



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر- الوادي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم والاجتماعية



عنوان الأطروحة:

دور الخدمة الاجتماعية الطبية في تفعيل مشاريع التنمية الاجتماعية

دراسة ميدانية بالجمعيات الخيرية الطبية لولاية الوادي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في علم الاجتماع
تخصص علم اجتماع

إشراف الأستاذ الدكتور:
عبد الباسط هوويدي

إعداد الطالبة:
نعيمتة سليمي

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
بسلال بوتسرعة	أستاذ محاضر " أ "	جامعة الوادي	رئيسة
عبد الباسط هوويدي	استفسفسفس	جامعة الوادي	مشرفا ومقررا
عمسر حمداوي	أستاذ محاضر " أ "	جامعة ورقلة	عضوا ممتحنا
منير صفسوالحية	استفسفسفس	جامعة تبسة	عضوا ممتحنا
فسسوزي لوحيدي	أستاذ محاضر " أ "	جامعة الوادي	عضوا ممتحنا
الأزهر ضيفسفس	أستاذ محاضر " أ "	جامعة الوادي	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية : 2021/ 2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وَلِكُلِّ وِجْهَةٍ هُوَ مُوَلِّيهَا ۖ فَاسْتَبِقُوا الْخَيْرَاتِ

الآية 148 من سورة البقرة

شكر وتقدير

أشكر الله عز وجل وأثني عليه وأحمده حمدا كثيرا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه وأصلي وأسلم على حبيبنا وقدوتنا سيدنا محمد بن عبد الله - صلى الله عليه وسلم - .

أتقد بأسمى عبارات الشكر والعرفان لأستاذي ومشرفي الفاضل البروفيسور "عبد الباسط هويدي" على مجهوداته العلمية والمعرفية الدائمة، وتوجيهاته القيّمة لي والتي أنارت دربي المعرفي وأثرت عملي المتواضع، ووجهته أحسن توجيه. كما أحبي فيه الانسان المتواضع و الخلق، ومعاملته الراقية لي طوال فترة التكوين الدكتورالي. والشكر موصول إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرين على تكريمهم بقبول

مناقشة هذا العمل.

إهداء

إلى روح أجدادي الطاهرة " لزهوري، الزين، مريم، فاطمة ".
إلى روح عمي الطاهرة " حفيظ " رحمه الله.
إلى نور عيني ومهجتي روحي وحببيا قلبي "بابا"، "ماما" أغلى ما أملك في الوجود
بعد الله سبحانه.

إلى رفيق دربي، صديقي، أنيسي وسندي زوجي الغالي " ربيع".
إلى النجوم المضيئة دوما في حياتي، والتي من دونهم لا يمكن أن يكون للحياة
طعم "إخوتي" و " أخواتي" الأعراء كل بإسمه، وأولادهم المميزين.
إلى فلذتا كبدي و فرحتا عمري وزهرتا شبابي " الجميلة جومانة"، و" الغالي محمد
أنس".

إلى روحي معلمي الطاهرة " سيدي علي" الذي أخصه بإهداء متفرد، عرفانا مني
بفضله علي بعد الله سبحانه و تعالى في تكوين أولى معارفي ومكتسباتي الدراسية.
إلى الأساتذة الأفاضل الذين لا أنكر فضلهم عليا في مساعدتي على انجاز هذه
الرسالة و اكتمالها: "د. دبدوش الهاشمي"، "د. عاشور المولدي"، "د. وحيد
دراوات"، "د. طه الحبيب" "د. محمد براي".

إلى العزيزة "صليحة لعقون" التي ساعدتني كثيرا ودعمتني.
إلى كل من أحب وأحترم أهدي هذا العمل المتواضع

نعيمة سليمي



ملخص الدراسة

ملخص الدراسة:

هدفت الباحثة من خلال الدراسة المعنونة "دور الخدمة الاجتماعية الطبية في تفعيل مشاريع التنمية الاجتماعية"- دراسة ميدانية على عينة من المواطنين المستفيدين من خدمات الجمعيات الخيرية الطبية في ولاية الوادي - إلى الإجابة على التساؤل الرئيسي المتمثل في: " إلى أي مدى يمكن للخدمة الاجتماعية الطبية أن تساهم بدور تنموي في المجال الاجتماعي في ظل ما تقدمه الجمعيات الخيرية الطبية من نشاطات تطوعية خيرية صحية".

وقد هدفت هذه الدراسة إلى إبراز الدور المهم الذي يربط بين متغيريها -الخدمة الاجتماعية الطبية والتنمية الاجتماعية- من خلال النشاطات الخيرية التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية إضافة إلى الكشف عن حقيقة وجود دور تنموي اجتماعي لهذه الخدمة الاجتماعية الطبية ، وألقاء الضوء على طبيعة النشاطات الطبية التوعوية التي تمارسها تلك الجمعيات .
وتبع نص الإشكالية و تساؤلها الرئيسي ثلاثة فرضيات هي:

* تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.
* تساهم الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة في ولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين.
* تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين.
وللإجابة على هذه الفرضيات اتبعنا مجموعة من الإجراءات المنهجية تمثلت في استخدام المنهج الوصفي وتقنية (استمارة الاستبيان)، بوصفها أداة لجمع البيانات، وقد طبقت هذه الاستمارة على عينة من المواطنين المستفيدين من الخدمة الاجتماعية الطبية التي توفرها الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة في ولاية الوادي، وقد تم اختيار عينة عشوائية بسيطة قدرت بمئتين وخمسة وخمسين مفردة مبحوثة.
وقد توصلت الدراسة الميدانية إلى عدة نتائج هي:

1- إن العمل الجمعي الخيري الذي تبذله الجمعيات الخيرية الطبية يقوم بتقديم خدمة اجتماعية طبية من خلال توفير خدمات الرعاية الصحية ذات بعد وقائي وعلاجي، كما أنها تعمل على نشر ثقافة ووعي الصحي لدى أفراد وجماعات المجتمع المحلي بغرض خلق تنمية صحية شاملة.
2- تبين النتائج أن العمل الجمعي والطبي داخل الجمعيات الطبية الخيرية يتم بالتنسيق مع الطواقم الطبية وشبه الطبية التي تعمل خارج إطارها، أطباء وممرضين يعملون بصفة رسمية داخل المراكز الاستشفائية العامة والخاصة، ولكن يحملون صفة التطوعية عندهم تقديم خدماتهم الصحية للأفراد المستفيدين من خدمات الجمعيات الخيرية الطبية.
3- توضح نتائج الدراسة أن هناك تجسيد فعلي لمبدأ مجانية العلاج الذي يعتبر من أهم ركائز العمل الجمعي.

الكلمات المفتاحية:

الخدمة الاجتماعية الطبية، والتنمية الاجتماعية، الجمعيات الخيرية الطبية.

Summary:

Through the study entitled "The role of the medical social service in activating social development projects" - a field study conducted on a sample of citizens benefiting from the services of medical charities in the El-Oued province - this attempt was made to answer the main question: "To what extent can the medical social service contribute to social development as part of the voluntary charitable activities offered by medical charities?"

This study aims to highlight the correlation between these two variables - medical social service and social development - throughout the charitable activities provided by medical charities, also it reveals the role of the social development of this socio-medical service and highlights the nature of the medical activities carried out by these associations.

The problem and its main question suggest the following three hypotheses:

- Preventive medical social service contributes to improve the health services for citizens.
- The active medical charities at the level of El-Oued province help to promote a health culture among citizens.
- The curative medical social service contributes to improve the quality of medical care offered to citizens.

Responding to these hypotheses, a set of methodological processes were used. A descriptive approach and a (form questionnaire) technique were used as a data collection tool. Applied to a sample of citizens benefiting from the medical social service provided by medical charities operating in El-Oued province. A simple random choice based on 255 selected subjects.

The field study resulted in the following results:

- The charitable work of medical charities offers a socio-medical service through the providing health services and preventive and curative care. It also helps to promote cultural and health awareness of individuals and communities in order to participate in a global development of health.
- The results show that associative and medical work within charitable medical associations is done in coordination with medical and paramedical teams working outside these organizations. Doctors and nurses officially working in public and private hospitals volunteer their assistance to individuals receiving these charitable medical services.
- The results of the study show that there is a real embodiment of the principle of free medicine, which is one of the fundamental pillars of associative action.

Keywords:

Medical social service - social development - medical charities.

Résumé :

A travers l'étude intitulée « Le rôle du service social médical dans l'activation (*opérationnalisation, dynamisation*) des projets de développement social » – une étude de terrain menée sur un échantillon de citoyens bénéficiant des services d'associations caritatives médicales dans la wilaya d'El Oued –, on a tenté de répondre au questionnement principal : « Dans quelle mesure le service de social médical peut contribuer au développement dans le domaine social dans le cadre des activités de bienfaisance bénévoles que propose les associations caritatives médicales ? ».

Cette étude a pour objectif de mettre en évidence la corrélation entre ces variables – le service social médical et le développement social – à travers les activités de bienfaisance fournies par les associations caritatives médicales, aussi elle révèle le rôle du développement social de ce service socio médical et mettre en exergue la nature des activités médicales de sensibilisation menées par ces associations.

La problématique et son questionnement principal suggèrent les trois hypothèses suivantes:

- Le service social médical préventif contribue à l'amélioration des services de santé offerts aux citoyens.
- Les associations médicales caritatives activant au niveau de la wilaya d'El Oued contribuent à promouvoir une culture sanitaire auprès des citoyens.
- Le service social médical curatif contribue à l'amélioration de la qualité des soins proposés aux citoyens.

Pour répondre à (*vérifier*) ces hypothèses on s'est appuyé sur un ensemble de procédés méthodologiques. On a opté pour une approche descriptive et la technique du (formulaire questionnaire) (*questionnaire*), comme outil de collecte de données. Appliqué sur un échantillon de citoyens bénéficiant du service social médical fourni par les associations médicales caritatives activant dans la wilaya d'El Oued. Un choix porté sur un échantillon aléatoire simple estimé à 255 sujets sélectionnés.

L'étude sur le terrain a abouti aux résultats suivants:

- Le travail associatif de bienfaisance des associations caritatives médicales, proposent un service socio médical par la prestation de services sanitaires et des soins à caractère préventif et curatif. Il contribue également à promouvoir la culture et la sensibilisation à la santé des individus et des communautés afin de participer à un développement global de la santé.
- Les résultats montrent que le travail associatif et médical au sein des associations médicales caritatives, se fait en coordination avec des équipes médicales et paramédicales exerçant en dehors de ces organismes. Des médecins et des infirmiers travaillant officiellement dans les centres hospitaliers publics et privés, qui proposent bénévolement leurs aides aux individus bénéficiaires de ces services médicaux de bienfaisance.
- Les résultats de l'étude montrent qu'il existe une réelle incarnation du principe de la gratuité de la médecine, qui constitue l'un des piliers fondamentaux de l'action associative.

Mots clés :

Service social médical (*socio médical*) - le développement social - les associations caritatives médicales.



فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوعات
	ملخص الدراسة
I	فهرس المحتويات
IX	فهرس الأشكال
XI	فهرس الجداول
أ	المقدمة
الفصل الأول: الإطار النظري و التصوري للدراسة	
08	خطة الفصل
09	تمهيد
10	أولاً: الإشكالية
19	ثانياً: الفرضيات
19	ثالثاً: أهمية الدراسة
20	رابعاً: أهداف الدراسة
21	خامساً: أسباب اختيار الموضوع
22	سادساً: تحديد المفاهيم
32	سابعاً: الدراسات السابقة
58	ثامناً: المقاربة السوسيولوجية
77	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية " مدخل سوسيولوجي "	
79	خطة الفصل
81	تمهيد
82	أولاً: الخدمة الاجتماعية:
82	1- تاريخ الخدمة الاجتماعية.
85	2- تعريف الخدمة الاجتماعية.

فهرس المحتويات

89	3- مبادئ الخدمة الاجتماعية.
91	4- أهداف الخدمة الاجتماعية.
92	5- مقومات الخدمة الاجتماعية و خصائصها.
95	6- فلسفة الخدمة الاجتماعية.
96	7- الطرق المهنية الثلاث لممارسة الخدمة الاجتماعية.
96	7-1- طريقة خدمة الفرد.
104	7-2- طريقة خدمة الجماعة.
110	7-3- طريقة تنظيم المجتمع.
119	8- الإخصائي الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية.
120	8-1- العمليات المهنية للإخصائي الاجتماعي.
122	8-2- المميزات الواجب توافرها في الإخصائي الاجتماعي ' الخصائص '.
125	ثانيا: الخدمة الاجتماعية الطبية
127	1- العوامل التي مهدت لقيام الخدمة الاجتماعية الطبية' نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية'.
129	2- ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية.
132	3- ملامح واسبس الخدمة الاجتماعية في المستشفيات 'العلاقة بين الخدمة الاجتماعية و المؤسسة الطبية'.
134	4- أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية و أهميتها.
135	5- فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية وعناصرها.
137	6- الإخصائي الاجتماعي الطبي.
137	6-1- تعريف الإخصائي الاجتماعي الطبي.
138	6-2- مهام ومسؤوليات الإخصائي الاجتماعي الطبي.
139	• أدوار الإخصائي الاجتماعي الطبي في خدمة الفرد.
141	• أدوار الإخصائي الاجتماعي الطبي في خدمة الجماعة.
143	• أدوار الإخصائي الاجتماعي الطبي في تنظيم المجتمع.
145	7- معوقات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.

فهرس المحتويات

146	1-7- معوقات ترجع التى طبيعة المشكلات الاجتماعية و النفسية المرتبطة بالمرض.
146	2-7- معوقات متعلقة بنوع المرض.
146	3-7- معوقات متعلقة بالأخصائي الاجتماعي ونوعية إعداده المهني.
147	4-7- معوقات متعلقة بالمؤسسة الطبية.
148	5-7- معوقات تتعلق بالمريض نفسه.
149	6-7- الصعوبات التي يواجهها الاخصائي الاجتماعي بالمؤسسة الطبية.
152	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية	
154	خطة الفصل
156	تمهيد
157	أولاً: ماهية التنمية
157	1- تعريف التنمية.
159	2- أبعاد التنمية.
159	3- مستويات التنمية.
161	4- استراتيجيات التنمية في العالم النامي
163	ثانياً: ماهية التنمية الاجتماعية
163	1- تعريف التنمية الاجتماعية
165	2- أهمية التنمية الاجتماعية و شروط حدوثها
167	3- أبعاد التنمية الاجتماعية و قواعدها.
169	4- مبادئ التنمية الاجتماعية و عناصرها.
174	5- أهداف التنمية الاجتماعية و مستوياتها

فهرس المحتويات

177	6- فلسفة التنمية الاجتماعية و سياستها.
178	7- مراحل التنمية الاجتماعية و خطوات التخطيط لها .
183	8- مجالات التنمية الاجتماعية و نماذجها.
185	9- أسس ومتطلبات التنمية الاجتماعية
187	10- مؤشرات التنمية الاجتماعية
189	10-1- الصحة
194	أ/ نظم الرعاية الصحية
199	ب/ منظومة السياسة الصحية
205	ج/ منظومة الخدمات الصحية
213	10-2- التعليم و التربية
215	10-3- العدالة و المساواة الاجتماعية
216	10-4- الأمن
217	10-5- السكن و السكان
220	10-6- المشاركة الشعبية و الديمقراطية
221	10-7- الفقر
223	10-8- البطالة
224	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: واقع العمل الجمعي في الجزائر	
226	خطة الفصل
228	تمهيد

فهرس المحتويات

229	أولاً: المنظمات غير الحكومية
229	1- تعريف المنظمات غير الحكومية.
232	2- أهم المعايير التي تحكم بناء المنظمات غير الحكومية.
233	3- خصائص منظمات غير الحكومية
234	4- أهمية العمل الجمعي.
236	5- العوامل التي أدت لتأسيس الحركات الجمعوية في الوطن العربي .
236	6- معوقات العمل الجمعي
238	7- الخصائص التنظيمية للجمعيات.
242	8- مجالات عمل الجمعيات الخيرية
244	9- خصائص الجمعيات الخيرية.
245	10- النظريات المفسرة لظاهرة الحركة الجمعوية.
247	11- أهداف الجمعيات الخيرية ووظائفها
250	ثانياً: العمل الجمعي في الجزائر .
251	1- العمل الجمعي وتصنيفاته الاجتماعية في الجزائر .
252	2- التعريف القانوني للعمل الجمعي في الجزائر .
253	3- الخطوات العملية لتأسيس الجمعيات.
256	4- أنواع الجمعيات في الجزائر .
257	5- مراحل تطور العمل الجمعي في الجزائر .
260	6- أسباب تأخر العمل الجمعي في الجزائر .
262	7- العراقيل والصعوبات التي تواجه الجمعيات الخيرية.
264	ثالثاً: الجمعيات الخيرية الطبية والتنمية الصحية.
270	ملخص الفصل

فهرس المحتويات

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة	
272	خطة الفصل:
273	تمهيد
274	1- مجالات الدراسة.
274	1-1- المجال المكاني (الجغرافي).
274	1-2- المجال البشري.
281	1-3- المجال الزمني.
284	2- المنهج
285	3- مجتمع وعينة الدراسة.
285	1-3: وصف مجتمع الدراسة.
286	2-3: عينة الدراسة وحجمها وكيفية اختيارها.
299	4- أدوات جمع البيانات.
306	5- الأساليب الاحصائية.
309	خلاصة الفصل
الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة	
311	خطة الفصل
312	تمهيد
313	01: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية.
313	1-1 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الأول من استمارة الدراسة
320	1-2 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الثاني من استمارة الدراسة
328	1-3 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الثالث من استمارة الدراسة
337	02: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات.
337	1-2 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى.
341	2-2 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية.
345	2-3 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثالثة.

فهرس المحتويات

352	03: النتائج العامة للدراسة.
356	خلاصة الفصل
358	خاتمة
363	قائمة المصادر والمراجع
382	الملاحق



فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
239	الهيكل التنظيمي للجمعية	01
253	خطوات تأسيس الجمعية	02
255	كيفية تأسيس الجمعية الخيرية	03
289	التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الجنس	04
291	التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الفئات العمرية	05
293	التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	06
295	التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الإقامة	07
296	التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	08
298	التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الوظيفة (المهنة).	09



فهرس الجد اول

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
288	متغير الجنس للمبحوثين	01
290	متغير الفئة العمرية	02
292	متغير المستوى التعليمي	03
294	متغير الإقامة للمبحوثين	04
295	متغير الحالة الاجتماعية	05
297	متغير الوظيفة (المهنة)	06
303	القائمة الاسمية للأساتذة المحكمين	07
304	عدد الاستثمارات الموزعة	08
306	قيمة المتوسط الحسابي المعبر عنها في الاستمارة وفق مقياس ليكرت الخماسي.	09
307	حساب الثبات باستخدام ألفا كرونباخ	10
314	البيانات الاحصائية الخاصة بالمحور الأول من استمارة الدراسة	11
321	البيانات الاحصائية الخاصة بالمحور الثاني من استمارة الدراسة	12
329	البيانات الاحصائية الخاصة بالمحور الثالث من استمارة الدراسة	13

مقدمة

يشغل موضوع الخدمة الاجتماعية عامة و الخدمة الاجتماعية الطبية خاصة محور اهتمام واسع في فكر علماء الاجتماع في العصر الحديث، ومع اختلاف رؤاهم ومذاهبهم الفكرية المفسرة لهذا الموضوع، إلا أن جلهم أجمع على أهمية موضوع الخدمة الاجتماعية الطبية واتفقوا على فكرة واحدة مفادها، أنه ذو علاقة وثيقة وانبثاق أصيل من مهد الرعاية الاجتماعية وفكرة البر و الاحسان، التي شكلت ركيزتها الأولى. وقد ظهرت كمهنة في أوائل القرن الحالي بسبب الحاجة الماسة لوجود جهود مهنية متخصصة، تقدم خدمات فاعلة لمحتاجيها من أفراد المجتمعات الانسانية وهي ذات جوهر إنساني بحت هدفها الأول و الأخير توفير خدمات رعاية صحية للأفراد و الجماعات داخل المجتمع المحلي، و الخدمة الاجتماعية كمهنة متخصصة هي وليدة القرن العشرين، ولكن كمفهوم انساني فقد وجدت منذ نشأة الانسان في صورة الاحسان والتعاون بين أفراد المجتمع، وقد مرت بتطورات عديدة حتى وصلت الى ما وصلت اليه اليوم كمهنة تعمل على الرقي بالإنسان، فأصبحت تعتمد على قواعد ومبادئ علمية وطرق مهنية تخصصية، في مجال العمل الاجتماعي وقد ساهمت الخدمة الاجتماعية الطبية، في تعديل الآثار الناجمة عن الأمراض وانعكاساتها على الأفراد، كما تدخلت في تحسين أسلوب ومستوى الخدمات الوقائية والعلاجية وكذا الاجتماعية، المقدمة للمريض داخل المؤسسات الطبية، فهي تلعب دورا استراتيجيا في دفع عجلة التطور داخل المجتمع، من خلال الاستثمار الأمثل في الأفراد بوصفهم فاعلين اجتماعيين، مؤثرين في بيئاتهم الاجتماعية فجميع مشاريع التنمية باختلاف مجالاتها الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية، تعتمد على العنصر البشري وتطوير مهاراته بما يتماشى و التقدم و الازدهار، وتنميته على كافة الأصعدة من خلال تقديم أفضل طرق الرعاية الاجتماعية. وتهتم الخدمة الاجتماعية بإعداد ممارسين مهنيين يعملون على مساعدة غيرهم من الناس، في إيجاد حلول تتناسب مع مشكلاتهم أو الوقاية منها، وذلك بما يتماشى مع آدائهم الاجتماعي.

لقد تعددت الآراء واختلفت وجهات النظر حول كون الخدمة الاجتماعية مهنة متخصصة شأنها في ذلك شأن المهن الأخرى، كالطب والمحاماة... إلخ ويرجع ذلك الى أنه من الصعب في العلوم الاجتماعية، أن نصل الى تعريف واحد شامل؛ ولكن يمكن إعتبارها مهنة تهدف إلى السعي وراء إقرار العدالة الاجتماعية وتحسين الظروف الحياتية، ودعم كافة السبل والإمكانات التي توفر الرفاهية والرخاء لكل فرد وعائلة وجماعة في المجتمع ككل. كما تسعى جاهدة إلى التعامل مع القضايا الاجتماعية والتوصل لحلول بشأنها، وذلك على كافة مستويات المجتمع إلى جانب العمل، على تطوير الوضع الاقتصادي للمجتمع ككل لا سيما بين الفقراء والمرضى. ويهتم الأفراد الذين يمارسون العمل الاجتماعي - الإخصائيين الاجتماعيين - بتحديد المشكلات الاجتماعية، ومعرفة أسبابها وحلولها ومدى تأثيراتها على أفراد المجتمع كونهم يتعاملون مع الأفراد والأسر والجماعات والمنظمات والمجتمعات على حد سواء. إن الهدف الرئيسي للخدمة الاجتماعية الطبية هو تنمية المجتمعات، وذلك عن طريق البحث عن القوى و العوامل المختلفة، التي تحول دون النمو والتقدم الاجتماعي، كما تبحث عن أسباب العلل في المجتمع لكي تتصدى لها، وتنتقي أنسب الوسائل الفعالة في المجتمع للقضاء عليها أو التقليل من آثارها، والأضرار التي تنتج عنها الى أدنى حد ممكن. إن تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض والوقاية منه، يدل على تقدم المجتمع وتطوره ويوجد العديد من المؤلفات ذات العلاقة، تشير إلى أن ظاهرة المرض لا يمكن تفسيرها بعوامل طبية فقط، بل لا بد من الأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية والنفسية، ويدعم وجهة النظر هذه تعريف هيئة الصحة العالمية في قولها بأن الصحة هي حالة السلامة البدنية والنفسية و الاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض والعجز البدني و الجسدي، فكلما كانت الوضعية الاجتماعية متدنية كلما تزايدت احتمالات الإصابة بالمرض العضوي أو النفسي. ونتيجة للتطور الذي يشهده العالم اليوم وما صاحبه من مشكلات اجتماعية، فقد تزايد مستوى الوعي بأهمية مهنة الخدمة الاجتماعية عامة و الطبية خاصة، لما لها من

أدوار فعالة في حل كثير من المشكلات، سواء على مستوى الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات بوصفها مهنة إنسانية لها فلسفتها ومبادئها، وطرقها وأهدافها وأخلاقياتها الخاصة بها. فالمجال الطبي يعد مجالاً حيوياً مهماً ضمن مجالات الخدمة الاجتماعية فمن خلاله يتم مساعدة المرضى وتوفير أنجع طرق العلاج الطبي لهم. وبالتالي العمل على رفع مستوى الأداء الاجتماعي لديهم إلى أقصى حد ممكن، قبل وأثناء وبعد العملية العلاجية. و ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ما هي إلا تأكيد على أنها مهنة إنسانية تهتم بالإنسان سواء في حالة الصحة، أو في حالة المرض وهدفها هو رفاهية الإنسان والحفاظ على كرامته، كما أنها تسعى إلى تنمية المجتمع على الصعيد المحلي من خلال عدة طرق، وعلى العديد من المستويات؛ فنجدها مثلاً تقوم بتوفير خدمات لأفراد وجماعات المجتمع المحلي، من خلال توفير مختلف خدمات الرعاية الصحية المتكاملة، التي تطل كافة فئات وشرائح المجتمع، التي تحتاج المساعدة والعون وتلبية المتطلبات الأساسية لها للظفر بعيش حياة كريمة و بالتالي الوصول إلى تحقيق مستوى عيش صحي سليم، كما أنها تهتم بالإنسان بوصفه فرداً فاعلاً داخل مجتمعه، وأداة من أدوات التنمية والنهضة الاجتماعية والاقتصادية التي تركز عليها جميع المجتمعات الإنسانية، وذلك من خلال دعم قدراته ومؤهلاته والاستفادة من إمكانياته، وتحفيزه تجاه خدمة المجتمع وتبصيره بحجم مسؤولياته وأدواره التي عليه أن يلعبها، وهي أيضاً تساهم في تنمية المجتمعات وزيادة فرص الانتعاش الاجتماعي والاقتصادي، وأحداث تغيير إيجابي ملموس يعمل على تعزيز البناء الاجتماعي، وتجسيد مضمين التعاون والتكافل والمشاركة الفاعلة بين أبناء المجتمع. وتحقيقاً منا لهذا المسعى قمنا برسم خطة دراسة مبنية على أسس المنهج العلمي السليم تضمنت ستة فصول تم تقسيمها كالآتي:

بالنسبة للفصل الأول و المعنون ب: " الاطار النظري و التصوري للدراسة" وقد تضمن عدة عناصر هي: اشكالية الدراسة و فرضياتها و أسباب اختيار الموضوع وأهمية الدراسة وتحديد المفاهيم المستخدمة في هذه الدراسة اضافة الى المقاربة السوسولوجية المعتمدة.

أما الفصل الثاني و الذي تعلق بالمتغير المستقل للدراسة "الخدمة الاجتماعية الطبية -مدخل مفاهيمي" فقد تناولنا في بالتفصيل وبترح سوسولوجي كافة العناصر المتعلقة بموضوع الخدمة الاجتماعية الطبية أذ استهلينا هذا الفصل بالتطرق الى ماهية الخدمة الاجتماعية، عامة ثم الخدمة الاجتماعية خاصة، ثم تحدثنا عن الطرق المهنية لها و الاخصائي الاجتماعي الطبي وأبرز العمليات و الأدوار الوظيفية المسندة له اضافة الى ذكر أهم مؤشرات وأبعاد الخدمة الاجتماعية الطبية.

وفي الفصل الثالث و الموسوم ب سوسولوجيا التنمية الاجتماعية" فقد تطرقنا الى العديد من العناصر الخادمة لهذا المتغير، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ماهية التنمية الاجتماعية و نماذجها ومستوياتها، اضافة الى ذكر أهم مؤشرات و أبعادها.

في حين جاء الفصل الرابع و المعنون ب" واقع العمل الجمعي في الجزائر (مدخل سوسولوجي)" متضمن لموضوع الجمعيات الخيرية بوصفها مؤسسة من مؤسسات المجتمع المدني، وفيه تطرقنا الى ماهية العمل الجمعي و العوامل التي مهدت لظهوره في الوطن العربي، عامة وفي الجزائر خاصة، ثم تحدثنا عن الجمعيات الخيرية الطبية، و علاقتها بإحداث تنمية صحية من خلال نشاطاتها التطوعية الخيرية.

أما في الفصل الخامس و الذي جاء تحت مسمى "الإجراءات المنهجية للدراسة" فقد اشتمل على عدة متغيرات هي: مجالات الدراسة و المنهج العلمي المتبع و أدوات جمع البيانات و مجتمع الدراسة و العينة و خصائصها وأساليب التحليل و التفسير.

وأخيرا الفصل السادس المعنون بـ "عرض و تحليل و تفسير النتائج" فقد حمل في طياته عرض و تحليل نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها بطريقة سوسيولوجية علمية في ضوء الفرضيات، وفي ضوء الدراسات السابقة و في ضوء التراث النظري لنختم هذا الفصل بأبرز النتائج المتوصل اليها ثم خاتمة الموضوع.

الفصل الأول:

الإطار النظري
والتصوري للدراسة

خطة الفصل:

أولاً: الإشكالية.

ثانياً: الفرضيات.

ثالثاً: أهمية الدراسة.

رابعاً: أهداف الدراسة.

خامساً: أسباب اختيار الموضوع.

سادساً : تحديد المفاهيم

- الدور.
- الخدمة الاجتماعية.
- التنمية الاجتماعية.
- الجمعيات الخيرية.

سابعاً: الدراسات السابقة.

ثامناً: المقاربة السوسيولوجية.

خلاصة الفصل

تمهيد

سنحاول في البداية التطرق الى الاشكالية الجوهرية للدراسة و إبراز مشكلة البحث الأساسية و بلورة مجموعة من الفرضيات، التي تصب في إطار اختبار مجموعة من المتغيرات و التي تكون على علاقة بموضوع البحث و التي تستدعي تحديدها مفاهيميا و ضبطها إجرائيا حتى لا نحيد عن التصور العام لاستراتيجية البحث و الخطوات التي سطرنا لانجازه، ثم التطرق الى إبراز أهمية الدراسة و الأسباب التي دفعتنا للتطرق إلى هذا الموضوع بالذات، ثم الحديث عن أهداف هذه الدراسة، وإستكمالا لذلك كان لزاما علينا عرض بعض الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضع الدراسة مرورا بكلتا متغيريه. وعلى اعتبار أن المعرفة و العلوم ذات طبيعة تراكمية، لا يمكن الانطلاق في غمار البحث فيها من دون محاولة الاحاطة بالجهود الانسانية المنتجة، في حقلها الخاص أو حتى في الحقول المعرفية ذات التقاطعات المشتركة، وفي اخر هذا الفصل تم التطرق الى بعض الاتجاهات النظرية و التنظيرية لموضوع الدراسة بمتغيريه التابع و المستقل، وذلك من خلال التعرض بالتفصيل و التحليل للمقاربة السوسيولوجية المناسبة لموضوع بحثنا.

أولاً: الإشكالية

لقد برزت عدة مجالات للخدمة الاجتماعية ك مجال الخدمة الاجتماعية الطبية - و الذي هو محور دراستنا وموضوعها الأساسي- فانطلاقاً من فلسفتها الإنسانية ومبادئها في التعامل الرشيد مع الإنسان، وجدت مهنة الخدمة الاجتماعية أنه من ضمن مسؤولياتها المجتمعية ومن أجل تحقيق أهدافها اتجاه الأفراد، لابد أن تتدخل مهنياً في مجال القطاع الصحي الطبي وأن تكون ذات دور فاعل داخل الفريق الطبي المعالج.

لقد دخلت الخدمة الاجتماعية الطبية إلى المؤسسة الطبية و القطاع الصحي بمختلف أجهزته باعتبارها وسيطاً مباشراً بين مصدر المرض والمصاب بالمرض والوسيط النشط بين مصدر الخدمات وملتقي الخدمات، وذلك في إطار مهني يضمن التوصل إلى تحقيق التكيف وتحسين الأداء، فالخدمة الاجتماعية الطبية ترجع بداياتها إلى ريتشارد كابتون 1905م، عندما أنشئ قسماً للخدمة الاجتماعية في مستشفى ماساشويتس البيولوجي العمومي، مفسراً ذلك بأن المرض لا يؤثر فقط على صحة الفرد من الناحية البيولوجية ولكن تمتد آثاره إلى مكونات أخرى عقلية ونفسية واجتماعية. ركزت على أهمية معرفة التاريخ الاجتماعي للمرض. ويرى العديد من المتخصصين أن الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة والطب هي فرع من فروع الخدمة الاجتماعية، ويكون مجال تخصصها في المؤسسات الطبية، بحيث يكون العمل مشتركاً بين الطبيب وهيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي الطبي، هادفاً بالأساس للوصول إلى تكيف المريض مع بيئته الاجتماعية واستفادته الكاملة من العلاج الطبي.

إن تمتع الفرد والمجتمع بصحة جيدة هو مؤشر إيجابي وضمان لحدوث تنمية مجتمعية فعلية داخل أي تجمع إنساني، والتنمية باعتبارها عملية ديناميكية مستمرة تشمل جميع الاتجاهات، فهي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في الأبنية الاجتماعية، وتعديل

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

الأدوار والمراكز وتحريك الامكانيات المتعددة الجوانب بعد رصدها وتوجيهها نحو تحقيق هدف التغيير المرسوم سلفا، وبناء دعائم الدولة العصرية من خلال تكافل القوى البشرية لترجمة الخطط العلمية التنموية، إلى مشروعات هادفة وفاعلة تؤدي مخرجاتها إلى إحداث تغييرات ملموسة. إذ يعد الاستثمار في تحسين صحة الأفراد سببا وجيها في تحقيق بعض التوازنات الاقتصادية والاجتماعية، فالتنمية الصحية تعد من أهم مداخل التنمية المستدامة؛ فلو اعتبرنا أن الصحة غاية أساسية من غايات التنمية، فإن القدرة على التنمية تتوقف بشكل كبير على مجال الصحة على اختلاف مجالاتها، وقد أكدت منظمة الصحة العالمية على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة، كمطلب أساسي لتحقيق تنمية صحية مستدامة، كما أكد نص المبدأ الأول من إعلان ريو للبيئة والتنمية¹ على أن "البشر في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة". وقد اهتمت الجمعية العامة للأمم المتحدة بهذا الموضوع من خلال تقارير المؤتمرات الرسمية والمؤتمرات ذات الصلة المنعقدة في الدورات الاستثنائية إذ حثت في مجملها على ضرورة دمج المشاكل الصحية في الاستراتيجيات والسياسات والبرامج المتعلقة بالقضاء على الفقر وتحقيق تنمية مستدامة، إضافة إلى تقديم مساعدات تقنية ومالية للبلدان النامية والتي تمر اقتصادياتها بمرحلة انتقالية، بغرض تنفيذ استراتيجية الصحة للجميع، بما في ذلك أنظمة المعلومات الصحية وقواعد البيانات المتكاملة بهدف تبني تنمية صحية مستدامة.

إن الخدمة الاجتماعية الطبية شأنها شأن أي مهنة، تتطوي على ثلاث وظائف أساسية هي: **الوظيفة العلاجية** والتي ترمي من خلالها إلى توفير كافة الحلول والمعالجات سواء النظرية أو الميدانية لمشكلات الأفراد التي تحول دون تطورهم، وتشكل

¹ - تقرير الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية، "جدول أعمال القرن 21"، المجلد الأول، المرفق الأول، البرازيل،

12 أوت 1992، ص 2-6.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

عائقا في طريق تنميتهم على جميع الأصعدة، إضافة إلى وظيفتها الوقائية إذ تعمل الخدمة الاجتماعية الطبية على منع وقوع المشكلات من خلال وضع برامج ومخططات تهتم بالفئات الهشة والمهمشة اجتماعيا، وإعادة ادماجها داخل مجتمعاتها، إلى جانب وظيفة أخرى هي الوظيفة التنموية بمعنى أن الخدمة الاجتماعية الطبية ومن خلال كافة الأنشطة التي تقوم بها سواء على الصعيد الاجتماعي كتوفير السكنات أو الرعاية الصحية، أو على الصعيد الاقتصادي كتوفير مناصب شغل دائمة أو مؤقتة وغيرها من المجالات الأخرى فهي تهدف إلى دفع العجلة التنموية وتحريك موازين القوى الاجتماعية والاقتصادية نحو تحقيق تنمية اجتماعية حقيقية بكافة أبعادها ومؤشراتها الأساسية، لذا نجد أن الخدمة الاجتماعية تهدف إلى خدمة الفرد وخدمة الجماعة إلى جانب خدمة المجتمع ككل وتنظيمه من خلال تنظيم الجهود المشتركة، حكومية كانت أو مدنية أهلية وعلى مختلف المستويات وتبعا لخطط مرسومة في حدود سياسية اجتماعية معينة، تحدد سير العلاقات الاجتماعية بين الأفراد والدولة والأفراد فيما بينهم؛ في ظل قيم وروابط مجتمعية تعمل على خلق شعور الانتماء لدى الأفراد داخل مجتمعاتهم وبيئاتهم الاجتماعية. والمقصود بالسياسة الاجتماعية هو مجموع الممارسات الناتجة عن الصراعات الاجتماعية داخل المجتمعات الغربية الرأسمالية، حول قضايا جوهرية كالتفاوت الطبقي والعدالة الاجتماعية وحقوق وواجبات المواطنين تجاه مجتمعاتهم. ولقد ساهمت التقاليد والعادات القومية والثقافات السياسية داخل المجتمعات الأوروبية والغربية بصفة عامة في ظهور تباينات داخل السياسات الاجتماعية المتبناة، ومن المهم جدا أن نعرف أن بدايات ظهور السياسة الاجتماعية كانت مجرد فكرة توجه اهتماماتها بالأساس نحو الطبقات المعوزة والفقيرة بهدف توزيع الحقوق والإعانات الحكومية، مما أثر سلبا على سرعة انتشارها وتقبلها داخل مجتمعاتها.¹ إن الخدمة الاجتماعية ترى بأن السياسة

¹ درية السيد حافظ: السياسة الاجتماعية "اتجاهات مستقبلية في ظل العولمة"، (دط)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2011، ص 76، 77.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

الاجتماعية هي مطلب سياسي يجب معرفته وتعلمه، أيا كان حقل تعلم الخدمة الاجتماعية؛ مما يعكس أهمية السياسة الاجتماعية للأخصائيين الاجتماعيين ومشاركتهم الفاعلة في رسم ووضع وتنفيذ وتحليل وتقويم هذه السياسات.¹

فعلى سبيل المثال لا الحصر نجد أن الدولة الافريقية *زامبيا* تهتم السياسة الاجتماعية فيها بتحقيق الأمن الغذائي وما يتضمن ذلك من مشروعات التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتهيئة فرص عمل لأفراد المجتمع والسعي لتخفيض الأمية والجهل إضافة إلى بعث مشاريع هدفها البناء والتعمير... إلخ.² وتعتبر عملية صنع السياسة الاجتماعية أشمل وأوسع من صياغاتها، إذ تعد الصياغة مرحلة نهائية في عملية صنع السياسة الاجتماعية، حيث تهدف صناعة السياسة الاجتماعية باعتبارها عملية حيوية إلى ضمان التنسيق والتعاون بين مؤسسات المجتمع المدني والدولة ومؤسساتها في تحديد أبعاد السياسة الاجتماعية ورسم وصياغة هذه السياسات بأهدافها وتوجهاتها في مجالات الخدمة الاجتماعية المتعددة بما فيها مجال الخدمة الاجتماعية الطبية، و بما تتضمنه من ارتباط هذه السياسة بالواقع الاجتماعي. ويجدر الإشارة الى أهمية أن السياسة الصحية تعد بعدا هاما من أبعاد السياسة الاجتماعية، إذ أن تحقيق الأهداف التنموية داخل أي تنظيم اجتماعي لا بد أن يستند إلى عدة مقومات، أهمها توفر مجتمع سليم بمعنى أن به أفرادا يتمتعون بصحة جيدة (مستوى صحي عالي ووعي صحي مرتفع). ذلك لأن السياسة الصحية المعتمدة داخل كل مجتمع تهتم بعدة قضايا مثل الرعاية الصحية بوصفها تمثل سلعة عامة وجب على الدولة توفيرها لأفرادها، شأنها شأن التعليم والبحث العلمي، وخدمات صحية ذات جودة عالية. فالخدمة الصحية تشكل مظهرا من

¹ طلعت مصطفى السروجي: السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، ط 1، دار الفكر العربي، مصر، 2004، ص 132.

² هناء حافظ بدوي: التخطيط الاجتماعية والسياسة الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية، (دط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2003، ص 227.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

مظاهر التنمية الاجتماعية والاقتصادية داخل أي مجتمع كونها تساهم في بناء وتكوين أفراد لديهم القدرة على العطاء والأداء الجيد، كما أن لها خصوصية اجتماعية تتجلى في تكوين مجتمع سليم جسمانيا وعقليا ونفسيا، مجتمع له القدرة الذاتية على المعالجة والتعافي من مختلف الأمراض التي قد تصيبه، الى جانب وجود عنصر مهم هو التنقيف الصحي أو الوعي الصحي بوصفه وسيلة فعالة وأداة رئيسية تهدف الى تحسين مستوى صحة الفرد والمجتمع، وعملية توجيه المجتمع لحماية نفسه من الأوبئة والأمراض المعدية ومشاكل البيئة المحيطة به بغرض تحسين صحة الفرد والمجتمع. إضافة إلى أن صنع السياسات الصحية في معظم الدول تتأثر بمحددات داخلية متمثلة في وزارة الصحة وقد تكون هذه المحددات غير رسمية مثل منظمات المجتمع المدني (الجمعيات الخيرية الطبية مثلا) أيضا تتأثر بمحددات خارجية مثل المنظمات الدولية أو الشركات ذات الجنسيات المتعددة.¹ وقد اهتم المشرع الجزائري بالسياسة الصحية داخل المجتمع الجزائري من خلال قانون 85 _ 05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.² ونجد أن السياسة الصحية في الجزائر مرت بمجموعة من المحطات هي: مرحلة الاستقلال 1962، مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 1965 _ 1979، مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 1980 _ 1990، مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 1990 _ 2012.

وجدير بالذكر أن الخدمة الاجتماعية الطبية برزت بشكل ملفت ومثير للاهتمام حين تم تطبيقها داخل بعض مؤسسات المجتمع المدني، وبالضبط داخل الجمعيات الخيرية (الأهلية) ذات الطابع الصحي أو الطبي، إذ كان العمل الجمعوي والنشاط

¹ شادية فتحي: السياسات العامة في ماليزيا، مركز الدراسات الآسيوية، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، مصر، 2008، ص 226.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، المرسوم التنفيذي رقم 85 _ 05 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق لـ 16 فبراير سنة 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الصادرة في 27 جمادى الأولى 1405، ص 176.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

التطوعي سابقا ينطلق من مفهوم عفوي وتقليدي، وهو عمل الخير والإحسان والرعاية الاجتماعية بدافع ديني إنساني أما اليوم وفي ظل تعقد الحياة أصبح يتضمن أبعادا أخرى أكثر علمية ومهنية وأحسن تنظيما، وهي أبعاد العلاج و الوقاية والتنمية والمشاركة الشعبية في اتخاذ القرار والضغط على أصحابها، حيث أضحت الجمعيات الخيرية على اختلاف أنواعها شريكا مهما ذو فاعلية في صناعة القرارات؛ باعتبارها هيئة غير حكومية ذات تأثير ايجابي داخل المجتمعات التي تنشط داخلها، سواء في البلدان المتقدمة أو بلدان العالم الثالث وأصبحت المنظمات الدولية تفضل التعامل مع ممثلي المجتمع المدني في البلدان النامية أثناء تقديم المساعدات لها، أكثر من تعاملها مع الهيئات الحكومية الرسمية في كثير من الاحيان والجمعيات الخيرية أكثر المجالات مناسبة وملائمة لممارسة العمل التطوعي والذي نعبر عنه بمجموع الجهود التي يبذلها الأفراد بشكل طوعي لا التزامي دون هدف مادي أو تحقيق منافع مالية موجودة.¹

و تعد الجمعيات الخيرية إحدى الأطر التنظيمية التطوعية التي تقدم على أساس جهود تطوعية بهدف المشاركة في اشباع احتياجات أفراد المجتمع، خاصة الفئات الهشة من المعوزين والأيتام والمرضى فهي تضطلع بعدة أدوار تتنوع بين التثقيفية وذلك من خلال النشاطات التحسيسية والفعاليات والمتلقيات الثقافية وأدوار خدماتية تتمظهر في صور مساعدات مادية وصحية موجهة لفئات المجتمع المحلي باختلاف أنواعها ، وفي الجزائر وتواكبا مع سياسات الانفتاح التي تبنتها مطلع التسعينات من القرن الماضي، فقد

¹ مدحت محمد ابو النصر: إدارة منظمات المجتمع المدني -دراسة في الجمعيات الأهلية من منظور التمكين و الشراكة والقيادة والمسائلة والقيادة والتطوع والتشبيك - ط1، ايتراك للنشر التوزيع، مصر، 2007، ص10.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

عرفت الحركة الجمعوية انتعاشة ملموسة بمختلف توجهاتها ونشاطاتها المتنوعة ففي سنة 2008 بلغ عدد الجمعيات الخيرية التطوعية 81000 جمعية أهلية تطوعية.¹

تعتبر الجمعيات الخيرية تنظيمات تطوعية وحررة يؤسسها المواطنون بشكل تعاقدى مؤقت أو دائم من أجل حل مشاكلهم وتلبية احتياجاتهم المختلفة، دون انتظار تدخل الدولة تجسيدا لوعيهم المدني ونضجهم ورجبتهم في الإسهام في تنمية المجتمع وتطوره، خصوصا في ظل الفراغ الذي أحدثه انسحاب الدولة من القيام بأدوارها الاجتماعية؛ حيث يتجند المواطنون بطريقة غير رسمية ولأغراض لا تهدف للربح، لتكوين قناة تعمل على الربط بينهم وبين الدولة بصورة حضارية تركز قيم التسامح والتكامل والتعايش السلمي التي تميز المجتمع المدني، وبهذا تلعب الحركة الجمعوية دور التأطير والتنظيم لمبادرات المواطنين ومطالبهم، وتقوم بالتفاوض العقلاني بينهم وبين مؤسسات الدولة، والتصدي ومواجهة أي تعسف يصدر عن هذه الأخيرة . لقد أصبح المجتمع المدني أو القطاع الثالث من أبرز الظواهر المجتمعية على المستوى العالمي مجسدا للانتقال من الاهتمام النضالي والعلمي بالحركات الاجتماعية إلى الحركات الجمعوية، كسمة لهذا العصر الجديد أي التحول من المطالب المهنية والمادية، إلى المطالبة بالمشاركة في الحكم و اتخاذ القرارات والدفاع عن الحقوق والحريات والبيئة...الخ.

وللنشاط الجمعوي في البلدان الغربية تاريخ عريق وحاسم في تطورها واستقرارها أما في البلدان الاشتراكية فيتميز بانحصار شديد نظرا لطبيعة نظامها الاجتماعي و الاقتصادي المتمثل في حضورها الدائم وتكفلها بالفئات المحرومة أما في البلدان النامية فأهمية العمل الجمعوي في الوقت الراهن تتبع من أن تتميتها الشاملة تحتاج لمشاركة

¹ عمار نوي : دور القيادة في ادارة العمل التطوعي الجمعوي - دراسة الجمعيات برج بوعرييج -، مذكرة ماجستير منشورة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة منتوري قسنطينة- الجزائر، 2010/2009 ، ص 20.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

وإسهام كل أفراد المجتمع وقواه المختلفة في إطار منظم ومنسق مع جهود الدولة، فالمهمة الأولى للجمعيات هي خدمة العنصر البشري باعتباره غاية التنمية وأداتها في الوقت نفسه، فهي الأقدر على فهمه ورعايته عند حاجته للمساعدة سويًا كان طفلًا أو شابًا أو شيخًا ذكرًا أو أنثى. وتعتبر الجمعيات الخيرية أهم أدوات الخدمة الاجتماعية التي أدخلتها مرحلة العلمية والمهنية كما شكلت المنطلق التاريخي لتنظيم جهودها و جعلها ذات موضوع ومنهج وأهداف محددة، حيث تعتمد على المتطوعين لحث المواطنين على أخذ زمام المبادرة لتحسين أوضاعهم. فعقب الانفتاح السياسي الذي عرفته الجزائر بعد سلسلة الإصلاحات السياسية و الاجتماعية - التي مست قانون الأحزاب و الحرية في تكوين الجمعيات فقد تبنت الجزائر في جميع دساتيرها الحق في إنشاء الجمعيات، وعرفت هذه القوانين تطورًا ملحوظًا عقب الانفتاح السياسي الذي عرفته البلاد عقب اقرار دستور 1989م والذي أعقبه صدور قانون (31/90) المتعلق بالجمعيات- إذ ظهرت موجة من الجمعيات في شتى الميادين الاجتماعية والثقافية والصحية و السياسية والبيئية... إلخ. ستحقت عليها وصف الحركة الجموعية نظرًا للديناميكية التي خلقتها داخل المجتمعات التي تنشط بها، فعرفت انطلاقة هائلة باعتبارها أهم مكون داخل منظومة مؤسسات المجتمع المدني وأقربها لقضايا المجتمع ومختلف شرائحه، ومن بين ميادينها المجال الصحي أو الطبي، حيث لجأت إلى استخدام كافة الآليات المتاحة في مجال الصحة والرعاية الصحية والطبية، ومن بينها مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية والمتمثلة في الجهود المنظمة و الموجهة بغرض تقديم المساعدة للأفراد والجماعات لعلاج الآمهم أو منعها والوقاية منها، وتحسين مستوى معيشتهم وتنمية قدراتهم الإنتاجية ويتم ذلك من خلال عدة هيئات ومؤسسات تكون تابعة للمجال الطبي مثل المستشفيات والعيادات الخاصة أو جمعيات أهلية ذات طابع صحي أو طبي. وتسعى الجمعيات الخيرية الطبية من خلال جملة الأنشطة و الجهود التي تمارسها في إطار علمي منظم وممنهج، إلى تفعيل وترقية أسس ومبادئ الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال تطبيق طرقها الأساسية الثلاثة

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

المتمثلة في: طريقة خدمة الفرد، وطريقة خدمة الجماعة وطريقة تنظيم المجتمع، وتعتبر هذه الجمعيات أهم أدوات الخدمة الاجتماعية الطبية التي أدخلتها مرحلة العملية والمهنية، كما شكلت المنطلق التاريخي لتنظيم جهودها وجعلها ذات موضوع ومنهج وأهداف محددة، على اعتبار انها تعتمد على أفراد متطوعين (قد يكونون أفرادا عاديين أو ذوو تخصص مهني كالإخصائيين الاجتماعيين) وظيفتهم إنسانية بالدرجة الأولى، تهدف إلى خدمة كافة الفئات المعوزة التي تحقق الرعاية الطبية ولا تجدها بسبب نقص في العامل المادي أو غيره وتعد أهمية الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة ذات أهمية كبيرة، بسبب أن الصحة تعد من أهم مؤشرات التنمية الاجتماعية التي تعد أحد أهم أبعاد التنمية المستدامة وأحد ركائزها الأساسية.

وفي بحثنا هذا حاولنا تسليط الضوء على الدور الفعال والحيوي الذي تقدمه الخدمة الاجتماعية الطبية في مجال التنمية الاجتماعية وذلك من خلال النشاطات التطوعية التي تقدمها الجمعيات الخيرية الصحية، وسبب اختيارنا لهذا الميدان بالذات هو أهمية العمل الجماعي في الجزائر الذي يهدف إلى ترقية الطاقات البشرية إذ أضى ذو أهمية بالغة وضرورة اجتماعية ملحة تحقق نمو وتنمية مميزة في الحياة الاجتماعية للأفراد والجماعات والمجتمع ككل، فهو يساهم بشكل غير مباشر في تصميم استراتيجيات التنمية الشاملة وفق برامج مسطرة ومسعى تكويني متشعب بوعي في مختلف المجالات التي ينشط فيه ومن هنا ارتأينا واستجابة للضرورة المنهجية صياغة نص هذه الإشكالية واختصارها من خلال عدة تساؤلات فرعية داعمة لما جاء فيها ولكن قبل ذلك يمكننا طرح تساؤل رئيسي كالتالي:

"إلى أي مدى يمكن للخدمة الاجتماعية الطبية أن تساهم بدور تنموي في المجال الاجتماعي من خلال ما تقدمه الجمعيات الخيرية الطبية من نشاطات تطوعية؟"

ثانيا: الفرضيات:

- 1- تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.
- 2- تساهم الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين.
- 3- تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين.

ثالثا: أهمية الدراسة:

* تركز دراستنا على وصف الأنشطة التي تقوم بها الحركة الجمعوية تجاه شريحة المرضى من أفراد المجتمع المحلي، إضافة الى الدور التطوعي الفاعل للأعضاء الناشطين داخل الجمعيات الخيرية الطبية بولاية الوادي.

* الكشف عن درجة استخدام وتطبيق الجمعيات الخيرية الطبية للمبادئ العلمية لممارسة الخدمة الاجتماعية بطرقها الثلاث (طريقة خدمة الفرد، خدمة الجماعة، تنظيم المجتمع).

* تمحور بحثنا حول معرفة حدود الفصل والالتقاء بين العمل الجمعوي والعمل الحكومي في مجال الصحة، وتقديم خدمات اجتماعية طبية موجهة لفئة المواطنين عامة والمعوزين منهم على وجه الخصوص، إضافة الى تسليط الضوء على مدى اتساع نطاق نشاط الجمعيات الخيرية الطبية وحقيقة وجود تعاون وتنسيق فيما بينها.

* تسليط الضوء بالبحث والتمحيص حول النشاط الجمعوي الخيري داخل المجتمع الجزائري بسبب بعض الدراسات المهمة بهذا الموضوع نظرا لعاملين أساسيين هما: حداثة

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

ظاهرة الحركة الجمعوية في الميدان الاجتماعي والصحي من جهة، وافتقاد النسق الثقافي الجزائري المتبني لثقافة العمل الجمعي والتطوعي الفعلي.

رابعاً: أهداف الدراسة:

* ابراز الدور المهم الذي يربط بين متغيري الدراسة (الخدمة الاجتماعية الطبية والتنمية الاجتماعية) من خلال النشاطات التطوعية الخيرية التي تقدمها الجمعيات الطبية الخيرية.

* تقديم قراءات تمحيصية وتحليلية حول المتغير المستقل (الخدمة الاجتماعية الطبية) من خلال فهم جل أبعاده ومؤشراته الحيوية.

* تقديم قراءات تمحيصية وتحليلية حول المتغير التابع (التنمية الاجتماعية) من خلال فهم جل أبعاده ومؤشراته الحيوية.

* محاولة فهم أهم النشاطات التي يمكن أن تتجسد من خلالها الخدمة الاجتماعية الطبية ضمن النشاطات التطوعية للجمعيات الخيرية.

* اكتشاف مدى وجود دور تنموي اجتماعي حقيقي وفعلي تقدمه الخدمة الاجتماعية الطبية الممارسة من طرف الجمعيات الخيرية الطبية.

خامساً: أسباب اختيار الموضوع:

- ابراز العوامل الأساسية المحددة لطبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري الدراسة "الخدمة الاجتماعية الطبية" و "التنمية الاجتماعية".

- إن من ابرز الاسباب التي دعنا لدراسة هذا الموضوع هو ابراز دور المجتمع المدني ومؤسساته المتمثلة في الجمعيات الخيرية الطبية في التنمية الاجتماعية داخل المجتمع الجزائري وذلك من خلال عرض واستنباط أهم خصائصها ومميزاتها واعطاء صورة

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

واضحة وشفافة عن ماهية العمل الجمعي الخيري، ومدى تأثيره في سيرورة الوتيرة التنموية المتبناة داخل المجتمع المحلي.

- الى جانب كون الحركة الجمعوية قوة اقترح ممثلة للمجتمع فهي الرابط بينه وبين السلطات المحلية، الا أن الظروف التي عرفتها ومرت بها في القانون الجزائري لم تسمح لها بالقيام بدورها المنوط بها على أكمل وجه، ، لذا وجب تصميم فعال وفعلي لمشروع جمعي واعتباره بمثابة بعد استراتيجي يمكن الجمعيات الخيرية من فرض مكانتها داخل المجتمع المحلي التي تنشط داخله.

- محاولة الوقوف على الأثر التنموي الناتج عن النشاط الخيري التطوعي الذي تمارسه مختلف الجمعيات الخيرية الطبية من خلال تقديم خدمة اجتماعية طبية فاعلة وهادفة.

- ابراز الدور الحقيقي والجوهري الذي تلعبه الجمعيات الخيرية الطبية داخل المجتمع المحلي، وسعيها لتجسيد وتعزيز مفهوم العمل الاجتماعي لدى أفراد المجتمع المحلي وتشجيعهم على المشاركة في الأعمال التطوعية داخل مجتمعاتهم.

- تسليط الضوء على جزئية جوهرية متعلقة بكون العمل الخيري يعمل على اكساب الأفراد بعض المهارات الأساسية في الحياة، وكيفية تعاملهم في حالات الظروف الطارئة وتعريف الجماعات ببعضها البعض من خلال ورش العمل والمشاركة التطوعية.

- الدور الكامن و الغير ظاهر الذي تلعبه الجمعيات الخيرية الطبية في تثقيف المجتمع المحلي ونشر الوعي الصحي والطبي من خلال النشرات والدورات التثقيفية واستضافة المختصين في المجال الطبي.

سادسا: تحديد المفاهيم

1- الدور :

*لغة : فالدال والواو والراء من أصل واحد وفي اتصال بعضهما ببعض تصبح دور و جمع أدوار من المصدر دار ، عود الشيء الى ما كان عليه..¹

*اصطلاحا : عرف احمد زكي بدوي في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية بأنه السلوك المتوقع من الفرد في الجماعة والجانب الدينامي لمركز الفرد ، فيما يشير المركز الى مكانة الفرد في الجماعة ، فإن الدور يشير إلى نموذج السلوك الذي يتطلبه المركز ويتحدد سلوك الفرد في ضوء توقعاته وتوقعات الآخرين منه ، وهذه التوقعات تتأثر بفهم الفرد والآخرين للحقوق والواجبات المرتبطة بمركزه الاجتماعي.²

يرى نوربارت سيلامي أنه "نص يتعلمه ممثل وهو بالتعميم تصرف متوقع من شخص نعرف وضعه الاجتماعي، وكان مفهوم الدور في الغالب فيما يخص علق النفس الاجتماعي مرتبطا بمفهوم الوضع أو الموقع الاجتماعي الذي يحتله الفرد في منظومة اجتماعية.³

ويعرض عبد المجيد سالمي بأنه " مجموعة أنماط السلوك الفرد وتمثل المظهر الدنيا من المكانة أو التركيز على الحقوق والواجبات المتعلقة بها وبمعنى آخر يتحدد الدور على

¹ احمد ابي الحسين بن زكريا بن فارس: معجم مقاييس اللغة، ج 2، دار الفكر للطباعة والنشر ، العراق ، 1979 ص 310.

² محمد زكي بدوي : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية،(دط)، مكتبة لبنان، بيروت-لبنان، 1993 ص 395.

³ نوربارت سيلامي: المعجم الموسوعي في علم النفس،ج3، تر:وجيه أسعد، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، سوريا، 2001،ص1094.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

اساس متطلبات معينة تتعاكس على توقعات الأشخاص الذين تحتل مكانة ما وضع معين¹.

*إجرائياً : يمكن وصفه بأنه ما تؤديه الخدمة الاجتماعية الطبية من مهام في دفع عجلة التنمية الاجتماعية داخل المجتمع المحلي، وذلك من خلال الجمعيات الخيرية الصحية وما تقدمه من خدمات رعاية صحية من تحقيق صحي وخدمات وقائية وعلاجية ومدى مساهمتها في توفير احتياطات الأفراد من الجانب الصحي.

2- الخدمة الاجتماعية

*تعريف الخدمة لغة: عرف المنجد الأبجدي " الخدمة " من الفعل 'خدم'، 'يخدم' بمعنى عمل له، او قدم للغير مساعدات تعود عليهم بالنفع، أي هي المساعدة التي تقدم للغير².

كما أن المدلول اللفظي المكون لكلمة " الخدمة" هو اعتبارها تلك الجهود التي تهدف إلى تحقيق فائدة محددة، أو منع ضرر واقع أو يحتمل وقوعه.

- وبالنسبة للفظ "اجتماعية" فهي صفة مشتقة من المجتمع، أو الارتباط بالعلاقات المتبادلة بالبيئة المحيطة³.

*الخدمة الاجتماعية اصطلاحاً : عرفت الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين سنة 1970 بأنها "أنشطة مهنية تساعد الأفراد والجماعات والمجتمعات

1 عبد المجيد سالمى وآخرون: معجم مصطلحات علم النفس، ط4، دار الكتاب للنشر والتوزيع، القاهرة 1998-مصر، ص107.

2 المنجد الابجدي: دار المشرق، ط4، المكتبة الشرقية، بيروت-لبنان، 1967، ص191.

3 عبد الغني محمود حسن صالح: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، (دط)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1998، ص24.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

المحلية في زيادة قدرتها على أداء وظائفها الاجتماعية مع تهيئة انسب الظروف لتحقيق ذلك¹.

وعرفها المؤتمر الدولي للخدمة الاجتماعية المنعقد بباريس 1928 بأنها "تلك الجهود المقصودة الهادفة لتحقيق أغراض كتحقيق الآمال، و نقل الأسر والأفراد من حالة البؤس التي وقعوا فيها، إلى حالة معيشية ملائمة والعمل على رفع المعيشة وتحسين الأحوال المعيشية والرفاهية الاجتماعية². يرى هيربرت ستروب أن الخدمة الاجتماعية هي فن توصيل الموارد المختلفة للأفراد و الجماعات والمجتمع لإشباع احتياجاتهم عن طريق استخدام طريقة علمية لمساعدة الناس على مساعدة أنفسهم³.

وقدمت الجمعية القومية للإخصائيين الاجتماعيين بأمريكا تعريفا لها "خدمة فنية تهدف إلى مساعدة الناس سواء كانوا أفراد أو جماعات، للوصول بهم إلى أقصى مستوى ممكن من الحياة في حدود رغباتهم وبإمكانيات المجتمع المحلي المتاحة"⁴.

*إجرائيا : إذا قمنا بتقديم تعريف إجرائي للخدمة الاجتماعية وفق للوظائف المهنية في المجال الطبي فهي إحدى مجالات مهنة الخدمة الاجتماعية التي تمارس في المؤسسات الطبية وتستفيد من طرقها وممارستها المهنية، و يقوم بممارستها أخصائيين إجتماعيين وتهتم بمساعدة المرضى للانتعاع بالعلاج ومساعدتهم لتوفير احتياجاتهم

1 فيصل محمود الغرابية: الخدمة الاجتماعية في المجتمع العربي المعاصر، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 19.

2 ماجدة السيد عبيد، خزامة جودت : وقفه مع الخدمة الاجتماعية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان- الاردن، 2010، ص26.

3 سماح سالم وآخرون: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن ، 2012 ، ص 69.

4 محمد سيد فهمي :التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الوفاء الدنيا الطباعة والنشر ، مصر ، 2007، ص 22.

3- التنمية الاجتماعية :

*التنمية: اهتم العلماء بتحليل كلمة التنمية في اللغة العربية كما جاء في قواميس اللغة العربية بأن تنمية الشيء تعني ارتفاعه من موضعه إلى موضع آخر، أي نقول نما المال أي زاد وكثر

*لغة: تشتق لفظ التنمية من الفعل (نمي) بمعنى الزيادة والانتشار. أما لفظ النمو من (نما) ينمو ، نماء ، فإنه يعني الزيادة ومنه ينمو نموا. ¹

*تعريف التنمية اصطلاحا:

عرف هوبهوس التنمية في كتابه " Social Development " بأنها ذات مفهوم شامل ومعقد، إذ تشتمل على زيادة الإنتاج مما يؤدي إلى تلبية المتطلبات الجديدة والعدالة في التوزيع ووفرة الخدمات لكل مواطن، وتعني أيضا دعم العلاقات الإنسانية على اعتبار أن التنمية هي تنمية الإنسان في علاقاته المبادلة مع محيطه، وهي حركة إرادية تعتمد على الخبرة والتجربة والمعرفة والمهارة العلمية. ²

وعرفها الدكتور أسامة عبد الرحمان قائلًا " و لا شك أن التنمية لا تعني التنمية الاقتصادية فحسب كما أن التنمية الاقتصادية لا تعني التصنيع فحسب، إن التنمية بمعناها الشامل تضم جوانب إقتصادية و إجتماعية و سياسية و ثقافية، فهي ليست عملية

1 لويس معلوف: المنجد، ط13، المطبعة الكاثوليكية، بيروت ، 1950، ص922.

2 عبد الغني عبد الله الطيب: الإعلام والتنمية - مشكلات وقضايا -، ط1، دار العالمية للنشر والتوزيع، 2014، مصر ص ص(21-22).

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

اقتصادية وليست عملية اجتماعية فقط وليست عملية سياسية فقط وليست عملية ثقافية فقط، ولكنها مزيج من هذه كلها وغيرها.¹

كما يعرفها صلاح العبد بأنها: "عملية تعبئة وتنظيم جهود أفراد المجتمع وجماعته وتوجيهها للعمل المشترك مع الهيئات الحكومية بأساليب ديمقراطية لحل مشاكل المجتمع ورفع مستوى أبنائه اجتماعيا واقتصاديا وصحيا وثقافيا ومقابلة احتياجاتهم بالانتفاع الكامل لكافة الموارد الطبيعية والبشرية والفنية والمالية المتاحة".² و عملية التنمية هي بمثابة تغيير حقيقي لنمط الحياة من التقليدي إلى نمط حضاري معاصر.

وقد حددها الكواري على أنها " العملية الهادفة الى احداث تغييرات هيكلية اقتصادية و اجتماعية يتحقق بموجبها للأغلبية الساحقة من أفراد المجتمع مستوى من الحياة الكريمة التي تقل في ظلها ظاهرة عدم المساواة وتزول بالتدرج مشكلات البطالة و الفقر و المرض، ويتوفر للمواطن أكبر قدر ممكن من فرص المشاركة وحق المساهمة في توجيه مسار وطنه ومستقبله"³

*تعريف التنمية الاجتماعية اصطلاحا :

يختلف المفكرون الاجتماعيون في تحديد مفهوم التنمية الاجتماعية فهناك من يرى بأنها عملية توافق إجتماعي، وآخرون يرون أنها تنمية طاقات الفرد إلى أقصى حد ممكن، أو أنها إشباع الحاجات الاجتماعية للإنسان، أو الوصول بالفرد لمستوى معين

1 أسامة عبد الرحمان: البيروقراطية النفطية و معضلة التنمية، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، 1982، ص16.

2 إبراهيم حسين العسل: التنمية في الفكر الإسلامي (مفاهيم، معوقات)، ط 1، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع، 2006، ص ص (29 - 31).

3 علي خليفة الكواري: حقيقة التنمية النفطية (دراسات في التنمية و التكامل الاقتصادي العربي)، ط3، مركز دراسات الوحدة العربي، بيروت- لبنان، 1985، ص370.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

من المعيشة يتحقق من خلاله إشباع الحاجات الفردية و الاجتماعية، في حين هناك من يعرفها بأنها تحقيق التوفيق الاجتماعي لدى أفراد المجتمع بما يعنيه هذا التوافق من إشباع بيولوجي ونفسي واجتماعي متكامل.¹

يرى رجال الدين أن التنمية الاجتماعية هي الحفاظ على كرامة الإنسان وتحقيق العدالة وقيام التعاون على كافة المستويات، والتركيز على المشاركة في كل ما يتصل بحياة الإنسان ومستقبله.

ويرى **هيجنز** بأنها "عملية استثمار إنسانية تتم في المجالات أو القطاعات التي تمس حياة الإنسان كالصحة والتعليم والسكن والرعاية الاجتماعية، حيث يتم توجيه عائد تلك العملية إلى النشاط الاقتصادي المبذول في تطوير التنمية المجتمع.²

كما تعرف بأنها عملية ديناميكية تتجسد في إعداد وتوجيه الطاقات البشرية المتوفرة داخل المجتمع، من خلال تزويد الأفراد المشكلين للنسيج الاجتماعي بحد أدنى من الخدمات الاجتماعية العامة كالتعليم والصحة والسكن والمواصلات وإشراكهم في مختلف الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية الهادفة لتحقيق الخطط والاستراتيجيات التنموية المسطرة من طرف الحكومة.

ويعرفها **محمد منير حجاب** بأنها " ذلك التغيير الذي يحصل في الأوضاع الاجتماعية القديمة التي لم تعد تساير روح العصر، بطريقة ديمقراطية تهدف إلى بناء إنتاج جديد

1 سعود بن حسين الزهراني: مشكلات التنمية الاجتماعية في المملكة العربية السعودية، (دط)، (د دار نشر)،السعودية. 2005 ، ص15.

2 عادل مختار الهواري وآخرون: قضايا التغيير و التنمية الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، 1998، مصر، ص 152.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

تتولد عنه علاقات جديدة وقيم مستحدثة، تسمح للأفراد بتحقيق أكبر قدر ممكن من الإشباع على مستوى الحاجات والمطالب الاجتماعية الأساسية.¹

*التنمية الاجتماعية إجرائيا : هي عملية ديناميكية مستمرة متغيرة ومرتبطة بسياسة الرعاية الاجتماعية للدولة، وترتكز على الجهود المنظمة المخططة المؤسسة الهادفة لخدمة الفئات الاجتماعية، وتعتمد على تطبيق التكنولوجيا والتساند الاجتماعية واستثمار الموارد الطبيعية والتحسين الاقتصادي في المجتمع، وتوجه للعنصر البشري بغرض إشباع حاجاته ورفع مستواه الإجتماعي و الثقافي والصحي، وتنمية القدرات للمشاركة المجتمعية. وعادة ما تكون مقصودة وموجهة لخلق التغيير الايجابي الهادف لتحقيق غايات معينة والنهوض بالمجتمع المحلي على جميع مستوياته الاجتماعية والاقتصادية و الثقافية.

4-الجمعيات الخيرية:

*التعريف اللغوي للجمعية : هي كلمة مشتقة من مصدر الفعل الثلاثي "جمع" واسم الجمع يعطينا "جمعي" ومؤنثه جمعية ، وجمعها " جمعيات". فنقول جمع الشيء المفترق، وجمعه أو أجمعه فأجتمع ، وكذلك تجمع واستجمع ، والمجموع الذي جمع من هنا وهناك ، وان لم يجعل كالشيء الواحد ، وجمعت الشيء أي جنئت به من هنا وهناك. والجمع اسم لجماعة من الناس وللموضع الذي يجتمعون فيه.²

*تعريف الجمعية اصطلاحا: هناك عدة مصطلحات تطبق على الجمعيات مثل القطاع الاتحادي، الاقتصاد الاجتماعي، القطاع المعفى من الضرائب و القطاع الثالث.³

1 محمد منير حجاب : موسوعة المصطلحات الإعلامية ، ج ، 2، دار الفجر للنشر والتوزيع، 2003، ص 839.
2 ابن منصور محمد : لسان العرب، المجلد الأول، بيروت 1998، ص 498.
3 محمد نهى هلال الشويري: المجتمع المدني والمدافعة عن حقوق المعاقين، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر: 2014، ص73.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

في القانون الجزائري رقم 31/90 المؤرخ في 04/12/1990 المادة 02 " تمثل الجمعية إتفاقية تخضع للقوانين المعمول بها ويجتمع، في إطارها أشخاص طبيعيين أو معنويون على أساس تعاقدية ولغرض غير ربحي، كما يشتركون في تسخير معارفهم ووسائلهم لمدة محددة أو غير محددة أو غير محددة، من أجل ترقية الأنشطة ذات الطابع المهني والاجتماعي والعلمي والديني والتربوي والثقافي والرياضي على الخصوص، ويجب أن يحدد هدف الجمعية بدقة وأن تكون تسميتها مطابقة له.¹

كما أضاف القانون رقم 06/12 المتعلق بالجمعيات تعريفا للجمعيات في مادته 02 " تعتبر الجمعية في مفهوم هذا القانون تجمع أشخاص طبيعيين أو معنويين على أساس تعاقدية لمدة محددة أو غير محددة...." غير انه يجب أن يندرج موضوع نشاطاتها وأهدافها ضمن الصالح العام، و أن لا يكون مخالفا للثوابت والقيم الوطنية والنظام العام والآداب العامة وأحكام القوانين والتنظيمات المعمول بها.²

وهي تنظيمات أهلية تنشأ بقرارات غير حكومية، وتزاول أنشطة معينة عادة ما يكون محورها المواطن وتنميته، لها برامج قد تنحصر داخل رقعة جغرافية محلية، وقد تمتد خارج حدود الدولة التي تنتمي لها هذه الجمعية.

كما يعرفها معجم السوسولوجيا بأنها "التنظيم الذي تنتمي إليه جميع أفراد من تلقاء أنفسهم فلا وجود لسلطة تلزمهم بذلك، ويأتي وجود هذه التنظيمات في المجتمع بصفة إضافية غير ضرورية.³

1 الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، قانون رقم 31/90 المتعلق بالجمعيات، العدد (53)، مؤرخ في 17 جمادى الأولى عام 1411 هـ، الموافق ل 4 ديسمبر سنة 1990.

2 الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، قانون رقم رقم 06/12 المتعلق بالجمعيات العدد (02)، مؤرخ 18 صفر عام 1433 هـ الموافق ل 12 يناير سنة 2012 .

3 Joseph Stumpf et Michel Hogues, Dictionnaire de Sociologie, librairie Larousse; paris, 1973,p24.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

يعرفها **YVES chevalier** بأنها تدل على المعنى الضيق للكلمة، أي هي تجمع شخصين أو أكثر يقومون بتسخير مهارتهم ومعارفهم لتحقيق أهداف مسطرة غير ربحية. وقانونيا تتعارض مع فكرة إغناء الأعضاء. أما المعنى الواسع للكلمة فهي تعني كل تجمع مهما كان شكله القانوني وهدفه.¹ والجمعية هي مؤسسة ليست للانتفاع والاكْتساب، وتعتبر الجهود المبذولة داخل الجمعية مستمدة من الفلسفة الديمقراطية، ويتم العمل فيها بالمرونة.

وهي عبارة عن مجموعة من الأشخاص شديدي الحماس والانتماء لمجتمعاتهم يتجمعون مع بعضهم البعض لأداء نشاط أو تقديم خدمة منظمة يشعرون بأن عدم وجودها يشكل قلق أو معضلة لشريحة ما من المجتمع، دونما أي انتظام لتحقيق مكاسب شخصية، وهم مستقلون ماديا واداريا وعلاقاتهم بالجهات الرسمية لا تعدو أن تكون إلا علاقة إشرافية في الدول التي تشترط لإنشاء وتسجيل هذه المؤسسات التقيد بقانون أو نظام الهيئات التطوعية.

وهناك من عرفها على أنها شكل من أشكال الحركات الاجتماعية الجديدة داخل المجتمعات الحديثة، تستهدف إحداث تغيير مرغوب ومقصود لصالح فئات المجتمع وتجسيد مبادئ حقوق الإنسان، كما تعتبر نمط من الفعاليات الاجتماعية المختلفة عن الأحزاب السياسية والنقابات. وهي لا تهدف للاستيلاء على السلطة وإنما إحداث تغييرات على مستوى القواعد الشعبية وفق تكتيكات قصيرة المدى.²

1 Raymond Boudon et autres, **Dictionnaire de la Sociologie**, maire de la Sociologie Larousse Au luin Imprimeur, Paris, 1990, p21 .

2 ليكي، بيريت، م وآخرون: إدارة الجمعيات الخيرية غير الهادفة للربح، تر: علا عبد المنعم عبد القوي، ط

1، الدار الدولية للنشر والتوزيع ، مصر ، 2000 ، ص212.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

*تعريف الجمعية الخيرية اجرائيا: هي عبارة عن تنظيم أو تشكيل منظم مستقل يضم عددا من الأفراد، يحملون جملة من الأفكار المشتركة و التوجهات ذاتها ويجمعهم انتماء واحد يبادرون عن طواعية لخدمة مجتمعهم دون وجود أية مصالح شخصية ذاتية تدفعهم. هدفهم هو الرقي والتقدم ورفع المستوى المعيشي لأفراد مجتمعهم، وتكون نشاطاتها ضمن أطر قانونية محددة وواضحة. ويقدم أعضائها خدمات مؤسسة على قيم ومبادئ لتحقيق أهداف وأغراض تنموية.

سابعاً: الدراسات السابقة:

1- الدراسات الخاصة بالخدمة الاجتماعية الطبية:

1-1: الدراسات العربية:

الدراسة الأولى: بعنوان « إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق التنمية المستدامة» للأستاذة غادة بنت عبد الرحمن الطريف ، دراسة منشورة في مجلة آفاق العلوم بجامعة الجلفة العدد 11، مارس 2018.

إشكالية الدراسة: تلخصت إشكالية الدراسة في تساؤل رئيسي هو: ما مدى إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق أبعاد التنمية المستدامة؟ وتفرعت منه تساؤلات فرعية هي:

• ما مدى إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق البعد الاقتصادي للتنمية المستدامة؟

• ما مدى إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق البعد الاجتماعي للتنمية المستدامة؟

• ما مدى إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق البعد البيئي للتنمية المستدامة؟

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

منهج الدراسة: استخدمت الباحثة منهج المسح الاجتماعي وهي دراسة وصفية تحليلية لوصف وتحليل إسهام العمل الخيري في تحقيق التنمية المستدامة و ثم استخدام أداة الاستبيان.

عينة الدراسة: عينة من العاملين بالجمعيات الخيرية بالمملكة العربية السعودية والتي تبلغ 622 جمعية تم اختيار 13 جمعية، ويبلغ إجمالي عدد العاملين بالجمعيات الثلاث عشر هذه 902 تم أخذ نسبة 25 % من إجمالي العدد لتصبح العينة 226 مفردة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- تساهم برامج العمل الخيري في تحقيق البعد الاقتصادي للتنمية المستدامة من خلال ضرورة تنمية الوعي لترشيد السلوك الاستهلاكي في المجتمع.
- تساهم برامج العمل الخيري في تحقيق البعد الاجتماعي للتنمية المستدامة من خلال ضرورة التوجيه والإرشاد لذوي المشكلات الاجتماعية، وتقديم المساندة الاجتماعية، وتقديم برامج التدريب للمستفيدين من خلال برامج تنمية المهارات وبرامج التدريب.
- تساهم برامج العمل الخيري في تحقيق البعد البيئي للتنمية المستدامة من خلال التخلص من النفايات بطرق آمنة وتنمية مستوى الوعي البيئي والصحي للمستفيدين من خدمات الجمعيات الخيرية على مستوى المملكة، وتفعيل الدور الوقائي للجمعيات الخيرية من خلال لبرامج التوعوية التي يمكن تقديمها على فترات منتظمة لتنمية وعي المستفيدين بكيفية مواجهة مشكلاتهم البيئية والصحية.

