نطاقها الحضري وهو موقف هذا التعريف لا يختلف كثيرا عن المعنى العام للتحضر, حيث أشار صاحب التعريف نجده سائدا عالميا وغير قاصر على منطقة معينة دون غيرها ، رغم التفاوت الواضح بين مناطقها من حيث التباين في الدرجة او المستوى".[5]

---

[1] احمد بوذراع ،مرجع سابق ،ص134.
[2] نفس المرجع،ص 134.
[3] نفس المرجع، ص134.
[4] عبد المنعم شوقي ، مرجع سابق، ص23.
[5] محمود الكردي، **التحضر دراسة اجتماعية-الكتاب الأول-**،دار المعارف، مصر، 1986 ، ص 30.

وفقا لهذه التعاريف ان التحضر يشير الى مختلف العمليات الاساسية المصاحبة للتحضر وتفرضها الحياة الاجتماعية الحضرية وهي:

ـ التحضر عملية تتم من خلالها زيادة عدد سكان المدن عن طريق الهجرة.

ـالتغير الذي يحدث لطبائع الناس وعاداتهم (عملية التكيف).

ـ اكتساب الطابع الحضري.

ولكن يجب ان ننوه ان عملية التكيف واكتساب الطابع المميز للحياة الحضرية، يتطلب وقتا طويلا ولا يحدث بصفة الية بمجرد الانتقال الى السكن في الحضر.

ويمكن أن نميز بين خمسة معاني للتحضر، تتمثل في المعنى الجغرافي والديموغرافي والايكولوجي والتنظيمي و السسيولوجي، وسنعتمد في عرض هذه المعاني على كتابات **"محمد بو مخلوف"**.[1]

1-1. المعنى الجغرافي:

ويشير التحضر في معناه الجغرافي الى اتساع الرقعة الجغرافية الوطنية للتجمعات السكنية الحضرية، سواء بتوسع التجمعات الحضرية القائمة نحوى محيطها الريفي أو بتحول القرى الى تجمعات حضرية بسب ما يطرأ عليها من تحول اقتصادي أو إداري أو غير ذالك او بظهور تجمعات حضرية جديدة تماما،كما في حالة المدن الجديدة والمدن الصناعية، ان التوزيع الجغرافي للمدن على الرقعة الجغرافية

الوطنية له دلالة بالغة الأهمية وعلى لأكثر من صعيد اجتماعيا وثقافيا واقتصاديا.

1-2.المعنى الديموغرافي:

"يشير الى ازدياد عدد سكان التجمع السكاني الحضري إحصائيا نتيجة للعمليتين ديموغرافيتين أساسيتين هما : النمو السكاني الطبيعي للمجتمع والنمو السكاني الناتج عن الحركة الجغرافية للسكان من الريف للمدينة ".

[1]محمد بو مخلوف، **التوطين الصناعي وقضاياه- المعاصرة الفكرية والتنظيمية والعمرانية والتنموية- التحضر-**،دار الأمة، الجزائر، ط1،2001،ص ص25-28.

يشير هذا المعنى إلى جانب البيئة الناتجة عن عملية التحضر من ازدياد عدد البنايات وتجاورها. وتوسع حجم المدينة، وارتفاع كثافتها وظهور الاحياء ومناطق ذات الانشطة المتخصصة،ينتج عن ذالك بيئة اجتماعية خاصة ، تتميز بالعلاقات جوار خاصة وكثافة التفاعل الاجتماعي والاتصال المباشر وغير المباشر ولذلك فان البيئة الحضرية قد تؤدي تلاحق الافكار وانتشارها وتبادل الخبرات ، وما يتولد عن كل ذلك ابتكار وابداع فتتحول إلى بيئة اشعاع فكري وثقافي وحضاري (....) وذلك لان البيئة الحضرية بطبيعتها توفر فضاء واسعا للحرية والتفاعل،وتتميز بالتباين الشديد و المجهولية والميل نحوى الفردية والنفعية في العلاقات الاجتماعية،وهكذا فان التحضر يؤدي الى **انتاج بيئة ذات طبيعة خاصة.**

3-1.المعنى التنظيمي:

المدينة هي تنظيم اجتماعي كبير، تبرز فيه سيطرة الانسان على المجال والنشاطات العلاقات الإنسانية بوضوح،بفضل التنظيمات المختلفة التي تسهر على ضبط الحياة الجماعية وعلاقاتها في البيئة الحضرية بصورتها السابقة، من اجل ضمان فعالية هذا التجمع البشري الكبير،وابرز مظهر تنظيمي يصاحب التحضر يتمثل في نظام الضبط الاجتماعي الذي ينتقل من الاعتماد على الأعراف الى الضبط القائم على القوانين (.....) وهذا الى جانب هدا الفرد الحضري يصبح الفرد تنظيميا ينتمي في ذات الوقت الى تنظيمات عديدة حتى تستقيم حياته في المدينة الى درجة القول ان المدينة الى درجة القول ان المدينة تتميز بتنظيماتها التي تنظم في اطارها العلاقات المدينة هي تنظيم اجتماعي كبير،تبرز فيه سيطرة الانسان على المجال والنشاطات العلاقات الانسانية بوضوح، بفضل التنظيمات المختلفة التي تسهر على ضبط الحياة الجماعية وعلاقاتها في البيئة الحضرية بصورتها السابقة،من اجل ضمان فعالية هذا التجمع البشري الكبير،وابرز مظهر تنظيمي يصاحب التحضر يتمثل في نظام الضبط الاجتماعي الذي ينتقل من الاعتماد على الاعراف الى الضبط القائم على القوانين (.....) وهذا الى جانب هدا الفرد الحضري يصبح الفرد تنظيميا ينتمي في ذات الوقت الى تنظيمات عديدة حتى تستقيم حياته في المدينة الى درجة القول ان المدينة الى درجة القول ان المدينة تتميز بتنظيماتها التي تنظم في اطارها العلاقات والجهود والأعمال الفردية و الجماعية لتلك الجموع البشرية التي توجب ارجاءها وهكذا فتحضر تنظيم.

1-4.المعنى السوسيولوجي:

يشير الى تلك العمليات الاجتماعية التي تصاحب التحولات المجالية والديموغرافية والبيئية والتنظيمية التي تصيب التجمع السكاني الحضري، قربت او بعدت، فالمسافات المكانية السائدة بين السكان في التجمع الحضري تترك اثارها واضحة على علاقات الافراد والجماعات بعضهم ببعض كما هو الشأن بالنسبة بكثافة الاتصال ودرجة التفاعل وحجم درجة التفاعل السكاني والانتماء التنظيمي القيصري والطوعي، كل يحدث نمطا جديدا تماما من العلاقات والسلوكات و التصورات والذهنيات ينتج عنه فما يسمى بثقافة المدينة او الثقافة الحضرية التي لها قيمها ومعاييرها يكتسيها ــ الفردــ المتنقل الى المدينة او ينشا عليها المولود فيها، وهكذا فالتحضر يؤدي الى حالة من الوجود الاجتماعي بشقيه النادي واللامادي، يتسم بالتعقيد يفرض نفسه على الافراد والجماعات للتكيف معه، وهو معنى الحضرية عند لويس ويرث .

2-تعريف الحضرية :

يشير مصطلح الحضرية للطابع المميز للمجتمع المحلي الحضري ، والاسلوب الخاص الذي تتسم به طريقة الحياة في المجتمع الحضري، والذي ينتج عن الطبيعة الايكولوجية والاجتماعية للمدينة ، لذلك يمكن اننظر الى الحضرية باعتبارها صفة تجريدية للخصائص المميزة للمدينة، التي يكتسبها ساكني الحضر سواء بالميلاد او عن طريق الهجرة، حسب ماتبين لنا في المعاني السابقة للتحضر.

فيشير مفهوم الحضرية الى " أنماط الحياة الاجتماعية التي يعتقد انها مميزة لكل السكان المناطق الحضرية ، وهي تتضمن مستوى عال من تقسيم العمل ونمو الذرائعية في العلاقات الاجتماعية وضعف العلاقات القرابية ، ونمو المنظمات الطوعية والتعددية في المعايير والتحول العلماني وزيادة الصراعي الاجتماعي ، وتعاظم أهمية وسائل الاتصال الجماهري".[1]

وهنالك من ينظر الى الحضرية انها نموذج معين من الثقافة تنشا عن اركز عدد كبير من السكان فهي تشير الى " نماذج الثقافة والتفاعل الاجتماعي الناتج عن تركز عدد كبير من

[1] جوردال مرشال، **موسوعة علم الاجتماع، ترجمة أحمد زايد وآخرون**،المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي لترجمة،2000،ص253.

السكان في مناطق محدودة نسبيا، وتعكس الحضرية تنظيم المجتمع في حدود تقسيم العمل المعقد ، ومستويات التكنولوجية المتفوقة، والتنقل الاجتماعي السريع، والاعتماد المتبادل بين اعضائه في اداء الوظائف الاقتصادية، والعلاقات الاجتماعية غير شخصية."[1]

ومما تجدر الإشارة اليه مفهوم الحضرية حظي بدراسة كثير من العلماء باختلاف مدارسهم ، وقد تضمنت الكتابات كل من "جورج زيمل"و" بيترم سوروكن" "وزمرمان"و "بارك" و "سبايك مان" عرضا لبعض خصائص الحياة الحضرية باعتبارها اسلوب خاص في للمعيشة او لطريقة الحياة.[2]

ويرى **"السيدعبد العاطي السيد"** أن معظم هذه المحاولات التي قدمها العلماء اجمعت على التاكيد على الخصائص التالية:[3]

- تطوير نسق اكثر تعقيدا لتقسيم العمل يعتمد على بناء مهني يتسم بالتباين، بحيث يشكل اساسا لنسق التدرج الطبقي.

-ارتفاع معدلات الحراك الاجتماعي والفيزيقي (المكاني).

-الاعتماد الوظيفي والتساند المتبادل بين الأفراد

-انتشار وسيطرة نسق من العلاقات يتسم بالطابع السطحي وغير الشخصي الى جانب سيطرة الطابع الانقسامي على الأدوار الاجتماعية.

-الاعتماد على الأساليب غير المباشرة للضبط الاجتماعي.

ووجهت عدة انتقادات إلى صاحب الحضرية كطريقة للحياة (لويس ويرث) يمكن تلخيصها في مايلي :[4]

---

[1] تأليف نخبة من أساتذة قسم علم الاجتماع ، **المرجع في المصطلحات الاجتماعية** ،الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية،ب ط، ب ت،ص498.

[2] السيد عبد العاطي السيد، **علم اجتماع الحضري**، مرجع سابق،ص96.

[3] محمد بومخلوف، مرجع سابق، ص ص30-31.

[4] محمد بومخلوف ، مرجع سابق، ص29.

- حاول أن يعمم النتائج التي توصل إليها من أبحاثه وملاحظاته المستندة أساسا من مدينة شيكاغو، وكان من المناسب ولا جدر قبل ذلك أن يجري عدة مقارنات تاريخية بين المجتمعات.

- ذلك انه حتى في داخل أمريكا أيضا يوجد تنوع في مسار المقيمين الحضريين (أهل الحضر)، وتنوع في أسلوب الحياة في الأوساط شبه الحضرية ،حيث ان كل مدينة تنتج نموذجا للثقافة الفرعية الخاصة المرتبطة بالبناء الاجتماعي .

- إن الكثافة السكانية ليس لها اثر موحد مهما كانت خصائص السكان ،على العكس من ذلك فان هذه الآثار تتغير حسب درجة تحكم الجماعات المعنية في مستقبلها وحسب النموذج الثقافي المرجعي لديها .

- إن العلاقات الاجتماعية الثانوية ليست بالضرورة بديلة من العلاقات الأولية ، فكل نوع منها يمكن أن ينمو بصورة متكاملة ، والمثال على ذلك العلاقات الاجتماعية في العائلة الممتدة فإنها في نطاق التحضر يمكن ان تعرف تجديد في المعنى .

3-خصائص الحياة الحضرية:

لم تستقر الآراء بين العلماء في مجال علم الاجتماع الحضري حول العناصر الاجتماعية التي تميز المجتمع الحضري عن المجتمع الريفي ، حتى أن هنالك أربعين عنصرا يعتقد العلماء أنها تميز المجتمع الحضري والمجتمع الريفي ، أهمها:[1]

3-1.اللاتجانس أو التغاير الاجتماعي:

من ابرز مميزات المجتمع الحضري عدم التجانس النسبي ، فالمجتمع الحضري يضم في جعبته الكثير من الفئات السكانية المختلفة والانتماءات والخلفيات القومية والطائفية والاقتصادية ...وهذا ما ينعكس بصورة واضحة على سلوك الأفراد ، فنجد أن هذا النمط من الحياة يشجع ويؤكد الفروق الفردية ، وكل ما يجعل المدينة موطنا لتغاير واللاتجانس، فتصبح كبوتقة تختلط فيها الأجناس والثقافات المتغايرة ويتحقق تكامل المجتمع من خلال ما يطوره

[1] السيد عبد العاطي السيد، المرجع السابق،ص 102 .

هذا الاختلاف والتغاير من تضامن بين الأفراد على أساس نفعهم لبعضهم البعض ، وليس على أساس تماثلهم وتشابههم ، كما هو الحال في المجتمع الريفي .

2-3. الطابع الثانوي للعلاقات الاجتماعية وسيطرة الضبط الرسمي:

ان أهم ما أوجده اتساع حجم المدينة هو التحول الحاصل في العلاقات الأولية وسيطرة الضبط الرسمي محل الضبط الثانوي للاسرة ، نتيجة لاحتكاك سكان الحضر في حياتهم اليومية بحلقات من المؤسسات والاشخاص لقضاء حوائجم ، وذلك على نحو ماهو حادث في المكاتب والنوادي والجامعات ،وارتباط الانسان الحضري بالاخرين يكون على اساس نشاطهم وادوارهم وما يقومون به من وظائف ،وهذه الجماعات تختلف عن الجماعات الاولية والتي تميز المجتمعات الريفية ، والذي يكون التفاعل بين اعضائها بشكل مباشر ، وما تقوم به هذه الجماعات من ضبط لسلوك افرادها وذلك على النقيض ماهو موجود في المجتمع الحضري ،الذي يمارس الضبط من خلال جماعات ثانوية مثل الشرطة ، المحاكم غير ذلك .

وفي هذه الحالة تفقد الاعراف والتقاليد الشعبية الى حد ما تأثيرها كموجهات للسلوك، ولكن رغم سيطرة الجماعة الثانوية في المدينة ، الا ان هذا لا ينفي القول بان المجتمع المدينة في ذات الوقت عبارة عن مجموعة من الجماعات الأولية المتداخلة التي تمارس قدرا لا يستهان به من ضبط السلوك ،ولكن ليس بطريقة نفسها كما هو معمول به من ضبط السلوك ، ولكن ليست بالطريقة نفسها كما هو معمول به في الريف .

3-3.التنقل الحراك الاجتماعي:

من بين الخصائص التي ركز عليها علماء الاجتماع الحضري في وصف الخصائص الحياة الحضرية الحراك الاجتماعي ، اذا يوجد في مجتمع المدينة اهم المنظمات الاجتماعية التي تعتبر وسائل للحراك الراسي كالمؤسسات الدينية والقيادات العسكرية والبرلمانات والجامعات التي يستطيع الفرد من خلالها صعود سلم الاجتماعي الحضري اضافة الى الحراك الاجتماعي لأعلى وأسفل في معدلات الدخل التي ترتفع وتنخفض ، والحراك الأفقي الانتقال من جماعة أسرية الى أخرى فيما يخص الزواج والطلاق ... بالاضافة الى وجود الانتقال من منطقة الى اخرى ، ومن عمل الى اخر،وانتقال من مكان اقامة الى اخر .

4-3.الفردية :

تشجع الحياة الحضرية باستمرار تأكيد الروح الفردية ، وذلك كنتيجة حتمية للتزايد الهائل للسكان والتوسع الكبير للجموع البشرية ، بالإضافة الى الطابع الثانوي والطوعي للروابط الحضرية ، وسهولة التنقل والحراك الاجتماعي ، وتعارض المصالح وتعدد هذه العوامل من شانها ان تؤثرعلى الفرد حيث يصبح هو المسئول الوحيد عن قرارته وافعاله وسلوكه ، بالمقابل تتلاشى روح الجماعة وتتهاوى القيم المشجعة على ذلك من تماسك وتعاون في خضم الروابط والمنظمات الكبرى في المدينة .

5-3.سطحية العلاقات والروابط الاجتماعية:

ان الروابط بين السكان تتميز بالسطحية ، وان هذه الخاصية ترتبط ارتباط وثيقا بنمو وتباين السكان ويترتب على ذلك سيطرة الضبط الاجتماعي وظهور وسائل الاتصال بين الجماهير.

6-3. التخصص:

تكتشف الدراسات الحضرية المتنوعة على وجدود تاكيد واضح هلى تخصص باعتباره سمة من سمات الحياة الحضرية في المدن ، فالحياة في المدن تعتمد على التخصص بصفة بارزة ، وهذا مرده الى كثافة السكانية تفرض وجود نوع من التخصص لتلبية الحاجيات المتزايدة ، والتخصص يفرض تنظيم اجتماعي معقد لتقسيم العمل ووجود التخصصات متنوعة في مختلف الخدمات والإنتاج .

7-3.الارتباط على اساس المصالح:

ان خاصية الترابط على أساس المصالح أكثر وضوحا في المدينة عنها في المجتمع الريفي ، ويبدو ان هذه في علاقة الإنسان بغيره من الناس ، بالرغم ان سكان المدينة يسكنون بجوار بعضهم البعض الا ان حياتهم قائمة على أساس الارتباط كل منهم بالآخر ، على اساس المصالح ويبدو ذلك في العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء والالتحاق بالنوادي والجمعيات الخيرية ، وغير ذلك من أشكال التنظيمات الاجتماعية المميزة للمدينة .

يستطيع ساكن الحضر ان يحدد دائما اخرين لهم نفس المصلحة ،ولهذا نجد معظم الجماعات في المجتمع الحضري تستند اساسا على المصالح المتخصصة ، نجد من بينها القوميات والنوادي ، واصبحت مصلحة الفرد ترتبط بمصالح جماعة معينة ، كما ان الروابط تكون اختيارية وطوعية على اساس المهنة والهواية او على مستوى الوطن الاصلي اوالديانة او على مستوى السن والسلالة ، ولهذا نجد في المجتمع الحضري كيانات مختلفة ادارية ، سياسية ، جغرافية تفتقر دائما الى الولاء والانتماء

تعبر الخصائص السالفة الذكرعن واقع غريب عن المجتمعات العربية، وثم فان هذه الخصائص تنطبق على واقع المدن الغربية والذي ميز نشاتها ونموها وبناءها الاجتماعي فهي (المدن الغربية) نتاج لنظام الاقتصادي واجتماعي والفكري وحتى التاريخي .

ان مثل هذه الظروف التي ساهمت في بروز الخصائص بعينها للحياة الاجتماعية الحضرية في الغرب (امريكا .اوروبا) لا تنطبق على الواقع المجتمع العربي ، ولهذا فان دراسة المدن العربية حاجة اكثر من ملحة لتوصيل الى بناء نماذج نظرية علمية تساعد في دراسة وفهم المجتمع العربي ، واعطاء تفسير للظواهر الاجتماعية ومنها ظاهرتي التحضر والحضرية .

ثانيا:المداخل النظرية المفسرة للتحضر.

1-المداخل النظرية للتحضر:

ان المتصفح للتراث النظري الحضري ومحاولات تصنيف النظريات السوسيولوجية الحضرية في كتابات علم الاجتماع الحضري ، سنجد إجماع على ان جميع المحاولات التنظيرية والتفسيرات النظرية للظواهر الاجتماعية تصب في خمسة اتجاهات أساسية وهي :

1-1.الاتجاه النفسي الاجتماعي :ويتمثل هذا الاتجاه في تلك الأعمال التي قدمها علماء الاجتماع المدرسة الالمانية في علم الاجتماع ، ولذلك تعرف من الناحية الزمنية بالمدرسة الكلاسيكية ، كما تعرف بالاتجاه السلوكي ، والاتجاه التنظيمي .[1]

نظرا لتركيزها على جانب السلوك والفعل والعلاقات والتفاعلات الاجتماعية ، والمظهر التنظيمي للحياة الاجتماعية والحضرية واعتبار ذلك شرطا ومقوما اساسيا لمجتمع المدينة وثم

[1] محمد بوخلوف ، **التوطين الصناعي وقضاياه المعاصرة**، مرجع سابق،ص72.

الفرد يوصف الحضرية بناء على نمط سلوكه وليس على مكان اقامته ، حيث تنتشر العقلانية والفعل الاجتماعي ويختفي السلوك العاطفي .

ونجد هذه الافكار والنظريات في اعمال كل من (فرديناند تونيز وماكس فيبر وجورج زيمل وشينجلر).