أوجه الاختلاف والاستفادة:

يمثل وجه الاستفادة من الدراسة الحالية في نص الإشكالية حيث ركزت كلتا الدراستين في إشكاليتهما على دور ومدى إسهام العمل الخيري الجمعي في تحقيق تنمية مستدامة مجتمعية إضافة إلى استخدام ذات المنهج وهو المنهج الوصفي وذات أداة جمع البيانات وهي استمارة الاستبيان. أما الاختلاف فكان في طريقة الطرح وعدم استخدام متغير الخدمة الاجتماعية الطبية في الدراسة الحالية.

الدراسة الثانية: بعنوان: «دور منظمات المجتمع المدني في تنمية المجتمعات المحلية» دراسة مسحية على عينة من منظمات المجتمع المدني التنموية بمحافظة حضرموت، للأستاذ محمد سالم جمعان، رسالة دكتوراه منشورة في مجلة الأندلس للعلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة الأندلس للعلوم والتقنية، اليمن، المجلد 02، العدد 05، 2015.

إشكالية الدراسة: تمحورت إشكالية الدراسة في ما هو الدور الذي تلعبه المنظمات والجمعيات كمنظمات في المجتمع المدني؟ وتفرعت عنه أسئلة فرعية هي:

- ما مدى فاعلية وكفاءة تلك الجمعيات والمنظمات في المجتمع المدني؟
- هل تقوم تلك الجمعيات ومنظمات المجتمع المدني بدورها في تقديم خدمات تنموية في ظل تهاوي دور السلطات المحلية؟
- ما جوانب الضعف والقوة لدى الجمعيات، وما أسباب القوة وأسباب الضعف؟
- ما وسائل التدخل المناسبة لدعم جوانب الضعف لدى تلك الجمعيات ومنظمات المجتمع المدني؟

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

منهج الدراسة: اعتمد الباحث على المنهج الوصفي، وكأداة اعتمد على استمارة الاستبيان إضافة إلى مقابلات فردية مع رؤساء الجمعيات وبعض الأعضاء إضافة إلى استخدام منهج المسح الاجتماعي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 7 منظمات وجمعية.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- وجود فجوة بين بعض الجمعيات والمجتمع المدني فهناك بعض الجمعيات والمنظمات أنشئت أساساً لأغراض محددة لتلبية برامج تنموية محددة.
- هناك عوامل داخلية أدت إلى ضعف أنشطة بعض الجمعيات والمؤسسات والاتحادات مثل تخاؤل بعض الأعضاء وعدم تفاعلهم في أنشطة الجمعية.
- هناك بعض العوامل الخارجية التي ساهمت في ضعف أنشطة بعض الجمعيات مثل ضعف العلاقات مع الجمعيات نفسها وذلك لاكتساب الخبرات من الجمعيات الناجحة وكذلك التشبيك مع منظمات المجتمع المدني ووجود تجارب تنموية سابقة لم تنجح بسبب عدم إخضاعها للتقييم والدراسة قبل البدء في تلك الأنشطة أو عدم الفهم لطبيعة وتقاليد تلك الجمعيات المحلية.
- هناك عوامل موضوعية ساهمت في ضعف أنشطة بعض الجمعيات ومؤسسات المجتمع المدني مثل وجود مشاكل في البحث عن مصادر أخرى للتمويل وقد لوحظ أن بعض الجمعيات الناشطة والفاعلة حالياً تعتمد على مصدر تمويل واحد، وهذا بحد ذاته مخاطرة في حال توقف مصدر التمويل.
- هناك عوامل لوجستية ساهمت في ضعف أنشطة بعض الجمعيات ومؤسسات المجتمع المدني مثل عدم وجود مقرات لبعض الجمعيات والاتحادات وعدم

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

وجود تجهيزات وتأثيث مكتبي، وضعف التجهيزات في بعض الأحيان إضافة إلى عدم قيام المشرفين على منظمات المجتمع المدني بواجباتهم تجاه حقوق ومخصصات تلك الجمعيات مما أدى إلى تفاقم المشاكل المالية لدى بعض الجمعيات.

أوجه الاختلاف والتشابه:

تمثل وجه الاستفادة من الدراسة الحالية في تسليط كلتا الدراستين على الدور الذي تلعبه منظمات المجتمع المدني في تحقيق التنمية داخل المجتمعات المحلية إضافة إلى استخدام نفس أدوات جمع البيانات (المقابلة، استمارة استبيان) ، إضافة الى استخدام نفس المنهج(المنهج الوصفي).

أما الاختلاف فكان من خلال عينة الدراسة ففي الدراسة الحالية تم اختيار منظمات وجمعيات ناشطة في المجتمع المدني في حين أن دراستنا تم اختيار الأفراد المستفيدين من خدماتها كعينة بحث إضافة إلى الاختلاف في طريقة الطرح السوسولوجي للموضوع.

الدراسة الثالثة: بعنوان «تقييم واقع الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من وجهة نظر المرضى (دراسة ميدانية على مستشفيات صحة المدينة المنورة)» دراسة قام بها الدكتور زياد بن محمد مناور المحمدي وهي عبارة عن رسالة ماجستير بجامعة نايف العربية للعلوم الأصلية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية سنة 2013.

إشكالية الدراسة: تلخصت إشكالية الدراسة في التعرف على واقع الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من وجهة نظر المرضى.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

عينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى الموجودين في مستشفى صحة المدينة المنورة، العينة حددت بـ 217 مبحوث والعينة كانت عشوائية قدرت بـ 230 مريض.

منهج الدراسة وأدواتها: استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وأداة الاستبانة كأداة لجمع البيانات.

النتائج المتوصل إليها: أكدت نتائج الدراسة المتوصل إليها على:

- تقدم المستشفى رعاية متكاملة تناسب الحالات الصحية.
- لابد أن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية سلطة تقديرية في تعيين مرافق للمريض وذلك بعد استشارة الطبيب المعالج.
- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتحديد الحالات الخاصة الراضة للعلاج مع الأطباء المعالجين.

أوجه الاستفادة والاختلاف:

يتمثل وجه الشبه بين الدراستين أنهما دراستان مشتركتان في ذات المتغير المستقل الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي اضافة إلى تشابه في عينة البحث وأداة جمع البيانات.

أما الاختلاف فهو متمثل في أن دراستنا كانت داخل الجمعيات الخيرية الطبية في حين هذه الدراسة تمت داخل المستشفيات الصحية العمومية.

الدراسة الرابعة: بعنوان «تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الأولية الصحية من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين و المرضى» دراسة مقدمة في إطار رسالة ماجستير سنة 2012 للأستاذ محمد عبير عياد الفهيدى رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1433هـ / 2012.

إشكالية الدراسة: تلخصت إشكالية البحث في تساؤل رئيسي هو "ما تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والمرضى" وتضمنت هذه الإشكالية أسئلة فرعية هي:

- ما الدور الفعلي الذي يقوم به الأخصائيون الاجتماعيين في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية؟
- ما مدى رضا المرضى عن دور الأخصائي الاجتماعي في الرعاية الصحية الأولية؟
- ما العوامل التي تعيق عمل الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي بشكل عام؟
- ما المقترحات العملية للحد من الصعوبات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين في الرعاية الصحية الأولية؟
- هل هناك فروق ذات دلالة احصائية في آراء المبحوثين حول محاور الدراسة وفقا لمتغيراتهم الشخصية والوظيفية؟

منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي والذي اعتمد فيه على دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي في الواقع أما الأدوات التي استخدمها فهي إستمارة الإستبانة.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

عينة الدراسة: مجتمع البحث هو الأخصائيين الاجتماعيين وعددهم 153 والمرضى وعددهم 700 وكانت عينة البحث 120 أخصائي اجتماعي 303 مريض.

نتائج الدراسة: توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها:

- أفراد عينة الدراسة موافقون غالبا على المهام والنشاطات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي العيادي في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية.
- أفراد عينة الدراسة راضون عن دور الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية
- أفراد عينة الدراسة موافقون على وجود معوقات تواجه عمل الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي بشكل عام.
- أفراد عينة الدراسة موافقون على المقترحات العملية للحد من المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين في الرعاية الأولية الصحية.

أوجه الاختلاف والاستفادة:

يمثل وجهة الاستفادة من الدراسة الحالية مع دراستنا أنهما تعالجان موضوع الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي بطريقة سوسيولوجية بمعنى أنهما ينتميان لذات المجال السوسيولوجي، وتمت الاستفادة منها في استنتاج بعض المفاهيم التوضيحية حول الموضوع أما الاختلاف فهو من ناحية نص الإشكالية فهذه الدراسة تمحورت إشكاليته حول دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، ومدى رضا المرضى عما يقدمه في حين أن إشكالية موضوعنا تمحورت حول الدور الذي تلعبه الخدمة الاجتماعية الطبية في تحقيق التنمية الاجتماعية داخل المجتمع المحلي من خلال أنشطة الجمعيات الخيرية الصحية.

الدراسة الخامسة: بعنوان: «العمل التطوعي والرعاية الاجتماعية في اليمن - دراسة ميدانية مطبقة على الجمعيات التطوعية في محافظة حضرموت -» للأستاذ عادل أحمد الكسادي سنة 2012 دراسة منشورة في مجلة محكمة - شؤون اجتماعية- عدد 115، 2012.

إشكالية الدراسة: تلخصت إشكالية الدراسة في تساؤل رئيسي حول الدور الذي يلعبه العمل التطوعي في الرعاية الاجتماعية والصعوبات التي تواجهها الجمعيات التطوعية في محافظة حضر موت، وأثر ذلك على الدور المنوط بها في مجال الرعاية الاجتماعية وتفرعت عنه تساؤلات فرعية هي:

• ما هي طبيعة الخبرة التاريخية والمعاصرة للعمل التطوعي ودوافع ظهوره وتطوره؟

• ما هو الدور المتوقع من القطاع التطوعي لسد القصور في برامج الرعاية الاجتماعية والدور الحكومي لدعمها؟

• ما هي أهم الصعوبات التي تواجه عمل الجمعيات التطوعية في مجال الرعاية الاجتماعية بالمحافظة؟

منهج الدراسة: استخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعي بالعينة لأعضاء مجالس الإدارة بالجمعيات التطوعية العاملة في محافظة حضرموت واستخدام أداة الاستبيان.

عينة البحث: بلغ عدد عينة البحث 115 مفردة تم اختيارهم من خلال الإدارة العامة للجمعيات والاتحادات والمؤسسات الأهلية بمحافظة حضرموت.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة لعدة نتائج أهمها:

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

- إن بعض القوانين والتشريعات الحالية لم تعد تتلائم مع المتغيرات العالمية والمحلية الراهنة ووجود قصور واضح فيها حيث لا تستوعب معطيات تجربة الشراكة والاسناد بين الجمعيات الأهلية والمنظمات الحكومية.
- إن الدعم المالي المقدم من الجهات الدولية المانحة مرتبط بشروط وأهداف تلك المؤسسات وهو محدد بفترة زمنية ولا يرتبط باحتياجات الجمعيات وفئاتها المستفيدة.
- هناك ضعف واضح في عمليات التأهيل والتدريب للعاملين بالجمعيات التطوعية بأساليب وطرق تقديم الخدمات الاجتماعية كما وكيفا.
- نقص الكادر البشري المتخصص بالجمعيات حيث غالبية الجمعيات لا يوجد بها اختصاصيون اجتماعيون مدربون ومشرفون مما يؤثر على تطوير العمل في مجالات الرعاية الاجتماعية.
- معظم الجمعيات ارتبط النظام المؤسسي لها بالطابع الخيري كما أنها تتمركز في المدن الحضرية والرئيسية، ولا تنتشر في المناطق الأكثر احتياجا لخدمات وأنشطة هذه الجمعيات.

أوجه الاختلاف والتشابه:

تمثل وجه التشابه بين الدراستين في تركيزهما على العلاقة الترابطية بين العمل التطوعي الجماعي والرعاية الاجتماعية إضافة إلى استفادتنا منها في الجانب النظري من خلال إثرائه بالمفاهيم السسيولوجية المهمة للموضوع إضافة إلى أن كلتا الإشكاليتين تمحورتا حول ما هو دور الجمعيات الخيرية في مجال الخدمة أو الرعاية الاجتماعية واستخدم نفس المنهج وأداة الاستبيان أما الاختلاف فكان في أن دراستنا ركزت على ربط

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

متغير الخدمة الاجتماعية الطبية بمتغير التنمية الاجتماعية في حين أن الدراسة الحالية ركزت على دور العمل التطوعي بالرعاية الاجتماعية إضافة إلى الاختلاف في طريقة الطرح السوسيولوجي للموضوعين.

الدراسة السادسة: بعنوان: «واقع تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي ومعوقاتها من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية في محافظتي قلقيلية وطولكرم» قام بإعدادها الدكتور: حسني عوض، والدكتور: رائد نمر وهي عبارة عن بحث مقدم للنشر في مجلة العلوم الاجتماعية سنة 2010.

إشكالية الدراسة: تمحورت إشكالية البحث حول الدور الذي تقوم به مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي وحقيقة تطبيقها والمعوقات التي تحول دون تقديمها للدور المنوط بها وذلك من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية، وقد انطلق الباحث في هذه الدراسة من تساؤلات فرعية هي:

- ما أكثر معوقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية في فلسطين؟
- هل تختلف معوقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية من وجهة نظر العاملين باختلاف الجنس؟
- هل تختلف معوقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية من وجهة نظر العاملين باختلاف المؤهل العلمي؟
- هل تختلف معوقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية من وجهة نظر العاملين باختلاف سنوات الخبرة؟
- هل تختلف معوقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية من وجهة نظر العاملين باختلاف المهنة؟

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

- **منهج الدراسة:** استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي اضافة إلى استخدام أداة الإستبانة احتوت على جزئين أحدهما خاص بالبيانات الأولية المتعلقة بالمبحوثين، والثاني تضمن الفقرات التي تقيس هذه المعوقات وبلغت 32 فقرة اضافة للوصول إلى استنتاجات وتعميمات تساعد في تطوير الواقع المدروس.

- **عينة الدراسة:** كانت العينة عشوائية بلغت 200 عامل في المؤسسات الطبية بمحافظة طولكرم وقليلية.

- **نتائج الدراسة:** توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

بلغت متوسط الدرجة الكلية لمعيقات تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية في محافظتي قليلية وطولكرم على جميع مجالات الدراسة بنسبة 63,4 % أي بدرجة متوسطة، وقد كانت أعلى درجة معيقات على مجال المعيقات التي تتعلق بالبيئة المحلية، تلاها المعيقات المتعلقة بالمرضى وأسره ثم المعيقات المتعلقة بالمؤسسة الطبية والفريق الطبي ثم جاءت بالمرتبة الأخيرة المعيقات المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي واعداده

أوجه الاستفادة والاختلاف:

قدمت هذه الدراسة نوعاً من الاستفادة من خلال اثرها لموضوع دراستنا وذلك أنها تتشابه معها في ذات المتغير المستقل الموجود في الدراسة وهو الخدمة الاجتماعية الطبية إذ استفدنا منها في الجانب النظري واتخاذها لذات المفاهيم السوسولوجية التي استخدمناها في الموضوع اضافة إلى اتفاق الدارسين في استخدام نفس أداة جمع البيانات وهي استمارة الإستبيان.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

أما أوجه الاختلاف فتمثلت في هدف الدراسة في حد ذاته إذ تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على هل أن مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية لها دور إيجابي تقدمه وذلك من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية في حين أن دراستنا تهدف إلى تسليط الضوء على الدور التنموي الذي تحققه الخدمة الاجتماعية الطبية وذلك من خلال النشاط الخيري الجمعي.

الدراسة السابعة: بعنوان: «الجمعيات الأهلية والتنمية المستدامة» للدكتور: محمد سعيد عبد المجيد .دراسة ميدانية بجمعيات محافظة طنطا مصر، دراسة منشورة، المنتدى البيئي الدولي الأول.طنطا، جمهورية مصر العربية. 2006

إشكالية الدراسة: تلخصت إشكالية الدراسة حول تحديد أهم أدوار الجمعيات الأهلية في مجال تحقيق التنمية المستدامة، وتفرعت عدة أسئلة فرعية هي:

- ما هي الأدوار التي تقوم بها الجمعيات الأهلية في تحقيق التنمية المستدامة؟
- ما تأثير برامج الإصلاح الاقتصادي والخصخصة على الدور الذي أن تقوم به الجمعيات الأهلية؟
- ما هي معوقات تحقيق الجمعيات الأهلية للتنمية المستدامة؟
- ما رؤية قيادات جمعيات تنمية المجتمع المحلي لمحافظة الغربية لكيفية زيادة فاعلية دور الجمعيات الأهلية في تحقيق التنمية المستدامة؟

منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لتحليل ووصف رؤية أفراد العينة لدور الجمعيات الأهلية في تحقيق التنمية المستدامة، والأسلوب المقارن، والمنهج الإحصائي واعتمد على أداة ودليل المقابلة، ووثائق واحصاءات تساهم في التنمية المستدامة تستخدمها الجمعيات.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

عينة الدراسة: حجم العينة تم اختيار 15 جمعية من جمعيات المجتمع المحلي.

نتائج الدراسة: تم التوصل إلى عدة نتائج أهمها:

- هناك اتفاق على أن المقصود بالجمعيات الأهلية هو المنظمات غير الحكومية والجمعيات الخيرية وأن دورها الرئيسي هو تقديم مساعدات مالية.
- هناك اجتماع بين مفردات العينة على أن تزايد عدد الفقراء وارتفاع معدلات البطالة بشكل كبير هو ما زاد من أهمية دور الجمعيات الأهلية.
- تعتمد الجمعيات الأهلية على التبرعات والهبات والصدقات كمصدر رئيسي للتمويل لنقص نسبة الإعانات الحكومية مما ينقص من فعالية دور الجمعيات التنموي.
- هناك غياب للاهتمام بالبعد السياسي في التنمية وقد يرجع ذلك إلى القيود الحكومية والتشريعية التي تحول دون اقتحام الجمعيات الأهلية هذا المجال مثل جمعيات حقوق الإنسان وغياب الاهتمام بالبعد البيئي في التنمية المستدامة.
- اتفق معظم أفراد العينة على أن للجمعيات الأهلية دور هام في التنمية المستدامة خاصة في مجال توفير فرص العمل للشباب ومساعدة الطبقات الفقيرة من الجانب الصحي ومساعدة المرأة.
- اتفق معظم أفراد العينة على أن مشاركة أفراد المجتمع المحلي في دعم أنشطة الجمعيات مشاركة محدودة بسبب عدم توافر الوعي الكافي بأهمية المشاركة ودورها الفعال التنموي.

أوجه الاختلاف والتشابه:

تشابهت هذه الدراسة مع دراستنا الحالية في معالجة الدور التنموي الذي تقدمه الجمعيات الخيرية داخل المجتمعات المحلية وذلك من خلال أن إشكالية الدراستين اتفقتا حول عنصر هل أن ما تقدمه الجمعيات الخيرية فعلا يؤدي إلى تحقيق تنمية مستدامة مجتمعية إضافة إلى تشابه مجتمع الدراسة المتمثل في الجمعيات.

أما الاختلاف فهو في أدوات جمع البيانات حيث أننا في دراستنا اعتمدنا على أداة والاستبانة أما الدراسة الحالية فاكثفت فقط بأداة المقابلة إضافة إلى طريقة الطرح التي تختلف باختلاف الباحث ورؤيته ومعالجته لموضوع دراسته.

الدراسة الثامنة: بعنوان: «التنمية الاجتماعية والفكرية للإنسان السعودي في ضوء الأساليب المهنية للخدمة الاجتماعية» بحث منشور في مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والانسانية للدكتور سعد بن مسفر القعيب سنة 2000م.

إشكالية الدراسة: تمحورت إشكالية الدراسة حول مضامين البرامج التي تعمل في ميدان الخدمة الاجتماعية والفكرية للإنسان السعودي في ضوء الأساليب المهنية للخدمة الاجتماعية وأسئلة فرعية:

- ما مدى اهتمام البرامج الترويجية التي تعنى بفئات الشباب في خطتها التنفيذية بتوجيه عمليات التنمية الاجتماعية الفكرية للإنسان السعودي؟
- ما هي الأساليب المهنية للخطط التنفيذية لمراكز التنمية والخدمة الاجتماعية لتحقيق غايات التنمية الاجتماعية للإنسان السعودي؟
- ما الأهداف العملية المرسومة للبرامج التقنية والتدريبية لرفع الكفاءة الانتاجية في إطار التنمية الاجتماعية والفكرية للإنسان السعودي؟

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

• ما التوجهات العملية اللازمة لتحقيق مطالب التنمية الاجتماعية والفكرية

للإنسان السعودي؟

منهج الدراسة: اعتمد الباحث على المنهج الوصفي عن طريق البحث الوثائقي وطريقة تحليل المضمون.

عينة البحث: استخدم الباحث كعينة بحث المصادر العلمية وواقع منجزات أجهزة التنمية الاجتماعية والفكرية التي تقدم العديد من البرامج والفعاليات للإنسان السعودي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

• أن البرامج الترويجية والتنمية وما يساندها من القطاع الخاص تساهم في

توجيه عمليات التنمية الاجتماعية والفكرية للإنسان السعودي، وفق أساليب الخدمة الاجتماعية الوقائية والانمائية.

• يسهم التعليم المدني والعسكري في رفع مستوى التأهيل العلمي للإنسان السعودي وفق أساليب الخدمة الاجتماعية الانمائية.

• تعمل البرامج التقنية والتدريبية في رفع الكفاءة الإنتاجية وزيادة النضج الفكري للإنسان السعودي بأسلوب إنمائي عالي التقنية.

أوجه الاختلاف والتشابه:

يتمثل وجه الشبه بين الدراستين في أنهما تعالجان ذات المتغير التابع الذي هو التنمية الاجتماعية وقد تم الاستفادة منها في تحديد بعض المفاهيم والمصطلحات وتوجيهنا لبعض المراجع المهمة والقيمة الخادمة لموضوع دراستنا، إضافة إلى معالجتها

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

لمتغير الخدمة الاجتماعية حيث أن دراستنا تطرقت في الفصل التمهيدي مفهوم الخدمة الاجتماعية.

أما وجه الاختلاف فهو في طريقة دراسة الموضوع والطرح العلمي لمعالجته فالدراسة الحالية عالجت في موضوع اشكالياتها مضامين البرامج التي تعمل في ميدان الخدمة الاجتماعية والفكرية للإنسان السعودي في حين أن إشكالية دراستنا تمحور حول ما هو الدور الذي تلعبه الخدمة الاجتماعية الطبية في إحداث تنمية اجتماعية من خلال الجمعيات الخيرية الصحية.

الدراسة التاسعة: بعنوان «دور الخدمة الاجتماعية في مساعدة الجمعيات التطوعية للمشاركة في تنمية المجتمع على المستوى المحلي» للباحثة قوت القلوب أبو النجا دراسة مطبقة على جمعية الهلال الأحمر المصري بالفيوم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، القاهرة، فرع الفيوم، 1996.

إشكالية الدراسة: تمحورت إشكالية الباحثة حول اختبار وقياس أثر التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع للخدمة الاجتماعية الممارسة من طرف جمعية الهلال الأحمر بالفيوم على المشاركة في تنمية المجتمع المحلي اقتصاديا واجتماعيا.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من فئتين الأولى هي أعضاء مجلس الإدارة والفروع المتخصصة وبعض المستفيدين من نشاطات الجمعية.

- **منهج الدراسة وأدواتها:** استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، إذ شكلت مجموعتين إحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتم استخدام أداة المقابلة الموجهة لأعضاء مجلس الإدارة وأعضاء اللجان، إضافة إلى الاعتماد على تحليل السجلات المتعلقة بأنشطة الجمعية.

النتائج المتوصل إليها: أكدت نتائج البحث ما يلي:

- للتدخل المهني أهمية كبرى في رفع مستويات الأداء لدى أعضاء مجلس الإدارة وإنجاح اجتماعاتهم من خلال التطبيق الفعلي لأسلوب علمي للإدارة.
- إن التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع أسفر عن ظهور فئة شبانية جديدة ومشاركتها في العضوية في لجان الجمعية واستحداث لجان جديدة مرتكزة على أساليب ادارية علمية مدروسة.
- أدى التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع للخدمة الاجتماعية لتحقيق نوع من التعاون والتشاور والتنسيق بين الجمعية والجمعيات الأخرى، إضافة إلى التنسيق بين الجمعية ومختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية الأخرى كالمدرسة والثانوية والمسجد والمستشفى.

أوجه الاستفادة والاختلاف:

- تشابه العينة المستخدمة في هذه الدراسة مع عينة الدراسة الحالية لحد كبير.
- الاستفادة من الشكل والجانب التنظيمي والإداري للعمل الجماعي مثل الديمقراطية في اتخاذ القرارات ورسم الأهداف إضافة إلى عنصر الشفافية والمحاسبة خلال أداء الأعضاء الناشطين في إطار الجمعيات الخيرية الطبية.
- أما الاختلاف فهو من ناحية المنهج حيث استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي وقامت بتحليل السجلات المتعلقة بأنشطة الجمعية في حين دراستنا اعتمدت على المنهج الوصفي وركزت على الأفراد المستفيدين من الخدمات التطوعية للجمعيات الخيرية الطبية كعينات للدراسة.

1-1-الدراسات الجزائرية:

الدراسة الأولى: بعنوان: «الحركة الجموعية بين الفعل الثقافي والخدمة الاجتماعية – دراسة انثربولوجية لجمعية الظهرة الثقافية» رسالة ماجستير غ منشورة للأستاذ عوايشية نصر الدين، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة محمد بن أحمد وهران 2، السنة الجامعية 2016/2015.

إشكالية الدراسة: تمحورت في التساؤل الرئيسي التالي: ما هو دور الحركة الجموعية في تفعيل العملية الاجتماعية والثقافية؟ وانبثقت منه تساؤلات فرعية هي:

• هل تعمل الحركة الجموعية في مازونة على تحقيق نشر الثقافة المحلية والحفاظ عليها؟

• هل تعمل الحركة الجموعية على درأ التحديات الحديثة التي تواجه المجتمع المحلي؟

• من هم الفاعلون في الحقل الجموعي في منطقة مازونة؟

• ما هي الاستراتيجيات المتخذة من طرف أعضاء الجمعية والتي تمكنهم من الاستمرار؟

منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج التاريخي في سرد مختلف التواريخ والمراحل التاريخية إضافة إلى المنهج الوصفي وكانت أداة الدراسة هي المقابلة والملاحظة بالمشاركة.

عينة الدراسة: جمعية ثقافية ودينية لجمعية الظهرة بمازونة (ثقافية).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى عدة نتائج هي:

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

- منطقة مازونة بها أكبر تواجد تاريخي للجمعيات خلال 100 سنة ماضية أسسها الأهالي منذ 1914 وأغلب هذه الجمعيات تنتمي إلى الحركة الثقافية الممثلة لحضارة المنطقة.
- للمصلحة الشخصية دور مباشر في تصنيف الجمعيات، مما يعني عدم تبلور مفهوم استقلالية العمل الجماعي وهيمنة بعض مبادئ السلطة والمصلحة الخاصة مما يعيق نجاح العمل الجماعي.
- دوافع إنشاء هذه الجمعية هو استجابة لطلبات أبناء مازونة لاسترجاع مكانة المدينة التاريخية، ويتم استثمار المعتقدات والقيم التي تتبناها المنطقة في الفعل الجماعي.
- تواجه الجمعية عوائق مثل عدم امتلاكها لمقر واسع إضافة إلى عقبة الدعم المالي بسبب شح مصادر التمويل.
- هناك سيطرة للعنصر الذكوري في الجمعية مقارنة بالعنصر النسوي.

أوجه الاختلاف والتشابه:

تمثل شكل استفادتنا من الدراسة الحالية في أنهما اتفقتا في نفس المتغير المستقل (الخدمة الاجتماعية) وهو ما استفدنا منه في الجانب النظري من خلال توجيهنا لمجموعة مهمة من المراجع التي أثرت دراستنا، إضافة إلى تركيز كلتا الدراستين على مجال الحركة الجمعوية لقياس مدى فاعلية الخدمة الاجتماعية من خلالها، أما الاختلاف فتمثل في المنهج المختلف تماما عن المنهج الذي استخدمناه 'المنهج التاريخي' إضافة إلى نوعية النشاط الخيري للجمعية التي تم اختيارها. دون أن ننسى الفرق الكبير في طريقة الطرح السوسيولوجي والعلمي للموضوعين.

الدراسة الثانية: بعنوان «فعالية المشروع الجموعي في تنمية المجتمع المحلي(دراسة حالة جمعية النادي الثقافي الطلابي بولاية أدرار)» الأستاذة ملوان ليلي – رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع لكلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة الجزائر 02، قسم علم الاجتماع، 2011/2012.

إشكالية الدراسة: تمحورت إشكالية الدراسة حول تساؤل رئيسي هو " هل المشروع الجموعي سمح للجمعيات الجزائرية بأداء الدور المنتظر منها كفاعل أساسي ساهم في تنمية المجتمع؟" وقد نتج عن هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية هي:

• هل يمكن أن نعتبر الجمعيات العاملة للمشروع الجموعي جمعيات متمكنة من دورها فرضت تواجدها على الساحة الاجتماعية؟

• ما مدى فعالية المشروع الجموعي في المساهمة في تنمية المجتمع؟

• إلى أي حد استطاعت جمعية النادي الثقافي الطلابي لولاية أدرار المتبينة لطريقة تسيير أطوار المشروع المساهمة في التنمية المحلية؟

المنهج المستخدم: استخدمت الباحثة منهج دراسة الحالة نظرا لطبيعة الموضوع المدروس، وهو منهج كفي من خلاله يتمكن الباحث من التمييز والتدقيق في كافة الوثائق والمستندات الخادمة لموضوع البحث اضافة إلى منهج تحليل المحتوى.

عينة البحث وأدوات جمع البيانات: استخدمت الباحثة أداة المقابلة النصف الموجهة عبر مجموعة من الأسئلة المفتوحة ذات العلاقة بمحاور الدراسة اضافة إلى بعض الأسئلة المغلقة والاستعانة بوسطاء (طلبة جامعيين مؤهلين في جمع المعلومات المتعلقة بالموضوع). أما العينة فتمثلت في عينة مقصودة غير احتمالية أي الاختيار يكون عشوائيا أو عن طريق القرعة ومجتمع البحث هو جمعية نادي الطالب الثقافية ببلدية

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

تمنيط (أدرار) والعينة الأولى تمثلت في أعضاء الجمعية (15 عضو) والعينة الثانية مسؤولي شبكة الجمعيات العاملة بالمشروع (12 عضو)

نتائج الدراسة:

- طريقة العمل بالمشروع في اطار شبكة الجمعيات له دور فعال في تقوية الحركة الجمعوية الشبانية.
- لهذه الطريقة دور هام في تقوية الحركة الجمعوية تمثل في تسيير المشاريع التنموية ونجاحها محليا.
- هذه الطريقة مفيدة في اضاء شكل منهجي اداري مؤسساتي على العمل الجمعي وتحقيق عدة مشاريع تنموية بالمنطقة عبر مراحل وآليات مدروسة.

أوجه الاستفادة والاختلاف:

- يمثل وجه الاستفادة في تشابه المتغير التابع للدراسة بالمتغير التابع في دراستنا الحالية.
- اختلف المنهج المتبع بشكل كبير لأن الدراسة هي دراسة كيفية في حين دراستنا كيفية كمية.
- هناك تشابه بسيط في نوع العينة.

الدراسة الثالثة: بعنوان: «الحركة الجمعوية في الجزائر ودورها في ترقية طرق الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب» للدكتور عبد الله بوصنبورة رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أحمد دراية، أدرار، السنة الجامعية 2010/2011.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

إشكالية الدراسة: تلخصت إشكالية الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: ما دور الحركة الجموعية في ترقية طرق الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب؟ وتفرعت منه أسئلة فرعية هي:

- ما طبيعة البرامج والأنشطة والخدمات التي تقدمها الحركة الجموعية الشبابية؟
- ما هي نسبة ومكانة الأخصائيين الاجتماعيين في الخدمة الاجتماعية من هياكل الجمعيات الشبانية؟
- هل تطبق الحركة الجموعية مبادئ طرق الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب؟
- هل يمتد نشاط الجمعيات التي تقدم خدماتها لفائدة الشباب للبلديات المعزولة؟
- ما طبيعة العلاقة بين الجمعيات الشبانية والسلطات العمومية؟
- ما هي أهم المعوقات التي تحول دون فعالية أداء الجمعيات لدورها في ترقية طرق الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب؟

منهج الدراسة: اعتمد الباحث على منهج المسح الاجتماعي بنوعيه الحصر الشامل وطريقة العينة، فالنوع الأول طبق على الجمعيات الشبابية الموجودة في الولاية والنوع الثاني تم تطبيقه على عينة من الشباب المستفيد من خدمات الجمعية المعنية وقد اعتمد على استمارة الاستبانة والمقابلة والملاحظة المباشرة البسيطة والملاحظة بالمشاركة.

عينة الدراسة: عدد الجمعيات المدروسة 24 جمعية شبانية وتم اختيار 340 شاب كعينة لمجتمع الشباب ومجتمع البحث مقسم إلى قسمين جمعيات شبانية، والشباب المستفيد من خدماتها.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة لعدة نتائج أهمها:

- تشير النتائج الميدانية إلى أن الجمعيات الشبانية تتبنى الميدان الثقافي بشكل أساسي في أنشطتها وبرامجها المقدمة للشباب بنسبة كبيرة.
- لم يحظى المدخل الحديث في العمل الجمعي المتمثل في الإسهام التنموي بإنشاء مشاريع للشباب أو تنمية قدراتهم الإنتاجية وطاقاتهم الإبداعية لمكافحة البطالة بشكل أساسي من خلال التدريس.
- أغلب رؤساء الجمعيات ليس لهم علاقة بأي نوع من العلوم الاجتماعية أو علم النفس أو الخدمة الاجتماعية مما يعني ضعف هذه التخصصات في البنية البشرية للحركة الجمعوية الشبانية.
- هناك غياب شبه تام للأخصائيين الاجتماعيين بالجمعيات الشبانية بنسبة كبيرة.
- معظم رؤساء الجمعيات يرون أن العمل الجمعي هو ذو دور تكميلي لعمل الدولة الاجتماعي بنسبة جد كبيرة.

أوجه الاستفادة والاختلاف:

كان وجه الشبه متمثلاً في تسليط كلتا الدراستين على متغير الخدمة الاجتماعية وقد عالجتنا فرع من فروع الخدمة الاجتماعية في دراستنا الحالية الذي هو الخدمة الاجتماعية الطبية إضافة إلى دراسة دور الجمعيات الخيرية في ترقية المجتمع المحلي ففي دراستنا ركزنا على الجمعيات الخيرية الصحية في حين أن الدراسة التي بين أيدينا ركزت على الجمعيات الخيرية الشبانية إضافة إلى استخدام نفس المنهج وهو المنهج الوصفي

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

الاجتماعي أما الاختلاف فكان من ناحية النتائج المتوصل إليها نظرا إلى أن العينة ليست ذاتها وأيضا نوعية الجمعيات المختلفة.

الدراسة الرابعة: بعنوان: «الحركة الجمعوية في ممارسة الخدمة الاجتماعية» دراسة ميدانية من الجمعيات الاجتماعية، قام بإعداد هذه الدراسة الدكتور أحمد بلحنيش وهي عبارة عن رسالة ماجستير، جامعة البليدة سنة 2008.

إشكالية الدراسة: تلخصت إشكالية الدراسة في تساؤل رئيسي هو: مدى ارتقاء عمل هذه الجمعيات إلى مستوى متطلبات الخدمة الاجتماعية. وتفرعت عنه جملة من التساؤلات الفرعية التالية:

- هل نشاط الجمعيات يعتمد على الأخصائيين الاجتماعيين؟ أي هل هذه النشاطات ترتقي إلى مستوى متطلبات الخدمة الاجتماعية؟
- ما هي المهارات المكتسبة من نشاط الجمعيات؟ وهل هناك دورات تكوينية تأهيلية لممارسة الخدمة الاجتماعية؟
- ما مدى توفيق الجمعيات في اعداد البرامج الاجتماعية ومتابعتها؟ وإلى ماذا يرجع ذلك؟

المنهج المستخدم: استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ومنهج تحليل المحتوى الكمي حيث قام بتحليل المعاني الكامنة في المحتوى أو نص الدراسة، اضافة إلى استخدام أداة الملاحظة المباشرة من خلال الزيارات الميدانية لمقرات الجمعيات والوقوف على ممارستها لنشاطاتها اضافة إلى أداة المقابلة والتي كانت هي الأداة الرئيسية لموضوع البحث وتم تصميم استمارة مقابلة مقسمة إلى أربع محاور تعلق كلها بكيفية سيرورة العمل الجمعوي.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

عينة البحث: مجتمع البحث هو الجمعيات الاجتماعية الكائنة بولاية البليدة، وعدد الجمعيات هو 57 جمعية اجتماعية أما عينة البحث فهي عينة قصدية وقد بلغ عددها 30 جمعية.

نتائج الدراسة: توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها:

- عدم وجود تراكمات معرفية للعمل الجمعي الاجتماعي ببلادنا، ولكن في نفس الوقت وجود وعي بأهمية العمل الجمعي في تنمية المجتمع وبعث روح التضامن.
- هناك جهود معتبرة تبذلها الجمعيات الاجتماعية في ممارسة نشاطاتها تراوحت بين أعمال البر والاحسان ومنها ما يقترب إلى مهنة الخدمة الاجتماعية.
- الجمعيات الاجتماعية لا تعتمد على الأخصائيين الاجتماعيين بالمعنى النظري، كما انها تقتقد إلى المعارف والنظريات الحديثة التي توفرها المعاهد يعني أن المسار أمام الحركة الجموعية الاجتماعي ما زال طويلا.

- أوجه الاستفادة:

تتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية من حيث أنهما ركزتا على الحركة الجموعية كميدان تطبيقي لأهمية الخدمة الاجتماعية الطبية في المجال التتموي الاجتماعي، وقد أفادتنا في كيفية اختيار العينة وتصميم الأداة المناسبة لهذه الدراسة. إضافة إلى استفادتنا من توجيهنا إلى عدة مراجع والبحث فيها، إضافة إلى مساعدتنا في التحديد الدقيق للعينة إذ اعتمدت هذه الدراسة على الجمعيات الخيرية كعينة بحث، وأيضا في دراستنا عينة البحث تمثلت في الأفراد المستفيدين من الخدمات الصحية التي تقدمها هذه الجمعيات.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

ملخص عام لمدى الاستفادة من الدراسات السابقة:

وبالعموم يمكن أن نوجز ما تم الاستفادة منه من خلال الدراسات السابقة على النحو التالي:

- القدرة على الاختيار الأنسب و الملائم للمنهج العلمي المستخدم في الدراسة الحالي.
- المساعدة في تبني أداة محددة من أدوات جمع البيانات، وذلك من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت موضوع دراستنا الحالية سواء بشكل كلي أو جزئي.
- مقارنة ما تم التوصل اليه من نتائج الدراسات السابقة على الصعيد الميداني وما توصلت له الدراسة الحالية.
- المساعدة على تحديد مجتمع وعينة الدراسة الحالية من خلال الاطلاع على المجتمعات و العينات المستخدمة في الدراسات السابقة.
- تقديم قراءات وتفسيرات واقعية لنتائج الدراسة السابقة في ضوء ما توصلت اليه ومقارنتها بنتائج الدراسة الحالية.

ثامنا: المقاربة السوسيولوجية:

تعتبر المقاربات السوسيولوجية لموضوع الدراسات العلمية في المجال السوسيولوجي من أهم المرتكزات التي من شأنها إثراء الحقل السوسيولوجي وجعله أكثر عملية وعلمية وواقعية، فهي تجعل الباحث في مقدرة على التحكم بموضوع دراسته وكيفية الاستخدام السليم لأنماط المعرفة والمناهج العلمية التي تخدم هذا الموضوع، وتكوين رؤى فكرية تتناسب وموضوع بحثه، مع الإحاطة الكاملة بكل تفاصيل بحثه الدقيقة والمؤثرة فيه، كما تساعد على إيجاد تسلسل وترابط منطقي ومنهجي لأجزاء بحثه وتنسيقها بما يخدم

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

الموضوع من ناحية العرض والتحليل والتفسير، كما تمثل المقاربة السوسيولوجية الضابط المنهجي للدراسة من ناحية ضبط المفاهيم وتحديد المصطلحات العلمية، التي تخدم الموضوع وتبيان ما هي الأساليب والإجراءات التي يمكن للباحث الاعتماد عليها في إجراء دراسته بشكل علمي منظم ووفقا لمنهجية علمية دقيقة، بغرض تقديم دراسات ميدانية تمثل الواقع المعاش بدرجة كبيرة من الصدق.

2- الدراسات الخاصة بالتنمية الاجتماعية:

2-1: نظريات النسق الاجتماعي: في مؤلفه عن النسق الاجتماعي نجد بارسونز يقرر أن هناك نسقا اجتماعيا يقوم فيه الأفراد بأفعال تجاه بعضهم البعض، وهذه الأفعال عادة ما تكون منظمة، لأن الأفراد في النسق يشتركون سويا في الاعتقاد في قيم معينة وفي أساليب معينة للسلوك، وبعض هذه القيم يمكن أن نسميها معايير، والذين يلتزمون بهذه المعايير يتصرفون بشكل متشابه في المواقف المتشابهة وهذا ما يحقق الانتظام في المجتمع أو ما نسميه بالتوازن الاجتماعي. وقد ذهب بارسونز في نظريته عن النسق الاجتماعي إلى القول بأن لكل مستوى من مستويات الأنساق الاجتماعية مشكلاته النوعية التي تميزه عن غيره من الأنساق، فعندما تحدث بارسونز عن طريقة عمل النسق الاجتماعي ذكر أن كل نسق لابد أن يجد حلا لعدد من المشكلات أو أن يواجه على الأقل أربع مشكلات أو شروط أساسية لكي يستمر في البقاء.¹

لقد حلل بارسونز علاقات الاعتماد المتبادل بين أنساق المجتمع في ضوء ما أسماه بأنساق التبادل، حيث افترض أن كل نسق له مدخلات ومخرجات (أي: ما يملكه النسق من عوامل إنتاج (مدخلات) وما يخرج من منتجات (مخرجات)). وافترض أن كل نسق يتبادل مع الأنساق الأخرى ما يملكه من عوامل الإنتاج وما يملكه من منتجات.

1 طلعت إبراهيم لطفي، كامل عبد الحميد الزيات: النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، ط 1، دار غريب، القاهرة-مصر، (دون سنة)، ص 72.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

وبارسونز _ في نظره _ حتى يبدو أن المجتمع مستقر لابد من أن يستجيب إلى عدة وظائف مثل وظيفة التكيف مع المحيط الذي يؤمن بقاء المجتمع، ثم متابعة الأهداف لأن المنظومة لا تقوم بوظيفتها.

إن صياغة مفهوم للنسق الاجتماعي لابد أن يقع في اعتبارها الاختلاف الجذري بين المجتمع البشري وكافة الأنساق الطبيعية فإن أي نسق طبيعي بما فيها الأنساق العضوية إنما يولد علاقاته المتداخلة الخاصة به بنفس الخصائص التي تميز ترتيبه ومظهره.¹

2-1-1: نظرية الأنساق العامة: تشكل نظرية الأنساق العامة إحدى النظريات أو التوجهات النظرية التي أثرت بشكل كبير على نمو وتطور الأساس العملي والمعرفي لمهنة الخدمة الاجتماعية، فنظرية الأنساق العامة من النظريات التي لم تتوقف مساهمتها على اعتبارها إطاراً نظرياً يستعين به الممارس ليوجهه أثناء ممارسته المهنية أو يساعده فقط في فهم عملائه وتفسير مشكلاته، بل تعدت ذلك بكثير وقدمت مساهمات كبرى للمهنة وغيرت بعض المفاهيم الأساسية بل امتد تأثيرها في شكل وتقسيمات المهنة، وقبل الغوص في كيفية توظيف نظرية الأنساق العامة. إن نظرية الأنساق العامة هي نظرية شاملة يمكن تطبيقها على كل الأنساق سواء كانت اجتماعية أو نفسية أو حسب **لومان** يتم التواصل داخل كل نسق بناء على منطق ذاتي مستقل عن منطق الأنساق الأخرى ويسمى بالأنساق الوظيفية لأن كل منها يتفرد بوظيفة اجتماعية هامة، فنسق القضاء يصوغ المعايير القانونية العامة ويدفع لتنفيذها، وكل الأنساق مبنية بشكل متشابه إذ أن

1 أحمد القصير: منهجية علم الاجتماع بين الماركسية والوظيفية والبنوية، ط 2، (دار النشر)، مصر، 1978، ص 107.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

كل نسق منها لا يمكنه القيام إلا بوظيفته وهو مستقل، بمعنى انتاجه الذاتي للقواعد التي يعمل على أساسها، تماما مثل انتاجه للعناصر التي تشكله.¹

تقوم نظرية الأنساق العامة على مجموعة من الافتراضات، إذ تفترض أن الأنساق الحية وغير الحية يمكن النظر إليها والتعامل معها على أساس أنها أنساق لها مواصفات خاصة والتي تستحق الدراسة والتمعن، ويرى غوردن هيرن **Gordon Hearn** أن طبيعة نظرية الأنساق العامة تشير إلى أنها تأخذ اتجاهين أساسيين، الاتجاه التحليلي والاتجاه الشامل، فالأول يأخذ طبيعة العمل مع نسق ما على مستوى معين ودراسته لإيجاد ما إذا كان له خصائص معينة تحكمه والتعرف على طبيعة العلاقات بين أجزاء ذلك النسق، ومن ثم الانتقال إلى نسق آخر على مستوى آخر للتعرف على إذا ما كان له نفس الخصائص والسمات، لذا فإن حقيقة ما أو ظاهرة ما على مستوى معين قد تقود إلى تكوين فرضية أو مجموع فرضيات. وتفترض نظرية الأنساق العامة بأن الكل أكبر من مجموع الأفراد المكونة له. وأن الارتباط القائم بين الأجزاء المكونة لأي نسق يؤدي إلى وجود خصائص جديدة في النسق هي بالضرورة نتيجة لهذا الارتباط والاعتمادية المتبادلة بين الأجزاء المكونة للنسق، فالأسرة كنسق اجتماعي قائم تتكون من مجموعة من الأفراد وقد استمدت -في الخدمة الاجتماعية- أصول هذه النظرية عند **لفون بيرت لانفي** وقد طبقت هذه النظرية في الخدمة الاجتماعية على الأنساق الاجتماعية المختلفة مثل الجماعات والأسر.²

1 نيكولاس لومان : مدخل إلى نظرية الأنساق، تر: يوسف فهمي حجازي، (دط)، منشورات الجمل، العراق، 2010، ص ص (5 - 6).

2 محمد عبد الفتاح محمد: الاتجاهات النظرية الحديثة في دراسة المنظمات المجتمعية، (دط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2007، ص 17.

المفاهيم التي قدمتها نظرية الأنساق العامة:

(1) النسق: ظهرت عدة محاولات لتحديد مفهوم واضح للنسق ومن أبرزها ما قدمه بارتا لوني **V. Bertalanfy** إذ يعرفه: "هو مجموعة العناصر المتداخلة فيما بينها، أي أنها ترتبط فيما بينها بعلاقات، حيث إذا تغير أحد هذه العناصر أدى ذلك إلى تغيير العناصر الأخرى"، ففكرة النسق عنده تتأسس على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها ببعضها البعض، وفي علاقتها بالعملية الكلية للأداء.

(2) الحدود: يتم تحديد الأنساق عن طريق الحدود التي تعرف بأنها خط يكمل امتداده دائرة كاملة حول مجموعة من المتغيرات، بحيث يكون تبادل الطاقة والتفاعل داخل الدائرة بين هذه المتغيرات أكثر من ذلك الموجود بين المتغيرات الموجودة داخل الدائرة وخارجها عبر حدود النسق وحدود خطوط وهمية لا وجود لها، تستخدم بغرض تحديد نسق ما وتعريفها يتم حسب المكان والمعايير المستخدمة من قبل الاخصائي الاجتماعي.

(3) التغذية العكسية: وتحدث التغذية العكسية عن طريق عمليتي استيراد وتصدير الطاقة التي عن طريقها يتم تفاعل الأنساق مع الهيئة الخارجية، ويقصد بها كل ما يأتي إلى النسق من البيئة الخارجية من معلومات وطاقة ويرمز لعملية التصدير بالطاقة الخارجة.

(4) تخزين الطاقة: تصل الأنساق إلى مرحلة تخزين الطاقة حين تبدأ باستيراد طاقة أكثر من تلك التي تصدرها، فعملية التخزين هي زيادة في مخزون النسق من الطاقة والنواتج عن ميل النسق للأخذ من البيئة الخارجية أكثر من يقدم لها.¹

(5) التوازن: تسعى الأنساق الحية من خلال عمليتي استيراد وتصدير الطاقة للوصول إلى المستوى المتوازن، بحيث لا تصدر ولا تستورد أكثر مما تستحقه من طاقة.

وفي المجال الطبي لابد من النظر إلى الاعتماد المتبادل بين الأنساق الفرعية والكلية أو الصغرى والمتوسطة والكبرى.

*كيفية توظيف نظرية الأنساق العامة في مجال ممارسة الخدمة الاجتماعية: لقد ظل توظيف نظرية الأنساق العامة في ممارسة الخدمة الاجتماعية محدودا إلى وقت ليس ببعيد، بسبب عدم قدرتها على الربط والوصل بينها وبين الممارسة المهنية ونظرية الأنساق العامة غريبة المنشأ ونتاج الفكر الغربي مما جعل من الصعب امكانية تطبيقها داخل المجتمعات العربية، وهذه النظرية تتبنى النظرة الشمولية متعددة الأبعاد في النظر إلى المشكلة، حيث يتم التعامل مع العميل والمشكلة والموقف في نفس الوقت، وتعتبر عملية تحديد الأهداف الأساسية والفرعية جد دقيقة في عملية المساعدة الموجهة للعميل فالأخصائي الاجتماعي يجب أن يحدد الأهداف بدقة ويرتبها تبعا للأولويات اللازمة لحل المشكلة المطروحة.

وقد أثرت نظرية الأنساق العامة على الخدمة الاجتماعية منذ السبعينات من هذا القرن فقد قام هيرت بأولى اسهاماته في تطبيق هذه النظرية من خلال نشره تفسيرات لتطبيق الأفكار التي تحملها النظرية في مجال الخدمة الاجتماعية، وحققت هذه الأفكار

1 جمال شحاتة حبيب: الممارسة العامة (منظور حديث في الخدمة الاجتماعية)، (دط)، المكتب الجامعي

الحديث، مصر، 2016، ص 235.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

تأثيرا كبيرا في الوم أ من خلال عدة مفكرين أمثال فيكري و أولسن، أما في الوم أ فإن التطورات الأخيرة التي أدخلها سيبورن و جينرمان و بيرمان على نظرية النظم البيئية قدرا مناسباً في التأثير في الوم أ.

إن نظرية الأنساق العامة ترتكز كما ذكرنا على الفرضية التي تدعو إلى ضرورة اللجوء إلى الاطار المرجعي للأنساق وحدة الدراسة، حتى يتسنى للأخصائي الاجتماعي فهم عمق وخبايا هذه الأنساق، وهذه الفرضية لا تجعل أساس التعامل مع العملاء في الخدمة الاجتماعية الثقافة الأم للنظرية ومشتقاتها، بل الاطار المرجعي وما يحتويه من عادات وقيم وثقافة خاصة بالنسق محل الدراسة، لذا فإن هذه النظرية صالحة للتطبيق في أي مجتمع دون اهدار لقيمه وثقافته ومعتقداته، مع عدم اللجوء إلى القيم الموجودة في الثقافة الأم التي ولدت فيها النظرية.

وقد توصلت الكتابات التي عملت على وضع أسس لنموذج نظري مبني على مفاهيم نظرية الأنساق العامة في مجملها إلى سبع خطوات أساسية أو ما يسمى بمراحل التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية.

- **التحديد الدقيق لمشكلة العميل:** حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة بتحديد مشكلة العميل والتأكد من أن يكون هناك مشكلة حقيقية يعاني منها، وأن تكون هذه المشكلة واقعة ضمن مجال الخدمات التي تقدمها المؤسسة التي يتبع لها الأخصائي الاجتماعي.

● **بناء العلاقة المهنية:** بعد تحديد المشكلة والتأكد من وجود الرغبة لدى العميل في إيجاد حل لها، يقوم الأخصائي الاجتماعي ببناء علاقة مهنية مع العميل، وهي علاقة ليست عادية بين شخصين، بل تحكمها مبادئ الخدمة الاجتماعية.¹

ويتوقف نجاح التدخل المهني إلى حد كبير على هذه المرحلة وعلى قدرة الأخصائي الاجتماعي في بناء علاقة مهنية سليمة.

● **تشخيص مشكلة العميل:** وهذه العملية تعتبر أكثر عمليات خدمة الفرد حساسية فهي تقوم على البيانات أو المعلومات التي يجمعها الأخصائي الاجتماعي في مرحلة الدراسة من جهة، ويعتمد عليها التدخل المهني من جهة أخرى، فهي تربط بين مرحلة الدراسة والعملية العلاجية ميدانياً، والشخص السليم للمشكلة يؤدي إلى تدخل مهني سليم مما يعني إيجاد حل للمشكلة القائمة.²

● **تحديد البدائل العلاجية وطرق علاجها:** تتبنى نظرية الأنساق العامة النظرة الشمولية متعددة الأبعاد في النظر إلى المشكلة حيث يتم التعامل مع العميل والمشكلة والموقف في نفس الموقف، وتكمن أهمية تحديد الأهداف في أنه يملئ على الأخصائي الاجتماعي المهارات التي يوظفها من خلال التدخل المهني المستخدم مع العميل للوصول به إلى هذه الأهداف ولا من التعاون بين الأخصائي الاجتماعي والعميل فالعميل كما تصوره نظرية الأنساق العامة متفاعل ومساهم في العملية العلاجية. ويبدأ الأخصائي الاجتماعي عملية تحديد الأهداف باستعراض جميع البدائل العلاجية المتاحة، ويقوم بمناقشة العميل في هذه البدائل وسبل تحقيقها كما يشترك الأخصائي الاجتماعي مع العميل في تحديد واختيار هدف علاجي أو أكثر حسب طبيعة

1 غباري عبد الرحمن وآخرون: مرجع سابق، ص 103.

2 أحمد محمد مصطفى: خدمة الفرد (النظرية والتطبيق)، (دط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1991، ص 97.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

المشكلة وقدرات العميل، وبعد تحديد الأهداف يقوم الأخصائي الاجتماعي بترتيب هذه الأهداف حسب أولويتها في حل المشكلة كما يقوم بتحديد أفضل سبل تحقيقها.

-ترجمة الخطط العلاجية إلى واقع: وخلال هذه المرحلة تظهر مهارات الأخصائي الاجتماعي والتي يوظفها بطريقة مثلى لخدمة عملائه، حيث يعتمد نجاح الخطة العلاجية على كيفية توظيف تلك المهارات، وتتطلب هذه المرحلة عملية يطلق عليها "مرحلة إبرام العقد" وهي مرحلة يقوم فيها الأخصائي الاجتماعي من الانتقال من الاتفاق غير الرسمي والشفهي مع العميل إلى مرحلة الاتفاق الرسمي والمكتوب حول مهام كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل في حل المشكل المطروح، وهذه المرحلة تتطلب مهارة خاصة من طرف الأخصائي الاجتماعي، حيث أن معظم العملاء لديهم نوع من الاتكالية على الأخصائي الاجتماعي للقيام بجميع المسؤوليات لحل المشكلة المطروحة.¹

وبصفة عامة فإن نظرية الأنساق العامة تركز على التكامل والتساند بين الأجزاء المكونة للنسق العام، فكلما كان هناك تكامل وتساند وتنسيق بين الأنساق المختلفة الأخرى كان الأداء للنسق العام جيدا، ونقصد بالأنساق الأخرى كل من (الطبيب، الممرضة، الصيدلي، أخصائي اجتماعي، أخصائي نفسي، مدير المستشفى، المريض) .

2-2: نظرية الدور: يميل بعض علماء الاجتماع لا سيما _ أتباع المدرسة الوظيفية _ إلى اعتبار الأدوار الاجتماعية أجزاء ثابتة وغير متغيرة نسبيا من ثقافة المجتمع فهذه الأدوار تعتبر حقائق اجتماعية، فالأفراد يتعلمون التوقعات التي تكتنف المواقع الاجتماعية في ثقافتهم، ويؤدون هذه الأدوار بشكل وجدت عليه في بادئ الأمر والأفراد يفهمون

1 نصيف فهمي منقريوس: النظريات العلمية والنماذج المهنية بين البناء النظري والممارسة في العمل مع الجماعات، (دط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2009، ص ص (122 - 123).

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

أدوارهم الاجتماعية ويتولونها من خلال عملية مستمرة من التفاعل الاجتماعي.¹ والدور الاجتماعي هو عبارة عن سلوك يقترن أداؤه بمركز معين وهو أداء غير متوقع من فرد أو عدة أفراد، والدور قضية مركبة ومتباينة التفاصيل عادة ما تتعلق بالأداء والإنجاز الاجتماعي وبالتكيف والملائمة مع المواقف ومتغيراتها. والأدوار الاجتماعية تعتبر مكونا هاما في البناء الاجتماعي من المنظور الوظيفي لأنها تساهم في استقرار المجتمع من خلال توقع أعضاء المجتمع سلوك الآخرين ووضع حدود لأعمالهم الخاصة، كما يمكن وقف الأدوار الاجتماعية وذلك بتحديد علاقات الناس مع بعضهم البعض. والدور من المفاهيم السوسولوجية الجوهرية المساهمة في تحليل البناء والأداء الوظيفي للنظم الاجتماعية، بما فيها من مركبات فردية وجماعية وتنظيمية، وعلم الاجتماع يرى أن كل فرد أو جماعة أو تنظيم مجموعة من الأدوار المتباينة نسبيا والتي يمكن تحديدها على أنها منظومات اكراه معياري أو عرفي بحيث يفترض بالفاعلين أو أصحاب الأدوار التقيد بها. ومن المفاهيم التي اعتدت عليها نظرية الدور حسب هديرت ستدين ما يلي:

(1) تعلم الأدوار: يعتبر جورج هيرت ميد أول عالم ركز على نقطة تعلم الأدوار و

صلتها الوثيقة بالناحية الاجتماعية.

(2) غموض الدور: بمعنى أن الدور يقتصر على توقعات ملائمة بما يتماشى مع

العادات والتقاليد بمعنى أن لا يوجد له موضوع في النسق الاجتماعي.

(3) نشاط الدور: إن الأدوار الأكثر صرامة تتميز بأنها محددة، والأدوار الأكثر تشددا

تتميز بأنها تفرض بالقوة ونشاط الدور هنا يقصد به مدى انحراف الشخص لحل

الصراع ويكون هذا الانحراف في حدود المسموح به.

1 أنتوني غيدنز: علم الاجتماع، تر: فايز الصياغ ، ط 1، المنظمة العربية للترجمة، بيروت-لبنان 2005،

(4) الدور المتمم بعضه لبعض وتبادل الأدوار: أي جماعة اجتماعية سواء كانت أسرة أو مجتمعا مصغرا تحقق مستوى معين من التوازن والاستقرار ولكل فرد أو شخص داخل الجماعة أدوارا منوطة به في ظل وجود سلسلة علاقات اجتماعية تربط بين جميع أفراد هذه الجماعة، مما يعني أن أدوارهم متممة بعضها لبعض.

(5) إعادة التوازن: في حالة ظهور عدم التوازن بين الأدوار يظهر ما يسمى بالجهد المبذول لخلق التوازن أو إعادة خلق التوازن ويكون ذلك من خلال الأنا التي تحاول أن تعوض الدور المتبادل بدور مناسب من خلال أحد وسائل الإكراه والإجبار، التملق أو من خلال ما يسمى بالتكيف المتبادل للأدوار.

(6) الأدوار الصريحة والأدوار الضمنية: وتتميز الأدوار الصريحة بأنها شعورية للمشاركين في نسق التعامل الدائر أما الأدوار الضمنية فيكون الفرد فيها في حالة اللاوعي وعادة تتصف بكونها لا شعورية.

(7) صراع الدور: ويتضمن التوقعات التي يصدرها الدور بطريقة ما، فتوقعات الدور قد تتضمن الصراع لأن النسق الاجتماعي قد يكون النسق جزء منه ربما يزود ببديل غير مقبول لحل مختلف، إن معرفتنا لأدوارنا المنوطة بنا تؤثر على طريقة استخدامنا للتغيير خاصة إذا تناسبت الأدوار والسلوك مع ما هو متوقع سلفا، والصراع إنما يظهر عندما يكون هناك حالة من تعارض الأدوار وتصادمها بعضها مع بعض، فالفرد يكتسب مكانة داخل جماعته عندما يؤدي دورا اجتماعيا معيناً، والدور يحتوي على جملة من الواجبات والحقوق الاجتماعية تتحدد وفقا لطبيعة هذا الدور.¹

1 إحسان محمد حسن: النظريات الاجتماعية المتقدمة، (دط)، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

إن نظرية الدور هي صورة من صور التفاعلية الرمزية ولقد ميز رالف لنتون في كتابه دراسة الانسان 1936 بين الأفراد ومفاهيم الدور والمركز، فالمركز هو ما نعبر عنه بالحقوق والواجبات أما الدور فهو الجانب الدينامي للمركز، إذا فالمركز هو مفهوم بنيوي، أما الدور فهو مفهوم سلوكي، فالفرد حين يشغل مركزا معيناً ويؤدي دورا محددًا كل ذلك يكون ضمن تنظيم اجتماعي محدد.¹

ويمكن أن نرى التطبيق العملي لنظرية الدور في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال الدور الذي يقدمه الأخصائي الاجتماعي الطبي والمكانة التي يحتلها وماهية المهام وما يقوم به داخل المؤسسة الطبية وخارجها وما يؤديه من واجبات تجاه المرضى وأسرتهم وتجاه المؤسسات ذات العلاقة بالحالة العلاجية للعملاء وتختلف هذه الأدوار التي يشغلها الأخصائي الاجتماعي الطبي سواء كان يعمل داخل أو خارج المؤسسة الطبية التابع لها وما يقوم بتأديته في نطاق تطبيق أساليب الممارسة العامة لمهنة الخدمة الاجتماعية الطبية، والدور كما أسلفنا هو جملة من التوقعات والسلوكيات المرتبطة بنطاق تطبيقها ويتم تقدير الأدوار تبعاً لمحيط العلاقات المحددة لطبيعة تلك الأدوار، فالدور يكون ترجمة لهوية الفرد، وقد يكون هذا الدور تبعاً لتوقعاتنا الخاصة أو توقعات من حولنا.²

ومن خلال نظرية الدور وأهم المفاهيم المرتبطة بها، يمكن اسقاطها على واقع الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية الطبية من خلال ممارسة الأخصائي الاجتماعي الطبي دوره الاجتماعي استناداً إلى التوقعات المتبادلة بينه وبين باقي أفراد المجتمع الذي يتعامل معه.

1 السيد علي شيتا: نظرية الدور، (دط)، الاشعاع للنشر، مصر، 1993، ص 35.

2 مالكوم باين: نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، تر: حمدي محمد ابراهيم منصور، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 2010، ص54.

2-3: نظرية النسق الايكولوجي: يرى المنظور الايكولوجي أن الانسان يمكن فهمه داخل نسقه البيئي (البيئة التي يعيش فيها) من خلال ما قد يحدث من تفاعلات وتعاملات بين الأجزاء المتنوعة وعند الحدود التي يتلاقى فيها الانسان مع بيئته. والنسق الايكولوجي يعد اطارا شاملا من شأنه وضع نموذج أو عدة نماذج محددة للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية وكيفية التعامل مع المشكلات التي تتعامل معها، ويعتمد النسق الايكولوجي على استخدام المفاهيم النظرية لكل من نظرية الأنساق والنظرية الايكولوجية، ويركز المنظور الايكولوجي على التفاعلات التي تحدث بين مكونات النسق، وتساعد فرضيات ومفاهيم النسق الايكولوجي الأخصائي الايكولوجي أو الممارس العام على تحديد مفهوم واضح ومحدد للعميل الذي يتعامل معه، وفهم طبيعة المشكلات التي تواجهها مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية، إضافة إلى المساعدة في تحديد نقاط التدخل المهني في الموقف، كما يوفر المنظور الايكولوجي للأخصائي الاجتماعي الوسائل المناسبة لترتيب كافة المعلومات حول نسق العميل، ووحدات العمل.

والنسق الايكولوجي يعتبر مفهوما حديثا لتحليل علاقة الانسان ببيئته، إذ يعد النسق الايكولوجي من المفاهيم البيولوجية التي استعارتها الايكولوجيا البشرية عند تطوير اطارها النظري ومؤداها أن كل المجتمعات الطبيعية للكائنات الحية التي تعيش فيها وتتفاعل مع بعضها البعض ترتبط ارتباطا وثيقا ببيئتها ويرجع تطبيق هذه النظرية (نظرية النسق الايكولوجي) في مجال الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية إلى كتابات ويليام جوردن من خلال وصفه الدقيق لما يحدثه عند التقاء الفرد ببيئته المحيطة. والمنظور الايكولوجي ينظر للأنساق البيئية على المستوى الأصغر (الفرد الواحد) أو على المستوى المتوسط (الجماعة أو الأسرة...إلخ) أو على المستوى الأكبر (المجتمع أو التنظيم الذي ينتمي إليه الفرد) ينظر إليها على أنها وحدات وظيفية حدودها واضحة وذاتية التنظيم ويحدث داخلها

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

تفاعلات وتعاملات، كما أنها عبارة عن سلسلة من النظم البيئية المتعددة المتداخلة فيما بينها. ومن أهم المبادئ التي يقوم عليها المنظور البيئي:

(1) **ترابط الشبكات:** إن الأفراد حسب المنظور الايكولوجي يكونون مرتبطين مع بيئاتهم بطريقة حيادية أو سلبية أو إيجابية.

(2) **الدورة الطبيعية للمنظور البيئي.**

(3) **اتجاه التفاعل بين الفرد والبيئة:** وهو اتجاه غير محدد فالفرد يستجيب للبيئة والبيئة بدورها تتغير وتستجيب للفرد الأكثر إيجابية والأخصائي الاجتماعي له دور من وجهة المنظور الايكولوجي وهو تحسين العلاقة بين الفرد والأسرة والجماعات أو المجتمع.

من أهم المميزات التي أضافها المنظور الايكولوجي للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية الطبية ما يلي:

1- يسمح المنظور الايكولوجي للأخصائي الاجتماعي بالتعامل مع عدد كبير من المعلومات والبيانات المتحصل عليها من مصادر مختلفة.

2- هذه المعلومات التي تم الحصول عليها من شأنها السماح للأخصائي الاجتماعي للوصول إلى مختلف العوامل المؤثرة في المشكلات التي تحصل للعميل، وفي العلاقات المتبادلة فيما بين العملاء وبين أنساق بيئاتهم التي يعيشون فيها.

3- توسيع نطاق اهتمام الأخصائي الاجتماعي حيث يشمل إضافة إلى النسق صاحب المشكلة مختلف الأنساق الأخرى كالأسرة والجماعات التي ينتمي إليها والمنظمات والهيئات التي تقدم مختلف الخدمات لنسق العميل.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

4- يعتبر الأخصائي الاجتماعي الممارس العام نسقا اجتماعيا فرعيا من مشكلة الأنساق الاجتماعية المحيطة بالعملاء الذين يتعامل معهم. وقد اقترح بينكس وميناهان اطارا للتغيير المخطط متكون من أربع أنساق هي:

(أ) **نسق التغيير:** ويستخدم لوصف مختلف الأخصائيين الاجتماعيين، وغالبا ما يكون الأخصائي الاجتماعي محدثا أساسيا لعملية التغيير إلى جانب المنظمة التي يعمل داخل نطاقها.

(ب) **نسق العميل:** ويشتمل على الشخص أو مجموعة الأشخاص المحتاجين للمساعدة وتقدم لهم خدمة المساعدة عبر نسق التغيير.

(ت) **النسق المستهدف:** ويتكون من شخص أو عدة أشخاص تشملهم عملية التغيير لتحقيق الأهداف التي رسمها نسق التغيير والمرجو منها مساعدة نسق العميل.

(ث) **نسق العمل:** ويشمل هذا النسق على كل هؤلاء الأشخاص المشغولين مع الأخصائي الاجتماعي لإحداث التغيير، ويستخدم مصطلح نسق العمل أو الفعل ليصف من يتعامل معهم الأخصائي الاجتماعي بهدف تحقيق ما تم رسمه من أهداف وغايات.

5- يحتاج الأخصائي الاجتماعي إلى فهم الأنساق المرتبطة بالعميل، وإدراك أن أي تغيير في أحد هذه الأنساق له تأثير إيجابي على العميل مما يعني ضرورة اختيار استراتيجيات للتدخل المهني المناسب للتعامل مع هذه الأنساق.

6- ضرورة النظر إلى العميل كمشارك نشط وفعال داخل بيئته ويملك القدرة على أحداث التغيير على مستواه الشخصي وفي بيئته حتى يحقق توافقا اجتماعيا يمكنه من العيش في حالة توازن.

7- ضرورة تخلي الأخصائي الاجتماعي عن فكرة عادة ما تسيطر على تعاملاتهم مع نسق العمل وهي تلك النظرة المرضية لهم، وإن أي تغيير إجباري على مستوى نسق العمل أو الأنساق الأخرى يواجه بالمقاومة.

ب/المداخل النظرية للتنمية الاجتماعية:

1/المدخل الاجتماعي: وفيه يتطرق جل الباحثين إلى الحديث عن العملية أو الاتجاه التربوي للتنمية. والمقصود بمدخل العملية هو سلسلة العمليات المتتالية التي من خلالها يتغير النسق من حالة إلى أخرى، وهذه العمليات يكون محور اهتمامها هو التنمية البشرية، وهذا المدخل لا يهدف لتحقيق أهداف مادية مباشرة، بقدر تركيزه على تنمية ديناميات التفاعل الداخلي في النسق بهدف القضاء على التهميش الذي يكون لدى أعضاء المجتمع وعدم اهتمامهم بتحقيق مشاركات ذات صيغة إيجابية من شأنها تقديم إضافة مطلوبة لمجتمعاتهم، فهذا المدخل يهدف إلى تحريك أفراد المجتمع وخلق منهم عناصر إيجابية فعالة في الإطار التنموي المرسوم من طرف الجهات المسؤولة، ويعتمد الدارسون لهذا المدخل في تحليلهم له على المشاركة الاجتماعية المتمثلة في المشاركة في اتخاذ القرارات المرتبطة بكل ما يخص النهج التنموي داخل مجتمعاتهم إضافة إلى المشاركة في البرامج والنشاطات المتعلقة بالعملية التنموية.¹

ويركز المدخل التربوي بوصفه من أقدم المداخل لدى الدوائر العالمية المثبتة لعملية أو حركة الإصلاح داخل المجتمعات الريفية والتي أطلق عليها فيما بعد اسم حركة التربية الأساسية، وحركة مدارس المجتمع في الفلبين إلى غاية 1955 وهذا المدخل يرى أن التنمية الاجتماعية أو المجتمعية تبدأ من أساس جوهري هو التعليم أي تعليم الكبار ومحو الأمية لتعريفهم بحقوقهم وواجباتهم كمواطنين وأفراد واكسابهم جملة من المعارف والمهارات

1 أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم أبو زيد: التنمية الاجتماعية وحقوق الانسان، (دط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2009، ص 70.

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

التي من شأنها تحسين ظروفهم إلى الأفضل وجعلهم يتحمسون للمشاركة بشكل فعال في العملية التنموية سواء على الصعيد الاقتصادي أو الاجتماعي.¹

ويركز المدخل الاجتماعي للتنمية الاجتماعية على عملية التنمية البشرية والذي أشار إليها روس Ross تحت عنوان العملية، أما كاري فأشار إليه تحت عنوان مدخل العمل المجتمعي المتكامل، في حين نجد ساندرز عبر عنه بـ مدخل العملية والمنهج والنشاط، وقد أثبتت دراسات الخدمة الاجتماعية النظرية والميدانية ودراسات علم اجتماع التنمية أن للجانب الانساني البشري والاجتماعي دورا أساسيا في نجاح أو فشل التنمية الاقتصادية، إضافة إلى أن عدم المرونة في البناء الاجتماعي والتنظيمات الاجتماعية وشيوع وانتشار أنماط من العادات والتقاليد والمعتقدات اللامنطقية والتي من شأنها جعل الأفراد يخضعون ويستسلمون وينقادون لقيم تعمل على عرقلة عملية النمو وتحسين مستوى معيشتهم، إذ أن هكذا عوامل تعمل على قتل العملية التنموية قبل بدأها من الأساس ومدخل العملية ينادي بتنمية ديناميات التفاعل الداخلي التي تعمل على القضاء على الأفكار السلبية والنظرة اللامبالية لأي عملية تطور وتنمية تفيد المجتمع، وهذا المدخل يركز على ثلاث أبعاد للمشاركة هي: المشاركة في اتخاذ القرارات، المشاركة في الأنشطة، المشاركة في قيم التنمية.

ولقد ربط كل من رامس و جوهن جونس بين التنمية وسياسة المجتمع في التعرف على الاحتياجات التنموية للمجتمع، فهما يفسران التنمية من منظور أنها سبب مباشر لإحداث تغيير مخطط وموجه داخل المجتمع وتنظيماته المختلفة الهدف منها اتباع الاحتياجات الانسانية. وهي أيضا عملية تنسيقية بين مختلف السياسات الاجتماعية وبرامج الرعاية

1 محمد عبد الفتاح محمد: الأسس النظرية للتنمية الاجتماعية في اطار الخدمة الاجتماعية، (دط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2005، ص ص (59 - 60).

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

الاجتماعية، فالتغيير المخطط هذا يقوم على أن تنمية المجتمع تعتمد على عدة عناصر هي:

- المدخل الاجتماعي لإحداث الاحتياجات.

- أحداث تغيير في المؤسسات والأنظمة والسياسات والبرامج والأدوار الاجتماعية ومما سبق طرحه فإن المدخل الاجتماعي بشقيه (مدخل العملية، المدخل التربوي) يركز على عدة مؤشرات هي:

- المشاركة بكل صورها وفي شتى المجالات داخل المجتمع.
- التعاون بين أعضاء وأفراد المجتمع الواحد.
- العمل على خلق خدمات اضافية جديدة داخل المجتمع.
- الرغبة في بذل جهود ذاتية لإنجاح العملية التنموية.
- الحرية بمختلف أشكالها وبما يتفق وقيم ومعايير المجتمع.
- الحراك الاجتماعي.
- الانتماء والولاء للمجتمع.
- توفير الخدمات الأساسية كالتعليم والاسكان، المأكل، المشرب.¹

1 رشاد أحمد عبد اللطيف: التنمية الاجتماعية في اطار مهنة الخدمة الاجتماعية، ط 1، دار الوفا لدنيا الطباعة والنشر، مصر، 2007، ص ص (95 ، 96)

2/ المدخل الديني للتنمية: تمثل الأديان مصدرا أصيلا لقيم المجتمع وموجها لكل عمليات التنمية ولقد وضع الدين الإسلامي أسسا وحدد أساليباً لتحقيق التنمية في المجتمع تقوم على أساس:

أ- التضامن الاجتماعي: من خلال المشاركة حيث تعتبر أمراً ضرورياً لنجاح التنمية، كما أن الملكية سواء كانت خاصة أو عامة هي وسيلة إنسانية وحافز من حوافز التنمية بحيث تسقط شرعية الملكية إذا لم يحسن الفرد استخدامها بما يعود على الجماعة بالفائدة. وقد حث الإسلام على التضامن من خلال التكافل الاجتماعية، التعاطف والعدالة الاجتماعية، ويرى الإسلام أن مشاركة الأهل في التنمية هي إحدى الأسس التي يجب أن تقوم عليها التنمية الاجتماعية ضماناً لنجاح المشروعات، وعدم جنوحها عن أهدافها، وتأكيداً لتحديد الاحتياجات الفعلية للمواطنين.

ب- التغيير يبدأ من المجتمع نفسه: حيث يرى الإسلام أن التنمية عملية إرادية واعية وإن الطاقة الأزمة للتغيير تمكن في المجتمع نفسه وأفراده.

ج- الشمول والتوازن في التنمية من المنظور الإسلامي: ويعني ذلك أن نظرة الإسلام للتنمية تستهدف رقي الإنسان مادياً وروحياً كما يقتضى الشمول في الإسلام، أيضاً أن تضمن التنمية كافة الاحتياجات البشرية من مأكلاً وملبس وسكن وممارسة الشعائر الدينية وحرية التعبير، أما التوازن في الإسلام فيعني أن التنمية لا تستهدف الكفاية فحسب أي زيادة الإنتاج والحث عليه، وإنما أيضاً عدالة التوزيع. وأن لا ينفرد بالتنمية قطاع على حساب قطاع آخر، أو نشاط دون آخر أو تطغى الصناعة على التجارة، أو تقدم الكماليات على الضروريات. ولكن لا بد من توازن إنمائي في مختلف قطاعات التنمية في المجتمع، ولقد ظهرت كتابات تحاول كل منها أن تصور الدين على أساس أنه معوق للتنمية، ويعتبر كل من نورمان يوكان وهوارد أليس مثالا لذلك، حيث أنهما ذكرا بأن

الفصل الأول: الاطار النظري و التصوري للدراسة

كثيرا من البلدان التي تضرب بسهم وافر في مضمار التقدم، تسودها وتسيطر عليها قيم وآراء تستمد أصولها من الديانات غير المسيحية كالإسلام واليهودية والكونفوشيوسية.

وفي إطار أما تقدم يمكن أن نقول أن القيم الدينية الإسلامية هي أساس كل المداخل سواء كانت اقتصادية وثقافية واجتماعية أو سياسية. و أن هناك مؤشرات دينية ترتبط بحساب الآخرة، ومؤشرات أخرى ترتبط بأعمال الدنيا وكلها تخض كما سبق ذكره على إخلاص النية لله سبحانه وتعالى، وعلى بذل الجهد من أجل تقدم ورخاء المجتمع الاسلامي. وفي اطار ذلك نلاحظ أنه يمكن وضع بعض المؤشرات الدالة على التنمية في ضوء المدخل الديني ومنها مايلي:

- التعاون الإسلامي بين أفراد المجتمع.
- مشاركة المؤسسات الإسلامية في عمليات التنمية.
- المشاركة في النهوض بالمجتمع وتقدمه.
- العدل داخل للمجتمع .

خلاصة الفصل

حاولنا في هذا الفصل التطرق الى اشكالية الدراسة و فرضياتها وكذا أهم المفاهيم و المصطلحات التي احتوتها من حيث الدلالة اللغوية والاصطلاحية وسميائيتها أو دلالتها السوسولوجية و إسقاطها إجرائيا على موضوع الدراسة و متغيراته الاساسية وكذا عينة من الدراسات السابقة المتنوعة التي هدفت الى دراسة نفس الظاهرة من أحد الزوايا أو الجوانب التي تتقاطع معرفيا معها.

الفصل الثاني:

الخدمة الاجتماعية
الطبية

"مدخل سوسيولوجي"

خطة الفصل

أولاً: الخدمة الاجتماعية:

- 1- تاريخ الخدمة الاجتماعية.
- 2- تعريف الخدمة الاجتماعية.
- 3- مبادئ الخدمة الاجتماعية.
- 4- أهداف الخدمة الاجتماعية.
- 5- مقومات الخدمة الاجتماعية و خصائصها.
- 6- فلسفة الخدمة الاجتماعية.
- 7- الطرق المهنية الثلاث لممارسة الخدمة الاجتماعية.
 - 7-1- طريقة خدمة الفرد.
 - 7-2- طريقة خدمة الجماعة.
 - 7-3- طريقة تنظيم المجتمع.
- 8- الاخصائي الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية.
 - 8-1- العمليات المهنية للإخصائي الاجتماعي.
 - 8-2- المميزات الواجب توافرها في الاخصائي الاجتماعي ' الخصائص '.

ثانياً: الخدمة الاجتماعية الطبية:

- 1- العوامل التي مهدت لقيام الخدمة الاجتماعية الطبية' نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية'.
- 2- ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية.

3- ملامح واسس الخدمة الاجتماعية في المستشفيات "العلاقة بين الخدمة

الاجتماعية و المؤسسة الطبية".

4- أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية و أهميتها.

5- فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية وعناصرها.

6- الاخصائي الاجتماعي الطبي.

6-1- تعريف الاخصائي الاجتماعي الطبي.

6-2- مهام ومسؤوليات الاخصائي الاجتماعي الطبي.

• أدوار الاخصائي الاجتماعي الطبي في طريقة الفرد.

• أدوار الاخصائي الاجتماعي الطبي في طريقة الجماعة.

• أدوار الاخصائي الاجتماعي الطبي في طريقة تنظيم المجتمع.

7- معوقات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.

7-1- معوقات ترجع الى طبيعة المشكلات الاجتماعية و النفسية المرتبطة بالمرض.

7-2- معوقات متعلقة بنوع المرض.

7-3- معوقات متعلقة بالأخصائي الاجتماعي ونوعية إعداد المهني.

7-4- معوقات متعلقة بالمؤسسة الطبية.

7-5- معوقات تتعلق بالمريض نفسه.

7-6- الصعوبات التي يواجهها الاخصائي الاجتماعي بالمؤسسة الطبية.

خلاصة الفصل

تمهيد الفصل

إستخدمت الخدمة الاجتماعية في مختلف المؤسسات والمنظمات الشعبية والمهنية وأسهمت تجارب الإنسان العديدة، عبر السنين في تطور هذه المهنة ونضج طرائقها وتنوع أساليبها من خلال قيام الجماعات والمجتمعات الإنسانية، بنشاطات الرعاية الاجتماعية وعبر مراحل تاريخية متعددة، حيث اتخذ هذا التطور أشكالاً وصوراً تنوعت باختلاف الظروف التي ظهرت فيها، والمجتمعات التي مارسته. كما اعتمدت الخدمة الاجتماعية على العلوم الاجتماعية الأخرى، وما حققته من تقدم في تثبيت دعائمها العلمية والمهنية. لقد كان هدف الخدمة الاجتماعية منذ بداية نشأتها، تحسين معيشة المواطنين على المستوى الاقتصادي الاجتماعي، دون تحقيق مكاسب شخصية للقائمين عليها أو اشباعاً لرغباتهم وميولاتهم الذاتية، حيث ارتكزت على العمل لخدمة الصالح العام وقد اهتمت هذه المهنة في البلدان النامية بالأهداف التنموية بالدرجة الأولى، فيما أعطت الدرجة الثانية للأهداف الوقائية، وكانت الأهداف العلاجية في الدرجة الثالثة معتمدة في ذلك على الأسس العلمية في التخطيط والتنفيذ.

أولاً: الخدمة الاجتماعية:

1- تاريخ الخدمة الاجتماعية: ظهرت الخدمة الاجتماعية بحكم ظروف سادت داخل المجتمع الأميركي، إذ تزامن ظهورها مع ظهور مؤسسات الرعاية الاجتماعية و التي كانت تهدف بالأساس الى توفير وتقديم خدمات للأفراد و الجماعات والمجتمع بشكل عام. وقد صاحب ظهورها جملة من المتغيرات العالمية يمكن ايجازها فيما يلي:

أ/ الثورة الصناعية: ظهرت الثورة الصناعية في بريطانيا في القرن 18 م، وقد تزامن مع ظهورها العديد من المشكلات ونذكر منها:

- ❖ إستغلال الطبقة العاملة من طرف الطبقة المالكة.
- ❖ تفضيل أصحاب رؤوس الأموال للعنصر النسوي، وفئة الأطفال نظرا لتدني مستوى أجورهم.
- ❖ الهجرة الداخلية من الريف الى المدن، وما تلى ذلك من مشاكل بسبب ارتفاع معدلات النمو السكاني.
- ❖ إرتفاع مستويات و معدلات البطالة بين أفراد المجتمع.
- ❖ ظهور عدة أشكال من الانحلالات الأخلاقية و الاجتماعية.

وبسبب هذه الأوضاع المزرية التي صاحبت ظهور الثورة الصناعية، الى جانب عدم قدرة النظم الاجتماعية التقليدية، السائدة في المجتمعات الانسانية آنذاك على التصدي لها بات لزاما و ضروريا ظهور مهنة تهتم بخفض التوتر السائد اجتماعيا.

ب/ المشكلات المرتبطة بالنمو السكاني: تزامن ظهور الثورة الصناعية في القرن 18م مع ظهور ثورة ديمغرافية حضرية، نتيجة لتواجد العمال في المناطق الصناعية، الأمر الذي خلق عدة متغيرات مجتمعية، كالمشكلات الحضرية (الهجرة السكانية)، ظهور آفات

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

اجتماعية خطيرة كالسرقة و البطالة والبعثاء، مما استدعى ظهورا عاجلا للخدمة الاجتماعية كرد فعل لمواجهة مثل هذه المشكلات.

ج/ الثورات و الحروب في أوروبا وفرنسا: إن الأوضاع التي سادت المجتمع الأوروبي عامة و الفرنسي خاصة، كان من أبرز سماتها انتشار الفساد بكافة أنواعه، مما استدعى ظهور ثورة صناعية أدت لظهور النظام الرأسمالي، وهو بدوره أدى الى ظهور حركة اصلاح اجتماعي، حيث سعت الدول الرأسمالية الى تبني ظهور خدمة اجتماعية تهدف بالدرجة الأولى إلى تقديم خدمات، من شأنها إعادة تنظيم الأوضاع الاجتماعية للطبقة العاملة.

د/ تأثير التشريعات بالأفكار الاشتراكية: لقد كان لنظرية داروين - التي اهتمت بالعلاقة التبادلية بين الفرد و المجتمع - أثرا مباشرا في ظهور النزعات العنصرية المنادية بضرورة الاهتمام بالأفراد ورعايتهم مع تقديم الخدمات لهم، إضافة الى مساهمتها في اصدار جملة من التشريعات و التنظيمات، داخل المجتمعات الأوروبية و المجتمع الأمريكي على حد سواء بغرض مساعدة الطبقة المعوزة، حيث تأسست جمعيات خيرية تحمل فكرة الاحسان وتهدف الى معالجة مشاكل الفقر والعوز الاجتماعي، مستخدمة في ذلك خطوات المنهج العلمي. ان مهنة الخدمة الاجتماعية ظهرت بسبب الحاجات الملحة داخل المجتمع وفي هذه المرحلة بالذات بدأت المهنة تحدد أهدافها و مفاهيمها.

ه/ الاستفادة من العلوم الانسانية: لقد توصلت العلوم الانسانية الى حقائق حول السلوك الانساني ودوافعه وعلاقته بالوراثة، و بالظروف البيئية السائدة في مجتمع ما ومن ثمة كيفية مواجهة السلوكيات الشاذة للفرد، كما أن مهنة الخدمة الاجتماعية قد استفادت من نتائج الأبحاث الاجتماعية، التي كشفت عن مدى الحاجة للتعمق في تفسير

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

وتحليل المشكلات الاجتماعية تبعا لمنهج علمي دقيق.¹ وتعتبر الخدمة الاجتماعية مهنة انسانية معاصرة و ظاهرة حديثة العهد و النشأة و التكوين، إلا أن ذلك لم يمنع من أن تمتد جذور هذه المهنة و بوادرها الأولى داخل المجتمعات الانسانية الى الماضي البعيد حيث كانت تحمل دوافعا دينية وإنسانية. ولا تزال الى غاية العصر الحديث تلعب دورا كبيرا في تقديم المساعدات للضعفاء و العاجزين و المحتاجين من أفراد المجتمع ككل. وهذا يعني أن تلك المجتمعات امتازت آنذاك بالعمل التطوعي الانساني كفكرة ثم تطور ليصبح ما يسمى في الوقت الحالي مهنة الخدمة الاجتماعية، كما أسهمت الجهود التطوعية لهيئات الرعاية الاجتماعية التي تشكلت في القرنين 18 م و 19 م في أوروبا في نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية. إضافة إلى جهود المتطوعين المبذولة في سبيل الارتقاء بالعمل التطوعي، من داخل تلك الهيئات التطوعية، مما أضفى بعدا مؤثرا في ترسيخ دعائم الخدمة الاجتماعية داخلها. ونجد أن الخدمة الاجتماعية تتعامل مع كل تطور حديث يطرأ على المجتمعات الانسانية-وهي في هذا السياق- إنما تعمل على احداث نوع معين من التغيير الاجتماعي المقصود، وبوتيرة محددة ومنتظمة وفي اتجاهات معينة، كما تعمل على التدخل بغرض الوقاية من الأضرار الاجتماعية الناتجة عن هذا التغيير، بهدف التقليل من احتمالات حدوثها الى اقصى حد ممكن، فهي تتدخل لعلاج الأفراد و الجماعات و المجتمعات، التي قد تتعرض لهذه المخاطر و الأضرار على حد سواء. إن القائل بأن هذه المهنة قد حددت وبشكل قاطع أهدافا موسعة وذات صبغة عمومية مخطئ حتما ولا يطابق الواقع الملموس في جميع تمثلاته، إذ أن من أهم المشكلات العلمية التي تواجه مهنة الخدمة الاجتماعية، مدى تحديدها لأهدافها العامة بشكل شفاف وواضح، إلا أنه يمكننا القول بأن أي مجتمع يستطيع أن يساعد الخدمة

¹ سماح سالم ، نجلاء صالح: أساسيات العمل في الخدمة الاجتماعية، ط1، عالم الكتاب الحديث، الأردن، ، 2010، صص (37 - 39).

الاجتماعية في تحديد أهدافها المناسبة، و المتماشية مع ظروف و مراحل تطوره وفي نطاق الأهداف ذات الصبغة العمومية.¹

2-تعريف الخدمة الاجتماعية: اهتم كثير من أساتذة ومنظري الخدمة الاجتماعية بإعطاء و إخراج مراجع وفهارس علمية، يمكن الاعتماد عليها من قبل الدارسين و الممارسين داخل اطار الخدمة الاجتماعية، إذ اهتمت هذه المراجع بالسعي الجاد لصياغة مفاهيم شاملة وموسعة حول ماهية الخدمة الاجتماعية، إلا أن أهم ما لفت الانتباه عند بداية صياغة هذه المفاهيم، هو أن جل المراجع التي اهتمت بهذه المسألة تطرقت الى نقطة مشتركة بينها، هي صعوبة وضع مفهوم موحد وشامل وثابت يمكن استخدامه كمرجعية عامة، وقد قدم هؤلاء الباحثين تبريرهم لهذا المعتقد بأن مصطلح الخدمة الاجتماعية هو مصطلح حديث نسبيا، شأنها شأن أي علم حديث يعتمد على اجتهادات ومساعي جادة من طرف الباحثين، يسعون في الأخير الى صياغة اطار معرفي شامل لهذا العلم. لذا وجب الاشارة الى أنه من غير السهل إيجاد وصياغة مفهوم عام ودقيق. فتعريف الخدمة الاجتماعية في مجال علم الاجتماع يختلف عن معناه في علم النفس نظرا لخصوصية كل علم، ويمكننا أن نوجز جملة من الشروط الواجب توافرها في أي تعريف شامل وعلمي، حتى يتسنى للقارئ أن يبني ملكة فكرية واضحة حول موضوع دراسته:

***أن يتميز التعريف بالقصر:** وهنا لا يمكن الحكم على قصر التعريف وطوله من خلال الحيز المكاني الذي يشغله من الكلمات، بل نقصد بالقصر هنا أن يتم التعبير عن الأفكار بأقل عدد ممكن من الكلمات الدالة والمعبرة.

1 محمد سيد فهمي: إسهامات الخدمة الاجتماعية التنظيمات الصناعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2014، ص

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

*أن يكون هناك استخدام سهل وسلس وواضح للكلمات: مع الابتعاد الكلي عن الغموض و التعقيد أثناء الصياغة.

*سلامة التراكيب اللغوية و النحوية.

*أن يكون محتوى الموضوع المراد تعريفه هو جوهر التعريف وهدفه.¹

وفي ما يلي جملة من التعريفات الأجنبية و العربية حول مفهوم الخدمة الاجتماعية:

***تعريف هنسون 1925:** يرى هنسون بأن الخدمة الاجتماعية هي " نوع من الخدمة التي تعمل من جانب على مساعدة الفرد أو جماعة الأسرة التي تعاني من مشكلات والتمكن من الوصول الى مرحلة سوية ملائمة، ومن جانب آخر تعمل على أن تزيل بقدر الامكان العوائق التي تعرقل الأفراد على أن يظهروا أقصى قدراتهم ".² وهذا التعريف يعطينا عدة نقاط مهمة حول مفهوم الخدمة الاجتماعية، لعل أهمها هو أنه لم يضع تحديدا واضحا لماهية الخدمة الاجتماعية وماهية طبيعتها، بل اكتفى بتبيان أنها مجرد خدمة إضافة الى أن لهذه الخدمة جملة من الأهداف التي تسعى لتحقيقها، مثل خدمة الأفراد ومساعدتهم وهو هدف علاجي في طبيعته، وبعضها إنمائي ووقائي تمثل في قوله أن هذه الخدمة تستطيع أن تزيل عدة معوقات، تحول دون تحقيق الأفراد لأقصى قدراتهم واستثمارها على أحسن وجه. من خلال التعريف يمكن أن نستنتج أن المؤلف أشار الى أن الخدمة الاجتماعية هي مجرد طريقة ولم يصفها بأنها مهنة، كما أشار الى أنها عبارة عن فن له جانب مهاري وعملي مرتبط بممارسة المهنة، إضافة الى تبيان هذا التعريف جملة من مقومات الخدمة الاجتماعية كالأهداف المؤسسية و المهارات و الاعتراف المجتمعي بها.

1 سماح سالم، نجلاء صالح: مرجع سابق، ص 08.

2 سماح سالم، نجلاء صالح : مرجع سابق، ص 10.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

***تعريف الجمعية القومية للإخصائيين الاجتماعيين 1956:** وعرفت الخدمة الاجتماعية بأنها " مهنة تخصصت في تسيير وتنمية العلاقات الاجتماعية بين الأفراد و الجماعات و النظم الاجتماعية، ومن ثم تقع مسؤولية العمل الاجتماعي على عاتق هذه المهنة، تلك المسؤولية التي تصدر عن وظيفتها في المجتمع، ومن معارفها المهنية ويعتبر الاخصائي الاجتماعي مسؤول بالدرجة الأولى عن الإدراك الواعي للظروف الاجتماعية بما في ذلك النظم الاجتماعية القائمة، واحتياجات المجتمع وموارده الفعلية و التوقعات المستقبلية، وتوجيه نظر المسؤولين من الهيئات الحكومية و الأهلية، أو قادة المجتمع حتى يتعاون المجتمع في تذليل الصعوبات القائمة أو استحداث خدمات جديدة تستجيب لاحتياجات الناس في المجتمع".

***تعريف مادلان قرافتير:** عرفها بأنها " كل عمل يقوم به الفرد لإفادة الآخر ". كما يعد ماكس فيبر من الأوائل الذين استخدموا مصطلح الخدمة الاجتماعية، و عرفها بأنها تعني كل نشاط اقتصادي موجه.¹

***تعريف عبد المنعم شوقي:** يرى بأنها "نظام اجتماعي مرن يشترك بطرقه الأساسية مع بعض النظم الاجتماعية الأخرى، ويقوم بالعمل فيه مهنيون ومتخصصون، ويهدف الى تحقيق احتياجات الأفراد و الجماعات الى النمو و التكيف في المجتمع، اذا فشلت في ذلك النظم الاجتماعية الأخرى، كما يهدف الى مساعدة تلك النظم على النمو و الامتداد أو حتى تحقيق حاجات الأفراد و الجماعات و المجتمعات بطريقة أكثر كفاءة".²

1 رشيد زرواتي: مرجع سابق، ص 11.

2 سماح سالم، نجلاء صالح : مرجع سابق، ص 13 .

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

وفي الكتاب السنوي للخدمة الاجتماعية الصادر سنة 1954م في اليوم أ تعرف بأنها "خدمة فنية ترمي الى مساعدة الناس سواء كانوا أفرادا أو جماعات للوصول بهم الى تكوين علاقات مرضية ومستوى من الحياة يتفق مع رغباتهم وقدراتهم وميولهم الخاصة"¹ وحتى يمكن صياغة تعريف علمي سليم لا بد أن يتضمن أبعادا خمسة هي:

-**الماهية:** بمعنى أن يجيب عن السؤال الذي يحدد ماهي الظاهرة، فيوضح ماهية وجودها وطبيعتها.

-**العلية:** بأن يجيب عن السؤال الذي يقول لماذا ظهرت، أو نشأت هذه الظاهرة أي يتساءل عن علية وجودها.

-**الكيفية:** وذلك بأن يوضح حدوث أو نشأة هذه الظاهرة.

-**الاطار الزمني:** فكل ظاهرة منسوبة الى اطار زمني معين، وعلى ذلك فدراسة الظاهرة في سياقها الزمني لها أهمية كبيرة.

-**الاطار المكاني:** الظاهرة نسبية فيما يتصل بالاطار المكاني، فقد تحدث في مكان آخر ولكن بصورة مختلفة.²

***تعريف آرلين جونسون 1943:** هي " مهنة تؤدي للناس كأفراد أو جماعات لمساعدتهم على خلق علاقات مرضية، وليصلوا الى مستويات حياة تتماشى مع قدراتهم ورغباتهم في حدود أهداف المجتمع ".³

1 احسان النوحى: الخدمة الاجتماعية في ق 20م، (دط)، (د.دار نشر)، مصر، 1956، ص22.

2 محمد سيد فهمي: الخدمة الاجتماعية بين الطرق التقليدية و الممارسة العامة، ط1، مكتبة الوفاء القانونية، 2014، مصر، ص ص (22- 23).

3 نضال عبد اللطيف برهم: الخدمات الاجتماعية ، ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر، الاردن، 2005، ص50.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

كما يمكن أن نعرفها بأنها "مجال مهني متخصص يهتم بتطبيق المبادئ السوسولوجية والسيكولوجية لحل المشكلات المجتمعية، ذات طبيعة خاصة بهدف التخفيف من حدة بعض المشكلات الفردية".

3-مبادئ الخدمة الاجتماعية:

أ/ **مبدأ المساعدات الذاتية:** بمعنى أن تتم عملية اشباع الحاجيات الضرورية للفرد ذاتيا دون الحاجة الى مساعدة الآخرين. ويلاحظ أن هناك خصائص وظروف مجتمعية تؤثر على قدرات الفرد و امكانياته، اضافة الى التأثير الواضح لمستوى ونوعية تعليم الفرد والقيم و وسائل الضبط الاجتماعي، كما يجب أن نتعرف على أهم خصائص نمو الفرد عبر مختلف المراحل، حتى يمكن توجيهه توجيها سليما يهيئه ليكون فردا فاعلا داخل مجتمعه.

ب/ **مبدأ التقبل:** ويرتكز هذا المبدأ على أساس أن الاخصائي الاجتماعي يتقبل الحالة المرضية -سواء كان فرد أو جماعة أو مجتمعا- كما هو، مما يعني أن لا يدخل الاخصائي الاجتماعي أي اعتبارات شخصية أو ذاتية في حكمه على الحالة. فالعلاقة التي بين الاخصائي الاجتماعي و الفرد هي مهنية بالأساس، وقوامها الاحترام وتقبل ما يدلي به المريض و الانصات اليه، وعدم التسرع في اصدار أحكام مسبقة على حالته.

ج/ **مبدأ حق تقرير المصير:** ويقوم على الاعتراف بحق كل انسان في عيش حياة يختارها هو بنفسه، تبعا لإرادته الواعية المنسجمة مع قيم المجتمع الذي يعيش فيه، مما يعني أن لا يفرض الاخصائي الاجتماعي آراء معينة أو حلولاً بخصوص الحالة التي يعالجها.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

د/ **مبدأ المشاركة:** ويقوم هذا المبدأ على فكرة أن الاخصائي الاجتماعي لا يقوم وحده بحل مشاكل الأفراد، ولكن يعمل على مشاركتهم إياها من خلال الاعتماد على الدراسة و المهارة العلمية، التي تساعد الأفراد في فهم مشاكلهم وحلها بحسب قدراتهم الذاتية و الاستعانة بالموارد و الخدمات الاجتماعية المتاحة داخل بيئتهم الاجتماعية.¹

هـ/ **مبدأ السرية:** بما أن الاخصائي الاجتماعي في مهنته يتصل مباشرة بالأفراد و يحيط بمعظم جوانب حياتهم الشخصية، فإن عمله هذا جد حساس و يتطلب منه اعتماد الحيطة و السرية في التعامل مع البيانات الشخصية الخاصة بكل حالة، وهذا المبدأ له أهمية خاصة في طريقة خدمة الفرد في الخدمة الاجتماعية، باعتبارها أقرب الطرق للتعرض لمشاكل الفرد الأسرية و الاجتماعية، مما يستوجب بقائها طي الكتمان وأن لا يسمح لأي فرد ثالث بالاطلاع عليها بأي حال من الأحوال.

و/ **مبدأ العلاقة المهنية:** تنشأ بين الاخصائي الاجتماعي وبين العملاء علاقة مهنية تتكون عادة من مثيرات واستجابات فيما بين الطرفين، تخضع لطبيعة الموقف وتبعاً لحقائق علمية و خبرات ومهارات الاخصائي الاجتماعي، التي يكتسبها من خلال تدريبات نظرية وعملية يخضع لها، وتتسم هذه العلاقة بالموضوعية لارتباطها بحقائق محددة . كما أن هذه العلاقة لا ينبغي أن تتأثر بمظاهر السلوك، الصادرة عن العميل خلال احتكاكه وتفاعله مع الاخصائي الاجتماعي، وهذه السلوكيات لا تكون موجهة نحو الاخصائي الاجتماعي في حد ذاته، بل هي تعبير عما يجول بخاطر المريض.²

1 أحمد كمال أحمد، عدلي سليمان: الخدمة الاجتماعية و المجتمع، (د.ط)، (د.دار نشر)، مصر، 1970، ص120.
2 المبروك محمد الغرياني: الخدمة الاجتماعية وأساليبها النظرية و التطبيقية، (د.ط)، مجلس الثقافة العام، 2008، ليبيا، ص ص(48-52).

4- أهداف الخدمة الاجتماعية: الخدمة الاجتماعية كمهنة لها أهداف عديدة تتغير تبعاً لظروف المجتمعات و المشكلات التي تحصل فيها، وهذه الأهداف إما أن تكون علاجية أو وقائية أو تنموية:

أ/ الأهداف العلاجية: وتتمثل في مساعدة الأفراد و الجماعات والتعرف -عن قرب- على أهم المشاكل التي تحول دون توافقهم مع بيئاتهم الاجتماعية، وتمكينهم من تقديم أفضل أداء داخل مجتمعاتهم، للتغلب على صعوبات التوافق الاجتماعي مع أنفسهم و مع الآخرين.

ب/ الأهداف الوقائية: وتتمثل في التعرف و الكشف عن وجود حالات من عدم توازن الأفراد فيما بينهم أو مع بيئاتهم الاجتماعية، وبالتالي الحد من حصولها من الأساس من خلال عدة طرق، كتقديم مساعدة مهنية لمن هم في حالة تكيف اجتماعي سليم حتى لا يصبحوا في حالة سوء تكيف اجتماعي.

ج/ الأهداف التنموية: وتتمثل في تنمية قدرات ومهارات الأفراد و الجماعات و المجتمعات، والسعي الجاد لتحقيق حياة كريمة والعمل على استثمار ما لدى الأفراد من طاقات كامنة، في انجاح أي مشروع تنموي يعود بالإيجاب على الفرد و المجتمع ككل. وهذه الأهداف عادة ما تكون موجهة لتحقيق برامج تنموية، تمس الحياة الشخصية و العامة للأفراد و التنمية المجتمعية بشكل عام.¹ وقد حدد مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية في الوم أهدافاً عامة للخدمة الاجتماعية هي:

- تعزيز الرفاهية المنشودة للأفراد و التقليل من وتيرة الفقر و السعي الى تحقيق قيم العدالة الاجتماعية.

1 مدحت محمد أبو النصر: الاتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية، ط1، مجموعة النيل العربي، مصر، 2008، ص ص (31،32) .

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

- السعي الى تجسيد فعلي لقيم الأداء الاجتماعي، و تشجيع التفاعل الايجابي فيما بين الوحدات المكونة للبناء الاجتماعي(أفراد، أسر، جماعات، منظمات...إلخ).
- رسم وتنفيذ السياسات الاجتماعية الخاصة بكل مجتمع، تبعا لخصوصيته وتقدم كافة البرامج و الخدمات الاجتماعية التي تهدف بالدرجة الأولى، الى اشباع حاجات الأفراد و الجماعات والمجتمعات.
- تقديم أمثل لممارسة مهنية للخدمة الاجتماعية وتطبيقها في ظل ثقافة كل مجتمع.
- الدفاع عن حقوق الانسان عن طريق العمل الاجتماعي و السياسي، مما يعزز قيم العدالة الاجتماعية.¹

5- مقومات مهنة الخدمة الاجتماعية و خصائصها:

أ/ مقومات مهنة الخدمة الاجتماعية: لقد أصبح لمهنة الخدمة الاجتماعية مناهج تخصصها وتميزها عن غيرها من المهن الأخرى، كما تميزت بعدة مقومات ارتكزت عليها بغرض تطوير أساليب عملها مع الأفراد و الجماعات و المجتمع ككل. ومن جملة هذه المقومات:

1- الاعتماد على أسس وقواعد علمية: إن مهنة الخدمة الاجتماعية ليوما هذا لم تصل الى بلورة نظرية علمية خاصة بها حالها حال المهن الأخرى، بمعنى أن هذه المهنة تستند الى حقائق وقوانين توصلت لها علوم أخرى، كعلم النفس في تفسير بعض سلوكيات وديناميكية الشخصية البشرية، وبناء اطار مفاهيمي لفهم السلوك الانساني ، كما تستفيد مهنة الخدمة الاجتماعية من دراسات علم الاجتماع في فهم التغير الاجتماعي الذي تمر

1 مدحت محمد أبو النصر: فن ممارسة الخدمة الاجتماعية، (د.ط)، دار الفجر للنشر و التوزيع، مصر، 2009 ، ص55.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

به المجتمعات و التنظيمات الاجتماعية ومختلف الأنماط الثقافية لكل مجتمع، إضافة الى أنها تستفيد من علم الاقتصاد في فهم العمليات و القوانين الاقتصادية وتأثيراتها على المشكلات الاجتماعية. ويستفيد الاخصائي الاجتماعي في هذا الصدد من اكتسابه لعدة أمور هي:

- استخدام المنهج العلمي في التفكير.
 - الاعتماد على الموضوعية في الحكم على الأمور.
 - توظيف الملاحظة العلمية في فهم مختلف الظواهر الاجتماعية.
 - القدرة على التنبؤ بالمستقبل من خلال الدراسة العلمية للماضي و الحاضر.¹
- 2- اعتماد المهنة على عدة أساليب وطرق منهجية: للخدمة الاجتماعية ثلاث طرق ومناهج تخصصها كمهنة، وهي التي تحدد أساليب عمل الاخصائي الاجتماعي وأداءه مع الأفراد و الجماعات والمجتمع:
- طريقة خدمة الفرد.
 - طريقة خدمة الجماعة.
 - طريقة تنظيم وتنمية المجتمع.

3- المهارة المهنية: لقد توصلت مهنة الخدمة الاجتماعية بفضل الخبرات التي اكتسبتها من خلال الممارسات التطبيقية الى عدة مهارات فنية، كالمهارة في تكوين علاقات مهنية هادفة مع الفرد و الجماعة و المجتمع، والمهارة في تحليل المواقف المختلفة، و المهارة

1 أحمد مصطفى خاطر: الخدمة الاجتماعية(نظرة تاريخية: مناهج الدراسة، المجالات)، (دط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1984، ص134.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

في فهم مشاعر الحالات التي يعمل معها الاخصائي الاجتماعي، وغيرها من المهارات الفنية المساعدة على الارتقاء بمعدلات أداء الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.¹

ب/ خصائص الخدمة الاجتماعية:

- 1- هي مهنة أو نشاط متخصص لها جملة من المقومات و الأهداف و المهارات وتمارس داخل مؤسسات متخصصة ولها فريق مهني متخصص.
- 2- لديها طرق تعتمد كلها على الأساليب الفنية بغرض خلق تغيير مرغوب.
- 3- لديها ثلاث طرق هي خدمة الفرد وخدمة الجماعة، و تنظيم المجتمع وطرق أخرى مساعدة كالتخطيط الاجتماعي والادارة الاجتماعية ...إلخ.
- 4- يمارس مهنة الخدمة الاجتماعية مجموعة من الاخصائيين الاجتماعيين الذين يتمتعون بمهارات عملية و علمية، يتكونون داخل معاهد وكليات متخصصة.
- 5- الخدمة الاجتماعية لها عدة مجالات، هي المجال المدرسي رعاة الشباب رعاية المسنين المرأة والطفولة....إلخ.
- 6- هي مهنة معترف بها مجتمعيًا وتؤدي دورها بشكل ايجابي، في حل مختلف المشكلات التي يواجهها الأفراد و الجماعات و المجتمع.
- 7- إن الخدمة الاجتماعية تعمل على احداث تغيير، داخل الأنساق التي تتعامل معها وترمي الى استثمار جل طاقاتهم وقدراتهم بشكل ايجابي هادف.
- 8- لها عدة مداخل أيديولوجية ونفسية و إصلاحية و نفس اجتماعية.

1 المبروك محمد الغرياني: مرجع سابق، ص ص(36،39).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

6- فلسفة الخدمة الاجتماعية: تعتمد فلسفة الخدمة الاجتماعية على القيم التي تنبثق من الرغبات التي طلبها المجتمع بمختلف تشكيلاته، كما أن هذه الفلسفة تعالج مباشرة المفاهيم الأساسية للقيم، و أهدافها في ممارسة الخدمة الاجتماعية. وتتكون فلسفة الخدمة الاجتماعية من:

أ/ النسبية: حيث تعتبر مفتاحاً لفهم طبيعة الإنسان واحتياجاته وما يربطه بالخدمة الاجتماعية.

ب/ قيم الخدمة الاجتماعية: وتتمثل -على سبيل المثال لا الحصر- في احترام الإنسان وحفظ كرامته، تقبل الاختلافات و الفروق الفردية، اشباع الاحتياجات الانسانية، الحق في تقرير المصير و المشاركة الاجتماعية للأفراد داخل بيئاتهم الاجتماعية.

ج/ النظريات الانسانية الأساسية: حيث تهتم بدراسة الإنسان من مختلف جوانبه وقوامها أن الإنسان هو جزء من الطبيعة، وهو كبقية المخلوقات يعتمد على نفسه وفي نفس الوقت يحتاج للآخرين في مواقف معينة. الإنسان هو من يضفي المعنى الروحي على الحياة القيمية المثلى، بمعنى أن لكل إنسان قيمة متساوية مع الآخرين.

د/ البرمجية: التي تحكم الجانب المهاري بواسطة فاعلية نتائجها، بمعنى أن الانسانية هي فلسفة وطريقة برمجية، فمعظم الدراسات النفسية الغربية تحاشت السؤال حول النفس البشرية مبررة ذلك، بأنها ليست من اختصاصها بل تخص الفلسفة التي ترفض خوض علم النفس فيها، لأن هذا الأخير معني بالبحث في الواقع النفسي الذي يقابله دون الاكتراث لأي هدف خارج نطاق موضوع البحث.

هـ/ فلسفة الخدمة الاجتماعية لا تتعامل مع القضايا الفلسفية، فهي مجموعة من الحقائق التي تعتمد عليها هذه المهنة ، مثل أن الأفراد يختلفون في استعداداتهم وقدراتهم تبعاً

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

لفروقهم الفردية، كما أن عملاء الخدمة الاجتماعية هم من يصنعون التغيير، إضافة الى أن مهنة الخدمة الاجتماعية تؤمن بضرورة حفظ كرامة الانسان قبل تقديم يد العون له.

و/ الخدمة الاجتماعية ليست اجبارية على الأفراد بل هي اختيارية، باستثناء بعض الحالات مثل التخلف العقلي المرض النفسي، و يرى باركلي أن فلسفة العمل الاجتماعي لا بد أن تنطلق من خلال العمل غير الرسمي المتمثل في الجيرة و الأصدقاء والمتطوعين لأن هذا العمل غير الرسمي، بدوره يعمل على جذب الناس المحتاجين له. كما أن أفضل استراتيجية للعمل الاجتماعي يمكن تفعيلها حاضرا أو مستقبلا، لأنها هي تفعيل شبكات المتطوعين غير الرسميين وتطوير مهاراتهم في مجال الرعاية الاجتماعية.¹

7- الطرق المهنية لممارسة الخدمة الاجتماعية:

أ/ **خدمة الفرد:** تعتبر طريقة خدمة الفرد أولى الطرق التي ظهرت في محيط الخدمة الاجتماعية سنة 1917م، وينصب اهتمامها على الفرد و بيئته التي يعيش فيها، وقد تعددت المفاهيم المتعلقة بخدمة الفرد. فنجد هيلين برلمان يعرفها بأنها "عملية تمارس في مؤسسات اجتماعية لمساعدة الأفراد على المواجهة الفعالة للمشكلات التي تعوق أدائهم لوظائفهم الاجتماعية".

ويعرفها باستوك " هي فن تستخدم فيه معارف العلوم الانسانية، و المهارة في العلاقات الانسانية لتوجيه طاقات الفرد و امكانيات المجتمع، لتحقيق أكبر درجة ممكنة من التكيف بين الفرد وبيئته الاجتماعية أو مع جانب منها ". وقام عبد الفتاح عثمان بتعديل تعريف باستوك في أن خدمة الفرد هي فن يستخدم فيه المعارف الانسانية و المهارة العلاجية

1 مارتن دايفز وآخرون : علم اجتماع الخدمة الاجتماعية، تر: شحاتة صيام، ط2، مصر العربية للتوزيع و النشر، مصر، 2004، ص110.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

لتوجيه كل من طاقات الأفراد وامكانيات المجتمع، لتحقيق أفضل درجة ممكنة من الأداء الاجتماعي في حدود فلسفة المؤسسة.

تعرفها الجمعية القومية للإخصائين الاجتماعيين بأنها "طريقة من طرائق الخدمة الاجتماعية تستهدف التدخل الايجابي المباشر، لتحسين الأداء الاجتماعي للفرد ليوافقه عقبات التكيف الاجتماعي".¹

• أهم خصائص خدمة الفرد:

- 1- هي إحدى طرق الخدمة الاجتماعية.
- 2- وحدة العمل فيها هي العميل أي الفرد أو الأسرة.
- 3- تتعامل مع الفرد لمواجهة العقبات التي تحول دون أدائه لوظائفه الاجتماعية.
- 4- يمارسها اخصائيون اجتماعيون أعدوا خصيصا لهذه المهمة.
- 5- تمارس داخل هيئات اجتماعية ذات أهداف وخدمات وعملاء تابعين لها.
- 6- لها فلسفة مفادها أن مشاكل الانسان تتولد عن تفاعل شخصية العميل مع بيئته المحيطة به.
- 8- تمارس في اطار ثقافة و ايدولوجية المجتمع الذي تنتمي اليه.

1 غني ناصر حسين القرشي و سمية شكري خير الهلاك: أنشطة الخدمة الاجتماعية في الدفاع الاجتماعي، ط1، دار الرضوان للنشر و التوزيع، الاردن، 2013، ص201.

• أهداف خدمة الفرد:

إن الهدف العام لخدمة الفرد في معالجة المشاكل الفردية و الأسرية في المجتمع تحقيق الرفاهية، وكل هذا يتحقق من خلال تحقيق الأهداف العملية المباشرة وغير المباشرة.¹

أ/ أهداف غير مباشرة:

1- زيادة حجم الطاقة المنتجة في المجتمع، من خلال إعادة ادماج الأفراد غير الفاعلين والسلبين في عجلة الانتاج.

2- تجنيد المجتمع أعباء اقتصادية و اجتماعية اضافية، فعندما تخصص الرعاية الاجتماعية للفئات المهمشة ، يمكن أن لا يتحول هؤلاء الأفراد الى طاقات سلبية.

3- الاكتشاف المبكر للمشكلات التي قد يواجهها المجتمع، من خلال تسليط الضوء على المشكلات الفردية و محاولة علاجها.

4- تعزيز قيم التكافل و التضامن الاجتماعي، من خلال تجسيد خدمة الفرد لمعنى العدالة و الشعور الجمعي.

5- توفير أموال الدولة وخدماتها، من خلال التأكد من أهلية الاستحقاق لطالبي المعونات في اطار العدالة التامة.

ب/أهداف مباشرة:

1- تعديل سلوكيات الأفراد واتجاهاتهم والعمل على بناء شخصيات قوية، وتدعيم مواطن القوة فيهم وهو ما يسمى بعملية التعلم وإعادة التعلم.

1 نظيمة سرحان: الخدمة الاجتماعية المعاصرة، (دط)، مجموعة النيل العربية، مصر، 2005، ص ص(261-262).

- 2- قد يكون التعديل شاملا أو نسبيا بحسب الظروف الخاصة بكل حالة.
- 3- العمل على تعديل الظروف المحيطة بكل حالة، من خلال الاستثمار الأمثل في الظروف البيئية و العمل على تغييرها كليا أو جزئيا تبعا لمتطلبات كل حالة.
- 4- إن الإخصائي الاجتماعي يعمل على فهم الانسان، بإعتباره حالة فردية وعضوا فاعلا داخل أنساق اجتماعية متعددة، وهذا كله من أجل تقديم رعاية اجتماعية مثلى.

• **منهج خدمة الفرد:** الخدمة الاجتماعية بصفة عامة تتبع المنهج العلمي، لأن المنهج العلمي لا يختلف من مجال لآخر، إلا فيما يخص خصوصية المجال المختلف عن باقي المجالات. ومن الملاحظ أن المنهج العلمي الذي ساعد في تقدم وسائل القياس في العلوم الاجتماعية، ساعد الخدمة الاجتماعية على تطوير مناهجها، مما تبلور عنه منهج علمي خاص بخدمة الفرد المتمثل في الدراسة و التشخيص و العلاج و التقويم.¹ اعتمدت الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد على الاتجاه التقليدي رغم كل الانتقادات التي وجهت لها، وأثارت الاهتمام بضرورة التغيير و الدعوة الى اعادة النظر فيما هو قائم من نماذج مناسبة للممارسة الميدانية، إذ تكون فعالة أكثر كضرورة تحتمها الممارسة الواقعية حتى يتسنى للممارسين الاختيار بين العديد من الاتجاهات المناسبة لمختلف المواقف المعاشة.²

• **عمليات خدمة الفرد:** وهي تلك الأنشطة و المجهودات المخططة و المنظمة التي يتبعها العميل و الإخصائي الاجتماعي في ذات الوقت، بغرض التغلب على الصعوبات و المشكلات التي تعترض العميل، كما يمكن وصفها بأنها ذلك الأسلوب الذي يتبعه الإخصائي الاجتماعي تبعا لمفاهيم ومبادئ كل حالة، والهدف منها هو

1 أحمد عبد الحكيم السنهوري: مرجع سابق، ص 70.

2 عبد الناصف يوسف شومان: الخدمة الاجتماعية ومشكلة السرقة لدى الطلاب، ط1، دار الوفاء لندنيا الطباعة و النشر، 2014، ص 15.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

ايجاد حلول مناسبة للمشكلات التي يعاني منها بعض الأفراد، ويمكن أن نميز بين ثلاث عمليات أساسية في طريقة خدمة الفرد:

1- الدراسة الاجتماعية: نقصد بها العلاقة المشتركة التي تربط بين العميل و الاخصائي الاجتماعي وعادة ما تكون ذات طابع ايجابي، حيث تساعد في تشخيص الموقف والمشكلة ورسم خطة علاجية فعالة، وهذه الدراسة تستمد مصادر معلوماتها وبياناتها من العميل نفسه إضافة الى الأسرة و المدرسة و الأصدقاء. كما توجد أساليب أخرى يستمد منها الاخصائي الاجتماعي بيانات دراسته، كالمقابلة و الزيارات المنزلية و الاتصالات التلفونية، إضافة الى المستندات و الوثائق الشخصية للعميل و آراء الخبراء و المتخصصين والاستفادة المثلى، من نتائج الدراسات في العلوم الأخرى ودراسة ظروف البيئة التي تحيط بكل حالة وخصوصيتها.

2- التشخيص: هو بمثابة الرأي المهني بخصوص حصر وتقييم الجوانب البيئية و الذاتية المحيطة بكل حالة علاجية هدفها انجاح خطة العلاج، ويقوم بها الاخصائي الاجتماعي بالاشتراك مع العميل، وذلك بعد الانتهاء من العملية الأولى (الدراسة الاجتماعية)، وهنا يقوم الاخصائي الاجتماعي بتحديد طبيعة المشكلة وكيفية رسم ووضع الخطة العلاجية، ويركز التشخيص على عنصرين أساسيين هما: الفرد أو العميل والمشكلة وكيفية تأثير كل منهما على الآخر. وتوضح عملية التشخيص طبيعة المشكلة و أهداف العميل و طبيعة شخصية العميل و العوامل المحيطة به، و الدوافع النفسية و الشخصية التي أدت الى خلق هذه المشكلة، وطبيعة ونوعية المساعدات والخدمات التي يمكن أن تقدم للعميل وعادة ما تكون من داخل بيئته.¹

1 فاطمة الحاروني: خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، (دط)، مطبعة السعادة، مصر، 1974، ص316.

3- العلاج: ونعني به تحقيق الحل الأفضل و الممكن لمشكلة العميل، وهو أيضا ذلك التأثير الايجابي في شخصية العميل و ظروفه المحيطة، بغرض تقديم أفضل أداء له وتحقيق استقرار اجتماعي في حدود امكانات المؤسسة، وينقسم العلاج في خدمة الفرد الى جزئين رئيسيين هما: العلاج الذاتي وينحصر في احداث تعديلات ايجابية في شخصية العميل ، و العلاج البيئي وينحصر في المجهودات المبذولة نحو الظروف المحيطة بالعميل.¹

• الإعداد المهني للإخصائي الاجتماعي في خدمة الفرد: يجب أن يكتسب الإخصائي الاجتماعي عدة مهارات، مثل حب العطاء و التقمص الوجداني، أي أن يضع نفسه في مكان العميل، وهناك عدة مهارات منها الإدراكية و الفنية وتتمثل في أن تكون له قدرة على التأثير في أفكار العميل، ولا بد أن يكون له جملة من المهارات مثل مهارة و فن الاتصال، والمهارة في توجيه المقابلة و المهارة في استخدام العلاقة المهنية ومهارة استخدام المصادر و الموارد المتاحة، المهارة في تشخيص المشكلة، المهارة في جمع المعلومات وكافة الحقائق المتعلقة بالمشكلة، مهارة التدخل في تصميم خطة التدخل العلاجي وكيفية استخدام واختيار التكتيكات المناسبة، و المهارة في التقييم والانتها من عملية المساعدة.

كما توجد مسؤولية أخلاقية للإخصائي الاجتماعي تجاه العملاء مثل خدمته لهم بكل إخلاص وأن لا يتحيز لأحد منهم دون الآخر، وأن يزود العملاء بالمعلومات الدقيقة المتعلقة بطبيعة الخدمات المتاحة في المؤسسة التي يعمل بها، وأن يخبرهم بكيفية انتهاء الخدمة التي يقدمها، ويجب على الإخصائي الاجتماعي أن ينهي خدماته للعملاء و علاقاته المهنية معهم، في حالة أصبحت الخدمات التي كان يقدمها عديمة الجدوى.

1 عصام توفيق قمر، سحر مبروك: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان- الاردن، 2009، ص ص (121-122).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسيولوجي "

وهناك مسؤولية أخلاقية للإخصائي الاجتماعي تجاه زملائه كاحترام و الاخلاص والكرم أيضا له مسؤولية أخلاقية تجاه المؤسسة التي يعمل بها، وتجاه المهنة التي يزاولها كحماية وتدعيم حرمة المهنة، وأن يسخر كل وقته وجهده وخبرته المهنية في الأنشطة التي تحقق مبادئ الاحترام و المنفعة المشتركة و الكفاءة المهنية، كما يجب على الاخصائي الاجتماعي أن يساند في صياغة وتطوير وتطبيق السياسات الاجتماعية اللازمة للمهنة.

هناك مسؤولية أخلاقية للإخصائي الاجتماعي تجاه المجتمع وتتمثل في خدمة الفرد من خلال العمل على اىصال وضمان وصول، كل الموارد و الخدمات لجميع محتاجيها ويجب عليه أن يسارع الى تقديم الخدمات العاجلة في الحالات الطارئة.¹

لابد أن يستند الاخصائي الاجتماعي خلال ممارسة مهنته وبشكل واعي الى جملة من المعارف، خاصة التطبيقية منها أو العملية ذات العلاقة بممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها، لا يسمح الاخصائي الاجتماعي لمشاكله الشخصية والنفسية أو القانونية و العقلية في التأثير على أحكامه وتصرفاته المهنية، بما يهدد مصالح العملاء. على الاخصائي الاجتماعي أن يكون واضحا في تقديم شهادته كمتخصص أمام القضاء في أي دعوى مرفوعة ضد أحد العملاء الذين يشرف عليهم.²

هناك جملة من الشروط التي لابد أن تتوفر في الاخصائي الاجتماعي، مثل أن يكون ملتزما بقيم تملئها عليه طبيعة مهنته، أو يستمدّها من المجتمع الذي يعيش فيه، وكل ذلك حتى يتمكن من تحقيق أهداف طريقة خدمة الفرد. إضافة إلى أن تكون ممارسته أساسها

1 علي محمد خير المغربي: الخدمة الاجتماعية و مستوى الالتزام الوظيفي للجماعة، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر، مصر، 2014، ص 136.

2 عبد العزيز بن عبد الله البريشن: مقالات في الخدمة الاجتماعية، (بط)، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2010، ط1، ص ص(87،86).

المعرفة العلمية، وتكون تبعا لمنهج محدد وأن يمتلك مهارات، تساعده في تطبيق ممارسته المهنية على أكمل وجه، كما يجب أن يخضع لرقابة مستمرة وإشراف دائم من طرف هيئات متخصصة تسهر على التحقق من مدى التزامه، بالأصول و القواعد المهنية مع مراعاة القيم السائدة.¹

• العناصر الأساسية التي تركز عليها ممارسة خدمة الفرد:

1- الشخص: ويكون إما رجلا أو امرأة أو طفلا ولا بد أن يكون محتاجا لمساعدة اجتماعية أو نفسية محددة، سواء كانت مادية ملموسة أو على شكل استشارة معنوية و يطلق على هذا الفرد مسمى 'العميل' بمجرد تلقيه لأي نوع من المساعدة، إذ يتلقى مساعدة اجتماعية من طرف الإخصائي الاجتماعي، تبعا لأهداف مرسومة سلفا وذلك داخل إطار مؤسسة توفر خدمة المساعدة التي يحتاجها.

2- المشكلة: لا بد أن تكون هناك مشكلة محددة، تستدعي وجود علاقة مهنية بين كل من العميل و الإخصائي الاجتماعي، وتكون مشكلة العميل إما على مستوى أداء وظائفه الاجتماعية أو النفسية، هذه المشكلة ينبغي ألا تكون مبهمة بالنسبة للإخصائي الاجتماعي حتى يمكنه التفاعل معها و إيجاد الحل المناسب لها، وذلك يتم تبعا لدراساته حول سلوك العميل واتجاهاته في الحياة، وعملياته الاجتماعية ومدى تفاعله في علاقاته مع الآخرين ضمن إطار بيئته الاجتماعية.

3- المكان: وهو مؤسسة الخدمة الاجتماعية أو غيرها من مؤسسات الرعاية الاجتماعية وهي تتعامل مع مشكلات الأفراد بشكل خاص، ممن يحتاجون لمساعدات وخدمات ذات

1 علي اسماعيل علي: المهارات الأساسية في ممارسة خدمة الفرد، (د.ط)، دون دار نشر، مصر، دون سنة، ، ص11.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

صبغة اجتماعية، وهي تعمل على ادماجهم في مجتمعاتهم بطرق ايجابية، ويعمل بهذه المؤسسات عدد من الاخصائيين الاجتماعيين ذوو مهارات مهنية متخصصة.

4- العملية: وهي سلسلة من الاجراءات و الخطوات التي يتم تنفيذها في إطار علاقة مهنية هادفة، الغرض منها التأثير في العميل وتشجيعه للعمل على التخلص من مشكلاته الاجتماعية التي تعيق أداءه الاجتماعي داخل بيئته الاجتماعية.

ب/ خدمة الجماعة: هناك عدة تعريفات لطريقة خدمة الجماعة في الخدمة الاجتماعية منها التصورية و الاجرائية، وهناك تعريف تصوري اعتبر أشمل هذه التعريفات إذ يصف طريقة خدمة الجماعة بأنها " إحدى طرق الخدمة الاجتماعية للعمل مع الجماعات والتي يمكن من خلالها تحقيق استغلال قدراتهم ومهاراتهم بطريقة مثلى، في ظل الامكانيات و الموارد المجتمعية المتاحة، ووفقا للجوانب الوقائية والعلاجية و الانمائية التي تعمل من أجل تحقيق توافق ايجابي بين الفرد و المجتمع، وتبعا لأهداف تنموية مرسومة سلفا". أما **أنيس عبد الملك** فيعرفها بأنها " طريقة وعملية للعمل مع الأفراد في جماعات داخل مؤسسة اجتماعية، وبتوجيه رائد عن طريق برنامج يتفق وحاجات أعضاء الجماعة وقدراتهم وميولاتهم"¹.

ويرى **ماجد عاطف محفوظ** بأن خدمة الجماعة هي " طريقة مساعدة الجماعات على تحقيق أهدافها في الأنواع المختلفة من المؤسسات، عن طريق الاخصائي الاجتماعي

1 أنيس عبد الملك: خدمة الجماعة ودورها في المجتمع المعاصر، (ط د)، مكتبة الانجلو المصرية، مصر، 1980، ص82.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

باستخدام البرنامج كأداة لتحقيق الأغراض العلاجية و الوقائية والانمائية، لتنمية الأفراد و الجماعات و المجتمع في حدود الظروف و الامكانيات المتاحة ¹.

من خلال التعاريف السابقة يمكننا الاستنتاج بأن طريقة خدمة الجماعة هي من أهم طرق الخدمة الاجتماعية التي تعمل على مستوى الجماعة، التي تنشأ داخل المجتمع والتي تتكون بالأساس من مجموعة موسعة من الأفراد، الهدف منها هو تنمية الفرد و مساعدته في بناء شخصيته الاجتماعية، واكسابه جملة من المميزات و الخصائص التي تمكنه من التعامل مع محيطه الخارجي وممارسة حياة اجتماعية سليمة، إضافة الى أن هذه الطريقة تمارس داخل مؤسسات اجتماعية معينة، مزودة بجملة من الامكانيات و الموارد المؤسسية التي تساهم في تقديم خدمات اجتماعية هادفة.

• حقائق حول خدمة الجماعة:

هناك جملة من الحقائق التي يجب أن نعلمها حول خدمة الجماعة وكيفية العمل مع الجماعات الانسانية، بهدف الوصول الى تحقيق الأهداف و الخطط المرسومة:

- **الحقيقة الأولى:** أن الفرد بطبيعته يولد ويخلق داخل جماعة إنسانية مصغرة هي الأسرة.

- **الحقيقة الثانية:** أن الجماعات يمكنها التأثير في تكوين شخصية الأفراد المنتسبين لها من حيث سلوكياتهم و اتجاهاتهم والقيم و المعايير التي يعملون تبعاً لها.

- **الحقيقة الثالثة:** أن الفرد بطبعه لديه استعداد فطري للتغيير و النمو، وشخصيته هي نتاج لجملة من الخصائص الاجتماعية و الدينية و العقلية، التي يمكن تنميتها وتطويرها

1 ماجدي محفوظ عاطف: طريقة خدمة الجماعة 'الأسس، التكتيكات، المواقف'، (د ط)، مكتبة ابن رشد، المملكة العربية السعودية، ص114.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

تبعاً للبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها. فالجماعة هي وسيلة للتغيير الاجتماعي الذي يعد أبرز الخصائص الجوهرية للمجتمع، وهذا التغيير لا ينتهي إلا بإنتهاء الحياة كما أن هذا التغيير مترابط وفقاً لتتابعات زمنية.

- **الحقيقة الرابعة:** أن الفرد تحكمه حاجة فطرية لتواجده وانتمائه لجماعة إنسانية محددة.

- **الحقيقة الخامسة:** أن السلوك الديمقراطي الذي يتبعه الأفراد داخل جماعاتهم لا يكتسبونه من خلال الكلام فقط، بل يكون من خلال الممارسة الفعلية.

- **الحقيقة السادسة:** لا بد أن يكون سلوك الأفراد داخل الجماعات موافقاً لمواقفها وقيمتها ومعاييرها، فالجماعة لا تتقبل من يخرج عن نطاق معاييرها.

- **الحقيقة السابعة:** أن المجتمعات تتشكل من العديد من الجماعات الإنسانية المتأثرة بأهدافها وقيمتها ونظمها، وهذا التأثير قد يكون سلبياً أو إيجابياً، تبعاً للثقافة المجتمعية التي يكتسبها الأفراد داخل بيئاتهم الاجتماعية.¹

* **فلسفة خدمة الجماعة:** إن طريقة العمل مع الجماعة لا بد أن ترتكز على فلسفة علمية قوامها عدة اعتبارات، إذ يرى **محمد شمس الدين أحمد** أن فلسفة خدمة الجماعة عبارة مجموعة من الحقائق التي تقوم عليها هذه الطريقة. إن عملية التنشئة الاجتماعية للفرد بعد ولادته لا تتم إلا عن طريق تفاعلاته وخبراته المكتسبة مع مختلف الجماعات، فعملية التنشئة الاجتماعية تتيح للفرد أن يتعلم كيف يكون عضواً فاعلاً في مجتمعه من خلال استدماج القيم و المعايير السائدة في بيئته الاجتماعية.²

1 ماجدي محفوظ **مرجع سابق**، ص 133.

2 جوردون مارشال: **موسوعة علم الاجتماع**، تر: محمد الجوهري و آخرون مجلد 1، ط 2، 2007، المجلس الأعلى للثقافة، مصر، ص 432.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

كما أن طريقة خدمة الجماعة تؤمن أن نجاح الفرد وسعادته، يعملان على خلق فرد يحيا حياة ديمقراطية، فهي تعمل على تنمية الأسلوب الديمقراطي الذي لا يمكن تحقيقه إلا في ظل أحوال اجتماعية محددة، لأن الديمقراطية لها آثار عميقة على حياة الفرد من كافة النواحي المختلفة، فأى مجتمع لا يمكن وصفه بأنه ناجح مالم تكن هناك ممارسات حقيقية لمفهوم الديمقراطية.

• المرتكزات الأساسية في خدمة الجماعة: وهي عبارة عن أساسيات مبدئية في توجيه العمل في طريقة خدمة الجماعة ومن أبرز هذه المرتكزات ما يلي:

1- مساعدة الأفراد و الجماعات في دعم شعورهم بالاستقلالية و التكامل و المساعدة والذاتية.

2- خدمة الجماعة لابد لها أن تطبق في ظل علاقة تتسم، بالتوازن بين الفرد و الجماعة و المجتمع المحلي بغرض خلق جو اجتماعي مستقر، و متضامن اجتماعيا يوفر تنشئة اجتماعية سليمة للأفراد.

3- الإخصائي الاجتماعي يساعد أعضاء الجماعة على تحقيق أهداف الجماعة الوقائية والعلاجية و الإنمائية، حتى يكون هناك فرد نموذجي يعمل من أجل تنمية مجتمعه.

4- تكوين جماعة على أساس منهج مسبقا، تبعا للاحتياجات الفعلية لأعضاء الجماعة ووظيفة المؤسسة.

5- توجيه العملية التفاعلية بين الأفراد داخل الجماعة، وتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقرار و التوازن داخل الجماعة، حتى يمكنها تحقيق أهدافها بسهولة مع ضرورة العمل على إدماج الفئات المهمشة داخل بيئاتهم الاجتماعية، من خلال إسناد مهام تتناسب وقدراتهم الفردية.

6- تكريس مبدأ الديمقراطية و حق تقرير المصير، بمعنى أن يكون للجماعة الحق في تصميم قراراتها وتنفيذها تبعاً لظروفها، وتحملها كافة مسؤولياتها.

7- هناك مبدأ مهم متعلق بضرورة تكوين علاقة طيبة بين الاخصائي الاجتماعي و الجماعة، وأن يتقبل أعضاء هذه الجماعة كماهم، ونفس الشيء بالنسبة لأعضاء الجماعة وأن تكون هناك ثقة متبادلة.

• **أهداف طريقة خدمة الجماعة:** تختلف أهداف خدمة الجماعة حسب أولوياتها وأهميتها باختلاف الجماعات:

1- مساعدة الفرد على تنمية شخصيته وتحقيق نضج اجتماعي في تعامله مع المواقف المختلفة.

2- غرس القيم في الجماعات ومساعدتها في تحقيق أهدافها الاجتماعية التي تخطط لها.

3- المساعدة في نقل التراث الحضاري و جعل الفرد يتكيف مع الثقافة السائدة في مجتمعه.

4- القدرة على التفكير الواقعي لفهم الحقائق والميل لمساعدة الغير، إضافة إلى احترام الفروق الفردية و الإيمان بالديمقراطية سلوكاً و ممارسة.

5- الاستثمار في أوقات الفراغ وإقامة علاقات اجتماعية سليمة، تحقق للفرد و الجماعة نوعاً من التوافق الاجتماعي المنشود داخل أي المجتمع.¹

1 محمد شمس الدين أحمد: العمل في محيط الخدمة الاجتماعية، (د ط)، مطبعة الكيلاني، مصر، 1986، ص 26.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

• **الاخصائي الاجتماعي ودوره في خدمة الجماعة:** تعتمد طريقة خدمة الجماعة في الخدمة الاجتماعية في تحقيق أهدافها، إلى حد كبير على الاخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع الجماعات، ويعتبر أيضا كمندوب عن المؤسسة التابع لها ولا بد أن يتصف الاخصائي الاجتماعي بعدة خصائص هي:

1-التجاوب و المرونة في التعامل مع المواقف المختلفة.

2-الثقة في النفس والاستقرار الانفعالي.

3-حب الناس وإنصاف و تقدير الآخرين.

ويتحدد دور الأخصائي الاجتماعي في عمله مع الجماعة كما يلي:

1-مساعدة الجماعة في فهم أهداف المؤسسة وتحديد أهداف هذه الجماعة تبعاً لأهداف المؤسسة.

2-مساعدة الجماعة على تفهم مشاكلها الداخلية التي تحول دون تطورها ونموها بشكل ايجابي.

3-المساعدة على تقدير الجماعات الأخرى، ونشر ثقافة التفاهم و الانسجام مع الآخر وبالتالي تكوين علاقات ايجابية بناءة.

4-مساعدة أعضاء الجماعة على التعرف على الموارد التي تستعين بها في مختلف نشاطاتها، سواء كانت هذه الموارد من داخل أو خارج المؤسسة.

5-مقابلة الاخصائي الاجتماعي مع قيادات المجتمع وممثليه، مما يسمح بتوفير المناخ المناسب لنمو القيادات ونضجها وتحقيق نمو حقيقي في المجتمع المحلي.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

6- إن خدمة الجماعة هي طريقة يقوم بها الاخصائي الاجتماعي بعد أن يتم إعداده إعدادا نظريا وعمليا جيدا.

ولابد للإخصائي الاجتماعي أن يراعي عدة أمور حتى يحقق مشاركة فاعلة داخل الجماعة وذلك من خلال:

1- يجب عدم الخلط بين الإجراءات الديمقراطية وضغط الجماعة من خلال الإقناع.

2- أوضحت بعض البحوث الحديثة أن رضا الفرد عن القرارات المتعلقة به لا ترتبط بالضرورة بحجم المشاركة، بل ترتبط بالشعور بالرضا أن الفرصة متاحة أمامه للتعبير عما يريد.

3- على الجماعة أن تقبل ضرورة الوصول إلى قرار أو إجراء معين كشرط لفاعليته وأن تواجه الجماعة حقائق المواقف بطريقة واقعية.¹

ج/ طريقة تنمية وتنظيم المجتمع:

• **تعريف طريقة تنمية وتنظيم المجتمع :** مع ظهور الخدمة الاجتماعية وطريقتها ظهرت طريقة ثالثة اختلفت بتنظيم المجتمع و العمل على تنميته، والعمل على تنسيق جهودات الهيئات التي كانت تقدم العون المادي للمحتاجين، ففي سنة 1882م تكون مجلس بمدينة نيويورك لرفع مستوى أداء الهيئات المنظمة، وتم تجسيد لأول مرة فكرة التمويل المشترك لتنسيق الجهود، في جمع الأموال واستخدامه لخدمة أغراض المجتمع. ولعل أهم عمل علمي منظم ساهم بشكل أساسي في ظهور طريقة تنظيم المجتمع، هو ما قام به ليندلمان سنة 1921م حين إصداره لكتاب يصف أسس

1 محمد سيد فهمي و السيد عبد الحميد عطية: عمليات طريقة العمل مع الجماعات، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2003 ، ص338.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

قواعد القيام بمهنة تنظيم المجتمع، وجاء بعده ستاينر ليضع كتابا قيما يصف فيه أصول تنظيم المجتمع، وبعدها تطور الأمر إلى أن أصبح تنظيم المجتمع عبارة عن مادة علمية تدرس في المعاهد و الجامعات.

وقد عرف أحمد كمال تنظيم المجتمع على أنه عملية أو كيفية أو طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية هدفها دعم الجهود المبذولة، بين مختلف مستويات و مكونات المجتمع طبقا لخطة مرسومة تحشد كل الموارد المحلية في اطار سياسة اجتماعية عامة.¹

ويمكن أن نستنتج أن طريقة تنظيم المجتمع هي طريقة مهنية تقوم بالاهتمام بالمجتمع واحتياجاته وأهدافه تبعا للأولويات المطلوبة، وتعمل على تنمية المجتمع بكافة أفراد و جماعاته وتقوية روح التماسك و العمل بروح الفريق. حيث يرجع الباحثون الأصول الأولى لنشأة تنظيم المجتمع الى انجلترا و الوم أ، وبالذات في الوم أ حيث كان لها السبق في فكرة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية.

• مرتكزات طريقة تنظيم المجتمع:

1- تتعامل طريقة تنظيم المجتمع مع المجتمعات على أساس منهجي علمي قائم على الدراسات العلمية الحديثة.

2- هي عملية مدروسة، إذ يتم وضع خطط واستراتيجيات خاضعة للتقييم من طرف خبراء بهدف تحقيق نتائج موضوعية .

3- يتم ممارسة أنشطة الاخصائي الاجتماعي من خلال مؤسسات، وتختلف عن ممارسته في طريقة خدمة الفرد كونها ليست عملية خاصة بل هي عامة.

1 أحمد أحمد كمال: تنظيم المجتمع، (د ط)، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، 1973، ص142.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

- 4- يختص مجموعة من الاخصائيين الاجتماعيين بممارسة طريقة تنظيم المجتمع.
- 5- تتعامل هذه الطريقة مع المجتمعات اعتمادا على التخطيط، باعتباره أسلوبا علميا يحقق عملية التغيير الاجتماعي، ويحافظ على وحدة وتماسك تلك المجتمعات.
- 6- تركز عملية تنظيم المجتمع في دول العالم الثالث، على الأهداف التنموية المؤدية بالدرجة الأولى الى زيادة موارد المجتمع وتعزيز امكاناته، ثم يليها التركيز على الأهداف العلاجية و الوقائية.
- 7- يؤكد الطابع الاجتماعي لطريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية أن رأس المال البشري هو الركيزة في تنمية هذه المجتمعات.
- 8- لا تتعامل طريقة تنظيم المجتمع مع التغيير الاجتماعي، فقط بل تتعداه الى إعداد الأفراد كي يكونوا هم مضخة التغيير ومصدره.
- و يرى هاري ألمر بارنيز أن التنظيم الاجتماعي يمثل جميع الجهود التي يبذلها الأفراد من أجل أهداف محددة، تعمل على اشباع الحاجات الانسانية الضرورية، كما أن هذا التنظيم يتكون من جماعات وأبنية، تشكل مجتمعات بشرية قائمة بحد ذاتها إضافة الى عدة أنساق رسمية وفرعية، تربط بينها عدة علاقات تحكمها سلطات وهيئات عليا منظمة و محكومة بروابط وقيم المجتمع الذي تنشأ داخله.¹
- * مبادئ تنمية و تنظيم المجتمع:** تتضمن طريقة تنظيم المجتمع عدة مبادئ هي:

1 السيد علي شتا: المنظور الظاهري و التنظيم الاجتماعي للمجتمع، ط1، المكتبة المصرية للنشر، مصر، 2014، ص217.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

- 1- الاستشارة: وتكون نتيجة لعدم الشعور بالارتياح و الرغبة في الاصلاح من طرف الأفراد داخل مجتمعاتهم، أو خارجها بهدف استشارتهم حول أهم المشكلات القائمة و البحث عن حلول واقعية لها.
- 2- اشتراك الأهالي: ومن خلال هذا المبدأ يمكن للأهالي تنمية شعورهم بضرورة تقديم المساعدة، وخلق الحس بالمسؤولية تجاه مجتمعاتهم وتقوية احساسهم بالانتماء و الولاء ذلك لأن الأهالي هم الأدرى بمشكلاتهم وكيفية معالجتها.
- 3- الحركية: أي أن الاخصائي الاجتماعي يجب أن يراعي عند تنفيذ المشروعات سرعة ومدى استجابة الأهالي للعمل حول حل المشكلات القائمة.
- 4- العلاقة المهنية: أي أن تكون هذه العلاقة بين المجتمع و الأخصائي الاجتماعي في الحدود التي يتطلبها العمل.
- 5- حق تقرير المصير: الأفراد على اختلاف مستوياتهم لهم الحق في تقرير المشاريع الإصلاحية التي تتاسب تركيبة مجتمعاتهم، وهو حق ليس بمطلق لأن هناك مشروعات ذات حجم كبير لا ينبغي الرضوخ المطلق فيها لرغبة الافراد.
- 6- الاهتمام بالأفراد: فالى جانب الاهتمام بالمجتمع لابد من وجود اهتمام خاص بالأفراد، لأن نجاح الاخصائي الاجتماعي يتوقف في حالات عديدة، على مدى اهتمامه بالأفراد ومشاكلهم في حدود معينة.
- 7- الاستعداد : بمعنى أن يتأكد الاخصائي الاجتماعي من استعداد المجتمع لمشروع ما من حيث الإمكانيات المادية و النفسية، قبل انجاز أي من المشروعات المخطط لها حتى يمكن ضمان تحقيق نسبة كبيرة من نجاحه.

8- **التقويم:** على الاخصائي الاجتماعي أن يقوم بتقويم عمله بين الفترة الأخرى حتى يتمكن من إنجاح الجهود المبذولة من طرف الأفراد، ومن خلال التقويم يمكن التعرف على مدى التغيير الحاصل داخل المجتمع، ولدى الأفراد من خلال مشاركتهم في عملية تنمية وتنظيم المجتمع.

9- **التقبل و التوجيه:** أي أن يوجه الاخصائي الاجتماعي المجتمع و الإشراف على توجيهه من نقطة البداية، محاولا الوصول الى مستوى يطمح إليه، وذلك في حدود الخطة التي رسمت من قبل.

10- **التنظيم في العمل:** يراعي الاخصائي أن يكون عمله متسلسلا عبر مراحل زمنية محددة، حيث يبدأ بمبدأ الاستشارة و مساعدة الأهالي في دراسة مشاكلهم، ثم التشخيص ثم وضع الخطة وتنفيذها.

11- **الرجوع للخبراء:** بمعنى أن يرجع الاخصائي الاجتماعي الى كل الخبرات التي تتعلق بموضوع المشروع المرسوم لتنمية المجتمع، وآراء الخبراء في أغلب التخصصات وذلك لضمان النجاح والتقدم.

12- **مبدأ التقبل:** أي أن يتقبل الاخصائي الاجتماعي المجتمع الذي يعمل فيه ومعه كما هو وأن يبدأ معه من حيث هو، كأن يتقبل سمات المجتمع وظروفه و أوضاعه وقيمه و اتجاهاته و القوى الاجتماعية المكونة له، و العلاقات الاجتماعية السائدة فيه.¹

وهذا المبدأ يمثل بعدان مترابطان فتقبل المجتمع للإخصائي الاجتماعي مرهون بتقبل الأخصائي الاجتماعي، فهو لا يستطيع أن يساهم في العمل على مساعدة الأهالي لإشباع احتياجاتهم وحل مشاكلهم، دون وجود علاقة مهنية تربطه بأفراد ذلك المجتمع

1 هناء حافظ بدوي، أساسيات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2002، ص207.

فكلما اكتسب الاخصائي الاجتماعي ثقة الأهالي كلما كان أقدر على توجيههم لأنهم يتقبلون توجيهاته حول كيفية حل مشكلاتهم.

13- مبدأ تفويض السلطة: وهنا السلطة تعني الحق في توجيه جهود الآخرين وحق اتخاذ القرارات واصدار الأوامر و التوجيهات لهم، وتستمد هذه السلطة من مصدرين أحدهما رسمي يستمد من الوظيفة، التي من خلالها تنفذ المهام، و الآخر غير رسمي يستمد من قوة اعجاب المرؤوسين بحسن تسييره للمواقف، وقوته كقائد إداري والتفويض لا ينبغي أن يكون مطلقا بل في حالات معينة وترجع لتقدير القائد الاداري.¹

• **مستويات تنظيم المجتمع:** تمر طريقة تنظيم المجتمع حسب محمد سيد فهمي بأربع مراحل مهمة هي: الدراسة العلمية، و مرحلة وضع ورسم الخطط أو المخططات ومرحلة تنفيذ وتطبيق هذه الخطط، تبعا للموارد المؤسسية المتاحة داخل المجتمع وأخيرا مرحلة المتابعة والتقييم لمدى نجاح أو عدم فعالية المخططات التي تم وضعها سابقا. ويعمل النظام الاجتماعي في المؤسسة الاجتماعية التي ينتمي إليها على عدة مستويات :

1-المستوى المحلي: كما هو الحال في الاتحاد المحلي للجمعيات و المؤسسات الخاصة، وقد يعمل على مستوى محلي كما هو الحال في مجلس القرية.

2-المستوى القومي: ونجده في الاتحادات النوعية مثل الاتحاد القومي للطفولة و الأمومة و من اختصاصاته تنظيم خدمات الطفولة على الصعيد القومي.

3-المستوى الاقليمي: ويكون عند إنشاء اتحاد عربي عام للجمعيات، على مستوى الدول العربية مثل الاتحاد العام للمرأة العربية.

1 هناء حافظ بدوي: مرجع سابق، ص214.

4- المستوى الدولي: أو على المستوى العالمي ومن أمثلة الاتحادات الناشطة في مجال الخدمة الاجتماعية، نجد الاتحاد الدولي لرعاية الطفولة الكائن بجينيف.

وتعد عملية تنظيم وتنمية المجتمع من أهم العمليات في المجتمع المعاصر، إذ نجد أن معاهد الخدمة الاجتماعية اهتمت بشكل خاص، بهذه الطريقة وادراجها في المناهج التي تدرس لتكوين وإعداد اخصائيين اجتماعيين على مستوى الدراسات العليا.¹

• مواصفات طريقة تنظيم المجتمع:

1- إن المجتمع باعتباره نسقا اجتماعيا هو عبارة عن وحدة كلية تتكون من عدة أقسام فرعية خاصيتها، التغير و اللاتبات داخل مختلف هذه الأنساق، فيما بينها أو في علاقتها مع بيئتها الخارجية.

2- عبارة عن تدخل مهني يتم من طرف اخصائيين اجتماعيين أعدوا إعدادا مهنيا عمليا وعلميا بما يتناسب مع متطلبات مهنة الخدمة الاجتماعية.

3- التخطيط المنظم و المشاركة الشعبية الديمقراطية، يعدان أساسان مكملان لبعضهما البعض، إذ من خلال التخطيط يمكننا أن نقدم الأدوات الفنية التحليلية اللازمة و التي تحقق توازنا بين الموارد المتاحة والاحتياجات المجتمعية، على أن يتم تحديد الأولويات تبعا لما يحتاجه الأفراد و الجماعات الذين ينتمون لهذه المجتمعات.

4- من خلال طريقة تنظيم المجتمع يمكن تحقيق عدالة اجتماعية توفر وتكرس مبادئ المساواة بين الفئات المهمشة و الضعيفة، والفئات صاحبة النفوذ المجتمعي.

1 محمد سيد فهمي والسيد عبد الحميد عطية: عمليات طريقة العمل مع الجماعات، مرجع سابق، ص240.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

5- طريقة تنظيم المجتمع يرجى منها تقوية مستويات التماسك و الترابط الاجتماعي والعمل على إعداد المجتمع من أجل حل مشكلاته القائمة بنفسه.

6-لابد أن تعمل طريقة تنظيم وتنمية المجتمع مع مختلف القيادات المجتمعية على مستوى الأجهزة السياسية و مراكز اتخاذ القرارات، بهدف خلق تأثير قوي وفعال على ما يصدر بعد ذلك من قرارات واجراءات، تتعلق بسير الحياة الاجتماعية وفي نفس الوقت بما يكرس مختلف القيم التي تنادي بها فلسفة الخدمة الاجتماعية.¹

• أهداف طريقة تنظيم المجتمع:

1- أهداف عامة: وتتمثل في مساعدة المجتمع لهيئاته وأفراده على العمل لإحداث التغيير الاجتماعي المنشود، مما يحسن أحواله وخلق توازن حقيقي بين الموارد المجتمعية المتاحة و الاحتياجات الواجب توفيرها.

2- أهداف ثانوية: وتتجسد من خلال دراسة المجتمع دراسة اجتماعية متكاملة حتى يمكن فيما بعد بناء سياسة اجتماعية للعمل الاجتماعي، وإعداد خطط للبرامج المعدة حديثاً أو تعديل البرامج المعمول بها من قبل، من أجل تحقيق تكامل على مستوى الخطط المنتهجة، إضافة إلى ترقية المستوى الفني للبرامج ورفع مستوى كفايتها وفعاليتها بما يحقق عائداً معتبرة على مستوى الخدمات الاجتماعية المقدمة، وتنمية روح التعاون وروح الفريق بين أفراد وجماعات المجتمع، والهيئات المشرفة على تنفيذ البرامج.

3- أهداف تخطيطية: وتشمل دراسة المجتمع وتحديد احتياجاته و أولوياته تبعاً للموارد المتوفرة لديه، من أجل رسم وتصميم خطط مدروسة بطريقة علمية محكمة.

1 ابراهيم عبد الرحمان رجب: قراءات في تنظيم المجتمع، (د ط)، مكتبة كلية الخدمة الاجتماعية، مصر، 1982، صص (16، 17).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

4- أهداف تنسيقية: بمعنى أن يتم التنسيق بين مختلف الهيئات المحلية حكومية كانت أو أهلية وعلى مختلف المستويات.

5- أهداف تشخيصية: ونعني بها القدرة على حل المشكلات ودرجة وعي الأفراد و الأهالي بمدى خطورتها وضرورة العمل على حلها، و العمل المشترك بين الهيئات المجتمعية و الأفراد لإيجاد الحلول.

6- أهداف متعلقة بالدراسة: بمعنى كيفية الحصول على المعلومات و البيانات التي من خلالها يمكن تحديد الاحتياجات و المشكلات الواجب معالجتها بطرق علمية.

• **دور الأخصائي الاجتماعي في تنظيم المجتمع:** على الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في طريقة تنظيم المجتمع أن تتوفر فيه جملة من الخصائص و المميزات منها:

1- القدرة على إقامة علاقات مع الناس المحيطة به وبشكل ايجابي.

2- القدرة على تحديد الموارد المؤسساتية المتاحة، واستخدامها استخداما أمثلا بما ينمي المجتمع.

3- القدرة على فهم المواقف المعقدة وحل المشكلات القائمة بطرق علمية وعملية.

4- القدرة على حسن أدائه لعمله بطريقة مهنية وعدم الاستسلام لأي ضغوط سواء كانت داخلية أو خارجية.

5-القدرة على تحقيق أغراض المؤسسة وتسهيل أدائها لكافة وظائفها، من خلال استخدامه لمهاراته في مجال العلاقات العامة وجمع الحقائق... إلخ¹

1 محمد بهجت جاد الله كشك: تنظيم المجتمع من المساعدة الى الدفاع، (د ط) ،المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2008، ص ص (36-37).