فالسلوك او الفعل الاجتماعي الحضري بهذه الصورة نتاج للطبيعة المعقدة لحياة المدينة ، لما تتميز به من كثافة بشرية وتجاوز للمباني وتنوع للسكان ، مما يحتم على الفرد ان يعدل من سلوكه ويكون اكثر عقلانية في علاقاته ليضمن لنفسه التكيف والاستمرار ، وفي الحقيقة ان هذه الصفة الخاصة بالمدينة وانعكاسها على سلوك افرادها نجدها عند مختلف علماء الاجتماع الذين اهتموا في كتاباتهم بالمدينة وظواهرها ، واولهم ابن خلدون عندما يتكلم عن اخلاق اهل الحضر المتميزة بالحيلة والذكاء ، لان الحياة في المدينة تكسبهم ذلك ومع تعاقب الاجيال يصبح ذلك خلقا فيهم ومزاجا لهم او ملكة في شخصهم .

كما نجد علماء الاجتماع مثل دور كايم عند حديثه عن التضامن العضوي في تقسيم العمل الاجتماعي وعمد سبنسر في حديثه عن التطور وظهور المجتمع الصناعي المعقد ، ونجدها اخيرا عند جورج فدريدمان عندما يميز بين الوسط الحضري الذي يفرض على ساكن الحضر ان يتمتع ببعض المؤهلات والمهارات التي تمكنه من الحياة والاستمرار فيه.[1]

اما بالنسبة "لجورج زيمل " الذي انطلق في عملية تحليلة للمدينة على خصائص اجتماعية ليلقي الضوء على اهم صور التفاعل الاجتماعي المميز للحياة الانسانية في البيئة الحضرية وانتهى زيمل الا ان ساكني الحضر بحاجة ماسة الى مزيد من الدقة والتوقيت ليتمكنو من الوفاء بالالتزاماتهم وشط هذه الشبكة المعقدة للوظائف الحضرية ،من اهم نتائج هذا التعقيد تطوير اقتصاد السوق والتنظيمات البيروقراطية الكبرى وسيطرة روح العقلانية والعلاقات اللاشخصية ، وهذا ينعكس بدوره على شخصية الحضري فلكي يتولفق الحضري مع هذا التعقيد النظامي عليه ان يكون اكثر عقلانية واحساسا بالكم والوقت ان "المال" و "العقل "وليس "الروح" و"القلب" يصبحان من اهم المقومات التي تضمن بقاء واستمرار وتوافق الشخصية الحضرية والانسان في المدينة يشعر بالضياع نظرا لتعدد جوانب الحياة فيها ، هذه

[1] محمد بوخلوف، مرجع السابق، ص72.

الحالة النفسية هي التي تجعل الناس يبتعدون عن الاستجابة العاطفية نتيجة لتعقد الحياة الحضرية ، الامر الذي تصبح معه العلاقات بين الانسان وأقرانه وبينه وبين البيئة عموما علاقات جزئية.[1]

وهكذا فان المدينة تطبع عقلية أفرادها (شخصية أفرادها) التي بدورها تطبع المدينة بطابع خاص من خلال التنظيمات وذالك وفق ثلاث مستويات أساسية هي :[2]

- المستوى المادي الهيكلي التخطيطي للمدينة الذي يلاحظ في المسكن او الشارع او الحي او المدينة ككل .

- المستوى الاقتصادي القائم على الصناعة والتبادل ، وعلاقات المصلحة والمنفعة والتعاقد.

- مستوى المؤسسات الرسمية التي تنظم الحياة في المدينة، مثل مؤسسات الضبط وحفظ الامن والسهر على مصالح السكان .

تشير هذه التسمية في علم الاجتماع الحضري للأعمال الضخمة لمدرسة شيكاغو التي انتهجت منحى خاص بيها في تفسير الظواهر الاجتماعية الحضرية ، وهذا الاتجاه من تأسيس "روبرت ايزرابارك" "robert ezra park"وجماعة اخرى من العلماء أهمهم "ريديريك منكزي" Mackenzie.D.Rederik "إيرناست برجس " Ernest Burgess" .

2-1.الاتجاه الأيكولوجي:

وتأثرت هذه المدرسة بعدة تيارات فكرية " مثل الدارونية الاجتماعية ، والاقتصاد الكلاسيكي واتجاه الايكولوجية الطبيعية ، ولذلك نجد هذا الاتجاه يعتبر المدينة " مكانا طبيعيا "وانها عبارة "عن بناء طبيعي " وذلك في تفسيره للعمليات الاجتماعية الحضرية وانماط التفاعل الحضري.[3]

---

[1] ابراهيم الموسوي، **المدينة الاسلامية في ضوء علم الاجتماع الحضري**،www.Darislam.com،10-03-2016،14.00،ص5.

[2] محمد بوخلوف، مرجع سابق، ص74.

[3] محمد عاطف غيث، **علم الاجتماع الحضري-مدخل نظري-**، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية،1988،ص37.

" كما ان الأفكار الرئيسية لهذه المدرسة تتركز حول الإجابة على سؤالين هما : ماهي القوى غير اقتصادية التي تعمل على خلق ثقافة المدينة ؟ وماهي إمكانية الاختيار الحر والتجديد في ثقافة المدينة؟.

يرجع الفضل الى "بارك " في تحديد الإطار العام للنظرية حين اعتبر المدينة مكانا طبيعيا لإقامة الانسان المتحضر وهو يرى ان المدينة تيار طبيعي يخضع لقوانين خاصة به ، ولأنها كذلك فانه من الصعب تجاوز هذه القوانين لإجراء أي تعديلات في بنائها الفيزيقي ، او نظامها الأخلاقي وعلى هذا الاساس فان المدينة تمثل وحدة على درحة عالية من التنظيم من حيث المكان انبثقت لقوانينها الخاصة.[1]

عند هذه المرحلة ياتي (دور بيرجس) فيما قدمه من تصور نظري للنمط الايكلوجي للمدينة وتعرف هذه النظرية باسم الدوائر المتمركزة او بالتصور الحلقي ، والتي توصل اليها من خلال دراسته لمدينة شيكاغو مفادها " انه ما لم يواجه نمو المدينة الأمريكية عوامل معوقة، فانها تتخذ في هذا الشكل من النمو شكل خمس حلقات متحدة المركز ، تمثل الحقبة الأولى منها منطقة الاعمال المركزية ، وفيها تدور اكثر نشاطات المدينة وتقع على أطرافها حلقة ثانية هي منطقة التحول والانتقال تتعرض باستمرار للتغير نتيجة الاتساع ونمو الحلقة الاولى ، كما تتميز بكثافتها السكانية العالية ، ظهور التفكك الاجتماعي اما الحلقة الثالثة فتضم منطقة ساكني الطبقة العاملة ، يليها منطقة الفيلات ، وفي النهاية تقع الحلقة الخامسة خارج حدود المدينة ، حيث تشكل الضواحي والاطراف مناطق سكنية لذوي الدخل المرتفع ". [2]

وحسب الدكتور " بومخلوف " توصلت هذه الدراسة وفقا لمدخلها النظري الى صياغة مجموعة من القضايا وهي:[3]

-المدينة مخبر اجتماعي: يمكن ان يتم من خلالها رصد جميع التفاعلات والعمليات الاجتماعية.

-الحي الطبيعي: ويقصدون به تلك الاحياء السكنية التي تنمو نموا طبيعيا وبصفة حرة دون تعميم مسبق، الامر الذي يفسح المجال للحصول على بناء اجتماعي طبيعي للحي .

[1] محمد بومخلوف، مرجع سابق، ص75.
[2] محمد بومخلوف، مرجع سابق،ص75.
[3] مرجع نفسه،ص76.

-علاقات المصلحة: فالناس يعيشون مع بعضهم البعض لا لانهم متشابهون بل لان الواحد ضروري للاخر .

-التقسيم الاجتماعي للمجال الحضري: فالسكان يتوزعون على احياء المدينة وفق مدخولهم الاقتصادي كما يتوزع المتفرجون على قاعات السينما .

-المدينة من انتاج الطبيعة البشرية : ففي المدينة تظهر وتبرز الطبيعة البشرية على حقيقتها حيث تسود فيها المنافسة والفردية والعلاقات المنفعة والعقلانية واختفاء السلوك العاطفي والتقليدي .

يجمع العلماء ومتخصصون في علم الاجتماع الحضري ان هذه النظرية تجاهلت العوامل الثقافية في سبيل تبسيط مشكلة البحث ، وبهذا المعنى فهي تسلب البيئة الانسانية خصوصيتها وتجردها من كل معنى ، فالمدينة هي بناء التفاعل وليست بناء الحجر والصلب والاسمنت والاسفلت ، كما ان النظرية تنطبق على مدينة شيكاغو والمدن الأمريكية ، وبذلك تفتقد هذه النظرية الى التعميم .

1-3.اتجاه الثقافة الحضرية :[1]

هو احد المداخل النظرية الذي يحاول بصفة خاصة تقديم صورة لنموذج المجتمع الحضري وما يميزه من خصائص اجتماعية تميزها عن الحياة الاجتماعية الريفية .

ويتفق علماء الاجتماع الحضري على ان هذا الاتجاه من تطوير لويس ويرث وهو من مدرسة شيكاغو ، وتتضمن مقالة ويرث الشهيرة الحضرية طريقة للحياة " as a Way of life urbanisme " الدعائم الأساسية لهذا الاتجاه ، بالإضافة إلى إسهامات ردفيلد الذي عرضنا أفكاره في العناصر السابقة من هذا الفصل .

1-4.الاتجاه القيمي :

تؤكد هذه المدرسة أهمية القيم الثقافية او الاجتماعية كمتغير محوري عند دراسة انماط استخدام الارض والبنايات الحضرية الاجتماعية والثقافية المتغير المفسر المستقل على حين

[1] محمد بوخلوف ، مرجع سابق، ص78.

اعتبر البناء الاجتماعي متغير تابعا ، ولقد كتب بعض المؤلفين "فون جرونبوم von grunebaum " عام1955 مقالا يؤيد هذا الاتجاه ويطبق افكاره على المدن الاسلامية التقليدية التي تهيمن القيم الدينية فيها على انواع النشاط المختلفة في الحياة الحضرية وقد توصل الى ذلك الحين استناج من الصلاة التي تقام خمس مرات في اليوم وصيام شهر كامل في رمضان نتائج تتصل بغلبة القيم والمعتقدات وتاثيرها في طابع الحياة الحضرية .[1]

1-5.الاتجاه التكنولوجي :

يقوم هذا الاتجاه بدراسة تاثير وسائل التكنولوجيا (من وسائل الاتصال والمواصلات ...) على البناء الايكولوجي للمجتمع ، وعلى العلاقات الاجتماعية ودور التكنولوجيا في اختيار نوع المسكن ونوع الجيران ،وهذا بفضل تطور الدراسات العمرانية .[2]

ويعد " وليم اجبرون" "ogburn.w " و "آموس هولي " "wauley.A" من رواد هذا الاتجاه وقد حرصا على تأكيد دور وسائل النقل في التأثير على الأنماط المكانية والزمنية للمدن والمراكز الحضرية،" ان طبيعة سكان المدينة ومواقع إقامتهم وأعمالهم ، تعد في نظر اوجبرن نتاجا مباشرا لوظائف النقل المحلي ، بل ان المدن ذاتها تعتبر من خلق وسائل النقل الخارجية والبعيدة المدى ،كما ان المدن ذاتها تعتبر من خلق وسائل النقل الخارجية والبعيدة المدى ، كما ان تشتت سكان مراكز الحضرية ، وإعادة التوزيع السكاني الذي تشهده هذه المواقع الحضرية وغير ذالك من عمليات ايكولوجية هي في نظر هولي استجابة مباشرة لما يشهده مجال النقل الداخلي والخارجي من اتساع ملحوظ في امكانية الحركة وتسهيلاته ".[3]

لا احد يمكن ان ينكر ما للتكنولوجيا من آثار على الحياة الحضرية من تجهيز للمباني وتقريب للاتصالات وهذا ما يقلل العزلة الاجتماعية ويؤثر على المركزية في المدن من عدمها " كما قد تزيد وسائل الاتصال من فرص التماسك الاجتماعي عن طريق كثافة الاتصال الذي توفرة التكنولوجيا الحديثة، كما انها في ميدان البناء وفرت فرصة ظهور الاسرة النووية في كنف العائلة الممتدة أي الاستمرار في نفس البناء الاجتماعي ، من خلال التنقل مثلا الى الضواحي

[1] فادية عمر الجولاني، **علم الاجتماع الحضري**، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية،1993،ص83.
[2] السيد عبد العاطي السيد، **علم الاجتماع الحضري بين النظرية والتطبيق**، الجزء الأول مداخل نظرية جزء أول،ص346.
[3] السيد عبد العاطي السيد، المرجع السابق، ص 346.

والحصول على الارض البناء جماعة ، ومع ذلك فان هذه المظاهر تبقى كفرضيات تحتاج الى تحقيق إمبريقي واسع .[1]

2-المؤشرات السوسيولوجية لقياس التحضر :

اذا كان التحضر العملية التي يتم من خلالها اكتساب النمط الحضري وذلك من خلال انتقال السكان من المناطق الريفية الى المناطق الحضرية ، بما في ذلك التغيرات التي تحدث للطبائع والعادات وطرق معيشة سكان الريف حتى يتكيفوا مع معيشة المدن ،ونقصد هنا بدرجة التحضر " نسبة سكان المدن لمجموع السكان في بلد ما في وقت معين".[2]

وقد يختلف الكثير حول مؤشرات تحديد قياس درجة التحضر بين مؤشرات ذات بعد كمي واخرى ذات بعد نوعي او الاثنين معا لا يمكن الاستغناء عنها في قياس درجة التحضر وهي:[3]

- متوسط دخل الفرد باعتباره قوة مؤشرة في تحديد المستوى المعيشي والاجتماعي للفرد.

- الصحة العامة : ويدخل في نطاق هذا المستوى متوسط العمر ودرجة انتشار المرض وارتفاع الوعي الصحي ، ومدى توفر الأطباء ومبلغ توفر الخدمات الطبية والعلاجية .

- من المعايير الدالة على درجة التحضر نظام الإسكان ومستواه ومدى توفر المسكن بالنسبة لعدد السكان وتوفر المرافق والخدمات العامة .

- المستوى التعليمي والوعي الثقافي ، ويدخل في نطاق هذا المعيار نسبة المتعلمين بالنسبة للعدد الإجمالي للسكان ونسبة القوة العاملة الوطنية المتعلمة المتدربة فنيا وعدد المدارس والمعاهد والجامعات والمراكز البحثية التدريبية ومستوى ثقافة الفرد في المجتمع ونسبة انتشار الصحف والمجلات والأجهزة التثقيفية الأخرى.

- يرتبط نمط الاستهلاك بدرجة ثقافة الفرد وتحضره فالنمط الاستهلاكي يشكل في ضوء القيم و المعايير الاجتماعية والثقافية التي يكتسبها الفرد في المجتمع وهذا لايعني ان درجة التحضر

[1] محمد بوخلوف، مرجع سابق،ص81.
[2] عبد المنعم شوقي، **مجتمع المدينة**، مرجع سابق، ص23.
[3] صبحي محمد قنوص، **دراسات حضرية -مدخل نظري-**،الدار الدولية للنشر، القاهرة، 1994، ص98.

ترتفع وتنخفض وفقا لارتفاع او انخفاض مستوى الاستهلاك الاقتصادي فنمط الاستهلاك او الإنتاج خاصة في الدول الصناعية ، حيث تحرص الأسرة المتحضرة على تقنين الاستهلاك مهما كان مستوى الدخل مرتفعا .

- استخدام مصادر الطاقة ويدخل في نطاقه هذا المستوى درجة الوعي الاجتماعي التي تعكس درجة التحضر من خلال الأسلوب الحضاري الذي يستخدمه الفرد في التعامل مع هذه المصادر مثل استخدام المياه والكهرباء ووقود السيارات وغيرها من المصادر الأخرى .

ثالثا: التحضر في المجتمع الجزائري

التحضر من أهم العمليات الاجتماعية التي عرفها المجتمع المعاصر وهي عملية تراكمية معقدة وعليه سنتعرف في هذا الجزء على التحضر في المجتمع الجزائري.

1- تعريف المجتمع الجزائري:

يمتاز المجتمع الحضري بحجم السكاني الكبير وبالكثافة السكانية العالية الناجمين خاص عن الهجرة الريفية .[1]

وقد ارتبط التحضر في الجزائر الناتج عن الهجرة والحركة الجغرافية لسكان ، بفترات تارخية متميزة شكلت محطاته الرئيسية ، انعكست على البناء الاجتماعي والايكولوجي للمدن الجزائرية الحديثة .

وقد ساهمت الهجرة الريفية في ارتفاع عدد سكان المدن خاصة المدن الكبرى للجزائر العاصمة ـ قسنطينة ـــ وهران ـــ عنابة، فقد كشف تحقيق أجراه الصندوق الوطني الجزائري لتنمية الاقتصادية والاجتماعية سنة 1960 " أن 28.2% من أرباب العائلات المقيمين في المدينة الكبرى يقيمون منذ ولاتهم و15.1 % نزحوا اليها مباشرة امن بلديات ريفية ، وان حركة الجزائر مست 70 % من السكان الجزائريين ".[2]

[1] الفاروق زكي يونس،**علم الإجتماع- الأسس النظرية وأساليب التطبيق-**، مكتبة أنجلو المصرية،مصر،1976 ،ص9.
[2] محمد بومخلوف، مرجع سابق، ص127.

وهذا يعني أن نصف سكان المدن الكبيرة هم من النازحين الجدد الذين نزحوا اليها في هذه الفترة نتيجة الهروب من ويلات الحرب والسياسية الاستعمارية في الريف الجزائري من تدمير وتهجير .

وقد اشتدت هذه الهجرة بعد الاستقلال حيث عدد السكان المراكز الحضرية من 6.7 مليون نسمة سنة 1987 و 23.6 مليون نسمة سنة 1988 [1]، وهذا نتيجة سياسة التصنيع و التوظيف الصناعي التي اتبعتها الجزائر منذ سمة 1967 قد ساهمت في نمو المدن الجزائرية ، حيث شهدت نسبة التحضر صعودا إنطلاقا من سنة 1966 حيث قدرت 30.4% وارتفعت الى 40.7 % سنة 1977 الى 50 % سنة 1987 لتصل الى 60.1 % سنة 2002".[2]

2-خصائص المجتمع الجزائري:

والتحضر في الجزائر له عدة خصائص نبرز اهمها في الاتي :[3]

ــ انه يعكس الواقع الاجتماعي والسياسي والتاريخي في البلاد

ــ ان نمو الحضر في تزايد مستمر .

ـ ان عملية التحضر اتسمت بخاصية السرعة ، حيث كانت ولا زالت اوقوى على الطاقات المدن وامكانياتها الطبيعية والبيئية والاقتصادية فساهمت في رفع معدلات النمو الحضري وجعلها تفوق معدلات النمو الاجمالي لسكان .

ــ ان التحضر استقطب اهم القوى الدفاعية في تطور سكان الجزائر ، وانه كان السبب الرئيسي في الخلل القائم في التوازن بين الريف والحضر .

ــ ان تزايد عدد المراكز الحضرية في الجزائر يعكس مدى الطاقات الكامنة في عملية التحضر في خيارات التنمية والتخطيط المحددة من قبل الدولة .

[1] محمد بومخلوف، نفس المرجع،ص128.

[2] Rapport Nationale, population et développement en Algérie 2003.

[3] عبد العزيز بودن، **"لتحضر في الجزائر"**، مجلة الباحث الاجتماعي، قسم علم الاجتماع، جامعة قسنطينة، العدد5، جانفي 2004،ص167.

ــ ارتفاع عدد المدن الصغيرة والمتوسطة لمواجهة التمركز الحضري لسكان في المدن الكبرى.

3-مراحل التحضر في الجزائر:

وصلت نسبة الحضر في الجزائر في تعداد 1987 حوالي 49% من مجموع السكان في حين ان هذه النسبة كانت حوالي 5% في بداية القرن ال19 أي بعبارة أخرى فقد ارتفعت نسبة سكان المدن الى مجموع السكان بحوالي 43% في ظرف قرن ونصف ونحاول تلخيص مراحل التحضر في الجزائر كما يلي :[1]

3-1. المرحلة الأولى (1830-1910) :

وهي مرحلة استكمال الغزو الفرنسي للجزائر وتوسيع الاستيطان الأوروبي على حساب أراضي القبائل والعروش المتواجدة في السهول الساحلية الخصبة والأحواض الداخلية وإقامة المستوطنات والأحياء الأوربية بالقرب من المدن الجزائرية العتيقة وتدعيمها بالهياكل الأساسية من طرق برية وسكك حديدية , أنجزت بأيادي جزائرية استقطبت من لأرياف تبدأ هذه الشبكة عند مصادر المواد الأولية من معادن وثروات طبيعية أخرى وتنتهي عند الموانئ من اجل ربط الجزائر بفرنسا في مجال التصدير والاستيراد المواد الأولية الخام مقابل المنتجات الصناعية الفرنسية ضلت الأغلبية الساحقة من الجزائريين خلال هذه المرحلة تعيش في الأرياف بأوضاعها المزرية المتدهورة في جميع المجالات الأمر الذي دفع الكثير منهم إلى الهجرة نحو المراكز الحضرية والعمل في الأشغال الشاقة كحفر خنادق السكك الحديدية وإنجاز الموانئ وشق الطرق عبر الجبال.