● **فلسفة تنظيم المجتمع:** بما أن تنظيم المجتمع أحد طرق الخدمة الاجتماعية لذا فهو يستمد فلسفته من فلسفة الخدمة الاجتماعية، والفلسفة تمثل رؤيا أخلاقية للحياة الاجتماعية السليمة، وهو ما يعمل وفقه الاخصائيون الاجتماعيون، وتفترض الفلسفة أن الناس عند قيامهم بمهام معينة، ليس هدفهم هو الحصول على المقابل المادي فقط بل هم ملزمون بتحقيق انسانياتهم، عندما يؤدون وظائفهم الاجتماعية. وقد أوضحت هدى بدران بأن فلسفة تنظيم المجتمع، تركز على الوظيفة الأساسية لأي مجتمع وهي العمل على اشباع احتياجاتهم، من خلال إنشاء تنظيمات اجتماعية تقوم بتوفير وتلبية هذه الاحتياجات المتزايدة، وهذا التزايد قد يؤدي الى خلق مشكلات مجتمعية في بعض الحالات، عندما تعجز مؤسسات المجتمع عن تلبية تلك الاحتياجات، والأساس الفلسفي لطريقة تنظيم المجتمع، يتجلى من الايمان بمسؤولية المجتمع الكاملة في تلبية الاحتياجات و المتطلبات المجتمعية للأفراد و الجماعات، مما يستوجب على المجتمع تجنيد كافة الموارد المادية و المعنوية المتاحة، واستثمارها لتحقيق أهداف المجتمع بمختلف تنظيماته.

8- الاخصائي الاجتماعي:

أ/ **تعريف الاخصائي الاجتماعي:** هو ذلك الشخص الذي يمارس الخدمة الاجتماعية ويتصف بالخلق المهني، ويلتزم بفلسفة المهنة ومبادئها وأهدافها وقيمها، فهو القائد المهني الذي يحدد العمليات الاجتماعية، التي يقوم بها الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات لحل المشكلات واشباع الاحتياجات المؤدية حتما لإحداث التغيير المطلوب.¹

1 سيد أبو بكر حسانين: طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، (دط)، المكتبة الانجلو مصرية، 1974، مصر، ص 125.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

ب/ العمليات المهنية للإخصائي الاجتماعي: يقوم الإخصائي الاجتماعي بعدة عمليات خلال عمله مع الأفراد والجماعات و المجتمع، وتتسم هذه العمليات بالتداخل و الترابط فيما بينها ومن أبرز هذه العمليات:

1- الدراسة و البحث: متمثلة في استخدام المنهج العلمي المناسب لكل نشاط مهني ومن خلال هذه العملية، يمكن للإخصائي الاجتماعي مساعدة العميل والتعرف على سلوك الأفراد و الجماعات و المجتمعات بشكل عام.

2- التشخيص: أي التعرف السليم على الموقف الخاص بالفرد أو الجماعة أو المجتمع، بشكل متكامل وشامل، ومن خلال التشخيص يمكن للإخصائي الاجتماعي تحديد العوامل المؤثرة في الموقف.

3- الاتصال: وتلي عمليتي الدراسة و التشخيص، ويمكن من خلالها مساعدة الوحدة على معرفة النتائج المتوصل اليها وفهمها بشكل صحيح، على شرط أن يكون هذا الاتصال ايجابيا.

4- العلاج: ونعني به القدرة على التغلب على المشكلات التي تواجه الوحدة في ظل ما تسفر عنه الدراسات السابقة حول الموضوع المدروس.

5- وضع الخطة: ويمكن من خلاله تحديد الأولويات التي تستحق التعامل معها اعتمادا على الموارد المتاحة.

6- التنفيذ: بمعنى توجيه التغيير بطريقة تعكس آثارها على الصالح العام للفرد و الجماعة و المجتمع.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسيولوجي "

7-التنسيق: أي العمل المنظم بين الأفراد الجماعات الذي يقومون به لتحقيق أهداف محددة.

8-التدعيم: ونعني به التعرف على الموارد المتاحة للمؤسسة وتحديد احتياجاتها.

9-القيادة: حيث يكون دور الاخصائي الاجتماعي كقائد مهني يسخر كافة امكانياته ومهاراته المهنية وتوجيهها لخدمة الأفراد و الجماعات، بطريقة ديمقراطية يمكن من خلالها التعبير عن كافة الآراء.

10- الارشاد: وهو مساعدة الفرد أو الجماعة أو المجتمع على تحديد الأهداف و الوسائل المتبعة لتحقيقها.

11- الابداع: و هو مساعدة الوحدة على ابتكار وسائل تحقق من خلالها أهدافها.

12- التعليم و التدريب: وهو تعليم الوحدة وتدريبها على التعامل مع مختلف المشكلات وابتعاد أنسب الطرق لعلاجها.

13- الاشراف: وهو تلك العلاقة المهنية التي تربط الاخصائي الاجتماعي و زملائه من أجل تحقيق علاقة مثلى.

14- المتابعة و التقويم: وهي عملية تهدف الى تأكيد النشاط وقياس مدى النجاح في تحقيق الأهداف.¹

1 سليمان علي الدليمي: الرعاية و الخدمة الاجتماعية(التطور التاريخي)، ط1، دار حامد للنشر و التوزيع، الأردن، 2014، ص ص (133،134).

ج/ المميزات الواجب توافرها في الإخصائي الاجتماعي:

1- المعرفة العلمية: فمن خلالها يمكن للإخصائي الاجتماعي دراسة وفهم السلوك الانساني ودوافعه و العوامل المؤثرة فيه، وفي خدمة الجماعة لأبد من توافر ثلاث أهم معارف هي أن الانسان هو كائن اجتماعي، يمتلك خصائص ومميزات وهو بطبعه يتفاعل مع الجماعة التي يعيش فيها، وأن هذه الخصائص متغيرة وليست ثابتة وقد يتم استبدالها كما أنها قد تكون موروثه أو مكتسبة، من مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية و بما أن الانسان تؤثر فيه الجماعة فإن هذه الأخيرة تعتبر أداة مؤثرة في الانسان ووسيلة لتغييره واكسابه جملة من المميزات والخصائص.¹

2- المهارات: تختلف المهارات عن المعرفة العلمية، في أن المعرفة هي تمكن الإخصائي الاجتماعي من التحليل العلمي السليم، وفهم المواقف الجماعية و اكتشاف الدوافع الكامنة التي توجه السلوك الانساني، أما المهارات فهي ذلك التوجيه العملي لنشاط الجماعة وتنقسم هذه المهارات الى صنفين هما:

3- مهارات مرتبطة بالجانب الفني للإخصائي الاجتماعي: مثل مهارة تكوين علاقات ناجحة مع الجماعة التي يعمل معها، ومهارة التقويم ومهارة استخدام موارد المؤسسة في المجتمع.

4- مهارات مرتبطة بنوع النشاط الذي تقوم به الجماعة: حيث يمكنه مساعدة هذه الجماعة في وضع منهج عملي تسير وفقا له هذه الجماعة، إضافة الى سهولة تحديد الأهداف وتنفيذ البرامج المرسومة.

1 رشيد زرواتي: مرجع سابق، ص35.

5-الاتجاهات الصالحة: هناك جملة من الاتجاهات الملائمة و المناسبة للعمل مع الجماعة كالاهتمام بهم وتقدير مجهوداتهم و الايمان بقدراتهم، و الظهور بمظهر لائق بالظروف التي يعمل بها وادراك التصرفات الشخصية وما دوافعها، إضافة الى التحكم في النزاعات وحسن ادارتها في حالة حصولها.

6-القدرة على التقويم: يجب على الاخصائي الاجتماعي أن يكون متمكنا من عملية التقويم، وأن يميز إذا ما كان المشكل مرتبطا بشخصية العميل أو بمحيطة الاجتماعي أو محيطه الجغرافي، أو بالتشريعات القانونية أو بالتنظيمات الادارية أو بالسياسات الاجتماعية أو ببرامج الخدمة الاجتماعية، و الخدمة الاجتماعية تفرض على الاخصائي الاجتماعي تركيب كافة العناصر السابق ذكرها وإدراك مدى تكاملها.¹ وتعتبر القدرة على التقويم بمثابة مسؤولية إدارية، تجاه مستقبل المؤسسة التي يشتغل بها الاخصائي الاجتماعي، إذ لا بد أن تكون له نظرة فاحصة لأنشطتها ووظائفها، كما تستوجب وظيفة التقويم وجود الكفاءة في استخدام المصادر المتاحة داخل المؤسسة وحسن استغلالها بما يحقق أهداف المؤسسة.

د/ خصائص الاخصائي الاجتماعي:

- 1- التمتع بدرجة عالية من النضج النفسي و الانفعالي و الاجتماعي، و الملائمة الجسمية و الصحية المناسبة للمهارات الواجب توافرها فيه.
- 2- تقبله لكافة التوجيهات و الارشادات الموجهة له من طرف زملائه، و مشرفيه وفريق العمل لتعزيز الأداء الجيد للمهارات التي يمتلكها.
- 3- استعداده الدائم لتعلم مهارات جديدة و تنمية مهاراته التي يكتسبها سلفا.

1 خيري جميل الجميلي: المدخل الى خدمة الفرد، (دط)، (دون دار نشر)، مصر، 1983، ص 304.

4- أن يكون لديه خاصية الذكاء الاجتماعي، ويرى فريديريك فون شيلر أن سر الذكاء الاجتماعي يكمن في التألف مع الآخر، وإعطائه إحساساً بالراحة وهو بصحبته، ومدى شعوره بالسعادة لكونه معه، وسهولة انسجامه مع كافة الفئات الاجتماعية.¹

5- تقديمه للمساعدة التي يحتاجها أفراد الجماعة في عملية التخطيط، في إطار محدد حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي بتقديم خدمة التخطيط، بناء على مدى دراسته ومعرفته للجماعة، و الهدف من هذه النقطة هو تمكين الجماعة من المشاركة في وضع الخطط الخاصة بهم، ويراعي اخصائي الجماعة الذي يستخدم نمط التخطيط تحديد مستويات التخطيط، وتتوقف مدى استجابة الجماعة على ادراك الاخصائي الاجتماعي ووعيه بأن العمل المطلوب يتناسب مع امكانيات ومهارات الجماعة ودرجة نضجها، ويجب عليه أيضاً أن يضع مع الجماعة الأعمال التي تعزز عملية التفاعل لديها وتحقيق أقصى درجة من التعاون و التعلم.²

هـ/ المستويات المهنية للإخصائي الاجتماعي:

- **المستوى الأول:** الاخصائيون الاجتماعيون الممارسون على المستوى المحلي و يتعاملون مع شريحة كبيرة من الأفراد، وتكون ممارستهم المهنية داخل بيئات صحية.

- **المستوى الثاني:** الاخصائيون الاجتماعيون القادرون على تطوير البرامج المحلية وتدريب الممارسين في المستوى الأول و الاشراف عليهم.

1 توني لوزان: قوة الذكاء الاجتماعي، ط3، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية، 2007، ص 23.

2 سلمى محمود جمعة: ديناميكية طريقة العمل مع الجماعة، (دط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2005،

- **المستوى الثالث:** الاخصائيون الاجتماعيون القادرون على ربط وتحليل البرامج والمواقف المحلية بالمواقف الدولية الشاملة، ويزود الممارسون في هذا المستوى بالمادة العلمية و المعارف المطلوبة وعددهم قليل عادة.

لا يمكن إحداث حالة من التوازن في مهنة الخدمة الاجتماعية إلا بوجود ممارسين مهنيين في المستويات الثلاث التي سبق ذكرها، لأن هذا التوازن يعزز النمو المهني في العالم واهتمامات الخدمة الاجتماعية وتطورها كمهنة عالمية تتعامل مع التغيرات المتجددة.¹

ثانيا: الخدمة الاجتماعية الطبية:

1- نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية: تعود أولى بدايات ظهور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي إلى نهايات القرن 18م، عندما بدأت سيدات راغبات بالتطوع في خدمة المرضى ومساعدتهم على علاج مشكلاتهم، الناجمة عن إصابتهم بالأمراض، خاصة من يقضون فترات طويلة للعلاج داخل المستشفيات، وقد ظهرت فيما بعد مبادرات هدفها تأطير هذه الخدمة في إطار مهني علمي أكاديمي، والاستفادة من انبثاق الخدمة الاجتماعية كمهنة ساعد الانسان على حل المشكلات ومواجهة الصعوبات الحياتية وتحقيق تكيفه وتحسين أدائه في مختلف المجالات، و المؤسسات الاجتماعية وتركيزهم على دراسة المشكلات النفسية والاجتماعية، و إلقاء الضوء عليها ضمن خطة علاج. ومن ثمة إنشاء مكاتب للخدمة الاجتماعية بعد نجاح المبادرة في عدة مستشفيات أمريكية بالتدرج ونتيجة لذلك تشكلت الجمعية الأمريكية للأخصائيين الطبيين سنة 1918م لتعمل على تطوير المجال الصحي الطبي للخدمة الاجتماعية، وممارستها في المؤسسات ذات العلاقة، ومنذ بداية القرن 19م بدأ الاهتمام الأكاديمي من كليات

1 طلعت مصطفى السروجي: الخدمة الاجتماعية الدولية، (دط)، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2010، ص16.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

الخدمة الاجتماعية بهذا الموضوع، كأحد المجالات التي يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يمارس عمله فيها، وتشجيع التخصص فيها في إطار الدراسات العلمية على مستوى الماجستير والدكتوراه، ويركز فيها على التأطير النظري والتدريب العملي حول ما يتعلق بالمرض والصحة الشخصية والعامّة مثل معرفة الخصائص والاحتياجات والتصرفات، وأنماط السلوك والأحوال النفسية والاجتماعية للمرضى وأسره، والتعرف على القضايا القانونية والتشريعية الخاصة بالتأمين الصحي والضمان الاجتماعي والتأهيل المهني، وإدراك امكانيات المساعدة وأطرها الإدارية والمالية والمهنية.¹

كما أن الفضل يرجع في دخول مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي إلى "الدكتور ريتشارد كابوت" وذلك من خلال إنشائه لقسم الخدمة الاجتماعية في مستشفى ماساشوستس البيولوجي العمومي سنة 1905م، وذلك لاقتناعه أن المرض لا يؤثر فقط على صحة الفرد من الناحية البيولوجية، ولكن تمتد آثاره إلى المكونات الأخرى _ العقلية والنفسية والاجتماعية _ إذ يؤدي اضطراب أحد هذه الجوانب، إلى إصابة الفرد ببعض الأعراض المرضية البيولوجية، مما يعوقه من ممارسة حياته الطبيعية، فالفرد في حد ذاته إنما هو بوتقة تتفاعل فيها العوامل النفسية والاجتماعية والعقلية والجسدية معا وهذه العوامل جميعها هي التي تكون قوام شخصيته وذاته، إذ يمكن لبعض الحالات المرضية العضوية أن تتأثر بالعديد من العوامل النفسية والاجتماعية، خصوصا في حالات الأمراض المستعصية أو المزمنة، أو الأمراض التي تترك أثرا في حياة المريض وأعضائه.²

1 فيصل محمود غرايبة: الخدمة الاجتماعية الطبية، ط 1، دار وائل للنشر، الأردن، 2008، ص (30 ، 31).
2 إيمان أحمد أبورية وآخرون: الخدمة الاجتماعية الطبية، (د ط) مؤسسة الكوثر للطباعة، دون بلد، 2005، ص 14.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

ومن أهم العوامل التي مهدت لقيام الخدمة الاجتماعية الطبية نذكر ما يلي:

-ظهرت في إنجلترا سنة 1880م رابطة اجتماعية تدعو إلى الاهتمام بمرضى العقل عقب خروجهم من المستشفيات.

-تزعّم "تشارلز لوك" في إنجلترا حركة شعبية تدعو إلى ضرورة الاهتمام بالأعمال الخيرية الاجتماعية في المجالات الطبية، لما لذلك من أثر فعال في تسريع عملية العلاج.

-تراكم الخبرات لدى السيدات من أصحاب النزعات الخيرية المتطوعات للعمل الاجتماعي الطبي، خاصة خبرات الممرضات الزائرات اللاتي كن يتحسسن الأحوال والظروف الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في عملية في علاج المرضى.

-تطبيق بعض المؤسسات الاستشفائية في نيويورك لنظام الممرضات الزائرات للمنازل لإرشاد المرضى وأسره، بضرورة التعرف على أسباب وطبيعة المرض والعوامل المهنية للإسراع بعملية الشفاء، وقد تم تنفيذ هذا النظام عام 1904م.

-سنة 1905م أنشئ أول قسم للخدمة الاجتماعية الطبية، واعتبر ذلك اعترافا صريحا بأهمية الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، وقد كانت مستشفى ماساشوستس بأمريكا أول من طبق هذا النظام.

-تقدم العلوم الاجتماعية والنفسية وإظهارها لأهمية دراسة الجوانب الاجتماعية المرتبطة بالأمراض المختلفة.

-انتشار الأمراض المزمنة خاصة مع تطور طرق اكتشافها، وتأثيراتها السلبية على حياة المريض وأسلوب معيشته وأفراد أسرته، مما دفع إلى ضرورة الاهتمام بالمرضى في بيئاتهم الطبيعية من خلال متخصصين اجتماعيين طبيين.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

-الحاجة إلى التعامل مع الكثير من حالات الصم والبكم والمكفوفين ومتخلفي العقل والمسنين على المستوى الوقائي والثقافي والأسري والفردى، مما يدعم أهمية انتشار الخدمة الاجتماعية الطبية.¹

وتعتبر ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، في الوقت الحالى بمثابة الحلقة الأخيرة من سلسلة التجارب والمنجزات التي مرت بها في السابق، وهناك -في هذا الإطار التاريخي- عدد من الجهود المبذولة التي تستهدف تحليل وظائف الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل على تطوير ممارستها المهنية، وتستمد هذه الجهود جذورها من الدراسات والأبحاث التي ترجع إلى عام 1905م، وقد مرت الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي منذ ذلك العصر بعدة مراحل تميزت بعدم الثبات والاستقرار، حيث كان تطورها خلال الـ 30 سنة الأولى بطيئاً ويسير باتجاه ثابت، متنقلاً من مؤسسة صحية إلى أخرى، وأن الاهتمام الذي كانت توليه للتعرف على المشكلات الاجتماعية الناجمة عن المرض ورعاية المرضى، قد أوضح مدى التطور الذي شهدته من حيث خدماتها وتزايد عدد العاملين في هذا المجال، وقد كانت الخدمة الاجتماعية خلال المرحلة الأولى من تطورها مؤثرة بسبب عدم تعقد الحالات التي تتعامل معها، بالرغم من محدودية الطرق والمناهج المستخدمة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين، وكان الطب في السابق يركز اهتمامه على الرعاية الجسمية للمريض، ولم يكن الاهتمام بالجوانب النفسية أو الطب النفسي بالشكل الذي هو عليه الآن، مع أن الأقدمين كانوا على وعي بالعلاقة بين الجسم والنفس وما بينهما من تفاعل، ويؤكد أفلاطون أن من أكبر أخطائنا اليوم أن يفصل الطبيب بين الجسم والنفس، وقد تجسدت بمرور الزمن مكانة الخدمة الاجتماعية، وأهمية دورها المهني داخل المستشفى وذلك من خلال التطورات، التي شهدتها في مجال التنظيم

1 طاهر بن غالب: الخدمة الاجتماعية مفهوم شامل مقالات ونصوص، ط 1، مكتبة الحامد للنشر، الأردن، 2014، ص 144.

المهني وإعداد الدراسات المتعلقة بتعليم المهنة وممارستها في مختلف المجالات، ومع التطور الذي شهدته مجالات أخرى مثل الطب النفسي، والتحليل النفسي والطب السايكوسوماتي أصبحت طريقة خدمة الفرد في الخدمة الاجتماعية من الطرق الأكثر تطوراً والأوسع انتشاراً وذلك لاهتمامها بدراسة العديد من الحالات، ومن المظاهر الأخرى لتطور الخدمة الاجتماعية الطبية التعاون والتنسيق بين إدارة المستشفى، وبقية العاملين والأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي، وبطريقة انعكاس آثارها على دراسة المريض ومتابعة حالته الصحية، ولهذا صار من الممكن تحديد مفهوم خدمة الفرد باعتبارها الطريقة التي تعتمدها الخدمة الاجتماعية الطبية في تحقيق أهدافها داخل المستشفى.¹

2- تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية: تعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها تلك العمليات المهنية والجهود العلمية، التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة استجابات المريض نحو مشاكله المرضية، وتتضمن كل من خدمة الفرد وخدمة الجماعة في بعض المواقع وتقوم الخدمة الاجتماعية بوظيفتها في المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية، لتوفير الفرص الملائمة التي تسمح للمريض بالاستفادة من الخدمات الطبية بصورة فعالة، وتهتم الخدمة الاجتماعية الطبية أيضاً، بتقديم المساعدة في مشكلات التكيف الاجتماعي والمشكلات الانفعالية، التي تؤثر في تطور المرض وسير العلاج وتهدف أيضاً إلى مساعدة المريض، على الاستفادة الكاملة من العلاج ومساعدته وأسرته على التكيف في بيئته الاجتماعية الخارجية، ويمكن اعتبار الخدمة الاجتماعية كمهنة اجتماعية داخل المجتمع مثل أي مهنة أخرى، كما في الطب والتعليم. والخدمة الاجتماعية الطبية لا تمارس عملها كمهنة مكملة لنشاطات المهن الأخرى في أي مجال

1 Bartlett, Harriett M. "**Fifty years of social work in the medical setting** (N. Y. National Association of social workers, 1957 PP(15 – 16).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

وإنما تساهم لوحدها في تقديم خدماتها من خلال نشاطاتها المتعددة والمتنوعة، وتتميز هذه المهنة الإنسانية بديمومتها وقدرتها على الاستمرار، رغم التطور الذي شهدته بسبب التغيير الاجتماعي السريع، وتهتم الخدمة الاجتماعية بالوظائف الاجتماعية لكل من الفرد والجماعة وتعمل على مواجهة المشكلات اليومية المختلفة. وتعتبر مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية الطبية، بتسخير أهدافها داخل المؤسسات الطبية والصحية والتأهيلية ولأغراض وقائية وعلاجية وإنشائية، يمارسها أخصائيون متدربون ومؤهلون في هذا المجال وهي على علاقة وطيدة مع المجالات الصحية والطبية والاجتماعية.

تعرف عظيات ناشد الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها "مجال نوعي للخدمة الاجتماعية تساعد المريض فردا كان أو جماعة، طالما هو يواجه مشكلة، تتطلع للمساعدة الفنية العلاجية فهي تقدم خدمات تتطلب مهارة خاصة وأسلوب علمي، لمساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج الطبي، أو الخدمات الطبية المتاحة أو الاسهام الإيجابي في العمليات العلاجية الذاتية، أو أنها تمثل الجانب الهام من العلاج نفسه فضلا عن الخدمات الوقائية والانشائية".

أما إقبال بشير فتعرفها "هي إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية، تمارس في المؤسسات الطبية لمساعدة الفرد كان أو جماعة، باستغلال امكانياته وامكانيات مجتمعه للتغلب على الصعوبات التي تعوق تأدية وظيفته الاجتماعية، وذلك للاستفادة من العلاج الطبي، ورفع الأداء الاجتماعي لأقصى حد ممكن".¹

ويعرفها محمود حسن "تلك العمليات المهنية والجهود العلمية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، لدراسة استجابة المريض نحو مشاكله المرضية، وتتضمن كل أنواع خدمة

1 إقبال بشير وآخرون: الخدمة الاجتماعية والمجال الطبي، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1977، ص

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

الفرد وخدمة الجماعة الطبية بوظيفتها في المستشفيات والعيادات، وغيرها من المؤسسات الطبية لتوفير الفرص الملائمة التي تسمح للمريض بالاستفادة من الخدمة الطبية بصورة فعالة". و هناك من عرفها بأنها: "احدى مجالات مهنة الخدمة الاجتماعية الممارسة داخل المؤسسات الطبية بهدف مساعدة المريض، على الاستفادة من امكانيات وخدمات المؤسسة من أجل زيادة أدائه الاجتماعي¹.

هي ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات، وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية لتسهيل وجود الإنسان في صحة جيدة ووقايته من المرض، وتقديم المساعدة والعلاج للمريض.² وهي المهنة التي تعني التعاون مع مهنة الطب، في تنفيذ العلاج اعتمادا على فلسفة ومبادئ ومعارف وأساليب وطرق مهنة الخدمة الاجتماعية.³ كما تعرف بأنها احدى فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، مجال تخصصها العمل في المؤسسات الطبية أساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض، والأخصائي الاجتماعي تهدف إلى الوصول بالمريض للاستفادة الكاملة من العلاج الطبي والتكيف مع بيئته الاجتماعية".

و تعرفها الأستاذة **سلوى عثمان** "بأنها الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المؤسسة الطبية (وقائية، علاجية أو إنمائية) يقوم بها أخصائيو اجتماعيون أعدوا خصيصا لهذا العمل".⁴

1 طلعت مصطفى السروجي و ماهر أبو المعاطي: مبادئ ممارسة الخدمة الاجتماعية، (د ط)، الشركة العربية المتحدة للتوثيق، مصر، 2009، ص 2003.

2 Barker Robert L, the Social Work Dictionnary, silver spring, Maryland, N.A.S.W, press, 1999,P 96.

3 Kdmore Rex A and others, introduction to social Work, New Jersey, Prentice - Hall, Inc, Englewood cliffs, 1994, P 146

4 سلوى عثمان صديقي، السيد رمضان: مدخل في الرعاية الاجتماعية، (دط)،المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1991، ص 253.

3- ملامح و أسس الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات (العلاقة بين الخدمة

الاجتماعية و المؤسسة الطبية):

- 1- الخدمة الاجتماعية الطبية قسم من أقسام المستشفى التابع لإدارته.
- 2- العلاقة التي تربط الأخصائي الاجتماعي الطبي، بالطبيب وغيره من أعضاء الفريق العلاجي بالمستشفى هي علاقة زمالة و تعاون، تعبر عن جانبين مهمين، أولهما الجانب الطبي الحيوي و الآخر هو الجانب الاجتماعي النفسي.
- 3- تكون ميزانية قسم و إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية لجنة استشارية تتكون من بعض الأطباء العاملين بالمستشفى إلى جانب الأخصائي الاجتماعي الطبي.
- 4- تقوم الخدمة الاجتماعية الطبية بالعمل على تحقيق أقصى استفادة ممكنة للمرضى من خدمات المستشفى، وتقديم أفضل استثمار لقدراتهم وإمكانياتهم خلال المرض.
- 5- تعمل الخدمة الاجتماعية الطبية في إطار أهداف المستشفى و الخدمات التي يقدمها الأخصائي الطبي.
- 6- يشكل هيكل تنظيمي للإدارة أو القسم من مدير الإدارة أو رئيس القسم، ثم تقسم إلى مجموعة أعمال يتولى كل عمل أو أكثر أخصائي اجتماعي طبي يتم التنسيق بينهم، عن طريق مدير الإدارة أو رئيس القسم وكذلك الإشراف و التوجيه و المتابعة لأعمالهم من خلاله.¹

1 ظاهر بن غالب: مرجع سابق، ص 174.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

7- الزامية تقسيم المهام و الأعمال و الوظائف المتعلقة بالخدمة الاجتماعية بين كل من العاملين بالمؤسسة الطبية و الاخصائي الاجتماعي الطبي، بغرض الاستفادة من الخدمات الصحية المتوفرة الى أقصى درجة ممكنة.

8- يقوم قسم الخدمة الاجتماعية بتهيئة المريض نفسيا لتقبل ومقاومة مرضه، الى جانب عمل هذا القسم على المساعدة في حل مشكلات المريض المتعلقة بجانب تكاليف العلاج و الاستشفاء.

9- يقوم الاخصائي الاجتماعي بدور المساعد في العملية العلاجية، مع مراعاته الجادة للجانب النفسي للمريض والعمل على توفير جو نسبي من الراحة و الهدوء النفسي.

10- تحتاج المؤسسة الطبية الى وجود نوع من العلاقات الاجتماعية، وهو ما توفره طرق الخدمة الاجتماعية سواء عن طريق خدمة الفرد أو الجماعة أو المجتمع.

11- يمثل الاخصائي الاجتماعي و الخدمة الاجتماعية ركيزة مهمة في المؤسسة الطبية نظرا للدور الاجتماعي التي تقوم به الخدمة الاجتماعية.

12- تعمل الخدمة الاجتماعية على توطيد العلاقة بين المريض و النسق الطبي المشرف على علاجه، و كذا العلاقة بين المؤسسات العلاجية و المجتمع المحلي و المؤسسات المتخصصة في الشأن الصحي.

13- تلعب الخدمة الاجتماعية دورا مهما في خدمة فعاليات الطب الأسري وتشخيص صحة المجتمع، بسبب المعلومات و البيانات التي توفرها للمؤسسات الاستشفائية و الطبية بشكل عام.¹

1 قدرى الشيخ علي و آخرون: علم الاجتماع الطبي، ط1 مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع، ، 2008، مصر، ص139.

4- أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية و أهميتها:

أ/ أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية: تهدف الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي إلى:

- مساعدة المستشفى لتحقيق أهدافها بشكل ايجابي.
- زيادة فاعلية الجهاز التنظيمي للمؤسسة الصحية في قيامه بوظيفته.
- تحقيق الأعباء الإدارية للمستشفى.
- زيادة أهمية مكانة المؤسسة الطبية داخل المجتمعات المحلية.
- ربط المؤسسة الاستشفائية بالمؤسسات الأخرى في محيطها الخارجي.
- تهيئة الظروف العلاجية المناسبة عند تقديم الخدمات للأفراد و الجماعات و المجتمع.
- تهدف إلى ربط المؤسسة الاستشفائية بالمجتمع الخارجي ومؤسساته، وذلك للاستفادة من إمكانياتها في استكمال خطة العلاج بالنسبة للمريض سواء كانت طبية أو اجتماعية.¹

ب/ أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية:

- تزايدت أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المجتمعات الانسانية عندما أصبحت مشاكل الصحة و المرض تحمل طابعا اجتماعيا وأبعادا نفسية.
- حتى يكون لدينا أفراد فاعلين داخل مجتمعاتهم، لابد أن يكونوا ذوو كفاءة جسدية وجسمية ونفسية جيدة، وهو ما تعمل عليه مختلف برامج الخدمة الاجتماعية الطبية.

1 إقبال محمد بشير و آخرون: الرعاية الطبية و الصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1984، ص ص(23-26).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

- تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية الى مساعدة المرضى والمساهمة في تعافهم في أسرع وقت، حتى يتمكنوا من أداء واجباتهم المجتمعية.
- الخدمة الاجتماعية الطبية بإعتبارها جزء من المؤسسة الطبية، بمختلف أشكالها تعمل على تحقيق أهداف هذه المؤسسة مثل استعادة المريض من العلاج، عن طريق تذليل كل العقبات التي قد تمنعه من هذه الاستفادة.
- الخدمة الاجتماعية الطبية لا تساهم في العلاج فقط، بل تساهم بدور وقائي من خلال نشر الوعي و التثقيف الصحي لدى الأفراد و الجماعات.
- هناك دور جد مهم للعوامل الاجتماعية و النفسية في انتشار بعض الأمراض وطرق علاجها، مما يستدعي تدخلا مباشرا لطرق الخدمة الاجتماعية الطبية.
- تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية الى ربط المؤسسة الطبية بالمجتمع الخارجي و مؤسساته المختلفة، بهدف الاستفادة من امكانياتها في استكمال خطة العلاج بالنسبة للمريض سواء على الصعيد الاجتماعي أو الطبي.¹
- الخدمة الاجتماعية الطبية تظهر في الدول المتطورة في صور مختلفة، فتتضمن مدارس متعددة تقوم بتدريس وسائل المساعدة و الاحتياط، وكيفية تثقيف أبناء المجتمع بدنيا وفكريا ويلحق بها اخصائيين اجتماعيين لتحقيق المصلحة العامة.

5- فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية:

✓ تقوم على أساس سعي الفرد للعيش في جماعات تشبع له حاجات متنوعة.

1 عبد الحي محمود حسن صالح، الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2014، ص ص(243، 244).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

✓ نظرا لكون المريض غير قادر على أداء أدواره الاجتماعية، فهو بحاجة لمن يساعده في تكوين علاقات مع الآخرين، و يمكن ذلك من خلال استخدام الجماعة لتعمل على توفير الأمن و الطمأنينة التي تخرجهم من عزلتهم الاجتماعية.

✓ الاخصائي الاجتماعي بفضل اعداده و تخصصه يمكنه مساعدة المريض على المعيشة في جماعة، بالتعاون مع الجهود المهنية الأخرى التي تقوم بتغيير خطة العلاج.

✓ من خلال خبرات الجماعة الصغيرة تتاح الفرصة للمرضى للمشاركة في البرامج لإشباع حاجاتهم.

✓ لكل انسان الحق في الرعاية الاجتماعية و الحق في المحافظة على كرامته و إنسانيته و إشباع احتياجاته النفسية و الاجتماعية، مما يتيح للفرد الاستفادة من الخدمات العلاجية التي يحتاجها.¹

✓ تؤمن الخدمة الاجتماعية الطبية -حالتها حال الخدمة الاجتماعية عموما- بمبدأ حرية الفرد و فردية الانسان و ضرورة توفير رعاية خاصة به، تتماشى و احتياجاته المختلفة، كما تؤمن بأن العوامل الاجتماعية ترتبط ارتباطا وثيقا بالمرض، و قد تكون هي أحد مسببات ذلك المرض.

✓ الخدمة الاجتماعية الطبية هي احدى أهم وسائل تنمية موارد المجتمع و زيادة سلامته و صحته و أمن أفراده و جماعاته، كما تعمل على تجسيد

1 محمد مصطفى محمد: تطبيقات في مجالات الخدمة الاجتماعية، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1999، ص61.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

عملي لعودة المريض للمشاركة المجتمعية وتزويده بوعي وثقافة صحية، تحول دون احتمالية انتكاسته من جديد.¹

6- الأخصائي الاجتماعي الطبي:²

أ/ تعريف الأخصائي الاجتماعي الطبي: يعرف بأنه الشخص الحاصل على مؤهل علمي في الخدمة الاجتماعية، و يتم تأهيله علميا وفنيا في جامعات متخصصة، وهو المسؤول المهني عن جميع عمليات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسة الصحية والتأهيلية أو في البيئة الخارجية بهدف إحداث عمليات التغير الاجتماعي".

كما يعرف بأنه ممثل نسق الخدمة الاجتماعية كنسق فرعي بالمستشفى ضمن الفريق العلاجي، فهو كأي مهني متخصص مرآة لمهنته، من خلال توفر عنصرين مهمين فيه هما الجانب المعرفي والجانب المهاري، إضافة إلى مجموعة من المهارات المهنية كمهارات بناء العلاقات والقدرة على حل المشكلات.³ ويتميز الأخصائي الاجتماعي الطبي بجملة من الأنشطة داخل المؤسسة الطبية أو الصحية تتمثل فيما يلي:

1- إعداد الدراسات الاجتماعية الشاملة والخاصة بحالات معينة تستدعي خدمتها إعداد دراسة اجتماعية معمقة.

2- حضور الاجتماعات الاكلينيكية التي تقام داخل الاقسام الداخلية في المستشفى.

1 عبد الرحمان عبد الرحيم الخطيب: ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية و النفسية، (د ط)، مصر للخدمات العلمية، مصر، 2004، ص34.

2 علي محمد خير المغربي: الخدمة الاجتماعية وتحقيق العدالة الاجتماعية للمجتمع، ط 1، دار الوفا لدنيا للطباعة والنشر، مصر، 2014، ص 261.

3 ايمان أحمد أبورية وآخرون: مرجع سابق، ص ص (86 - 88).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

- 3- رصد سلوكيات المرضى وضمها إلى الملف الطبي، لكل واحد منهم في إطار دراسة اجتماعية تتبعية ليطلع عليها الفريق المعالج.
- 4- استطلاع آراء المرضى ورغباتهم حول نوع الخدمات التي تقدم لهم، كخدمة التغذية والنظافة والخدمة التمريضية.
- 5- إعداد وتنفيذ البرامج والأنشطة الاجتماعية التي تهدف إلى اخراج المرضى من عزلتهم المرضية.¹

ب/ مهام ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي:

- 1- يقوم بتقديم المساعدة في حالات التتويم التي تستدعي وجود اخصائي اجتماعي طبي حتى يقنع المريض بضرورة إجراء عملية جراحية مثلاً.
- 2- يقوم بشرح وتفسير النواحي الاجتماعية الطبية للمرض، و التي تؤثر على حالة المريض و أفراد أسرته.
- 3- الاحتياط اللازم لتفادي حدوث حالات من انتقال العدوى من المريض للمحيطين به.
- 4- تتبع الحالات المرضية الحساسة و التي تتطلب عناية طبية فائقة كمرضى القلب حتى يتمكنوا من ممارسة حياتهم بشكل طبيعي.
- 5- جعل المريض يتمتع بحالة عالية من الروح المعنوية، مع العمل على توفير رعاية نفسية و اجتماعية خاصة بكل حالة مرضية.
- 6- تزويد أعضاء الفريق الطبي بجميع المعلومات المتصلة بكل حالة مرضية وتخصيص برامج علاجية لكل حالة.

1 فيصل محمود غرايبة: مرجع سابق، ص ص (47، 48).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

7- الاستفادة القصوى من الموارد المالية و المادية المتاحة داخل التنظيم الطبي وتوجيهها لخدمة المريض الذي هو بأمس الحاجة لها.

8- تدريب طلبة أقسام الخدمة الاجتماعية بالجامعات و المعاهد المكلفون بإجراء تربصات ميدانية داخل المؤسسة الطبية.

كان عمل الاخصائيين الاجتماعيين الطبيين في بداية الأمر ينصب على جمع البيانات و المعلومات الخاصة بالحالات المرضية التي يعملون معها، و أسرهم و ظروفهم الاجتماعية و الاقتصادية، و القيام بالزيارات المنزلية ومتابعة حالة المريض بعد خروجه من المستشفى كجزء من الرعاية الصحية اللاحقة، وتأتي أهمية الأدوار التي يقوم بها الاخصائي الاجتماعي بعد أن أصبح الطبيب في الوقت الحاضر، عاجزاً عن الالمام بكل ما يتعلق بالمريض و ظروفه الاجتماعية و المعيشية و البيئية، وهذا الاهتمام الذي يوليه الاخصائي الاجتماعي للمريض، يهدف أساساً الى إحداث تغيير أو تعديل في ظروف المريض وذلك من خلال ما يتبناه الاخصائي الاجتماعي من نظريات حول الشخصية والسلوك و الوراثة.¹

1- أدوار الأخصائي الطبي في خدمة الفرد :

- ◀ استقبال المريض وقت دخوله للمستشفى.
- ◀ إعداد ملف فني خاص بكل حالة مرضية، يصف ظروفها الاجتماعية و الأساليب العلاجية الخاصة بكل حالة، إضافة الى وصف حالته الاقتصادية و ظروفه المهنية.
- ◀ اهتمامه بالحالات المرضية من خلال المتابعة اليومية، وتقديم ردود حول الاستفسارات و الاستشارات التي يتلقاها من المرضى.

1 حسن محمود : مقدمة في الخدمة الاجتماعية، (د ط)، المكتبة الحديثة ، مصر ، 1973 ، ص487.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

- ◀ إعداد تقارير يومية حول الحالات و المشكلات الخاصة بالمرضى و رفعها لإدارة المشفى.
- ◀ دراسة الجوانب الاجتماعية للمجالات النفسية، بهدف تكامل العلاج المتبع بالتنسيق مع الأطباء و الاخصائيين النفسيين.
- ◀ وضع خطط تأهيلية اجتماعية ونفسية للمريض حتى يتمكن من ممارسة حياته بصفة طبيعية.
- ◀ تتبع الحالات المرضية بعد خروجها من المستشفى، لضمان سير الخطة العلاجية كما هي و الحيلولة دون اصابة المريض بأي إنتكاسة محتملة.
- ◀ توعية الأسرة حول أخطار بعض الأمراض وآثارها الجانبية على الفرد و الأسرة، وكيفية التعامل مع المريض بصورة سليمة وصحية.
- ◀ المساهمة في البرامج الارشادية و الاعلامية لكافة أفراد المجتمع، سواء داخل أو خارج المؤسسة الطبية.
- ◀ تزويد الطاقم الطبي بمعلومات وبيانات مهمة حول الحالات المرضية التي يشرف عليها حتى تتم عملية العلاج بنجاح.
- ◀ إجراء احصاءات دورية حول الخدمات الاجتماعية المقدمة للمريض.
- ◀ الاشراف على تدريب طلاب معاهد الخدمة الاجتماعية، وتعليمهم طرق تعاملهم مع الحالات الفردية.
- ◀ دراسة الظواهر الفردية المنتشرة بين أوساط المرضى، وكتابة تقارير بخصوص الموضوع.
- ◀ إعداد تقارير دورية حول نوع و حجم الخدمات المقدمة للمرضى، ورفعها لإدارة المشفى ورصد أهم المعوقات التي تمنع إتمام المعالجة للحالات المرضية بهدف حلها.

◀ حل المشكلات الاقتصادية للمرضى الذين يعانون من ظروف اقتصادية مزرية.¹

◀ المساهمة في البرامج التعليمية للأعضاء الآخرين من الفريق الطبي.

وتمر أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي في تعامله مع الحالات الفردية بثلاث مراحل هي:

- مرحلة العيادة الخارجية أي قبل دخول الأفراد للمؤسسة الاستشفائية.
- مرحلة إقامة المريض بالمؤسسة العلاجية.
- مرحلة التتبع أي بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية.

2- أدوار الأخصائي الطبي في خدمة الجماعة:

- دوره كمنسق: حيث يشارك مع فريق العمل بالمستشفى من أجل تحقيق تكامل وتناسق في الجهود المبذولة داخل مختلف الأقسام، و التخصصات الطبية الموجودة في المؤسسة الصحية، بهدف تقديم أحسن خدمة للأفراد و الجماعات.

- دوره كمناقش: يعمل على مشاركة الاجتماعات مع فريق العمل الطبي بغرض مناقشة حالات المرضى و الجوانب المرتبطة بالمرض، و حسن تشخيص الحالات لوضع خطط علاجية مناسبة وفعالة.

- دوره كمغير للسلوك: فهو يقوم بتقديم مساعدات للمرضى حتى يتمكنوا من التخلص من المشكلات المتعلقة بسلوكياتهم، كأفراد تابعين لمؤسسة صحية يتعالجون بها، ونبذ

1 ظاهر بن غالب: مرجع سابق، ص ص(175 - 176).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

السلوكات غير المرغوبة بعقد جلسات جماعية، وتوظيف ما لديهم من خبرات نظرية و عملية لإحداث تغيرات مرغوبة في السلوك المطلوب.

- **دوره كمخطط:** يشارك الاخصائي الاجتماعي في الاجتماعات الدورية مع أعضاء قسم الخدمة الاجتماعية التابع للمؤسسة الطبية، بهدف وضع خطط استيرتاجية تخدم مهنة الخدمة الاجتماعية وطورها، والعمل مع ادارة المستشفى و المسؤولين خارج المجال الطبي ووضع خطط تخص برامج التوعية الصحية الشاملة، أو فعاليات الأيام العالمية المتعلقة بالرعاية النفسية و الاجتماعية و الصحية للمرضى.

- **دوره كمصمم برامج:** فهو يقوم بتصميم البرامج التي تراعي عدة اعتبارات مثل الألعاب المسلية المتناسبة مع المرضى، بهدف كسر الشعور بالملل و خلق جو من المرح، اضافة الى البرامج الاجتماعية الترفيهية التي تسمح بمشاركة الأهالي، أو بعض أعضاء الفريق الطبي من أجل رفع الروح المعنوية للمريض.

- **دوره كملاحظ:** من خلال ملاحظة التغييرات التي تطرأ على المريض ودراستها ووضع برامج تتناسب مع هذه المتغيرات.

- **دوره كإعلامي:** حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي بالمشاركة في مختلف الوسائل الاعلامية الموجودة في المجتمع، أو في المؤسسات الصحية لنشر الوعي الصحي و التثقيف الصحي بين المرضى.

- **دوره كإستشاري:** إذ يمكن الرجوع اليه في حالة الاشراف على الاخصائيين الاجتماعيين الجدد، كما يقوم بعقد اجتماعات علمية دورية لتعزيز التطوير المهني للإخصائيين الاجتماعيين الطبيين.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

- دوره وسيط: فهو يقوم بتحويل المرضى الى المصادر الموجودة في المجتمع والتي تمنح مساعدات لهؤلاء المرضى، مثل الجمعيات الخيرية وربطهم بها حتى يتمكنوا من تحقيق أقصى استفادة ممكنة لهم.

- دوره كناقد: يقوم الاخصائي الاجتماعي بالمشاركة في التحليل و النقد البناء لمختلف القضايا الصحية الاجتماعية المعاصرة، بما يعزز زيادة الوعي الاجتماعي حول تلك القضايا، مما يسهل عملية فهم وتفهم المجتمع وأفراده و جماعته للمشكلات المصاحبة لهذه القضايا.¹

- مما يجب مراعاته في عمل الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي في أداء دوره مع الجماعات هو ضرورة علمه أن لكل حالة من جماعته، ظروفًا مرضية خاصة على حدى، مما يستوجب أن يكون ملماً بكافة الصفات المميزة، لكل فرد من أفراد الجماعة الموضوعه تحت رعايته، والتعامل معها تبعاً لإمكانياتها وقدراتها الفردية المتباينة.

- على الاخصائي الاجتماعي العمل مع جماعات أسر المرضى الذي تتناهم نوبات من الهلع الشديد، لأنه كلما كانت هناك علاقة ايجابية مع جماعات أسر المرضى كلما وجدت منافذ صحية نفسية تسهل عملية العلاج، لأن الجماعة تعتبر عاملاً مهماً في معالجة الحالات الفردية في بعض الحالات.

3- أدوار الأخصائي الطبي في تنظيم المجتمع:

- الاشتراك في وضع و تصميم المخططات التي تتناسب مع نوعية الأنشطة الخاصة بكل قسم مع العمل على تطوير استراتيجيات العمل بها.

1 ظاهر بن غالب: مرجع سابق، ص ص (178 - 181).

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

- العمل على توجيه المرضى و أسرهم، و حسن إرشادهم للاستخدام الأمثل لمختلف الموارد البيئية بغرض الاستفاة منها.
- مساعدة اللجان المختلفة في المستشفى على أداء وظائفها و اتخاذ قراراتها، وذلك بمدىها ببيانات و معلومات حول الموضوعات التي تشكلت هذه اللجان من أجلها.
- استطلاع رأي حول الخدمات الاجتماعية و الطبية و النفسية التي تقدمها المستشفى لعملائها.
- العمل على تحويل الحالات التي تتطلب تحويلها الى جهات حكومية أخرى مثل مستشفى آخر أو مؤسسات الرعاية الاجتماعية المختلفة، سواء كانت حكومية أو غير حكومية ومتابعة مدى استفادة هذه الحالات من الخدمات المقدمة.
- تقديم تقارير مفصلة حول أداء المرضى، ونتائج البحوث المتعلقة بهم إلى الرؤساء المباشرين، وكذلك رفعها إلى الجهات المختصة بما يساعد على تحسين سير العمل.
- تبني مشاكل المرضى و الدفاع عن حقوقهم في الحالات التي لا يمكن لبعض المرضى الحصول فيها على خدمات هم في أشد الحاجة لها، طالما أنها تدخل ضمن اختصاصات المؤسسة الطبية التي يتبعونها.
- المشاركة في عملية تقييم و تقييم البرامج و الأنشطة التي يقوم بها القسم، و التي تهدف الى العمل على تحسين مستوى الخدمة الطبية المقدمة داخل المؤسسة الصحية.
- جمع المعلومات التي تخص المجتمع بما فيها من قيم و أنشطة اقتصادية و ثقافية و صحية عن طريق الوثائق و السجلات و الخرائط، و الاحصائيات الخاصة بالخدمات الحكومية و الشعبية، اضافة الى المصادر الشخصية متمثلة في المواطنين ذوي الخبرة

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

وبعدها يشرع الاخصائي في تكوين حوصلة عامة حول المشكلات المطروحة و التي تستوجب معالجات مستعجلة.¹

- الاتصال بالجماهير بمعنى أن يتعرف الاخصائي الاجتماعي على المجتمع الذي سيعمل معه من خلال مقابلة المسؤولين في الوحدات العلاجية، وتعريفهم بالدور الذي يقدمه، الى جانب اتصاله بالعاملين بالوحدات و التعرف عليهم بصفاتهم محور العمل و المسؤولين عن تنفيذ الأعمال.

- بناء جهاز العمل الرئيسي، فلا بد للعمل في مجال تنظيم المجتمع من وجود مجلس رئيسي يعمل معه الاخصائي الاجتماعي للقيام بالعمليات التنظيمية، على أن يمثل مختلف القطاعات في المجتمع الطبي ويكون جهاز العمل الذي يعتمد عليه مبنيا على أربع مراحل أساسية هي الدراسة و التعريف و الاستطلاع ثم مرحلة وضع المخططات لتليها مرحلة التنفيذ وصولا الى مرحلة التقويم.

- وضع خطة العمل على أساس الأهداف التي يحددها سكان المجتمع لاشباع احتياجاتهم وحل مشكلاتهم، اضافة الى عمله كمنسق لكافة جهود الهيئات والمؤسسات والجمعيات الناشطة داخل المجتمع وتقادي أي تضارب فيما بينها واختلاط الأدوار.²

7- معوقات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي: بالرغم مما يبذله الأخصائي الاجتماعي من مجهودات عملية ونظرية، في المجال الطبي بغرض مساعدة المرضى على التجاوب السريع مع العلاج الذي يتلقونه، إلا أن هناك جملة من العقبات

1 محمد سيد فهمي، فايزة محمد رجب بهنسي: اسهامات الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، ط1، دار الوفاء لنديا الطباعة و النشر، مصر، 2013، ص93.

2 محمد عبد الله محمد المفرجي: دور الاخصائي الاجتماعي في تنمية وتنظيم المجتمع، مجلة آداب الفراهيدي، العدد01، سنة01، 2009 جامعة كركوك، كلية التربية، العراق، ص448.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

التي مازالت تواجه مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، ونذكر منها على المثال
لا الحصر:

أ/ معوقات ترجع الى طبيعة المشكلات الاجتماعية و النفسية المرتبطة بالمرض:
يتعرض الاخصائي الاجتماعي الطبي الى بعض الصعوبات في مهنته وتعامله مع
المريض، مثل كيفية إقناع المريض بالتجاوب مع الخطة العلاجية، و وجود مقاومة شديدة
من طرفه بسبب شك المريض في قيمة العلاج، نظرا لانعدام ثقته في الطاقم الطبي
و المؤسسة الطبية ككل، أو بسبب بعض التجارب المؤلمة التي مر بها المريض مثل
حالات وفيات بعض معارفه نتيجة لذات المرض، مما يستوجب عناية طبية نفسية عالية
قبل إقدامه على أي علاج متعلق بمرضه، أو بسبب جو المؤسسة الطبية الذي يكون
بالنسبة للمريض مجهولا من ناحية نوعية المعاملة و الخدمات الطبية التي تقدمها.

ب/ معوقات متعلقة بنوع المرض: هناك بعض الأمراض التي قد يعترض بعض الأفراد
التصريح بها أو قد يقومون بالتهرب من محاولة علاجها، بطريقة نظامية داخل مؤسسات
طبية معروفة، كالأمرض ذات الطابع الحساس مثل الأمراض التناسلية أو الأمراض
المعدية مما يدفع هؤلاء المرضى، للبحث عن علاجها خارج هذه المؤسسات وهو أمر ذو
خطورة شديدة، ما يجعل مهمة الأخصائي الاجتماعي جد صعبة في إعداد و إقناع
المريض وتهيئته النفسية لتقبل العلاج داخل هذه المؤسسات الطبية.

ج/ معوقات متعلقة بالأخصائي الاجتماعي ونوعية إعداد المهني: وقد تتعلق هذه
المعوقات بشخصية الأخصائي الاجتماعي أو بطريقة إعداد المهني ونذكر منها:

1-خلو ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية من التشريعات و اللوائح التنظيمية التي
تحدد طبيعة العلاقة بينه وبين التخصصات الأخرى وتحديد أدوار كل منهم.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

2- بعض الأخصائيين الاجتماعيين أثناء ممارساتهم المهنية داخل المؤسسة الطبية قد يتحولون عن أداء مهامهم الأساسية، ويقومون بمساعدة الفقراء وتحويل بعض الحالات إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية، دون الاهتمام بممارسة دوره بكل كفاءة وفاعلية.

3- قد يشكل ضغط العمل والعدد الكبير من الحالات المرضية عائقاً لأداء الاخصائي الاجتماعي الطبي.

4- قد يكون الاخصائي الاجتماعي قليل الخبرة وحديث عهد بالخبرة المهنية، فيتسرع في إطلاق أحكام حول المرض، مما يجعله لا يستطيع مساعدة العملاء لأنه لا يقدر مشاعرهم، وأن يتجنب الحكم عليهم قبل إجراء دراسات معمقة.

5- قد تشكل طريقة إعداد الاخصائي الاجتماعي أحد معوقات ممارسته العامة خاصة عندما يباشر وظيفته دون توجيهات، ودورات تدريبية مما يصعب عليه أداء مهامه بطريقة فعالة.

د/ معوقات متعلقة بالمؤسسة الطبية: إن ظروف المؤسسة الطبية التي يعمل بها الاخصائي الاجتماعي قد تشكل عائقاً، أمام ممارسته المهنية و أداء أدواره الوظيفية على أكمل وجه ومن جملة تلك المعوقات مايلي:

1- عدم وجود جو أو مناخ وظيفي يعمل فيه الاخصائي الاجتماعي مع الطبيب حيث يمكن هذا الجو من خلق مستوى من الزمالة، و تبادل الآراء و المشاركة في توفير رعاية صحية للمريض، إذ مازالت العلاقة بينهما تمثل علاقة سلطة بين الطبيب و الاخصائي الاجتماعي.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

2- قد لا توفر إدارة المؤسسة الطبية المكان و الأثاث المناسب لمهنة الاخصائي الاجتماعي داخل هذه المؤسسة، مما يقلل من أهمية الدور الذي يقوم به.

3- قد تتعاس إدارة المستشفى عن تخصيص ميزانية مالية للإخصائي الاجتماعي تمكنه من أداء دوره على أكمل وجه.

4- هناك بعض المسؤولين من أعضاء هيئة التمريض أو اخصائيي التغذية أو العلاقات العامة، يتصورون أن الاخصائي الاجتماعي يتدخل في أداء مهامهم بسبب سوء فهمهم لطبيعة دوره التنسيق و التكامل مع أدوارهم الوظيفية.

5- افتقاد ادارة المؤسسة الطبية الى تشريعات و قوانين تقوم بتنظيم مهام وأدوار الاخصائي الاجتماعي الطبي، لذا لا بد أن يكون هناك تسلسل إداري هرمي منظم يسهل عملية أداء الاخصائي الاجتماعي الطب لمهامه الوظيفية.¹

هـ / معوقات تتعلق بالمريض نفسه:

1- هناك صعوبات ترجع الى أسباب شخصية خاصة بالمريض، فمهمة الاخصائي الاجتماعي هي إقناع المريض، بضرورة اتباع خطة علاجية معينة، مما قد يخلق مقاومة من طرف المريض بسبب عدم ثقته الكاملة في هذه الخطة.

2- هناك صعوبات تتعلق بأسرة المريض إذ يمكن أن تحتاج أسرته مساعدات مالية لعدم وجود امكانيات داخل المؤسسة الطبية توفرها لمعالجة المريض.

1 ايمان أبو رية و آخرون : مرجع سابق، ص ص(30- 39).

3- هناك صعوبات تتعلق بنوع المرض فهناك أمراض ينكرها بعض المرضى و ينكرون اصابتهم بها، فقد يتهربون من العلاج المباشر في المستشفى.¹

و/ الصعوبات التي يواجهها الاخصائي الاجتماعي بالمؤسسة الطبية: تتعدد الصعوبات التي يواجهها الاخصائي الاجتماعي بالمؤسسة الطبية على النحو التالي:

1- **صعوبات تعود للمريض:** وهي صعوبات متعلقة بالمريض من حيث مرضه وعاداته وخبراته السابقة، وهي تبدو على شكل مقاومة لدى المريض لأي مساعدة تقدم له، وقد تعود هذه المقاومة الى عدة عوامل، قد تتعلق بقيمة العلاج المجاني وارتباط المريض ببعض التجارب المؤلمة في المؤسسة الطبية، كوفاة بعض الأقارب و المعارف، أو فشل علاجهم و المخاوف المكبوتة من الصغر. وقد تعود الى جو المؤسسة المجهول بالنسبة لبعض المرضى الذين يترددون في قبول العلاج بها خشية سوء المعاملة أو سوء التغذية أو ما شابه، ويبدل الاخصائي الاجتماعي في هذه الحالات جهده لإقناع المريض وزيادة ثقته بنفسه من جهة وفي الخدمة الاجتماعية التي تؤدي له من جهة أخرى كما أن ثمة صعوبات متعلقة بأسرة المريض إذ قد تحتاج هذه الأسرة مساعدات مالية بسبب انعدام وجود امكانيات مادية لديها، يمكن استغلالها في فترة وجود عائلتها بالمؤسسة الطبية وتكمن الصعوبة في أحد الأمرين: إما الحساسية الزائدة لبعض المرضى مما يجعلهم يرفضون أي مساعدة مادية تقدم لأسرهم، وإما لنقص امكانيات المؤسسة المادية و بالتالي لا يمكن أن تقدم أي مساعدة لأسر هؤلاء المرضى، ويمكن للإخصائي الاجتماعي في هذه الحالة استغلال موارد البيئة المحيطة بالمؤسسة الطبية حتى يسد العجز ميزانية أسر هؤلاء المرضى.

1 فاطمة الزبيدي: **مجالات تنظيم المجتمع**، ط1، دار زهران للنشر و التوزيع، 2014، الاردن، ص248.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

2- صعوبات تعود الى المؤسسة الطبية: وتتمثل في قصور امكانيات المؤسسة ومدى اعتراف الادارة بدور الخدمة الاجتماعية الطبية، وطبيعة العمل الاداري بها ومدى تعاون أعضاء الفريق العلاجي بها، ومدى ضغط العمل على أطبائها. وتتجلى تلك الصعوبات في عدم استطاعة المؤسسة الطبية توفير بعض الامكانيات المادية التي يحتاجها الاخصائي الاجتماعي، لإنجاز مهامه الوظيفية في الوقت الذي لا تمد المؤسسة الطبية يد العون له، أو تكون طبيعة العمل بهذه المؤسسة على درجة عالية من التعقيد، حيث يتطلب الأمر مجهود اداري ضخم، حتى يستطيع مكتب الخدمة الاجتماعية الحصول على موافقة معينة حول امكانيات معينة تعينه على تحقيق برامج و خدماته للمرضى، وفي كثير من المؤسسات الطبية لا يحقق التعاون المطلوب، لأن بعض الأطباء لا يدركون أهمية العوامل الاجتماعية و النفسية في العلاج. بينما يكون آخرون أقدر على تفهم احتياجات المريض النفسية و الاجتماعية من الطرف الآخر، هذا وقد لا يتوفر في كثير من المؤسسات الطبية المكان المناسب لمزاولة الاخصائي الاجتماعي لعمله، وخاصة في الحالات الفردية و التي تتطلب السرية، حيث يفضل أن يكون المكان قريباً من عنابر المرضى و الأقسام الداخلية، حتى لا يعاني المريض مشقة الوصول إليه كما يجب أن يكون المكان متسعاً لاستيعاب نشاطات الخدمة الاجتماعية الطبية ومتطلبات العمل المهني من أماكن خاصة بحفظ السجلات والملفات الخاصة بحالات المرضى.

3- صعوبات تعود الى حساسية البيئة الزائدة: وفهمها الخاطئ لطبيعة بعض الأمراض مثل الأمراض التناسلية و الصدرية و النفسية و العقلية، وربما تعود الى النظرة الخاطئة لبعض المجتمعات أو البيئات، التي تنظر لبعض الأمراض نظرة دونية وساخرة، أو عارض يدفع المرضى الى الاحتفاظ بمرضهم و التكتم الشديد

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية " مدخل سوسولوجي "

عليه خوفا من اعلان حقيقته وافتضاح أمره، كما أن التكتم على المرض ومحاولة اخفائه ليس من قبل المريض وحده بل من قبل الأسرة كذلك، ومن ثمة فلا يمكن أن يزود الاخصائي الاجتماعي بالمعلومات المتعلقة بمرض العميل حتى يتمكن أن يقدم له خدمة ملائمة.

4- صعوبات تعود للخدمة الاجتماعية الطبية كمهنة: تتجسد في قصور الخدمة الاجتماعية الطبية في أدائها وعدم إخلاص القائمين بها، في إثبات مكانتها وتراخي العاملين بها في انجاز الأدوار التي يجب أن يقوموا بها، مما يجعل المؤسسات الطبية تشك في جدوى الخدمة الاجتماعية و الاعتراف الحقيقي بدورها المهم في علاج بعض الحالات المرضية.¹

1 فيصل محمود الغرابية : مرجع سابق، ص ص (56-58).

خلاصة الفصل

أصبحت الخدمة الاجتماعية الطبية موضع اهتمام الهياكل المؤسساتية التي تعنى بصحة المواطن، وذلك من خلال دمجها في مختلف المخططات و الاستراتيجيات التنموية الهامة كونها تهدف إلى توفير الرعاية الاجتماعية، بجانب العلاج الطبي لكافة فئات المجتمعات البشرية، وبهذا يتحقق للمريض الشعور بالاطمئنان على مستقبله ومستقبل أسرته في حالة إقامته بالمؤسسة الطبية فترة زمنية معينة، إضافة الى تركيزها الواسع على الاهتمام بالجانب الإنساني في حياة المريض مما يساعده على سرعة الشفاء وتحقيق نتائج ايجابية من العلاج الطبي، وهو ما يعني أن الخدمة الاجتماعية الطبية تحمل رسالة هامة كونها تحقق للمريض وسائل الراحة والطمأنينة وقدرته على استعادة نشاطه ودوره الفاعل مجتمعيًا، في حدود قدراته بعد أن تم شفائه من المرض وبذلك يصبح عضوا نافعا منتجا داخل بيئته المجتمعية.

الفصل الثالث:

سوسيولوجيا

التنمية الإجتماعية

خطة الفصل:

أولاً: ماهية التنمية:

- 1- تعريف التنمية.
- 2- أبعاد التنمية.
- 3- مستويات التنمية.
- 4- استراتيجية التنمية في العالم النامي

ثانياً: ماهية التنمية الاجتماعية

- 1- تعريف التنمية الاجتماعية
- 2- أهمية التنمية الاجتماعية و شروط حدوثها
- 3- أبعاد التنمية الاجتماعية و قواعدها.
- 4- مبادئ التنمية الاجتماعية و عناصرها.
- 5- أهداف التنمية الاجتماعية و مستوياتها
- 6- فلسفة التنمية الاجتماعية و سياستها.
- 7- مراحل التنمية الاجتماعية و خطوات التخطيط لها .
- 8- مجالات التنمية الاجتماعية و نماذجها.
- 9- أسس ومتطلبات التنمية الاجتماعية

مؤشرات التنمية الاجتماعية -10

الصحة -1-10

أ/ نظم الرعاية الصحية

ب/ منظومة السياسة الصحية

ج/ منظومة الخدمات الصحية

التعليم و التربية -2-10

العدالة و المساواة الاجتماعية -3-10

الأمن -4-10

السكن و السكان -5-10

المشاركة الشعبية و الديمقراطية -6-10

الفقر -7-10

البطالة -8-10

خلاصة الفصل

تمهيد الفصل

تسعى المجتمعات من خلال موضوع التنمية إلى تمكين الأفراد والجماعات المختلفة من التأثير الإيجابي على المجتمع، وذلك من خلال إكسابهم المهارات المتعددة بحيث يعي هؤلاء الأفراد والجماعات كيفية التعامل مع شرائح المجتمع المختلفة، وكيف يمكنهم التأثير في الحالات المجتمعية، ضمن نطاق المؤسسات المجتمعية التي يعملون بها. ويمكن القول أن نجاح أي عملية تنمية لا يقتصر على الجانب الاقتصادي فقط بل لابد من الاهتمام بالجانب أو البعد الاجتماعي. وبما أن الجوانب الاجتماعية بطيئة التغيير إذا ما قورنت بالجوانب المادية، التي تعد التغييرات فيها أكثر وضوحاً وأكثر قبولاً لاسيما إذا كانت المرذوبات المادية سريعة وواضحة لأبناء المجتمع، في حين نرى أن العادات والتقاليد لا يمكن التخلص منها أو تغييرها، بعادات أخرى إلا بعد وقت طويل وجهد كبير في الإقناع بضرورة تبني سياسات تنموية اجتماعية هادفة.

أولاً: ماهية التنمية:

1- تعريف التنمية: أوردت الأمم المتحدة عدة تعريفات للتنمية ولكن التعريف الأكثر شمولاً ظهر سنة 1956م، وهو التعريف الرسمي الذي تلتزم به أجهزة الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة في العمل الاجتماعي، وهو أن مصطلح التنمية قد ظهر في الاستخدام العالمي ليشير إلى العمليات التي تتوحد بها، جهود المواطنين والحكومة لتحسين الأحوال الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، في المجتمعات المحلية وتحقيق تكامل هذه المجتمعات ومساعدتها على المساهمة الكاملة في التقدم القومي¹. ويرى عالم الاجتماع إيجبرن بأن القدرة على خلق تنظيم اجتماعي ملائم لعملية التنمية، يعد العامل الحاسم في نجاح جهود برامج التنمية وتحقيق الغرض المنشود، وهذا يستلزم بطبيعة الحال رفع المستوى الصحي والتعليمي لدى الأفراد، من أجل زيادة الوعي الجماهيري والادراك العام بأهمية التنمية، وهنا لا بد من تغيير بعض القيم التي تتعارض أساساً مع عملية التنمية، وهذا الدور المهم تقوم به عملية التنشئة الاجتماعية من خلال سنوات التعليم الطويلة للفرد². و التنمية هي مفهوم اقتصادي في الأصل، وتعني توظيف التكنولوجيا التصنيعية والإدارية الحديثة لتحقيق الكفاءة، في استخدام الموارد المتاحة بهدف تنشيط الاقتصاد الوطني وتحسين نوعية حياة المواطنين كافة، ففي الخمسينيات والستينيات من القرن 20م استخدم مصطلح النمو الاقتصادي، ليشير إلى التنمية. كما تعرف بأنها "عملية مجتمعية تستهدف توظيف الموارد الطبيعية والبشرية والتكنولوجية المتاحة لنقل مجتمع تقليدي يعاني عوارض التخلف الثقافي، والاجتماعي والعلمي والجمود الاقتصادي إلى حالة تتصف بالتنمية المستدامة، تقوم بتحرير الناس من الحاجة المادية والظلم

¹ نداء صادق الشريفي: تجليات العولمة على التنمية السياسية، (د ط)، دار جبهة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص 152.

² نداء صادق الشريفي: نفس المرجع، ص 154.

الفصل الثالث: سوسيولوجيا التنمية الإجتماعية

والبؤس والجهل والمرض ورفع مستوى حياة كل أفراد المجتمع". ويقول جوزيف نستجلتزر "بأن التنمية عملية تشمل أوجه الحياة في المجتمع كافة، يشارك فيها المجتمع الأسواق والدولة والمنظمات غير الحكومية والتعاونيات والمؤسسات غير الربحية"¹، إن التنمية في محصلتها النهائية وسيلة وليست غاية، هي وسيلة نحو الارتفاع بمستوى الانسان الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والسياسي، وما دام هذا هو هدف التنمية الحقيقية فكل ما يؤدي على أي نحو إلى الأضرار بالإنسان، جسدا وروحا لابد وأن يكون عملا معاديا للتنمية، حتى ولو ارتكب باسمها أي تغيير، لا يخدم الانسان اقتصاديا أو اجتماعيا أو سياسيا أو ثقافيا هو تغيير لا علاقة له بالتنمية. ومن هنا يصبح من الواضح أن المحاولات التي شهدتها ولا تزال تشهدها دول كثيرة، في العالم الثالث لطمس هويتها ومسح معالم شخصيتها وتغيير عقائدها وأفكارها، وهي محاولات تخريبية مقطوعة الصلة بالتنمية الحقيقية وهدفها النبيل.

وبالرغم من أن دراسات التنمية تتسم بالتنوع الشديد، وتتقاطع عبر تخصصات علمية متنوعة، فإنها كانت محملة بنزعة التفاؤل _ذاتها_ التي سادت في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية، تلك النزعة التي تؤكد على طبيعة المنفعة المتبادلة للعلاقة بين الدول المتقدمة والدول المتخلفة، كما تؤكد على إمكانية نقل المعرفة من العالم المتقدم إلى العالم المتخلف وأن نظام الدعم الأيديولوجي هذا، لن يعطي مبررا لعملية التحرر السياسي فقط بل يعطي في الوقت نفسه مبررا، لملائمة وفاعلية غرس الثقافة والنظم والتكنولوجيا الغربية.² وقد أوردت هيئة الأمم المتحدة تعريفا للتنمية بوصفها "مجموع الوسائل والطرق التي تستخدم بقصد توحيد جهود الأهالي، مع السلطات العامة بغرض تحسين مستوى

¹ محمد عبد العزيز ربيع: التنمية المجتمعية المستدامة، (د ط)، دار اليازوري، 2017، الاردن، ص ص (1-2).

² ريتشارد هيجوت: نظرية التنمية السياسية ، تر: حمدي عبد الحمن، محمد عبد الحميد ، ط 1، المركز العلمي للدراسات السياسية، الأردن، 2001، ص 33.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

الحياة على كافة الأصعدة، الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية داخل المجتمعات المحلية والقومية، واخراجها من عزلتها للمشاركة الإيجابية والفعالة في تقدم البلاد¹.

ويعرفها **عبد المنعم شوقي**: "هي العملية التي تبذل بقصد ووفق سياسة عامة لإحداث تطور وتنظيم اجتماعي واقتصادي للناس وبيئاتهم، سواء كانوا في مجتمعات محلية أو إقليمية بالاعتماد على الجهود الحكومية والأهلية، على أن يكتسب كل منهم قدرة أكبر على مواجهة مشكلات المجتمع نتيجة لهذه العمليات.

2- أبعاد التنمية: يمكن تحديد أربعة أبعاد متكاملة للتنمية لآبد من مراعاتها عند ممارسة التنمية وهي:

- **التنمية كعملية**: حيث يكون التركيز على التغيرات المتتابة، التي من خلالها ينتقل المجتمع من النمط البسيط إلى النمط الأكبر تعقيدا، وهي بذلك تؤكد انعكاس الآثار الاجتماعية والنفسية على الأفراد.
- **التنمية كمنهج**: حيث تعتبر اتجاهها نحو الفعل، وهي بهذا تتضمن معنى العملية مع التركيز على المرحلة النهائية، وليس على عملية التتابع إذن فهي وسيلة لتحقيق غاية.
- **التنمية كبرنامج**: حيث يكون التركيز على مجموعة من الأنشطة، تمثل مضمون البرنامج الذي يصبح هدفا في حد ذاته.
- **التنمية كحركة**: حيث تحمل معاني الالتزام، وتكون موجهة نحو التقدم وتصبح نوعا ما من التنظيم².

3- مستويات التنمية: يمكن أن تمارس سياسة التنمية على مستويات متباينة أبرزها:

¹ عادل هوارى وآخرون: مرجع سابق، ص 130.

² مدحت أبو النصر: فن ممارسة الخدمة الاجتماعية، ط 1، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2009، ص 182.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

- سياسة تنمية داخلية: تمارسها هيئات الدولة النامية نفسها.
 - سياسة تنمية خارجية: تمارسها جهات تابعة لدولة أجنبية (تكون أكثر تقدما) لصالح دولة أخرى مستقلة (هي النامية) وتعرف عادة باسم معونة التنمية.
 - سياسة تنمية دولية: تمارسها وكالات الأمم المتحدة ومنظماتها في مختلف دول العالم.
 - سياسة تنمية إقليمية: تمارسها أجهزة وهيئات تابعة لمنظمات إقليمية (كمنظمة الوحدة الإفريقية، جامعة الدول العربية، الأوبك...).
- كما تصنف السياسات التنموية في ثلاث فئات رئيسية هي:
- التنمية الحرة: التي تنتهجها المجتمعات الرأسمالية الغربية وبعض المجتمعات النامية التي تتبع المنهج الغربي في التنمية.
 - التنمية المخططة: التي تنتهجها المجتمعات الاشتراكية أو الشيوعية في دول شرق أوروبا والاتحاد السوفياتي والصين وغيرها من دول هذه المنطقة.
 - التنمية المختلطة المتوازنة نسبيا: التي تقوم على أساس المشاركة الفعالة والحيوية للقطاعين العام والخاص، في مجال التنمية الوطنية الشاملة.¹

ومن شأن عملية التنمية أن تكفل التحسن والزيادة، ولكن من شأنها أيضا التوازن بين التحسين والزيادة، ومن شأن عملية التنمية أن تكون لحساب الإنتاج، ولحساب الاستهلاك، ولحساب الخدمات في آن واحد. ومن شأن عملية التنمية صنع التقدم ويكون

¹ نائل عبد الحافظ العوالمية: إدارة التنمية (الأسس، النظريات والتطبيقات العلمية)، (د ط)، دار زهران للنشر، الأردن،

مطلوبا منها دائما خلق التوازن وتثبيت، منطق التغيير للواقع الحضاري والواقع الاقتصادي والديمقراطي، وأن تتحمل مسؤوليات كبيرة لكي يجني المرء ثمرة التقدم والنمو وتحقيق مستوى معيشي أفضل، وهذه التنمية قد تكون تنمية عفوية؛ أي أن يكون فيها الجهد الفردي الحر وحده هو المسؤول عن عملية التنمية، مع افتقاد التناسق بين كل الجهود الإيجابية التي تصنع التنمية لحساب التقدم من خلال خطة معينة، أو تكون تنمية مخططة يسيطر عليها الإنسان، وتستهدف انضباط عمليات التغيير إلى ما هو أفضل أو تكون تنمية ذات خطة غير موجهة، بمعنى أن يختار المسار غير المتزمت غير الصارم ذو مرونة تجمع بين الحنكة وبين إرادة التغيير، في الفرد وإرادة التغيير في الجماعة.¹

4- استراتيجيات التنمية في العالم النامي: يعد مفهوم استراتيجيات التنمية من أهم المفاهيم المطروحة اليوم في إطار المناقشات الدائرة، حول التنمية والتخلف ونقصد به الطريق المؤدي إلى ارتفاع مستوى المعيشة، للمجتمعات البشرية في العالم النامي التي تعاني من التخلف، ومجموعة الأهداف الكلية طويلة المدى التي تشكل إذا ما تحققت تطورا حضاريا عميقا وشاملا للمجتمع، مصحوبا بالوسائل الأساسية التي تضمنت تحقيق هذه الأهداف. وقد اتسمت السنوات الأخيرة ببداية المحاولات المتكررة لطرح عدة أنواع من الاستراتيجيات الهادفة بالأساس إلى حل مشكلة واحدة، هي القضاء على التخلف بمختلف أشكاله إلا أن هذه الاستراتيجيات، لم تلاقي نجاحا في تحقيق أهدافها المسطرة سلفا بسبب التزايد الرهيب للأفراد الذين لم يصلوا إلى الحد الأدنى لمستوى المعيشة، إضافة إلى

¹ صلاح الدين الشامي: التنمية (الجغرافية دعامة التخطيط)، ط 2، منشأة المعارف، مصر، 2000، ص ص (122 - 126).

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

التفاوت الواضح في الدخول إلى مصاف الدول النامية، واتساع الهوة بين الدخل الوطني في الدول النامية والدول الصناعية مما أسفر عن عدم تحقيق جهود التنمية.¹

وقد أورد الباحثون والمختصون في مجال التنمية عدة أشكال لهاته الاستراتيجيات:

◀ استراتيجية التنمية من المنظور الاقتصادي البحث.

◀ استراتيجية التصنيع.

◀ استراتيجية الاحلال محل الواردات.

◀ استراتيجية التصنيع من أجل التصدير.

◀ استراتيجية اشباع الحاجات الأساسية.

◀ استراتيجية الاعتماد الجماعي على الذات.

◀ استراتيجية التنمية البديلة.

وتهدف التنمية إلى ترقية الإنسان والمحافظة على بيئته نظيفة وإقامة مجتمع الرفاهية الإنسانية، كما تهدف إلى تحقيق مستوى معين من التعليم والوعي، منعكسا على شكل السلوك الاجتماعي، وسيادة قيم معينة في المجتمع، واستخدام الأسلوب الرشيد في الاهتمام بالفرد وجعل تنميته هي الأصل، وهناك من نادى بتنمية قطاع محدد بعينه أو الاهتمام بجزء مخصص من الأرض أو الثروة. لابد أن تركز التنمية في جانب كبير منها على الإرادة الإنسانية، وأهمية البعد الأخلاقي بالتنمية. فالتنمية كعملية ليست مفهوم يمكن أن يحدده الخبراء فحسب، بل تتعدى الأهداف والإرادة الإنسانية نطاق خبرتهم.

¹ سعد جمعة: التنمية الذاتية واستراتيجياتها، الكتاب السنوي لعلم الاجتماعي، العدد الأول، دار المعارف، مصر،

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الاجتماعية

فالتنمية أسلوب مرغوب فيه من طرف أفراد المجتمع ذاتهم، إذ يعد الإنسان غاية ووسيلة للتنمية، وقد أشار تيوكوفيل إلى أهمية الاتجاه الإنساني في علم الاجتماع وضرورة ربطه بالمساواة الاجتماعية، كما أشار روبرت ينسنت إلى ضرورة البحث عن جذور الاتجاه الإنساني في أعماق الفكر السوسولوجي، حتى يمكن تحقيق فهم أفضل للمجتمع من الداخل.¹

ثانياً: ماهية التنمية الاجتماعية: إن التنمية الاجتماعية تهتم بكل المتغيرات المستهدفة وإحداث تغيير وتحسين مطرد ومتزايد في مستوى معيشة الفرد، ذلك بما يتحقق من إشباع الحاجات الروحية والنفسية، والحاجة إلى الاطمئنان على حاضر الإنسان ومستقبله. وعليه ارتبطت مجالات الخدمات الصحية والغذائية، والتعليم والإسكان والإعلام والتأمينات الاجتماعية ورعاية المعاقين، وغيرها من مجالات الخدمات العامة بإطار التنمية الاجتماعية وقطاعاتها التي تشمل تنمية المجتمعات المحلية، ومن أجل ذلك فإن استراتيجية التنمية المستدامة، هي توفير المطالب الأساسية للحياة من رعاية صحية وفرص تعليمية وفرص للعمل.