3-2. المرحلة الثانية (1910-1954):

مرحلة الاضطرابات وكثرة الحروب والأزمات الاقتصادية العالمية التي أثرت على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر وتسبب في انتشار الفقر من جراء تناقض الإنتاج الزراعي الفرنسي وتعويضه بالمنتوج الزراعي الفرنسي وتعويضه بالمتوج الزراعي الجزائري خاصة الحبوب واستمرت هذه الوضعية الصعبة إلى ما بعد الحرب العالمية

[1] محمد بومخلوف، مرجع سابق،ص ص122-138.

الثانية,وقد أدت هذه الظروف السياسية والاقتصادية الى الهجرة من الأرياف إلى المدينة بحثا عن ظروف أفضل .

3-3.المرحلة الثالثة (1954-1966):

مرحلة اندلاع ثورة التحرير والسنوات الأولى من الاستقلال التي شهدت معدلات نمو حضري مرتفعة وهجرة من الأرياف اتجاه المدن بسبب انعدام الأمن ,وسياسة التشريد والطرد والتقتيل الجماعي وإقامة المحتشدات لمراقبة سكان الأرياف وعزلهم عن الثورة,بعد الاستقلال تواصلت الهجرة المكثفة نحو المدن بسبب عودة اللاجئين الجزائريين من المغرب وتونس واستقرارهم في المدن زيادة عن الهجرة المكثفة من الأرياف بسبب تواجد حظيرة السكن الشاغر في المدن من جراء مغادرة الفرنسيين.

4-3.المرحلة الرابعة (1966-1977):

وهي مرحلة التخطيط الاقتصادي وسياسة التصنيع التي تبناها الرئيس الراحل هواري بومدين مصحوبة بإصلاحات زراعية كتأميم الأراضي وإنشاء التعاونيات الفلاحة وبناء القرى الاشتراكية ,كل ذلك أدى الى تحريك السكان الى المدن بحثا عن العمل وحياة أفضل بسبب سياسة التركيز على عملية التصنيع في مجال الاستثمارات وتهميش الزراعة.

5-3. المرحلة الخامسة (1977-1987):

وهي مرحلة تشبع المدن وكثرة الأزمات الاجتماعية خصوصا أزمة السكن الحادة وانتشار البطالة من جراء العدول عن الاستثمار في القطاع الصناعي ونزع الدعم الحكومي لبناء السكن وباقي القطاعات الأخرى وعدم قدرة الهياكل والتجهيزات الحضرية من تغطية الحاجيات السكانية المتزايدة.

إن ظاهرة التحضر التي أصبحت منتشرة في كثير من المراكز العمرانية في الجزائر ,صارت تواجه العديد من المشاكل منها ما يلي :

-ارتفاع معدلات النمو الحضري التي أصبحت تتراوح ما بين 3-6%سنويا في مختلف إحجام المدن الجزائرية.

-عدم القدرة على السيطرة على التوسع الحضري و احترام مخططات التهيئة.[1]

[1] محمد بوخلوف المرجع السابق، ص ص123-138.

الخلاصة

يتضح إن المجتمع الجزائري أو مجتمع المدينة يرتبط بأسلوب حياة معين يتبلور في ضوء أفكار الناس وتقاليدهم وعاداتهم ، ويؤثر بالتالي في تحديد أنماط سلوكهم وفق ما يعتقدون من قيم وما يلتزمون به من أعراف ، كما يتأثرون بالنظام الاقتصادي ، فهو النظام السائد في المجتمع الحضري ، ومن خلاله تتحد الإمكانيات المادية المؤثرة بالتصنيع ، مما يؤدي إلى ظهور خصائص معينة تتسم بها الحياة في المدينة عنها في الريف من جملتها الكثافة العالية ، إنّ المدن تشهد تمركز الناس والفرص، ولكنّها تشهد أيضاً تمركز الأخطار المحدقة بصحة الإنسان.

الفصل الثالث: الصحة والخدمة الصحية، مفاهيم وخصائص

تمهيد

أولا: مفهوم الصحة، المستويات والمكونات

1- مفهوم الصحة
2- مستويات الصحة
3- مكونات الصحة

ثانيا: ماهية الخدمة

1- مفهوم الخدمة
2- خصائص الخدمة

ثالثا: مفهوم الخدمة الصحية، الأنواع والمكونات

1- تعريف الخدمة الصحية
2- خصائص الخدمة الصحية
3- أنواع الخدمة الصحية
4- مكونات الخدمة الصحية

تمهيد

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات، فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرقي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي، لذلك فهمي تولي أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها.

لذا سنتطرق في هذا المبحث إلى مفاهيم أساسية حول الصحة والخدمة الصحية وخصائصها، ثم نتعرض أنواعها ومكوناتها.

أولا: مفهوم الصحة، المستويات والمكونات

1- مفهوم الصحة

1-1.التعريف اللغوي:

قال شارح القاموس لسان العرب بأنه قد وردت على فعل بالضم وفعله بالكسر قي ألفاظ منها مكالقل والقلة، والذلة والذل والصحاح خلاف السقم وذهاب المرض ، وقد صح فلان من علته واستصح.[1]

وفي اللغة الفرنسية Sante أصل هذه الكلمة في اللغة اللاتينية "Salutare" "Salutavi" "Saluto" وهي تعني البقاء سليما معا في المحافظة على الجسم.[2]

أما في اللغة الانجليزية أصل كلمة "Health" هو كلمة "Haelb" والتي تعني تمام العقل كائن مكتمل التمام أو الحسن ، وفي أصول اللغة الألمانية والانجليزية "Hailtho" أو "Kailo" تعني معافى فأل خير وتعني نفس الكلمة الرفاهية والسعادة والكمال والأمن عن الإنسان.[3]

1-2.التعريف الاصطلاحي:

عرف العالم بركنز PERKINS الصحة بأنها حالة توازن وظائف الجسم وان حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها وان تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه.[4]

أما العالم ونسلو WINSLOW 1920 لقد عرف الصحة العامة: بأنها علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر ، وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من اجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب

---

[1] جمال الدين ابن مكرم، **لسان العرب لابن منظور- المجلد الرابع**، دار المعارف، القاهرة، مصر، 1981، ص2401.

[2] حسيني محمد العيد، **" السياسة الصحية في الجزائر(دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)"**، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2013/2012، ص ص 48-49.

[3] سعد علي العنزي، **الإدارة الصحية**، دار اليازوردي، عمان، 2009، ص 15.

[4] أيمن مزاهرة، **الصحة والسلامة العامة**، الشروق، ط1، الأردن، 2000، ص 13.

والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة.[1]

وفي بداية القرن العشرين قدم كلود برنار الطبيب الفرنسي ورائد الطب التجريبي تعريفا للصحة تتجلى الحياة في الحالة الصحية للإنسان عن طريق النشاط الطبيعي للعناصر العضوية في جسمه.[2]

أما منظمة الصحة العالمية WHO فقد عرفت الصحة في المادة الأولى من ميثاقها عام 1946 أنها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا لا مجرد الخلو من المرض أو العجز ويهدف التعريف إلى جعل كل الشعوب تصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة.[3]

2-مستويات الصحة:

الصحة حالة نسبية ،فكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة ، فالطرف الأول هو الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام

الصحة، وهنالك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كمايلي:[4]

-الصحة المثالية: ونقصد بها درجة التكامل البدني والنفسي والاجتماعي وهذا المستوى من الصحة نادرا ما يتوافر، ويعتبر هدفا بعيدا لبرامج الصحة العامة.

-الصحة الايجابية: في هذا المستوى تتوافر طاقة صحية ايجابية تمكن الفرد من مواجهة المشاكل والمؤثرات والضغوط البدنية والنفسية والاجتماعية دون أن تظهر للفرد أية أعراض مرضية، وهذا يعني أن حالة التكيف لدى الفرد ساعدته على التغلب على كل ما يتعرض له في الحياة دون أن تظهر عليه أية أعراض مرضية

---

[1] إبراهيم عبد الهادي محمد مليجي، **الرعاية الطبية التأهلية من منظور الخدمة الاجتماعية**،جدران المعرفة، القاهرة، 2006، ص87.

[2] نور الدين الحاروش،**الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص70.

[3] الموقع الالكتروني **لمنظمة الصحة العالمية**../WWW.WHO.ORG

[4] سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعارف الجامعية، مصر، 2004، ص 23.

-السلامة المتوسطة: في هذا المستوى لا تتوافر فيها طاقة ايجابية لدى الفرد مقارنة بالمستوى السابق، وسيكون الفرد دائما عرضة للمؤثرات الضارة " بدنية ،نفسية، اجتماعية" وقد يقع الفرد فريسة للمرض بسبب إحدى هذه النواحي السابقة.

- المرض غير الظاهر: وفي هذا المستوى لا يشكو الفرد من أعراض مرضية واضحة، ولكن يمكن اكتشاف المرض بفحوصات مخبريه وشعاعية خاصة.

-المرض الظاهر: في هذا المستوى يشكو المريض من أمراض سواء كانت بدنية"وظيفية" أو نفسية أو اجتماعية ، تبدو عليه علامات وأعراض تدل على تدني صحته العامة.

-مستوى الاحتضار: في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند المريض الى حد خطير يصعب معها أن يستعيد صحته ويصبح عاله على كل من حوله أو على من يعوله.

3- مكونات الصحة :

للصحة مكونات أساسية لابد أن تكتمل فيما بينها حتى يكون الفرد أكثر فاعلية للمجتمع وتمثل هذه المكونات فيما يلي:[1]

-الصحة الجسمية: تتمثل في التركيب الوراثي والحالة الغذائية والمناعة والحالة الصحية.وهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان وتتوقف على عدة عوامل:

التغذية، أهمية توزيع أوقات العمل والراحة ونوعية النوم...الخ، ودور النظافة هنا يتمثل في وضع الفرد في أحسن الظروف، وتقليل أقصى حد أخطار الإصابة بالأمراض.

-الصحة النفسية: تتمثل في مدى تكيف الفرد كوحدة من وحدات المجتمع ، وبين المجتمع الذي فيه أي قدرته على التكيف مع البيئة الخارجية.

-الصحة العقلية: هي قدرة الإنسان العقلية التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها كما أنها تعني مدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد كالتذكر، التفكير.

[1] حسين عبد الواحد الشاعر، **الطب الاجتماعي والأمراض المهنية**، الدار القومية للطباعة والنشر، ص22.

-الصحة الغذائية: تعنى الصحة الغذائية بنوعية الغذاء وسلامته، نظرا لأهمية نمو الجسم الإنسان وتجدد خلاياه، كما أنه بواسطة الغذاء يحصل الإنسان على الطاقة الحرارية كانت ميكانيكية أو كيميائية.

-الصحة الاجتماعية: ويقصد بها قدرة الفرد على التكيف مع المحيط الاجتماعي الخارجي: وتتمثل في إمكانية تحمل أعباء الحياة كالفقر الشديد، لتفادي الوقوع في المشكلات الاجتماعية المختلفة من انحراف، إجرام، إدمان، سرقة.

ويرى صبري جرجس:<< الصحة الاجتماعية في بيئة ما، مرتبطة بتاريخها القديم وكيانها الحديث ومرتبطة بعاداتها وتقاليدها ومعتقداتها وتراثها الأدبي والعلمي والخلقي والفني ومرتبطة كذلك بمقوماتها الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية، وكل بيئة في هذا كله مختلفة اختلافا كبيرا عن الأخرى، بالرغم مما يكون بين بعضها البعض من أصول حضارية.>>

ثانيا: ماهية الخدمة

1-مفهوم الخدمة:

وردت عدة تعاريف للخدمة ، حيث اختلفت هذه التعاريف باختلاف آراء الباحثين والكتاب منها:

-تعرف الخدمة على أنها:"كل نشاط يخلق قيمة ويعطي إضافة ايجابية للعميل في وقت ومكان محدد ويحدث تغيير ايجابي مرغوب له".[1]

-عرفها STANTON أنها:" هي النشاطات غير الملموسة والتي تحقق منفعة للزبون أو العميل والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أي أن إنتاج أو تقديم خدمة كعينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية ".[2]

[1]JOCHEN WIRTZ ET AUTRE, **Marketing de services**, 6eme édition, Pearson éducation, France, 2009, p12.

[2] بشير عبا العلاق و حميد عبد النبي الطائي، **الخدمات-مدخل استراتيجي وظيفي-تطبيقي**، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص37.

-أما KOLTER فقد عرفها :" هي أي نشاط أو فائدة يمكن لأحد الأطراف أن يقدمها لطرف أخر ، وهي أساسا غير ملموسة ولا تؤدي إلى تملك أي شي ملموس ، وقد يرتبط إنتاجها أولا بمنتج مادي ".[1]

-عرفها Gronroos على أنها " أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة أو المورد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل".[2]

أما المفهوم الإجرائي للخدمة من خلال التعريفات السابقة:" هي نشاط غير ملموس يتم تبادله مباشرة من طرف للآخر ولا يتم نقله أو خزنه، الخدمات يصعب في الغالب تحديدها أو معرفتها، بل يحصل من ورائها على منافع أو فوائد كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطا أو غير مرتبط بسلعة مادية ملموسة".

2-خصائص الخدمة

للخدمات خصائص تميزها عن غيرها من المنتجات الملموسة ، والتي تعكس صفات وطبيعة الخدمات، ومن هذه الخصائص نجد مايلي :[3]

2-1.اللاملموسة (اللامادية): تمثل هذه الخاصية حقيقة الخدمة لكنها لا ترى ولا يمكن لمسها قبل الإقدام على شرائها، وهي بذلك تختلف عن المنتجات السلعية التي يمكن للمستهلك اختيارها بشيء من التمعن بسبب خصائصها المادية. والمستهلك قد يحصل على شيء مادي ملموس ليمثل الخدمة، لكن في النهاية فان شراء الخدمة هو شراء شيء غير ملموس، ومستوى اللاملموسية مستمد من ثلاثة مصادر رئيسية تتمثل في:السلع المادية المتضمنة في العرض الخدمي والتي يستهلكها المستهلك (الطعام في المطعم)، البيئة المادية التي تحدث فيها عملية إنتاج واستهلاك الخدمة (مبنى المطعم) الأدلة المادية الملموسة على أداء الخدمة (كمشاهدة الطهاة وهم يقومون بإعداد الطعام).

---

[1] عصام الدين أمين أبو علفة، **التسويق (المفاهيم، الاستراتيجيات) النظرية والتطبيق**، جزء أول أساسي، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002، ص473.

[2] هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، دار وائل للنشر، ط2، عمان ، الأردن، 2004، ص17.

[3] عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية**،أطروحة مقدمة لشهادة الدكتوراه ، علوم التسيير،جامعة الجزائر،2008/2007، ص 19.

2-2.التلامزية(عدم الانفصال):وتعني التلامزية درجة الترابط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها، ويترتب على ذلك في كثير من الخدمات ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها ، أي تزامن العرض والطلب .

ويترتب على الخاصية التلامزية للخدمة ما يلي:

-وجود علاقة مباشرة بين المؤسسة الخدمية والمستهلك ، وتعتبر هذه الخاصية مشتركة بين جميع الخدمات وان كانت الخدمات لا تتطلب بالضرورة حضور المستهلك مثل الخدمات الموجهة إلى ممتلكات المستهلك.

-كما يترتب على هذه الخاصية ضرورة مساهمة أو مشاركة الخدمة في إنتاجها وعلى هذا الأساس ، المؤسسة الخدمية لا تستطيع أن تنتج أو تبيع خدماتها بالشكل المطلوب ما لم يساهم المستهلك في عمليات الإنتاج بشكل أو بآخر حسب طبيعة الخدمة التي يريد الانتفاع بها .

-زيادة درجة الولاء، أي أن المستهلك يصر على الخدمة من شخص معين أو مجموعة أشخاص معينين، أو مؤسسة معينة .[1]

2-3.عدم التماثل أو عدم انسجام: وتعني هذه الخاصية الصعوبة البالغة أو عدم القدرة في كثير من الحالات على تنميط الخدمات وخاصة تلك التي يعتمد تقديمها على الإنسان بشكل كبير.

2-4.القابلية للتلاشي (فناء الخدمة): تعكس هذه الخاصية أن الخدمات لا يمكن تخزينها بهدف البيع أو الاستخدام اللاحق للمنتجات ،فكلما زادت درجة اللاملموسية للخدمة انخفضت فرصة تخزينه وهذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبيا أو كليا في المؤسسات الخدمية، وهذا ما يمكن النظر إليه كنتيجة ايجابية لخاصية الفنائية لكن في الوقت ذاته تعقد الأمور في ما يخص تقلبات الطلب.

2-5.عدم الملكية:لا يتوفر لبيع الخدمات عنصر نقل الملكية كما هو الحال في بيع المنتجات الملموسة، ذلك لأن المستهلك له الحق فقط في استعمال الخدمة لفترة معينة، دون أن يمتلكها،

[1] عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 19.

فالدفع يكون بهدف الاستعمال أو الاستئجار للشيء فحسب، بينما في حالة شراء سلعة المستهلك له حق التصرف بها.

إن لعدم القدرة على امتلاك الخدمة آثارا على تصميم قنوات التوزيع، فالتاجر لا يستطيع اكتساب حق الملكية كما هو الحال مع السلع، وبدلا من ذلك طرق التوزيع المباشر أكثر شيوعا في الحالات التي يستعان بها بوسطاء يشتركون عموما في الإنتاج مع مقدم الخدمة.

6-2. تذبذب الطلب: يتميز الطلب على بعض الخدمات بالتذبذب وعدم الاستقرار ، فهو لا يتغير عبر فصول السنة فحسب ، بل يتغير أيضا من يوم إلى آخر من أيام وحتى من ساعة إلى آخر فالسفر إلى المنتجعات مثلا يقلص في فصل الشتاء .[1]

ثالثا: الخدمة الصحية ،الأنواع والمكونات

1- تعريف الخدمة الصحية:

-تعرف الخدمة الصحية بأنها:" العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصيا أو إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل ".[2]

-كما تعرف على أنها :" جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض".[3]

كما عرفت الخدمة الصحية على أنها :"أوجه النشاط غير الملموسة التي تقدم للمريض، والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المريض ، والتحرر من المرض والسعي نحو السلامة

[1] عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية**، ص ص 19-20.
[2] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، دار اليازوردي، عمان، الأردن، 2005، ص168.
[3] عدمان مريزق، المرجع سابق، ص 19.

الجسمانية والعقلية والاجتماعية..الخ.والتي يتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية العامة أو الخاصة.[1]

-وورد تعريف الخدمة الصحية في أدبيات منظمة الصحة العالمية على أنها: "مجموعة من العناصر المترابطة التي تسهم بتحقيق الصحة في البيوت والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل والمحلات العامة والتجمعات وكذلك في البيئة العمرانية والنفسية والاجتماعية وقطاع الصحة والقطاعات المرتبطة به ".

2- خصائص الخدمات الصحية

نجد أن الخدمات الصحية مجموعة من الخصائص وهى كالآتي :[2]

2-1. الخدمات الصحية خدمة عامة :

تعتبر الخدمات الصحية من أهم أنواع الخدمات العامة لأنها تتميز بحساسيتها وضرورتها للأفراد وهى تعتبر من الحاجات الضرورية التي يجب على الدولة أن تقوم بإشباعها .

2-2. الخدمات الصحية عملية متغيرة وفقا للتقدم التكنولوجي السريع :

يعد التغير التكنولوجي سريع في مجال الخدمة الصحية نتيجة للأبحاث الطبية المتقدمة في أساليب العلاج والتجهيزات المتعددة وتكنولوجيا العلاج من أبرز الخصائص المميزة للخدمة الصحية .

ومن جهة أخرى تشير صافيناز محمد أبو زيد (2000م) إلى اعتماد تقديم الخدمات الصحية للأفراد على أربعة عناصر أساسية وهى :

- المستفيد من الخدمات الصحية وهو الذي يتلقى الرعاية الصحية .
- القائم على الخدمة الصحية وهى الدولة أو المؤسسات أو الأفراد أيا كان المكان المعد لذلك ومئات من الأطباء والممرضات .

[1] زكي خليل المساعد، **تسويق الخدمات وتطبيقاته**، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن،2008،ص291.
[2] مجلة جامعة أم القرى الالكترونية ، **خصائص الخدمات الصحية**، العدد 03،2010/04/11،9.30،2016.

- إشباع الحاجات العامة الصحية من حيث أن تقوم الدولة أو الأفراد بتقديم الخدمات الصحية بهدف إشباع الحاجات الصحية لدى المستهلكين أو المنتفعين بالخدمات الصحية.
- التمويل والذي تختلف أنماطه بالنسبة للخدمات الصحية من بلد لأخر باختلاف مصادر التمويل .

3-أنواع الخدمات الصحية

هناك عدة أنواع للخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة، نذكر منها مايلي:

3-1.حسب وظائفها:

تصنف الخدمة الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى ثلاث مجموعات أساسية هي الخدمات العلاجية، وقائية، إنتاجية نذكر منها مايلي:[1]

أ-خدمات علاجية: موجهة للفرد ترتبط بجميع الخدمات الصحية لمختلف التخصصات على مستوى المؤسسات الصحية ، بالاظافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة ، التحاليل إلى جانب خدمات التغذية والنظافة ، وخدمات الإدارة وغيرها.

ب-خدمات وقائية : تمثل هذه الخدمات على تسهيل الخدمات العلاجية فهي مدعمة لها ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبـئة.

ج-خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال، اللقاحات كما تتضمن إنتاج الأدوية، العتاد، والأجهزة الطبية الأخرى.

3-2.كما تصنف الخدمات الصحية كذلك إلى :[2]

أ-خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد: وتتعلق بتشخيص العلاج وتؤدي عبر الأقسام الآتية:

[1] عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 20.
[2] فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، كنوز المعرفة للنشر،الأردن،2008، ص ص 318-319.

قسم الأمراض الداخلية ، قسم الأمراض الجراحية ، قسم الأطفال ، قسم التوليد وأمراض النساء ، قسم أمراض الرأس، قسم العلاج الطبيعي(المعالجة الفيزيائية) ، قسم التخدير، الإنعاش وقسم الإسعاف والطوارئ، قسم المختبر والأشعة.

ب-خدمات صحية مساعدة: تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المؤسسة العلاجية (المستشفى) ويندرج ضمنها خدمات التمريض، خدمات الصيدلة.

ج-الرعاية الصحية: تهدف إلى تعزيز المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة .

د-الخدمات الصحية البيئية(صحة المجتمع): وترتبط بالحماية من الأوبئة، الأمراض المعدية والتدهور الصحي، الناتج عن سلوك الأفراد وأنشطة المؤسسات، وهي خدمات صحية وقائية تقي الأفراد من الأمراض كاللقاحات، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، خدمات مكافحة الحشرات الضارة، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي .

3-3.حسب مستويات الخدمات الصحية:

تصنف الخدمات الصحية حسب مستوياتها إلى:[1]

أ-الخدمات الأساسية : وتشمل الخدمات الوقائية والعمليات الجراحية والعلاج وأقسام الطوارئ، بنك الدم، العلاج الطبيعي، الصيدلة، رعاية الأطفال المبتسرين (الأطفال المولودون قبل الوقت) وعلاج الجهاز التنفسي ،العناية المركزة ، التصوير بالأشعة الالكترونية ، الخدمات النفسية للطوارئ ،خدمات إعادة التأهيل، خدمات اجتماعية، العلاج المهني، العلاج بالأشعة وقسم جراحة القلب والإنعاش، زراعة الأعضاء، خدمات التدريب والتعليم الصحي...الخ.

ب-الخدمات المساعدة :وتشمل الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية عند إقامة المريض كالمبيت والغذاء ،والخدمات التي تؤديها الآلات والأدوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى الوسائل المستخدمة في خدمات الوقاية :

4-3. حسب المستفيدين من الخدمات الصحية :

[1] زكي خليل المساعد، **تسويق الخدمات وتطبيقاته**، مرجع سابق، ص ص294-295.

يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى خدمات فردية وخدمات اجتماعية :[1]

أ-خدمات فردية: وهي تلك الخدمات التي يستفيد منها شخص واحد دون ان تكون له علاقة بأي جهة أو مؤسسة صحية معينة كأن يتوجه شخص مريض إلى إحدى المؤسسات الصحية للحصول على المعالجة .

ب-خدمات جماعية أو منظمة: وهي تلك الخدمات التي يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون إلى مؤسسة واحدة ن مثل الخدمات التي تقدمها المؤسسات لعمالها- سواء عن طريق تعيين طبيب في تلك المؤسسة أو التقاعد مع أطباء ومؤسسات صحية لمعالجة عمال تلك المؤسسة وفق اتفاق معين .

4- مكونات الخدمة الصحية:

تتعدد مكونات الخدمة الصحية تبعا لدرجة تطور القطاع الصحي في المجتمع وتبعا لدرجة التطور الاقتصادي والاجتماعي ذاته وهي ترتبط بتاريخ الدولة ونظامها الاقتصادي والإداري ودور كل من القطاعين الخاص والعام وتتحدد مكونات الخدمة الصحية في المكونات الآتية:[2]

- المستشفيات:

المستشفى هي كل مؤسسة مزودة بشكل دائم وعلى مدار الساعة بطبيب واحد في الأقل وبإمكانها توفير إقامة مقبولة للمرضى الراقدين فيها ورعاية طبية تمريضية فعالة.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى "فانه جزء أساسي من نظام اجتماعي وصحي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان تشمل هذه الرعاية الخدمات بنوعيها الوقائي والعلاجي وخدمات العيادات الخارجية التي تمتد إلى الأسر في بيئتها المنزلية ،كما يكفل المستشفى للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض ويعتبر المستشفى أيضا مركز التدريب العاملين في المجال الصحي ولإجراء بحوث طبية واجتماعية".

هناك نوعان رئيسان من المستشفيات:

---

[1] عصماني سفيان، **دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها(المرضى)**، شهادة ماجستير،تخصص علوم التسيير،فرع التسويق، جامعة محمد بوضياف،المسيلة،2006/2005، ص 41.

[2] ماهر ناصر عبد الله، **واقع التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة السماوة**، كلية التربية، جامعة المثنى، مجلة آداب الكوفة، العدد5، ص5.

-مستشفى عام: وهو مستشفى الذي يقدم رعاية طبية وتمريضية لأكثر من فرع من الفروع الطبية كالمستشفى الذي يحتوي على أجنحة مخصصة لأمراض الباطنية وأمراض الأطفال والجراحة العامة والأمراض النسائية وغيرها.

-مستشفى تخصصي: وهو مستشفى الذي يقدم رعاية طبية وتمريضية في مجال اختصاص واحد في الغالب كمستشفى جراحة الجملة العصبية او مستشفى الأطفال أو النسائية والتوليد أو العيون وغيرها كما تعامل المراكز التخصصية التي تحتوي على أسرة رقود معاملة المستشفى تخصصي، ويتميز هذا النوع من المستشفيات بأنها ذات طبيعة تخصصية في نوع معين من التخصصات الطبية وتستقبل المرضى المصابين بأنواع معينة من الأمراض.

وهناك نوع آخر من المستشفيات وهي :[1]

المستشفيات الخاصة: وهي المستشفيات ينشئها الأطباء على حسابهم الخاص وممن تتوفر عندهم إمكانات طبية ومالية كبيرة وقد تطور هذا النوع من المستشفيات إلى درجة كبيرة كما ونوعا .

- المراكز الصحية:

هو مؤسسة صحية تحتوي على ملاك طبي وخدمي بالاظافة إلى الأدوية والأدوات اللازمة لتقديم العلاجات والقيام بالفحوصات المختبرية والإشعاعية وتثقيف المجتمع صحيا للوقاية من الأمراض.

- العيادات الطبية الشعبية:

هي مراكز طبية تقدم الخدمات العلاجية للمرضى المراجعين في الأوقات المسائية

- المراكز التخصصية:

هي مؤسسات صحية تقوم بمعالجة حالة مرية معينة (خاصة) مثل مرض السرطان أو التدرن الرئوي أو الأسنان أو العيون وغيره أو القيام بعمل محدد دون غيره.

- العاملين :

[1] ماهر ناصر عبد الله، مرجع سابق ، ص5.

ويتألفون من :

-الأطباء: الطبيب هو العنصر الأساس في مجمل العملية الصحية من حيث تشخيص المرض وذلك عن طريق تحديد الإجراءات الواجبة أتباعها كالفحوصات المختبرية والشعاعية والفحص السريري وكذلك إعطاء الإرشادات العلاجية والوقائية الكفيلة بالتخلص من الأمراض والأوبئة المختلفة.

-ذوي المهن التمريضية: هي مهن مساعدة أساسية للمهن الصحية وخاصة النسائية منها أي الممرضات حيث يقوم العامل في هذه المهن بالإشراف والتنفيذ المباشر لتوجيهات وتعليمات الطبيب المعالج من خلال تقديم الخدمة التمريضية للمريض الراقد في المستشف كأخذ العلاج المخصص من قبل الطبيب والغذاء وغيرها.

-ذوي المهن الصحية: وهو الملاك المكمل لكل من المهن الطبية والتمريضية من توفير العلاج ومتابعة أخذه في الأوقات المحددة وكذلك القيام بمداواة المرضى ومتابعة اخذ التحاليل الشعاعية والمختبرية والسريرية..الخ. ويشمل الملاك الصحي معاون طبي ومعاون صيدلي ومصور شعاعي ومساعد مختبر.[1]

[1] ماهر ناصر عبد الله، مرجع سابق ،ص ص6-7.

الفصل الرابع: مفاهيم عامة حول المؤسسة الصحية

تمهيد

أولا: تعريف المؤسسة الصحية

ثانيا: خصائص المؤسسة الصحية

ثالثا: الأهداف الأساسية المؤسسة الصحية

رابعا: تصنيف المؤسسات الصحية

تمهيد

هناك عدة مؤسسات اقتصادية، اجتماعية أو صحية ولكل منها عدة خدمات تقوم بها وذلك لتحقيق أهدافها الخاصة، وفي هذا الفصل سنتطرق للتعريف بالمؤسسة الصحية، خصائصها والأهداف الأساسية التي تسعى لتحقيقها من خلال الخدمات الصحية التي تقوم بها وكذا أنواع المؤسسات الصحية ومكوناتها.

أولا: تعريف المؤسسة الصحية:

هناك عدة تعاريف للمؤسسة الصحية منها:

عرفت المؤسسة الصحية بأنها:" كل مؤسسة تنشط في المجالات الصحية والرعاية الصحية العامة والمتخصصة وإدارة الرعاية الصحية والخدمات المساندة مثل المستشفيات وإعادة تأهيل وبيوت الرعاية الصحية وكبار السن، الصحة العقلية، والتدخل في أثناء الأزمات والمستشفيات النفسية".[1]

كما يمكن تعريف المؤسسة الصحية من خلال تعريف الأطراف المتعاملة معها، حيث تعتبر لدى:[2]

- المرضى: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم.
- الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.
- الإطار الطبي: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية.
- إدارة المؤسسة الصحية: مؤسسة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال.
- شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية.
- الطلبة والجامعات: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية لإجراء البحوث والتجارب.

وهناك تعريف آخر يوضح هدف المؤسسة الصحية:" المؤسسة التي تهدف إلى تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي مؤسسة صحية فانه ليس بالغرض الوحيد، وينقسم إلى شقين: بلوغ

---

[1] نظام موسى سويدان وعبد المجيد البرواري، **إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية**، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008،ص18.

[2] نادية خريف، **تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية**، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير،جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2008/2007،ص ص59-60.

أفضل مستوى صحي(الجودة)، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية(العدالة)".[1]

وفي الأخير يمكن تقديم تعريف منظمة الصحة العالمية باعتباره التعريف الأشمل بين التعريفات السابقة، حيث عرفت المؤسسة الصحية على أنها:" جزء متكامل من النظام الصحي ووظيفتها توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع، سواء كانت علاجية أو وقائية، كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذلك مركز للأبحاث الطبية والاجتماعية".[2]

ثانيا: خصائص المؤسسة الصحية:

هناك عدة خصائص تميز نشاط المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات الأخرى، منها:[3]

1-تعدد أسعار الخدمة الواحدة

ففي الوقت الذي قد تقدم فيه خدمة معينة مجانا لفئة من المرضى، فان نفس الخدمة قد تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عنها لفئة مختلفة، كما قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقدا أو بالأجل، أو وفقا لتعاقدات بين المؤسسة الصحية وجهات عمل معينة.

2-وجود خطوط للسلطة

الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلا بالجهاز الإداري، أما الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان الى صراع على النفوذ، أما النوع الآخر من السلطة هو السلطة النقابية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح أن يكون لها موقع تفاوضي قوي.

---

[1] حوالف رحيمة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة**، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة أبي بكر بالقايد تلمسان، الجزائر،2010/2009،ص28.

[2] حنان يحي الشريف،**تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير،جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر،2008/2007،ص5.

[3] حبيبة قشي، **آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير،جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر،2007/2006،ص21.

-تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف.

وذلك لأن متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل.

-تتعامل المؤسسات الصحية في صراع مع مشكلة الحياة أو الموت.

وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص وقليلا ما يتحمل الخطأ.

-اعتماد نشاط المؤسسة الصحية أساسا على كفاءة ومهارة العنصر البشري.[1]

حيث تبرز أهمية كفاءة ومهارة العنصر البشري في تمييز نشاط مؤسسة عن أخرى من خلال المعاملة الحسنة، الاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية.

-اعتبار المؤسسات الصحية بمثابة نظام لا يمكن مكننة نشاطاته أو توحيدها.

وهذا عائد لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية.

ثانيا: الأهداف الأساسية للمؤسسات الصحية:

هناك عدة أهداف عامة يمكن أن تعد القاسم المشترك بين مختلف المؤسسات الصحية ، ومن بينها الأهداف التالية:

1-الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى

وذلك يكون بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها، وقد اقترح هنريك بلوم Henrick Blwm أهداف تفصيلية لهذا الهدف هي :[2]

- السعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر
- خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض

[1] حبيبة قشي ، المرجع السابق، ص21.
[2] طلال بن عايد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة**، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2004،ص ص21،20.

- خفض مستوى القلق الناجم عن المرض
- خفض مستوى الإعاقة ولا سيما حالات العجز
- تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها لقاحات
- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع
- تأمين الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة التي تحتاج إليها برامج خدمات الرعاية الصحية بصفة دائمة، والاستغلال الأمثل لهذه الكفاءات ودعم البرامج التعليمية والتدريبية التي تعمل على تنمية قدرات هذه الكفاءات.
- تطوير نظام المعلومات الصحية بما يتيح توفير المعلومات عن الأوضاع والجهود الصحية وفي الوقت المناسب.
- تشجيع القطاع الخاص على المشاركة في تشغيل المرافق الصحية الحكومية وعلى وضع المشروعات الصحية، بما يؤدي إلى تحقيق التنمية الصحية الوطنية.
- تأمين الموارد المالية اللازمة لتغطية نفقات إنشاء المرافق الجديدة وتجهيزها وصيانة القائم منها، والموارد المطلوبة لأنشطة التشغيل السليم لشبكة خدمات الرعاية الصحية.
- تحقيق التكامل والتنسيق بين الخدمات المعنية ببرامج الرعاية الصحية وخدماتها على المستوى الوطني.
- وضع الضوابط وإعداد المعايير وتحديد الإجراءات التي تكفل الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية.
- تشجيع البحوث والدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسية التي تواجه المؤسسات الصحية.[1]

2-التعليم والتدريب

[1] طلال بن عايد الأحمدي، المرجع السابق، ص ص20،21.

حيث يتم تدريب العاملين في التخصصات المختلفة لاكتساب العاملين مهارات جديدة وهذا يتم بأسلوب نقل الخبرات من شخص لآخر وذلك ينطبق على معظم أنشطة الطب والتمريض، المعامل والورش، المغاسل وكافة الأعمال الإدارية.

3-إجراء البحوث

كالقيام بالبحوث الطبية مثل البحوث الإكلينيكية في المعامل وبحوث التسجيل الطبي، والبحوث الإدارية مثل البحوث المالية والخاصة بالعاملين، والبحوث السلوكية والعديد من البحوث الأخرى.

4-وقاية المجتمع من الأمراض

يعتبر هذا الهدف من بين أهم أهداف المؤسسة الصحية، وذلك لأن الوقاية أقل تكلفة من العلاج.

5-الربحية:

يعتبر الهدف الثاني بعد تقديم الرعاية الصحية وخاصة في المستشفيات الخاصة، وان كان تحقيق الربح من خلال الإنسانية وعلاج المرضى وإنقاذ المصابين يبدو غريب إلا أن هناك مجموعة من المستشفيات في الأساس هي شركات ومشروعات فردية تسعى لتحقيق الربح وذلك من أجل البقاء والاستمرارية والتوسع، كما نجد أيضا أن المستشفيات العامة قد تسعى للربح من خلال تخصيص بعض الأقسام للعلاج بأجر وتقديم بعض الخدمات التشخيصية بأجر رمزي وذلك من أجل زيادة دخلها وتدعيم القدرة المالية.[1]

رابعا: تصنيف المؤسسات الصحية:

تعددت تصنيفات المؤسسة الصحية، حيث يمكن تصنيفها على أساس عدة معايير منها:

[1] محمد ريحان،**التسويق لخدمة الرعاية الصحية**، المؤتمر العربي الثالث(الاتجاهات التطبيقية في إدارة المستشفيات: تقنيات نظم المعلومات)،المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر،2004،ص ص36،35.

1-التصنيف على أساس الملكية والتبعية الإدارية

تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى :[1]

1-1.المؤسسات الصحية الحكومية العامة

تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها وغالبا ما تتبع وزارة الصحة، ويقوم هذا النوع بتقديم خدمات لجميع الأفراد بالمجان أو مقابل رسوم، وقد تضم مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة، وتأخذ هذه المؤسسات عدة أشكال منها:

-المؤسسات الصحية الحكومية الخاصة بفئات معينة: تتميز هذه المؤسسات بأنها تابعة وزارة محددة أو هيئة عامة وتقتصر على تقديم الخدمات للعاملين في هذه الجهات وأسرهم كالمستشفيات العسكرية، مستشفيات الشرطة، والمستشفيات التابعة للقطاع العام.

-المؤسسات الصحية الحكومية التخصصية: حيث تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص ومعالجة حالات معينة، كمستشفيات العيون أو مستشفيات الأطفال.

-الوحدات العلاجية والمستوصفات: تعتبر مؤسسات صغيرة الحجم إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، وتنتشر في القرى والمناطق الريفية، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المؤسسات الأخرى.

-المستشفيات الجامعية والتعليمية: تتبع هذه المؤسسات إداريا إلى الجامعات أو كليات الطب في المناطق التي توجد بها وتقدم بها نفس خدمات المستشفى العام، كما تحتوي على بعض الأقسام التعليمية لممارسة التدريب العملي للعلوم الطبية.

[1] نادية خريف، **تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية**، مرجع سابق، ص ص62-63.

2-1.المؤسسات الصحية الخاصة:

وتكون هذه المؤسسات مملوكة(لأفراد، هيئات، جمعيات دينية أو خيرية، شركات خاصة) تتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص، وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة، وتأخذ عدة أشكال منها:

-مؤسسات صحية بأسماء أصحابها: كأن يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء، وتقدم خدماتها في مجال تخصصهم بمقابل يتم تحديده والاتفاق عليه حسب الخدمة المطلوبة من المريض، ويعتمد هذا النوع من المؤسسات على خبرة، مهارة وصمعة أصحابها والرعاية المقدمة للمرضى.

-مؤسسات الجمعيات غير الحكومية: كالجمعيات الدينية والخيرية تقدم خدماتها لمختلف الفئات من الأفراد مقابل رسوم محدودة نسبيا، فهي لا تسعى للربح وقد تقدم خدمات عامة متخصصة.

-مؤسسات صحية استثمارية: وهي التي يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة، تحقق أرباحها من الخدمات الطبية التي تقدمها، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية وغالبا ما تأخذ شكل شركات المساهمة وذات المسؤولية المحدودة.

2-التصنيف على أساس التخصص ونوع الخدمة

تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى:[1]

2-1.المؤسسات الصحية العامة

وهي المؤسسات التي تقدم خدمات صحية متعددة تجمع بين الطب والتشخيص والجراحة، كالمستشفيات ومصحات الطب والجراحة.

2-2.المؤسسات الصحية المتخصصة

تتخصص هذه المؤسسات في تقديم خدمات صحية معينة، كمراكز الفحص بالأشعة ومخابر التحليل الطبية ومستشفيات أمراض القلب.

[1] حبيبة قشي، **آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية**، مرجع سابق، ص 23.

3-التصنيف على أساس طبيعة المنتج النهائي

تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى:[1]

1-3.مؤسسات الخدمات الصحية

تتمثل في مختلف المؤسسات التي تقدم منتجات نهائية تتمثل في خدمات صحية لاملموسة، كالمستشفيات والعيادات الطبية ومخابر التحاليل الطبية.

2-3.مؤسسات السلع الصحية

وهي مختلف المؤسسات الصحية التي يتمثل منتجها النهائي في سلع صحية ملموسة كالصيدليات ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية.

4-التصنيف على أساس الموقع والسعة السريرية

وتصنف المؤسسات حسب هذا المعيار إلى:[2]

1-4.المؤسسات المحلية الصغيرة

وهي المؤسسات التي تخدم تجمعات سكانية قليلة لا تتجاوز سعتها السريرية عادة 100سرير.

2-4.المؤسسات المركزية التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة

وهي المؤسسات التي تكون في ضواحي المدن وتتراوح سعتها السريرية مابين 100 إلى 500 سرير.

3-4.المؤسسات الجهوية التي تخدم منطقة صحية بأكملها

وتحتوي هذه المؤسسات عادة على خدمات تخصصية وتكون عادة ذات طاقة سريرية استيعابية كبيرة.

[1] حبيبة قشي، المرجع السابق، ص 23.
[2] حنان يحي الشريف، مرجع سابق، ص 10.