إن التنمية الاجتماعية التي ترتبط، بالخدمات الصحية والغذائية والتعليمية والإسكانية تتطلب جوانب فنية تقنية وجوانب إنسانية تنظيمية، فمثلا الخدمات الصحية تستلزم التخصص الفني للأطباء والهيئة الصحية، كما يتطلب العمل الاجتماعي الاستفادة الكبيرة من الخدمات الفنية للمؤسسات الصحية، كذلك خدمات التعليم تتطلب إلى جانب التخصص الفني والمهني في مهنة التدريس والتعليم، عملاً اجتماعياً داخل مؤسسات التعليم مع الأسرة حتى لا يتعرض عائد التعليم، إلى الإهدار والتشويه وما يلحق بها من آثار سلبية من البيئة والاجتماعية، وهكذا الحال في خدمات الإسكان والتغذية والخدمات

¹ مريم أحمد مصطفى: دراسات في التنمية والتغير في الدول النامية، (د ط)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2011، ص 149.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

الاجتماعية المختلفة الأمر الذي يجب أن يؤسس مجتمعا مؤسسات تتصدى لجملة من المسؤوليات والواجبات، وهذا ما يطلق عليه في أغلب المجتمعات بخدمات تنمية المجتمع المحلي.¹ والتنمية الاجتماعية عبارة عن عمليات تغير اجتماعي تلحق بالبناء الاجتماعي ووظائفه تهدف إلى اشباع الحاجات الاجتماعية للفرد، فهي ليست مجرد عملية تقديم خدمات بل تشتمل على عدة جوانب، كتغيير الأوضاع الاجتماعية القديمة التي لم تعد ذات الكفاءة لمجارات الحياة العصرية على مختلف مستوياتها، إلى جانب تقييم بناء اجتماعي جديد ينبثق عنه علاقات جديدة، وقيم مستحدثة تسمح للأفراد بتحقيق أكبر قدر ممكن من اشباع المطالب والحاجات.

صدر مصطلح التنمية الاجتماعية سنة 1944 م في تقرير حول التربية الجماهيرية في المملكة المتحدة، وجاء في هذا التقرير فكرة أساسية مفادها أن الاهتمام بالنسق القومي لا بد أن يكون مركزا على الاهتمام، بأنساق المجتمع المحلي بتعليم أفراد المجتمعات وتنشئتهم على القدرة في توجيه مسارات التغير الاجتماعية والاقتصادية. ويرى أرنست ويت أن المصطلح حديث في طرحه لحل ومعالجة لمشكلات العالم الثالث.²

• بعض المفاهيم ذات الصلة بالتنمية الاجتماعية:

أ/ تنمية المجتمع المحلي: ويقصد بها تلك التنمية الخاصة بمنطقة سكنية في كافة الجوانب الاجتماعية و الاقتصادية والسياسية والثقافية، وحل مشاكلها من طرف سلطات معينة في إطار خطة وطنية شاملة، من خلال القيادات المحلية باستخدام جميع الموارد المحلية المتاحة بطريقة مثلى، مع ضرورة اشتراك المواطنين في العملية التنموية.³

¹ مريم أحمد مصطفى: نفس المرجع، ص 161.

² عبد العزيز العياش: دور علم الاجتماع في تنمية بلدان العالم الثالث (حالة الجزائر)، أطروحة دكتوراه علم اجتماع التنمية (غير منشورة)، جامعة قسنطينة، 2003، ص 43.

³ عبد المطلب عبد الحميد: التمويل المحلي، (د ط)، دار النشر الثقافية، مصر، ط1، 2001، ص 13.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

ب/ الخدمة الاجتماعية: فالخدمة الاجتماعية تهدف بالأساس إلى خلق نوع من التكيف الاجتماعي لدى الأفراد والمجتمع، وتحقيق تعاون بين جهودهم المبذولة في سبيل إحداث التنمية الشاملة. كما أن لكل من الخدمة الاجتماعية والتنمية الاجتماعية، هدفا مشتركا هو النهوض بالمجتمع؛ فالخدمة الاجتماعية تنتهج الأسلوب الميداني أكثر مما تعتمد عليه التنمية الاجتماعية النظرية. ويرى هيربرت ستروب أن الخدمة الاجتماعية هي فن توصيل الموارد المختلفة للأفراد و الجماعات والمجتمع، لإشباع احتياجاتهم عن طريق استخدام طريقة علمية لمساعدة الناس على مساعدة أنفسهم.¹

ج/التغير الاجتماعي: التغير الاجتماعي يشمل مختلف أشكال التغيير الطارئة على البناء الاجتماعي والمؤثرة فيه وفي بناء المجتمع ككل، وهو جزء من منظومة عمليات التطور الاجتماعي، وقد ظهر استخدام هذا المفهوم لأول مرة في أوائل العشرينات إذ عرفه كينجسلي دوفيز بأنه " ذلك التحول الذي يحصل في التنظيم الاجتماعي، إما على مستوى تركيبته وبنائه أو على مستوى وظائفه التي يقوم بها". والتغير يعني الاختلاف في أي شيء يمكن ملاحظته في فترة زمنية معينة. فمن خلال التغير الاجتماعي تحدث داخل المجتمع تحولات اجتماعية متعددة، والتنمية الاجتماعية تعمل على إحداث نمط معين من التكيف مع التحولات التي يحدثها هذا التغير الاجتماعي.

2- أهمية التنمية الاجتماعية و شروط حدوثها:

أ/ أهمية التنمية الاجتماعية: يمكن تحديد أهمية التنمية الاجتماعية من خلال عدة عناصر:

3-زيادة الدخل القومي: فمن البديهي أن ما يدفع أي دولة أو حكومة إلى التفكير في تطوير هياكلها ورسم خطط واستراتيجيات تنموية، هو نسبة الفقر وانخفاض مستوى

¹ سماح سالم وآخرون، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع الأردن ، 2012 ، ص 69.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

المعيشة لأفرادها تزامنا مع ارتفاع عدد السكان، لذا من الواجب أن تعمل السياسات الحكومية سواء الاجتماعية منها أو الاقتصادية، على رفع نسبة الدخل القومي للفرد الواحد.

4- تهدف التنمية الاجتماعية إلى استثارة عمليات التغيير المخطط، مما يعني ارتباطها القوي بالتغيير واتجاهاته وعمقه وشدته، إضافة إلى ارتباطها بأهداف المجتمع المشكلة تبعا لأيديولوجيته ونظامه الاجتماعي والاقتصادي، وطبيعة المشكلات التي تتركز المهتمين بتطور المجتمع ونموه.

5- رفع مستوى المعيشة بما يتناسب ونسبة التزايد السكاني، وقد تواجه السياسات الحكومية عائقا في تحقيق هذه المستويات، إذا ما لم يتناسب معدل الزيادة السكانية مع معدل أو نسبة الدخل القومي للفرد الواحد داخل المجتمع.

6- تعمل التنمية الاجتماعية على الاهتمام بتحسين المستوى المادي في حياة الأفراد داخل مجتمعاتهم من خلال بعث مشاريع، ذات صيغة صغرى أو مصغرة أو مشاريع تنمية ضخمة توفر وتفتح مناصب شغل للأفراد، والعمل على استثمار وتنمية جهود المواطنين بالتسيير الحسن لكافة الموارد المحلية المتاحة.

7- تقليل التفاوت في مستويات ما هو متاح، من ثروة داخل الدولة وبين مستويات الدخل القومي للأفراد فعدم التوزيع العادل للثروات، وانحصارها في يد القلة على حساب الأغلبية أمر من شأنه لجوء الفئة القليلة، إلى التقدير في عملية الإنفاق مما يعني ظهور ضعف على مستويات الأجهزة الإنتاجية.¹

ب/ شروط حدوث التنمية الاجتماعية: يجب توفر أربع شروط أساسية:

❖ الاهتمام بإنشاء المؤسسات والتخطيط لبنائها وعملها.

¹ حسن إبراهيم عيد: دراسات في التنمية والتخطيط الاجتماعي، (د ط)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1984، ص

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

- ❖ الاهتمام بالقيم الانسانية ودورها في إحداث التنمية.
- ❖ الاهتمام بإشباع احتياجات المواطنين.
- ❖ الاهتمام بخلق التعاون والمشاركة بين الناس.

وهناك من يرى أن للتنمية الاجتماعية عدة جوانب أبرزها:

***التنمية الاجتماعية كهدف:** فهي تسعى للوصول بالإنسان إلى حد الاستمتاع بالرفاهية والشعور بالكرامة مع زيادة فعاليته وقدرته، على أداء دوره في المجتمع في إطار القيم والمعايير التي يسير عليها المجتمع.

***التنمية الاجتماعية كأسلوب وعملية:** تسعى لتنمية القدرات والطاقات البشرية والعمل على حسن استثمارها وزيادة المشاركة الشعبية، في مشروعات التنمية تعاوناً مع الدولة وذلك عن طريق توفير الخدمات المختلفة لأفراد المجتمع. وهي كعملية يشترك فيها كل الناس لتحقيق العدالة الاجتماعية.¹

3- أبعاد التنمية الاجتماعية وقواعدها:

أ/ أبعاد التنمية الاجتماعية:

1- ضرورة اعتماد الأفراد على قدراتهم الذاتية وإيمانهم بأنهم يستطيعون المبادرة في صنع التغيير المنشود.

2- العمل على تغيير النظرة التقليدية لعمليات التغيير الاجتماعي، وجعلها ضرورة حتمية يتصف بها المجتمع الحديث الطامح للتنمية.

¹ عبد الرحمن العيسوي: دراسات في علم النفس المهني والصناعي، (د ط)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1997، ص 44.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

8- العمل على توفير كافة متطلبات واحتياجات سكان المناطق النائية، من خدمات رعاية اجتماعية وصحة وتعليم وسكن... إلخ.

9- العمل على رفع وتيرة الإنتاج.

10- تعمل التنمية الاجتماعية على خلق نوع من روح العمل، ضمن الفريق الواحد من خلال توحيد الجهود بين أفراد المجتمع الواحد، الهادف إلى تحقيق تنمية حقيقية فعالة.

ب/ قواعد التنمية الاجتماعية: للتنمية الاجتماعية عدة قواعد وركائز تعمل على انجاحها ووصولها للأهداف المرسومة وهي:

1- أن يكون هناك مشاركة شعبية من كافة أطراف المجتمع في هذه التنمية، وذلك من خلال نشر الوعي لدى هؤلاء الأفراد بضرورة عملهم لتحسين نوعية حياتهم، كذلك من خلال استخدام كافة الوسائل، التي تحمسهم للمشاركة وإدماج عنصر الحداثة في هذه الوسائل.

2- التكامل الاجتماعي والعمل على تنسيق الجهود المبذولة، من أجل إنجاز عملية التنمية الاجتماعية وذلك من خلال الاهتمام بمشكلات المجتمع، واستحداث حلول جذرية وكل ذلك تبعاً لخطط واستراتيجيات متناغمة، للبرامج الاجتماعية والاقتصادية وفي إطار منظومة متكاملة ومتناسقة داخل المجتمع.

3- مشاركة أفراد المجتمع في برامج التنمية الاجتماعية: وتكون عملية تدعيم مشاركة الأفراد والأهالي في عملية التنمية الاجتماعية من خلال:

4- إثارة وعي الأفراد بضرورة تحسين نوعية الحياة.

5- اكتساب أفراد المجتمع أنماط وسلوكيات جديدة، من العادات الاقتصادية والاجتماعية كالادخار و ترشيد عملية الاستهلاك.

6- التكامل الاجتماعي والتنسيق بين برامج التنمية: أي ضرورة تسليط الضوء على أهمية مواجهة احتياجات المجتمع، ومعالجة مشكلاته عن طريق خطط تنموية متكاملة وهو ما يعكس وجود تكامل وتساند، من مختلف النظم الاجتماعية والاقتصادية داخل المجتمع.

7- الوصول إلى نتائج ملموسة لها أثرها على تنمية المجتمع: كلما كان هناك وصول سريع وملموس لنتائج موفقة لعملية التنمية، كلما تحققت درجة ثقة أفراد المجتمع تجاه الخطط التنموية الحكومية المرسومة، إذ أن الثقة في برنامج التنمية الاجتماعية هي مطلب جوهري لنجاحها، على اعتبار أن عملية التنمية هي عملية إنسانية.

8- الاعتماد على الموارد المحلية: فالتنمية الاجتماعية تركز برامجها بالأساس على استثمار الموارد المحلية المتاحة داخل المجتمع، سواء كانت موارد مادية أو بشرية.¹

4- مبادئ التنمية الاجتماعية وعناصرها:

أ/ مبادئ التنمية الاجتماعية:

1- التوازن الاجتماعي هو رهن للتبادل، إذ أن كل من يعيش في مجتمع إنساني يطمح لأن تكون علاقته مع أفراد ذلك المجتمع، تبادلية بين طرفي المجتمع فهم يؤثرون ويتأثرون ويعطون ويأخذون، وذلك من شأنه حفظ حركة التوازن الاجتماعي داخل المجتمع.²

¹ طلعت مصطفى السروجي: التنمية الاجتماعية_المثال والواقع، (د ط)، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، مصر، 2001، ص ص (38-39).

² عبد الكريم بكار: مدخل إلى التنمية المتكاملة_رؤية اسلامية_، ط 2، دار القلم، سوريا، 1999، ص 252.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

- 2- المساواة والتكافل بمعنى توفير الاحتياجات الإنسانية، لكل فرد داخل المجتمع في ظل الإمكانيات المتاحة والمتوفرة للأفراد على اختلاف أنواعها.
- 3- تستهدف التنمية تغيرا أساسيا في البناء الاجتماعي، بما يتضمنه من تنظيمات مختلفة الأهداف وتعديلا في الأدوار والمراكز الاجتماعية، التي يتقلدها الأفراد داخل مجتمعاتهم.
- 4- إن أي نظام اجتماعي إنساني يدعو إلى تكافؤ الفرص للجميع، ولا يستثني دور أي فرد داخل المجتمع المنتمي إليه، فهو يعطيه فرصة لإبراز طاقاته وإمكانياته المتعددة وتوظيفها بما يخدمه مجتمعه وينميه.
- 5- تقوم عملية التنمية على أساس من التوازن، بين مختلف المجالات الوظيفية المشكلة للمجتمع المحلي.¹
- 6- تقوم التنمية الاجتماعية على مبدأ مفاده، أنها عملية استثمار إنساني في مختلف المجالات الاجتماعية كالصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية والإسكان، وتقوم بتوجيه كل عائدات هذه العملية الاستثمارية، إلى النشاط الاقتصادي الجاري داخل المجتمع.
- 7- تقوم التنمية الاجتماعية أو تنمية المجتمع، على توحيد جهود وإسهامات الأفراد والسكان مع السلطات الحكومية، الهادفة إلى تحسين ظروف وأوضاع مجتمعاتهم على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، والعمل على الاندماج مع الحضارة والرقي والتقدم.
- 8- إشراك أعضاء البيئة المحلية في التفكير والإعداد، لتنفيذ مختلف الاستراتيجيات والخطط التنموية من خلال جلب انتباه ووعي الأفراد، إلى ضرورة تحقيق مستوى عالي من الحياة الاجتماعية، بإتباع وسائل وطرق إنتاجية حديثة وحضارية ففي

¹ نبيل السمالوطي: علم اجتماع التنمية، (د ط)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1974، ص 54.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

المجتمعات التقليدية هناك إشكالية عويصة، وهي كيفية إقناع الأفراد بالاستجابة لكل ما هو جديد وغير تقليدي، من شأنه تقديم نقلة نوعية تطويرية وتنموية على الصعيد الاجتماعي والاقتصادي وغيرها.¹

9- تحديد الاحتياجات على اختلاف أنواعها، سواء كانت بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية. وهذا الإشباع يكون من خلال التنظيمات والمؤسسات الاجتماعية الموجودة داخل أي مجتمع إنساني، ويصاحبها في ذلك مجموع القيم والمعايير التي تتبناها هذه المجتمعات.

10- الاعتماد على الموارد المحلية المتاحة للتنمية الاجتماعية، تركز في الأساس على الاهتمام بما يوجد وما هو متوفر داخل المجتمع، من الموارد سواء كانت مادية أو بشرية، فمن خلال هذه الموارد يتحقق بما يسمى بالتغيير المقصود، فمثلا عند استخدام الموارد البشرية المحلية، في إحداث العمليات التنموية المطلوبة فهم يكونون أكثر تأثيرا ونجاحا في تغيير اتجاهات أفراد مجتمعاتهم، وإدخال كل ما هو جديد من أفكار وسلوكيات من الأشخاص الغرباء.²

11- الاستفادة من جهود المنظمات الأهلية والجمعيات، والمؤسسات الخاصة المحلية والقومية والدولية والتي تمثل إرادة شعبية، من شأنها مواجهة احتياجات ومتطلبات العملية التنموية.³

¹ هناء حافظ بدوي: التنمية الاجتماعية رؤية واقعية من منظور الخدمة الاجتماعية، (د ط)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2000، ص 96.

² هناء حافظ بدوي: نفس المرجع، ص 98.

³ طلعت مصطفى السروجي: التنمية الاجتماعية (من الحداثة إلى العولمة)، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2009، ص 42.

1- التغيير البنائي: يرى هوبهاوس " HobHouse " أن التنمية هي عملية تغيير شامل للقوى الاجتماعية وغير الاجتماعية، وتسيره في اتجاه محدد لتحقيق أهداف معينة. إذن هي عملية تغيير مقصود تتطلب التنظيم والتنسيق لإعادة التكامل داخل المجتمع.¹ وهو ما جاء به عبد الباسط محمد حسن في كتابه التنمية الاجتماعية، حينما أشار إلى أن التنمية ما هي إلا عمليات تغيير اجتماعي، تختص بالبناء الاجتماعي ووظائفه بهدف إشباع الحاجات الاجتماعية للأفراد وتنظيم سلوكهم وتصرفاتهم.²

والتغيير البنائي يقصد به ذلك التغيير المستلزم، ظهور أدوات وتنظيمات اجتماعية جديدة غير تلك التي تكون موجودة داخل المجتمع، من ناحية الأدوار التي تمارسها وهو تغيير يمس بناء المجتمع من حيث حجمه وتركيب أجزائه، وشكل تنظيمه الاجتماعي وهذا التغيير عادة ما يرتبط بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية، ولا بد أن يحدث هذا التغيير نقلة نوعية للبناء الاجتماعي داخل المجتمع المقصود بالعملية التنموية، وإلا فلا أمل في إنجازه. إذا فالتغيير البنائي هو جزء من منظومة عناصر أساسية مهمة لعملية التنمية.

2- الدفعة القوية: حتى تستطيع المجتمعات الإنسانية الخروج من مستنقع التخلف لابد لها من دفعة قوية تسمح بإحداث تغييرات كيفية في هذه المجتمعات، إذ لا بد أن تبذل جهداً إنمائياً لمواجهة القوى المقاومة والرافضة، للحركة التنموية باختلاف أنواعها داخل المجتمعات المتخلفة، والدفعة القوية التي تحدث في المجال الاجتماعي تكون من خلال عدة مجالات لعل أبرزها مجال السكن ومشاريعه، والقضاء على بؤر الأمية وإعداد الأفراد اعداداً علمياً معرفياً يليق بالمخططات التنموية، التي تحيكها السياسات التنموية

¹ Hob House: L.E.T, **Social Development**, university books, London, 1966, p 37.

² عبد الباسط محمد حسن: التنمية الاجتماعية، (د ط)، المطبعة العالمية، مصر، 1970، ص 90.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

الحكومية.¹ وقد انقسم المفكرون إلى ثلاث اتجاهات، حول تقييمهم لأهمية وجود دفعة قوية للعملية التنموية داخل المجتمعات الإنسانية، فأحدها يرى أن لا ضرورة لوجود دفعة قوية لعملية التنمية الاجتماعية في مراحل التنمية الأولى، بسبب أن الدولة لا تستطيع تحمل أعباء الانفاق على التنمية الاجتماعية والاقتصادية، أما ثانيها فيرى بأهمية برامج التنمية الاجتماعية حيث توجه إلى البرامج، التي لها تأثير مباشر على زيادة الكفاية الإنتاجية. والثالث يرى أن الدفعة القوية لبرامج التنمية، لها تأثير ضار على برامج التنمية الاقتصادية. والدفعة القوية التي تحدث في المجال الاقتصادي ولا تصاحبها دفعة مماثلة في المجال الاجتماعي تترتب عليها قوة ثقافية كبيرة، ومشكلات اجتماعية ضخمة أقل أضرارها مقاومة عملية التغيير بشكل يهدد نجاحها.² وحتى نتجنب الوقوع في هذا المطب لا بد أن ننسق بين الجهود الذاتية والجهود المحلية الحكومية، إلى جانب الجهود المشتركة ووجود قيادة واعية حازمة لإدارة عجلة التنمية.

3- الاستراتيجية الملائمة: ونقصد بها الإطار العام أو الخطط الموضوعة من طرف السياسات التنموية الحكومية، وينبغي أن تقوم هذه الاستراتيجيات التنموية في البلدان النامية على أساس تدخل الدولة في مختلف الشؤون، إذ توجه الدولة النشاط الاقتصادي نحو تحقيق أهداف اجتماعية عادلة، ترمي إلى خلق مستويات عليا من الرفاهية والرقى الاجتماعي واستراتيجية التنمية الاجتماعية، أساسها التكامل والتوازن بين الجانب الاجتماعي والجانب الاقتصادي وبين رأس المال البشري ورأس المال المادي، وهذه الاستراتيجية تتوقف على عدة اعتبارات، أهمها طبيعة الظروف عند بداية التنمية كدرجة التخلف ونوع الاستعمار الذي كان في الدول النامية، نوع الحكم السائد في البلاد، درجة

¹ محمد عبد الفتاح محمد: الأسس النظرية للتنمية الاجتماعية في إطار الخدمة الاجتماعية، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2005، ص 67.

² سميرة كامل محمد: التنمية الاجتماعية (مفاهيم أساسية، رؤية واقعية)، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، د سنة، ص 19.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الاجتماعية

الاستقرار السياسي ونوعية الإدارة الحكومية الرشيدة، وطبيعة النظام الاقتصادي ونوعية التركيب الطبقي ومستويات التعليم والصحة.¹

5- أهداف التنمية الاجتماعية ومستوياتها:

أ/ أهداف التنمية الاجتماعية: يركز الهدف الرئيسي للتنمية الاجتماعية في تحسين نوعية الحياة في مختلف النشاطات البشرية، من خلال إحداث التغييرات الاجتماعية التي تساهم في تحقيق التوازن بين الجانب المادي والبشري، بما يحقق بقاء واستمرارية المجتمع ومن جملة أهداف التنمية الاجتماعية ما يلي:

- 1- إحداث تغيير في البناء الاجتماعي الخاص بالمجتمع بمختلف وظائفه، بما في ذلك أنماط العلاقات الاجتماعي والنظم والمعايير والقيم المؤثرة في سلوك الأفراد وفي تحديد أدوارهم داخل التنظيمات الاجتماعية التي ينتمون إليها.
- 2- محاولة إيجاد حلول للمشكلات الاجتماعية التي ينتجها هذا التغيير.
- 3- إشباع الاحتياجات الاجتماعية للأفراد، من خلال تقديم كافة الخدمات الاجتماعية بما فيها الصحة والتعليم والسكن والرعاية الاجتماعية... إلخ.
- 4- تزويد أفراد المجتمع بمختلف المهارات، واكسابهم جملة من القدرات من شأنها تحسين مستوى معيشتهم.
- 5- تقديم وإتاحة الفرص لمختلف شرائح المجتمع، للمشاركة الحقيقية في توجيه عجلة التنمية الاجتماعية وتنفيذ برامجها وتقييم نتائجها.²

¹ بشيرة عالية: السياحة الجزائرية ودورها في كشف معوقات التنمية الاجتماعية للبناء السوسيو الثقافي، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الثقافي، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2009، 2010/2، ص 55.

² طلعت مصطفى السروجي: التنمية الاجتماعية (من الحداثة إلى العولمة)، مرجع سابق، ص (35-36).

الفصل الثالث: سوسيولوجيا التنمية الإجتماعية

وفي سنة 1967 حدد مؤتمر وزراء الشؤون الاجتماعية في إفريقيا، المنعقد بالقاهرة أبرز أهم أهداف التنمية الاجتماعية وفقا لمجالاتها:

✓ التعليم.

✓ العمالة وضمان حق كل مواطن في العمل.

✓ الصحة.

✓ الإسكان.¹

6- الخدمات الاجتماعية من خلال القضاء على، الجريمة والانحراف والقضاء على الجوع والفقر وتوفير خدمات الرعاية الاجتماعية، إضافة إلى مساعدة الأفراد والجماعات في تحقيق كافة احتياجاتهم، التي من شأنها مساعدتهم على أداء أدوارهم الاجتماعية على أكمل وجه داخل مجتمعاتهم.²

7- التنمية الاجتماعية غير مادية إذ لا يمكن التعرف عليها إلا بشيء محسوس نتلقاه ومن خلال الإعداد الجيد والأمثل للعنصر البشري، يمكننا الحديث عن تحقيق فعلي لعملية التنمية الاجتماعية وتجسيد أهدافها، ولعل أبرز مجالات تحقيق هذه الأهداف تقديم خدمات أساسية للفرد وإشباع حاجاته، في مجال الصحة والتعليم والسكن ومجال خدمات الرعاية الاجتماعية.³

8- تهدف التنمية الاجتماعية إلى تغيير الأوضاع الاجتماعية القديمة التي لم تقدم تطورا أو نموا ملموسا للمجتمع، إضافة إلى أنها تعمل على إقامة بناء اجتماعي

¹ محمد عبد الفتاح محمد: مرجع سابق، ص 75.

² سامية محمد فهمي وآخرون: مدخل في التنمية الاجتماعية، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1986، ص (47-49).

³ علي كاشف: التنمية الاجتماعية (المفاهيم والقضايا)، (د ط)، عالم الكتاب، مصر، ص 109.

الفصل الثالث: سوسيولوجيا التنمية الاجتماعية

جديد تنشق عنه علاقات اجتماعية جديدة، من شأنها إشباع متطلبات الأفراد واحتياجاتهم الأساسية.

ب/ مستويات التنمية الاجتماعية: تنقسم إلى أربع مستويات رئيسية هي:

1- **المستوى المحلي**: بمعنى أن توجه كافة الجهود التنموية نحو كل ما هو محلي أي تتعلق بالمجتمع المحلي، كأن يمس المشروع التنموي قرية صغيرة أو حي معين في إحدى المدن الكبرى... إلخ.

2- **المستوى الوطني**: وهو أكبر وأشمل من المستوى السابق، وهنا تكون الجهود التنموية المبذولة من طرف الهيئات المعنية، تخص المجتمع ككل دون استثناء المتواجد داخل راية وطن واحد، دون الخروج عن الإطار المركزي أو استراتيجية المجتمع العامة، والحكومة هي من تتولى تصميم والإشراف على تنفيذ تلك الخطط التنموية من خلالها تحملها لكافة أعباء العملية التنموية، أو أن تشرف على مشاركة القطاعات المحلية وتعمل على تنسيق الجهود فيما بينها

3- **المستوى الإقليمي**: وهنا يكون المستوى التنموي أشمل من سابقه، إذ يكون المجهود المبذول في العملية التنموية، مشتملا على عدد من المجتمعات الوطنية في عدة دول أو أقاليم، مثل منظمة دول الخليج العربي، أو جامعة الدول العربية.

4- **المستوى الدولي**: وهو أعلى مستوى قد تصل إليه الجهود التنموية، وهنا لا يصبح الهدف هو مجتمع محدد ومعين، بل يشتمل المجتمع الإنساني أينما كان دون حساب للرقعة الجغرافية، ويتم ذلك عبر الجهود التي تبذلها مؤسسات دولية مختصة ومنظمة مثل منظمة اليونسيف أو منظمة اليونسكو.¹

¹ بشيرة عالية: مرجع سابق، ص 62.

6- فلسفة التنمية الاجتماعية وسياستها:

أ/ فلسفة التنمية الاجتماعية: تركز فلسفة التنمية الاجتماعية على عدة حقائق أهمها:

1- تتبع مبادئ وأهداف التنمية الاجتماعية، من مبادئ وأهداف الأديان السماوية المتمثلة في احترام الإنسان، والالتزام بمبدأ التكافل الاجتماعي ليكون الإنسان بحق خليفة الله على أرضه.

2- هي عمل إنساني تمتد جذورها في طبيعة الإنسان، كمخلوق اجتماعي يسعى للبقاء والاستمرارية إشباعا لاحتياجاتها.

3- هي ترجمة حقيقية لمفهوم العدالة الاجتماعية، المتمثلة في التعاون والمشاركة وتحمل المسؤولية الاجتماعية.¹

4- تركز التنمية الاجتماعية على إرادة أفراد المجتمع، ومدى رغبتهم في القيام بعمليات تنموية تتبع من شعورهم بالانتماء والولاء.

5- التنمية الاجتماعية تعمل على مواجهة المشكلات الاجتماعية داخل المجتمعات الإنسانية النابعة من عمليات التغيير الاجتماعي المستمرة.

6- تركز على تحقيق تماسك وترابط أجزاء ومكونات المجتمع.

7- تؤكد التنمية الاجتماعية على أهمية الاتجاه التكاملي في التنمية، إذ لها أثر وعائد على التنمية الاقتصادية.²

¹ أحمد كمال أحمد وآخرون: التنمية الاجتماعية، (دط)، مطبعة دار العالم العربي، مصر، 1974، ص 85.

² طلعت مصطفى السروجي: التنمية الاجتماعية (من الحداثة إلى العولمة)، مرجع سابق، ص (36-37).

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

8- التنمية هي ترجمة حقيقية وتغيير إنساني، لمفهوم الاشتراكية التي تركز مبادئ المساواة والعدالة والإخاء والمشاركة الفعلية، بمعناها الحقيقي والمناداة بتحمل المسؤولية الاجتماعية الرامية لتنمية المجتمعات بشكل عام.

ب/ سياسة التنمية الاجتماعية: تستهدف هذه السياسية زيادة الاستعداد وزيادة قدرات أكبر عدد من أفراد المجتمع، على الإسهام في عملية التنمية الاقتصادية والاستفادة من ثمراتها كما تهدف إلى جعل القطاع الأعظم، من أبناء المجتمع أكثر إيجابية في المشاركة في الحياة العامة، بتقديم النصيحة والرأي واتخاذ القرار والممارسة العملية، وذلك عن طريق تحويل الإمكانيات والطاقات الفكرية والنفسية، لدى أولئك الناس إلى واقع حي يمارسونه على الطبيعة ويلمسون أثره. وتتخذ هذه السياسة مجالا لعملها في المقام الأول تلك القطاعات من السكان التي كانت أقل حظا من الآخرين من تلك النواحي، أي تلك القطاعات الأقل إيجابية حتى الآن، في المشاركة في الحياة العامة بالمشورة والرأي والعمل. وهناك ارتباط وثيق بين التنمية الاجتماعية والتنمية الاقتصادية، فهما مكملتان لبعضهما البعض، إذ لا يمكن ممارسة أي منها بشكل فعال بمعزل عن الأخرى، فالتنمية الاقتصادية التي لا تأخذ في اعتبارها الجوانب الاجتماعية، تشبه لحد كبير إنتاج آلة دون مورد يغذيها بالطاقة. فسياسة التنمية الاقتصادية تستهدف في النهاية تحقيق هدف اجتماعي بالأساس، كما أن السياسة التنموية الاجتماعية تستهدف في النهاية تحقيق الهدف الشامل وهو صبغ الحياة فيها بالصبغة الديمقراطية الكاملة، وتنمية المبادرة الفردية وتحقيق عدالة اجتماعية.

7- مراحل التنمية الاجتماعية وخطوات التخطيط لها:

أ/ مراحل التنمية الاجتماعية: يمكن دراسة والتعرف على مراحل التنمية الاجتماعية من خلال ثلاث جوانب:

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

1- كتحولات ضرورية في عملية تغيير كل المجتمعات، والافتراض الذي يقوم عليه هذا الاستخدام هو أن كل مجتمع، يحتوي في داخله على ميكانيزمات تؤكد ضرورة تغييره بطريقة واحدة

2- تعالج مراحل التنمية على أساس التاريخ الشكلي للمجتمع الإنساني.

3- دراسات عمليات تاريخية معينة.¹

و يمكن التحدث عن وجود تنمية اجتماعية حقيقية من خلال عدة مراحل هي:

- التعرف على البيئة الطبيعية للمجتمع: من خلال دراسة البيئة الجغرافية الخاصة بكل مجتمع بما فيها المناخ والجانب الجيولوجي، كتكوين التربة والثروة الحيوانية التي تمتلكها هذه المجتمعات، هذا كله من شأنه اعطاء نظرة تفصيلية عما تمتلكه هذه المجتمعات من ثروات محلية متاحة، والتفكير الجيد في كيفية استثمارها بما يخدم خطط واستراتيجيات التنمية الاجتماعية.
- التركيز على دراسة طبيعة النشاط الاقتصادي بتعمق: على اعتبار أن الاقتصاد هو مدخل هام في تنفيذ الخطط التنموية داخل أي مجتمع، لذا وجب التركيز على الإنتاج الزراعي والصناعي والحرفي، وتسليط الضوء على جميع المهن والوظائف الموجودة داخل المجتمع، إضافة إلى دراسة نظام الأجور ومستويات الدخل والادخار والاستثمار ومستويات الأسعار والقدرة الشرائية للأفراد.
- تسليط الضوء على دراسة تركيبية السكان أو المورد البشري: باعتباره المحرك الأساسي لعملية التنمية، وهذه الدراسة تخص السن والنوع ونسبة الأفراد العاملين ومعدل الخصوبة ومعدلات التزايد السكاني.

¹ بيرس كوهن: النظرية الاجتماعية الحديثة ، تر: عادل مختار الهواري (د،ط)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1985، ص 292.

- **مرحلة دراسة مظاهر الحياة الاجتماعية:** فحتى يتسنى للخبراء والمختصين وضع خطط للتنمية الاجتماعية، لابد من التعرف على نسق حياة هذه المجتمعات بمعنى التعرف على نسق العادات والتقاليد، المشكلة للإطار الحضاري للنسيج الاجتماعي لهذه المجتمعات، إضافة إلى التعرف على مختلف النظم الاقتصادية والاجتماعية والإدارية والسياسية، بغرض تصميم خطط تنموية تتماشى وهذه النظم.
- **مرحلة الفعل التنموي في المجتمع:** وتأتي هذه المرحلة بعد وضع المراحل السابقة إذ يستطيع أصحاب الشأن التنموي والمختصين، أن يضعوا إطارا تنمويا للمجتمع المراد تنميته، من خلال الاستعانة بمختلف الدراسات والبيانات الأولية، التي تم جمعها حول هذا المجتمع والتعرف على كافة إمكانياته وموارده، سواء كانت بشرية أو مالية أو مادية ثم تصميم نموذج تنموي حقيقي وملمس، قابل للتنفيذ ويمر هذا النموذج بأربع خطوات هي:
 - **المرحلة التقليدية:** أو مرحلة تكرار الأنماط أو النماذج التنموية السابقة وتقليدها دون إضفاء لمسة تغييرية، داخل المجتمع المقصود بالعملية التنموية.
 - **مرحلة التمهد للبدء في عملية التنمية:** بمعنى أن يقوم المختصون والخبراء والمسؤولون عن عملية التنمية، باختيار وتحديد طرق العمل التي من شأنها تسهيل تطبيق الخطط والاستراتيجيات التنموية.
 - **مرحلة بناء وتنفيذ الهياكل التنموية في المجتمع:** بمعنى تجسيد ما تم تصميمه ورسمه من تصورات ورؤى تنموية، مثل بناء المنشآت الصناعية أو المباني التابعة للمشروع التنموي.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

- مرحلة إحداث تغيير وظيفي داخل المجتمع: بمعنى إعداد الأفراد المشكلين للنسيج الاجتماعي داخل المجتمع إعدادا وظيفيا جيدا، وتغيير نظرتهم التقليدية نحو العمل وادخال أنماط وطرق إنتاجية جديدة، من شأنها تسريع وتيرة العمل التنموي.

- مرحلة تقييم المشروع أو الفعل التنموي: وهي مرحلة يمكن من خلالها قياس وتقييم مختلف البرامج والسياسات التنموية، التي تم تصميمها سابقا من خلال متابعتها ومدى مطابقتها لما هو مخطط له، وملائمتها لطبيعة تلك المجتمعات، وهل هناك استجابة بين الأفراد وأدائهم والسلطات الحكومية الواضعة لهذه الخطط.¹

ب/ خطوات ومراحل التخطيط للتنمية الاجتماعية: التخطيط للتنمية يمر بمراحل وخطوات متداخلة، يصعب الفصل بينها عمليا، وهذه المراحل تبدأ بتحديد الأهداف وتنتهي بتقويم ما تحقق منها:

1- المرحلة الأولى "وضع الخطة": ويستلزم وضع الخطة وإعدادها الموافقة عليها ثم اتخاذ التدابير الواجبة لتنفيذها وهي تمر بعدة خطوات:

- ❖ جمع البيانات الأساسية.
- ❖ تحديد أهداف الخطة.
- ❖ تصميم الإطار المبدئي للخطة.
- ❖ تصميم الإطار النهائي للخطة.

¹ عادل مختار الهواري وآخرون: مرجع سابق، ص ص (164-166).

2- المرحلة الثانية "تنفيذ الخطة": ويتوقف نجاح تنفيذ الخطة على مدى وضوح أهدافها وارتباطها بحاجات المجتمع الحقيقية، ومراعاة ما يوجد داخل المجتمع من امكانيات مادية وبشرية متاحة ولا بد عند تنفيذ الخطة من مراعاة:

- مدى توفر الموارد البشرية والفنية والمادية داخل كل بيئة.
- علاقة المخطط المراد تنفيذه بالمخططات المنفذة بالفعل.
- العلاقة التي تربط بين مختلف الهيئات المشرفة على العملية التنفيذية.

3- المرحلة الثالثة "المتابعة": للمتابعة في برامج التنمية الاجتماعية أهداف تطبيقية تتمثل في تحديد الصورة الحقيقية، للمشاريع الاجتماعية الواجب تنفيذها والتعرف على مختلف المشكلات والمعوقات، التي تعترض سير العمل ومعالجتها وحتى تتم عملية المتابعة بنجاح لابد من أن، تبنى أحكامها بطريقة موضوعية وغير شخصية، ورؤيتها بأنها مجرد عملية تصحيحية لما كان منحرفا.

4- المرحلة الرابعة "التقويم": التقويم هو وسيلة للكشف عن فاعلية البرامج والاستراتيجيات التنموية، وقياس مدى كفايتها الإنتاجية، كما يفيد التقويم في الكشف عن جوانب القوة والضعف، في تنفيذ برامج التنمية والتعرف على طبيعة ومناخ العمل. ولا بد من اتباع عدة خطوات لتقويم مشاريع التنمية الاجتماعية:

- ◀ تحديد أهداف المشاريع والمخططات.
- ◀ تحديد أهداف التقويم.
- ◀ تحديد محكات التقويم.
- ◀ تحديد المناهج المستخدمة في العملية التقويمية.
- ◀ اختيار الوسائل المناسبة في العملية التقويمية.
- ◀ جمع البيانات والمعلومات.

← استخلاص النتائج.¹

8- نماذج التنمية الاجتماعية و مجالاتها:

أ/ نماذج التنمية الاجتماعية: يذهب المهتمين من المفكرين والعلماء بالشأن التنموي إلى وضع نماذج أو اتجاهات للتنمية الاجتماعية، تسير بما يتوافق مع مسارها وهناك من يسمي النماذج بالاتجاهات:

1- النموذج المرحلي: ومن خلال توضيح مراحل سير العملية التنموية على اعتبار أن المجتمع هو نسق تتم داخله عمليات التنمية، في ظل المحافظة على البناء الثقافي المشكل لذلك المجتمع، المشكل من مجموع القيم والمعايير والعادات والتقاليد والاتجاهات السلوكية المؤثرة بشكل إيجابي في عملية التنمية، وتحقيق أهدافها وهذا النموذج يشتمل على عدة مراحل أهمها:

← مرحلة ثبات المجتمع.

← مرحلة التركيز على العوامل الفردية.

← مرحلة دخول بعض الأنماط الثقافية الجديدة.

← مرحلة التوازن.

← مرحلة الاستقرار.

2- النموذج السلوكي: ويركز هذا النموذج على اتجاهات وسلوك أفراد المجتمع ودرجة مشاركتهم في برامج التنمية، وهذا النموذج يجسد فكرة **تالكوت بارسونز** في نظرية الفعل الاجتماعي، فهذا النموذج يتطلب دراسة وتحليل نسق المجتمع، لتحديد الأنماط السلوكية لأفراد المجتمع ليتم الاستفادة من ذلك، في تدعيم السلوكيات الإيجابية كالمشاركة

¹ مصطفى طلعت السروجي: التنمية الاجتماعية (من الحداثة إلى العولمة)، مرجع سابق، ص (74 - 76).

والانتماء، وتحمل المسؤولية الاجتماعية ومواجهة التحديات السلوكية بالعلاج وتحويلها إلى طاقات إيجابية.

3- النموذج البنائي: هذا النموذج يركز في جوهره على، بناء المجتمع وعملية تكامل أجزائه على اعتبار أن المجتمع هو بناء، متكون من أجزاء أو هو نسق متفرع إلى أنساق فرعية لكل نسق فرعي منها مهمة أو وظيفة، وكل وظيفة تكمل الوظائف الأخرى. ومن خلال هذا النموذج يمكن دراسة عدة عناصر بنائية هي:

◀ احتياجات أفراد المجتمع وكيفية إشباعها.

◀ التنبؤ بالاحتياجات المستقبلية ودراسة كيفية إشباعها.

◀ دراسة المشكلات المتوقعة.

◀ دراسة الآثار المترتبة عن المشكلات المتوقعة وكيفية مواجهتها مستقبلاً.

4- النموذج المثالي: يرتكز هذا النموذج في جوهره على، الأخذ بنمط مثالي يمكننا من تحقيق مجمل أهداف التنمية الاجتماعية، فهو بذلك يحول المجتمع من النمط التقليدي إلى النمط المثالي، وهي فكرة كانت أولى بدايات ظهورها عند الفلاسفة القدامى أمثال أفلاطون وروبرت أوين. وهذا النموذج يدرس ويحلل المجتمع وحركة التغيير الاجتماعي التي تحدث بداخله، بغية الوقوف على العوامل الإيجابية التي تحفز عملية تنمية المجتمع والبحث في أهم العوامل المعيقة، لعملية التنمية المجتمعية وسيرورتها ثم رسم وتصميم الحلول بغية التوصل إلى نمط مثالي، من خلاله يمكن تحقيق أهداف المجتمع ولكن من المؤكد _ حسب أبحاث العلماء _ صعوبة وضع نموذج مثالي لجميع المجتمعات بسبب خصوصية كل مجتمع وظروفه، وأيضاً بسبب أن المثالية هي أمر نسبي يختلف باختلاف الزمان والمكان، فلكل مجتمع سماته ومميزاته وأيديولوجيته الخاصة به.¹

¹ طلعت مصطفى السروجي: التنمية الاجتماعية (من الحداثة إلى العولمة)، مرجع سابق، ص (42-43).

ب/ مجالات التنمية الاجتماعية: يمكن تصنيف مجالات التنمية الاجتماعية من خلال تقسيمها إلى عدة مجموعات هي:

1- المجموعة الأولى: وتضم الخدمات المرتبطة مباشرة بالنشاطات الحيوية الممارسة داخل المجتمع. ففي حالة إذا كان المجتمع صناعيا مثلا فإن التنمية الاجتماعية تعمل على الاهتمام بمجال العمل والشغل والعمال، وكل ما له علاقة بتطوير سبل الإنتاج.

2- المجموعة الثانية: وفي هذه المجموعة يتم التركيز في التنمية الاجتماعية على أي خدمة تدعيمية، تستشرف ما يجب أن تكون عليه عملية التنمية داخل المجتمع فهي بمثابة دعامة قوية لقيام خطط واستراتيجيات التنمية الاجتماعية، ويستخدمها المخططون ومسؤولو العملية التنموية، بشكل أساسي في تصميم خططهم ومن هذه المجالات التدعيمية نذكر قطاع الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية.

3- المجموعة الثالثة: وتضم الخدمات العامة والشاملة للعملية التنموية، فهي عبارة عن كل الهياكل الجوهرية المشكلة للمشاريع التنموية، لأنها تعتبر مقومات أساسية ضرورية لقيام هذه المشاريع مثل خدمات المجاري داخل المدن، والمطارات والموانئ. فالمخطط الاجتماعي التنموي، لا يمكن أن يصمم ويضع خطة استراتيجية تنموية إذا لم يعر لهذه الخدمات اهتماما كبيرا، وخلق توازن بين ما تؤديه هذه الخدمات من وظائف وما تقدمه من إضافة تنموية، وهذه المجموعات الثلاث المشكلة لمجالات التنمية الاجتماعية تعمل بتكامل وتناسق وتناغم، بهدف اكتمال الخطط التنموية المرسومة لتطوير المجتمع.¹

12- أسس ومتطلبات التنمية الاجتماعية: يعتمد نجاح مشاريع ومخططات التنمية لحد كبير على توفر مجموعة من المتطلبات:

¹ بشيرة عالية: مرجع سابق، ص 61.

الفصل الثالث: سوسيولوجيا التنمية الإجتماعية

1-تهيئة المناخ المجتمعي لعملية التنمية، بإثراء وعي الأفراد والجماعات واحساسهم بما يوجد داخل مجتمعاتهم من مشكلات وقضايا معقدة، تستوجب حلها العاجل وعزمهم على تحقيق تغيير نابع من الرفض القاطع للوضع الراهن، دون التقييد السلبي بما يسمى بالقيم والمعتقدات التي قد تعيق سير عملية التنمية.

2-ضرورة أن يكون هناك اتفاق واجماع كلي، بين مختلف طبقات المجتمع ومشاركاتهم الجادة في صنع واتخاذ القرارات ورسم السياسات، والاستراتيجيات التنموية مع توزيع واضح وذكي للأدوار، بين مختلف الهيئات والتنظيمات المشكلة لهذه المجتمعات.

3-أن محور التنمية مهما كان نوعها هو في الأساس العنصر البشري، وهو المستهدف من هذه العملية وكذلك في ذات الوقت، هو الوسيلة الجوهرية لتحقيقها مما يعني ضرورة أن نهتم بتنمية المورد البشري، حتى نتمكن من خلق وتطوير الطاقات والمهارات والخبرات وتسخيرها بشكل مثالي للعملية التنموية.

4-لا بد أن ننظر للتنمية على أنها هدف قومي مهم، ينبغي توحيد كافة الجهود والمسااعي لتحقيقها.

5-التنمية بوصفها عملية شاملة تنقسم إلى قسمين، متكاملين ومتوازيين القسم الاجتماعي والقسم الاقتصادي، فهما قسمان يعملان إلى جانب بعضهما بشكل متواز ومتلائم فالأول يوفر الخدمات المساهمة في عملية الإنتاج، والقسم الثاني يزيد من اتساع نطاق الخدمات وهما يعملان لهدف واحد هو تحقيق رفاهية معيشة الأفراد.

6-يجب أن يكون هناك ما يسمى بالتوازن الجغرافي الإقليمي، داخل عملية التنمية بمعنى أن لا يكون هناك ازدواجية مجتمعية، أي وجود مجتمعات محلية متخلفة وأخرى متقدمة عليها في ذات البقعة الجغرافية.

7- أن تمثل التنمية بمختلف سياساتها ما هي الاحتياجات، وتطلعات الأفراد وجماعات المجتمع، مع مسايرتها لما يوجد داخل هذا المجتمع، من أساليب ووسائل لتحقيق الأهداف المنشودة.

8- لابد من تضافر الجهود الحكومية والأهلية، وتتناسق فيما بينها مع المتابعة المستمرة لنتائج تنفيذ البرامج والمشاريع، وإعادة تصحيح المسارات غير المتناسبة مع أهداف التنمية.

10- مؤشرات التنمية الاجتماعية: يعتمد بعض المفكرين على مؤشر واحد لقياس التنمية، ويعتمد البعض الآخر على أكثر من مؤشر، فتجد أن هيجينز **Higgins** يناصر فكرة المؤشر الواحد للتنمية، إذ يربط بين التنمية والمساعدات الأجنبية، ويربط اليز **Ellis** بين التنمية وإشباع حاجيات الأفراد داخل مجتمعاتهم، فهو يرى أن المؤشرات الدالة على التنمية داخل الدولة يستدل بها من خلال، ما تقوم هذه الدولة بتوفيره لأفرادها من خدمات من شأنها إشباع احتياجاتهم وتحقق مستويات متقدمة من الرفاهية الاجتماعية. أما أصحاب فكرة أن للتنمية الاجتماعية أكثر من مؤشر، من بينهم **Row** الذي ربط بين التنمية و عدة مؤشرات حيوية، كالسكان والتعليم والصحة والدخل والاستهلاك والتعليم وظروف العمل، إضافة إلى **Boyer Bauer** و **Yamey** اللذان وضعوا مؤشرات محددة تدل على التنمية مثل طبيعة النشاط الزراعي وأساليب الإنتاج، نسبة الأمية ومعدل الوفيات والمواليد. وبصفة عامة نستنتج أن هناك مؤشرات ترتبط بالجوانب الاقتصادية للحياة الاجتماعية، وأخرى مرتبطة بالجوانب الاجتماعية. وفي تقرير للأمم المتحدة نشر في 1945 تم الإشارة إلى أنه يمكن قياس التنمية، من خلال عدة مؤشرات كمستوى المعيشة في المجتمع، وقياس الأهداف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المقبولة داخل المجتمع، ونشر تقرير آخر للأمم المتحدة سنة 1971 أضاف بعدا آخر يمكن اعتباره كمؤشر للتنمية، وهو الخطة أو الاستراتيجية المتبعة داخل المجتمع لتحقيق أهدافه، وما

الفصل الثالث: سوسيولوجيا التنمية الاجتماعية

هي مجالات العمل الموجودة داخل هذا المجتمع. وهذه المؤشرات قد تكون غير مترابطة أو مركبة أو ممثلة؛ بمعنى أنه يمكن تحليل الظواهر إلى مجموعة عناصر وعوامل واستخراج فيما بعد منها عدة مؤشرات، وهذه المؤشرات ليس شرطاً أن تكون مترابطة فيما بينها، أو أن تبني هذه المؤشرات على أساس تبني أكبر عدد من العوامل، وتشمل عدداً من الظواهر ويتم تقدير وفهم المواضيع، التي تعالجها هذه المؤشرات ثم تجمع لتشكيل فيما بينها موضوعاً ذو دلالة، أو أن يتم الاختيار والمفاضلة بين مجموعة من المؤشرات المتاحة وأياً أفضل لعملية قياس التنمية، معتمدة في ذلك على عامل الارتباط فيما بينها ثم في الأخير يقع الاختيار على أي المؤشرات، ذات أهمية لمعالجة الظاهرة المدروسة. ويعتمد صدق المؤشرات على الاعتماد المتبادل فيما بينها، ومدى الدقة التي صممت تبعاً لها ودرجة الترابط بين مختلف مؤشرات التنمية.¹ يركز البعد الاجتماعي للتنمية المستدامة على أن الإنسان هو جوهر التنمية، وهدفها الأول والأخير من خلال الاهتمام بالعدالة الاجتماعية ومكافحة الفقر وتوفير الخدمات الاجتماعية لكل من يحتاجها. إضافة إلى ضمان الديمقراطية من خلال مشاركة الشعوب، في اتخاذ القرار بشكل شفاف واستدامة المؤسسات الاجتماعية والتنوع الثقافي. كما يركز البعد الاجتماعي على تنمية الموارد البشرية، فرغم اختلاف استراتيجيات تنمية الموارد البشرية من بلد إلى آخر، إلا أن معظم دول العالم النامي تواجه تحديات متماثلة، إذ تتعارض تنمية العنصر البشري مع معدلات النمو السكاني، ففي ضوء الزيادة السكانية الحالية لن يصبح في الإمكان رفع مستويات المعيشة (مستويات التعليم، الإسكان، الصحة)، ولن يكون هناك أمل في تحسين عملية التنمية واستغلال الموارد البشرية. ومن أهم مؤشرات التنمية الاجتماعية نذكر مايلي:

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف: التنمية الاجتماعية في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية، ط 1، دار الوفا لدنيا للطباعة والنشر، مصر، 2007، ص ص (89-90).

1-الصحة: إن حفظ الصحة وتعزيزها أمر أساسي، لمعافاة الانسان ولتحقيق التنمية المستدامة غير أن الحصول على الخدمات الصحية، التي هي عبارة عن مجموعة من الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية يعد أمرا حتميا. والصحة باعتبارها حق عالمي أساسي هي مورد بالغ الأهمية من شأنه، تحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية. وقد حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان، في هذا القطاع من خلال الميثاق الصحي الذي يعد بمثابة التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية الصحية، حيث تتميز بسيطرة القطاع العام على الصحة، فمن خلاله يمكن تسخير جميع الوسائل الكفيلة بترقية قطاع الصحة. وقد صنفت المنظمة العالمية للصحة الجزائر في المرتبة 81 عالميا من حيث فعالية المنظومة الصحية، وبالرغم من أن قطاع الصحة في الجزائر يتمتع بإمكانيات معينة متمثلة في الهياكل الصحية القاعدية وأجهزة طبية حديثة، إلا أنها لم تتمكن من تلبية الطلبات المتزايدة على العلاج، بسبب الاستغلال السيئ للإمكانات المتوفرة ووجود خلل على مستوى التخطيط العملياتي لقطاع الصحة.¹ إن الصحة ترتبط ارتباطا وثيقا بالتنمية، فتوفير حياة صحية صالحة للاستخدام البشري وتغذية صحية سليمة وقنوات صرف صحي مناسبة، وبيئة سليمة بعيدة عن مخاطر التلوث، وتوفير خدمات صحية ونظم رعاية صحية، كل هذه الأمور تساهم بشكل كبير في تحقيق كفاءة صحية لكافة أفراد المجتمع وجماعاته. ولذلك فمن الطبيعي أن تتوصل جل الدراسات الأخيرة إلى وجود علاقة ارتباطية قوية، بين سوء الحالة الصحية ونقص المعدلات الانتاجية سواء في المجال الزراعي أو الصناعي، أيضا فعند وجود أعداد ومعدلات مرتفعة للزيادة السكانية دون توفير مرافق صحية تهتم بها، فهذا يساهم في تراجع معدلات التنمية المستدامة على مختلف الأصعدة، إضافة إلى أن وجود بيئة صحية سليمة خالية من الأمراض والأوبئة، من شأنه دفع عجلة النمو والتنمية في كافة المجالات.

¹ مسعود البلي: واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة باتنة، 2010/2009، ص 108.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

- **الصحة العامة:** هي علم وفن الارتقاء بمستوى الصحة، ومنع حدوث الأمراض والوقاية منها. وتتصف الصحة بصفة عامة بثلاث جوانب هي الصحة البدنية، الصحة العقلية، الصحة الاجتماعية. كما تتميز الصحة بعدة مظاهر أبرزها:
 - **الطاقة:** وتعني وجود طاقة كافية في الجسم، يمكنه من مزاوله نشاطه اليومي.
 - **المقاومة:** وتعني قدرة الجسم على مقاومة الأمراض المعدية المختلفة.
 - **التكيف:** وتعني قدرة الإنسان على التكيف مع الضغوط الحياتية المختلفة دون توتر زائد.
 - **التفاؤل:** وتعني تمتع الشخص بنظرة التفاؤل للحياة والتمتع بها.
 - **تحمل المسؤولية:** وتعني تحلي الشخص بالقدرة على تحمل المسؤولية مع الشعور بالرضا والقناعة.
 - **الواقعية:** وهي أن يكون الشخص واقعياً عند التخطيط للحياة في صورة خطط قصيرة أو طويلة المدى حتى لا يصاب بالإحباط.
 - **الحيوية:** وتعني تمتع الإنسان بمظاهر الحيوية، مثل نضارة الجلد وبريقه وخلوه من أي آثار لبقع مرضية.
 - **النوم:** وتعني قدرة الشخص على الراحة والنوم الهادئ، دون الحاجة إلى وسائل خارجية كالمهدئات مثلاً.

وتقسم مجالات خدمات الصحة العامة إلى قسمين:

- **الخدمات التي تقدمها للإدارات الصحية منفردة أو مشتركة مع غيرها:** وتتمثل فيما يلي:

1- **مجال صحة البيئة:** وتشمل السكن الصحي وصحة المياه، وصحة الأغذية وتصريف الفضلات ومكافحة الحشرات والقوارض، ومنع تلوث الجو والتربة.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

2- مجال الصحة الفردية والاجتماعية: وتعنى بالأمهات ورعايتهن أثناء وبعد الحمل والولادة ورعاية الأطفال، حتى سن دخول المدرسة ورعاية البالغين والمسنين.

3- مكافحة الأمراض المعدية: اجراءات وبائية عامة تشمل التحصين والعزل والحجر والتطهير.

4- المجال العام: تقوية بناء الصحة وترقيتها، ويشمل التغذية والتربية الصحية والمجال التنظيمي كسن القوانين وتوحيد المعايير والمستويات الصحية، ومجال التعليم المهني على مستوى المعاهد والدراسات العليا، وكذا مجال الأبحاث الأساسية والتطبيقية.

• الخدمات المساعدة للصحة العامة: وتتمثل فيما يلي:

- 1- الرعاية الاجتماعية.
- 2- اجراءات الضمان الاجتماعي.
- 3- التعليم.
- 4- وفرة إنتاج وحسن توزيع الغذاء.
- 5- استصلاح الأراضي للتوسع في الزراعة والاسكان.
- 6- خدمات الطب البيطري للتوسع في إنتاج الألبان واللحوم، والحد من الأمراض المنقولة من الحيوان للإنسان.
- 7- خدمات الترويح والترفيه عن النفس.
- 8- تحديد ساعات العمل، وتحديد أيام العمل الأسبوعية.
- 9- خدمات الري والصرف.
- 10- النظافة الشخصية العامة.
- 11- تنظيم الأسر.
- 12- رعاية الشباب والاهتمام برغباتهم وحاجاتهم.¹

¹ أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، ط 1، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2003، ص ص (48-49).

• الصحة والثقافة الصحية:

أ/ التثقيف الصحي: يعتبر التثقيف الصحي الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة الفرد والمجتمع، وهي عملية توجيه المجتمع لحماية نفسه من الأوبئة والأمراض المعدية، ومشاكل البيئة المحيطة به بغرض تحسين صحة الفرد والمجتمع.

ب/ الوعي الصحي: يقصد به إلمام أفراد المجتمع، بالمعلومات والحقائق الصحية واحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، من خلال تحويل الحقائق الصحية السليمة إلى عادات سلوكية تمارس تلقائية دون أدنى تفكير.

• أهداف الثقافة الصحية: إن الهدف الأساسي لعملية التثقيف الصحي هي تحقيق

السعادة والرفاهية لأفراد المجتمع وذلك عن طريق:

- الرقي بالمستوى الصحي لأفراد المجتمع.
- تقويم سلوكيات الأفراد وتصويب الخاطئ منها.
- تنمية الوعي والمعرفة الصحية من خلال تحقيق شروط السلامة الجسمية والعقلية والنفسية.

• وسائل نشر الثقافة الصحية: هي وسائل مستخدمة لتوصيل المعلومات والخبرات

الصحية إلى أفراد المجتمع وذلك من خلال (المثقفين الصحيين)، وهم أفراد ذوو مهارة ودراية بأسس التثقيف الصحي، على أن يكونوا قادرين على التعبير والايضاح ووضع الحلول المناسبة. وتتمثل وسائل نشر الثقافة الصحية فيما يلي:

1- الاتصال المباشر: وتعني المقابلة المباشرة التي تتم بين المثقف الصحي وبين من

يقدم لهم التوعية الصحية، وقد تكون هذه المواجهة فردية أو جماعية، بمعنى ان يلتقي المثقف بفرد واحد، ويقدم له المعلومات الصحية السليمة وعندها يسمى بالاتصال المباشر الفردي، أو يلتقي المثقف بمجموعة من الأفراد ويلقي عليهم

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

محاضرة أو يدير حوار مشترك، حول موضوع ما كإجراء مناقشة حول أسس الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض وتسمى بالاتصال المباشر الجماعي، ويعتمد نجاح الاتصال المباشر على ما يلي:

- شخصية المثقف الصحي.
- أسلوبه ومهاراته التدريبية.
- تمتع المثقف الصحي بالأسس العلمية السليمة.
- قدرته على التعامل مع المستويات الثقافية المختلفة.

2-الاتصال غير المباشر: وهي عملية اتصال المثقف الصحي مع الآخرين، من خلال وسائل غير مباشرة، مثل الوسائل السمعية والبصرية والمطبوعات والصور والملصقات، واستخدام الحاسوب.¹

ولعل أهم المؤشرات التي تستند إليها معدلات الصحة ما يلي:

1-نظم الرعاية الصحية.

2-منظومة السياسة الصحية.

3-الخدمات الصحية

وهذا ما سنتطرق إليه بالتفصيل.

¹ سمير أحمد أبو العيون: الثقافة الصحية، ط 1، دار المسيرة، الأردن، 2013، ص ص (22-24).

• الفرق بين الرعاية الطبية والرعاية الصحية:

1-الرعاية الطبية: هي تلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية مثل الخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يتعلق بالخدمات الطبية المتخصصة والخدمة الطبية المكاملة، كالفحوص المخبرية والتحليل الطبية والطوارئ، العيادات الخارجية، الإسعاف، التمريض، الخدمات الصيدلانية...إلخ.

2-الرعاية الصحية: هي تلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره بهدف توفير الصحة للجميع كحملات تنظيم الأسرة، رعاية الطفولة والأمومة الوقاية من الأمراض المعدية، التطعيم، رعاية المحسنين...إلخ.

* مفهوم الرعاية الصحية: وتتضمن الوقاية من المرض بشتى الطرق والوسائل، سواء عن طريق الدورات التثقيفية أو الحملات التطعيمية، كما تتضمن المعالجة والرعاية والتأهيل، وهي تتطلب تضافر مختلف الجهود بداية من الفرد، ووصولاً إلى القطاعات ذات التخصص الطبي والصحي.¹

*أهمية الرعاية الصحية للفرد والمجتمع: تعتبر أنماط الرعاية الصحية نتيجة تفاعل مشترك بين الوحدات الحكومية، والتنظيمات الأهلية التطوعية والتخصصات والمتخصصين في الرعاية الصحية، وأصحاب المشروعات، ويقوم علماء الاجتماع الطبي ببذل جهود كبيرة للتركيز على الرعاية الطبية، كنسق سياسي للتحقق ممن يتحكم فيها وممن يستغلها.

¹ مديوني جميلة: تحليل مكانن القوة والضعف التي تواجه الرعاية الصحية في ظل الظروف الاقتصادية العربية

الرائهنة، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، المجلد 14، العدد 19، 2018، ص 93.

إن الرعاية الصحية من أهم قطاعات الخدمة الاجتماعية، التي تهتم بها دول العالم بسبب أثرها المباشر في حماية أفراد المجتمع من خطر المرض، وتوفير أسباب الرفاهية وتحقيق خطط التنمية، حيث يقاس مستوى تقدم الأمم ورفاهيتها، من خلال ما توفره لرعاياها من رعاية صحية حقيقية، كما أنها تهدف إلى مساعدة المريض وتمكينه من الاستفادة من امكانيات وخدمات المؤسسة الطبية التي يتعالج بها.¹

***مستويات الرعاية الصحية:** وتشمل أربع مجالات:

(1) **الرعاية الذاتية:** حيث يتحمل الفرد أو العائلة المسؤولية لحماية انفسهم من الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة، وهذا المستوى يعتمد على المستوى الاجتماعي والثقافي للفرد والوعي الصحي لديه.

(2) **الرعاية الصحية الأولية:** تلبي حاجة المواطن وقائية وعلاجية وتمثل ما يلي:

- خدمات صحية أساسية عند مراجعة الفرد للمؤسسات المتوفرة فيها الرعاية.
- وصول الخدمات الصحية إلى الأفراد والعوائل في أماكن تواجدهم، عن طريق انطلاق المؤسسات إلى هناك بكوادر طبية كاملة، لأن الصحة حق إنساني من حقوق الإنسان وهدف اجتماعي عالي النطاق، وتقدم هذه الخدمات من خلال مؤسسات تابعة لوزارة الصحة، مثل خدمات الأمومة والطفولة الصحة البيئية، الصحة المدرسية، التثقيف الصحي.

¹ محمد عبيد عياد الفهيدى: **تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الصحية الأولية**، رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على شهادات الماجستير العلوم الاجتماعية، الرياض، 2012، جامعة نايف للعلوم الأمنية، ص

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

(3) مستوى الرعاية الصحية المتخصصة: تشمل الخدمات الصحية المتخصصة كالجراحة والباطني وطب العيون، والولادة، وتقدم في المستشفيات المتخصصة أو العيادات الاختصاصية.

(4) مستوى الرعاية الصحية المتطورة التخصصية: كالجراح المتخصصة في مجال القلب، الدماغ، حالات العقم، أطفال الأنابيب.

*أهداف الرعاية الصحية:

- (1) أهداف قريبة: وتتجسد في توفير الوقاية والحفاظ على سلامة المواطنين من الأمراض والعاثات، وتوفير سبل العلاج لمن يحتاجها والمعرفة الكاملة بكيفية التعامل مع المريض وظروفه المحيطة، وكيفية التعامل مع الطاقم الطبي ككل.
- (2) أهداف بعيدة: من خلال توفير الرعاية الصحية للمواطنين وتوفير كافة سبل السلامة والوقاية اللازمة، من مختلف الأمراض والأوبئة المحتملة حتى يتمكن هؤلاء الأفراد من أداء واجباتهم ومسؤولياتهم الاجتماعية على أكمل وجه.¹

*عناصر الرعاية الصحية:

- (1) القوى البشرية المتخصصة: بمعنى ضرورة أن يكون هناك أفراد متخصصين في المجال الطبي كالأطباء والأخصائيين في مختلف مجالات الطب إضافة إلى الكوادر الشبه الطبية والطاقم التمريضي.
- (2) المرضى أو العملاء: وهم المستفيدون من هذه الرعاية، وقد يتعسر تلبية كافة متطلباتهم واحتياجاتهم الصحية، بسبب عدة عوامل مثل العوامل الديمغرافية عدد أفراد الأسرة، مستوى التغذية الصحي.

¹ محمد عبيد عياد الفهيري: مرجع سابق، ص 26.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

- (3) **الأجهزة والمعدات:** وهي عنصر مهم، لأنه إذا توافرت الأجهزة والمعدات والآلات والتكنولوجيا المناسبة، ساعد ذلك في تشخيص الأمراض وعلاجها.
- (4) **المستهلكات الطبية وغير الطبية:** فكلما توفرت هذه المستهلكات بالكمية والنوعية المناسبة، ساعد ذلك في رفع مستوى الرعاية الصحية المقدمة.
- (5) **المعلومات والتنظيم:** فكلما توفر نظام معلوماتي دقيق حول مختلف الجوانب الصحية داخل المجتمع، كلما زاد ذلك من مقدرة المؤسسة الصحية على تقديم خدمة صحية جيدة.
- (6) **الإدارة واتخاذ القرارات:** إذ لا بد من توافر إدارة مدعومة بوسائل تخطيطية وتنظيمية وإشرافية ورقابية، حتى تتمكن من تحقيق نجاح على مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة.¹

*صفات الرعاية الصحية:

- (1) تستوجب المشاركة الكاملة لكافة شرائح المجتمع وفئاته دون تمييز.
- (2) يجب أن تكون تكاليف الرعاية الصحية متوفرة من قبل المجتمع ومتاحة في كل مرحلة من مراحلها.
- (3) يجب أن تكون الرعاية الصحية، جزءا هاما في منظومة التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة داخل المجتمع.
- (4) أن تعتمد على تقنيات وآليات صالحة عمليا ومقبولة اجتماعيا.
- (5) أن تكون متاحة لكافة أطياف المجتمع ومتوفرة دون تمييز.

¹ ذياب صلاح محمود: إدارة خدمات الرعاية الصحية، ط1، دار الفكر، 2010، الأردن، ص 175.

*الكفاءات الواجب توافرها في المنتمين لمجال الرعاية الصحية:

- أن يتمتع العاملون بمجال الرعاية الصحية، بمستويات عالية من المهنية والكفاءة والتخصصية، بسبب أن وظيفتهم تستوجب الدقة وعدم الوقوع في أخطاء طبية تنتج عنها عواقب وخيمة.
- أن يكون المختص في مجال الرعاية الصحية، ملماً بالقوانين والأنظمة المتعلقة بمجال عمله.
- أن يكون هناك حسن الولاء والانتماء لعمله.
- القدرة على اتخاذ القرار بشأن الحالة المرضية بعد التقدير الصائب لهذه الحالة.
- عدم التدخل في الشؤون المهنية للتخصصات الطبية الأخرى، والشؤون الإدارية للمنظمة الصحية المنتمي إليها.
- التنمية المهنية عن طريق الدورات والندوات والمحاضرات.
- المتابعة المستمرة لكافة المستجدات حول المجال الطبي ومجالات الرعاية الصحية.
- السرية التامة فيما يتعلق بالمرض وعدم التدخل في حياتهم الخاصة، ما لم تكن لها علاقة بالعلاج.¹

*مستويات الرعاية الصحية:

(1) مستوى الرعاية الشخصية أو الذاتية.

¹ قدرى الشيخ علي وآخرون: علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ط1، 2008، الأردن، ص

(2) مستوى الرعاية الصحية الأولية.

(3) مستوى الخدمات الصحية التخصصية.

(4) مستوى الخدمات الصحية التخصصية المتطورة.

***المشكلات التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية:**

- العوائق التمويلية التي تساهم في توفير رعاية صحية كمية ونوعية.
- التوزيع الجغرافي غير العادل واللا متناسب للقوى البشرية، أو الطاقات البشرية الطبية ووحدات الرعاية الصحية.
- ازدياد الرسوم المتعلقة بتكلفة المعالجة والرعاية الصحية، مما يصعب على أصحاب الدخل المتدنية والمتوسطة الحصول على رعاية صحية ملائمة.
- كلما ازداد التخصص دقة وتفرعا، كلما اقتربنا إلى مشكلة تجزئة المريض بين أكثر من تخصص طبي، وبالتالي تضخم فاتورته العلاجية.

ب/ السياسات الصحية:

***تعريف السياسة الصحية:** تعرف بأنها موقف الحكومة الرسمي في المجال الصحي وتترجم هذا الموقف من خلال خطابات رسمية، ومستندات ووثائق ذات صفة ادارية ودستورية، وتعمل الأنظمة الدولية على الاهتمام بالمجال الصحي، من خلال رسم سياسات صحية واضحة المعالم والتنفيذ، بسبب ظهور الأزمات الصحية منذ نهاية القرن 20م. والتطور الحاصل حول محددات الحالات الصحية، وعدم كفاءة الطرق العلاجية المعمول بها للوصول لأكبر عدد ممكن من الأفراد، إلى جانب ضرورة التنسيق بين المتدخلين في ميدان الصحة والعمل على مواجهة غياب آليات وميكانيزمات فاعلة تقوم

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

بقياس المستوى الحقيقي للمحصلات الصحية، حول تلبية المتطلبات العلاجية في ظل ما هو متاح من موارد مادية ومالية وبشرية.

وتعرف أيضا بأنها: "تلك العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض، ضمن شبكة من الاتصالات التي تعمل معا لتحقيق هدف النظام العام، والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، والمحافظة على تطوره وتنميته".

كما تعرف بأنها ذلك الموقف الذي تتخذه الحكومة بصفة رسمية، في مجال الصحة من خلال منظومة من الخطابات الرسمية، أو من خلال الوثائق الدستورية والإدارية.¹

*مقومات السياسة الصحية:

(1) الالتزام السياسي: لابد من وجود التزام سياسي صريح، حتى يمكن رسم خطة

سياسة صحية وطنية وتنفيذها وبالتالي تحقيق الأهداف المرسومة.

(2) الاعتبارات الاجتماعية: بمعنى أن تتكامل السياسة الصحية مع السياسة

الاجتماعية والاقتصادية، الهادفة إلى تحسين نوعية الحياة للأفراد المهمشين

وتقليص الفجوة بين الطبقة الغنية والكادحة.

(3) مشاركة المجتمع: لابد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة

والواعية من المجتمع، من خلال أن تتحمل كل من الأسرة والأفراد مسؤولياتهم

تجاه صحتهم.

¹ Jean _ Paul Grangaud, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, défis nationaux et enjeux partages (Impe, 2012), P 10.

(4) الإصلاح الإداري: لابد من تعزيز وتكييف النظم والهياكل الخاصة بكل القطاعات الحيوية داخل المجتمع، من أجل ضمان كفاءة وضع السياسة الصحية الفعالة.

(5) سن التشريعات: لابد من سن تشريعات خاصة بحماية البيئة والضمان الاجتماعي والتأمين الصحي، لضمان تنفيذ أمثل لسياسة صحية جيدة.

(6) تخصيص الموارد المالية: بحيث أن عملية وضع سياسة صحية تتطلب إعادة النظر في وضع ميزانية صحية وطنية، تتماشى مع متطلبات الوضع القائم.

(7) إعداد خطة عمل: إن السياسة الصحية هي ترجمة واقعية وحقيقية لخطة عمل معينة لها أهداف تم تحديدها سلفاً، وتشمل هذه الخطة مجموعة من التفاصيل من حيث الإطار الزمني والمكاني، ومراقبة تنفيذ وتقييم النتائج.¹

***أهمية السياسة الصحية:** تحتل السياسة الصحية مكانة مهمة في إطار التنمية الشاملة نظراً لارتباطها الوثيق بمستويات الوفيات، ومعدلات الإصابة بالأمراض والمشاكل الصحية المختلفة، لذا فالسياسة الصحية تعمل على التخفيض من معدلات الوفيات إلى أدنى حد ممكن والارتقاء بالحالة الصحية للسكان، وقد أكدت هذه التوجهات والأهداف من خلال انعقاد المؤتمرات العالمية، ففي مؤتمر بوخاريسست للتنمية والسكان المنعقد في 1974 ظهر ما يسمى بالخطة السكانية، وأهم أهدافها الكمية الواجب على الدول تحقيقها خلال مواعيد محددة مسبقاً، هو الوصول إلى زيادة توقع الحياة عند الميلاد إلى حوالي 50 سنة في عام 1985، وقد أكدت هذه الأهداف الأساسية الصحية لإصدار إعلان مؤتمر انعقد في كازاخستان 1987 لمناقشة خطط الرعاية الصحية، والذي أشار إلى أن

¹ رضا راولية: التحضر والصحة في المجتمع الجزائري، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، في العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011/2010، ص ص (69-70).

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

الحالة الصحية تهدف بالأساس إلى تحقيق الرعاية الكاملة، من الناحية الاجتماعية والعقلية والجسدية، وليست مجرد القضاء على الأمراض أو حالات العجز الصحي، على اعتبار أن الصحة من أهم حقوق الانسان، المنصوص عليها في كافة التشريعات العالمية وقد تم ترجمة هذه التوجهات في صورة استراتيجيات شاملة، هدفها تحقيق مستويات قصوى من الرعاية الصحية لكل طبقات المجتمع بحلول سنة 2000م، مع العمل على توزيع مختلف الخدمات الصحية، في كافة التنظيمات الاجتماعية كالأسرة والمدرسة والمصنع...إلخ.

*أهداف السياسة الصحية:

- ضمان العدالة والتأكيد على حق كل فرد في الحماية والرعاية الصحية.
- منح فرص الوقاية والعلاج لجميع السكان وتقوية مبدأ التضامن الاجتماعي.
- ضمان التغطية الصحية، وتحقيق توازن سكاني متوفرة به كافة المتطلبات الصحية الناتجة عنه.
- تحقيق تنمية صحية ثم رسمها ضمن استراتيجيات الخطة الشاملة للتنمية الوطنية.
- الحفاظ على استقرار النظام الصحي وتحقيقه لمستويات كفاءة عالية.

- تعمل السياسات الصحية على توضيح كيفية اتخاذ قرارات داخل المنظمات الصحية، وتحديد كافة الخطوط العريضة لهذه المنظمات ورسم أهدافها المرغوبة.¹

*المتطلبات الأساسية لبرامج السياسة الصحية:

- 1- **التخطيط الصحي:** وذلك بالاهتمام بالمقاييس التي يجب تحقيقها في المجال الصحي، واعتبارها عناصر حيوية داخل المخططات التنموية الشاملة.
- 2- **الإدارة الصحية:** بمعنى أن تكون هناك برامج تدريبية، تهتم بإعداد أشخاص متخصصين في إدارة الصحة العامة، والمؤسسات التابعة لمجال الصحة باختلاف أنواعها. وتزويدهم بماهية الوظائف التي تسند لهم داخل مجتمعاتهم المحلية.²
- 3- **التعليم الصحي:** يتطلب التعليم الصحي في بعض المجتمعات، تعاوننا فعالا على المستوى المحلي والاستعدادات التي يبديها الأشخاص، بعيدا عن الممارسات التقليدية المعمول بها والتعليم الصحي، يكون فعالا بسبب وجود وعي صحي حقيقي من طرف ممارسيه.³
- 4- **الخدمات الصحية الريفية:** بمعنى إعطاء أهمية للاعتبارات الصحية لسكان الأرياف الذين يستحقون الكثير من الخدمات الصحية، حتى يكون عنصرا فاعلا داخل المنظومة الاقتصادية التنموية.

¹ صلاح محمود ذياب: إدارة خدمات الرعاية الصحية، (د ط)، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2009، ص 218.

² محمد أحمد بيومي و إسماعيل أبو سعد: السياسة العامة بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، دون سنة، مصر، ص 143.

³ محمد أحمد بيومي، إسماعيل أبو سعد: نفس المرجع، ص 144.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

5-تنسيق الخدمات الاجتماعية: أي يكون هناك اهتمام واضح وعالي بالعلاقة التي تربط قطاع الصحة والخدمات العامة أو الخاصة. إذ ترجع النقائص الموجودة في برامج الرفاهية الاجتماعية إلى عدم التقدير الجيد لهذه العلاقة.