5-التصنيف على أساس نظام المناطق الصحية

تصنف هذه المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى:[1]

1-5.المركز الصحي الأولي

ويعمل في هذا المركز طبيب عام أو أكثر بالاظافة إلى طبيب أسنان، ممرضة، قابلة وكوادر فنية مساعدة كالمراقب الصحي، مساعد صيدلي ومساعد ممرض وفني مختبر وكذلك أخصائيين في علم الاجتماع والإحصاء. ويقدم هذا المركز خدمات الرعاية الصحية الأولية للقرى أو الأحياء التي يتراوح عدد سكانها ما بين 2000 إلى 5000 نسمة، وذلك على النحو التالي:

-معالجة المرضى المسجلين فيه وتحويل ما يلزم إلى الطبيب الاختصاصي في المركز الصحي الشامل أو المستشفى مع توفير الأدوية الأساسية في صيدلية المركز.

-القيام بباقي الخدمات الثانوية كتعزيز التغذية الصحية، الإمداد الكافي بالمياه النقية والإصحاح البيئي، رعاية الأم والطفل بما في ذلك تنظيم الأسرة، التحصن ضد الأمراض المعدية الرئيسية(التطعيم)، الوقاية من الأمراض المستوطنة محليا ومكافحتها، العلاج الملائم للأمراض والإصابات المدرسية ومراقبة صحة البيئة.

2-5.المراكز الصحية الفرعية

وهي مراكز تابعة للمركز الصحي الأولي ويعمل بها بشكل ثابت اثنان أو أكثر من الكوادر الصحية المساعدة وتخدم القرى والتجمعات السكانية التي يتراوح عدد سكانها بين 500 إلى 2000 نسمة، ويحضر للعمل فيها من المركز الصحي الأولي الطبيب العام وبعض مساعديه إما يوميا أو في أيام محدودة من الأسبوع، ويقدم هذا المركز نفس خدمات المركز الصحي الأولي.

---

[1] زيد حمزة، **الطب والصحة في نصف قرن، المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات (تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية)**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2008، ص ص 4-6.

3-5.المركز الصحي الشامل

وينشأ هذا المركز على الأسس التالية:[1]

-ينشأ لكل مجموعة من المراكز الصحية الأولية مركز صحي شامل واحد تتوفر فيه خدمات المركز الأولي بالاظافة إلى عيادات اختصاص وإسعاف وبعض الأسرة للإقامة الاضطرارية القصيرة.

-يخدم من 25 إلى 50 ألف نسمة من السكان.

-يعمل فيه بالاظافة لكوادر المركز الصحي الأولي أطباء اختصاصيون يأتون من مستشفى المنطقة حسب برنامج ومواعيد محددة حيث يقومون بفحص المرضى المحولين من الأطباء العاملين في المراكز الأولية والتابعة لهذا المركز، ويجرون لهم الفحوصات والمعالجة اللازمة ويحولون إلى المستشفى من يحتاجون للإدخال ويتابعون فيه معالجتهم.

-يهدف المركز الشامل إلى تخفيض المعاناة على المرضى المحولين لأطباء الاختصاص بدل التوجه إلى المستشفى، كما يساهم في تخفيف الضغط على المستشفيات كي يتفرغ لمعالجة مرضاها المقيمين فيها مع القيام بوظائفها الهامة الأخرى.

4-5.مستشفى المنطقة

يوجد في كل منطقة صحية مستشفى لمعالجة المرضى المحولين من المراكز الصحية وكذلك لإسعاف والطوارئ، ويمكن أن يحول من يحتاج الرعاية الصحية الثالثة إلى المراكز التخصصية العليا في مستشفيات العاصمة أو المدن الكبرى، كما يقوم بإعادة المرضى بعد انتهاء معالجتهم إلى الطبيب العام في المركز الصحي ومعهم تقرير بحالتهم الصحية وذلك للمتابعة، ويكون لكل مريض ملف دائم في المركز الصحي الأولي، ويستخدم المستشفى كذلك بهدف تدريب الأطباء المقيمين والممرضات والقابلات وباقي المهن الطبية المساعدة، كما يساهم في أنشطة الرعاية الصحية الأولية في ميادين الاختصاصات الطبية المختلفة.[2]

---

[1] زيد حمزة، المرجع السابق، ص ص5-6.

[2] زيد حمزة، **الطب والصحة في نصف قرن، المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات (تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية)**،ص 6.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1ـ مجال الدراسة.

2ـ المنهج المستخدم .

3ـ أدوات جمع البيانات.

4ـ كيفية اختيار العينة .

5ـ الأساليب الإحصائية.

الخلاصة

تمهيد :

بعد تعرضنا للجانب النظري لواقع الخدمات الصحية في المجتمع الحضري والذي اعتمدناه كإطار مرجعي يساعدنا في الدراسة الميدانية، سنحاول في هذا الجانب تناول الطرح المنهجي، والذي يعتبر الأساس في تصميم البحوث العلمية.

هذا الطرح يشير إلى مجموعة من الإجراءات المنهجية، وذالك بعد صياغة الفرضيات (في الفصل الأول)، إذ من خلاله يتم إبراز المنهج المستخدم في الدراسة، وكذلك تحديد وضبط عينة البحث، وكذلك توضيح مجالات الدراسة، وذلك بغية الإجابة عن التساؤلات المطروحة للوصول إلى نتائج صحيحة ودقيقة، وقد اعتمدنا في جميعنا لهذه البيانات على أداة منهجية وهي الاستمارة التي طبقت على عينة الدراسة .

1ـ مجالات الدراسة :

وللقيام بدراسة ميدانية أو بحث ميداني فان ذلك يتطلب تحديدا دقيق لمجالاته بمعنى توضيح أين تجري ؟ ومتى ؟ لان الدراسات والبحوث للعلوم الاجتماعية تتعامل مع عناصر متغيرة باستمرار وتحديد مجالاتها يضفي عليها أكثر مصداقية لتكون معبرة ومقبولة ذات مرجعية وذلك لإزالة أي لبس تأويل أو تشكيك في الحقائق المتوصل إليها وهذه المجالات هي :

1ـ1ـ المجال المكاني :

وقد تمت الدراسة في عدة مؤسسات استشفائية في ولاية الوادي

1ـ2 ـ المجال الزمني :

ويتعلق الأمر بالفترة الزمنية التي استغرقتها الدراسة وقد كانت بداية الدراسة النظرية في شهر أكتوبر أما الدراسة الميدانية فقد كانت في أواخر شهر مارس2016 وقد دامت عشرة أيام من 29 مارس إلى غاية 07 أفريل 2016

وقد تم خلال هذه الأيام تحديد الاستمارات النهائية وتوزيعها على أفراد العينة المتمثلة في المرضى في عدة مستشفيات علاجية .

1-3ـ المجال البشري :

وقد تم توزيع هاته الاستبيانات على 100 مريض مثلوا مجتمع الدراسة لعدة مؤسسات علاجية.

2ـ المنهج المستخدم : المنهج هو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة.[1] في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة والإجابة على الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث، وهو البرنامج الذي يحدد لنا السبيل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها.

وبما أن طبيعة الموضوع الدراسة والتي تدور حول واقع الخدمات الصحية في المؤسسات العلاجية تفرض على الباحث إتباع المنهج الوصفي، الذي بدوره يعتمد على جمع البيانات

---

[1] عمار بوحوش، **دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية**، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر،ط2، 1990، ص23.

والمعلومات والحقائق من إطار حقل البحث ثم تحليلها وتفسيرها واستخلاص النتائج الخاصة بدراسة وفق المنطلقات الفرضية لدراسة .

باعتبار البحوث الوصفية تتكيف مع ظروف الظواهر المتميزة بالتغير وعدم الثبات ولو ببطء وتتعدد المؤشرات الفاعلة ،بالإضافة إلى أنها تتعامل كذلك مع الواقع الاجتماعي كما هو وبكل جزيئاته وتحيط بكل أبعاده.

فتمكن أهمية المنهج الوصفي في هذه الدراسة في المساعدة على تحقيق الأهداف الموضوع وذلك بالحصول على البيانات الوصفية حول واقع الخدمات الصحية في المجتمع الحضري انطلاقا من الخصائص الاجتماعية والثقافية لمجتمع البحث وكل جوانب المتعلقة بموضوع البحث بصفة عامة .

3- أدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة :

عمليا لا يوجد هنالك فصل بين أدوات البحث العلمي التي تعتبر وسائل متكاملة لأداء دور أساسي في البحث، والمتمثل في جمع البيانات بصفة موضوعية فلا يمكن في هذه المواضيع الاستغناء عن أية أداة من أدوات البحث الأساسية كالملاحظة والمقابلة والاستمارة ، كما لا يمكن اكتمال دور احدهما دون الأخرى والقيمة الموضوعية لنتائج البحث تتوقف عن طبيعة التقنية أو الأداة المستعلمة في جمع البيانات انطلاقا من موضوع الدراسة والتي بدورها تستوجب الأدوات التالية :

3-1- الملاحظة :

استخدمنا الملاحظة في بحثنا نظرا للدور الفعال لهذه الأداة فمن خلال الزيارات المتعددة لميدان الدراسة على الصعيد الاجتماعي والصحي .

وبالتالي فهي أداة أساسية تبنى عليها مختلف الأدوات الأخرى ، للكشف على مختلف الآراء والمواقف لمجموعة البحث اتجاه القضية محل الدراسة ضمن المقابلات التي أجريت معهم لتفسير وترجمة ما لاحظناه الى عبارات ذات دلالة لذلك تم استخدام الملاحظة بالمشاركة وهذا بحكم المعايشة اليومية لأرباب الأسر في المستشفيات وقد استخدمت في اختيار إشكالية البحث وفي تصميم الاستمارة واختيار مجال البحث ولعلاقته بمجال الدراسة .

2-3. المقابلة :

تعتبر وسيلة المقابلة لجمع البيانات في البحث السوسيولوجي وتعتبر من الأدوات الأكثر استعمالا وانتشار الدراسات الاجتماعية ، وتمت المقابلة على نوعين مقابلة العامة والمقابلة الخاصة :

- ✓ المقابلة العامة : وتمت من خلال مايلي :
  - لقاء مع رؤساء المصالح بالمستشفى بن ناصر بشير بالوادي وذلك لتزويد بمختلف المعلومات حول مجال الدراسة .
  - لقاء مع الإطارات الطبية والمهنية بالمستشفى الذين ساعدونا بمختلف المعلومات حول مجال الخدمة الصحية بالمستشفى
  - لقاء مع بعض رؤساء المصالح الإدارية في مدرية الصحة والسكان الذين زودونا ببعض الإحصائيات .
- ✓ المقابلة الحرة :

وتمثلت هذه المقابلة مع المرضى بأسئلة متنوعة حول مشكلة الخدمة الصحة في مجتمع الحضري وقد استخدمت أيضا في تدقيق أسئلة الاستمارة .

3-3.استمارة الاستبيان:

وهي من الوسائل المنهجية الشائعة الاستخدام في جمع البيانات ، لما تتميز به من شمول وإشباع وسهولة المعالجة الكمية واستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة ، وقد تمحورت على عدد من الأسئلة موزعة على محاور التالية :

- **المحور الأول :** يشمل على البيانات العامة تتعلق بالبيانات الشخصية الخاصة وضمت 6 أسئلة .
- **المحور الثاني :** يشمل حول بيانات ملائمة الخدمة الخدمات الصحية مع مع الحجم السكاني .
- **المحور الثالث :** يشمل على بيانات خاصة بمشكلات النظافة داخل المستشفى.
- **المحور الرابع** : يشمل على البيانات خاصة بالمستوى الطاقم الصحي و التشخيص الطبي داخل المستشفى .

4ـ الأساليب الإحصائية :

واعتمدنا في حساباتنا على النسبة المئوية وهي من الأكثر الوسائل المستخدمة في كثير من المجالات المختلفة وهي أينما كنت تتعامل مع بيانات رقمية ، لذلك حتى لو كنت لا تذهب في أعماق الرياضيات البحته، تحتاج إلى فهم المصطلحات الرياضية ومفاهيم معينة والتي تجد في تطبيق يوما بعد يوم العلميات الحسابية ولهذا لأنه يتم استخدام النسب المئوية في كل مكان للتعبير عن الكميات المختلفة والمعدلات المختلفة .

5 ـ العينة:

انه من الصعب جدا أن يقوم الباحث باستجواب جميع أفراد مجتمع البحث، لأنه مكلف جدا ويستغرق وقتا طويلا، ولهذا يلجأ الباحث إلى المعاينة وهي: " جملة من العمليات التي تسمح باختيار مجموعة فردية من مجتمع البحث بهدف تكوين عينة".[1]

كما أن اختيار نمط العينة يتم وفق شروط منهجية تفرضها إشكالية البحث، وقد استلزم اختيار عينة بحثنا ضمن العينة الغير احتمالية والتي يعرفها " موريس أنجرس" بأنها: " العينة التي يكون فيها مجتمع البحث مجهولا و لا يسمح بذلك تقدير درجة تمثيل العيّنة المشكلة".[2] الأمر الذي اضطرّنا إلى توظيف العيّنة (العمدية أو العرضية) (échantillon accidental ou échantillon aléatoire) وهي أخذ جزء تمثيلي عمديا من المجتمع الكل.[3]

كما عرفها كلّ من "إخلاص محمد عبد الحافظ" و"مصطفى حسين باهي" كما يلي: " تستلزم هذه الطريقة أن يتوفّر للباحث معرفة المعالم الإحصائية للمجتمع الأصلي وأيضا الوحدات التي يرغب في اختيارها، وفي ضوء تلك المعرفة يقوم الباحث باختياره وحدات معينة يعتقد أنها تمثل المجتمع تمثيلا صادقا." [4]

---

[1] Maurice Angers, **initiation pratique à la méthodologie en sciences humains** , Casbah ,Université Alger ,1997, p 60.

[2] Ibid, p 229.

[3] Ibid, p 236.

[4] إخلاص محمد عبد الحفيظ ومصطفى حسين باهي، **طرق البحث والتحليل الإحصائي في المجالات التربوية والنفسية والرياضة**، مركز الكتاب للنشر، مصر، 2000، ص 139.

الخلاصة :

إن تحليل والتفسير الإحصائي لما توصل إليه من نتائج ميدانية ونظرية تبقى موضوعية في حدود طبيعة موضوع الدراسة ، فقد شمل هدا الفصل على مجموعة من المواضيع و المتغيرات، تحديد مجال الدراسة المكاني، الزمني، البشري، وكذلك المنهج المتبع، والمتمثل في المنهج الوصفي التحليلي وقد تم استخدام أدوات جمع البيانات الضرورية معتمدة في الاستمارة .

إما العينة المتمثلة لمجتمع الدراسة ، فطبيعة الموضوع اقتضت اختيار مفردات المجتمع الأصلي بإتباع العينة العمدية وذلك راجع أيضا لطبيعة المؤسسة .وقد تم تحديد خصائصها وميزاتها بناء على متغيرات ومؤشرات والمتغيرات بالتحليل والمناقشة .

الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

تمهيد

أولا: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

ثانيا: تفسير النتائج في ضوء الفرضيات

الخاتمة

تمهيد

بعد تعرضنا للجانب النظري والنظريات العامة المتعلقة بالبحث وطرح الجوانب التي لها صلة بالموضوع، قمنا بالدراسة الميدانية من خلالها يتم التناول الميداني لموضوع البحث وجمع المعلومات من طرف مجتمع الدراسة ، يتوجب علينا تحليل المعطيات وفق المحاور الأساسية التي بنيت عليها الاستمارة والتي تخدم الموضوع، لذلك يمكن تحليل أهم الجداول المتعلقة بالموضوع بحيث تم عرض النتائج في جداول مركبة.

بعد أن يتم تحديد الجداول تأتي مرحلة التعليق التي تكون بصفة موضوعية حيث يكون التعليق متماشيا مع الجانب النظري والدراسات الشبيهة والواقع المعاش من الباحث بحكم أنه عاش فترة توزيعه للاستبيانات في هاته المؤسسات العلاجية.

أولا: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

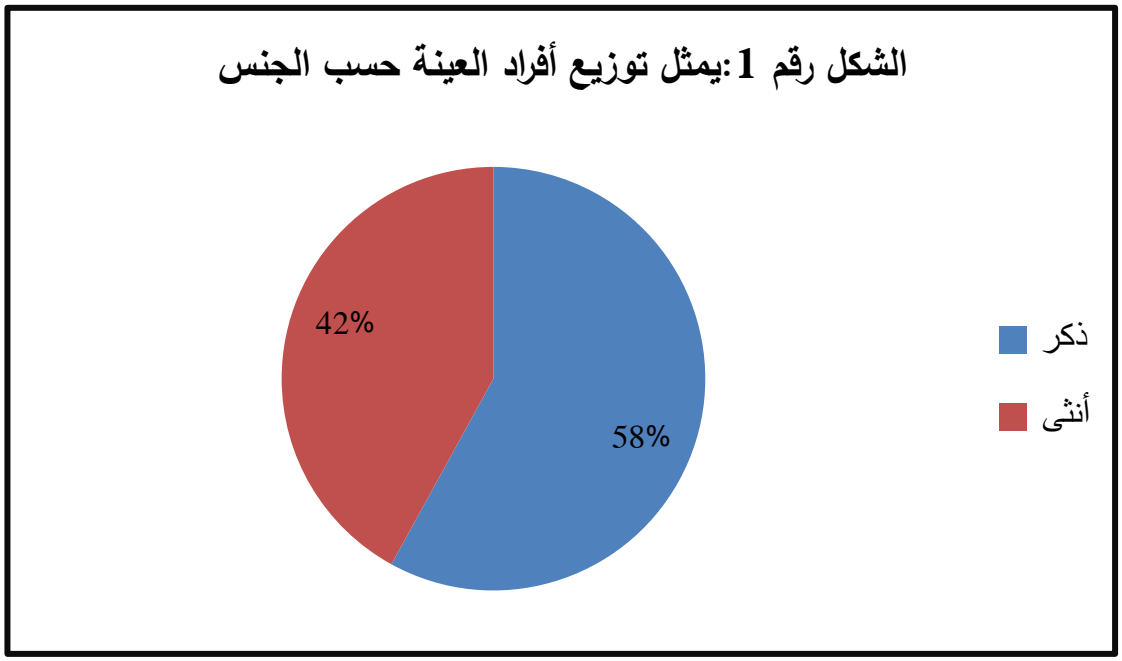
المحور الأول: البيانات العامة الديمغرافية

الجدول رقم (1): يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
ذكر	42	%42
أنثى	58	%58
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول اعلاه متغيرات الجنس التي تمثل نسبة الإناث في مجتمع المدروس قدرت ب 58% والتي هي أعلى من نسبة الذكور والتي قدرت بنسبة 42% وهذا بسبب اتجاهنا نحن لمستشفى (الولادة) الذي يحتوى على نسبة معينة من الإناث التي احتوتها أفراد العينة.

الشكل رقم 1:يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس

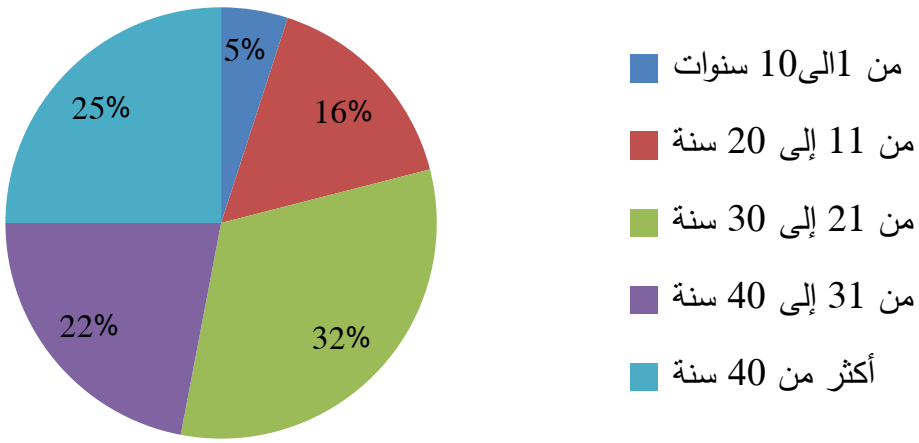


الجدول رقم (2): يبين توزيع أفراد العينة حسب السن

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
من 1 إلى 10 سنين	5	%5
من 11 إلى 20 سنة	16	%16
من 21 إلى 30 سنة	32	%32
من 31 إلى 40 سنة	22	%22
أكثر من 40 سنة	25	%25
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه ان اكبر نسبة مثلتها الفئة العمرية من من 21 إلى 30 سنة وهي فئة من الجيل الجديد بنسبة 32%، وتليها الفئة العمرية اكثر من 40 سنة بنسبة 25% وتلتها الفئة العمرية من 31 إلى 40 سنة بنسبة 22% واقل فئة عمرية من 1الي 10 سنوات بنسبة 5%.

الشكل رقم 2: يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن

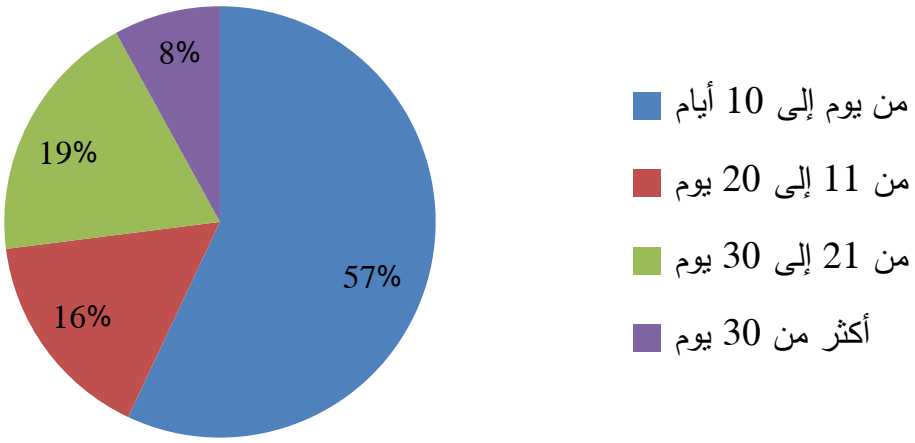


الجدول رقم (3): يبين توزيع أفراد العينة حسب مدة الاستشفاء

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
من يوم الى 10 أيام	57	%57
من 11 الى 20 يوم	16	%16
من 21 الى 30 يوم	19	%19
أكثر من 30 يوم	8	%8
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه وفيما يخص مدة إقامة المرضى في المؤسسة الاستشفائية أعلى نسبة في من يوم إلى 10 أيام بنسبة 57% ، تليها نسبة الأفراد الذين بلغت مدة إقامتهم من 21 الى 30 يوم بنسبة 19%، بينما قدرت نسبة الأفراد المقيمين من 11 من 20 بنسبة 16%، كما بلغت نسبة أفراد الذين أقاموا بالمؤسسة الاستشفائية أكثر من 30 يوم بنسبة 8%.

الشكل رقم 3: يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدة الاستشفاء

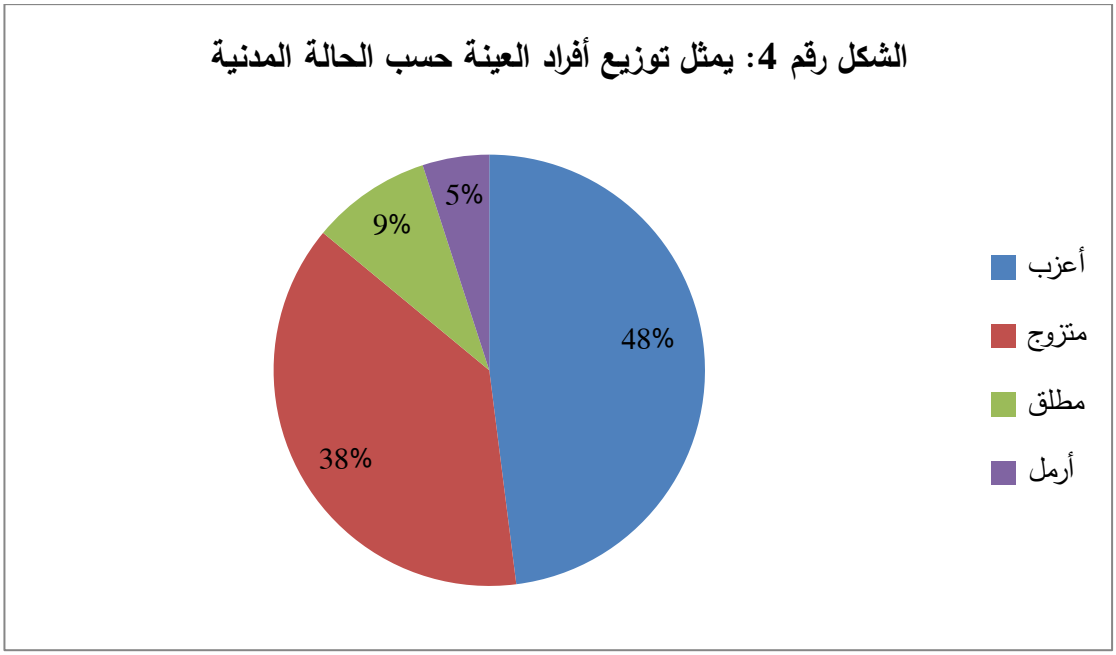


الجدول رقم(4): يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
أعزب	48	%48
متزوج	38	%38
مطلق	9	%9
أرمل	5	%5
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان اعلى نسبة للمبحوثين (المرضى) تتمثل في عزاب بنسبة 48%، وتليها نسبة المتزوجين بنسبة 38% ، كما قدرت نسبة المطلقين 9%، وتمثلت أقل نسبة في أرامل المتوافدين نحو المؤسسات الاستشفائية بنسبة 5%.

الشكل رقم 4: يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

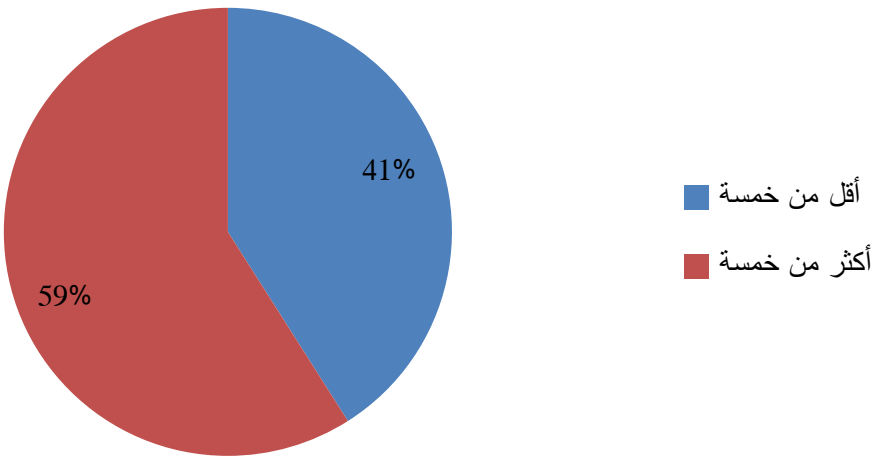


الجدول رقم (5): يبين توزيع عدد أفراد أسرة المبحوث

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
أقل من خمسة	41	%41
أكثر من خمسة	59	%59
المجموع	100	%100

من الجدول نلاحظ ان عدد أفراد الأسر المرضى ، حيث قدرت اكبر نسبة الأفراد الذين يترواح عدد أفراد أسرهم أكثر من خمسة أفراد بنسبة 59% ، وتالتها نسبة أفراد الذين يترواح عدد أفراد أسرهم اقل من خمسة أفراد بنسبة 41%.

الشكل رقم 5: يمثل توزيع عدد أفراد أسرة المبحوث

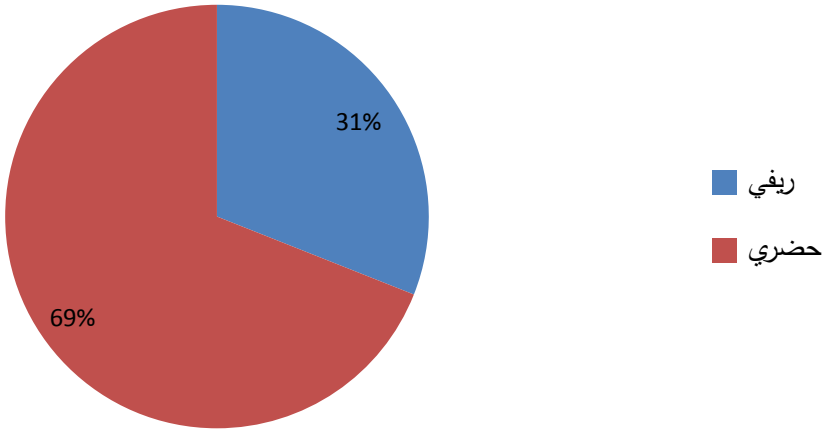


الجدول رقم (6): يبين توزيع أفراد العينة حسب الأصل الجغرافي

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
ريفي	31	%31
حضري	69	%69
المجموع	100	%100

نلاحظ من جدول ان أعلى نسبة الأصل الجغرافي للمبحوثين (المرضى) تمثلت في الأصل الحضري بنسبة 69 % ، وتلتها الأصل الريفي بنسبة 31% ، وهذا راجع إلى أن بعض المؤسسات الاستشفائية المدروسة تقع في المدينة من جهة ولصعوبة تنقل المواطن الريفي للمدينة من اجل تلقي العلاج من جهة اخرى.

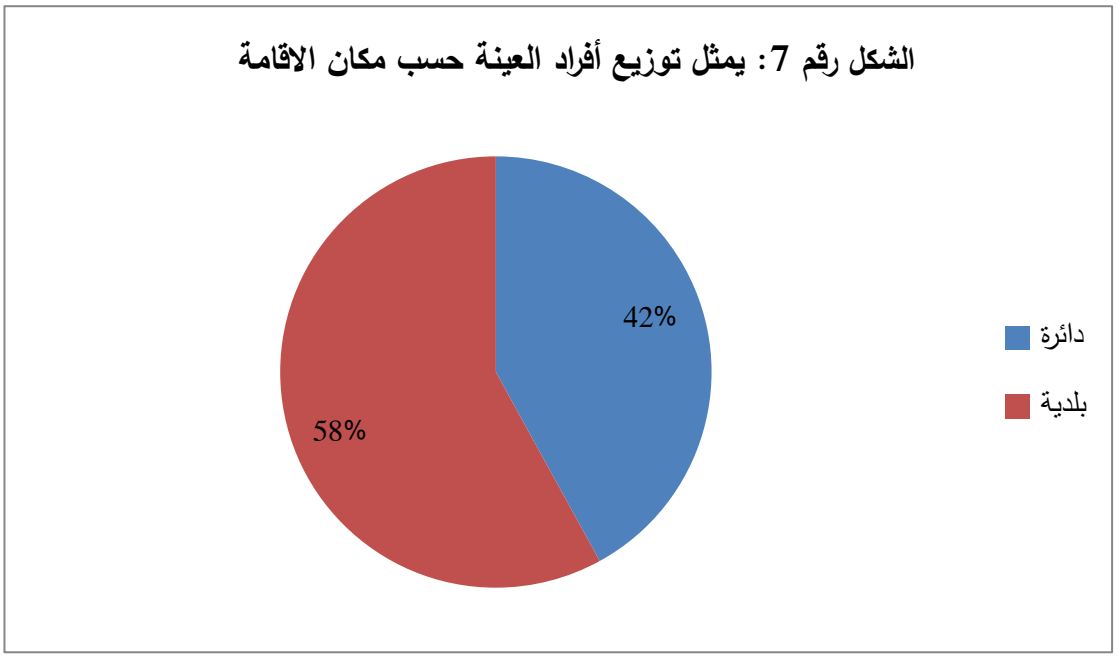
الشكل رقم 6: يمثل توزيع أفراد العينة حسب الأصل الجغرافي



الجدول رقم (7): يبين توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
دائرة	42	%42
بلدية	58	%58
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول معظم أفراد العينة المدروسة حول مكان إقامتهم حيث يقطنون في بلدية 58% ، في حين نسبة 42% يقطنون في دوائر الولاية وهذا راجع لبعد المسافة عن المؤسسات العلاجية .



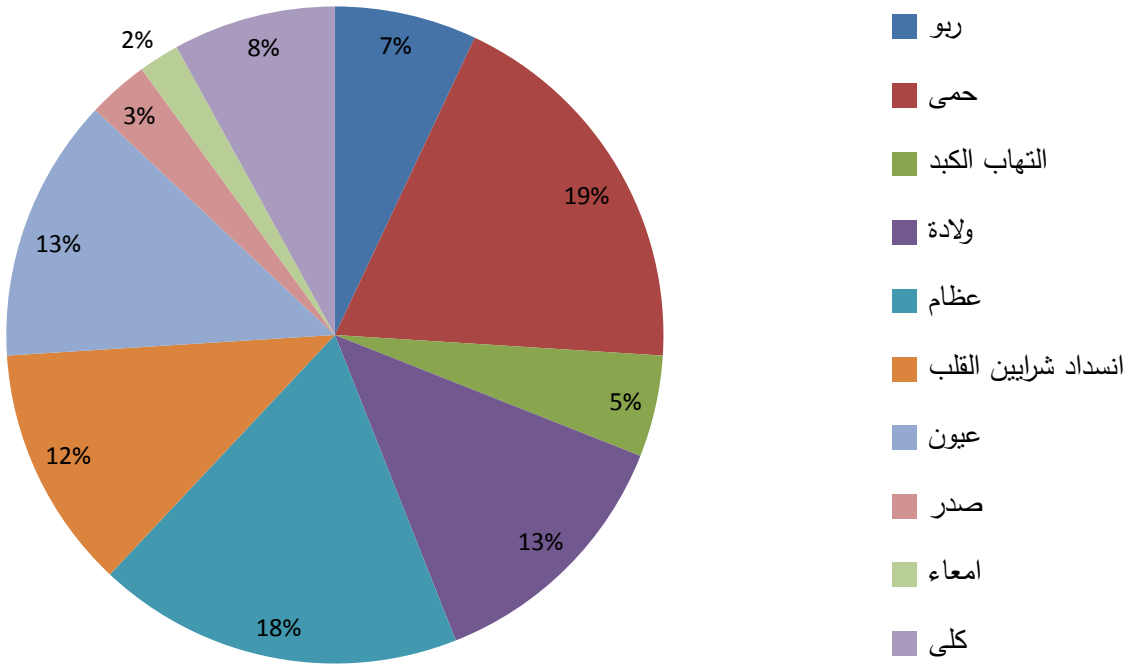
الجدول رقم (8): يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض(سبب الاستشفاء)

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
ربو	07	%7
حمى	19	%19
التهاب الكبد	05	%5
ولادة	13	%13
عظام	18	%18
انسداد شرايين القلب	12	%12
عيون	13	%13
صدر	03	%3
أمعاء	02	%2
كلى	08	%8
المجموع	100	%100

من الجدول نلاحظ ان اعلى نسبة في الجدول، المرضى الذين كانو سبب استشفاهم مرض الحمى بنسبة 19%، وتلتها مباشرة نسبة المبحوثين الذين التحقو الذين يعانون مرض المفاصل

والعظام بنسبة 18%، وتلتها نسبة افراد المجتمع بنسبة 13% سبب استشفائه بين بين امراض النساء والتوليد ومرض العيون ،ثم تلتها نسبة المبحوثين الذين سبب استشفائهم مرض القلب والشرايين بنسبة 12%، وتلتها مرض الكلى بنسبة 8% والربو بنسبة 7% و التهاب الكبد بنسبة 5% والصدر بنسبة 3% واقلها سبب الاستشفاء الامعاء بنسبة 2%. ويرجع ارتفاع انتشار مرض الحمى يعود الى عدة ظروف منها تلوث المحيط وشكل المسكن وظروف مناخية للمنطقة من جهة اخرى ،وتليها امراض العظام والمفاصل التي اخذت نسبة قوية داخل الوسط الحضري وهذا راجع لانتشار الحوادث المنزلية وحوادث المرورو، ومع تطور سن الفرد من جهة اخرى ،وتلتها امراض العيون وراجع لعمر الإنسان وطبيعة الوراثية من جهة أخرى ، ونفي نفس النسبة مع أمراض النساء والتوليد وذلك لان المجتمع المدوس في نمو حضري سريع ،اما الأمراض التنفسية فهي راجعة انتشار الغبار والحساسية لان طبيعة المنطقة صحراوية امراض الداخلية في امعاء والكلى وغيرها راجع لنظام الغذائي الغير السليم للانسان وتغير نمط الحياة .

الشكل رقم 8: يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض

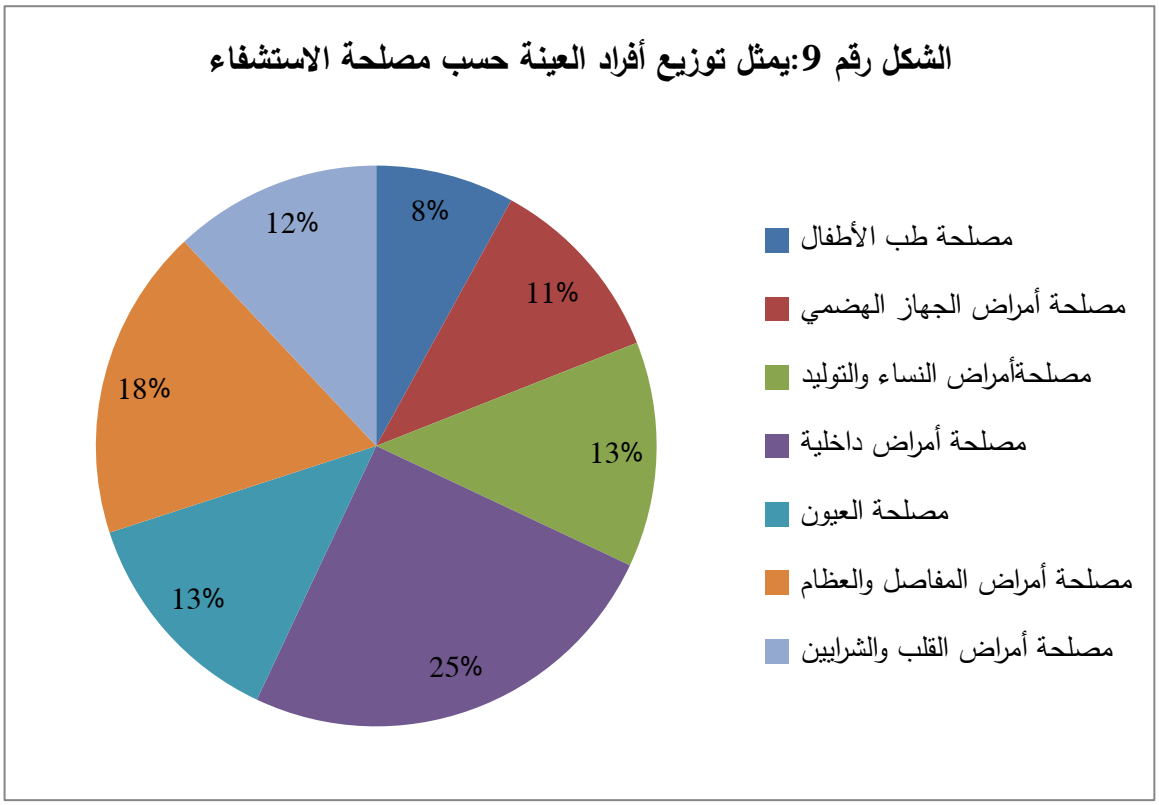


الجدول رقم (9): يبين توزيع أفراد العينة حسب مصلحة الاستشفاء

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
مصلحة طب الأطفال	08	%8
مصلحة أمراض الجهاز الهضمي	11	%11
مصلحة أمراض النساء والتوليد	13	%13
مصلحة أمراض داخلية	25	%25
مصلحة العيون	13	%13
مصلحة أمراض المفاصل والعظام	18	%18
مصلحة أمراض القلب والشرايين	12	%12
المجموع	100	%100

نلاحظ أن أعلى نسبة من أفراد المجتمع المدروس (المرضى) تداولوا على مصلحة أمراض الداخلية بنسبة 25% ، ثم تلتها نسبة أفراد المجتمع المدروس في مصلحة المفاصل والعظام بنسبة 18%، ثم كل من مصلحة العيون ومصلحة أمراض النساء والتوليد بنسبتين متساويتين 13%، ليتوزع أفراد المجتمع المدروس على باقي المصالح (أمراض الجهاز الهضمي، طب الأطفال، أمراض القلب والشرايين) والجدول أعلاه يوضح ذلك .

الشكل رقم 9:يمثل توزيع أفراد العينة حسب مصلحة الاستشفاء



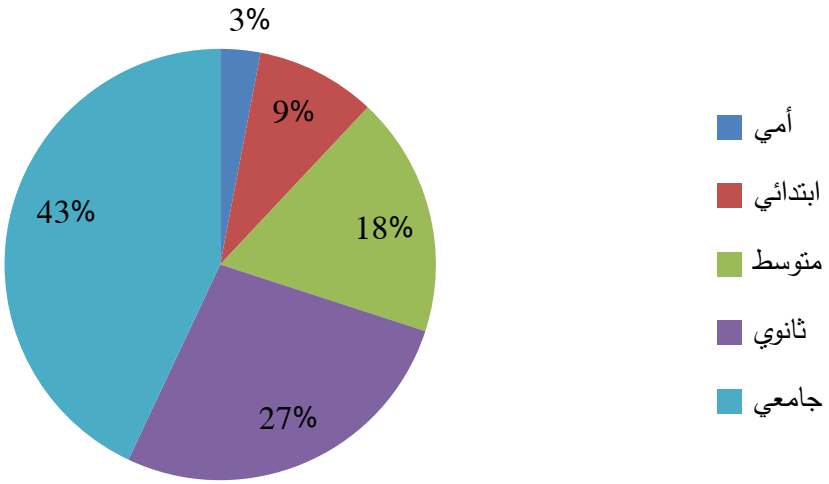
الجدول رقم (10): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
أمي	3	%3
ابتدائي	9	%9
متوسط	18	%18
ثانوي	27	%27
جامعي	43	%43
المجموع	100	%100

يشير الجدول أعلاه أن المستوى التعليمي أهم عامل في تقدير الظروف والأوضاع الاجتماعية خاصة فيما يتعلق الأمر بالمستوى الصحي ، حيث يتضح في ان اعلى نسبة للجامعيين بنسبة 43% ، وتلتها نسبة 27% لأفراد العينة في المستوى الثانوي ،ونسبة 18% و9% على المستويين المتوسط وابتدائي ، وأخيرا بنسبة قليلة على أفراد العينة الأميين بنسبة 3%، وهذا يبين لنا مدى تأثير المستوى التعليمي على الثقافة الصحية ،وهذا راجع لتوفر

فرص التعليم وخاصة فيما يخص الاناث الذين هاجرو من ريف إلى المدينة ، كما نلاحظ تفوق المرأة على الرجل في الالتحاق في الجامعة وهذا راجع لقلة الأعباء المالية بالنسبة للمرأة وطموحها في تحقيق التفوق والاستقلالية .