*معايير تقييم السياسات الصحية:

- معدل الحياة والوفيات وعبئ المرض.
- الوفيات والمرض الناجمين عن أسباب محددة.
- الأمراض المعدية المنتقلة.
- التغطية بالخدمات الصحية.
- عوامل الخطر المتعلقة بمعدلات الوفيات والأمراض، وسوء التغذية.
- انخفاض الوزن عند الميلاد.
- الأنظمة الصحية (البنى التحتية المتوفرة وكثافة القوى العاملة بالصحة).
- الانفاق الصحي (انفاق حكومي أو خاص، أو خارجي).
- حالات الغبن في المجال الصحي.
- الاحصاءات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

*العوامل المؤثرة في وضع السياسات الصحية:

1) السكان: من خلال جمع بيانات حول معدل النمو السكاني، عدد السكان، توزيع السكان حسب أعمارهم، المستوى الثقافي للسكان، معدل الدخل القومي.

(2) الموارد الطبيعية المتوفرة: من خلال ما هو متاح من موارد الخام في الطبيعة كالبتروول والمعادن والمياه، إضافة إلى توفر القوى البشرية ومستوى الرضا لديهم تجاه النظام الصحي المتبع، وحجم الانفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى.

(3) العوامل الطبيعية البيئية: كالمناخ والطقس والأوبئة.

(4) العوامل الوراثية السائدة: وتكون معروفة لدى الأطباء والعاملين بالقطاع الصحي مثل أمراض الإعاقات والشلل.

(5) المتغيرات السياسية والتكنولوجية: بمعنى مدى تماشي النظام الصحي الموضوع مع النظام السياسي، ومدى تأثره بالتكنولوجيا الحديثة.

(6) متغيرات وعوامل أخرى: مثل حركة الصادرات والواردات الغذائية، معدلات الأمية، المراكز التي تشرف على تعليم المهن الطبية المختلفة...إلخ.

ج/ الخدمات الصحية:

*الخدمة الصحية: وهي جزء من الخدمة الاجتماعية المقدمة للمجتمع، وتقصد بها تلك الخدمات التشخيصية والعلاجية، التي يقدمها أعضاء الفريق الطبي إلى فرد أو أكثر من أفراد المجتمع، وتتضمن الخدمات التي يحتاجها المريض في فحوص وتشخيص وتقديم الدواء والغذاء أو ادخاله في إحدى المؤسسات الصحية، وتوجه الخدمات إلى المجتمع كافة لرفع مستواه الصحي كبرامج التوعية والتثقيف الصحي. بينما الرعاية الطبية تقدم الخدمة للفرد الواحد ويمكن أن تتضمن خدمات وقائية، لكنها تقدم بشكل فردي للأفراد ومن خلال الخدمة الطبية وتنقسم خدمات الرعاية الطبية إلى:

• خدمات مباشرة: يقوم بها الطبيب.

• خدمات غير مباشرة: يقدمها أعضاء الفريق الطبي.¹

ليس هناك اجماع كلي حول معنى الخدمة الصحية، فهناك من يعتبر أن الخدمة الصحية هي جزء من الرعاية الطبية وغيرهم يرى عكس ذلك.

تعتبر الخدمة الصحية هي تلك الخدمات العلاجية، أو الاستشفائية أو التشخيصية المقدمة من طرف فريق طبي متخصص لفرد واحد، أو مجموعة من الأفراد داخل المجتمع وهذه الخدمة قد تكون عبارة عن توضيحات ومعلومات، حول مرض ما وطرق الوقاية منه وتجنب وقوعه في المستقبل.² وتعرف الخدمة الصحية بأنها نشاط يتم تقديمه لمن يحتاجه من فئة المرضى دون أن يرتبط الأمر ببيع سلعة أو خدمة أخرى. وهي واحدة من المهام الرئيسية التي ينبغي تغطيتها، من قبل من يضع ويخطط ويرسم السياسات الصحية تبعا لجملة من الميكانيزمات والعوامل المساعدة. وقد عرفت على أنها تلك العلاقة مع مختلف الوظائف سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة، بغرض المحافظة على تعزيز الحالة الصحية وهذه الوظائف قد تكون وقائية أو علاجية.

إن الخدمة الصحية تعتبر مظهرا من مظاهر التنمية الاجتماعية والاقتصادية داخل أي مجتمع، لأنها تساهم في بناء وتكوين أفراد، لديهم القدرة على العطاء والأداء الجيد ولها خصوصية اجتماعية تتجلى في تكوين مجتمع سليم جسمانيا وعقليا ونفسيا، مجتمع له القدرة الذاتية على المعالجة والتعافي من مختلف الأمراض، التي تصيبه. كما للخدمة الصحية خصوصية اقتصادية، تبرز من خلال الحفاظ على صحة الانسان الذي هو

¹ أسماء محمد صالح: علم الاجتماع الطبي، ط 1، دار الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص ص (51-52).

² عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، ، 2011، 2012، ص 36.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

محور العملية الإنتاجية والقائد المنفذ، لمختلف المشاريع الاقتصادية إضافة إلى خصوصيتها الأخلاقية، المتمثلة في التخفيف من آلام الانسان وخلق وبعث روح الأمل فيه بإمكانية الشفاء من كافة الأمراض المحيطة به. و قد عرفها سيد محمد جاد الرب بأنها تلك الأنشطة والفعاليات غير الملموسة و سريعة الزوال، تحدث من خلال عملية تفاعل هدفها تلبية توقعات العملاء وارضائهم، وتتصف هذه الخدمة بأنها عبارة عن نشاط يخلق قيمة وإضافة إيجابية للعميل المتلقي لها، خلال فترة زمنية محددة ومكان معين وهدفها إحداث تغيير إيجابي منشود ومرغوب.

*خصائص الخدمات الصحية:

1- **عدم ملموسية الخدمة الصحية:** داخل المؤسسات الصحية قد لا يبدو أن المريض يدفع قيمة الخدمات المقدمة له، لأن عملية الشفاء تقتضي بعض الوقت وتبلور آراء المرضى، وتقييمهم لجودة الرعاية الصحية التي يتلقونها.

2- **التزام (تزامن الإنتاج والاستهلاك):** بما أن هذه المؤسسات تعتبر قطاعا خدماتيا فهي بالضرورة تنتج وتستهلك خدمة في ذات الوقت، مما يعني أن الخدمة ليست منتجا يركب ويخزن ثم يباع فيما بعد، لكن بسبب خاصية التزامن لا يمكن استرجاع خدمة قدمت بجودة متدنية واستبدالها، حتى لو صححت عملية إنتاجها و قدمت بجودة عالية لعملاء آخرين.

3- **عدم القابلية للتخزين:** بمعنى أن المؤسسات الصحية تقوم بتقديم خدمات صحية خلال فترات زمنية محددة وبإمكانيات معينة، وإذا تجاوزت تلك الفترات فهي ستهدر حتما.

4-المشاركة الممكنة للمريض المتلقي للخدمة: إن المرضى المتلقين للخدمات الصحية يوصفون بأنهم مدخلات الخدمة، وتوصف حالاتهم بعد التشخيص والعلاج بأنهم مخرجات، وهو عنصر متفاعل مع المؤسسة الصحية حين تلقيه للخدمة الصحية.

5-الاختلاف والتباين وعدم التماثل فيما بينها: هذه الخدمات لها خاصية عدم التجانس واللا تماثل، لأنها تعتمد على مهارة وأداء سلوك من يقدم الخدمة والزمان والمكان والمعلومات التي يقدمها المريض، للمؤسسات الصحية المشرفة على هذه الخدمات.

6-الجودة في تقديم الخدمة الصحية: أي بما يتماشى مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع وبأقل تكلفة ممكنة، وهي تؤدي حتما إلى تغيير في الحالات المرضية، ونسبة الوفيات وسوء التغذية.¹

7-حصول منفعة أو عدة منافع يستفيد منها المريض عند تلقيه لهذه الخدمة الصحية. وتكون في حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية.²

8-تتميز خدمات الرعاية الصحية بكونها عامة للزبائن، وتسعى من خلال تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف الجهات، سواء كانوا أفرادا أو جماعات أو هيئات.

***جودة الخدمات الصحية:** يقصد بالجودة في الخدمات الصحية، ما جاء به خسروف والذي يرجع له استخدام هذا المصطلح لأول مرة، في مجال الطب حيث يقول بأن الممرضة "فلورسن نايتفيل" كانت تقوم بتقديم رعاية صحية، داخل المستشفيات العسكرية

¹ محمد الطعمانة: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 17، العدد 1، جامعة اليرموك، إربد، الأردن، ص 90.

² بن فرحات عبد الناصر: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة في الجزائر على نوعية الخدمات، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2017/2018، ص 06.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

حلال حرب القرم من خلال إدخال معايير أداء بسيطة في عملها، مما خفض من نسبة الوفيات. ويقصد بالجودة في الخدمات الصحية هي تلك الإجراءات الموضوعية للتأكد من القدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية، من جودة الخدمة الصحية المقدمة لمن يحتاجها إضافة إلى أنها ذلك المقدار الذي تحققه المؤسسة الصحية، من الأمان لمعاملها ومستلمي خدماتها. وتعرف بأنها ذلك الفرق الذي يفصل العميل عن الخدمة والجودة التي يحس بها بعد استعماله لها وتقديمها له.

* أشكال جودة الخدمات الصحية:

1- الجودة التي يمكن قياسها: وتتمثل في الجودة التي تتطابق مع المعايير التي تأخذ شكل أدلة العمل الاكلينيكية، والتوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع.

2- الجودة التي يتم تقديمها: وتتمثل في إدراك وتقدير التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس، وأن تعتمد على مجالس مراجعة الأداء في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص، لتحديد إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع الحالة المرضية قد تم بشكل جيد.

3- الجودة التي يمكن إدراكها: وتتمثل في درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة والمراقب للرعاية الصحية، وتكون مبنية بدرجة كبيرة على مدى العناية والرعاية التي يعطيها الأطباء والطاقم الطبي، ككل لضرورة توفير بيئة صحية ملائمة تعتمد على الحداثة والتطور.

*أهداف جودة الخدمات الصحية:

- 1- تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية، ترضي المرضى وتجعلهم يشعرون بالانتماء لها.
- 2- تحقيق مستويات إنتاجية عالية، من خلال تطبيق معايير الجودة العالية في الخدمة الصحية.
- 3- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بفاعلية وكفاءة جيدة.
- 4- تطوير قنوات الاتصال بين من يقدم الخدمة الصحية ومن يتلقاها.
- 5- كسب رضا العميل (المريض).
- 6- تحسين معنويات العاملين داخل المنظمات الصحية، وتعزيز ثقتهم بأنفسهم وبالتالي الحصول على نتائج خدمتية أحسن.

*مستويات الخدمة الصحية:

- 1- **الخدمات الصحية الأولية:** وهي تلك الخدمات التي يتلقاها الأفراد بهدف تجنب وقوعه في المرض وهي تكون إما خدمات مراقبة الأغذية، أو خدمات الموافقة الصحية على طلبات المصانع المختصة في إنتاج الأغذية، وخدمات صحية تخص المطاعم أو خدمات صحية، تقوم بأخذ عينة دورية عشوائية من المواطنين للتأكد من خلوهم من وجود طفيليات، أو خدمات صحية تهتم بتنظيم الأسرة.
- 2- **الخدمات الصحية الثانوية (العلاجية):** وتشمل جميع الخدمات الصحية العلاجية المقدمة على مستوى المراكز الصحية الحضرية ومراكز الطفولة والأمومة، ومتلقي

الفصل الثالث: سوسيولوجيا التنمية الإجتماعية

هذه الخدمات يكون فردا مريضا محتاجا للعلاج الطبي، كما تشمل هذه الخدمات المناطق البعيدة من خلال تجهيز عيادات متنقلة.¹

3-الخدمات الصحية الثالثة أو التخصصية (المرجعية): وهي تلك الرعاية الصحية التي تقدم داخل مستشفيات تخصصية في أمراض محددة، وذات أجهزة طبية متطورة، وطاقم طبي ذو كفاءة مهنية عالية وخبرة جيدة، كما يعبر عنها بأنها تلك الخدمات التي تهدف إلى الحد من المرض، وتدهور الحالات الصحية للأفراد.

*مرتكزات الخدمات الصحية:

1-حقيقة الخدمة: وهي كل ما تعلق بملموسية الخدمة الصحية، والتي يستطيع المريض المستفيد أن يميزها عن باقي الخدمات الأخرى، داخل هيئة صحية أخرى.

2-جوهر الخدمة: بمعنى درجة الاستفادة الفعلية التي يتحصل عليها المريض، وهي عبارة عن المحرك الرئيسي الذي يدفعه لطلب هذه الخدمة.

3-الخدمات المدعمة: وهي تلك الخدمات الثانوية أو الإضافية، التي يتحصل عليها المريض جراء استفادته من الخدمة الصحية الجوهرية، وهي تتمثل عادة في خدمات متابعة علاج المريض وخدمات تسهيل دفع الأجور، والخدمات الإرشادية بعد خروجه من المصلحة الاستشفائية.²

***أهمية الخدمات الصحية:** يمكن تقييم المنافع التي تقدمها الخدمات الصحية من خلال عدة عناصر أبرزها:

¹ مضر زهران: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، (د ط)، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 77.
² عبد الرحمن مصطفى الملا، ثامر كريم محمد: تقييم الخدمات الصحية المقدمة في الأجنحة الخاصة للمستشفيات الحكومية من منظور المرضى، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة بغداد، العراق، العدد 91، المجلد 22، 2016، ص 117.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

- 1-تقوم بتقديم منافع بصفة مباشرة يمكن ملاحظتها، وتتمثل في التكاليف التي توفرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية محددة.
- 2-تقوم بتقديم منافع بصفة مباشرة ولكنها غير ملموسة، وتتمثل في الحد من الآلام التي يعانيتها المرضى نتيجة الخدمات الصحية التي حصل عليها.
- 3-تقوم بتقديم منافع ملموسة بصفة غير مباشرة، يمكن حسابها تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها الأفراد.

*أنواع الخدمات الصحية:

- 1-**الخدمات الصحية التعليمية:** وهي خدمات تشترط اكتساب المؤهل العلمي وتشمل كافة الخدمات الصحية المقدمة للمريض، بهدف تدريبه وتعليمه كيفية تأدية الخدمات الصحية للآخرين.
- 2-**الخدمات الصحية المهنية:** وهي خدمات موجهة للقطاع المهني، أو ما يعرف بطب العمل وتلجأ المنظمات على اختلاف أنواعها، خاصة كانت أو عمومية إلى إنشاء مراكز وأقسام صحية تابعة لها، تهتم بصحة عمالها وعائلاتهم.
- 3-**الخدمات الصحية الصيدلانية:** وتقدم هذه الخدمات للمريض حيث توفر له الدواء اللازم له من طرف طبيب صيدلاني، يوجهه ويرشده لاستخدام هذه الأدوية، وهذه الخدمة تخضع لرقابة الدولة، من خلال هيئاتها الممثلة لها مثل مديرية الصحة.
- 4-**خدمات التأهيل والرعاية الصحية:** وهي تلك الخدمات التي توجه لتأهيل المرضى والمصابين في الحوادث، وتختص بتقديم هذه الخدمات أقسام متخصصة موجودة على مستوى المؤسسات الصحية.

¹ مضر زهران: مرجع سابق، ص 98.

5-خدمات الصحة الرياضية: وهي تلك الخدمات الصحية الموجهة لفئة الرياضيين وتكون خدمات ذات طابع علاجي، لمن يصابون جراء ممارسة النشاط الرياضي إضافة إلى خدمات تخص نظام الحماية الغذائية، ومراقبة نشاط الأعضاء الجسمانية...إلخ.

6-خدمات الصحة عن بعد (الطب الإلكتروني): وكانت بداية فكرة هذه الخدمات من خلال ما قدمته وكالة الفضاء الأمريكية 'ناسا'، وتقوم بتقديم خدمات صحية باستخدام تقنيات الاتصال عن بعد، لإجراء تشخيصات طبية معينة وتقديم طرق العلاج والوقاية عن بعد.¹

7-الخدمات الصحية العلاجية: وتشمل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة مثل خدمات التشخيص وعلاج الأمراض، وتكون على شكل علاج دوائي مباشر داخل المنزل، أو من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج لرعاية سريرية داخل المستشفيات.

8-الخدمات الصحية الوقائية: وهي خدمات ترتبط عادة بصحة المجتمع بصفة غير مباشرة حيث تتضمن تلك الإجراءات، التي يتم اتخاذها لمنع حدوث المرض وهدفها تحسين مستويات الصحة، مثل أنشطة تلقيح الأطفال ضد الأمراض الوبائية مكافحة مصادر الأمراض المعدية (سلامة مياه الشرب)، الوقاية الصحية على المتاجر والمحلات...إلخ

2-التعليم والتربية: يلعب قطاع التربية والتعليم دورا جوهريا في إحداث تنمية شاملة خاصة على المستوى الاجتماعي، ويستدعي هذا الأمر نقلة نوعية على مستوى المورد

¹ وفاء سلطاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، أطروحة دكتوراه LMD علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة باتنة 2015، 2016/1، ص ص (14، 15).

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

البشري على وجه الخصوص، بوصفه قائدا للعملية التنموية ومحركا لعجلتها. ولا بد من أن يكون هناك جهودات اصلاحية مبذولة عميقة على مستوى المنظومة التربوية المتبناة داخل أي مجتمع، فالتعليم يلعب دورا حساسا في تنمية وتطوير البلاد، فعلى الصعيد الدولي تتمثل أهم التحولات في عولمة الاقتصاد، التي تشترط في المنظومة التربوية أن تكون لائقة لمواجهة التنافس الموجود على كافة الأصعدة عالميا. فالرفاهية الاقتصادية للأمم ترتبط إلى حد كبير بحجم ونوعية المعارف العلمية، والمهارات التكنولوجية إضافة إلى الوسائل المتطورة للإعلام والاتصال، كما تشترط المواثيق الدولية أن تكون المناهج التربوية _ التي تسعى لتحقيق التنمية _ أن يكون تركيزها في برامجها ومناهجها البيداغوجية على تنمية القدرات التي تسمح بالتكيف، مع كافة التطورات وحسن ادماج المعلمين في وسط مهني معولم.¹ كما لا يفوتنا أن التعليم هو مطلب أساسي ومهم تتطلبه أي عملية تنموية مهما كان مجالها، سواء كانت تنمية اجتماعية أو اقتصادية أو سياسية... إلخ. ولقد تم التركيز على هذه الأهمية الكبيرة وترجمتها في جدول أعمال القرن 21م بوصف أن التعليم هو من أهم المكاسب، التي قد يتحصل عليها الانسان ومضيه قدما في طريق النجاح، ذلك لأن هناك علاقة وثيقة بين المستوى التعليمي الموجود داخل المجتمعات ومستوى التطور الاجتماعي والاقتصادي الموجود داخلها، ومن خلال الوثيقة الصادرة عن أعمال مؤتمر القرن 21م، يمكن استخلاص عدة نقاط ترتكز عليها أي منظومة تعليمية:

• اعادة توجيه التعليم نحو التنمية المستدامة.

• زيادة فرص التدريس.

¹ مسعود البلي: مرجع سابق، ص 129.

• زيادة التوعية العامة، وقد حققت الدول نجاحات ملموسة في مجال التعليم، من خلال تقديم دورات تدريبية لسكانها، للتعامل مع كل ما هو معلوماتي حديث وقد حددت مؤشرات التعليم من خلال عدة عناصر أهمها: * معدل معرفة القراءة والكتابة * معدل الالتحاق بالمرحلة التعليمية المختلفة.¹ كما أن الاستثمار في العملية التعليمية وتنمية المهارات الأخرى، بات ضرورة ملحة للأفراد، خاصة في دول العالم النامي، من أجل إيجاد فرص للمنافسة في ظل التغير السريع للاقتصاد القائم على المعرفة، والذي بدوره يعمل على تعزيز انتاجية العمل والقدرة على توليد دخل أكبر، إذا فالاستثمار في التعليم ليس هدفه فقط إنجاح الاقتصاد القومي، بل هو استثمار في الطاقات البشرية على أساس عدة مبادئ مثل الديمقراطية في توزيع فرص التعليم، بين كافة شرائح المجتمع، وتعزيز الارتقاء وإعادة تدوير الطاقات، وتفعيلها لإنجاح المخططات التنموية داخل المجتمع.

3-العدالة (المساواة) الاجتماعية: تعرف العدالة الاجتماعية بأنها: ذلك التوزيع العادل للدخل القومي ما بين الطبقات الاجتماعية، وما بين مختلف الأفراد داخل كل طبقة. وليس معنى هذا المقصود منه المساواة في توزيع الأجور والدخول، بل معناه أن يتناسب العائد مع المساهمات في الإنتاج من طرف الأفراد، مع الأخذ بعين الاعتبار بعض الأسباب الانسانية، كما تهدف العدالة الاجتماعية، باعتبارها مؤشرا حيويًا من مؤشرات التنمية الاجتماعية إلى التوفيق بين حاجات الانسان وقدراته، وبين ما يحتاجه وما يقدمه المجتمع فعليًا. إضافة إلى أنها تهدف إلى القضاء على أي فوارق اجتماعية بين مختلف شرائح المجتمع، وتنظيم توزيع الموارد الاقتصادية المتاحة داخل هذا المجتمع من خلال تكريس مبدأ تكافؤ الفرص بين الأفراد، وبذل كافة السبل والمجهودات التي تعمل على

¹ مصطفى يوسف كافي: التنمية المستدامة، (د ط)، شركة دار الأكاديميون للنشر والتوزيع، الأردن، 2017، ص 98.

الفصل الثالث: سوسيولوجيا التنمية الإجتماعية

تحقيق فعلي للأسباب المحققة لهذه العدالة كفرص التعليم الصحة، الضمان الاجتماعي الرعاية الاجتماعية والصحية). ويجدر الإشارة إلى أنه يوجد داخل كل تجمع انساني في أي بقعة جغرافية مأهولة، فئات مهمشة مثل الأقليات، المرأة، السكان الأصليين والمنحرفين... إلخ، لذا وجب الاهتمام بهذه الفئات ومراعاة ادماجها دمجا يتماشى مع ما تم رسمه من مخططات تنموية، لكل مجتمع بعيدا عن أي نظرة عرقية أو جنسية أو عنصرية. والمساواة (العدالة) الاجتماعية تعد من أهم قضايا التنمية باختلاف أنواعها فهي تعكس لدرجة كبيرة نوعية الحياة والمشاركة العامة، وهنا يمكن أن ترتبط درجة المساواة بدرجة العدالة والشمولية في التوزيع، الذي يمس مختلف الموارد المتاحة وإتاحة الفرص واتخاذ القرارات ونقصد بالفرص أن يتمكن الأفراد، من أخذ فرصهم في الحصول على عمل والخدمات العامة (صحة، تعليم، سكن... إلخ) فمن خلال الاهتمام بمبدأ المساواة الاجتماعية يمكن إبراز قضية مكافحة الفقر، والعمل وتسييل الضوء على كيفية توزيع ما هو متاح من موارد (مالية، مادية) داخل أي مجتمع. ونجد أن جدول أعمال القرن الحادي والعشرين (**Agenda 21**)، قد عالج مسألة العدالة الاجتماعية في الفصول ذات العلاقة بمؤشر الفقر، وأنماط الإنتاج والاستهلاك، والمرأة، والطفولة والمجتمعات المحلية. وقضية العدالة الاجتماعية على الرغم من الاهتمام المتزايد بدراساتها والتطرق لها من قبل الاتفاقيات والمعاهدات العالمية، إلا أن أغلب البلدان لم تحقق نجاحا ملموسا وفعليا في مواجهة سوء توزيع الموارد، ومحاربة الفقر على اختلاف أشكاله وتقاس العدالة الاجتماعية من خلال عدة مؤشرات أهمها: نسبة السكان تحت خط الفقر، مقدار التفاوت بين الخمس الأغنى والخمس الأفقر من السكان.¹

4-الأمن: و يعني الأمن في مشاريع التنمية الشاملة، الأمن الاجتماعي وحماية الأفراد والجماعات من كافة مظاهر الجريمة، وتعمل العملية الأمنية على خلق المساواة

¹ مصطفى يوسف كافي: مرجع سابق، ص ص (96- 97).

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

والديمقراطية الاجتماعية في ظل وجود، نظام وإدارة أمنية متطورة وعادلة مهمتها توفير الأمن والسكينة للمواطنين في ظل الحفاظ التام لكافة حقوق الانسان، وتطبيقها بما يقول به القانون المتبع داخل كل مجتمع. ولقد ركز جدول أعمال القرن 21م على عدة عناصر ومسائل متعلقة بمؤشر الأمن الاجتماعي مثل: العنف والجرائم ضد الأطفال والنساء وجرائم المخدرات وغيرها، من هذه التجاوزات المسيئة للواجهة الاجتماعية المشرفة للمجتمعات الانسانية، ويتم قياس الأمن الاجتماعي عادة من خلال، نسبة مرتكبي الجرائم داخل كل مجتمع.¹ والأمن يعد مؤشرا حديثا من مؤشرات التنمية الاجتماعية؛ إذ يعكس الأولوية المتزايدة التي تعطيها له مخططات التنمية داخل المجتمع، وقد دعى مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية إلى معالجة مشاكل الجريمة والعنف والمخدرات، باعتبارها من أهم مسببات ظاهرة التفكك الاجتماعي.

5- السكن (السكان): ويعد السكن اللائق أحد المكونات الأساسية للتنمية المستدامة، فتوافر السكن اللائق يسهم اسهاما كبيرا في جعل المستوطنات، أكثر أمنا وعدالة وإنتاجية وصحية، وتتأثر الأحوال المعيشية خصوصا في المناطق الحضرية بالتركيز السكاني المفرط، ونقص التخطيط والموارد المالية والبطالة، بسبب الهجرة المكثفة من الأرياف.² إذن فتوفير السكن اللائق للمواطن يعد من أهم احتياجات التنمية المستدامة، وتقاس حالة السكن في التنمية المستدامة، عادة بمؤشر واحد هو نصيب الفرد الواحد من الأمتار المربعة في الأبنية. يعتبر السكن من أهم وأكثر ضروريات الحياة لكل فرد، التي من غير الممكن الاستغناء عنها والعيش بدونها، فهو شكل للكثيرين مجالا للاستثمار ومصدرا للدخل ورمزا للديمومة الاقتصادية والاجتماعية والأمان والاستقرار، وضرورة ملحة وبمثابة

¹ مصطفى يوسف كافي: مرجع سابق، ص 99.

² بوزيد السايح: آثار تطبيق النظام الجديد للتجارة الدولية على البيئة والتنمية المستدامة، مداخلة علمية في المؤتمر الدولي السابع حول "تحرير التجارة الدولية والتنمية المستدامة، 10/11/2010، ماي 2010، جامعة سكيكدة.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

مصدرا للأمن الذاتي للأشخاص على حد سواء، والسكن في كثير من الحالات قد يعكس الحالة أو المستوى المعيشي للفرد أو الأسرة. ولقد عرف السكن أهمية منذ وقت قريب نسبيا لما له من دور مهم في دراسات المتعلقة بالتنمية السكانية، فهو ضرورة مهمة جدا من ضروريات الحياة لدى كل فرد، فقدانه يؤدي الى حالات من اللاتوازن والاحباط النفسي والاجتماعي على حد سواء، وغيابه يخلق حتما أزمات اقتصادية واجتماعية مختلفة. ويعد قطاع السكن قطاعا حيويا ومهما في الجزائر، ومن أولى الأولويات التي ترصد لها الحكومة غلafa ماليا معتبرا، وادراجه ضمن السياسات والاستراتيجيات التنموية والاقتصادية والاجتماعية، خاصة في ظل تزايد معدلات النمو الديمغرافي الذي تزامنت معه زيادة الطلب على الوحدات والحصص السكنية، وهو الأمر الذي خلق فجوة بين متلازمي العرض والطلب على الوحدات السكنية، وحرصا من الحكومة على تحقيق توازنات بين حركتي الطلب والعرض وتلبية الطلبات المتزايدة، على السكنات بما يتناسب مع قدرات السكان المالية وظروفهم المعيشية، قامت بتجنيد طاقات وموارد مالية ومادية وبشرية ضخمة لمواجهة بما يسمى بأزمة السكن والتخفيف من حدتها، ضمن اطار استراتيجي يهدف الى التوفيق بين المتطلبات الاجتماعية، والامكانيات الاقتصادية المتوفرة والمتاحة في مجال السكن والاسكان. إن سياسة الإسكان مرتبطة بسياسة التخطيط العام للتنمية، ويهدف هذا التخطيط للقضاء على مشكل السكن، إذ يعد مشكلا عالميا ينتج عنه مشاكل أخرى، بسبب عدم وجود توازن بين النمو الديموغرافي، وطلبات السكن المتزايدة وبسبب السياسة المتبعة من طرف الدولة، لإسكان أكبر عدد ممكن من المواطنين وتختلف حدة مشكل الإسكان من دولة إلى أخرى، حسب درجة تطورها وامتلاكها للتكنولوجيات الحديثة والامكانيات المادية، إلا أن هذا المشكل موجود أيضا في دول العالم المتقدم حالها حال الدول النامية، مما ينجم عنه ظهور توسعات سكانية عشوائية

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

فوضوية. وسياسة الإسكان هي عبارة عن مجموعة تدابير، تهدف إلى توفير السكن للمواطنين، لأن السكن هو عامل يعزز من اندماج الأفراد داخل مجتمعاتهم.¹

إن توفر السكن اللائق للأفراد، يعد من أهم مؤشرات وجود تنمية اجتماعية حقيقية حيث هذا الأمر يساهم بشكل أو بآخر، في بروز تجمعات سكانية انسانية تتمتع بالأمن والعدالة ومعدلات إنتاجية عالية إضافة إلى توفر بيئات صحية ملائمة للعيش الكريم، خصوصا في المناطق الحضرية الكثيرة السكان، فهناك علاقة قوية بين الأحوال المعيشية ومستوياتها وبين التركيز السكاني المفرط، داخل بقعة جغرافية محددة خصوصا في ظل نقص التخطيط للاستخدام الأمثل للموارد المادية والمالية المتاحة. إضافة إلى تأثير السلبى لظاهرة الهجرة الداخلية (من الأرياف إلى المدن)، مما يسبب ظهور تجمعات سكانية عشوائية وغير نظامية، وهو الأمر الذي يعتبر تربة خصبة لظهور ظواهر سلبية مثل الفقر، وتدهور الوضع الصحي وانعدام الاستقرار الاجتماعي للأفراد. إضافة إلى ظهور مشاكل بيئية صحية، وقد أصبحت ظاهرة الانتشار الحضري غير المدروس واللا نظامي تشكل اتجاها مهما في سياق النمو والتوزيع السكاني، إذ يمكن أن ينتج عن هذا النمو السكاني السريع ونزوح السكان، أحوال معيشية غير قابلة للاستدامة وضغط كبير على سيرورة المخططات التنموية، خاصة في المناطق الحضرية ذات الطبيعة الأيكولوجية الخاصة مما يعني بصيغة أخرى، لا بد أن تدمج في مخططات التنمية التي تتبناها أي دولة ما يسمى بالتنمية الريفية، والاهتمام بسكان هذه المناطق وتوفير خدمات صحية لائقة بسكانها، وتوفير أراضي زراعية صالحة بغرض استثمارها والتخفيف من الكثافة السكانية المرتكزة على المناطق الحضرية خصوصا.

¹ سباش ليندة: سياسة الإسكان في الجزائر وعلاقتها بالعمران، رسالة ماجستير في التنظيمات السياسية والإدارية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر، 2006، ص 25.

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

6/المشاركة الشعبية والديمقراطية: باعتقادنا أن الديمقراطية هي الإطار الصحيح القادر على تنظيم الصراعات والعلاقات والمصالح الطبقية بشكل سلمي، يؤدي بدوره إلى تنظيم الحياة الاجتماعية ويسمح لكل الأطراف، والشرائح الاجتماعية بالتعبير عن طموحاتها وآمالها ومصالحها، من جانب آخر تسمح الديمقراطية للفرد والجماعة وتعبيرهم عن آرائهم بصورة حرة بما يساهم في دفع عجلة التطور، داخل مجتمعاتهم في شتى الميادين الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وتوجد علاقة وطيدة بين التنمية والديمقراطية، فلا يمكن تخيل نهضة أمة إذا لم يكن هناك نظام ديمقراطي يجرم الاستبداد، يعمل على تحقيق وتكريس مبادئ الديمقراطية والحقوق الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وغياب الديمقراطية في دول العالم الثالث، هي من أهم عوامل تخلفها على كافة الأصعدة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.¹

ونقصد بالمشاركة الشعبية تلك العملية التي يقوم الفرد، من خلالها بالإسهام الحر الواعي في صياغة نمط حياة مجتمعه، في النواحي الاقتصادية والاجتماعية والسياسية وإتاحة الفرص الكافية له للمشاركة في وضع الأهداف العامة لحركة المجتمع وتصور أفضل الوسائل لتحقيق هذه الأهداف. والديمقراطية هي أسلوب حياة ونظام يقوم على قناعة كاملة بين مواطن المجتمع البشري، بقيمة الديمقراطية فكرا وممارسة وقناعة كاملة بالمبادئ الأساسية من حرية وعدل ومساواة، وهذه المبادئ تستلزم آليات معينة تجسد المبدأ إلى واقع حي متجدد الأفكار والأحزاب، كما يعبر عنها بأنها نظام اجتماعي فيه الشعب مصدر السلطة يمارسها نواب له ممثلون عنه. وقد وصف كانط الديمقراطية بأنها قوة مهمة للسلام، وأن تأسيس الديمقراطيات في العالم هو نزعة طبيعية رغم احتمالية وقوع انتكاسات

¹ إبراهيم مشورب: إشكالية التنمية في العالم الثالث، ط1، دار المنهل اللبناني، 2006، لبنان، ص ص (70 - 71).

7-الفقر: من أبرز الأسباب الاجتماعية لظاهرة الفقر، عدم تقديم الخدمات مثل الرعاية الصحية والتعليم وفرص العمل بالنسبة لأفراد المجتمع، تعتبر من أهم الأسباب المسببة للفقر إضافة إلى ظهور النظام الطبقي والتمييز الاجتماعي، بين مختلف طبقات المجتمع مما يعيق تحقيق مشاركة فعالة لكافة أطباق المجتمع. إن التنمية الاجتماعية ترتبط ارتباطا وثيقا بعنصر العدالة الاجتماعية، الساعية إلى الحد من تلك الاختلالات الموجودة بين المناطق الجهوية ومكافحة الفقر بشتى أشكاله، بوصفه عنصرا مهما في منظومة السياسات التنموية التي تتبناها كافة الدول الساعية إلى، خلق نهضة وتطور ونمو على كافة الأصعدة، وقد أصبح الاهتمام بالفقر وموضوعاته من أهم الأمور التي تسلط عليها الحكومات الضوء بالدراسة والتحليل والبحث، عن أنجع الحلول وأنسبها لمكافحته. والفقر يوصف بأنه يركز على مستوى رفاهية الفرد، وتحقيقه لملكية السلع والمنفعة التي تجلبها له. ومن الطبيعي أن أي عملية تنموية بشرية مستدامة، تتطلب حتما ولزاما وجود كوادر بشرية مدربة ومؤهلة علميا وتقنيا، لتحقيق أعلى مستويات في الانتاجية مما يحقق الرفاهية الاجتماعية داخل المجتمعات، ومفهوم الفقر قد يختلف من مجتمع الى آخر ومن ثقافة الى أخرى حسب الظروف المتاحة، إلا أنه يوصف بعدم قدرة الفرد على تحقيق الحد الأدنى من مستوى المعيشة، عن مستوى معين ضمن معايير اقتصادية واجتماعية محددة. يعد الفقر من أكبر التحديات التي واجهت وظلت تواجه البشرية، حيث يعد القضاء عليه أو الحد منه، بمثابة حتمية اقتصادية واجتماعية وسياسية وانسانية بالدرجة الأولى، فالفقر يعد ظاهرة عالمية ليست حكرا على دولة ما دون أخرى، اذ يشير تقرير التنمية البشرية، الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي سنة 1998 إلى أن 4,4 مليار نسمة يعيشون في البلدان النامية، ثلاثة أخصمهم لا يتمتعون بمرافق الصرف الصحي الأساسية، وثلثهم لا يحصلون على مياه الشرب الصالحة للاستهلاك البشري وربعمهم يفتقرون الى السكن اللائق، وخمسهم لا يحصلون على الخدمات الصحية

الفصل الثالث: سوسولوجيا التنمية الإجتماعية

الأساسية، وخمس أطفالهم يتعرضون لما يسمى بالتسرب المدرسي المبكر، ولا يبلغون الصف الخامس ابتدائي، مع معاناتهم بالنقص في التغذية.¹

وطرق قياس الفقر تختلف باختلاف المجتمعات الانسانية، فمن يعد فقيرا في دول أمريكا قد يكون غنيا في دول آسيا وهكذا. ولا نستطيع أن نحصر الفقر في المستويات المتدنية في الدخل أو عدم القدرة على تلبية الحاجات الضرورية لكل انسان، مثل الأكل والشرب والسكن فقط، بل يشمل أيضا عدم وجود أنظمة رعاية صحية عالية وانخفاض لفرص التعليم المتاحة للجميع إضافة إلى التدهور البيئي السكاني، ففي سنة 1996 حدد تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة فقر المقدر الذي يركز في مضمونه عن نقص القدرة على الحصول على تغذية مناسبة وصحة جيدة، إضافة إلى مستوى تعليمي مناسب.² وفي سنة 2001 تبنى تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة مقياسا للفقر البشري، لتحديد معنى الفقر الحقيقي من خلال حساب معدل الوفيات للأطفال الرضع، ومعدل الأمية ودرجة النقص في الحصول على الخدمات اللازمة إضافة إلى درجة سوء التغذية.³ وينظر للفقر على أنه مفهوم له أكثر من زاوية، حيث يمكننا التعرف على ماهيته من خلال عدة مؤشرات إضافة الى الفقر الموجود على مستوى الدخل الفردي، و الفقر في مستوى القدرات المتاحة. هناك فقر يعتمد على مؤشرات محددة غيابها يعني وجود حالة فقر حقيقية وهي:

* **مؤشر غذائي صحي:** حيث يقاس بوزن الأشخاص (الأطفال دون سن الخامسة).

¹ شيماء أسامة محمد صالح: **الفقر ومستوى التنمية البشرية في الدول العربية**، مداخلة علمية في الملتقى الدولي حول تقييم سياسات الاقلال من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة، جامعة الجزائر 9، 8، 7، ديسمبر 2014، ص 01.

² دلول كمال: **دور الإذاعة المحلية في التنمية الاجتماعية**، أطروحة ماجستير علم الاجتماع الاتصال، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2012/2011، الجزائر، بسكرة، ص 74.

³ دلول كمال: **نفس المرجع**، ص 74.

* مؤشر صحي إيجابي: ويقاس بنسبة حالات الولادات دون إشراف صحي.

* مؤشر تعليمي معرفي: ويقاس بنسبة الأمية المنتشرة داخل المجتمع.¹

8-البطالة: وجدت البطالة كظاهرة في جميع المجتمعات الانسانية في القديم في العصر الحالي، ولا يكاد يوجد مجتمع يخلو من وجودها، وقد شغلت هذه الظاهرة حيزا كبيرا من اهتمام الخبراء الاقتصاديين، بغرض معرفة ما العوامل والمتغيرات المتحكمة والمتسببة فيها. وهي بمثابة مشكلة حقيقية تواجه دول العالم، لأنها أضحت تهدد استقرارها وتماسكها لما لها من انعكاسات وآثار جانبية، سواء كانت طابع اقتصادي أو اجتماعي أو حتى سياسي وتختلف أسباب البطالة، باختلاف كل مجتمع وجدت فيه اذ تتراوح بين الأسباب الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، فمثلا نجد في الدول النامية تظهر بسبب انخفاض معدلات النمو الاقتصادي الناجمة عن فشل السياسات الاقتصادية أو في حالات إحلال العمالة الوافدة، مكان العمالة المحلية. اضافة الى وجود ما يسمى بتفاقم المديونية الخارجية للدول النامية، مما يجعلها تضطر لسياسات التقشف، كما لا يفوتنا أن للبطالة عدة أسباب اجتماعية، مثل ارتفاع معدلات نمو السكان في كثير من الدول مما يحول، دون قدرة الاقتصاديات الوطنية على استيعاب الخريجين الجدد سنويا لسوق العمل، اضافة الى تراجع معدلات هجرة الأيدي العاملة للخارج مما يعني وجود حالات تركزها داخل الدولة، وبالتالي عجز الاقتصاد المحلي عن توفير فرص عمل حقيقية، أيضا التأثير السلبي للثقافات الاجتماعية التي تسود في بعض الدول والتي تعيب على الفرد العمل في وظائف محددة، وبالتالي وجود عدد كبير من الأفراد العاطلين عن العمل.²

¹ شيماء أسامة محمد صالح: مرجع سابق، ص04.

² شيماء أسامة محمد صالح: مرجع سابق، ص12.

خلاصة الفصل

إن من أبرز الخصائص المميزة للتنمية داخل المجتمع الانساني كونها ليست عملية تطور تاريخي تلقائي، بل هي عملية تتم على أساس التدخل المستمر المقصود في المجتمعات و تستمر عن طريق هيئات التنمية، التي تكون جزءا من بناء الدولة. فالتنمية تنطوي على توسيع كبير في جميع مجالات القدرات الإنسانية و النشاط الإنساني. و يشمل ذلك المجالات الروحية و الفكرية و التكنولوجية و الاقتصادية و الاجتماعية وهكذا لا يقتصر مفهوم التنمية على النمو الاقتصادي فقط، و إنما يجب أن تشتمل و بشكل جوهري على تغير إجتماعي عام ، وعلى تغيرات محددة في البناء الاجتماعي القائم. ولا شك أن كل عنصر من هذين العنصرين يؤثر في الآخر بشكل متبادل فالنمو الاقتصادي لا يمكن أن يستمر في المدى البعيد بدون تغير في الاتجاه نحو الديمقراطية الاجتماعية لأن كلها يعمل لخدمة الآخر و يوصل إليه.

الفصل الرابع:

واقع العمل الجمعي

في الجزائر

خطة الفصل:

أولاً: المنظمات غير الحكومية

- 1-تعريف المنظمات غير الحكومية.
- 2-أهم المعايير التي تحكم بناء المنظمات غير الحكومية.
- 3-خصائص منظمات غير الحكومية
- 4-أهمية العمل الجموعي.
- 5-العوامل التي أدت لتأسيس الحركات الجموعية في الوطن العربي .
- 6-معوقات العمل الجموعي
- 7-الخصائص التنظيمية للجمعيات.
- 8-مجالات عمل الجمعيات الخيرية
- 9-خصائص الجمعيات الخيرية.
- 10 - النظريات المفسرة لظاهرة الحركة الجموعية.
- 11 - أهداف الجمعيات الخيرية ووظائفها

ثانياً: العمل الجموعي في الجزائر.

- 1-العمل الجموعي وتصنيفاته الاجتماعية في الجزائر.
- 2-التعريف القانوني للعمل الجموعي في الجزائر.

- 3- الخطوات العملية لتأسيس الجمعيات.
 - 4- أنواع الجمعيات في الجزائر.
 - 5- مراحل تطور العمل الجموعي في الجزائر.
 - 6- أسباب تأخر العمل الجموعي في الجزائر .
 - 7- العراقيل والصعوبات التي تواجه الجمعيات الخيرية.
- ثالثا: الجمعيات الخيرية الطبية والتنمية الصحية.

ملخص الفصل

تمهيد الفصل

تشكل المنظمات غير الحكومية جزء من القطاع المجتمعي في المجتمعات الحديثة وتقع تلك المنظمات بين القطاعين الخاص والعام، وهذه المنظمات بمثابة همزة وصل وربط بين مختلف تشكيلات المجتمع. وبالرغم من اختلاف هذه المنظمات من حيث الحجم والأهمية والأهداف إلا أنها تمتلك وظائف متشابهة كخدمة الفقراء ورفع التهميش عنهم وتقديم المساعدات لهم بهدف احداث تغيير اجتماعي وتقديم خدمات اجتماعية مختلفة. كما تعتبر هذه المنظمات بمثابة مصدر للرفاهية في بعض الدول

أولاً: المنظمات غير الحكومية:

1-تعريف المنظمات غير الحكومية: هو مصطلح غامض يستخدم للإشارة إلى العديد من المنظمات غير الهادفة للربح، وهناك من عرفها بأنها ذلك القطاع التطوعي المكون من الجماعات التي تتخربط في نشاط عام، يحكمه الاتفاق ويخضع لقواعد يقبلها أكثر من فرد ولا يكون القرار خاضعا للسلطات العامة، وهي ليست هادفة للربح أساسا ولها درجة معينة من الاستقلالية المالية والإدارية. وتعرف أيضا بأنها عبارة عن أي جماعة تتكون من عدد من الأشخاص، لا يقل عددهم عن عشرة ينظمون أنفسهم لأي غرض من الأغراض المنصوص عليها في القانون على ألا تهدف أنشطتهم للربح.¹ وتنقسم هذه المنظمات إلى نوعين هما: جمعيات ومؤسسات خاصة، ويشترط في الجمعية الأهلية أن تتألف من أشخاص طبيعيين أو أشخاص اعتباريين، لغرض غير الحصول على ربح مادي، أما المؤسسة الخاصة فتنشأ بتخصيص مال لمدة غير معينة لعمل ذو صفة انسانية أو دينية أو علمية أو فنية، أو أي عمل آخر من أعمال البر والرعاية الاجتماعية أو النفع العام دون هدف أو قصد ربحي مادي. يعد مصطلح المنظمات غير الحكومية هو السائد عالميا ولكن هذا لا يعني نفي استخدام تعبيرات ومفاهيم أخرى حيث توجد قواسم مشتركة بين هذه التعبيرات منها:

- هي مجموعة من المنظمات غير الهادفة للربح تسعى إلى تحقيق النفع العام وأحيانا تحقيق وحماية مصالح عامة.
- هي منظمات تطوعية ارادية نشأت بمبادرات من المواطنين وبمشاركة منهم.
- هي منظمات غير مسيسة أو منخرطة في أي تنظيم حزبي.

¹ نادرة وهدان وآخرون: المنظمات غير الحكومية والتنمية في مصر، معهد التخطيط القومي، مصر، العدد 106،

الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

وتتقسم هذه المنظمات إلى ثلاث أنواع رئيسية هي:¹

(1) منظمات تهدف إلى مساعدة الأفراد والأسر غير القادرة، بما في ذلك تلك التي تنشئ بهدف المساعدة الذاتية للفئات العاجزة.

(2) منظمات تتكون بناء على اهتمام عام مشترك، أو بهدف العمل بمجال محدد ولأغراض تحقيق منافع جماعية.

(3) منظمات تتأسس في إطار السعي لتحقيق أهداف عالمية، كالدفاع عن قضايا حقوق الانسان والمرأة والبيئة والطفولة ومختلف القضايا ذات الطابع العالمي.

تعتمد فعالية الدور الذي تقوم به المنظمات غير الحكومية على عدة عوامل أهمها:

◀ المناخ الثقافي السائد والحالة الراهنة للثقافة الشعبية والثقافة السياسية.

◀ مستوى التطور الديمقراطي واحتمالات توسع الهامش التعددي من خلال الغاء القوانين المقيدة للحريات المدنية والسياسية، مثل حريات التنظيم والتجمع السلمي والاختيار الحر، ومدى توافر آليات الانتقال السلمي للسلطة وإدارة الصراعات بطرق سلمية.

◀ الأطر الاقتصادية والاجتماعية السائدة داخل المجتمع.

◀ مدى قوة وتطور العمل الأهلي وقدرته على التعبئة الجماهيرية.

¹ عطية حسين افندي: شركاء التنمية الحكومية - المنظمات غير الحكومية ، مجلة النهضة، مصر، العدد 4،

2000، ص ص (104 - 105).

الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

◀ مدى ادراك نشطاء العمل التطوعي بأهميته في ظل الظروف الحالية والمستقبلية وقدرتهم المعرفية والتنظيمية، وقوة استيعابهم لثقافة بناء مؤسسات المجتمع.¹

وهو من أشهر المسميات السائدة في الدول النامية عادة، ويعتمد على نفي ارتباطه بالقطاع الحكومي رغم أن هناك الكثير ممن يؤكد على هذا الارتباط بل والتبعية. وهي اتحادات شرعية ومنظمات اجتماعية غير ربحية يقوم العمل فيها على أساس تطوعي وتهدف إلى تقديم خدمات عديدة ومتنوعة، يحتاج لها المجتمع وينبغي على أعضاء هذه الجمعيات الاشتراك في جميع مراحل العمل بها، ويطلق عليها في الوم أ اسم القطاع الثالث على أساس أن الدولة هي القطاع الأول، والقطاع الخاص هو القطاع الثاني الهادف إلى تحقيق الربح. وقد عرف عبد الرافع موسى المؤسسات الخيرية بأنها "كل مجموع من الأعضاء (طبيعي أو معنوي) يدخلون نظاما يحكم طريقة ونظم تحقيق الهدف الذي أنشئت لأجله".²

كما تعرف بأنها "العملية الاجتماعية التي تعكس في التفاعل والاتصال الذي يحدث بين مجموعة من الأفراد أو الجماعات، بغرض تحقيق أهداف معينة" وهي تشكيلات اجتماعية فاعلة ومنظمة تقوم على أسس تطوعية غير مبرحة، لتحقيق أهداف عامة لمجموعة تعتمد أساليب الحكم الراشد ضمن أطر قانونية التي تضمن الشفافية وحرية التشكيل.³

¹ أحمد عبد الحميد ثابت: الدور السياسي والثقافي للقطاع الأهلي، (د ط)، مركز السياسات السياسية والاستراتيجية بالأهرام، مصر، 1999، ص 124.

² موسى عبد الرافع: الجمعيات الأهلية والأسس القانونية التي تقوم عليها، (د ط)، دار النهضة العربية، مصر، 1988، ص 21.

³ حسن ملحم: نظرية الحريات العامة، ط 1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1981، ص 75.

إن الجمعيات والأحزاب تنظيمان متشابهان ومتداخلان، حيث ترى بعض الدول بأن الأحزاب هي نوع من الجمعيات (كما هو الحال في القانون الجزائري دستور 1989 قانون 89/11/89 مؤرخ في 89/7/5 المتعلق بالجمعيات ذات الطابع السياسي الذي يرمي إلى الإشارة للأحزاب السياسية، وتبقى أهم ميزة عن الجمعيات هي أن نشاطها عموماً يكون ذو طابع اجتماعي أو ثقافي أو تربوي أو ديني، في حين الأحزاب نشاطها سياسي بالأساس يهدف إلى المشاركة السياسية.¹ إيجاد قنوات تجعل المشاركة الشعبية أكثر إيجابية والعمل على أن تكون الجمعيات الأهلية، عبارة عن قنوات شرعية تشجع الأفراد على الانخراط فيها بهدف تحقيق أهداف وقضايا عامة تخص المجتمع وأفراده.

2- أهم المعايير التي تحكم بناء وتشكل المنظمات غير الحكومية (الأهلية):

- يستند تشكيل هذه المنظمات عادة إلى الإرادة الحرة لأعضائها، سواء المؤسسين لها أو المنضمين لاحقاً لها.
- التنظيم الجماعي والإدارة والمشاركة الجماعية، سواء في صياغة القرارات أو تنفيذ السياسات.
- استناد سلوكيات (الأفراد أو المنظمة ككل) إلى البعد الأخلاقي أو السلوكي وحق الآخرين في تكوين منظمات غير حكومية، مع المحافظة على قيم المجتمع المدني وضوابطه ومعاييره.
- عادة ما يكون لهاته المنظمات شكل رسمي متفق عليه، وهو كيان مستقل ويميزها قانون أساسي وتنظيم اداري مرن.

¹ رموي محمد: تنظيم ممارسة حرية التجمع في القانون الجزائري (الجمعيات والأحزاب السياسية)، أطروحة دكتوراه لنيل شهادة دكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة تلمسان، 2004، ص (3-4).

الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

- انفصالها مؤسسيا عن الحكومة أو الدولة، من حيث أهدافها ومجالاتها وسياساتها إضافة إلى ميزانيتها ومصادر تمويلها المستقلة عن الدولة.
- هي منظمات لا تهدف إلى الربح المادي، وإذا ما حققت أرباح فهي لا تذهب إلى أصحابها ومؤسسيها بل توجه لتحقيق أهداف المنظمة.
- اشتغالها على حد معقول من المشاركة التطوعية من خلال الأنشطة التي تمارسها أو إدارة شؤونها.
- وجوب توافرها على امكانية الاتساع والدوام، بمعنى أن يكون هناك تطوير في مصادرها المادية والبشرية حتى تستمر في تحقيق أهدافها، وتوسيع نشاطاتها وخلق مجالات تطوعية جديدة.¹
- ويرى آلان بيفيتو **Alain Piveteau** أنه لا بد أن تكون الجمعيات عبارة عن تنظيم تصوري غير دستوري، متميزة عن أي نشاط حكومي أو اداري وأن تكون موجهة لخدمة أهداف اجتماعية محددة، من خلال متطوعين سواء كان هذا التطوع ماديا أو معنويا.²

3- خصائص المنظمات غير الحكومية:

- النشأة المتعمدة والطابع البنائي والعمليات الإدارية.

¹ علي ليلة: دور المنظمات الأهلية في مكافحة الفقر، (د ط)، الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، مصر، 2002، ص 23.

² Sarah ben Néfissa، **gouvernement et développement dans le monde arabe**, document de travail, N: 46, UNESCO, P 17.

الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

- منظمات الرعاية الاجتماعية لها هيكل اداري، وترتكز على العمل التطوعي وتخضع للتدرج السلطوي.
- منظمات الرعاية الاجتماعية لها أنشطة وخدمات تقوم بها.
- منظمات الرعاية الاجتماعية نسق مفتوح تستورد طاقاتها من البيئة، ولها لوائح ونظم تعمل في اطارها.
- يراعى التوازن الديناميكي وتقسيم العمل والترابط بين أقسامها.
- الانتظام والاستمرارية في ادارة العمل، والاستبدالية بين الموظفين والمتطوعين.
- منظمات لا تهدف إلى الربح وتقدم خدماتها لفئات المجتمع حسب طبيعة عملها.
- حرية تطبيق الخدمة الاجتماعية المختلفة.
- لها نظام سليم من الاتصالات والانفتاح على المجتمع.¹

4- أهمية العمل الجماعي: يعتبر العمل الجماعي ذو خاصية مهمة هي روح الفريق والعمل ضمنه، فهو يلغي كل ما له علاقة بالعمل الفردي البعيد عن نشاط الجماعة ويكون شكل منسق ومنظم ضمن اطار تنظيمي مهيكّل، وهو مهم جدا في تحقيق تنمية مجتمعية حقيقية، كما أنه يؤسس ويرسخ لقيم ومبادئ الترابط والتآخي والتكامل والتضامن الاجتماعي، فهو مهم على صعيد الفرد بنفس القدر على صعيد المجتمع والجماعات المكونة لهذا المجتمع، ويمكن من خلاله رفع وتيرة النمو الاقتصادي والتقدم الاجتماعي وترقية وتفعيل المشاركة الشعبية غير المقيدة بقوانين تعسفية، هذه المشاركة التي تمثل

¹ جابر عوض سيد: ادارة المنظمات الاجتماعية (رؤى الاصلاح والتطوير)، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2005، ص ص (47 - 48).

الفصل الرابع: واقع العمل الجموعي في الجزائر

عنصرا فاعلا في رسم السياسات الاجتماعية والاقتصادية، واتخاذ القرارات وتقديم مختلف الخدمات الصحية والتعليمية والرعاية الاجتماعية بمختلف مجالاتها، فالعمل التطوعي في الأساس ينبع من قناعات دينية وانسانية بالدرجة الأولى، فمن خلال العمل التطوعي يمكن ايجاد حلول للمشكلات المجتمعية على مختلف الأصعدة، كما أنها تلعب دور المكمل والمساعد لنشاطات الحكومة التي قد تغفل عن أدائها تجاهها رعايتها. كما تعمل الجمعيات على وضع أسس سلمية لإدارة القوى البشرية، فهي مجموعة وظائف وأنشطة وبرامج تهدف إلى تحقيق أهداف محددة وتنظيم المجتمع، وغالبا ما يكون الانسان هو محور نشاطاتها وأساسها بوصفه حجر أساس، تقوم عليه هذه الجمعيات كما أنها تقوم بتقديم خدمات دون مقابل أو هدف ربحي، بل لتحقيق النفع العام دون تحديد شخص أو فئة بحد ذاتها¹. وتكمن أهمية العمل التطوعي داخل الجمعيات الخيرية في الأعمال المتعلقة بمشاركة الفئة الشبابية في حل مشاكلها، في اطار عمل جماعي تطوعي من خلال تقديم المساعدات واسعاف المرضى، وتوفير مساندة ومساعدة وحماية الفئات المعوزة، كما أن للجمعيات دور مهما على مستويين اثنين هما الفرد والمجتمع: فمن خلال الفرد يبرز دور الجمعية عندما ينتمي لجمعية معينة، فهي توفر له حاجيات كثيرة وتلبي له جملة من المطالب كإقامة علاقات اجتماعية، وتنمية شخصيته وممارسة الأنشطة إضافة إلى اكتساب مهارات وخبرات خلال ممارسة العمل الجموعي، كما أن الجمعية تلعب دورا مهما في بلورة وعي المواطن والمواطنة، واعداده وتربيته وتهيئته لأداء وظيفة المواطنة بروح نقدية فعالة وبناءة، أيضا تلعب الجمعيات دورا مهما على مستوى المجتمع فالأفراد عند انتمائهم لجمعيات معينة ومختلفة النشاط، فهذا يكسبهم مهارات متعددة وهذه المهارات بدورها تجعله يبني ويقيم علاقات اجتماعية، وروابط مع الغير مما يعني تسهيل عملية

¹ أمجد أحمد صبحي الامام: الجمعيات الخيرية والتهرب الضريبي، رسالة ماجستير، جامعة النجاح، فلسطين، 2006،

الفصل الرابع: واقع العمل الجموعي في الجزائر

التكامل والتعاون من أجل بناء مجتمع فاعل ومتناسق المهام، كما أن دور الجمعيات على مستوى المجتمع على اختلاف اتجاهاتها من شأنه السماح لها بممارسة عدة أدوار للمساهمة في النمو الاقتصادي والاجتماعي والتربوي والمساهمة في توعية المواطنين.¹

5-العوامل التي أدت إلى تأسيس الحركات الجمعوية في الوطن العربي:

- (1) الاحتلال الأجنبي لبعض دول العالم الثالث.
- (2) ظهور ما يسمى بعامل الدفاع عن الهوية القومية ومقاومة محاولات طمسها.
- (3) تعميق الدعوة الدينية.
- (4) المستويات المنحطة لقطاعات التعليم والسكن داخل دول العالم الثالث.
- (5) تأثير التعليم وانعكاساته الإيجابية على النخب العربية، والتي أعطت قيمة كبيرة للدور التنموي الذي تلعبه الجمعيات في النهوض بالمجتمعات.
- (6) ادراك قصور الآليات والميكانيزمات الكلاسيكية، في مواجهة ارتفاع معدلات الزيادة السكانية موازاة مع الاحتياجات المجتمعية.

6-معوقات العمل الجموعي: تلعب مؤسسات المجتمع المدني والجمعيات الخيرية على

وجه الخصوص، دورا مهما وحيويا بالنسبة للمجتمع المحلي، من خلال برامجها وخططها التطوعية في مختلف المجالات، إلا أنها في بعض الأحيان تتعرض لعدة عراقيل تحد من قيامها الكامل بوظائفها المتمثلة في، خلق وعي سياسي وثقافي واجتماعي ومن هذه العراقيل نجد:

¹ ملوان ليلي: فعالية المشروع الجموعي في تنمية المجتمع المحلي، رسالة لنيل شهادة الماجستير علم الاجتماع،

أ- ترسانة القوانين العربية: بسبب اعتبار أن الجمعيات لا يمكنها مزاولة نشاطاتها إلا إذا وافقت هي عليها، وتسجيلها اداريا بعد شهرين من تقديم ملف اعتمادها. وفي هذه المدة يكون هناك نوع من التماطل، وفي حالات عدة يكون هناك نوع من تجاهل الرد أو الرد بالرفض لأسباب غير مقنعة، في حين أن الأمر مختلف تماما في الدول المتقدمة فبمجرد أن تخطر الجمعيات الجهات المسؤولة بمزاوله نشاطها الجمعي، لها حق الممارسة الفعلية ومباشرة مهامها، فهي مجبرة من طرف السلطات العمومية على تقديم طلبات للقيام بالأعمال الخيرية، وإذا لم تحصل على الإذن فلا يمكن بأي شكل من الأشكال مزاوله النشاط المنوط بها.

ب- اشكالية التمويل ونقص المقرات التي تعتمد عليها في مزاوله نشاطها: وغياب بعض الامكانيات المادية والمالية مثل التجهيزات والعقارات، الواجب توافرها حتى تؤدي الجمعية نشاطاتها على أكمل وجه، لأن التمويل بدونه لا يمكن أن تكون هناك جمعية بالأساس لأنه يضمن لها استمراريتها.

ج- العلاقة المتوترة التي قد تسود بين الجمعية والدولة: وما ينجر عنها من انعدام للثقة بين الطرفين، فعادة ما تسعى الدولة إلى اخضاع الجمعيات أمام ارادتها وسياساتها والخلفية التاريخية السائدة حول ضرورة هيمنة الدولة، ووصايتها على المجتمع الذي تحكمه بمختلف هيئاته ومؤسساته وتشكيلاته، على كافة الأصعدة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية والدينية، فالدولة ترى في نشاطات الجمعيات تهديدا لشرعيتها السياسية في حالة نادت إلى التغيير الاجتماعي وحرية التعبير.¹

¹ بن يحيى فاطمة و طعام عمر: واقع الحركة الجمعوية في المجتمع الجزائري، مجلة البحوث والدراسات الاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، العدد 11، جوان 2015، ص 209.

7- الخصائص التنظيمية للجمعيات:

أ- شروط التأسيس: لكل دولة شروط محددة تضعها عند تأسيس أي جمعية وهذه الشروط لا بد أن تتناسب مع طبيعة المجتمع الذي تنشط فيه، وتتلاءم مع نظام الحكم السائد إضافة إلى تحديد الحد الأدنى المطلوب، في الأشخاص المؤسسين وأهم الشروط اللازم توافرها فيهم، إضافة إلى توضيح ما هي أهداف هذا النشاط الجمعي.

وفي الجزائر لا بد أن يبلغ النصاب الضروري لتشكيل جمعية ما 15 شخصا يملكون الجنسية الجزائرية ويتمتعون بالرشد وكافة الحقوق السياسية والمدنية، ووضوح هدف الجمعية وألا يخالف الآداب العامة والقوانين المعمول بها داخل الدولة، وأن لا تكون ربحية، وأن تتميز عن الجمعيات السياسية من ناحية الهدف والعمل وعدم وجود أي علاقة بينهما.¹ وعملية التأسيس تخضع لجملة من البروتوكولات الرسمية بداية من الجمعية العامة التي تضم الأعضاء المؤسسين لها، وتصادق على القانون الأساسي للجمعية، وقد حدد القانون 90 - 31 كافة المراحل التنظيمية التي تسيّر وفقها مرحلة التأسيس من خلال المواد من 07 إلى 10.

ب- الهيكل الإداري والتنظيمي للجمعية: الجمعية باعتبارها مؤسسة رسمية تمتلك هيكلًا إداريًا وتنظيميًا يتناسب وطبيعة نشاطها وأهدافها، فالبناء الإداري لها عادة ما يعكس نوعية العمليات والإجراءات الداخلية، التي من خلالها سيتم تحقيق الأهداف المرسومة سلفاً² ويمكن أن نرسم هيكلًا تنظيميًا لجمعية جزائرية كما يلي:

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة 23 قانون 90 - 31 المؤرخ في 4 ديسمبر 1990 المتعلق بالجمعيات، عدد 53، سنة 1990.

² عبد الله محمد عبد الرحمن: دراسات في علم الاجتماع، ط3، دار النهضة العربية، لبنان، 2000، ص 3.

الشكل رقم (1): الهيكل التنظيمي للجمعية



المصدر: من اعداد الطالبة بناء على القانون الاساسي النموذجي للجمعيات.

وهذا الهيكل غير ثابت وإنما قابل للتعديل، حسب أهداف كل جمعية وامكانياتها التنظيمية اضافة إلى التشعب والتعدد تبعاً لحجم الجمعية، وكثرة أعضائها ومساحتها الجغرافية. فهناك فرق واضح بين مخطط تنظيمي لجمعية محلية، تنشط في مجال محلي ضيق وبين جمعية تنشط على المجال الوطني أو الاقليمي... إلخ. ومن خلال الهيكل التنظيمي يجب أن نتعرف وبوضوح إلى القانون الأساسي لها، حيث تحدد مهام كل عضو في مكتب الجمعية حقوقه وواجباته وصلاحياته وحدود هذه الصلاحيات.

ج-حدود نشاط الجمعية: يحق لكل جمعية ممارسة جملة من النشاطات المحكومة بالأهداف المسطرة والامكانيات المتاحة، وأن تستغل كافة الطاقات والموارد والامكانيات التي تمتلكها الجمعية، في حدود ما يسمح به القانون. وفي الجزائر يسمح القانون للجمعية بالتمثل أمام القضاء وممارسة حق الطرف المدني، فمثلاً جمعية طبية لها الحق بمقاضاة هيئات ومؤسسات أو أشخاص، يرتكبون تجاوزات صحية مضرّة بالأفراد أو الجماعات

أيضا للجمعية الحق في إبرام اتفاقيات وعقود، مع منظمات حكومية أو غير حكومية وفي إطار التنسيق بين الجمعية وجمعيات أخرى ذات مصالح مشتركة، أيضا تمتلك الجمعية الحق في اقتناء وكراء أملاك عقارية، كالمباني والأراضي أو سيارات وتجهيزات بغرض تخصيصها لنشاطاتها وتحقيقا لأهدافها، وفي بعض الحالات يسمح للجمعية أن تكون عملية الاقتناء أو الكراء مجانية أو بمبالغ رمزية كتدعيم من الحكومة لنشاطاتها.¹

كما تقوم الجمعية بوظيفة النشاط التوعوي من خلال اصدار نشرات ووثائق اعلامية متعلقة بأهدافها، إضافة إلى قدرتها على تنظيم معارض وملتقيات وأيام دراسية، كما أن هناك بعض الجمعيات التي تمتلك حق النشاط، ضمن جمعيات دولية لها ذات الاهتمامات والأهداف، وفي الجزائر يكون الأمر مسموحا بعد موافقة وزير الداخلية.²

د- موارد الجمعية : هذه الموارد هي بمثابة عنصر مهم جدا لمزاولة نشاطاتها داخل المجتمع فمن خلاله يمكن أن تمول مشاريعها وبرامجها، و تتمثل الموارد المالية في:

*** اشتراكات الأعضاء :** وذلك تبعا لقانونها الأساسي أو الداخلي بحيث على كل منخرط أن يدفع مبلغ اشتراك رمزي مرة في السنة.

*** العائدات المرتبطة بأنشطتها :** وذلك في حالة قدمت الجمعية خدمة معينة ذات عائد مادي قد يمكنها من تغطية احتياجاتها كليا أو جزئيا، ومن جملة هذه الأنشطة المادية التي تقدمها الجمعيات انجاز أدوات منزلية، أو مفروشات وألبسة مثل الجمعيات الحرفية النسوية، ومثل هذه الأنشطة بمثابة تمويل ذاتي للجمعية، بشرط أن لا يكون

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة 16 قانون 31/90 المؤرخ في 4 ديسمبر 1990 المتعلق بالجمعيات ، مرجع سابق.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة 21 القانون 31/90. المؤرخ في 4 ديسمبر 1990 المتعلق بالجمعيات، ، مرجع سابق.

الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

هذا العائد المادي هدفا في حد ذاته، بل من خلاله تستطيع الجمعية توفير تغطية مادية لمختلف أنشطتها، إضافة إلى أن تكون أسعار هذه الخدمات رمزية وتختلف على أسعار ما تقدمه الشركات والمؤسسات الاقتصادية.

***الهيئات والوصايا:** وتكون عبارة عن منح من طرف الأشخاص أو المؤسسات ويمكن أن تكون على شكل هبات نقدية مالية، أو عينية مثل العقارات والأراضي وفي الجزائر لا بد أن تكون هذه الهبات، متماشية مع الأهداف ومخططات الجمعية وتمنع الدولة أيضا قبول هبات من طرف أجنبي إلا بموافقة الدولة.

***اعانات تمنحها السلطات العمومية التابعة للدولة:** وذلك يتم في حالة قيام هذه الجمعية بنشاطات قيمة هادفة إلى تنمية المجتمع المحلي، فهنا تقوم الدولة بتقديم مساعدات مالية سواء من البلدية أو الولاية.¹

ه/تعليق حل نشاط الجمعية: هناك بعض الحالات التي تمتلك فيها السلطة العمومية والتي هي مصدر التشريعات - حق حل الجمعيات² وقد أشارت المادة 39 من القانون 12 - 06 في نصها: "يلتزم نشاط كل جمعية أو تحل في حالة التدخل في الشؤون الداخلية للبلاد أو المساس بالسيادة الوطنية"³. ويتم حل هذه الجمعيات في حال حصولها على موارد مالية من جمعيات أجنبية، أو منظمات غير حكومية غير تلك الناتجة عن علاقات التعاون. ويمكن تعليق نشاط الجمعية لمدة لا تتجاوز 6 أشهر في حال خرقها

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية، المادة 26 القانون 90 - 31، المؤرخ في 4 ديسمبر 1990 المتعلق بالجمعيات، مرجع سابق.

²فايزة سعيداني: النظام القانوني للجمعيات ذات المنفعة العمومية، أطروحة دكتوراه مقدمة في علوم القانون العام' غ منشورة، فرع إدارة ومالية، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، 2016/2015، ص 29.

³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية، قانون 12 - 06 المتعلق بالجمعيات، عدد 1502 يناير 2012.

لنص المواد 15-18، 19، 28، 30، 55، 60، 63 من التي تضمنها التعديل في المادة 45 المثيرة للجدل من القانون 31 - 90 ، التي تنص على عقوبة السجن لكل من يرأس جمعية غير مرخص لها. أما المادة 46 من القانون الجديد للجمعيات فلا تطبق العقوبات فقط على رؤساء الجمعيات غير القانونيين، ولكن أيضا على الجمعيات التي لم تسجل بعد، أو التي تم حلها أو علق نشاطها.

8-مجالات عمل الجمعيات الخيرية: تزايد الدور المهم الذي تلعبه الجمعيات الأهلية في

غالبية الدول العربية، فهي تنشط وتعمل في مجالات عديدة ومتنوعة منها:

- مجال رعاية الأسرة.
- مجال رعاية الطلاب.
- مجال رعاية الشباب.
- مجال الأعمال الخيرية.
- مجال حماية البيئة.
- مجال تقديم الإغاثة.
- مجال التدريب والتأهيل المهني.
- مجال الرعاية الاجتماعية.
- مجال الرعاية الصحية.
- مجال الدفاع عن حقوق الانسان.
- مجال رعاية المسنين.

- مجال رعاية الفئات الخاصة.
- مجال رعاية المسجونين.
- مجال الأنشطة الثقافية والتعليمية والفنية و الأدبية.
- مجال تنمية المجتمعات المحلية.
- مجال الأنشطة الدينية.
- مجال تعزيز الصداقة بين الشعوب.
- مجال التوعية القانونية.
- حماية المستهلك.

ويمكن تصنيف الجمعيات الخيرية إلى ثلاث أنماط حسب مجال عملها إلى:

(1) جمعيات خيرية تقليدية (قديمة): تقدم الرعاية الاجتماعية على شكل إعانات خيرية ومساعدات اجتماعية إضافة إلى تقديم خدمات أساسية، في مجالات الصحة والتعليم والثقافة.

(2) جمعيات خيرية تنموية: تقدم برامج ومشروعات لتنمية المجتمعات المحلية، وتعمل على زيادة مشاركة المواطنين في هذه الجهود، وتحرص على زيادة تمكين سكان المجتمع وخاصة الفئات المهمشة في هذه العمليات.

3) جمعيات خيرية حقوقية أو مدافعة: تدافع عن حقوق الجماعات والفئات المظلومة والمهمشة كالمرأة والفقراء والمعاقين والمسنين، وتتبنى قضايا حقوق الانسان والبيئة وحقوق المستهلك.¹

9-خصائص الجمعيات الخيرية: يحدد **Tropman** بعض خصائص الجمعيات في أنها وسيلة فاعلة لإشباع احتياجات المجتمع، بواسطة الناس أنفسهم وفي أنها تتميز بقدر كبير من المرونة والمشاركة وحرية العمل، وتمتاز الجمعيات الأهلية بقربها إلى الناس مقارنة بالمؤسسات الحكومية، وأكثر احساسا بمشكلاتهم، لذلك كان نشاطها متنوعا ومتغيرا لمواجهة هذه المشكلات ويضيف **Netting** وزملاؤه خصائص هي:

- أن الجمعيات الخيرية غالبا ما تستخدم كجسر بين البناءات غير الرسمية والرسمية في نسق الخدمات الانسانية في المجتمع.
- أن الأعضاء المؤسسين للجمعية يشتركون معا في الاحساس بحاجات ومشكلات المجتمع.
- أن هذه الجمعيات في الوقت الحاضر أصبحت أكثر رسمية عن ذي قبل.
- أن الجمعيات الخيرية غالبا ما تكون ذات تنظيم اداري هرمي بسيط.
- أن التبرع والتطوع يعدان العنصران الأساسيان لحيوية هذه الجمعيات.
- هي منظمات غير ربحية وإذا حققت أرباحا من أنشطتها فإنها تستثمرها فيما يحقق أهدافها ويدعم نشاطها.

¹ مدحت محمد أبو النصر: إدارة منظمات المجتمع المدني، ط 1، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 2007، ص ص(89-88).

الفصل الرابع: واقع العمل الجموعي في الجزائر

- هي منظمات غير مسيسة، أي غير منخرطة في أي نشاط سياسي أو حزبي.
- تمتاز الجمعيات باتساع مجالات عملها (المساعدات الاجتماعية، الثقافية تنمية المجتمع، رعاية الطفولة، رعاية الأسرة)¹.

وتتباين الجمعيات الخيرية في توجهاتها ودرجة فعاليتها، ومن أهم المعايير التي تميزها ما يلي:

- **المؤسساتية:** الجمعية الأهلية هي مؤسسة أو تنظيم هيكلي، فهي تشكل بناء مؤسساتي وجهاز إداري وبشري قائم على أسس وقواعد، تتوزع أعماله ومهامه بين مختلف أعضائه بشكل منظم له مقره وفروعه.

- **التطوعية:** الجمعيات الخيرية لا تهدف للربح، فمبدأها اللاربحية لأنها في الأساس قامت على دعائم العمل الجماعي التطوعي الناشئ من الرغبة في التعاون والمساعدة.

- **الاستقلالية:** بمعنى عدم تبعيتها لأي جهة أو حزب أو فرد أو جماعة، مما يسمح لها بممارسة مهامها بشكل حيوي وسلس، ويدخل ضمن هذا الاستقلال السياسي والاجتماعي و المالي... إلخ، وهي شرط ضروري لقيام الجمعيات بعيدا عن كل الجماعات الضاغطة، وتدخل أجهزة الدولة في الجانب الإداري والتسييري.

- **الشرعية:** بمعنى أن تعترف الحكومة والقانون بدور الجمعيات، وذلك من خلال مبدأ حرية تأسيس الجمعيات، وحرية ممارسة نشاطاتها في حدود ما يسمح به القانون.²

10- النظريات المفسرة لظاهرة الحركة الجموعية: يرتبط تاريخ الحركة الجموعية عبر التاريخ ببدايات ظهور الطبقات البرجوازية الأوروبية، والانتقال من المجتمع الزراعي

¹ مدحت محمد أبو النصر، مرجع سابق، ص (85- 86).

² فتحة أوهابية: **الاتصال الجموعي**، (د ط)، مؤسسة كنوز الحكمة، الجزائر، 2012، ص 85.

الرعي الى المجتمع الصناعي، وفي بلدان العالم النامي والوطن العربي على وجه الخصوص ارتبطت بشكل محتشم، تزامنا مع تبني دول هذا العالم للنظام الليبرالي وتغير أدوار الدولة من وظيفة التكفل التام والكامل، باحتياجات الشعوب وتواجدها في كافة المجالات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية، وتخليها عنها في كثير من الأحيان. وفيما يلي نستعرض بعض النظريات العلمية التي فسرت واقع العمل الجمعي عبر التاريخ.

1- نظرية جانب التوفير: ومفاد هذه النظرية أنها تقوم على فكرة اخفاق الدولة والسوق معا في تحقيق المطالب الأساسية للشعوب، ولكن ليس كشرط دافع كاف لظهور الحركة الجموعية ولهذا فهي تضيف شرطا ثانيا هو توفر بيئة مشجعة وملائمة لظهور تلك الديناميكية الجموعية، متمثلة في وجود رواد مبدعين لديهم حافز لتأسيس جمعيات تقوم بتقديم خدمات وتوفر احتياجات أفراد المجتمع المحلي، وقد ارتبط ظهور أولئك الرواد بعدة عوامل مثل المنافسة الدينية والايديولوجية والثقافية والفكرية، في مختلف الميادين المهمة مثل الصحة، التعليم.

2- نظرية الاعتماد المتبادل: في هذه النظرية تم اعطاء صورة مغايرة لطبيعة العلاقة التي تربط جمعيات ومؤسسات المجتمع المدني والدولة، حيث لا وجود لأي صراع ومنافسة بين هذين الطرفين، وإنما هي علاقة تعاون وتشاركية واعتماد متبادل بينهما إذ أن آفاق الدولة والسوق وحاجة المجتمع المدني، للدعم الحكومي والمادي والقانوني يقودان الى إقامة علاقة تعاونية وتكاملية، بغرض إشباع الاحتياجات وحل المشكلات في مختلف المجالات الحيوية، وهذه النظرية تفترض أن تزيد الدولة في انفاقها على سياستها الاجتماعية، وتقديم عقود شراكة مع الجمعيات في مختلف الميادين.

3- **نظرية الثقة:** وتعتمد هذه النظرية على تلاشي الثقة بين القطاعين الخاص والمتعاملين معه حول نوعية السلع والخدمات المقدمة لهم. ومن هنا فإن هؤلاء العملاء قد يلجؤون الى قطاع ثالث وهو ما يسمى بالجمعيات أو المنظمات غير الهادفة للربح لتأمين مثل تلك السلع والخدمات، وهكذا فكلما انخفضت الثقة بين المتعاملين والقطاع الخاص كلما ازداد ميلهم للاعتماد على الحركة الجمعوية مما يفسر تزايد حجمها و أعدادها.