الشكل رقم 10: يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي



الجدول رقم (11): يبين توزيع أفراد العينة حسب الوضعية الشخصية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
مشتغل	36	%36
متقاعد	5	%5
بطال	4	%4
طالب	31	%31
ربة بيت	24	%24
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان اعلى نسبة للوضعية الشخصية للمرضى هي للمشتغلين بنسبة 36%، ثم تليها نسبة الطلبة بنسبة 31%، وثم تليها ربات البيوت بنسبة قدرت 24%، ثم المتقاعدين

بنسبة 5% وآخرها البطالين بنسبة 4%. وهدا راجع لتكوينه المجتمع الحضري المدروس حيث يتمثل افراده اما مشتغلون او ربات بيوت او طلبة.

الجدول رقم (12): يبين توزيع أفراد العينة حسب المهنة

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
أعمال حرة	12	%12
خدمات	11	%11
صناعة	07	%7
أعمال زراعية	06	%6
المجموع	36	%36

من خلال ملاحظة الجدول :نلاحظ الفروق الفردية لطبيعة الوظائف الممارسة لأفراد المجتمع المدروس ، حيث تشير الدراسة ان اغلب أفراد العينة يشتغلون في في قطاع أعمال الحرة بنسبة 12% ، وهذا راجع لصعوبة الحياة وعدم توفر مناصب العمل في القطاع العام ، وتليها الخدمات بنسبة 11%، ثم تليها الصناعة بنسبة 7% واخير أعمال الزراعية ، وهذا ما يفسر المداخيل المتدنية للأسر ، حيث اغلب افراد العينة اكدوا ان الدخل لا يكفي لتلبية حاجيات الاسرة .

الجدول رقم (13): يبين توزيع المرضى المبحوثين حسب كيفية التحاقهم بهذه المؤسسات الصحية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
معارف (الوساطة)	21	%21
بطريقة شخصية	38	%38
عن طريق الأهل	41	%41
المجموع	100	%100

من خلال الجدول نلاحظ ان معظم افراد العينة التحقوا بمؤسسات الاستشفائية للاستشفاء عن طريق الأهل بنسبة قدرت ب41%، تلتها نسبة أفراد العينة الذي ن التحقوا بهذه المؤسسات بطريقة شخصية بنسبة 38% ، ثم تلتها نسبة الذين التحقوا بمؤسسة عن طريق معرفهم بنسبة 21% ، وهذا راجع حسب تصريح افراد العينة ان معظم التحقاكم يكون طريق احد افراد الاسرة او الاقارب الذي يكون بدوره يعمل داخل هذه المؤسسات الاستشفائية كل حسب منصبه.

المحور الثاني:نقص الوسائل البشرية من أطباء وممرضين في المؤسسة العلاجية يؤدي إلى نقص الخدمة الصحية

الجدول رقم(14): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول كيفية رؤيتهم لعدد الأطباء مقارنة بالمرضى

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
كاف	36	%36
غير كاف	64	%64
المجموع	100	%100

من خلال الجدول : نلاحظ فيما يخص مدى كفاية المؤسسة الاستشفائية بمقارنة بأعداد المرضى ، حيث نجد ان اكثر من نصف أفراد العينة ان عدد غير كافي بنسبة قدرت ب 64%، تليها نسبة الذين يرون ان عدد افراد أطباء كافي بنسبة 36%، ويعود ان معظم أفراد يلتجئون حسب قولهم للقطاع الخاص او انتظار دورهم لمدة طويلة .

الجدول رقم(15): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول مستوى الرعاية الطبية بالمؤسسة العلاجية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
جيدة	9	%9
حسنة	44	%44
عادية	35	%35
سيئة	12	%12
المجموع	100	%100

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان مستوى الرعاية الطبية التي تلقاها افراد العينة داخل المستشفى ، حيث كانت إجابات المرضى حول الرعاية الطبية انها كانت حسنة بنسبة 44% ، وتليها مستوى الرعاية بصفة عادية بنسبة 35%، ثم تلتها بصفة سيئة بنسبة 12%، وقد رؤوا نسبة 9% ان مستوى الرعاية الطبية تتم بصفة جيدة وهذا راجع لقلة الامكانيات وقلة افراد الطاقم الطبي كما صرحنا في (الجدول رقم 14) والعديد الكبير للمرضى من جهة اخرى .

الجدول رقم(16):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول توفر الأطباء المختصين في المؤسسة العلاجية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	**63**	**%63**
لا	**37**	**%37**
المجموع	**100**	**%100**

نلاحظ من جدول أعلاه أن معظم أفراد العينة قد صرحوا بتوفر الأطباء المختصين في المؤسسة العلاجية وذلك بنسبة 63%، وتلتها الإجابة بعدم توفر الأطباء بنسبة 37%.

الجدول رقم (17): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول كفاية عدد الأطباء المختصين

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	22	%22
لا	78	%78
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول اعلاه انه اتجهت اغلب الاجابات حول عدم كفاية الأطباء المختصين بنسبة قدرها 78%، في حين قدرت نسبة الذين يرون أنها كافية ب22% وهذا الفرق كبير وهذا يرجع إلى نقص في الطاقم الطبي المختص بالمؤسسات العلاجية في مجتمعنا الحضري.

الجدول رقم (18): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول كيفية علاقتهم بالأطباء

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
جيدة	12	%12
حسنة	38	%38
عادية	34	%34
سيئة	16	%16
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه نسبة أفراد المجتمع المدروس كانت علاقتهم بالأطباء حسنة بنسبة قدرها 34% ، في حين تلتها نسبة علاقة عادية 34% ، ونسبة علاقة جيدة ب12% ، وأخيرا بنسبة 16% علاقة سيئة بين المرضى و الأطباء .

الجدول رقم (19): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيهم في مدى اهتمام الطبيب بحالتهم الصحية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
مهتم	23	%23
مهتم نوعا ما	66	%66
غير مهتم	11	%11
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان اغلب المرضى المستجوبون ان الاطباء المعالجين مهتمين نوعا ما بحالتهم الصحية بنسبة قدرها 66%، بينما يرى 23% ان الطبيب المعالج مهتم بالحالة الصحية للمرضى ، في حين اعتبر 11% ان الطبيب المعالج غير مهتم بالحالة الصحية .

الجدول رقم (20): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيتهم لعدد الممرضين مقارنة بعدد المرضى

الاحتمالات	التكرار	النسبة
كاف	38	%38
غير كاف	62	%62
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول فيما يخص كفاية عدد الممرضين في المؤسسة الاستشفائية بالمقارنة مع اعداد المرضى ، نجد ان اكثر من نصف افراد العينة يرون انه غير كافي بنسبة قدرت ب62% ،وفي حين كانت نسبة الذين انه عدد كافي 38% ، ويعود ذلك لعدد الكبير للمرضى الذي لم يستوعب كل الممرضيين .

الجدول رقم (21):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول ما إذا كان هناك استجابة فورية من طرف الممرضين لاحتياجاتهم

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	41	%41
لا	59	%59
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول انه اتجهت اغلب اجابات المبحوثين حول عدم وجود استجابة فورية لاحتياجاتهم من طرف الممرضين داخل المؤسسة الاستشفائية بنسبة قدرها 59%،وهي نسبة كبيرة تمثل اغلب افراد المجتمع المدروس ، في يرى 41% انه هنالك استجابة فورية للمرضيين الاحتياجاتهم التمريضية .

الجدول رقم (21-1): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول سبب ما إذا لم يكن هناك استجابة فورية من طرف الممرضين

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
للعدد الكبير للمرضى	34	%34
قلة الممرضين	28	28
عدم الاهتمام	22	%22
لا أعلم	16	%16
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان سبب عدم استجابة الفورية للمرضين للحاجيات التمريضية للمرضى : حيث يرى عدد كبير من المبحوثين يعود السبب الى العدد الكبير للمرضى بنسبة قدرها 34% ، في حين ترى فئة اخرى يعود سبب الى قلة الممرضين بنسبة قدرت ب 28% ، تلتها فئة

رأت ان السبب يعود الى عدم اهتمام الممرضين لهم نسبة 22%، وتمثلت نسبة 16% في الاجابة ب لا اعلم .

الجدول رقم (22):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول كيفية علاقتهم بالممرضين

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
جيدة	12	%12
حسنة	47	%47
عادية	35	%35
سيئة	6	%6
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان العدد الكبير من افراد المجتمع المدروس ان معاملة ولباقة الطاقم التمريضي كانت حسنة بنسبة قدرها 47% ، وهي نسبة لباس بيها تدل حسن معاملة المرضى من طرف الممرضين ، بينما يرى 35% ان معاملة الممرضين كانت عادية ،في حين رأى 12% انها كانت جيدة ، وراى 6% فقط ان معاملة الممرضين كانت سيئة .

الجدول رقم (23): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيهم في كيفية الاستقبال لدى دخولهم المؤسسة العلاجية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
جيدة	20	%20
حسنة	39	%36
عادية	34	%34
سيئة	7	%7
المجموع	100	%100

من الجدول نلاحظ بخصوص رأى المرضى في كيفية الاستقبال عند دخولهم المؤسسة الاستشفائية ، اتجهت اراء نسبة كبيرة منهم قدرها 39% حيث راؤو ان الاستقبال كان جيدا ، بينما 34% من المرضى المستجوبون رأو ان الاستقبال كان عاديا ،في حين رأى 20 % منهم ان الاستقبال كان جيدا ،كما كانت نسبة 7% رأت ان الاستقبال كان سيئا .

الجدول رقم (24): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول درجة رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الأطباء في المؤسسة العلاجية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
راضي	43	%43
غير راضي	57	%57
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول حول رأي المبحوثين (المرضى) حول درجة رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الأطباء في المؤسسة العلاجية ، حيث اتجه اكثر من نصف أفراد العينة بنسبة قدرها 57% على أنهم غير راضين عن الخدمات الصحية التي يقدمها الأطباء للمرضى ،بينما رأى 43% أنهم راضين عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الأطباء في المؤسسة العلاجية .

الجدول رقم (25): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول درجة رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الممرضين في المؤسسة العلاجية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
راضي	38	%38
غير راضي	62	%62
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان اغلب الاجابات المجتمع المدروس اتجهت انهم غير راضين عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الطاقم التمريضي في المؤسسة العلاجية ، بينما رأى 38% انهم راضين عن الخدمات الصحية من طرف الممرضين في المستشفى .

المحور الثالث: نقص الوسائل المادية بالمؤسسة العلاجية يؤدي إلى نقص الخدمات الصحية أو عدم فعاليتها

الجدول رقم (26): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول امتلاك المؤسسة العلاجية للتجهيزات الطبية والمعدات التقنية الحديثة

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	34	%34
لا	66	%66
المجموع	100	%100

من الجدول نلاحظ انه اتجهت أكثر من نصف إجابات أفراد المجتمع المدروس حول عدم امتلاك المؤسسة العلاجية لتجهيزات الطبية و المعدات التقنية الحديثة بنسبة قدرها 66% ، في حين رأي 34% من أفراد المجتمع أن المؤسسة العلاجية تمتلك التجهيزات الطبية والمعدات التقنية الحديثة .

الجدول رقم (26-1): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول الأجهزة الغير متوفرة بالمؤسسة العلاجية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
أجهزة تحاليل	18	%18
أجهزة تشخيص	25	%25
أخرى	23	%23
المجموع	66	%66

نلاحظ من الجدول أعلاه حول الأجهزة غير متوفرة في المؤسسة الاستشفائية ،حيث اتجهت معظم الإجابات لعدم توفر أجهزة تشخيص بنسبة قدرها 25% ، في حين رأى فئة اخرى ان اجهزة تحاليل بنسبة 18% ، بينما نسبة 23% رأت أن المؤسسة العلاجية لا تتوفر على اجهزة اخرى .

الجدول رقم(27): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول توفير المؤسسة العلاجية الأدوية اللازمة التي يحتاجها المريض أثناء مكوثهم هناك

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	44	%44
لا	56	%56
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ادناه ان معظم اجابات المرضى اتجهت نحو عدم توفر المؤسسة العلاجية للأدوية اللازمة التي يحتاجها المريض بنسبة قدرها 56% ، في حين قدرت نسبة 44% بالاجابة بتوفر المؤسسة العلاجية للأدوية التي يحتاجها المريض.

الجدول رقم (27-1):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول سبب عدم توفير المؤسسة العلاجية للأدوية اللازمة التي يحتاجها المرضى أثناء مكوثهم هناك

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
يتم توزيعها وساطة	20	%20
نقص الإمكانيات	11	%11
لاستيرادها من الخارج	25	%25
المجموع	56	%56

نلاحظ من في سبب عدم توفير المؤسسة العلاجية لدواء اللازم للمرضى اثناء مكوثهم هناك ، حيث يرى 25% من افراد المجتمع المدروس لاستيرادها من الخارج وعدم القدرة

على توفيرها في بعض الأحيان ، في حين تلتها 20% على انه يتم توزيعها بوساطة ، ورأى آخرون بأن عدم توفير الأدوية اللازمة للمريض أثناء مكوثه في المستشفى إلى نقص الإمكانيات بالمؤسسة العلاجية بنسبة قدرها 11% .

الجدول رقم (28): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول قيام المؤسسة العلاجية بتقديم وجبات غذائية صحية لهم مواتية لظروفهم الصحية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	61	%61
لا	39	%39
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول انه اتجهت إجابات معظم المجتمع المدروس الى اعتبار ان الوجبات الغذائية المقدمة لهم مواتية لظروفهم الصحية بنسبة قدرها 61% ،في حين رأت فئة أخرى بأن الوجبات الغذائية غير مواتية لظروفهم الصحية بنسبة 39%.

الجدول رقم (28-1): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول سبب عدم قيام المؤسسة العلاجية بتقديم الوجبات الغذائية الصحية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نقص الإمكانيات	15	%15
يتم سرقتها	10	%10
لا أعلم	14	%14
المجموع	39	%39

نلاحظ من الجدول ان سبب عدم تقديم المؤسسة العلاجية لوجبات صحية للمرضى ،حيث يرجع افراد العينة في ان السبب في نقص إمكانيات المؤسسة العلاجية بنسبة 15% ، في حين

تلتها نسبة 10% يرجع السبب في عدم توفر الوجبات الصحية إلى أنه يتم سرقتها ، في حين أتت نسبة 14% بالإجابة ب"لا اعلم" من طرف المرضى ويتم تقديمها من طرف الأقارب .

الجدول رقم (29): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول تقديم الأكل لهم في الوقت والمواعيد المحددة

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	57	%57
لا	04	%4
المجموع	61	%61

من الجدول نلاحظ ان معظم اجابات المرضى اتجهت نحو انه يتم تقديم الوجبات الغذائية في الوقت والمواعيد المحددة بنسبة قدرها 57%وهي نسبة كبيرة تمثل أكثر من نصف أفراد المجتمع المدروس، وتلتها نسبة 4% غير بالاجابة في عدم تقديم الوجبات للمرضى في الوقت والمواعيد المحددة .

الجدول رقم (30): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول توفير الفراش الملائم لهم

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	63	%63
لا	37	%37
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول انه بلغت نسبة المرضى الذين يرون ان المؤسسة العلاجية توفر الفراش الملائم لهم بنسبة قدرها 63% ، في حين اتت نسبة 37% بالاجابة في ان المؤسسة العلاجية لا توفر الفراش الملائم للمرضى اثناء مكوثهم فيها .

الجدول رقم (31): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيتهم بأن المؤسسة العلاجية تحرص على نظافة جميع مرافقها لسلامتهم

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	52	%52
لا	48	%48
المجموع	100	%100

من الجدول نلاحظ انه اتجهت معظم إجابات أفراد العينة حول ان المؤسسة العلاجية تحرص على نظافة جميع مرافقها لتحقيق السلامة للمريض بنسبة قدرها 52%، في حين تلتها نسبة 48% التي صرحت الا ان المؤسسة العلاجية لا تحرض على نظافة مرافقها ولا تحقق السلامة للمرضى .

الجدول رقم (32): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول توفير المؤسسة العلاجية الهدوء اللازم لهم من أجل راحتهم

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	73	%73
لا	27	%27
المجموع	100	%100

من الجدول نلاحظ ان اكثر من نصف افراد المجتمع المدروس اجابو بان المؤسسة العلاجية توفر لهم الهدوء اللازم من اجل راحتهم بنسبة قدرها 73%، في حين تلتها نسبة 27% باجابة لا توفر المؤسسة العلاجية الهدوء اللازم من اجل راحتهم .

الجدول رقم (33): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول توفير المؤسسة العلاجية الأمان والسلامة لهم

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	72	%72
لا	28	%28
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان معظم افراد المجتمع المدروس صرحوا ان المستشفى توفر لهم الامن والسلامة بنسبة قدرها 72%، وجاءت نسبة 28% في الاجابة لا توفر لهم المؤسسة العلاجية الامن والسلامة اثناء مكوثهم فيها .

الجدول رقم (34): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول توفير المؤسسة العلاجية المرافق الضرورية

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	65	%65
لا	35	%35
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان معظم العينة المدروسة فيما يخص حول توفير المؤسسة العلاجية للمرافق الضرورية بنسبة 65% ،في قدرت نسبة 35% بالاجابة لا توفر المستشفى المرافق الضرورية التي يحتاجها المرضى .

المحور الرابع: عدد المرضى الكبير الملتحقين بالمؤسسة العلاجية يؤثر على نوعية الخدمات الصحية

الجدول رقم (35): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول عدد المرضى في الغرفة

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
1	11	%11
2	16	%16
3	37	%37
4	22	%22
أكثر من 4	14	%14
المجموع	100	%100

من الجدول نلاحظ ان عدد المرضى في الغرفة (3) كانت بنسبة 37%، تلتها عدد المرضى (4) بنسبة 22% ، في حين عدد المرضى (2) بنسبة 16% ، وتلتها عدد المرضى اكثر من (4) مريض بنسبة قدرها 14% ، في حين نسبة وجود مريض واحد في الغرفة بنسبة قدرها 11%.

الجدول رقم (36):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيتهم لعدد المرضى في كل غرفة

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
عدد كبير	17	%17
عدد مقبول	26	%26
عدد متوسط	31	%31
عدد قليل	26	%26
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول فيما يخص رأي افراد المجتمع المدروس عدد المرضى في الغرف بعدد متوسط بنسبة 31% ،و تلتها في نفس المرتبة في عدد قليل وعدد متوسط بنسبة قدرها 26%،في حين نسبة 17% رأت ان عدد المرضى كبير.

الجدول رقم (37):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيتهم بان هناك اكتظاظ بغرف المؤسسة العلاجية مقارنة بعدد المرضى الملتحقين بها

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	57	%57
لا	43	%43
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول فيما يخص راي المرضى حول وجود اكتظاظ بغرف المؤسسة العلاجية مقارنة بعدد المرضى الملتحقين بيها ، حيث صرح اكثر من نصف عدد افراد العينة ان هنالك اكتظاظ في الغرف بنسبة قدرها 57% ، في حين تلتها الاجابة لا 43% .

الجدول رقم (38):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيتهم إن كان نقص الخدمة الصحية يعود إلى العدد الكبير للمرضى

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	54	%54
لا	46	%46
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان افراد المجتمع المدروس كانت اجاباتهم حول رأيهم نقص الخدمة الصحية يعود الى العدد الكبير للمرضى بنسبة قدرها 54%، وتلتها نسبة 46% بالاجابة لا يعود نقص الخدمة الصحية في المؤسسة العلاجية الى العدد الكبير للمرضى .

الجدول رقم (39):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيتهم إن كان نقص الخدمات الطبية يعود إلى العدد الكبير للمرضى

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	54	%54
لا	46	%46
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان افراد المجتمع المدروس كانت اجاباتهم حول رأيهم نقص الخدمة الطبية يعود الى العدد الكبير للمرضى بنسبة قدرها 54%، وتلتها نسبة 46% بالاجابة لا يعود نقص الخدمة الطبية في المؤسسة العلاجية الى العدد الكبير للمرضى .