4- **نظرية اخفاق الحكومة والسوق:** وتهتم هذه النظرية بفهم تنامي الظاهرة الجمعوية ومفادها أن حالة العجز التي تصيب السوق، والحركة الاقتصادية التي تحول دون اشباع احتياجات الأفراد وعدم قدرة الحكومة في توفير هذه الاحتياجات، هو الدافع الجوهري لظهور النشاط الجموعي وهكذا منظمات.¹

11- أهداف الجمعيات الخيرية ووظائفها:

1- أهداف الجمعيات الخيرية:

1) رفع معدلات الدخل القومي باضطراد، وتحقيق أكبر قدر من العدالة في توزيع هذا الدخل باعتبارها قاعدة للتنمية الاجتماعية.

2) توفير فرص للتعليم وتوفير الحد الأدنى للمعيشة، لكل مواطن بما يؤمن المطالب الحياتية الأساسية.²

¹ - بوخونوف ياقوت: الحركة الجمعوية والعمل التضامني في الجزائر، دراسة مكملة لنيل شهادة ماجستير، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2، كلية العلوم الاجتماعية الانسانية، 2017/2016، صص (97 - 98).

² راشد راشد محمد: العمل الاجتماعي التطوعي (دراسة تحليلية لقانون الجمعيات ذات النفع العام)، مجلة شؤون اجتماعية، الإمارات، دار المنظومة، العدد 18، 2016، ص 23.

3) التوعية بالمشاكل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للبلاد وتختلف هذه الأهداف تبعاً لنوعية نشاط كل جمعية.

4) تهدف إلى تلقين الشباب القيم الأخلاقية والاجتماعية، من خلال مساعدتهم في تنمية أفكارهم في صورة تنظيم ندوات وملتقيات ومحاضرات هادفة.

5) نشر الوعي الفردي والجماعي، وذلك بتشجيع الشباب على التعبير عن آرائهم وأفكارهم ومحاولة تجسيدها في حدود الموارد التي يمتلكها، وبما يخدم الخطط التنموية التي من شأنها تطوير المجتمع.

2-وظائف الجمعيات الخيرية: تقوم الجمعيات بمجموعة من الوظائف الحيوية التي تعبر عن توجهات وآراء مؤسسيها وأعضائها، باعتبارهم المسؤولين عن تسيير نشاطاتها ومن أهم هذه الوظائف:

أ- **وظيفة الوسيط:** أي أنها تشكل حلقة وصل وربط بين السلطات المحلية وحاجات ومتطلبات المواطنين، نظراً لقربها للحياة اليومية التي يعيشها هؤلاء الأفراد.

ب- **وظيفة المساهمة في وضع وتصميم الخطط والاستراتيجيات التنموية:** بسبب امتلاكها لخاصية القدرة على اقتراح المشاريع والخطط على المستوى المحلي إضافة إلى اقتراحها الحلول لبعض المشكلات، التي يواجهها الأفراد والجماعات داخل مجتمعاتهم.

ج- **وظيفة استحداث قيم اجتماعية ايجابية:** فهي من خلال نشاطاتها التي تقدمها تؤسس لقيم عدة وتجسدها، مثل التعاون والعمل التطوعي وتشجيعه دون مقابل ومختلف أشكال التكافل الاجتماعي داخل المجتمع.

الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

د-وظيفة تجسيد وترسيخ قيم المواطنة وتشجيع ممارسة الديمقراطية: فمن خلال الجمعية ونشاطاتها هناك تجسيد قوي لقيم المواطنة، وتعزيزها وتأسيس حقيقي لشعارات الديمقراطية الفعلية.

هـ-وظيفة الرقابة: في الجمعية يتم ممارسة وظيفة الرقابة بشكل كبير على كافة أنشطتها من خلال المتابعة الفعلية، والتقييمية لكل ما يتم بذله من نشاطات وما تم تنفيذه من خطط وفقا لآطار زماني ومكاني محدد سلفا.

و-العمل على توحيد كافة الجهود الجماعية: المبذولة من طرف الأفراد المتطوعين وتنسيقها وتوجيهها، بما يخدم مصلحة العمل الاجتماعي الهادف على كافة الأصعدة.

ن-تعتبر وظيفتها وظيفة تكميلية: لبعض الثغرات التي عادة ما تكون داخل المؤسسات والخدمات الحكومية، خاصة عند اهتمامها بمساعدة المناطق المعزولة ايماناً منها بتحقيق مبدأ العدالة الاجتماعية، والمساواة الحقيقية بين كافة طبقات المجتمع.

ي-تعمل على خلق تنشئة سياسية فعلية وحقيقية، داخل نفوس المواطنين من خلال اشراكهم في خدمة المجتمع والبلد على حد سواء، وتتمى لديهم حس المسؤولية الاجتماعية.

ذ- العمل على ادماج الفئات المهمشة مجتمعياً.

الفصل الرابع: واقع العمل الجموعي في الجزائر

ر-تعمل على تنمية المجتمع المحلي من خلال توزيع شبكة العلاقات الاجتماعية عند ممارستها لنشاطاتها التطوعية، وهو ما يعني التسخير التام لكافة الموارد البشرية والمادية المتاحة داخل المجتمع، وتوظيفها بما يخدم استراتيجيات التنمية المستدامة.¹

ثانيا/ العمل الجموعي في الجزائر: نشطت حركة انشاء الجمعيات في الجزائر إبان فترة الاستعمار مع مطلع الثلاثينيات، وساهمت بفعالية في بناء الشخصية الوطنية والمحافظة على مقوماتها ولعبت العديد من الشخصيات الوطنية، مثل الأمير خالد والشيخ عبد الحميد بن باديس دورا مهما، إضافة إلى العديد من الأحزاب الوطنية ودعوتها للاعتراف بحرية التجمع.² ويعد العمل الجموعي أحد أهم الدعائم الأساسية والمحورية للمجتمع المدني والتي تدخل ضمن الأعمال الخيرية، والأنشطة التطوعية والتي من خلالها يسعى الفرد أو عدة أفراد في اطار تنظيمي محكم ومهيكل، لتحقيق مصلحة عامة هادفة وهو مصطلح مستمد من مفهوم الجمعية، ويدل على الجهود والمساعي الحثيثة والديناميكية المتواصلة لأعضاء الجمعيات والمتطوعين، من أجل تغيير وتحسين أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية، عن طريق المشاركة الواسعة في برامجها وأنشطتها بعيدا عن أي تدخل للدولة. إن أهم ما يميز الحركة الجموعية بالجزائر هو نقطتين أساسيتين:

- الضعف العددي للجمعيات وقلة أعضائها منذ الاحتلال.
- عملية إعادة إنتاج البنى الاجتماعية التقليدية واستمرار تأثيرها على العمل الجموعي.³

¹ أماني قنديل: المجتمع المدني في مصر في مطلع الألفية الجديدة، (د ط)، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية بالأهرام، مصر، 2000، ص 108.

² Saddek Ben Kada, **revendication des libertés publiques dans le nationalisme Algerien**, le cas de la liberté d'association (1919.1954)، cohier du CRASC, N: 05, 2002, pp 105.

³ بن يحيى فاطمة، طعام عمر: مرجع سابق، ص 207.

1- العمل الجماعي وتصنيفاته الاجتماعية في الجزائر: إن ما يميز الجمعيات المحلية هو عدم التحرك أثناء توزيع المساعدات والتمويل، كدليل على غياب ثقافة العمل الجماعي والعمل التضامني التطوعي، فالكثير من أفراد المجتمع المحلي لا ينخرط الا لتحقيق مصلحة الشخصية، مما أدى الى ظهور مختلف مظاهر الفساد والبيروقراطية واستغلال الأموال داخل الهيكل الجماعي، رغم قيامها على محاربة مثل هكذا ممارسات مما أفقدها مصداقيتها وتراجع عدد الأفراد المنخرطين فيها. ويمكن استخلاص ثلاث تصنيفات رئيسية للجمعيات هي:

أ/ الصنف الأول: يمثل الجمعيات المطالبة والدفاعية وهي قليلة العدد، وتتشكل تحت رقابة مشددة ونوع من القمع والضغط، من طرف أجهزة الدولة كجمعيات الدفاع عن حقوق المرأة، والجمعيات الدينية.

ب/ الصنف الثاني: تتمثل في الجمعيات ذات أهداف محددة ومرسومة سلفا، وتضم شرائح مجتمعية أو مهنية مثل النوادي الرياضية، وهي لا تشكل خطرا على أجهزة الدولة ولا تتعرض للضغط والقمع.

ج/ الصنف الثالث: وهو الأكثر انتشارا داخل المجتمع المحلي، لأن عملية تأسيسها ليست صعبة نظرا لارتباط مؤسسيها بالإدارة. إذ تنشأ بمبادرة منها فتقوم بالتعاون مع السلطات وتأييدها مثل جمعيات أولياء التلاميذ، ويكون نشاطها موسميا وهذا الصنف من الجمعيات عادة ما تكون ناطقة باسم السلطة أكثر من تعبيرها عن مواقف المواطنين.

إن تاريخ عمل الحركة الجمعوية في الجزائر، ليس طويلا بالقدر الذي لا يمكن مقارنته مع مثيلاتها بأوروبا والعالم الغربي، حيث تلعب دور القاطرة الاجتماعية لكل تغيير وتطور ولكنها عادة ما تكون غائبة عن الفعل التتموي الحقيقي، ودخولها دوامة التبعية بسبب المساعدات الحكومية وخضوعها لسيطرة الدولة، دون السعي الى استقلاليتها. فمع بداية

الفصل الرابع: واقع العمل الجمعي في الجزائر

1992 عرفت الجزائر صراعا سياسيا وعسكريا، على السلطة أدى الى تراجع وتناقص كبير في مكسب الحريات بعد إعلان حالة الطوارئ، حيث أصبحت الجمعيات تتعرض لمضايقات عديدة بداية من إصدار تعديل قانون التظاهرات العامة 1992/12/02م حيث أصبحت مشروطة بالحصول على ترخيص مسبق، بدل الاشعار للقيام بالأنشطة الجمعوية، لذلك ظل العمل الجمعي في النصف الثاني من التسعينات والنصف الأول من العشرية الأولى للقرن 21م، وحتى السنوات الأخيرة فاقدا للاستقلالية بسبب القيود الكثيرة التي وضعت في طريقها، لأسباب ذاتية وشخصية وموضوعية اذ أصبح تمويل الجمعيات يتم من طرف الدولة بطريقة غير شفافة وغير عادلة، في حين تحظى بعض الجمعيات التي يتميز نشاطها بمساندة برامج الدولة بدعم أكبر من طرف الدولة. أما الجمعيات التي تكون منتقدة لهذه البرامج فتلقى تهميشا وتحرم من هذه المساعدات.

2-التعريف القانوني للعمل الجمعي في الجزائر: عرف القانون 12 - 06 المتعلق بالجمعيات المؤرخ في 18 صفر 1433هـ الموافق لـ 12 يناير 2012 الجمعية في نص المادة 02 بأنها: "تعتبر الجمعية في مفهوم هذا القانون تجمع أشخاص طبيعيين أو معنويين على أساس تعاقدية لمدة محددة أو غير محددة، ويشترك هؤلاء الأشخاص في تسخير معارفهم ووسائلهم تطوعا، ولغرض غير مريح من أجل ترقية الأنشطة وتشجيعها لا سيما في المجال المهني والاجتماعي والعلمي والديني والتربوي والثقافي والرياضي والبيئي والخيري والانساني.¹

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة 02 قانون 12 - 06 المؤرخ في 18 صفر 1433هـ الموافق لـ 12 يناير 2012 المتعلق بالجمعيات، العدد 02، بتاريخ 15 يناير 2012.

3- الخطوات العملية لتأسيس الجمعيات:

الشكل رقم (2): خطوات تأسيس الجمعية



المصدر: اعداد الطالبة بناء القانون الاساسي النموذجي للجمعيات.

أ-الإطار القانوني للجمعية: يعتبر حق تأسيس الجمعيات من بين الحقوق الأساسية للإنسان المعترف بها دستوريا، ولم يكرس هذا الحق في الجزائر إلا بدخول قانون 90 - 31 المتعلق بالجمعيات¹ حيز التنفيذ، وبذلك فقد أحدث هذا القانون قطيعة تامة مع النظام القانوني السابق المفوض بحق إنشاء الجمعيات² الذي لم يكن يعترف بحق تأسيس الجمعيات التي تجسد مفهوم المجتمع المدني، وحرية التجمع إذ عقد هذا القانون من

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، قانون 90 - 31 المؤرخ في 04 ديسمبر 1990، يتعلق بالجمعيات، الجريدة الرسمية، مرجع سابق.

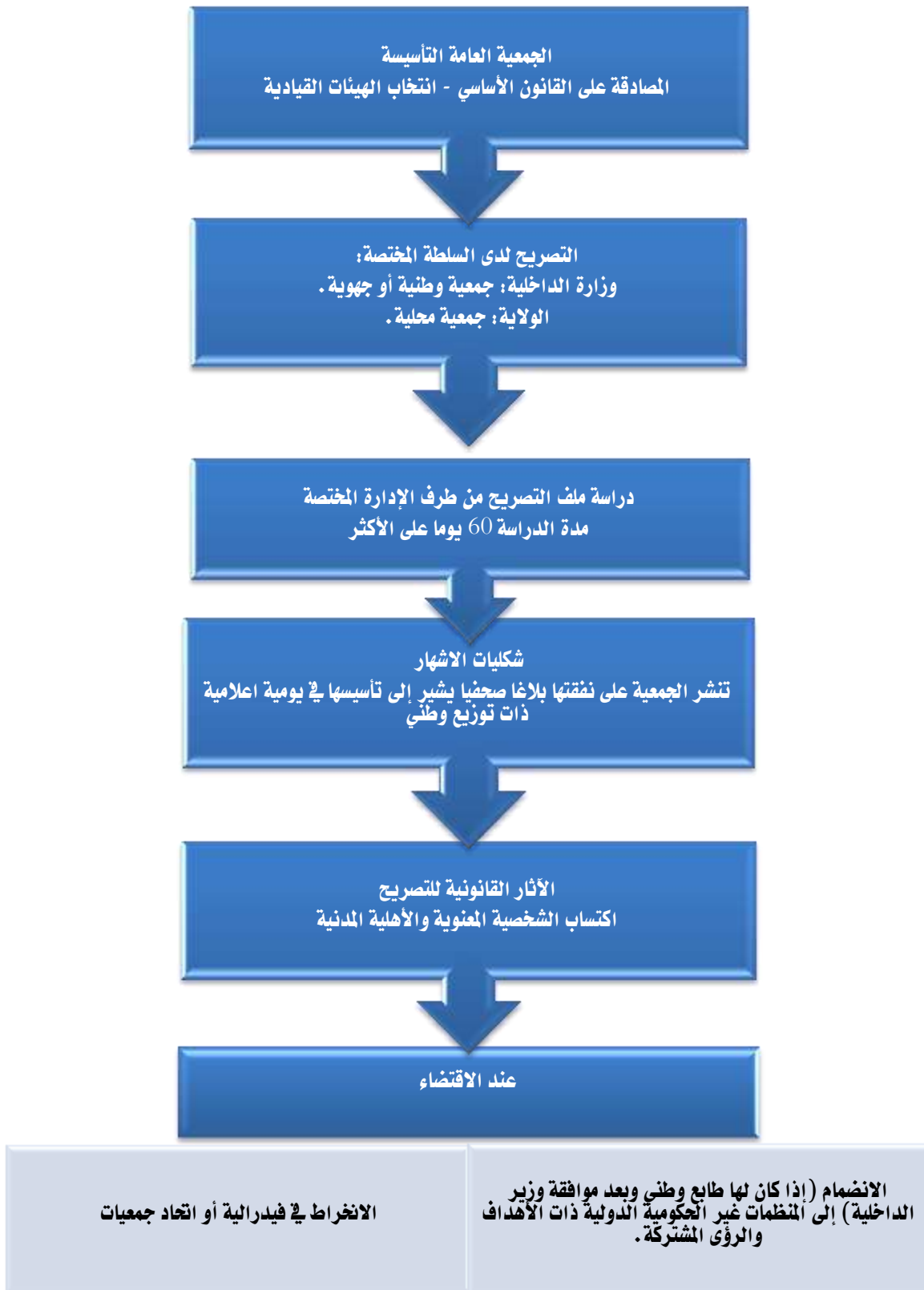
² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، قانون 87 - 15 المؤرخ في 26 سبتمبر 1987، المتعلق بالجمعيات، عدد 31 لـ 29 يوليو 1987.

الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

اجراءات تأسيس الجمعيات. حيث نصت المادة 03 على أنه يخضع لإجراء الاعتماد المسبق كل طلبات تأسيس الجمعيات، دون أن يحدد القانون أي آجال للإدارة للرد على طلبات الاعتماد وأعطت الإدارة صلاحية اعتماد الجمعيات والسلطة التقديرية الكاملة لإصدار قرار الاعتماد، وجاء الاعتراف التنظيمي بحق إنشاء الجمعيات عاما إذ نص على أنه يمكن للمواطنين أن يتكتلوا في جمعية، طبقا للتشريع الجاري العمل به بغية الدفاع عن أهداف الشركة أو عن منفعة عامة¹، وبذلك فإن سماح الدولة لحرية نشاط الجمعيات يسمح بتحول الجمعيات، إلى متعاونين وشركاء حقيقيين ينجزون معها نفس البرنامج ويحققون معها نفس الأهداف.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، لمادة 38 من مرسوم 88 - 131 المؤرخ في 4 يونيو 1988، المنظم للعلاقات بين الإدارة والمواطن.

ب- كيفية تأسيس الجمعية الخيرية: الشكل رقم (3)



المصدر: محمود بوسنة: الحركة الجمعوية في الجزائر، مجلة العلوم الانسانية، عدد17، جوان 2012، ص135.

ج-شروط تكوين الجمعيات: بالنسبة لتكوين الجمعيات فإن التشريعات العربية جميعها _ ما عدا لبنان _ تشترط إخطار السلطة الإدارية مسبقاً، وموافقتها كشرط أساسي لتأسيس هذه المنظمات ومباشرة نشاطها. و من ذلك فإن قانون الجمعيات في الجزائر وتونس والأردن مثلاً يستلزم موافقة وزير الداخلية، وهناك تشريعات عربية أخرى تضيف إلى شروط الاخطار والحصول على الموافقة، شرط وضرورة اشهار الجمعية لمباشرة النشاط كمصر والإمارات وسوريا، وتتفق كافة التشريعات في تفصيلها لإجراءات الحصول على الموافقة والاشهار والمدة المحددة لذلك، وقد تراوحت هذه التشريعات بين منهجين في حصول هذه المنظمات على الموافقة، الأول يعتبر أن سكوت جهة الادارة عن الرد بعد انقضاء المدة المحددة، هو موافقة اشهار الجمعية ومباشرة نشاطاتها كمصر والأردن وسوريا، والثاني يعتبر أن السكوت من جانب جهة الادارة هو رفض للإشهار مثل تونس والإمارات.¹

4-أنواع الجمعيات الخيرية في الجزائر'حسب التصنيف الدولي للمنظمات غير الربحية':

تصنف الجمعيات الخيرية إلى:

- أ-مجموعات ثقافية وترفيهية: وهي منظمات تدور أنشطتها حول الحقول الثقافية الترفيهية مثل الجمعيات التاريخية، جمعيات الرقص الشعبي، النوادي الرياضية الترفيهية.
- ب-مجموعات تعليمية وبحثية: ومهمتها الإشراف على الأبحاث العلمية مثل التعليم في مختلف أطواره الثلاث، والتعليم المستمر اضافة إلى الأبحاث التكنولوجية... إلخ.
- ج-مجموعات صحية: وهي جمعيات تنشط في المجال الصحي والطبي والرعاية الصحية.

¹ أماني قنديل: المرأة في المنظمات الأهلية، (د ط)، دار الكتب القومية، مصر، 1994، ص 33.

الفصل الرابع: واقع العمل الجمعي في الجزائر

د-مجموعات الخدمات الاجتماعية: وهي تقويم بتزويد المجتمع بخدمات اجتماعية انسانية مثل خدمات رعاية الطفولة، وذوي الاحتياجات الخاصة وكبار السن.

هـ-مجموعات بيئية: وهي منظمات تروج للخدمات للمحافظة على البيئة والتعليم البيئي والصحي وحماية الحيوانات.

و-مجموعات الاستشارات القانونية: وهي تنظيمات تعمل على حماية الحقوق المدنية والدفاع عن المصالح القانونية والسياسية لأفراد المجتمع.

ن-مجموعات خيرية أو تطوعية: وهي هيئات تعنى بالأعمال الخيرية وجمع التبرعات.

ذ-مجموعات دينية: وهي تنظيمات تروج للاعتقادات الدينية وممارسة العبادات كالمساجد.

ر-مجموعات وتنظيمات واتحاديات مهنية: وهي هيئات تعنى بالدفاع عن ذوي المصالح المختلفة مثل اتحادات العمال والمهنيين.¹

5- مراحل تطور الحركة الجمعوية في الجزائر: بعد الاستقلال مرت الحركة الجمعوية في الجزائر بعدة مراحل هي:

أ-من 1962 إلى 1971: بقي القانون الفرنسي للجمعيات ساريا بموجب قانون 60/157 المؤرخ في 1962/12/31، لكن مع تشديد القبضة الحديدية لسلطة الدولة الوطنية، تم التضييق على هامش الحرية أمام النشاطات التي يبادر بها المواطنون، وتم تقييد نشاطات الجمعيات، حيث تبنت الدولة سياسة مركزية صارمة، اعتمدت على نظام الحزب الواحد، ومنعت أي شكل من أشكال التعبير. بعدها جاء مرسوم 1964 الذي يقري

¹ موسى نظام سويدان وآخرون: إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، ط 1، دار الحامد للنشر والتوزيع،

الأردن، 2009، ص ص (18 - 20).

الفصل الرابع: واقع العمل الجمعي في الجزائر

يمنع أي نشاط سياسي للجمعيات الاجتماعية والثقافية والرياضية، معتبرة ذلك الأمر مساسا بأمن الدولة، وتعرضت مختلف الحركات التعبيرية غير المرتبطة بالدولة للقمع والتضييق.

ب- من 1971 إلى 1980: صدر قانون 71/79 في 03/12/1971 الذي أنهى العمل بالقانون الحزبي العام 1901 والذي كان أكثر صرامة في التشديد على النشاط الجمعي آنذاك، إذ اشترط هذا القانون شرط الاعتماد المزدوج من طرف وزارة الداخلية والولاية معا مما يعني أن تكون هذه الجمعيات في شكل اتحادات رسمية، خاضعة لنظام الحزب الواحد أو تحل في حال عدم الانصياع لهذا الشرط، وتم في هذه الفترة ادماج الجمعيات والنوادي الرياضية في المؤسسات الاقتصادية الكبرى وحمل علاماتها، وفي خضم كل هذا التضييق فقد كان هناك جمعيات اتسمت بطابع السرية، في ممارسة نشاطاتها منتهجة في ذلك دوافع ايديولوجية ودينية غالبا ما كانت تنشط داخل الجامعات أو المساجد. وقد تميزت هذه المرحلة بشكل كلي للنشاط الجمعي في بطابع القمع والمعاقبات و التضييقات، وظهر خلالها ما يسمى بالمجتمع المدني الذي كان من صنع الدولة وارتبط فكريا وعضويا بأجهزتها الرسمية، وسمي بالمنظمات الجماهيرية كاتحاد النساء والشباب والاتحادات العمالية، ولكن لم يكن مستقلا كأى مجتمع مدني حقيقي بسبب اعتقاد السلطة بأن الأحزاب والنقابات والجمعيات، لا يمكنها الاشراف على تنفيذ أي مشروع تنموي.

ج- من 1980 إلى 1990: خلال هذه المرحلة ظهرت تغييرات ايديولوجية متمثلة في ادخال اصلاحات اقتصادية كالتخلي عن المركزية في التسيير، وانسحاب تدريجي للدولة من بعض الميادين في ظل الأزمة الاقتصادية أواسط الثمانينات. كما أبدت الدولة نوعا من الانفتاح غير المسبوق نحو العمل الجمعي والجمعيات ككل، تزامنا مع صدور قانون

الفصل الرابع: واقع العمل الجمعي في الجزائر

87/15 بتاريخ 1987/07/21 الذي يشجع المواطنين على تأسيس جمعيات أهلية في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والرياضية، وخلال هذه الفترة تم تخفيض الضغوط والخنق على العمل الجمعي وظهور أول منظمة حقوق إنسان في 1987، وجمعيات الثقافة الأمازيغية، وفي أواخر الثمانينات أصبحت للحركات الاجتماعية قوة مؤثرة في تحريك الشارع، ضد أشكال التهميش والاقصاء الاجتماعي وتم ظهور خلال هذه السنة ما يقارب 11 ألف جمعية، لكنها لم تكن متمتعة بكامل حريتها واستقلاليتها إلى غاية أحداث أكتوبر 1988، أو ما يسمى بثورة الشباب والمهمشين بسبب فشل سياسات التنمية.

د- من 1990 إلى 2008: تميزت هذه المرحلة بالتعددية الحزبية وحرية التجمع والتنظيم وحرية التعبير، واستقلالية القطاع الصحفي، وتشكيل وتأسيس الجمعيات من طرف أصحاب السوابق النضالية، وكان هذه الجمعيات تنشط في مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والرياضية... إلخ. في سنة 1990 تأسست معظم الجمعيات تزامنا مع صدور القانون الجديد 90/31، والذي كان بمثابة باب مفتوح لآفاق العمل والنشاط التطوعي وتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية، والمساهمة في التنمية وقد انقسمت الحركة الجمعوية خلال هذه الفترة إلى اتجاهين رئيسيين هما:

(1) من 1990 إلى 1994: ظهرت في هذه الفترة آلاف الجمعيات الوطنية والمحلية بشكل لافت، مع سعي ممولها والقائمين عليها لربح المصداقية الكاملة.

(2) من 2005 إلى 2008: انخفضت حيوية وحماسة ونشاط الحركات الجمعوية بسبب العنف والمصاعب الأمنية، ومحاولات الدولة للتدخل في نشاطاتها وتسييرها مما أفقدها كامل المصداقية التي أثبتتها خلال المرحلة السابقة.

وجاءت أحداث 11 سبتمبر 2001 لتصعب من وضع الجمعيات الخيرية، إذ ساهمت هذه الأحداث بجعل العمل الجمعي الخيري، رديفا للعمل الارهابي المنظم سواء في العالم العربي أو أوروبا. وتم خلال هذه الفترة فرض قيود على تمويل الجمعيات مما أفقدها الكثير من المصادر الحيوية اللازمة لاستمراريتها، بعدها دخل المجتمع في ديناميكية جديدة في الحياة الديمقراطية، على كافة الأصعدة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية... إلخ. وقد جاءت احصائيات قدمتها وزارة الداخلية بأن هناك أكثر من 30 ألف جمعية سنة 1992 إلى حدود 48 ألف سنة 1997، ثم 53 ألف جمعية سنة 2000 ليصل إلى حوالي 75 ألف جمعية سنة 2001، وهي جمعيات مهنية (جمعيات أطباء، محامين، مقاولين، تجار... إلخ)، وبلغ عددها 200 جمعية وجمعيات رياضية وثقافية قدرت بـ 80 جمعية وطنية و73 جمعية وطنية في المجال الطبي والصحي، و50 جمعية في الميدان العلمي والتكنولوجي، و19 جمعية خاصة بالمرأة و15 جمعية خاصة بالبيئة و16 جمعية ناشطة في المجال السياحي و15 جمعية تهتم بالمعاقين، وجمعيات دينية حوالي 10 جمعيات وهي كلها أرقام واحصائيات تقريبية غير دقيقة. وهناك تقارير رسمية حول الحركة الجمعوية تبين أنه من بين حوالي 75 ألف جمعية معتمدة في الجزائر هناك فقط 05 آلاف جمعية ناشطة فعليا، ولكن هذه الجمعيات اتسم نشاطها في غالب الحالات بغياب آلية الرقابة والمحاسبة والشفافية، وتدني المستوى التنظيمي والتسيير السليم.

6-أسباب تأخر النشاط الجمعي بالجزائر: يمكن حصر أبرز أسباب تأخر الحركة الجمعوية بالجزائر وارجاعها لعدة عوامل منها:

أ-البعد التاريخي: إذ ترتبط الحركة الجمعوية بالوقائع التاريخية المتعلقة بتطور وتكون نظام الحكم في الجزائر، فالدولة الحديثة عبارة عن ظاهرة اجتماعية تتكون وتتبلور في ظل عمليات التغيير الاجتماعي التي تمر بها. إضافة إلى التغيير الاقتصادي، فالآليات

الفصل الرابع: واقع العمل الجمعي في الجزائر

والميكانيزمات التي صاحبت نشوء وتكون الدولة، بشكلها الحديث هي ذاتها التي كانت مصاحبة لتكون ما يسمى فيما بعد بالمجتمع المدني بمختلف تنظيماته وتوليقاته السياسية كالأحزاب والمجالس المنتخبة، أو تنظيماته الاجتماعية المتمثلة في الجمعيات الأهلية والنقابات والهيئات الثقافية مثل المدارس والمعاهد والجامعات. وفيما يخص الجزائر فهي دولة فرض عليها، ما يسمى بالمجتمع المدني بمختلف هيئاته تبعا لأجندات خارجية ومصالح متقاربة، باعتبارها وسيلة للتحديث ثم غرسها في قلب المجتمع المحلي الذي يغلب عليه الطابع التقليدي، وهذه الهيئات عادة ما تشكل مؤسسات الدولة وأجهزتها، سواء على المستويين الوطني أو المحلي (مجالس منتخبة أو أجهزة الادارات المحلية، ما جعلها غالبا ما تتميز بأدنى حد من الاستقلالية والتمثيلية أدوارها التنظيمية والوظيفية.¹

ب- البعد السياسي: وفي هذا البعد يمكن الحديث عن مختلف الاجراءات المتبعة من طرف النظام الحاكم المتبوع، بخلفيات سياسية وايدولوجية تحكم علاقاته مع الجمعيات فالنظام عادة ما يفرض سيطرته، ويحتكر مختلف المؤسسات الاقتصادية وفضاءات التنشئة الاجتماعية كالمدارس، من خلال خلق جهاز تشريعي وقانوني تسلطي يسعى إلى إلغاء أي مبادرات تنظيمية غير رسمية، ناشطة خارج الاطار المؤسساتي وقانون الحزب الواحد وهذا ما يمكن لمسه في قانون فبراير 1971، والذي يوضح موقف الدولة وتعاملها مع الجمعيات الموازية، من خلال فرض الاعتماد المزدوج والموافقة الرسمية من طرف الوالي ووزير الداخلية لأي جمعية، تنشط خارج مؤسسات الدولة وحزب FLN اضافة إلى أن الدولة حاولت وبعد أحداث أكتوبر 1988، تضيق الخناق وتطويق نشاط مختلف

¹ العياشي عنصر: ما هو المجتمع المدني؟ الجزائر نموذجا، مجلة أساسيات في الانثربولوجيا والعلوم الاجتماعية،

الجمعيات من خلال خلق أشكال جديدة، من التأطير كالمنظمات الجماهيرية والاتحادات المهنية وذلك بهدف اخضاع نشاطاتها، لرقابتها ووصايتها بطريقة غير مباشرة

ج- **البعد التنظيمي:** وهذا البعد يقصد به ما ميز الحركة الجمعوية بالجزائر من الناحية العملية خلال ممارستها نشاطاتها، وفي دراسة قدمت حول الحركة الجمعوية فقد اتضح أن هناك فوارق واضحة بين الأهداف المعلنة، للعديد من الجمعيات وبين نشاطاتها الفعلية الملموسة فهي جمعيات، تسعى لتحقيق أهداف مرسومة سلفا ولكنها غير منظمة من ناحية تسخير كافة الامكانيات المادية والبشرية، وعدم تمييزها بين ما هو مهم وما هو أهم مما يرجع إلى ضعف الكادر التنظيمي، وقلة خبرة اطارات هذه الجمعيات والخلط الفاضح بين أهداف مسؤولي الجمعيات الشخصية، وبين رغبات القاعدة الاجتماعية للجمعيات.

ويمكن أن نخلص إلى أن معظم الجمعيات تقوم فقط بممارسة أدوار تكميلية وتدعيمية للسلطات العمومية وتغطي جانب النقص، الذي لم تكمله هذه السلطات مثل القطاعات الثقافية والاجتماعية والترفيهية والرياضية، اضافة إلى أن معظم هذه الجمعيات عادة ما تتركز في العاصمة، اضافة إلى كثرة عدد الجمعيات الأهلية غير الفاعلة والمتعاسة في تشييط وتفعيل نشاطاتها الجمعوية، مما يعني عدم تكوين قضاء جمعي فاعل ومتمائل.¹

7-العراقيل والصعوبات التي تواجه الجمعيات الخيرية:

أ- **معوقات موضوعية:** ويمكن ارجاعها الى القوانين والتشريعات التي تحكم وتنظم نشاط الجمعيات أهمها:

- لا تسمح تلك القوانين للجمعيات ببدأ العمل التطوعي الخيري، الا إذا تمت الموافقة المسبقة على تسجيلها واعتمادها إداريا بطريقة رسمية، بعد شهرين من تقديم ملف

¹ العياشي عنصر: مرجع سابق، ص 83.

الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

التسجيل حتى يتسنى للإدارة بالنظر لأهداف وأعضاء الجمعية هنا يكون الرفض والتجاهل والمماطلة.

- تصعب الجمعيات من انخراط المواطنين في العمل التطوعي، بسبب التعقيدات الادارية والاجراءات الأمنية الاحترازية الكثيرة، مما يبعدهم عن المشاركة في ايجاد حلول لمشاكلهم، ولهذا صار عدد المتطوعين قليلا جدا وهو مشكل أرق الجمعيات.

- تشترط معظم القوانين على الجمعيات شروط معينة، في بناء نظامها الداخلي وتعرض على بعض البنود فيه، وذلك بواسطة اجبارية تتم بحضور ممثلين من الادارة لإبداء آرائهم في المسائل المطروحة مع حق الاعتراض على بعضها، وهو من القيود التي تحد من حرية عمل الجمعيات، وتتدخل في سياستها هذا القانون الساري بالجزائر.

- صياغة القوانين والتشريعات المتعلقة بالنشاط الجماعي، بطريقة فضفاضة يمكن من خلالها للإدارة تأويلها بأشكال مختلفة، وبما يخدم مصالح الدولة وأجهزتها.

ب- **معوقات ذاتية:** وهي نابعة من داخل الهيكل الجماعي في حد ذاته ونابع من مسيرتها ومسؤوليها وأهمها:

- غياب شبه تام لمبدأ الديمقراطية والشفافية في بعض القرارات.

- يرى بعض مسيري الجمعيات أن الفئات المستهدفة من النشاط الجماعي، ليس لها القدرة على تحديد احتياجاتها ووسائل تحقيقها، وهو نوع من الاستعلاء الذي يؤدي الى اضعاف قنوات الاتصال والتنسيق بينها وبين الأفراد.

- هناك نوع من التسلطية يسود الحركة الجمعية بشكل عام.

- عدم وجود تنسيق وتكامل بين أنشطة مختلف الجمعيات التطوعية.¹

ثالثا: الجمعيات الخيرية الطبية والتنمية الصحية:

1- الجمعيات الخيرية الطبية: تعتبر الجمعيات الخيرية الطبية أو الصحية من احدى الأنواع المهمة للجمعيات الخيرية، كونها تقوم بتقديم المعونة والمساعدة والدعم والإغاثة فهي تركز مبدأ خدمة الانسان لأخيه الانسان، وهذا العمل لا يكون بمقابل مادي بل بدوافع انسانية واجتماعية بحتة، وهي تقدم أنشطة ذات أبعاد وقائية وعلاجية واغاثية وتنموية هدفها تحقيق رعاية اجتماعية عالية، وتعمل الجمعيات الخيرية الطبية بالتعاون مع شبكة معقدة من الأجهزة المشكلة للمجتمع المحلي، لتوفير احتياجات أفراد وجماعات المجتمع المحلي وتوفير أفضل طرق الرعاية والخدمات الصحية، ومساهمتها في برامج العلاج لتحقيق الأعراض الصحية لدى بعض الحالات المرضية، إضافة الى تقديمها لاستشارات طبية للمرضى، والمساهمة في توفير الأدوية التي يتعذر وجودها في المستشفيات المتخصصة مثل مستشفيات الأورام، وقيامها بوسيلة تواصل مناسبة فيما بين الأعضاء والمستفيدين والمهتمين بخدمات الجمعية، كإنشاء موقع للجمعية على الأنترنت وإعداد نشرية دورية، بعد حصول الموافقة من الجهات الرسمية. كما أن هذا النوع من الجمعيات يعمل على استقطاب المتطوعين للعضوية، والعمل والتعاون مع الجمعية فيما يخدم رعاية المرضى، وهي تقوم بوظيفة التواصل مع مؤسسات القطاع الخاص ورجال الأعمال والغرف التجارية والصناعية، سعيا منها لدعم وخدمة أهدافها المسطرة. وهذه الجمعيات تسعى الى المساهمة في إنشاء مراكز علاجية، وبحثية تعليمية وخيرية تطوعية تهتم بتوفير خدمات رعاية صحية مجانية للأفراد المستحقين لها، من مختلف فئات وشرائح المجتمع المحلي.

¹ ياقوت بوخونوف: مرجع سابق، ص ص(117-119).

لقد ظهر هذا النوع من الجمعيات المهمة بمجال الصحة والتي تعتبر مصدرا هاما للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، بعد ظهور ثقل مادي للنفقات الحية التي تتحملها الدولة داخل مؤسساتها وهيكلها الصحية الرسمية، فهي تقوم بسد الفراغات في الخدمات الحكومية وتوسيع قاعدتها تحقيقا لمبدأ الكفاية، ووصولها الى أكبر عدد ممكن من فئات وشرائح المجتمع المحلي والأفراد المحرومين، من خدمات الرعاية الصحية، وتكريسا منها لمبدأ العدل والمساواة بين جميع الأفراد والجماعات المنتمين لنفس المجتمع المحلي. وسعيا منها للربط بين أنشطتها التطوعية الصحية، ونشاطات الدولة الرسمية في ظل مبادئ وقيم التضامن والتكافل والتعايش الاجتماعي.

2- مساهمة الجمعيات الخيرية الطبية في تحقيق تنمية صحية شاملة:

لقد أضحى موضوع الصحة من أهم انشغالات الدولة والحكومات ومؤسسات المجتمع المدني والمتمثلة في الجمعيات الخيرية، الساعية لتحقيق تنمية مجتمعية حقيقية، سواء داخل العالم المتقدم أو العالم الثالث، بوصفها من بين أهم العوامل المساهمة في تحقيق التنمية المستدامة في نسقها الاجتماعي، وأحد أهم مؤشرات التنمية الاجتماعية، ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا لزيادة الانتاج، فالتنمية الصحية عنصر مهم في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، إذ من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية وفعالية دون تحسين وتطوير، الأوضاع الصحية للإنسان باعتباره نواة للتنمية وهدفها الأسمى والجوهرى، ذلك أن الإنسان السليم صحيا يمكنه المساهمة الفعالة في تشكيل منظومة تنموية مستدامة. وقد شهدت الفترة الأخيرة في المجتمع الجزائري بعض والانجازات و التطورات في مختلف الميادين، بما في ذلك تحسين صحة الانسان فقد شهدت انجازات هامة في مجال تخفيض معدلات الوفيات، وتحسين سوء التغذية لدى الأطفال وتمكين الناس من الوصول الى المياه العذبة والسكن

اللائق... إلخ. كما أن الجزائر شهدت إحرزا كبيرا في الهياكل الصحية والوسائل التابعة لها.¹

وتقوم الجمعيات الخيرية الطبية بتقديم خدمات رعاية صحية، بهدف تحقيق تنمية صحية لأفراد وجماعات المجتمع المحلي، والعمل على نشرها لسياسة التقيف والوعي الصحي بينهم إضافة الى توظيف كافة المهارات، والمواهب التي يمتلكها الأفراد المتطوعون لتقوية نشاطات الجمعيات الخيرية، وتخفيف العبئ عن الجهود الحكومية. حيث يوفر الجهد التطوعي موارد كثيرة، إذا قام بها موظفون متطوعون ذوو خبرة وكفاءة عالية والتطوع في الميدان الصحي هو محاولة لتأمين الرعاية الصحية للأفراد المحتاجين وهو يكون إما من قبل مختصين (أطباء، ممرضين، مسعفين) أو من طرف أفراد عاديين.

3- الخدمة الاجتماعية الاجتماعية الطبية والعمل الجماعي التطوعي ودورها في التنمية الاجتماعية "علاقة التشاركية": هناك هدف مشترك بين مناهج الخدمة الاجتماعية ومرامي العمل التطوعي الخيري في عدة نقاط نذكر منها:

- خدمة الأفراد والجماعات والمجتمعات المختلفة، من خلال توفير مختلف خدمات الرعاية الاجتماعية الصحية المتكاملة، التي تطل كافة فئات وقطاعات المجتمع التي تحتاج المساعدة والعون، وتلبية المتطلبات الأساسية لها وصولا الى مستوى عيش راق.
- الاهتمام بالإنسان كفرد فاعل بالمجتمع، وكأداة من أدوات التنمية والنهضة الاجتماعية والاقتصادية بالمجتمعات، وذلك من خلال دعم مقدراته ومؤهلاته والاستفادة من امكانياته وتحفيزه تجاه خدمة المجتمع، وتبصيره بحجم مسؤولياته وأدواره التي عليه أن يلعبها.

¹ - بومعروف الياس و عماري عمار: من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد07، 2010، ص27.

• الاسهام في تنمية المجتمعات وزيادة فرص الانتعاش الاجتماعي والاقتصادي بها كما يقود الى احداث التغيير الايجابي بها، ويعزز من البناء الاجتماعي، تجسيد مبادئ التعاون والتكافل والمشاركة الفاعلة بين أبناء المجتمع.

ومن خلال عملية التدخل المهني تظهر مهارات وقدرات وخبرات الأخصائي الاجتماعي وما اكتسبه من معارف علمية، وهو يقدم كل جهوده ومساعداته وخطته الرامية الى ايجاد حلول للمشكلات الاجتماعية التي يتعامل معها، ويهدف هذا التدخل الى احداث تغييرات اجتماعية تطل حياة الأفراد والجماعات والمجتمعات على حد سواء، وذلك بحسب الوسط الذي يتعامل معه الأخصائي الاجتماعي، كما أن هذا التدخل يتم بناؤه على معارف الخدمة الاجتماعية، ومدى التزام الأخصائي الاجتماعي بقيمها، التي تعمل على ضوئها. ويمكن للخدمة الاجتماعية ومن خلال التطبيق الفعلي، لطرقها الثلاثة- خدمة الفرد والجماعة والمجتمع- ومن خلال أساليبها وفلسفتها، أن تسهم بشكل كبير وتلعب أدوارا ناجحة بمجال العمل التطوعي، ويمكن أن يتم ذلك من خلال تعامل الخدمة الاجتماعية مع برامج وخطط أنشطة العمل التطوعي، ومن خلال تنفيذ تلك المشروعات من قبل الأفراد والجماعات، أو من خلال الاعتماد على طبيعة الأفراد أو الجماعة. فيما يعمل على مساعدتهم لتحقيق التطور والتغير الاجتماعي المطلوب، واشباع الحاجات الأساسية وتحقيق الأهداف ورسم الخطط وتنفيذها على أرض الواقع.

ويبين التدخل المهني بمجال الخدمة الاجتماعية عملية التكامل المطلوب بين طرقها الثلاث المتمثلة في خدمة الفرد والجماعة وتنظيم المجتمع، والتكامل أيضا مع الأدوار الأخرى الداخلة ضمن إطار أنشطة وبرامج العمل التطوعي، وذلك بما يسهم في تحقيق الأهداف المنشودة من عملية التطوع بالمجتمع.

وبات من المهم أن تتكامل طرق الخدمة الاجتماعية الطبية عند التعامل مع أي من المشكلات التي تواجه المجتمع، من خلال أن تساهم فيها بخبراتها وتدخلها المهني وأساليبها و طرقها ،أو من خلال اتباعها نظرة شمولية وتكاملية، وهي تتعامل مع واقع تلك المشكلات وتضع لها الخطط والبرامج الكفيلة بترقيتها والنهوض بها، وإيجاد الحلول الملائمة لها، وفيما يختص بدور الخدمة الاجتماعية نحو ما يعين المتطوعين على أداء نشاطاتهم خلال تدخلها المهني، فإنها تسهم بذلك في جانبي الارتقاء بالمجال التطوعي وتلبية متطلباته وبلوغ الأهداف الرئيسية وراء مشاريعه وخدماته، ويمكن أن يعمل الأخصائي الاجتماعي الطبي على تطبيق طرق الخدمة الاجتماعية، بمجال العمل التطوعي من خلال الدور الذي يمكن أن يمارسه مع الجماعة التطوعية وفقا لما يلي:

-تقديم مختلف أوجه العون والمساعدة لأفراد الجماعة التطوعية وتشجيعهم على بذل الجهد بمجال العمل التطوعي، بغرض تنمية شخصياتهم وخبراتهم ومؤهلاتهم، واستثمار مواردهم من خلال ما يبذونه من اسهامات.

- ترسيخ مفهوم العمل الجماعي المشترك، لدى أفراد الجماعة التطوعية وتعزيز المفهوم الديمقراطي فيما بينهم، من أجل توفير المناخ السليم الذي تنشط فيه الأعمال التطوعية المساهمة في تنمية المجتمع.

- مساعدة المؤسسات التطوعية على إقامة علاقات، تبادلية مشتركة مع الجمعيات الرسمية الأخرى المهتمة بالعمل التطوعي، مما يخلق نوعا من تبادل الخبرات والخطط وتضافر الجهود من أجل بلوغ الأهداف.

- خلق علاقات ناجحة بين الأخصائي الاجتماعي الطبي، وبين أعضاء الجماعة التي تعمل بمجال العمل التطوعي، انطلاقا من معرفته التامة بمبادئ الخدمة الاجتماعية عامة ومدى تقبله لها تقبلا جيدا.

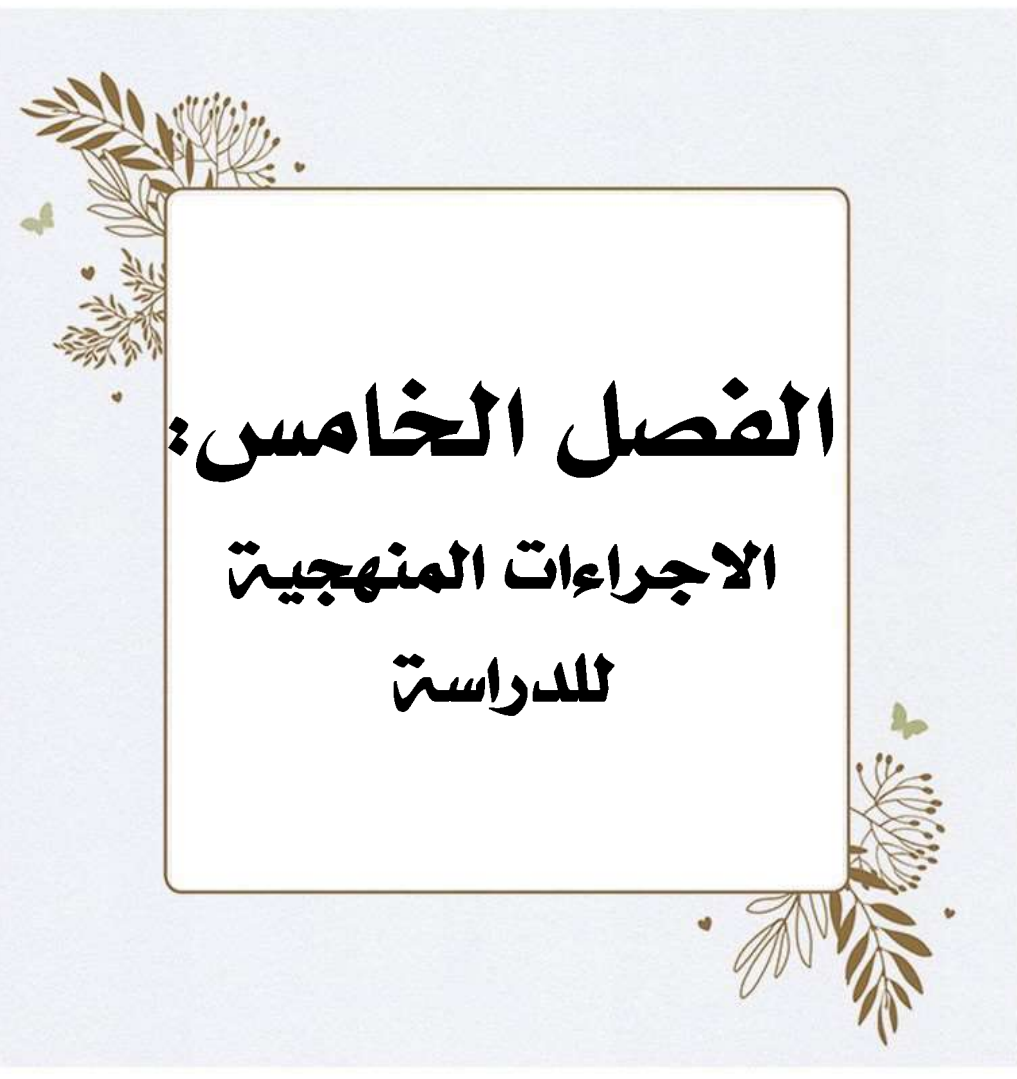
الفصل الرابع: واقع العمل الجماعي في الجزائر

- العمل وفق جهود مباشرة مع الجماعات المتطوعة، من أجل ضمان وصول الموارد والخدمات الى مستحقيها، والتأكد من كفاءة العملية التطوعية ووصولها لأهدافها.¹

¹ عائض سعد أبو نخاع الشهراني: الخدمة الاجتماعية والعمل التطوعي-دراسة تحليلية لعلاقات التبادل والتكامل-، مجلة جامعة الملك عبد العزيز للآداب والعلوم الانسانية، مجلد16، ع1، 2008، ص ص(26-32).

خلاصة الفصل

تمثل الجمعيات الخيرية كونها مؤسسة حيوية تابعة لمجموعة كبيرة من مؤسسات المجتمع المدني قطاعا مجتمعيا مهما، حيث تقع هذه الجمعيات بين القطاعين العام والخاص. وتعد بمثابة منظمات ربط ووصل بين مختلف مكونات المجتمع. وعلى الرغم من اختلاف الجمعيات من حيث الحجم، والأهمية، وطبيعة نشاطاتها التطوعية ومدى اهتمام الدول بها، فإن لتلك الجمعيات وظائف متشابهة كمناصرتها ودفاعها الأزلي عن حقوق الفقراء والضعفاء، والسعي الدائم لإحداث تغيير إجتماعي حقيقي، وتقديم خدمات اجتماعية فاعلة، ونجد أنها في بعض الدول تمثل الأداة الرئيسية لتوزيع ونشر الرفاهية الاجتماعية.



الفصل الخامس:
الاجراءات المنهجية
للدراسته

خطة الفصل:

تمهيد

1-مجالات الدراسة.

1-1- المجال المكاني(الجغرافي).

1-2- المجال الزماني.

1-3-المجال البشري.

2-المنهج

3-مجتمع وعينة البحث.

3-1: وصف مجتمع البحث.

3-2: عينة البحث وحجمها وكيفية اختيارها.

4-أدوات جمع البيانات.

5-الأساليب الاحصائية.

خلاصة الفصل

تمهيد

تعتبر الأدوات و الآليات المنهجية أحد أبرز المحطات البحثية للدراسة، وهذا نظرا للأهمية الكبرى التي تشغلها كونها تشكل حلقة ربط، بين الجانب النظري والجانب الامبريقي للبحث، وقد احتوى هذا الفصل على مجموعة من الآليات المنهجية المناسبة لموضوع دراستنا، حيث اعتمدنا على الاستمارة كأداة أولية بحثية، تم من خلالها جمع البيانات من العينة المبحوثة المختارة من مجتمع البحث، المحدد بفئة المواطنين المستفيدين من الخدمة الاجتماعية الطبية، التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية بولاية الوادي ، بالإضافة إلى استخدام المنهج الوصفي لربط أجزاء الدراسة ببعضها البعض مع إعطاء وصف دقيق لمجرياتها، خاصة في ظل استخدام برنامج الحزم الإحصائية لتحليل البيانات في العلوم الاجتماعية. *spss*.

1- مجالات الدراسة:

1-1-المجال المكاني (الجغرافي) للدراسة: يشمل المجال المكاني لدراستنا الحالية، ولاية الوادي وبلدياتها (حاسي خليفة، قمار، الدبيلة، المقرن، بلدية الوادي) حيث تتركز بها مقرات الجمعيات الخيرية الطبية التي اعتبرت منطلقا لاختيار مجتمع وعينة الدراسة ومنها، إذ بلغ عدد الجمعيات الطبية 12 جمعية ولكن قمنا فقط باختيار 6 جمعيات طبية خيرية تبعا لمعيار النشاط.

ولاية الوادي¹ هي ولاية جزائرية انبثقت عن التقسيم الاداري لعام 1984م، عاصمة الولاية هي الوادي وتعرف بمدينة الألف قبة وقبة، كما تعرف بعاصمة الرمال الذهبية، تقع ولاية الوادي شمال شرق الصحراء الجزائرية، تبعد عن عاصمة البلاد بـ 630 كلم، يحدها من الشرق الجمهورية التونسية، ومن الشمال ولاية تبسة وخنشلة وبسكرة، ومن الجنوب ولاية ورقلة، ومن الغرب ولاية الجلفة، وبسكرة و ورقلة تبلغ مساحتها حوالي 44,585 كلم تتوزع على اقليم ولاية الوادي 12 دائرة ادارية وتنقسم الى واديين مختلفين:

- منطقة وادي سوف وتضم 22 بلدية تقع وسط العرق الشرقي.

- منطقة وادي ريغ وتقع في الأراضي المنبسطة وتضم 8 بلديات.

وهذه البلديات هي:

- الوادي، النخلة، حاسي خليفة، كوينين، أمية ونسة، الطريفايوي، قمار، وادي العلندة، المغير، تغزوت، الطالب العربي، سطيل، ورماس، دوار الماء، سيدي خليل، الرقيبة، بن قشة، أم الطيور، الحمراية، الدبيلة، جامعة، البياضة، حساني عبد الكريم، سيدي عمران، الريح، المقرن، تندلة، العقلة، سيدي عون، المرارة.

¹ 22.10 h بتاريخ <https://ar.wikipedia.org/wiki>

1-2- المجال البشري:

1-2-1- المواطنون المستفيدين من خدمات الجمعيات: قدر العدد الاجمالي للمواطنين المستفيدين من الخدمة الاجتماعية الطبية، التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي ب1000 مفردة، وقد تم تحديدها بشكل أولي بعد حصر شامل للجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي، حيث تم اجراء زيارة استطلاعية لمقر الولاية وهناك تم تزويدنا بقائمة الجمعيات الخيرية الطبية، التي تتشط فعليا على مستوى اقليم الولاية والتي قدرت بـ 12 جمعية خيرية طبية، بين الناشطة فعليا وبين التي تزاول نشاطها بشكل موسمي ومتقطع من فترة الى أخرى، وهذا ما استدعى منا التمهيص والتدقيق والتقصي حول الجمعيات التي هي فعلا تتشط في المجال الخيري الطبي، وتم تقديرها بـ 6 جمعيات فاعلة منتشرة على مستوى تراب الولاية وبلدياتها (حاسي خليفة، الدبيلة، بلدية الوادي، قمار، المقرن) وهذه الجمعيات هي (جمعية بشائر الشفاء، جمعية مساعدة المريض لذوي الاحتياجات الخاصة، جمعية الفجر لمرضى السرطان، جمعية تاج للصحة، جمعية سنابل الخير، جمعية لمسة حنان) وعلى هذا الأساس تم اختيار مجتمع الدراسة، حيث طلبنا من رؤساء جميع هذه الجمعيات، بتزويدنا بالعدد الفعلي لمنتسبيها والمستفيدين من خدماتها الصحية والطبية، ومن ثمة قمنا بضبط العدد الكلي للمستفيدين لكل جمعية على حدى.

1-2-2-1- التعريف بالجمعيات الخيرية الطبية:¹

1-2-2-1-1- جمعية تاج للصحة: هي جمعية خيرية ذات طابع صحي اجتماعي بحت تعنى بالفئات التي تعاني المرض والفقر والحرمان بشكل خاص، وبصحة المواطنين بشكل عام تأسست سنة 2005م، ببلدية قمار التابعة لولاية الوادي اداريا، وهي جمعية ولائية مقرها متواجد ببلدية قمار داخل نادي المعلم سابقا. وفي حوار مع رئيسها أفاد بأن فكرة

¹ القانون الاساسي النموذجي للجمعيات

التأسيس نبعت في سنة 2004 نظرا للحاجة الشديدة لدى المواطنين وعدم توافر العلاج والطواقم الطبية المجانية بشكل كبير، ولها عدة أهداف أهمها:

- ❖ العناية بالمرضى المعوزين توجيهها ومساعدة.
- ❖ تنظيم حملات التبرع بالدم والختان الجماعي.
- ❖ السعي الى تشكيل فضاءات تواصل ومتابعة لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم.
- ❖ تنظيم حملات لإجراء عمليات جراحية خصوصا في الأمراض الأكثر انتشارا في المنطقة.
- ❖ متابعة الصحة النفسية للمرضى ودعم عائلاتهم.
- ❖ تنظيم قوافل طبية للمناطق النائية.
- ❖ إقامة لقاءات علمية بين المختصين والاطباء والعامين وسلك الشبه طبي.
- ❖ تنظيم ندوات ودورات تحسيسية فيما يخص مبادئ الاسعافات الأولية ومخاطر الآفات كالمخدرات والأمراض المتنقلة عن طريق المياه.

وتعد الجمعية الصحية الرائدة والأولى على مستوى ولاية الوادي ، ويتكون هيكلها التنظيمي من الرئيس، النائب الأول، أمين المال، الكاتب العام، الأعضاء المؤسسين، كما تتكون من لجان هي: اللجنة الاجتماعية، لجنة الدعم والاسناد، اللجنة الطبية، لجنة الاعلام والاتصال، الخلية النفسية، لجنة التبرع بالدم وسيارة الاسعاف، لجنة المشاريع، لجنة القوافل الطبية.

1-2-2-2- جمعية بشائر الشفاء: هي جمعية خيرية محلية ذات طابع صحي غير ربحي مقرها الاجتماعي ببلدية حاسي خليفة، تحمل طابع انساني لها هيكل تنظيمي متكون من الرئيس، ونائب رئيس الجمعية، أمين المال، والأعضاء المؤسسين، ولها هيكل

تنفيذي يتم انتخاب أعضائه من طرف الجمعية العامة، حسب الترتيب المنصوص عليه في القانون الأساسي للجمعيات وتقوم جمعية بشائر الشفاء بحاسي خليفة بعدة مهام:

- العناية بالمرضى المعوزين والذين هم بحاجة ماسة للعلاج المجاني.
- العمل على تنظيم دورات التبرع بالدم لصالح المرضى.
- العمل على توفير وسيلة نقل خاصة بالمرضى تسهل تنقلهم للمراكز الاستشفائية.

1-2-2-3- جمعية الفجر لمرضى السرطان: هي جمعية خيرية ذات طابع انساني صحي طبي 100/100 تأسست 1989/09/02، وطنية لها فروع ولأئية محلية وتهتم بانشغالات المواطنين المرضى بداء السرطان، ومساعدتهم ماديا ومعنويا ولها عدة أهداف منها:

- ✓ الدفاع على حقوق المصابين بداء السرطان المشروعة في العلاج.
- ✓ تعمل على خلق أنماط جديدة من السلوك تجاه هذا الداء، من خلال الحملات التحسيسية بالمرض وضمان التكفل النفسي للمصابين، ووصولهم على الدواء والكشوفات الطبية بصفة مجانية.
- ✓ يوجد 22 مكتبا ولأئيا لجمعية الفجر ينشط على مستوى التراب الوطني.
- ✓ تعمل الجمعية على تنظيم الدورات التكوينية المتواصلة، للأطباء والعاملين بالجمعية حول الكشف الأولي عن السرطان بمختلف أنواعه.
- ✓ تنظيم محاضرات وتوزيع منشورات، من أجل التحسيس والتوعية هذا المرض وتوضيح أهمية الكشف المبكر عنه.

1-2-2-4- جمعية لمسة حنان (المقرن): هي جمعية خيرية محلية صحية ذات طابع انساني اجتماعي مقرها الاجتماعي ببلدية المقرن، وهي جمعية خيرية غير ربحية. تحمل

طابع انساني لها هيكل تنظيمي متكون من الرئيس، ونائب رئيس الجمعية، أمين المال والأعضاء المؤسسين، ولها هيكل تنفيذي يتم انتخاب أعضائه من طرف الجمعية العامة حسب الترتيب المنصوص عليه في القانون الأساسي للجمعيات، وتقوم جمعية لمسة حنان بعدة مهام:

- ❖ العناية بالمرضى المعوزين والذين هم بحاجة ماسة للعلاج المجاني.
- ❖ العمل على تنظيم دورات التبرع بالدم لصالح المرضى.
- ❖ العمل على توفير وسيلة نقل خاصة بالمرضى تسهل تنقلهم للمراكز الاستشفائية.
- ❖ العمل على تنظيم دورات للتبرع بالدم لصالح المرضى وهذا طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما في هذا المجال.
- ❖ العمل على توفير وسائل نقل خاصة بالمرضى كسيارات الاسعاف.
- ❖ السهر على تسهيل المعاملات الادارية بين المريض والمصالح المعنية في المستشفيات.

1-2-2-5-جمعية مساعدة المريض وذوي الاحتياجات الخاصة: هي جمعية وطنية لها فروع في مختلف ولايات الوطن ولها فرع ولائي بولاية الوادي، وتحمل طابع انساني بها هيكل تنظيمي يتكون من الرئيس، نائب أول للرئيس، نائب ثاني للرئيس، كاتب نائب كاتب، أمين المال، مساعد أمين المال، ولها مكتب تنفيذي يتم انتخاب أعضائه من قبل الجمعية العامة حسب الترتيب المنصوص عليه في المادة 15 من القانون الأساسي للجمعية الوطنية للعناية بالمريض وذوي الاحتياجات الخاصة المصادق عليه خلال الجمعية العامة المنعقدة بتاريخ 2014/01/04 لمدة 3 سنوات وتنقسم الجمعية الى:

- ❖ مكتب وطني يتبعه مكاتب ولائية ومكاني محلية.

❖ ينصب المكتب التنفيذي الوطني المكاتب الولائية.

❖ ينصب المكتب الولائي التنفيذي مكاتب محلية .

وبالنسبة للفرع الولائي الذي ينشط على مستوى ولاية الوادي فقد تم تأسيسه سنة 2018.

ولهذه الجمعية عدة أهداف أهمها:

❖ المساهمة في راحة المريض في فترة العلاج بالمستشفيات العامة والخاصة مع

المساعدة في توفير الحاجيات الضرورية كالدواء وغيره.

❖ العمل على تنظيم زيارات دورية للمرضى في المناسبات الوطنية والدينية لرفع

المعنويات.

❖ المساهمة على ايجاد عمل لائق بذوي الاحتياجات الخاصة.

❖ العمل على تنظيم دورات للتبرع بالدم لصالح المرضى وهذا طبقا للتشريع

والتنظيم المعمول بهما في هذا المجال.

❖ تسهيل ادماج ذوي الاحتياجات الخاصة من المرضى في الحياة الاجتماعية.

❖ العمل على توفير وسائل نقل خاصة بالمرضى كسيارات الاسعاف.

❖ السهر على تسهيل المعاملات الادارية بين المريض والمصالح المعنية في

المستشفيات.

1-2-2-6- جمعية سنابل الخير: هي جمعية خيرية ذات طابع اجتماعي بالدرجة

الأولى ثم صحي، مقرها موجود بـ "المقر الاداري القديم (وكالة التشغيل سابقا)" و تتمتع

الجمعية بالشخصية المعنوية والأهلية القانونية، وهي تمارس نشاطها على المستوى البلدي

أي أنها جمعية بلدية تم تأسيسها بتاريخ 2014/04/14 طبقا لأحكام القانون رقم 06/12

المؤرخ في 2012/10/12 المتعلق بالجمعيات. و تهدف هذه الجمعية لـ:

- ❖ تقديم المساعدات المالية غير المباشرة و العينية للفقراء والمعوزين.
- ❖ التكفل حسب الأولويات واحتياجات المرضى والمعوزين.
- ❖ محاربة الآفات الاجتماعية عن طريق الأيام التحسيسية.
- ❖ توطيد أواصر التعاون والتكافل الانساني في المجتمع.
- ❖ التشجيع والمساعدة على الزواج الجماعي للمعوزين.

وتتكون الجمعية من هيكل تنظيمي مشكل من:

- ◀ رئيس الجمعية.
- ◀ نائب أول للرئيس.
- ◀ نائب ثاني للرئيس.
- ◀ الكاتب العام.
- ◀ أمين المال.
- ◀ الكاتب العام المساعد.
- ◀ أمين المال المساعد.
- ◀ الأعضاء المؤسسين.

ومجموعة من اللجان الدائمة المكلفة بالمسائل المتعلقة بأنشطة الجمعية وهي:

- ◀ لجنة التكافل الاجتماعي.
- ◀ لجنة خدام بيوت الرحمن.
- ◀ لجنة الاعلام والاتصال.
- ◀ لجنة سيارة الاسعاف وتسييرها.
- ◀ لجنة رياض الأطفال.

وكل لجنة تتشكل من 5 أعضاء على الاقل.

وكل لجنة تتشكل من 5 أعضاء على الاقل.

1-3-1- المجال الزمني: ونقصد به الوقت الذي استغرقتة الدراسة الميدانية والاحتكاك بالميدان وقد مرت هذه الدراسة بعدة مراحل زمنية:

1-3-1- المرحلة الاستكشافية البحث الجيوجرافي: حسب "ريمون كيفي" فالمرحلة

الاستكشافية تتكون تباعا، من خلال عملية القراءة والمقابلات الاستكشافية الى جانب جملة من المناهج المتممة و المناسبة لها، إذ تعد عمليات القراءة بمثابة وعاء جوهري أساسي تبنى من خلاله أسئلة او تساؤلات الدراسة، و فرضياتها كما تعمل المقابلات و المناهج العلمية التي تستخدم في الدراسة -على اختلاف أنواعها- على تسهيل احتكاك الباحث السوسيولوجي بالواقع الاجتماعي المعاش، ودراسته كما هو على شكله الطبيعي¹. وفي هذه المرحلة يقوم الباحث باتخاذ خطوات أكثر عملية وإجرائية، إذ يعمل على جمع المادة العلمية والمتعلقة بموضوع دراسته، سواء كانت هذه المادة نظريات وسوسيولوجية موثقة في كتب علمية معتمدة، أو عبارة عن دراسات سابقة قد تجمع أحد أو كل متغيرات الدراسة أو عبارة عن كتب جيوجرافية، إما على شكل نسخ ورقية أو نسخ الكترونية (pdf) إضافة الى المجلات والدوريات، التي تنشر في مجال تخصص الباحث وهذا كله بغرض التحديد الجيد للإطار النظري للدراسة، وتسهيل عملية بناء إشكالية علمية تمس أهم نقاط الدراسة، إضافة إلى ضبط المفاهيم والمصطلحات، المتعلقة بموضوع الدراسة المطروح. وفي موضوع بحثنا هذا فقد بدأت مرحلة البحث الجيوجرافي منذ السنة الأولى من التسجيل في الدكتوراه (2017-2018) حيث قمنا بزيارات عديدة للمكتبة المركزية الموجودة على مستوى جامعة الشيخ العربي التبسي -كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية- إضافة الى مكتبة العلوم الاقتصادية والتجارية بذات الجامعة، ومكتبة

¹ ريمون كيفي و لوكفان كمنهود: دليل الباحث في العلوم الاجتماعية، تر: يوسف الجباعي، ط1، المكتبة العصرية للطباعة و النشر، بيروت-لبنان، 1997، ص59.

الحقوق والعلوم السياسية ، نظرا لتوفرها على معلومات قيمة حول موضوع دراستنا (كتب ، قواميس ، أطروحات ، دكتوراه... إلخ). أيضا قمنا بزيارة للمكتبة التابعة لقسم العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة الشهيد حمة لخضر -جامعة الوادي - والتي استفدنا فيها من المخزون المكتبي في إثراء دراستنا بالمعلومات النظرية. وكذلك مكتبة كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية بجامعة حسيبة بن بوعلي - الشلف - وجامعة محمد خيضر - بسكرة - وكذلك التحميل المباشر لبعض الكتب الغير متوفرة، على شكل نسخ ورقية أو أطروحات الدكتوراه والماجستير التي يصعب اقتنائها، إضافة للعديد من المجالات الذي تنشر المقالات العلمية في تخصص العلوم الإنسانية والاجتماعية.

1-3-2-مرحلة المقابلات اللقاءات الاستطلاعية : هذه المرحلة تكمن أهميتها الجوهرية في إظهار جوانب الظاهرة المدروسة ، وما يتعلق بها من مناهج علمية مناسبة وأدوات جمع البيانات التي تلائمها ، وتعد مرحلة المقابلات الاستطلاعية ذات فاعلية كبيرة ومكملة للمرحلة التي تسبقها (مرحلة القراءة والبحث الببليوغرافي)، فهما متكاملان بشكل علائقي مع بعضها البعض، إذ أن الباحث يستطيع تصميم نموذج مناسب للمقابلات و الاستبيانات الميدانية التي سيقوم بتوزيعها على المبحوثين، المعنيين بالدراسة أو حين نزوله لميدان الدراسة التطبيقية، في إطار ما اكتسبته من زاد معرفي نابع من القراءات والبحث الببليوغرافي. إضافة إلى الدور المهم للقاءات الاستكشافية في إكمال الصورة النهائية لإشكالية الدراسة، وبناء فرضيات علمية هادفة وشاملة، لكافة متغيرات الدراسة كما أن هذه المرحلة تعمل على المساعدة، في اكتشاف الميدان المناسب لإجراء الجانب التطبيقي للدراسة، و مدى مناسبة المجتمع الذي ستجرى فيه الدراسة، و تحديد ما هي العينة الملائمة لموضوع الدراسة، من خلال تقنيات و أدوات جمع البيانات، إضافة إلى أنه من الضروري على أي باحث، بصدد دراسة ظاهرة اجتماعية معينة الاستعانة بخبراء و مختصين في مجال دراسته، فمثلا في موضوعنا هذا " الخدمة الاجتماعية الطبية

والتنمية الاجتماعية" كان لنا اتصالات عديدة مع الأستاذ الدكتور "فوزي محمد شحاتة" وكيل كلية الخدمة الاجتماعية شؤون الدراسات العليا و البحوث بجامعة الفيوم، و الذي أفادنا في تحكيم استمارة الاستبيان و في تزويدنا ببعض الكتب ذات العلاقة بمتغير الخدمة الاجتماعية الطبية. كما كان لنا لقاءات مع ثلة في الدكاترة بجامعة الشيخ العربي التبسي نذكر منهم الأستاذ الدكتور " خالد حامد" الحائز على شهادة دكتوراه في تخصص علم اجتماع التنمية و الدكتور " بدر الدين مسعودي " و الحائز على دكتوراه في علم اجتماع التنمية. و بعد أن تم التحديد النهائي لموضوع الدراسة مع السيد المشرف والحصول على الموافقة النهائية من طرف المجلس العلمي، قمنا -كمرحلة أولية- بإجراء دراسة استطلاعية حول الموضوع، وذلك من خلال جمع كافة المعلومات والبيانات (وثائق وسجلات) المتعلقة بالدراسة، و ذلك من خلال النزول للميدان وإجراء مقابلات مباشرة مع مسؤولي الجمعيات أو عن طريق اتصالات هاتفية، أو عبر خاصية الماسنجر Messenger مع رؤساء الجمعيات، وذلك بالتوازي مع عملية جمع المعلومات المكتبية والمادة النظرية حول الدراسة (المكتبات أو مواقع الانترنت)، وبعد ذلك تم وضع خطة أولية بناء على ما تم جمعه من بيانات نظرية، وقد بدأت هذه المرحلة من أوائل شهر نوفمبر 2018 واستمرت العملية الى غاية شهر جوان 2020.

1-3-3-مرحلة الدراسة الميدانية: وفيها تم النزول الى الميدان (الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي) وقد امتدت هذه المرحلة من شهر أكتوبر 2019 الى غاية مارس 2020 وتم خلالها إجراء زيارات ميدانية، لمقرات الجمعيات الخيرية الطبية (جمعية بشائر الشفاء بحاسي خليفة، جمعية تاج للصحة بقمار، جمعية مساعدة المريض وذوي الاحتياجات الخاصة ببلدية الوادي، جمعية الفجر لمرضى السرطان ببلدية الوادي، جمعية سنابل الخير بالدبيلة وجمعية لمسة حنان بالمقرن) وخلال هذه الزيارات قمنا بالتعرف على حقيقة النشاطات الخيرية الطبية، التي تقدمها هذه الجمعيات وذلك بعقد

مقابلات ميدانية مع رؤساء الجمعيات، كما تم في مقابلة لاحقة توزيع استمارات تجريبية بلغ عددها (30 استمارة)، ساعدنا في توزيعها رؤساء الجمعيات وبعض الأعضاء الناشطين. دامت هذه المرحلة مدة 15 يوما، وبعد استرجاع الاستمارات التجريبية والتعرف على مدى صلاحيتها، في قياس واختبار فرضيات الدراسة، قمنا بتوزيع العدد المتبقي من الاستمارات الكلية والبالغ عددها 278 استمارة، وقد دامت هذه المرحلة مدة شهرين كاملين بعدها قمنا باسترجاع الاستمارات وكانت فقط (268 استمارة) وبعد فرزها توصلنا الى وجود 255 استمارة صالحة للتحليل النهائي.

1-3-4- المرحلة النهائية (التفريغ والتحليل والتفسير): من مارس 2020 الى أوت

2020: وخلال هذه المرحلة وبعد ان قمنا بفرز جميع الاستمارات الصالحة للتحليل النهائي، بدأنا في عملية تفريغها إحصائيا (بالاستعانة بأساتذة مختصين في الاحصاء الاستدلالي) مستعينين في ذلك ببرنامج SPSS وهو أكثر البرامج الاحصائية استخداما في مجال البحوث التربوية والاجتماعية والفنية والهندسية (Statical Program For Social Science). بعدها قمنا بعملية تحليل ما توصلنا إليه من نتائج عبر تقنية المعالجة SPSS تحليلا احصائيا سوسولوجيا.

2-منهج الدراسة: إن عالم الاجتماع مضطر لاستخدام عدة نماذج ضمن المعطيات المتوفرة لديه ووفق المسائل التي يطرحها، والإمكانيات التي يمتلكها مع ظروف أخرى متنوعة¹. وفي دراستنا هذه فقد حاولنا تحديد المنهج العلمي، الذي سنعتمده بغرض التوصل إلى نتائج علمية. وهذا الأمر ليس سهلا كما يبدو، لأنه هو الذي سيحدد لنا الطريقة المثلى التي يمكن من خلالها، تقديم دراسة علمية دقيقة تعالج الظاهرة المدروسة شكل علمي، فدون وجود منهج علمي واضح لا تكون هناك دراسة علمية وموضوعية لأي

¹ ريمون بودون: مناهج علم الاجتماع، تر: هالة شبؤون الحاج، ط4، منشورات دار عويدات، (د. بلد النشر) 1988، ص44.

ظاهرة أيا كان نوعها، و تصبح مجرد تجميع مجرد كم معلوماتي دون تحديد الهدف منه والغرض الأساسي منه. والمنهج -بطبيعة الحال - يختلف من دراسة إلى أخرى على حسب نوعية الظاهرة المدروسة، وطبيعة ومشكلة الموضوع المدروس إضافة إلى الامكانيات الفردية للباحثين ومدى تحكّمهم الجيد في استخدامه، فالباحث الجيد عندما يعالج موضوع أو ظاهرة ما يقوم بوصفها، وجمع كافة المعلومات والبيانات المتعلقة بها وبجوانبها. لذا فقد قمنا باستخدام "المنهج الوصفي" في دراستنا لموضوعنا الحالي وقمنا بوصفها وصف دقيقا كما هي في الواقع ، وحاولنا التعبير عنها كما و كيفا لأن المنهج الوصفي يقوم بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ووصفها وصفا دقيقا ، والتعبير عنها تعبيراً كمياً أو تعبيراً كيفياً، كما يوصف **المنهج الوصفي** بأنه طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم، من أجل الوصول الى أغراض محددة لوضعية أو مشكلة اجتماعية ، فهو يقوم على وصف الخصائص المختلفة إعتقاداً على جمع المعلومات الممكن الحصول عليها.¹ وتتدرج هذه الدراسة ضمن إطار الدراسات الوصفية التي تتيح للباحث كمية كبيرة من البيانات والمعلومات الكمية والكيفية، بغرض تشخيص خصائص الواقع المبحوث ثم الانتقال من الوصف، إلى اعطاء تفسيرات ودلالات منطقية حقيقية وملموسة للمعلومات الإحصائية وللأرقام المتوصل إليها في المجال الجغرافي والتاريخي والبشري الذي تدور فيه، إذ يؤدي هذا الإجراء إلى تسهيل عملية إصدار تعميمات تخص الظاهرة المدروسة.

3-مجتمع وعينة الدراسة:

3-1- وصف مجتمع الدراسة: تم تحديد مجتمع الدراسة من خلال تحديد أولي مبدئي وحصر شامل للجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي، حيث تم اجراء زيارة استطلاعية لمقر الولاية وولاية الوادي بتاريخ **2019/10/15**، وهناك تم تزويدنا بقائمة

¹ عبد الوهاب إبراهيمي : أسس البحث الاجتماعي، (د ط)، مكتبة نهضة الشروق ، مصر، 1985، ص40.

الجمعيات الخيرية الطبية التي تنشط فعليا على مستوى اقليم الولاية، والتي قدرت بـ 12 جمعية بين الناشطة فعليا وبين التي نشاطها موسمي ومتقطع من فترة الى أخرى، وهذا ما استدعى منا التمحيص والتدقيق والتقصي حول الجمعيات الناشطة بصورة حقيقية في المجال الخيري الطبي، وتم تقديرها بـ 6 جمعيات فاعلة منتشرة على مستوى تراب الولاية وبلدياتها (حاسي خليفة، الدبيلة، بلدية الوادي، قمار) وهي (جمعية ثائر الشفاء، جمعية مساعدة المريض لذوي الاحتياجات الخاصة، جمعية الفجر لمرضى السرطان، جمعية تاج للصحة، جمعية سنابل الخير، جمعية لمسة شفاء)، وعلى هذا الأساس تم اختيار مجتمع الدراسة حين طلبنا من رؤساء جميع هذه الجمعيات تزويدنا بالعدد الفعلي لمنتسبيها والمستفيدين من خدماتها الصحية والطبية، ومن ثمة قمنا بضبط العدد الكلي للمستفيدين لكل جمعية على حدى.