الجدول رقم (40):يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول رأيتهم إن كان نقص الخدمات التمريضية يعود إلى العدد الكبير للمرضى

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	66	%66
لا	34	%34
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول ان افراد المجتمع المدروس كانت اجاباتهم حول رأيهم نقص الخدمة التمريضية يعود الى العدد الكبير للمرضى بنسبة قدرها66 %، وتلتها نسبة 43% بالاجابة لا يعود نقص الخدمة الطبية في المؤسسة العلاجية الى العدد الكبير للمرضى.

الجدول رقم (41): يبين توزيع إجابات المرضى المبحوثين حول توفير المؤسسة العلاجية لسيارات الإسعاف كافية لتلبية طلبات المرضى في المنطقة

الاحتمالات	التكرار	النسبة %
نعم	42	%42
لا	58	%58
المجموع	100	%100

نلاحظ من الجدول فيما يخص توفير المؤسسة العلاجية لسيارات الاسعاف كافية لتلبية حاجيات المرضى في المنطقة ، حيث صرح معظم افراد العينة صرحوا بالاجابة لا توفر المؤسسة العلاجية سيارات الإسعاف لتغطية حاجيات المواطنين بنسبة قدرها 58% ، في حين تلتها نسبة 42% بالاجابة نعم .

ثانيا: تفسير النتائج على ضوء الفرضيات

انطلقنا في بحثنا هذا بتساؤل رئيسي حول واقع الخدمات الصحية في المؤسسات العلاجية في المجتمع الحضري طرحنا الإشكالية ومجموعة أسئلة فرعية وقد أجبنا بفرضية عامة وفرضيات جزئية كإجابة أولية، بأن العوامل التي تؤثر على الخدمات الصحية في المؤسسات العلاجية هي عوامل مادية و بشرية مؤدية إلى نقص الخدمة الصحية وعدد المرضى الكبير الملتحق بالمؤسسات العلاجية يؤدي إلى نقص الخدمات الصحية ونحاول هنا تحليل نتائج البحث الميداني وتفسيرها سوسيولوجيا ومقارنتاها بالدراسات السابقة، ونخلص إلى نتيجة عامة تجيب على إشكالية البحث.

1-تفسير النتائج على ضوء الفرضية الأولى:

من خلال الفرضية الأولى التي أقرت بأنها عوامل متصلة بالمؤسسة العلاجية ومتمثلة في نقص الوسائل البشرية من أطباء وممرضين والمؤدية إلى نقص الخدمات الصحية وحسب النتائج التي توصلنا إليها وجدنا:

أن عدم كفاية الأطباء مقارنة بأعداد المرضى الملتحقين بالمؤسسات العلاجية وكذا توفر الأطباء المختصين وعدم كفايتهم بالمؤسسات العلاجية، والعلاقة الحسنة و نقص الاهتمام بالمرضى من طرف الأطباء دلالة على أن هناك نقص واضح بالخدمة الطبية بمؤسساتنا العلاجية، كذلك عدم كفاية الممرضين الذي يرجع إلى العدد الكبير للمرضى وقلة الممرضين بالمؤسسات ودرجة الرضا المنخفضة عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الممرضين والأطباء دلالة واضحة على أن هناك وسائل بشرية في مؤسساتنا العلاجية ولكن قليلة مقارنة بالمرضى أدى وبشكل مباشر إلى نقص الخدمة الصحية الطبية والتمريضية المتجهة للمريض وبذلك فان الفرضية الأولى صحيحة.

2-تفسير النتائج على ضوء الفرضية الثانية:

من خلال الفرضية الثانية التي أقرت هي الأخرى بأنها عوامل متصلة بالمؤسسة العلاجية ومتمثلة في نقص الوسائل المادية من أجهزة ومعدات بالمؤسسة العلاجية والتي تؤدي إلى نقص الخدمات الصحية أو عدم فعاليتها وحسب النتائج التي توصلنا إليها وجدنا بأن :

هناك نقص كبير في الأجهزة والمعدات التقنية الحديثة والأدوية الغير متوفرة وهذا راجع لنقص الإمكانيات، وحتى وان وفرت يكون توزيعها غير عادل على المرضى وهذا حسب إجابات أفراد العينة. أما بالنسبة لتوفير الأغذية، الأفرشة الملائمة، النظافة، الهدوء والأمان والمرافق الضرورية فلا يوجد نقص بمؤسساتنا العلاجية وان كان هناك فهو بنسبة قليلة وهذا راجع لحرص الطاقم الطبي على توفير الراحة للمريض، وهذا دلالة على صحة الفرضية الثانية.

3-تفسير النتائج على ضوء الفرضية الثالثة:

من خلال الفرضية الثالثة والتي أقرت بأن عدد المرضى الكبير الملتحقين بالمؤسسة العلاجية يؤثر على نوعية الخدمات الصحية وحسب النتائج المتوصل إليها وجدنا :

أن هناك تأثير من العدد الكبير للمرضى على نوعية وجودة الخدمة الصحية والطبية والتمريضية وهذا راجع للاكتظاظ بغرف وأروقة المؤسسات العلاجية وصفوف الانتظار الطويلة التي لاحظناها من خلال زياراتنا المتكررة للمؤسسات الاستشفائية وعدم كفاية سيارات الإسعاف لتلبية طلبات مرضى المنطقة وهذا بسبب نقص الإمكانيات البشرية والمادية الواضح (الفرضية الأولى والثانية) وبالتالي الفرضية الثالثة صحيحة هي الأخرى.

4- تفسير النتائج على ضوء الفرضية العامة:

كانت الفرضية العامة هي العوامل التي تؤثر في الخدمات الصحية في المؤسسات العلاجية بالمجتمع الحضري المادية والبشرية ومن خلال الإجابة على الفرضية الجزئية الأولى والثانية والثالثة تبين بأن واقع الخدمة الصحية بمؤسساتنا العلاجية في مجتمعنا الحضري قد تأثرت بالعدد الكبير للمرضى ونقص الوسائل المادية و نقص الوسائل البشرية اللازمة بالمؤسسات

العلاجية والتي أدت وبالضرورة إلى التأثير على نوعية وفعالية الخدمة الصحية بالمؤسسات العلاجية لمجتمعنا الحضري وبالتالي أصبح من الضروري توفير خدمات صحية مادية متضمنة في الأجهزة التشخيصية وأجهزة التحاليل والأدوية ووسائل بشرية تتمثل في الأطباء والممرضين وحتى عمال النظافة من أجل توفير السلامة والراحة للمرضى حتى تتناسب مع حجم وعدد السكان الحالي والمستقبلي للولاية.

إما دراسة زروالية رضا ومن خلال النتائج تبين بأن الواقع الحضري هو الذي يؤثر مباشرة في اتجاه واحد على المستوى الصحي، وهذا الأخير يكون تأثيره بسيط على الواقع الحضري وبنجاح المنظومة الصحية وتحقيق أهدافها والتكفل التام بالمرضى وفق سياسة صحية واضحة يجب أولا إعادة تخطيط الواقع الحضري للمدينة الجزائرية التي تعاني الفوضى وعدم الانسجام المكاني، فمهما كانت السياسة الصحية قوية فلن تكون فعالة وتبلغ أهدافها الكبرى إلا بوضع سياسة تخطيطية حضرية واضحة وقوية.

الخاتمة

تشكل صحة الفرد الهدف الأساسي لكل المجتمعات الإنسانية كونها العامل الفعال لبقاء الفرد عضوا حيويا منتجا في مجتمع يسعى إلى التطور وفي مرحلة تحول على عدة مستويات اقتصادية واجتماعية وصحية .

وهنا يمكن القول أن ما توصلنا إليه من خلال هذا التطور الذي تشهده الجزائر في مؤسساتها الاجتماعية بما فيها العلاجية التي تعتبر من أهم مؤسسات المجتمع لما تؤديه من دور في الحفاظ على توازن المجتمع الحضري خاصة بتأديتها وظيفة تقديم الخدمات الصحية وعلاج المرضى التي هي عمل إنساني قبل أن يكون وظيفة مقابل الأجر، وما توصلنا إليه في هاته المؤسسات أن النمو الديموغرافي الحاصل في المجتمع الحضري والتوجه الكبير من المرضى للمؤسسات الصحية يقابله نقص في الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية المقدمة من طرف الطاقم الطبي والممرضين وهذا الأمر التي يجب على المسئولين العمل عليه ليخطي النقص الواضح في المؤسسات العلاجية، وكذا الوسائل المادية المتطورة التي تتضمن (الأدوية – أجهزة تشخيص-أجهزة تحاليل) التي استنتجنا بأنها تنقص مؤسساتنا العلاجية والتي يحتاجها المريض والمواطن في مجتمعنا الحضري .

وأخيرا فان هذا الموضوع جاء بمثابة وسيلة للتطرق إلى ما يعيشه المواطن الجزائري بصفة عامة ضمن مختلف المؤسسات الصحية التي تحتاج منا نحن الكل المساعدة للتمكن من النمو والتطور وهذا من أجل راحة وسلامة مرضانا.

قائمة المراجع

أولا-الكتب:

1-أحمد بوذراع، **التطور الحضري والمناطق المختلفة في المدن**، منشورات طبعة باتنة،2003.

2-الفاروق زكي يونس،**علم الاجتماع، الأسس النظرية وأساليب التطبيق**،مكتبة أنجلو المصرية،د ط، 1976.

3-السيد عبد العاطي السيد، **علم الاجتماع الحضري- النظرية والتطبيق-مشكلات وتطبيقات**، دار المعرفة الأزاريطة،الجزء الثاني،2000.

4-أيمن مزاهرة، **الصحة والسلامة العامة**،الشروق،ط1، الأردن ،2000.

5-ابراهيم عبد الهادي محمد المليحي، الرعاية **الطبية التأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية**،جدران المعرفة، القاهرة،2006.

6-اخلاص محمد عبد الحفيظ ومصطفى حسين باهي، طرق **البحث والتحليل الاحصائي في المجالات التربوية والنفسية والرياضية**،مركز كتاب النشر،مصر، 2000.

7-بشير عبا العلاق وحميد عبد النبي الطائي، **الخدمات مدخل استراتيجي وظيفي-تطبيقي**،دار زهران للنشر والتوزيع،عمان،1999.

8-تأليف نخبة من أساتذة قسم علم الاجتماع،**المرجع في المصطلحات الاجتماعية**،دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،ب ط،ب ت.

9-ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**،دار اليازوردي، عمان، الأردن، 2005.

10-جمال الدين ابن مكرم، **لسان العرب لابن منظور-المجلد الرابع-**، دار المعارف،القاهرة، مصر،1981.

11-جوردال مرشال، موسوعة **علم الاجتماع، ترجمة أحمد زايد وآخرون،** المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة،2000.

12-حسين عبد الواحد الشاعر،**الطب الاجتماعي والأمراض المهنية**،الدار القومية للطباعة والنشر.

13-سعد علي العنزي، **الإدارة الصحية** ،دار اليازوردي، عمان،د ط،2009.

14-سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي،** دار المعارف الجامعية، الاسكندرية، مصر،2002.

15-صبحي محمد قنوص، **دراسات حضرية-مدخل نظري-**، الدار الدولية للنشر،القاهرة، 1994.

16-فريد كورتل، **تسويق الخدمات،** كنوز المعرفة للنشر،الأردن،2008.

17-فادية عمر الجولاني، **علم الاجتماع الحضري،** مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 1993.

18-طلال بنت عابد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية،** معهد الإدارة العامة ، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2004.

19-زكي خليل المساعد،**تسويق الخدمات وتطبيقاته،** دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008 .

20- زيد حمزة،**الطب والصحة في نصف قرن المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات(تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية)**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر،2008.

21-عبد المنعم شوقي،**مجتمع المدينة(علم الاجتماع الحضري)**،دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ط7، 1981.

22-عصام الدين أمين أبو علفة، التسويق**(المفاهيم–الاستراتيجيات) النظرية والتطبيق**،جزء أول أساسي، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002.

23-عمار بوحوش، **دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية**، المؤسسة الوطنية للكتاب،الجزائر، ط2، 1990.

24-محمد ريحان، **التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث (الاتجاهات التطبيقية في إدارة المستشفيات: تقنيات نظم المعلومات)**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر ، 2004.

25-محمد بومخلوف، **التوطين الصناعي وقضاياه المعاصرة -الفكرية والتنظيمية والعمرانية والتنموية-**،دار الأمة، الجزائر،2001.

26-محمد عاطف غيث، **علم الاجتماع الحضري،مدخل نظري**،دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية،1988.

27-محمود الكردي، **التحضر دراسة اجتماعية-الكتاب الأول-**،دار المعارف، مصر، 1986.

28-نظام موسى سويدان وعبد المجيد البرواري، **إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية**، دار حامد للنشر والتوزيع،عمان، الأردن، 2008.

29-نور الدين الحاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن،2012.

30-هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، دار وائل للنشر، ط2، عمان، الأردن، 2004.

ثانيا:الدوريات والمنشورات:

1-عبد العزيز بودن، **التحضر في الجزائر**،مجلة الباحث الاجتماعي، قسم علم الاجتماع، جامعة قسنطينة، العدد5 جانفي 2004.

2-ماهر ناصر عبد الله، واقع **التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة سماوة**، كلية التربية، جامعة المثنى ، مجلة آداب الكوفة، العدد5.

3-مجلة جامعة أم القرى، **خصائص الخدمات الصحية**، العدد3، 2010.

ثالثا: الرسائل الجامعية:

1-بلمختار محمد رضا، **نسق العلاج وعقلانية الفاعلين فيه**، رسالة ماجستير،قسم علم الاجتماع،جامعة الجزائر، 1990.

2-بختة بن فرج الله، **المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة الجزائر،2001/2000.

3-حمادي عياش، **السياسة الصحية والأسرة الجزائرية**، رسالة ماجستير، علم اجتماع العائلة، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الاسلامية ، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2002/2001 .

4-حبيبة قشي،**آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية**، رسالة ماجستير،كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر،2007/2006.

5-حسيني محمد العيد، **السياسة الصحية في الجزائر**، رسالة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2013/2012.

6-حنان يحي الشريف، **تأثير نظام المعلومات على جودة نظام المؤسسات الصحية**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير،جامعة محمد خيضر،بسكرة، 2008/2007.

7-حوالف رحيمة، **تطبيق ادارة الجودة الشاملة**، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية والتسيير،جامعة أبي بكر بالقايد تلمسان، الجزائر، 2010/2009 .

8- رضا زروالية، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري**، رسالة ماجستير،علم الاجتماع الحضري، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية والإسلامية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2011/2010 .

9-عدمان مريزق، واقع **جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية** ،أطروحة دكتوراه، علوم التسيير،جامعة الجزائر،2008/2007.

10-عصماني سفيان، **دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها(المرضى)**، رسالة ماجستير، تخص علوم التسيير، فرع التسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2006/2005 .

رابعا: مراجع باللغة الفرنسية:

1-Jochen Wiertz et autre**, Marketing de services 6eme édition**, Pearson éducation, France,2009.

2-Rapport Nationale, **Population et développement en Algérie**, 2003.

3-Maurice Angers**, Initiation pratique à la méthodologie en sciences humains**, Casbah, Université Alger, 1997.

خامسا: المواقع الالكترونية:

1-**www.Darislam.com**;

المدينة الاسلامية في ضوء علم الاجتماع الحضري.

2-**www.Who.org**; organisation mondiale de la santé.

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01:استبيان موجه إلى أفراد العينة (المرضى).

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي

معهد العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

استمارة بحث حول

واقع الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية في المجتمع الحضري

دراسة ميدانية لعينة من المرضى بعدد من المستشفيات بالوادي

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع الحضري

أخي المريض أختي المريضة نود منك الإجابة عن أسئلة هذا الاستبيان بكل صدق وصراحة وروح مسؤولية حيث ان المعلومات التي تقدمها تستخدم في أغراض علمية وبحثية وسيكون لها قيمة في نتائج هذا البحث على المجتمع والمواطن .

و في أخيرا تقبلوا منا فائق الشكر واحترام والتقدير .

***ملاحظة :**الاجابة تكون بوضع العلامة (**×**) في المكان المناسب.

المحور الأول: البيانات العامة الديموغرافية:

1- الجنس : ذكر ( ) أنثى ( )

2- السن : ( )

3- مدة الاستشفاء :

- من يوم الى 10 أيام ( )
- من 11 إلى 20 : ( )
- من 21 يوم الى 30 يوم ( )
- أكثر من 30 يوم ( )

4- الحالة المدنية (العائلية):

أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( )

5- عدد أفراد أسرتك:

أقل من خمسة ( ) أكثر من خمسة ( )

6-الأصل الجغرافي:

ريفي ( ) حضري ( )

7- مكان الإقامة (دائرة - بلدية).....

8- سبب الاستشفاء(نوع المرض).....

9- مصلحة الاستشفاء.....

10-المستوى التعليمي :

أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

11-الوضعية الشخصية:

مشتغل ☐ متقاعد ☐ بطال ☐ طالب ☐ ربة بيت ☐

12- مهنتك؟.....

-13كيف التحقتم بهذه المؤسسة؟

معارف (الوساطة) بطريقة شخصية عن طريق الأهل

المحور الثاني : نقص الوسائل البشرية من أطباء وممرضين في المؤسسة العلاجية يؤدي الى نقص الخدمة الصحية

14- كيف ترى عدد الأطباء مقارنة بأعداد المرضى؟

كاف غير كاف

15- ما مستوى الرعاية الطبية بالمؤسسة العلاجية ؟

جيدة حسنة عادية سيئة

16ـ هل الأطباء المختصين متوفرين في المؤسسة العلاجية؟

نعم لا

17- هل عددهم كاف؟

نعم لا

18- كيف هي علاقتك بالأطباء؟

جيدة حسنة عادية سيئة

19- ما رأيك في مدى اهتمام الطبيب بحالتك الصحية ؟

مهتم مهتم نوعا ما غير مهتم

20- كيف ترى عدد الممرضين مقارنة بأعداد المرضى؟

كاف غير كاف

21- هل هناك استجابة فورية من طرف الممرضين لاحتياجاتك؟

نعم لا

21– 1– في حالة لا،

لماذا؟.....

22- كيف هي علاقتك بالممرضين؟

جيدة ☐ حسنة ☐ عادية ☐ سيئة ☐

23- ما رأيك في كيفية الاستقبال لدى دخولك المؤسسة العلاجية؟

جيدة ☐ حسنة ☐ عادية ☐ سيئة ☐

24- ماهي درجة رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الأطباء في المؤسسة العلاجية ؟

راضي ☐ غير راضي ☐

25- ماهي درجة رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف الممرضين في المؤسسة العلاجية؟

راضي ☐ غير راضي ☐

المحور الثالث: نقص الوسائل المادية بالمؤسسة العلاجية يؤدي الى نقص الخدمات الصحية أو عدم فعاليتها؟

26- هل تمتلك المؤسسة العلاجية التجهيزات الطبية والمعدات التقنية الحديثة؟

نعم ☐ لا ☐

26 -1 في حالة لا ، هل هي:

أجهزة تحاليل ☐ أجهزة تشخيص ☐ أخرى..... ☐

27- هل توفر المؤسسة العلاجية الأدوية اللازمة التي يحتاجها المرضى أثناء مكوثهم هناك؟

نعم ☐ لا ☐

27-1 في حالة لا، لماذا؟.....

28- هل تقوم المؤسسة العلاجية بتقديم وجبات غذائية صحية للمرضى مواتية للظروف الصحية للمرضى؟

نعم ☐ لا ☐

29– 1– في حالة لا ،

لماذا؟.....

30- هل تقدم هذا الأكل للمرضى في الوقت والمواعيد المحددة؟

نعم ☐ لا ☐

31- هل توفر الفراش الملائم للمريض؟

نعم ☐ لا ☐

31- هل ترى أن المؤسسة العلاجية تحرص على نظافة جميع مرافقها لسلامة وصحة المرضى؟

نعم ☐ لا ☐

32- هل توفر المؤسسة العلاجية الهدوء اللازم للمرضى من أجل راحتهم ؟

نعم ☐ لا ☐

33- هل توفر المؤسسة العلاجية الأمان والسلامة للمرضى؟

نعم ☐ لا ☐

34- هل توفر المؤسسة العلاجية المرافق الضرورية (موقف سيارات، حديقة..)؟

نعم ☐ لا ☐

المحور الرابع: عدد المرضى الكبير الملتحقين بالمؤسسة العلاجية يؤثر على نوعية الخدمات الصحية

35- كم عدد المرضى في الغرفة؟.....

36- كيف ترى عدد المرضى في كل غرفة ؟

عدد كبير ☐ مقبول ☐ عدد متوسط ☐ عدد قليل ☐

37- هل ترى أن هناك اكتظاظ بغرف المؤسسة العلاجية مقارنة بعدد المرضى الملتحقين بها؟

نعم ☐ لا ☐

38-ترى أن نقص الخدمة الصحية يعود الى العدد الكبير من المرضى؟

نعم ☐ لا ☐

39ـ هل نقص الخدمات الطبية يعود إلى العدد الكبير للمرضى ؟

نعم ☐ لا ☐

40- هل نقص الخدمات التمريضية يعود الى العدد الكبير للمرضى؟

نعم ☐ لا ☐

41- هل توفر المؤسسة العلاجية سيارات إسعاف كافية لتلبية طلبات المرضى في المنطقة؟

نعم ☐ لا ☐