3-2- عينة الدراسة : إن اختيار العينة لا بد أن يتم بناء على اجراء يسمح لنا أن نقدر الدرجة التي يعتبر فيها أفراد العينة ممثلا للمجتمع الذي تم انتقاؤهم منه، وتضم العينة عدد محدودا من المفردات التي سوف يتعامل معها الباحث، منهجيا في نهاية المطاف لدراسة المجتمع المقصود ككل، وتعتبر جزء من الدراسة التي تجمع بها البيانات الميدانية وهي جزء من كل اذ يحمل هذا الجزء مواصفات وخصائص الكل¹ ثم بعد ذلك يقوم الباحث بتعميم نتائج ذلك الجزء على المجتمع ككل. وهذه العينة لا بد لزاما أن تكون ممثلة للمجتمع المحلي وشاملة لجميع خصائصه، حتى تسهل فيما بعد عملية تعميم النتائج المتوصل إليها. وعملية اختيار العينة تمر بعدة مراحل:

❖ تحديد المجتمع الأصلي للدراسة.

❖ تحديد أفراد المجتمع الأصلي للدراسة.

❖ اختيار عينة ممثلة.

¹ فضيل دليو وآخرون: أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، مطبعة دار البحث، الجزائر، 1999، ص 141.

❖ اختيار عدد كاف من الأفراد في العينة.

والعينة التي تم اختيارها في هذه الدراسة هي "عينة عشوائية بسيطة" ومن شروط اكتمالها أن يكون جميع أفراد المجتمع الأصلي، معروفين وأن يكون هناك تجانس بين هؤلاء الأفراد. وتم اختيارها وفقا لطريقة القرعة، حيث قمنا بتقييم أفراد المجتمع الأصلي ووضع الأرقام في صندوق خاص، ومن ثمة قمنا بسحب الأرقام حتى استكملناها جميعا وفقا للعدد الكلي لأفراد العينة.

3-2-1- كيفية تحديد حجم العينة: تم الاعتماد في تحديد عينة الدراسة على معادلة ستيفن ثامبسون¹ (Steven Thompson) رياضيا في الصيغة التالية:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\left[\left[N-1 \times (d^2 \div z^2) \right] + p(1-p) \right]}$$

حيث:

حجم المجتمع (إطار المعاينة) N قدر بـ: 1000 مفردة.

مستوى الثقة Z قدر بـ: 95%.

هامش الخطأ d قدر بـ: 0,05 (5%).

احتمال توفر الخاصية في المجتمع P: 50%.

ومنه نجد أن حجم العينة n قدر بـ: 278 مفردة.

¹ Steven R.Thompson: **Sampling**, Third Edition, 2012, P 59,60.

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

3-2-2- خصائص العينة: تعتبر البيانات الأولية المتعلقة بمجموع المبحوثين داخل مجال الدراسة (المواطنين المستفيدين من خدمات الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي) احدى المعطيات الأساسية التي تستطيع ان نستمد منها معلومات تخدم موضوع الدراسة خاصة في الجزء التحليلي السوسولوجي، كونها تعكس الصورة الحقيقية للمبحوثين المتعلقة بهم، وقد تضمنت هذه الدراسة البيانات العامة المتمثلة في:

- 1- طبيعة جنس المبحوثين .
- 2- مكان إقامة المبحوثين.
- 3- الحالة الاجتماعية بكل مبحوث.
- 4- المستوى التعليمي الخاص بكل مبحوث.
- 5- الفئات العمرية التي تتراوح بينهما أعمار المبحوثين.
- 6- الوظائف التي يشغلها المبحوثين.

3-2-3: عرض وتحليل البيانات العامة لاستمارة الدراسة الميدانية:

جدول رقم (01): يبين متغير الجنس للمبحوثين.

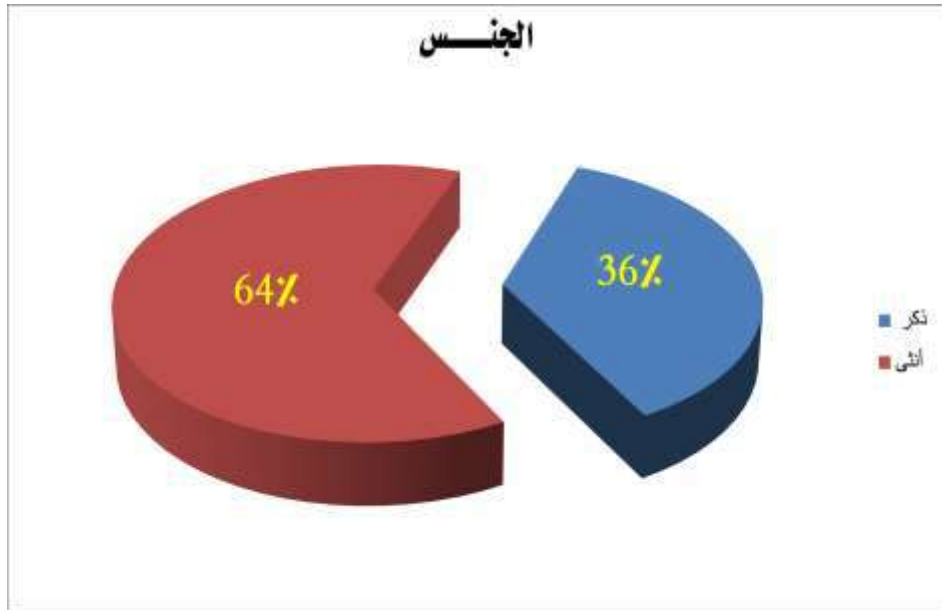
النسبة المئوية (%)	التكرار	الجنس
36,5	93	ذكر
63,5	162	أنثى
100,0	255	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على السؤال رقم (1) من استمارة البحث الميداني.

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

التحليل: نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معظم المبحوثين، هم من جنس الاناث بنسبة تقدر بـ 63,5%، وهو ما عبر عنه بـ 162 مفردة من اجمالي 255 مفردة. في حين بلغ عدد المبحوثين من جنس الذكور 93 مفردة، وهو ما عبرت عنه نسبة 36,5% وهنا نجد أن نسبة الاناث أعلى من نسبة الذكور في عينة الدراسة، ولكن رغم هذا الارتفاع الملحوظ فإن هذه العينة ممثلة لكلا الجنسين، بغض النظر عن الفارق الواضح بين النسبتين. مما قد يساعدنا في الوصول لنتائج شفافة وذات مصداقية أعلى. كما أن هذا الفارق بين نسبة الذكور والاناث، يمكن ارجاعه الى واقع نسبة السكان في الجزائر حيث تفوق نسبة الاناث نسبة الذكور خلال السنوات الأخيرة الماضية.

شكل رقم(4): يبين التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الجنس.



جدول رقم (2): يبين متغير الفئة العمرية.

النسبة المئوية (%)	التكرار	الفئات العمرية
5,5	14	من 14 الى 24 سنة
16,9	43	من 25 الى 34 سنة
27,8	71	من 35 الى 44 سنة
28,2	72	من 35 الى 54 سنة
21,6	55	من 55 الى 64 سنة
100,0	255	المجموع

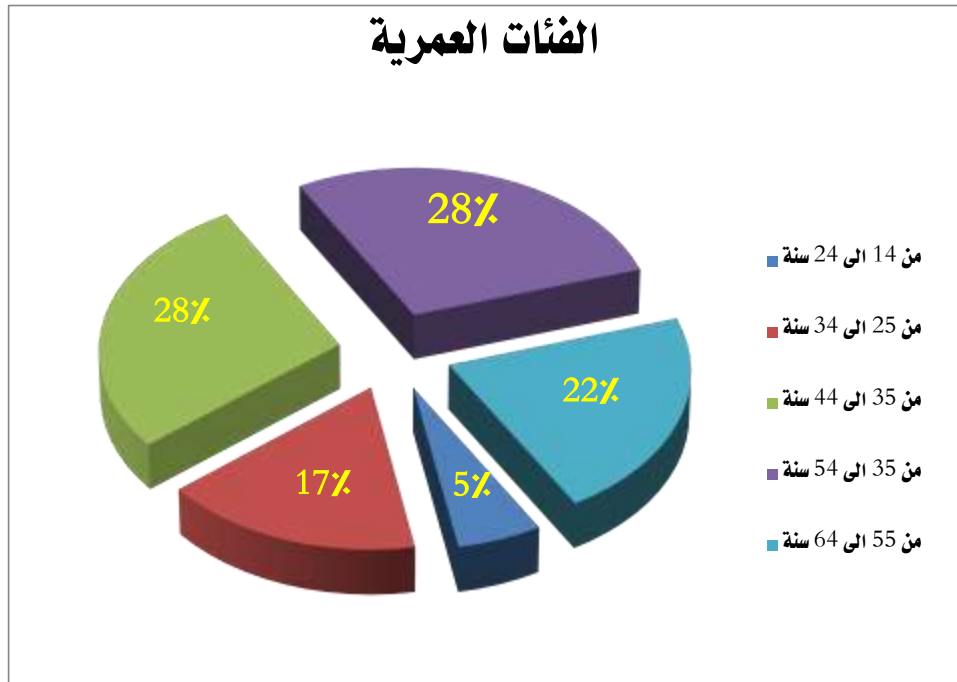
المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على السؤال رقم (2) من استمارة البحث الميداني.

التحليل: يبين الدلالات الاحصائية الكمية الموضحة في الجدول أعلاه والخاصة بمتغير الفئات العمرية، أن الفئة التي تمثل أكبر نسبة هي الفئة العمرية من (35 الى 54 سنة) بتكرار 71 مفردة من إجمالي مفردات البحث، ثم تليها نسبة 27,8% بتكرار 71 مفردة والتي تمثل الفئة العمرية من (35 الى 44 سنة) لتليها الفئة العمرية (55 الى 64 سنة) بنسبة 21,6% بتكرار 55 مفردة، فالفئة العمرية المحصورة بين (25-34 سنة) بنسبة 16,9% بتكرار 43 مفردة من إجمالي مفردات البحث، وفي الأخير نجد أن الفئة العمرية (من 14-24 سنة) هي الأقل تمثيلا لمفردات العينة بنسبة 5,5% أي بتكرار 14 مفردة، وما يمكنه ملاحظته من خلال القراءة الأولية لبيانات الجدول أعلاه هو أن الفئة العمرية (5 الى 54)، هي الأعلى ولكن بفارق بسيط يفصلها عن الفئة العمرية (35 إلى 44 سنة) وعن الفئة العمرية (55-64 سنة) وهي الفئات الأكثر حضورا في أوساط المواطنين

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

المستفيدين، من الخدمات الاجتماعية الطبية التي تقدمها الجمعيات الطبية الخيرية، ويمكن أن نعزو هذا الأمر الى أن هذه الفئات الثلاث تعتبر غير فتيية (شابة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، وهو عكس ما نجده في نسبة الفئتين العمريتين (14-24 سنة) و (25-34 سنة)، إذ تعد هذه الفئات في عمر الشباب مما يعني تمتعها بصحة جيدة، وعدم ارتفاع نسبة حاجتها لتلقي خدمة اجتماعية طبية وهو ما يوضحه الشكل الموالي.

شكل رقم (5): يمثل التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الفئات العمرية



الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

جدول رقم (03): يبين متغير المستوى التعليمي.

النسبة المئوية (%)	التكرار	المستوى التعليمي
18,8	48	إبتدائي
23,1	59	متوسط
34,1	87	ثانوي
23,1	59	جامعي
0,8	2	أمي
100	255	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على السؤال رقم (3) من استمارة البحث الميداني.

التحليل: بالاعتماد على معطيات الجدول أعلاه فإن عدد المبحوثين الذين يحوزون على مستوى تعليمي (ثانوي) هو الأعلى، وهو ما ترجمته نسبة 34,1% بتكرار 87 مفردة من إجمالي مفردات عينة الدراسة، وتلتها نسبة المستوى (المتوسط والجامعي) بالتساوي وهو ما مثلته نسبة 23,1% بتكرار 59 مفردة من إجمالي مفردات الدراسة في حين عبرت نسبة 18,8% بتكرار 48 مفردة عن المبحوثين الذين يحوزون مستوى تعليمي ابتدائي وفي الأخير تشكلت نسبة 0,8% بتكرار 2 مفردة من عدد المبحوثين الذين لم يتلقوا أي نوع من التعليم (فئة الأميين). ويمكن أن يوصف هذا التقارب في نسب (الثانوي،

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

المتوسط، الجامعي) بأنه ذو تأثير إيجابي، لأنه كلما كان هناك وعي تعليمي جيد كلما ارتبط ذلك بالوعي الصحي لدى المبحوثين، و سعيهم للاهتمام بصحتهم والاستفادة من مختلف طرق العلاج أو الوقاية، وطلبها من الجمعيات الخيرية الطبية التي توفرها بشكل أو بآخر.

شكل رقم (6): يبين التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.



الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

جدول رقم (04): يبين متغير الإقامة للمبحوثين.

النسبة المئوية (%)	التكرار	مكان الإقامة
59,2	151	المدينة
40,8	104	الريف
100,0	255	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على السؤال رقم (4) من استمارة البحث الميداني.

التحليل: تبين الشواهد الاحصائية الكمية المتعلقة بمتغير الإقامة في الجدول أعلاه بأن أكبر نسبة من المبحوثين سجلت لدى من يقطنون المدينة بـ 59,2% وهو ما عبرت عليه قيمة 151 مفردة، في حين مثلت 104 مفردة عدد المبحوثين الذين يقطنون الريف وهو ما عبر عنه بنسبة 40,8%، وهما على العموم بنسبتان متقاربتان نوعاً ما، ويمكن ارجاع هذا التقارب بين النسبتين الى سبب إيجابي، هو مدى اتساع الرقعة الجغرافية للعمل الجمعي الطبي الذي تمارسه الجمعيات الطبية الصحية، ووصولها الى المناطق الريفية والتي عادة ما يتعذر وصول هكذا خدمات لها، اما لأسباب نقل أو عدم وجود مكاتب فرعية تهتم بالشأن الصحي لأفراد مناطق الريف.

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

شكل رقم (7): يبين التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الإقامة.



جدول رقم (05): يبين متغير الحالة الاجتماعية.

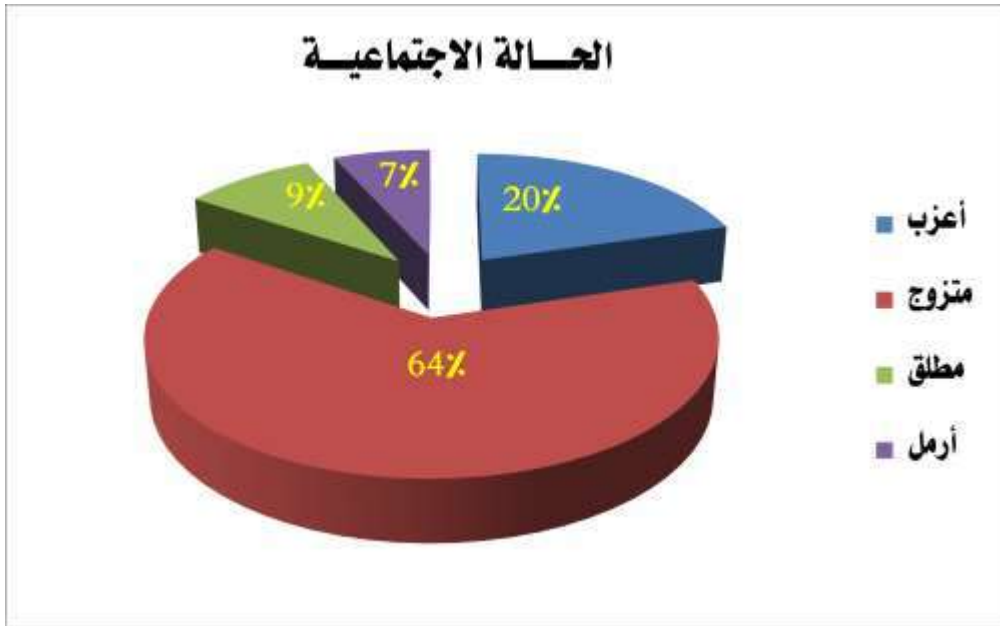
الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية (%)
أعزب	52	20,4
متزوج	163	63,9
مطلق	23	9,0
أرمل	17	6,7
المجموع	255	100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على السؤال رقم (5) من استمارة البحث الميداني.

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

التحليل: نلاحظ من خلال المعطيات الاحصائية الكمية، في الجدول أعلاه الخاص بمتغير الحالة الاجتماعية لأفراد عينة الدراسة، أنه بنسبة 63,9% بتكرار 163 مفردة من إجمالي مفردات العينة هي من المتزوجين، في حين مثلت نسبة 20,4% بتكرار 52 مفردة من مجموع أفراد العينة فئة العزاب، كما مثلت نسبة 9,0% بتكرار 23 مفردة من إجمالي مفردات البحث فئة المطلقين، ونجد أن فئة الأرملة مثلتها نسبة 6,7% وبتكرار 17 مفردة من إجمالي المفردات، ويمكن القول بأن أعلى نسبة لدى المواطنين المستفيدين من الخدمات الاجتماعية الطبية، التي تقدمها لهم الجمعيات الطبية الخيرية سجلت لدى فئة الأزواج مما قد نفسره بسبب أن المتزوجين، يكون لديهم أطفال يعني إلزامية توافر العلاج لهم وتليها فئة العزاب ثم المطلقين وأخيرا فئة الأرملة.

شكل رقم (8) : تمثل التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية.



جدول رقم (06): يبين متغير الوظيفة (المهنة).

الوظيفة (المهنة)	التكرار	النسبة المئوية (%)
لا يعمل	108	42,4
عامل يومي	91	35,7
عامل شهري	56	22,0
المجموع	255	100,0

المصدر: إعداد الطالبة بالاعتماد على السؤال رقم (6) من استمارة البحث الميداني .

التحليل: من خلال المعطيات الكمية الموجودة في الجدول أعلاه نجد أن حجم المبحوثين الذين لا يعملون هو الأعلى بنسبة 42,4%، بتكرار 108 مفردة من إجمالي مفردات العينة المدروسة، لتليها نسبة 35,7% بتكرار 91 مفردة تمثل نسبة المبحوثين الذين يعملون بأجرة يومية، وفي الأخير نجد أن المبحوثين الذين يعملون بأجرة شهرية شكلت نسبة 22% بتكرار 56 مفردة من إجمالي مفردات العينة، و يمكن تفسير إرتفاع نسبة المواطنين المستفيدين من الخدمات والرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية بعدم وجود مهنة يشغلونها، وتمكنهم من التداوي والعلاج لدى القطاع الخاص (على حسابهم الخاص). ونجد أن الأمر ينخفض بنسبة أقل لدى المواطنين الذين يعملون بنظام الأجرة اليومية، في حين نجد النسبة منخفضة تماما لدى فئة المواطنين الذين يعملون بنظام الأجرة الشهرية، إذ نجد أنهم الأقدر في توفير علاج على نفقاتهم الخاصة دون الحاجة شبه الكلية لخدمات الجمعيات الطبية الخيرية المجانية.

شكل رقم (9): يبين التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب متغير الوظيفة (المهنة).



أدوات جمع البيانات: تعتبر أدوات جمع البيانات من أهم النقاط في الميدان السوسولوجي في إطار دراسة ظاهرة اجتماعية ما، نظرا لما توفره للباحث من معلومات وبيانات قيمة حول مجتمع الدراسة، والعينة المدروسة و المبحوثين المعنيين بالدراسة، وفي محاولة للتحقق من مدى صحة، أو عدم صحة الفرضيات العلمية التي تم بناءها سلفا، فالبحث العلمي بطبيعته ينقسم الى جزئين رئيسيين أحدهما نظري بحت والآخر ميداني تطبيقي ولكل جزء خصائص تميزه، فالجزء الميداني التطبيقي هو الذي يقوم فيه الباحث، باختيار ومعالجة ما تم طرحه في الاشكالية المحورية ودراسة كافة المتغيرات التي تم على أساسها، بناء الفرضيات العلمية في الجانب التصوري من الدراسة، وهذه الأدوات أو الآليات لا بد أن تتكيف وتتناسب مع معطيات الدراسة وتخضع لطبيعة البحث وخصائص الظاهرة المدروسة، وهذه المرحلة جد حساسة وصعبة ومهمة، في أي نوع من البحوث العلمية وعلى وجه الخصوص العلوم الاجتماعية، حيث أن دقة النتائج التي يتوصل اليها الباحث ومدى صحتها وتطابقها مع الواقع، عادة ما ترتبط بالاختيار المناسب لهذه الأدوات والآليات وفي هذه الدراسة تم الاعتماد تقنية استمارة الاستبيان، إضافة الى الوثائق والسجلات المتعلقة بميدان الدراسة التطبيقي.

4-1- استمارة الاستبيان: يعرفها موريس أنجرس بأنها "تقنية مباشرة للتقصي العلمي وهي الوسيلة الملائمة لما يراد الاتصال، بعدد كبير من الأفراد في وقت قصير بهدف الحصول على معلومات دقيقة وبسيطة، تستخدم لجمع المعلومات من المبحوثين عن طريق أسئلة مكتوبة ومعتبرة، بواسطة استمارة يقدمها الباحث بنفسه أو بواسطة البريد".¹

ويرى "أحمد حسين الرفاعي" أن الاستبيان أو استمارة الاستبيان هي وسيلة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع بحثي معين من خلال اعداد استمارة، يتم تعبئتها من طرف

¹ موريس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، تر: بوزيد صحراوي وآخرون، (د ط)، دار القصبية للنشر، الجزائر ، 2006، ص213.

عينة ممثلة من الأفراد، ويسمى الشخص الذي يقوم بملأ الاستمارات بالمستجيب وعادة ما يتم توزيع الاستبيانات على عينة من المجتمع تكون ممثلة لمجتمع الدراسة بعدم امكانية القيام بمسح شامل لكافة أفراد المجتمع.¹ وهي وسيلة أو أداة يستخدمها الباحث على نطاق واسع بغية التحصل على الحقائق، وتجميع بيانات حول الموضوع المدروس من خلال الاجابة على عدد من الأسئلة المكتوبة، في نموذج سبق اعداده وتقنيه ويقوم المجيب بملئه بنفسه. و الاستمارة هي تصنيف فني لمجموعة من الأسئلة تحتوي على مضمون يبرز نقاط موضوع البحث، قصد الحصول على نتائج علمية من خلال اتباع الخطوات العلمية اللازمة في صياغتها، على أن تكون هذه الأسئلة واضحة للعينة المبحوثة دون أي تأويلات.

4-1-1-1- تصميم دليل الاستبيان:

لقد راعينا حين بدأنا بتصميم دليل الاستبيان أن نترجم ما جاء في نص الاشكالية وما تبعها من تساؤلات و فرضيات، عن طريق صياغة أسئلة موجهة ومتناسبة مع قدرات عينة المبحوثين في فهمها واستيعابها، حتى يمكننا أن نغطي كافة العناصر التي تضمنها موضوع دراستنا خاصة، و دراستنا هذه تقوم على مبدأ الفصل بين ما هو نظري وما هو ميداني، وذلك بغية تحقيق التكامل فيما بينهما، وهذه الأسئلة قد تم بناءها أو صياغتها تبعا لمقياس ليكرت الخماسي- بدرجة "ضعيف جدا، ضعيف، متوسط، قوي، قوي جدا"- و هذه الطريقة تزودنا بالمعلومات الوافية، حول المبحوث فيعبر فيها عن شدة ودرجة توجهه بالنسبة لكل عبارة من عبارات المقياس.

و مقياس ليكرت سمي تبعا لعالم النفس الأميركي (rensis likert) ويعتبر أسلوبا لقياس ردود واتجاهات مجموعة من الناس، يشتركون في بعض الصفات و الخصائص

¹ أحمد حسين الرفاعي: مناهج البحث العلمي -تطبيقات ادارية واقتصادية-، ط1، دار وائل للطباعة والنشر، الأردن، 1998، ص121.

الشخصية او المهنية ، وفي بعض المسائل ذات الاهتمام المشترك في مجال معين. ويعد من أكثر المقاييس الإحصائية استخدامها، نظرا لنجاعته في تحقيق نتائج علمية دقيقة خاصة في الدراسات التي تهدف، إلى قياس ردود الأفعال لعينة من المجتمع حول ظاهرة محددة. وقد يكون مقياس ليكرت إما خماسيا أو ثلاثيا أو سداسيا أو ثنائيا أو رباعيا وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي.

وقد تم تصميم دليل الاستبانة بعد تحديد ماهية المتغير المستقل (الخدمة الاجتماعية الطبية) وماهية المتغير التابع (التمتية الاجتماعية)، ثم بعد ذلك قمنا بتحديد أهم وأبرز أبعاد المتغيرين. بالنسبة لأبعاد الخدمة الاجتماعية الطبية فقد حاولنا حصرها في أبعاد رئيسية (الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية، الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية)، أما المتغير التابع المتمثل في (التمتية الاجتماعية فقد قمنا بتحديد عدة أبعاد أهمها (الرعاية الصحية، الخدمة الصحية، الوعي أو التقنيف الصحي... الخ) بعد ذلك قمنا بعرض النموذج الأولي من دليل الاستبانة، والذي تم تصميمه بمعية الأستاذ المشرف والذي ضم حوالي 48 سؤالاً، على مجموعة من الدكاترة ذوي الاختصاص (تخصص خدمة اجتماعية، تخصص علم اجتماع) بغرض تحكيمها وتصويبها في حالة وجود أخطاء متعلقة بالصياغة اللفظية للأسئلة، وتنظيمها وفقا لأهداف الدراسة والفرضيات الموضوعية. حيث قمنا بتوزيع 3 استمارات بطريقة غير مباشرة (عبر البريد الالكتروني) مرفقة بتساؤلات الاشكالية ونصها الرئيسي وفرضيات الدراسة، و 8 استمارات بطريقة مباشرة وتم استرجاع استمارة واحدة من الاستمارات الثلاث، التي أرسلت عن طريق البريد الالكتروني أما الاستمارات الأخرى فقد تم استرجاعها بالكامل. بعدها تم ضبط النموذج النهائي لاستمارة الاستبيان بعد تعديلها، والأخذ بعين الاعتبار الملاحظات التي وجهها الأساتذة المحكمين. ومن الجدير الإشارة إليه أن عدد الأسئلة قد تقلص الى 35 سؤالاً ويمكن توضيحها بالشكل التالي:

1- البيانات الشخصية: وتضمنت المؤشرات التي تخدم موضوع الدراسة وتتاسبها بشكل أمثل وقد احتوت على 6 أسئلة (من السؤال رقم 01 الى السؤال رقم 06) وهي متعلقة بمتغير الجنس، الإقامة، الحالة الاجتماعية المستوى التعليمي، الفئة العمرية، الوظيفة (المهنة).

2- المحور الثاني [خاص بالفرضية الاولى]: (تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية لدى المواطنين): وتضمنت الأسئلة [س7، س8، س9، س10، س11، س12، س13] وتهدف أسئلة هذا المحور الى تأكيد أو نفي الفرضية الأولى.

3- المحور الثالث [خاص بالفرضية الثانية]: (تساهم الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين) وتضمنت الأسئلة [س14، س15، س16، س17، س18، س19، س20، س21، س22] وتهدف أسئلة هذا المحور لتأكيد أو نفي الفرضية الثانية.

4- المحور الرابع [خاص بالفرضية الثالثة]: (تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين الرعاية الصحية لدى المواطنين) وتضمنت الأسئلة [س23، س24، س25، س26، س27، س28، س29، س30، س31، س32، س33، س34، س35] وتهدف أسئلة هذا المحور لنفي أو تأكيد الفرضية الثالثة.

جدول رقم: (07) يبين القائمة الاسمية للأساتذة المحكمين:

المؤسسة الجامعية	الدرجة العلمية	الاسم واللقب
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية - 'جامعة الشيخ العربي التبسي'	دكتوراه علم اجتماع تنظيم وعمل	المولدي عاشور
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية قسم إعلام واتصال 'جامعة الشيخ العربي التبسي'	دكتوراه علم اجتماع التنمية	بدر الدين مسعودي
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية 'جامعة الشهيد حمة لخضر -الوادي-	دكتوراه علم اجتماع البيئة	ضيف لزهر
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية 'جامعة الشهيد حمة لخضر -الوادي'	دكتوراه علم اجتماع التربية	بوبيدي لمياء
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية 'جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي'	دكتوراه علم اجتماع التربية	لوحيدي فوزي
"جامعة الشيخ العربي التبسي"	دكتوراه علم اجتماع البيئة	نوار بورزق
جامعة الشيخ العربي التبسي	دكتوراه علم اجتماع التنمية	خالد حامد
كلية الخدمة الاجتماعية-	دكتوراه علم اجتماع خدمة	فوزي محمد الهادي شحاتة

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

اجتماعية	جامعة الفيوم 'جمهورية مصر العربية'	
وحيد دراوات	دكتوراه في علم اجتماع تنظيم وعمل	جامعة الشيخ العربي التبسي

المصدر: إعداد الطالب اعتمادا على استمارات التحكيم الواردة من قبل الأساتذة المحكمين.

4-1-3-الصدق الاستطلاعي (العينة الاستطلاعية) للاستمارة: بعد عرض استمارة الاستبيان على مجموعة من الأساتذة المحكمين، والأخذ بأرائهم وإجراء بعض التصحيحات على النموذج الأولي من حذف وتعديل وإعادة صياغة، قمنا بتوزيع 30 إستبيانا على عينة عشوائية من مجتمع الدراسة، للتعرف على آرائهم وكيفية تقبلهم لعبارة الاستمارة ومدى فهمهم لها، وهل كانت العبارات واضحة وبسيطة، أم أنها استدعت جهدا ووقتا عند المبحوث لفهمها وتفسير معانيها. وانطلاقا مما سبق فقد تم توزيع استمارات بلغ عددها 278 استمارة واسترجعنا منها 268 استمارة، ووجدنا أن منها 255 استمارة هي قابلة للتحليل.

4-1-4-توزيع الاستمارات:

الجدول رقم (02) أدناه يوضح عدد الاستمارات الموزعة والبالغ عددها 278 استمارة وهي نفسها حجم العينة المختارة، حيث تم استرداد 268 استمارة وهو ما يمثل 96.4% من اجمالي حجم العينة، وتم الحصول من هذه النسبة على حوالي 255 استمارة قابلة للتحليل والمعالجة بسبب كثرة الفراغات والشطب، أي أن اجمالي عدد الاستمارات المفقودة اجمالا (غير مستردة + غير قابلة للتحليل) لم يتجاوز ما نسبته 10%(8,3%).

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

جدول رقم (08): يبين عدد الاستثمارات الموزعة.

عدد الاستثمارات	العدد	النسبة المئوية (%)
اجمالي عدد الاستثمارات	278	%100
الاستثمارات المستردة	268	%96,4
الاستثمارات القابلة للتحليل	255	%91,4

المصدر: إعداد الطالبة.

4-2- الوثائق والسجلات: وهنا من خلال هذا العنصر تم تزويدنا من طرف رؤساء الجمعيات الست التي قمنا بزيارتها، بمجموعة من الوثائق المتعلقة بالأنشطة التطوعية التي تقوم بها إضافة الى احصائيات حول أفراد العينة ومجتمع الدراسة، مما سهل علينا التواصل معهم بشكل مباشر (عناوينهم وهواتفهم)، إضافة لإعطائنا وثائق متعلقة بالقوانين الرسمية المستمدة من الجريدة الرسمية الخاصة بالجمعيات، وكيفية تأسيسها وتنظيمها وعملها والقوانين الأساسية التي تدير وفقها هذه الجمعيات، وأيضا تم تزويدنا بقائمة الجمعيات الخيرية الطبية على مستوى ولاية الوادي ببلدياتها، ووثائق تخص الهيكل العام للجمعيات، فكما سبق ذكره قمنا بتاريخ 2019/10/15 بمقر ولاية الوادي حيث التقينا بالسيدة مسؤولة مكتب الجمعيات، وقامت بتزويدنا بقائمة الجمعيات الخيرية الناشطة على مستوى ولاية الوادي، ومن ثمة قمنا بالبحث والتمحيص، وانتقاء الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة فعليا، والتي هي أساس دراستنا ومنها استطعنا استخراج المجتمع الأصلي للدراسة والعينة الممثلة لهذا المجتمع.

4- الأساليب الإحصائية:

5-1- جدول تحديد الاتجاه:

جدول رقم (09): يبين قيمة المتوسط الحسابي المعبر عنها في الاستمارة وفق مقياس ليكرت الخماسي.

الاتجاه	المتوسط المرجح	الدرجات	السلم
منخفض جدا	01 إلى 1,79	1	غير موافق بشدة
منخفض	1,80 إلى 2,59	2	غير موافق
متوسط	2,60 إلى 3,39	3	محايد
مرتفع	3,40 إلى 4,19	4	موافق
مرتفع جدا	4,20 إلى 5	5	موافق بشدة

المصدر: إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج التحليل الإحصائي SPSS.

التحليل: سنقوم في هذا العنصر بتحليل البيانات الواردة في الاستمارة الخاصة بالدراسة الميدانية وذلك باستخدام مقياسين من النزعة المركزية والتشتت، أو ما يعرف بالإحصاء الوصفي الأول المتوسط الحسابي والثاني الانحراف المعياري، حيث من خلالهما تمكننا من الوصول الى اتجاه كل عبارة ، من عبارات كل محور من محاور الاستمارة والاتجاهات الكلية لكل محور في اجمال عبارته المكونة، ومنه فالمتوسط الحسابي يعد من بين أكثر مقاييس النزعة المركزية استخداما، لوصف القيمة المتوسطة لأي متغير من متغيرات الدراسة.

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

أما بالنسبة للانحراف المعياري فيعتبر أحد أدق مقاييس التشتت يقوم على أساس مجموع متوسط انحرافات قيم المتغير على المتوسط الحسابي، وهو بذلك قيمة صالحة لقياس مدى تشتت هذه القيم، غير أنه لا يهمل إشارات الانحراف بل يتخلص من وجودها بطريقة رياضية مقبولة وهي إيجاد مربعات هذه الانحرافات، كلما كانت قيمة الانحراف المعياري أصغر كلما كانت إجابات الأفراد حول العبارة (السؤال) متجانسة والعكس صحيح. أي أنه كلما كانت قيمة الانحراف المعياري كبيرة، كلما دل ذلك على عدم وجود تجانس بين إجابات المبحوثين.

2-5- حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ:

جدول رقم (10): يمثل حساب الثبات باستخدام ألفا كرونباخ.

العبارات	معامل الثبات	معامل الصدق
عبارات المحور الأول (7 عبارات)	0,644	0,800
عبارات المحور الثاني (9 عبارات)	0,870	0,932
عبارات المحور الثالث (13 عبارة)	0,743	0,862
اجمالي العبارات	0,707	0,840

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على البيانات الواردة في الملحق رقم ()

التحليل: تم احتساب قيمة معامل الثبات على أساس عينة جزئية قدرت ب 25 مفردة ومن خلال حساب معاملات الثبات لمحاور الاستبيان المبينة في الجدول أعلاه يتضح أن

جميع القيم قد فاقت المستوى الأدنى للثبات المقدر بـ0,6، حيث بلغت أدنى قيمة في الثبات في المحور الأول الذي يضم 7 عبارات والتي تمثلها قيمة 0,644، ثم يأتي المحور الثاني المتضمن لـ9 عبارات بنسبة ثبات قدرت بـ0,870، وفي الأخير يأتي المحور الثالث المتضمن 13 عبارة بنسبة ثبات مقدرة بـ0,743، وفي اجمالي العبارات نجد أن قيمة معامل الثبات الكلية قد بلغت 0,707، وهو ما يعبر عنه احصائيا بالثبات الجيد جدا، مما يدل على أن الاستبيان ككل يحضى بنسبة ثبات عالية جدا.

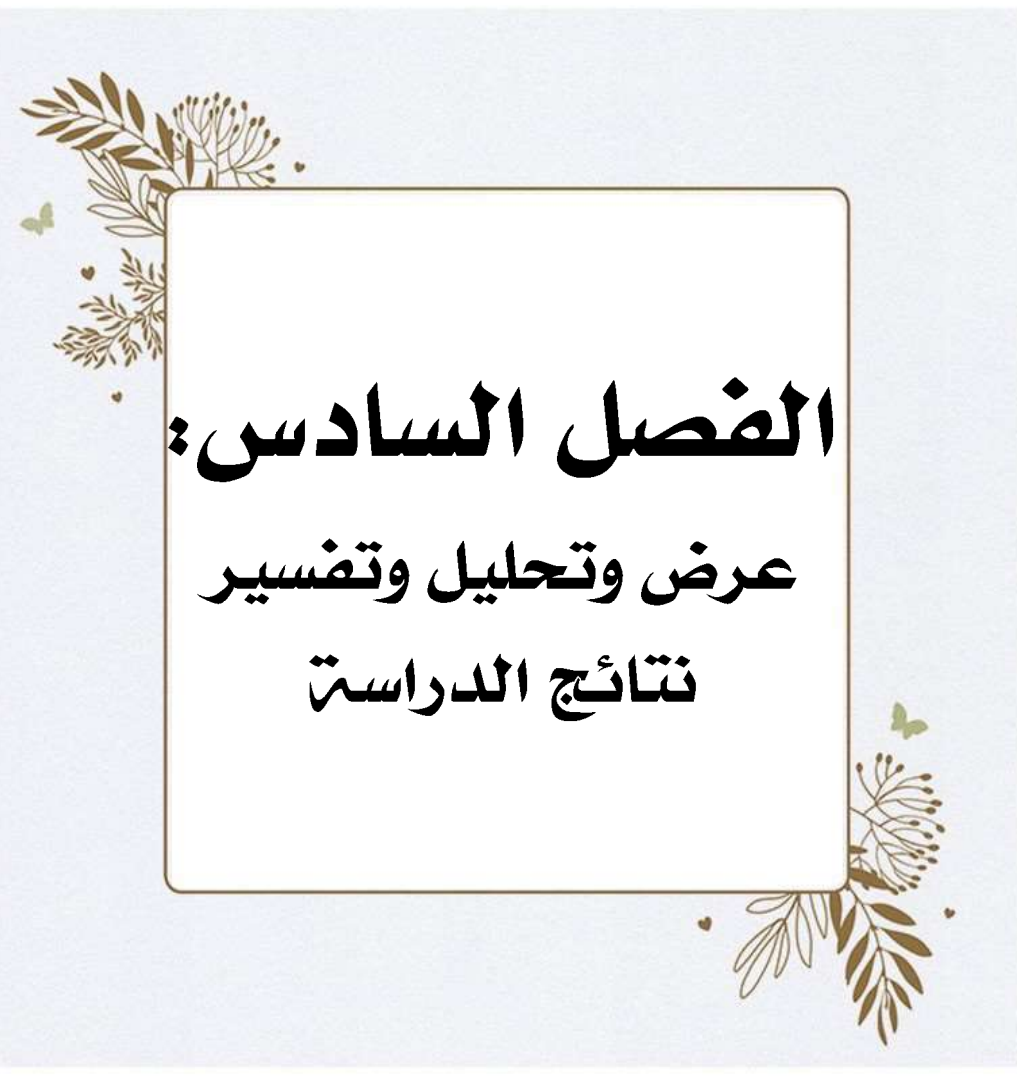
وينطبق ذات الأمر على معاملات الصدق، حيث بلغ معامل الصدق لعبارات المحور الأول البالغ عددها 7 عبارات قيمة 0,800، وبلغت قيمة معامل الصدق المتعلق بالمحور الثاني 0,932، وبلغت قيمة معامل الصدق للمحور الثالث 0,862، ومعاملات الصدق هذه عبارة عن الجذر التربيعي لمعامل الثبات، أين عرفت أدنى مستوى لها في عبارات المحور الأول (0,800) وبلغ اجمالي معامل الصدق للعبارات الكلية قيمة 0,840، وهو ما يؤكد الصدق المرتفع لعبارات الاستبيان.

5-3- البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS):

حيث تم الاعتماد في تفرغ استمارات البحث على البرنامج الاحصائي (SPSS)، وهو مختصر لـ (Statical Program For Social Sciences)، وهو أكثر البرامج الاحصائية المستخدمة من قبل الباحثين في المجالات التربوية والاجتماعية والفنية والهندسية والزراعية في اجراء التحليلات الاحصائية اللازمة، كما يساعد هذا البرنامج على اختصار الوقت والجهد في الحصول على كل العمليات الاحصائية كاستخراج الجداول احادية المتغير أو أكثر من متغير، اضافة الى المنحنيات والمدرجات التكرارية والدوائر النسبية ويتم ادخال المعلومات بواسطة ترميز أسئلة الاستبيان التي تحمل تحليلا كميا وذلك بوضعها في جدول عام.

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل تم تحديد مجتمع البحث و عينة البحث المناسبة وتحديد مكان وزمان إجراء الدراسة (الاطار المكاني والزمني)، وهي خطوات منهجية وعلمية معتمدة في أي دراسة سوسيولوجية علمية أكاديمية، كما أن هذه الخطوات من شأنها تحديد العناصر و المؤشرات التي يجب على الباحث التعرض لها في دراسته، وهي بمثابة الدليل العلمي الذي يستخدمه الباحث العلمي، للكشف عن العوامل المحيطة بالظاهرة محور الدراسة، وفي هذه الدراسة تم استخدام العديد من ادوات التي هدفت بالأساس للتوصل الى نتائج علمية أكثر دقة ومصاغة بصيغة منهجية علمية سليمة.



الفصل السادس:
عرض وتحليل وتفسير
نتائج الدراسة

خطة الفصل:

تمهيد

01: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية.

1-1 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الأول من استمارة الدراسة

2-1 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الثاني من استمارة الدراسة

3-1 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الثالث من استمارة الدراسة

02: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات.

1-2 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى.

2-2 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية.

3-2 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثالثة.

03: النتائج العامة للدراسة.

تمهيد الفصل

يشتمل هذا الفصل على عدة مراحل لا يمكن تجاوزها، فعرض وتحليل البيانات من أهم مراحل البحث الاجتماعي العلمي، والتي تخدم إطاره النظري و التصوري بما يشتمل عليه من اشكالية وتساؤلات وفرضيات، والتي يمكن من خلالها بلورة نتائج علمية تكتسب قيمة تنظيرية حقيقية وتحاكي الواقع المعاش، أثناء مناقشتها في ضوء ماتم تبنيه من قبل الباحث من فرضيات علمية ومقاربات سوسيولوجية، إضافة الى التراث النظري الذي يعتبر المرجعية العلمية و اللبنة الأولى لبناء هذه الدراسة العلمية من البداية.

01- عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية.

1-1 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الأول من استمارة الدراسة:

ينص السؤال الأول من أسئلة الدراسة على " هل تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين؟" وللإجابة على هذا السؤال قمنا باستخدام التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، وذلك من خلال اختبار الفرضية الآتية: " تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين".

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

الجدول رقم (11): يبين البيانات الإحصائية الخاصة بالمحور الأول من استمارة الدراسة

الاتجاه	اختبار كاي تربيع (χ^2)		الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	قوي جدا		قوي		متوسط		ضعيف		ضعيف جدا		العبارات
	مستوى الدلالة	قيمة الاختبار			ن %	ت	ن %	ت	ن %	ت	ن %	ت	ن %	ت	
متوسط	0,000	62,078	1,32	3,27	16,9	43	35,3	90	243	62	5,1	13	18,4	14	العبارة 09
متوسط	0,000	367,137	0,76	3,29	9,4	24	18	46	66,7	170	4,3	11	1,6	4	العبارة 13
قوي	0,000	195,765	0,92	3,55	9,8	25	52,2	133	24,7	63	9,8	25	3,5	9	العبارة 15
متوسط	0,000	164,980	0,96	2,27	5,1	13	2	5	27,5	70	46,3	118	19,2	49	العبارة 16
منخفض جدا	0,000	298,000	0,95	1,79	2,7	7	3,9	10	8,6	22	38,8	99	45,9	117	العبارة 17
منخفض	0,000	97,490	1,1	2,13	3,1	8	9,4	24	21,6	55	29	74	36,9	94	العبارة 18
متوسط	0,000	75,373	1,10	2,92	4,3	11	29,8	76	34,5	88	16,5	42	14,9	38	العبارة 19
متوسط	/	/	0,58	2,74	المحور الأول: تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين".										

المصدر: البيانات الإحصائية الخاصة بالمحور الأول للاستمارة المستخرجة من برنامج التحليل الإحصائي spss بعد تفريغ بيانات استمارة الدراسة الميدانية.

التحليل: يتضح من خلال الجدول رقم (11) والذي يبين المحور المتعلق بدور الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية لدى المواطنين، والذي يضم عبارات الجدول على أساس قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيم اختبار كاي تربيع \bar{X} ما يلي:

العبارات التي سجلت درجة "متوسط":

* **العبارة (07):** تبين هذه العبارة أن اتجاه المبحوثين من عينة الدراسة نحو مدى اعتقادهم بأن اللقاحات تساهم في تأمين صحة أطفالهم، كان "متوسط" بمتوسط حسابي قيمته 3,27 فيما قدرت عدد اجابات العينة المبحوثة، ذات الاتجاه القوي والقوي جدا في أنها تعتمد على اللقاحات بغرض تأمين حياة أطفالهم، والمحافظة على صحتهم بـ 123 مفردة أي ما نسبته 52%، في حين عبرت نسبة 24,3% أي ما يقدر بـ 62 مفردة من العينة المبحوثة المعبرة عن الاتجاه "متوسط". ومن خلال هاتين النسبتين نلمس وجود وعي لدى أفراد العينة المبحوثة، بضرورة اجراء تلقيحات دورية لأطفالهم للمحافظة على صحتهم وهو ما يتماشى مع خطة العمل العالمية الخامسة والستون (65) بتاريخ 26 آيار/مايو 2012 البند 13-12 من جدول الأعمال، حيث نجد في نص هذه الخطة الحرص و التوصية على أهمية التمنيع، باعتباره واحدا من أكثر التدخلات فعالية لقاء التكاليف في مجال الصحة العمومية، واعتباره مكونا رئيسيا بحق الانسان في الصحة. كما أن هذه الخطة أشارت بصفة واضحة، الى أن منظمة الصحة العالمية أعربت عن قلقها بشأن البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، حيث اتسم فيها اعتماد اللقاحات المتاحة فيها بالبطء، وقد لا تتاح لها فرصة الوصول الى لقاءات حديثة ومحسنة.

العبارة (08): تبين هذه العبارة اتجاه الأفراد المبحوثين من العينة نحو مدى تأثير مستوى الخدمة التي يقدمها الطاقم الطبي التابع للجمعية، في رفع معنويات المريض وتسهيل

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

عملية شفائه، اذ كان الاتجاه العام لها هو "متوسط" بمتوسط حسابي قيمته "3,29" وهو ما عبرت عنه نسبة 66,7% أي ما يساوي 170 مفردة، مما يعني أن المواطنين الذين يستفيدون من الخدمات الصحية التي توفرها جمعياتهم لهم، يشعرون بقدر متوسط من الرضا عما يقدم لهم، وبأنها تساهم بشكل بسيط في تحسين حالاتهم النفسية المرتبطة بنسبة تقدم شفائهم، وقد نشرت لقناة DW الألمانية الناطقة بالعربية تقريرا تحت عنوان "العلاقة الطبية بين الطبيب والمريض، تزيد من فرص فاعلية العلاج" عبر موقعها الالكتروني (dw.com)، حيث جاء في نص التقرير تصريح مدير معهد الأخلاقيات والتواصل في الرعاية الصحية بجامعة فيتن/هيرديكه، أن العلاقة الطبية بين الطبيب والمريض مهمة لأنها تزيد من فرص نجاح العلاج.

العبارة (11): تبين هذه العبارة بأن اتجاه أفراد العينة المبحوثة العام، حول مدى مواظبتهم على إجراء فحوصات دورية بغرض الكشف المبكر، عن بعض الأمراض قبل وقوعها هو "متوسط" وهو ما عبرت عنه قيمة المتوسط الحسابي "2,27" بواقع 27,5% لعدد المبحوثين الذين أجابوا بـ "متوسط"، فيما قدرت نسبة من أجابوا بالاتجاه "ضعيف" و "ضعيف جدا" بـ 65,5% وهي نسبة جد مرتفعة، وهو ما يتماشى مع النتائج المتحصل عليها خلال الاجابة عن العبارة رقم (14)، والتي بلغ الاتجاه "ضعيف" و "ضعيف جدا" فيها حوالي 66% من اجمالي مفردات العينة، حيث أن عدد الأفراد المبحوثين الذين لا يقومون بإجراء فحوصات مخبرية واشعاعية مبكرة، لتشخيص الأمراض مبكرا كان قد بلغ حوالي 168 مفردة مبحوثة من اجمالي 255 مفردة، وهو ما يعد أمرا سلبيا وغير صحي و ذلك بسبب أن الفحص الشامل المبكر، من خلال تقديم خدمات متخصصة لتعزيز أنماط الحياة الصحية والكشف عن عوامل الخطورة، لبعض الأمراض مثل القلب والأوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم والسكري، يعتبر أمرا جد مهم، و دعامة لترسيخ ثقافة الوقاية

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

التي تشكل ركيزة أساسية للحفاظ على صحة أفضل، من خلال تجنب العوامل المسببة للأمراض مهما كان نوعها.

العبارة (20): تبين هذه العبارة اتجاه أفراد العينة حول انطباعهم حول مدى اهتمام الجمعيات الخيرية التي يستفيدون من خدماتها الوقائية بجانب صحة الأم والطفل. حيث كان الاتجاه العام لهذه العبارة "متوسط" وذلك بمتوسط حسابي بلغ 2,92 أي بعدد 88 مفردة مبحوثة بنسبة 34,5%، أما تعداد العينة ذات الاتجاه "قوي" و "قوي جدا" فقد حددت بنسبة 34,1% بواقع 87 مفردة مبحوثة، وتعتبر هذه الأرقام على أن هناك عددا معتبرا من بين أفراد العينة يعبرون عن رضاهم، بمدى اهتمام الجمعيات الطبية الخيرية بصحة الأم والطفل، وذلك من خلال تقديم الخدمات الوقائية مثل التلقيحات الموسمية والتلقيحات الدورية ضد الأمراض للأطفال الصغار (الشلل، الكزاز، الحصبة،...) أو خدمات علاجية، وهو ما يتوافق مع ما جاء في توصيات المنظمة العالمية للصحة بشأن رعاية الحامل والجنين، وقد أصدرت كتيبا تحت عنوان "تنظيم الأسرة" وهو كتيب عالمي لمقدمي الخدمة، يصدر عن منظمة الصحة العالمية قسم البحوث والصحة الانجابية سنة 2007 اذ جاء في مضمونه التشديد على الاهتمام بصحة الأم وطفلها، وتقديم أفضل رعاية صحية لهما، ومدى التحكم في الخصوبة التي تؤثر على حياة الفرد نظرا لارتباطها بمستوى رفاة الأفراد وبالتحديد المرأة، كما أن هذا الكتيب حث على ضرورة تحسين جودة خدمات تنظيم الأسرة، وهو ما لمسنا تجسيده فعليا وواقعيا من خلال نشاط الجمعيات محل الدراسة والذي ترجمته النسب أعلاه.

العبارة التي سجلت درجة "قوي":

العبارة (10): هذه العبارة تبين أن اتجاه أفراد العينة حول ما تقوم به الجمعية من حملات تطوعية خاصة ببرنامج التلقيحات المجانية، ضد الأمراض الموسمية كان "قوي" بمتوسط

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

حسابي 3,55، فيما قدر عدد المفردات المبحوثة بـ 133 مفردة أي ما نسبته 52,2% وهذا إن دل على شيء فهو أن المواطنين، من أفراد المجتمع المحلي جد راضون عن مقدار الجهود التطوعي الذي تقدمه الجمعيات الطبية الخيرية، بخصوص الحملات التطوعية التي تشجع التلقيحات المجانية ضد الأمراض الموسمية، وقد لمسنا واقعية هذه الاجابات من خلال اجرائنا لمقابلات استطلاعية مع رؤساء الجمعيات، والذين أكدوا لنا أن برنامج التلقيحات يعد من ضمن أولويات نشاطات الجمعيات، على اعتبار أن اللقاحات هي حجر الأساس للصحة العامة، ووسيلة فعالة يتم بواسطتها حماية الأشخاص من الاصابة بالأمراض المعدية، كما من شأنها تحفيز الجهاز المناعي في الجسم والتعرف على البكتيريا والفيروسات المضرة بالصحة، وفي نفس الوقت تقوم اللقاحات بإنتاج أجسام مضادة للتعرف على الميكروب بشكل مبكر، وبالتالي التخفيض من معدلات الوفيات. اضافة الى منع تطور مقاومة المضادات الحيوية من خلال التقليل من استخدامها.

العبارات التي سجلت درجة "منخفض جدا":

العبارة (12): تبين هذه العبارة اتجاه أفراد العينة العام حول مدى استفادتهم من مساعدة الأخصائي الاجتماعي النفسي التابع للجمعية، حيث كان "منخفض جدا" بمتوسط حسابي قدره "1,79" حيث بلغ عدد الأفراد المبحوثين الذين أجابوا بالاتجاه "ضعيف" و "ضعيف جدا" حوالي 216 مفردة أي ما نسبته 84,7%، وهو ما يشكل الغالبية العظمى من حجم العينة المبحوثة، وهذا الأمر يعد سلبيا بالنسبة للنشاط الخيري الذي تقوم به الجمعية ويؤثر بشكل عكسي على أدائها العام، نظرا لأهمية تواجد أخصائي اجتماعي طبي سواء على المستوى النفسي أو العضوي (الأمراض العضوية)، إذ يمكن وجود أخصائي اجتماعي طبي داخل أي جمعية من مساعدة الأفراد صحيا ونفسيا، كما يقوم بممارسة بعض العمليات النفس اجتماعية المهمة، مثل عملية التقمص الوجداني؛ إذ يمكن

للاخصائي الاجتماعي الطبي أن يشعر بمعاناة العميل، من خلال عدة مهارات مثل مهارة الاتصال ومهارة تشخيص المشكلة، ومهارة التدخل المهني الملائم في تصميم خطة التدخل العلاجي وكيفية استخدام واختيار التكتيكات المناسبة، وتقديم خدمة المساعدة على أكمل وجه.

العبارات التي سجلت درجة "منخفض":

العبارة (14): تبين هذه العبارة أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى قيامهم بالفحوصات المخبرية الإشعاعية المبكرة، بغرض التشخيص المبكر لبعض الأمراض هو "منخفض" بمتوسط حسابي قدره "2,13" وقد عبرت نسبة 65,9% عن اتجاه "منخفض" و "منخفض جدا" وهو ما يعادل 168 مفردة من إجمالي مفردات العينة، مما يعني أن غالبية المواطنين المنتمين للجمعيات، والمستفيدين من خدماتها لا يقومون بإجراء فحوصات مخبرية وإشعاعية مبكرة لتشخيص مدى وجود أمراض عندهم، ويمكن ربط هذا الانخفاض الكبير في النسبة إلى متغير الوظيفة، والذي أظهر أن نسبة الأفراد الذين لا يعملون هي 42,4% أي ما يعادل 108 مفردة مبحوثة من إجمالي 255 مفردة، مما يعني إمكانية إيعاز الأمر ومسبباته إلى الجانب المادي، الذي يكون في حالات عديدة - عائقاً دون تحصل المواطن على العلاج والاستشفاء، وعدم قدرته المالية على دفع مصاريف علاجه وإجراءه لفحوصات تشخيصية (مخبرية وإشعاعية)، مبكرة للكشف عن المرض قبل وقوعه كما يمكن إرجاع هذا الأمر، إلى عدم وجود ثقافة صحية حقيقية منتشرة بين أفراد عينة البحث بالرغم من أن البيانات الشخصية، أثبتت من خلال تحليلها أن نسبة المتعلمين (جامعي و ثانوي) هي ما يقارب 58% بواقع 146 مفردة مبحوثة، إذ تعد عملية التثقيف الصحي عملية تربوية تثقيفية، تركز على إعطاء معلومات صحيحة مؤثرة لفرد أو مجموعة أفراد وتنعكس على عاداتهم وتقاليدهم وسلوكياتهم اليومية، كما من شأنها خلق دافع قوي للوقاية واتخاذ الإجراءات الوقائية، ضد الأمراض المعدية أو غير المعدية وعدم

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

الوقوع في تصرفات وممارسات، تنجر عنها مشاكل صحية تؤدي حتما الى تدهور الحالة الصحية للأفراد.

1-2 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الثاني من استمارة الدراسة:

ينص السؤال الثاني من أسئلة الدراسة على " هل تساهم الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين؟" وللإجابة على هذا السؤال قمنا باستخدام التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، وذلك من خلال اختبار الفرضية الآتية: " تساهم الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين".

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

الجدول رقم (12): يبين البيانات الاحصائية الخاصة بالمحور الثاني من استمارة الدراسة

الاتجاه	اختبار كاي تربيع (χ^2)		الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	قوي جدا		قوي		متوسط		ضعيف		ضعيف جدا		العبارات
	مستوى الدلالة	قيمة الاختبار			ن %	ت	ن %	ت	ن %	ت	ن %	ت	ن %	ت	
قوي	0,000	166,000	0,88	3,44	8,6	22	42,4	108	36,5	93	9,8	25	2,7	7	العبارة 09
متوسط	0,000	102,784	1,00	2,96	3,5	9	27,8	710	39,2	100	19,6	50	9,8	25	العبارة 13
متوسط	0,000	315,451	0,80	2,87	3,5	9	9,4	24	63,5	162	17,3	44	6,3	16	العبارة 15
متوسط	0,000	171,804	0,86	2,60	1,2	3	10,6	27	46,7	119	30,6	78	11,0	28	العبارة 16
متوسط	0,000	199,961	0,91	3,11	9,0	23	16,9	43	54,1	138	16,1	41	3,9	10	العبارة 17
متوسط	0,000	245,647	0,82	2,87	3,5	9	12,5	32	57,3	146	21,5	54	5,5	14	العبارة 18
متوسط	0,000	167,922	0,90	2,84	1,6	4	19,6	50	49,6	126	20,0	51	9,4	24	العبارة 19
متوسط	0,000	228,039	0,82	2,78	2,7	7	11,0	28	54,5	139	25,5	65	6,3	16	العبارة 21
متوسط	0,000	310,706	0,76	2,86	3,1	8	9,4	24	62,4	159	20,8	53	4,3	11	العبارة 23
متوسط	/	/	0,60	2,92	المحور الثاني: " تساهم الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين".										

المصدر: البيانات الاحصائية الخاصة بالمحور الثاني للاستمارة المستخرجة من برنامج التحليل الاحصائي spss بعد تفريغ بيانات استمارة الدراسة الميدانية.

التحليل: يتضح من خلال الجدول رقم (12) والذي يبين المحور المتعلق "بدور الجمعيات الطبية الخيرية الناشطة بولاية الوادي على نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين" والذي يضم عبارات الجدول على أساس قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيم اختبار كاي تربيع \bar{X} ما يلي:

العبارات التي سجلت درجة "متوسط":

العبارة (13): تبين أن اتجاه أفراد العينة حول مدى استفادتهم، من الدورات التثقيفية التي تقدمها الجمعية كان "متوسط" بمتوسط حسابي بلغ "2,96". وقد بلغ عدد أفراد العينة الذين كانت اجاباتهم بـ "متوسط" 100 مفردة وبواقع 39,2% ، في حين بلغ عدد أفراد العينة الذين كانت اتجاه اجاباتهم بين "قوي" و "قوي جدا" حوالي 80 مفردة وبواقع 31% وهي نسبة معتبرة، والتي يمكن من خلالها أن نستنتج أن المواطنين المحليين فعلا يستفيدون وبشكل متوسط من الدورات التثقيفية التي تقدمها الجمعيات الخيرية، وذلك من خلال نشاطاتها التطوعية، حيث تركز هذه الجمعيات على بعث ما يسمى بالوعي الصحي من خلال هذه النشرات التثقيفية، وذلك بتوفير كافة المعلومات والحقائق الصحية المتعلقة بالأمراض وطرق الوقاية الصحيحة، بغرض تبني نمط حياة جيد وممارسات صحية سليمة، الهدف منها رفع المستوى الصحي للمجتمع ككل، والحد من انتشار الأمراض وتنمية احساس الأفراد والجماعات، بالمسؤولية الاجتماعية تجاه صحتهم وصحة الآخرين.

العبارة (15): تبين أن اتجاه أفراد العينة حول ما اذا تقوم الجمعيات بتقديم مساعدات حول اتباع طرق صحية في التغذية كوسيلة وقائية، من الأمراض كان "متوسط" بمتوسط حسابي يساوي "2,87" وبنسبة بلغت 63,5% وبواقع 162 مفردة مبحوثة من اجمالي مفردات العينة، اذ نجد أن ما يقارب 162 مفردة مبحوثة وما نسبته 63,5% هو عدد

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

المواطنين الذين كانت اجاباتهم بـ "متوسط"، مما يعني أن هناك نشاط جموعي توعوي صحي محسوس تقوم به الجمعيات الخيرية الطبية، حيث من خلاله تمكن الأفراد وتزودهم بمعارف ومعلومات خاصة، حول نوعية الغذاء الذي يتناولونه واتباع طرق صحية غذائية صحيحة، وتوعيتهم بضرورة تطبيق هذه الطرق والعادات بشكل يومي ودائم، كما أنها بهذا الاجراء التثقيفي تقوم بتقديم مساعدات لأفراد المجتمع، في الحصول على المعلومات اللازمة في كيفية القيام بالاختيار المناسب لغذائهم، والمحافظة على صحتهم وبالتالي المساهمة بشكل أو بآخر، في تعديل السلوكيات الصحية التي يمارسها هؤلاء الأفراد واكسابهم أنماطا صحية غذائية صحيحة، في حدود الامكانيات الموجودة من خلال امدادهم بنصائح ومعلومات ارشادية حول ما يتناولونه.

العبارة (16): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى استفادتهم من دورات تحسيسية تهتم بالجانب الوقائي البيئي داخل الجمعية، كان بمتوسط حسابي "2,60" وقد بلغ عدد أفراد المبحوثين الذين كانت اجاباتهم ذات اتجاه "متوسط" ما يقارب 119 مفردة مبحوثة بواقع 46,7% من اجمالي أفراد العينة، وهو ما يعد أمرا ايجابيا بالنسبة لواقع النشاط الجموعي الخيري المهتم بالجانب البيئي، حيث يمكن من خلال هذه النشاطات التوعوية تسليط الضوء على كل المشاكل البيئية من بدايتها، وتنبه الأفراد والجماعات داخل مجتمعاتهم المحلية الى ضرورة الاهتمام والقلق، بشأن البيئة الايكولوجية التي يعيشون فيها والعمل على نشر حقائق علمية مدروسة، من شأنها تطوير ورفع درجة الوعي البيئي لدى المواطن وبالتالي المساهمة في منظومة التنمية المستدامة بشكل عام، وهذه الدورات التحسيسية التي تتبناها الجمعيات، إما أن تكون على شكل برامج أو نشاطات موجهة لكافة شرائح المجتمع المحلي لمعالجة مشكلة بيئية محددة، أو كإجراء احترازي وقائي يمنع حدوث أنواع معينة من بعض المشاكل البيئية، وهذه البرامج من شأنها تغيير الاتجاهات والسلوكيات الفردية للأفراد، وتوجيهها بشكل أمثل نحو المشاركة الفعالة في حماية البيئة

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

التي يعيشون فيها، والعمل على تقوية مهاراتهم في الجانب الوقائي المهتم بالقضايا البيئية، كما أن هذه النسبة تترجم العمل الفعلي الحقيقي الذي تبذله الجمعيات والتجسيد الواقعي لما جاء في عديد المؤتمرات الدولية، المتعلقة بموضوع البيئة مثل مؤتمر ستوكهولم 1972م، ومؤتمر قمة الأرض الأول المنعقد في ريو دي جانيرو 1992م وقمة الأرض الثانية المنعقدة في جوهانسبورغ 2002م، حيث أكدت هذه المؤتمرات على أن الإنسان بسلوكه الخاطئ، هو المسؤول الأول عن الخلل الذي قد أصاب النظام البيئي وبرز عديد المشكلات البيئية، كالتصحر وتراجع التنوع الحيوي والتلوث... الخ.

العبارة (17): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى مساهمة الجمعيات في نشر التوعية حول خطورة الأمراض المعدية داخل المجتمع المحلي، كان "متوسط" بمتوسط حسابي "3,11" وبلغ عدد الأفراد الذين كانت اجاباتهم بمتوسط ما يقارب 138 مفردة مبحوثة وبواقع 54,1%، وهي نسبة جد عالية تجاوزت نصف العدد الاجمالي وهذا إن دل على شيء فهو يدل على أن الجمعيات الخيرية الطبية، فعلا تقوم بأداء دور توعوي فعال داخل المجتمع المحلي حول الأمراض المعدية، من خلال مجموع الأنشطة التواصلية والاعلامية والتربوية الهادفة، الى خلق وعي صحي لاطلاع الناس على واقع الصحة وتحذيرهم من مخاطر الأوبئة والأمراض المعدية المحدقة بالإنسان، ومن أجل تربية نشئ مجتمعي على القيم الصحية، واتخاذ الاجراءات الوقائية بطريقة آلية نابعة عن وعي وثقافة مجتمعية بيئية.

العبارة (18): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى مساهمة الجمعية في المساعدة في توعيتهم حول الجوانب المتعلقة بالمياه الصالحة للشرب، كان "متوسط" بمتوسط حسابي "2,87" وبلغ عدد الأفراد المبحوثين الذين كانت اجاباتهم بمتوسط 146 مفردة مبحوثة أي ما نسبته 57,3%، وهو يمثل أكثر من نصف عدد المبحوثين، في حين بلغ عدد الأفراد المبحوثين الذين تراوحت اجاباتهم بين "ضعيف" و "ضعيف جدا" حوالي 68

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

مفردة أي ما نسبته 27% وهي نسبة أكثر من الربع، وتعتبر نسبة ممثلة نوعا ما وهو أمر خطير وجب الانتباه له من طرف القائمين، على النشاط الجماعي وضرورة ادماجهم لموضوع الاهتمام بتوعية الأفراد، حول أهمية المياه ومدى المحافظة عليها وضرورة نظافتها لارتباطها المباشر بالصحة العامة للأفراد، وقد أولت منظمة الصحة العالمية لموضوع المياه أهمية خاصة، من خلال تخصيص يوم معين لها يصادف 22 مارس من كل سنة منذ سنة 1993م، ويراد من هذا اليوم وفعالياته إذكاء الوعي وضرورة اتخاذ اجراءات احترازية لمعالجة أزمة المياه العالمية، وقد تم التركيز في هذا اليوم على ضرورة دعم الهدف رقم 06 من أهداف التنمية المستدامة، والذي يعالج إتاحة المياه ومرافق الصرف الصحي للجميع مع حلول 2030، وقد توسعت لائحة النشاطات والفعاليات الدولية المهمة بموضوع المياه على النطاق الدولي، حيث سنة 2013 تم الاحتفال بما يسمى بـ "العقد الدولي للعمل" تحت شعار " الماء من أجل التنمية المستدامة" (2018-2028) ويراد من هذه الفعالية، التشديد على أن المياه ومعايير الصرف الصحي هي مداخل أساسية، في عمليات خفض الفقر والنمو الاقتصادي والاستدامة البيئية.

العبارة (19): تبين أن اتجاه العينة العام حول ما اذا يوجد دورات تحسيسية حقيقية تنظمها الجمعية حول التوعية بخطورة بعض الأمراض، هو "متوسط" بمتوسط حسابي "2,84" حيث بلغ عدد الأفراد المبحوثين الذين أجابوا بـ "متوسط" 126 مفردة مبحوثة أي ما نسبته 49,6%، وهي تقريبا تمثل نصف العدد الاجمالي للعينة المبحوثة. وهو أمر يعد ايجابيا الى حد ما، مما يعني أن هناك وعي من طرف الجمعيات الخيرية الطبية بأهمية أن تنتشر ثقافة تحسيسية من خلال الدورات التي تنظمها، والتي تهدف من خلالها الى التأكيد على ضرورة أن يكون الأفراد والجماعات، داخل المجتمع المحلي على علم بالأمراض الخطيرة التي قد يتعرضون لها، وحثهم على اتخاذ كافة الاجراءات الاحترازية من باب الوقاية والأمن الصحي، وهو ذات الأمر الذي نلمسه في مجمل نشاطات

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

المنظمة العالمية للصحة، حيث ومنذ بداية عهدها عملت على تقديم توصيات حول تحسين صحة الناس في جميع أنحاء العالم، وقد أنصب عمل المنظمة- ليس فقط على تقديم توصيات- بل توسع الى محاربة كافة الأمراض المعدية، كالجذري والملاريا وذلك وفق برامج موسعة للتمنيع، من خلال انتاج لقاحات وأدوية ومضادات حيوية وانشاء برنامج عالمي لمحاربة مقاومة مضادات الميكروبات، للوقاية من العدوى واحتمالية انتشارها بين البشر.

العبارة (21): تبين أن اتجاه العينة العام حول مدى مقدار المساعدة الذي تقدمه الجمعية حول التوعية بضرورة التزام النظافة الشخصية، في الأماكن العامة مثل المطاعم كان "متوسط" بمتوسط حسابي "2,78"، وهو ما مثلته نسبة 54,5% من اجمالي النسبة الكلية وما يعادل 139 مفردة مبحوثة أي أكثر من النصف، ولكن نجد أن ما نسبته 32% تقريبا من اجمالي النسبة الكلية وبواقع 80 مفردة مبحوثة يعبرون عن اتجاه "ضعيف" و "ضعيف جدا" وهو أمر يدعو للقلق، بشأن ما تقدمه الجمعيات الخيرية ضمن نشاطاتها التطوعية التوعوية حول ضرورة، أن يلتزم الأفراد والأشخاص بالنظافة الشخصية نظرا لأهمية هذا الأمر على الصعيد الشخصي والعام للصحة العامة لهم، إذ لا بد أن يكون هناك وعي صحي سلوكي نابع من الأفراد ذاتهم، يعبر ويعكس معارفهم واتجاهاتهم ومدى تبنينهم فعلا للقيم الصحية، ومدى قدرة الأفراد على ترجمة ما يحملونه من معلومات ومعارف صحية الى سلوكيات صحية سليمة، تساعدهم في المحافظة على صحتهم وبالتالي صحة المجتمع ككل، والوعي الصحي الشخصي هذا يمكن قياسه من خلال السلوكيات التي يتبناها الفرد من أجل المحافظة على نظافته الشخصية وبالتالي حماية صحته والوقاية وتجنب الاصابة بالأمراض.

العبارة (22): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى مساهمة الجمعية في نشر الوعي حول أهمية التغذية الصحية السليمة، كونها أهم سبل الوقاية من الأمراض كان

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

"متوسط" بمتوسط حسابي "2,86" وقد بلغ عدد الأفراد المبحوثين الذين أجابوا بـ "متوسط" حوالي 159 مفردة أي ما يعادل 62,4% من إجمالي أفراد العينة الكلي، وهو أمر جيد ولكن لا يمكن اغفال أمر مهم وهو أن ما نسبته 25%، أي ربع عدد العينة الكلي وما يعادل 65 مفردة مبحوثة، كان اتجاه اجاباتهم يتراوح بين "ضعيف" و "ضعيف جدا" وهو أمر مقلق، مما يعني أن النشاط الجموعي المبذول ليس بكاف لنشر الوعي الصحي حول أهمية التغذية الصحية السليمة بين أفراد المجتمع المحلي، إذ لا بد من الإلمام بجملته المعلومات والمعارف المكتسبة المرتبطة بالصحة والانتقال الى الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية تجاه صحة الأفراد، وهو أمر مطلوب بصفة مشتركة من الجمعيات الخيرية الطبية والأفراد على حد سواء، وذلك من خلال ترجمة تلك المعارف الى ممارسات فعلية نابعة عن فهم واقتناع ووعي حقيقي، حول أهمية التغذية الصحية وانعكاساتها طويلة المدى على الصحة والوقاية من مختلف الأمراض، على اعتبار أن الوعي الغذائي محور أساسي من محاور الوعي الصحي، وترجمة للمعارف المكتسبة حول التغذية السليمة المتوازنة الى سلوكيات غذائية صحية يومية، بصفة مستمرة تكسبها صفة العادة.

العبارات التي سجلت درجة "قوي":

العبارة (09): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى استفادة المبحوثين من النشرات التثقيفية التي توزعها الجمعية حول خطورة الأمراض "قوي" بمتوسط حسابي "3,44" وقد عبرت نسبة 51% تقريبا أي ما يعادل 130 مفردة مبحوثة عن اتجاه "قوي" و "قوي جدا" وهي نسبة مهمة تمثل نصف العينة المبحوثة، مما يعني أن هذا مؤشر ايجابي يعبر عن أن هناك نشاط جموعي توعوي حقيقي، تبذله الجمعيات في مجال التثقيف الصحي من خلال النشرات التثقيفية المتعلقة بالأمراض الخطيرة، وضرورة الوقاية منها قبل الاصابة بها، وهذا الأمر يعني في المقام الأول، أنه لا مجال للفصل بين الوقاية والثقافة الصحية فمثلا الوالدين الواعين بخطورة الأمراض، التي قد تصيب أطفالهم يكونون ملتزمين بعدد

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

معين من اللقاءات من باب الوقاية والاحتراز، فحتى نستطيع الحديث عن سياسة وقائية ناجعة لا بد أن يكون هناك تعميم للوعي الصحي، ونشر فعلي للثقافة الصحية من خلال المشاركة الفعالة لجميع الأفراد والجماعات، داخل المجتمعات المحلية بغرض تحقيق تنمية صحية مجتمعية فعالة.

3-1 عرض وتحليل البيانات الخاصة بالمحور الثالث من استمارة الدراسة:

ينص السؤال الثالث من أسئلة الدراسة على " هل تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين جودة الرعاية الصحية لدى المواطنين؟" وللإجابة على هذا السؤال قمنا باستخدام التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، وذلك من خلال اختيار الفرضية الآتية: " تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين جودة الرعاية الصحية لدى المواطنين".

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

الجدول رقم (13): يبين البيانات الاحصائية الخاصة بالمحور الثالث من استمارة الدراسة

الاتجاه	اختبار كاي تربيع (χ^2)		الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	قوي جدا		قوي		متوسط		ضعيف		ضعيف جدا		العبارات
	مستوى الدلالة	قيمة الاختبار			ن%	ت	ن%	ت	ن%	ت	ن%	ت	ن%	ت	
متوسط	0,000	153,843	0,89	2,88	3,1	8	19,2	49	46,7	119	24,7	63	6,3	16	العبارة 23
قوي	0,000	141,843	0,93	3,67	18	46	43	107	31,4	80	5,9	15	2,7	07	العبارة 24
متوسط	0,000	6,941	1,39	3,07	18,4	47	25,5	65	17,6	45	22	56	16,5	42	العبارة 25
قوي	0,000	156,745	0,8	3,89	25,9	66	43,5	111	25,5	65	3,5	9	1,6	04	العبارة 26
متوسط	0,000	342,627	0,71	3,24	5,9	15	21,6	55	64,3	164	7,1	18	1,2	03	العبارة 27
متوسط	0,000	155,882	0,91	2,78	5,1	13	14,1	36	38	97	39,2	100	3,5	09	العبارة 28
متوسط	0,000	242,863	0,85	3,01	7,5	19	12,2	31	57,3	146	20,4	52	2,7	05	العبارة 29
متوسط	0,000	300,706	0,94	3,25	15,7	40	9,4	24	62,7	160	8,6	22	3,5	09	العبارة 30
متوسط	0,000	160,431	0,93	3,01	9	23	14,5	37	47,8	122	25,9	66	2,7	07	العبارة 31
ضعيف	0,000	153,843	1,00	2,42	5,1	13	9	23	23,1	59	48,6	124	14,1	36	العبارة 32
متوسط	0,000	252,627	0,82	3,01	3,1	8	19,6	50	58	148	13,7	35	5,5	14	العبارة 33
متوسط	0,000	253,569	0,80	3,18	6,3	16	22	56	57,6	147	11,8	30	2,4	06	العبارة 34
ضعيف	0,000	148,706	0,92	2,53	3,5	9	8,2	21	37,3	95	39,6	101	1,4	29	العبارة 35
متوسط	/	/	0,53	3,07	المحور الثالث: تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين جودة الرعاية الصحية لدى المواطنين										

المصدر: البيانات الاحصائية الخاصة بالمحور الأول للاستمارة المستخرجة من برنامج التحليل الاحصائي spss بعد تفرغ بيانات استمارة الدراسة الميدانية.

التحليل: يتضح من خلال الجدول رقم (13) والذي يبين المحور المتعلق بدور الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين الرعاية الصحية لدى المواطنين، والذي يضم عبارات الجدول على أساس قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيم كاي تربيع ما يلي:

العبارات التي سجلت درجة "متوسط":

العبارة (23): تبين أن اتجاه أفراد العينة حول هل ما إذا ساهمت الجمعية فعلا في التشخيص الجيد للحالة المرضية للأفراد، من خلال الطاقم التابع لها كان "متوسط" بمتوسط حسابي "2,88" وبواقع 119 مفردة مبحوثة، أي ما يعادل نسبة 46,7% وهي نسبة تقارب النصف، مما يعني أن الجمعيات الخيرية الطبية ومن خلال جملة نشاطاتها الخيرية العلاجية تساهم في عملية تشخيص الأمراض، من خلال الطاقم الطبي التابع لها. ولكن بالمقابل لا يمكن إغفال أن ما نسبته 31% وما يعادل 80 مفردة مبحوثة عبروا عن اتجاه "ضعيف" و "ضعيف جدا"، مما يعني عدم رضاهم عن مساهمة الجمعيات في التشخيص الجيد للأمراض من خلال الطاقم الطبي، ويعتبر موضوع التشخيص الجيد نصف العلاج، خاصة في حالة الكشف المبكر عن أعراض بعض الأمراض المستعصية وتصنيفها ومعرفة طرق علاجها، وهو أمر يتطلب وجود مجموعة من الأطباء المتخصصين في مختلف أنواع الأمراض، إضافة إلى أطباء عامين يتولون عملية التشخيص الأولي، ثم طلب بعض الفحوصات والاختبارات الطبية ومن ثمة تسهيل عملية توجيه الحالات المرضية، لإخصائيين مناسبين كل حسب الحالة المعروضة عليه.

العبارة (25): يبين أن اتجاه أفراد العينة حول إذا ما تشكل المسافة بين المنزل ومركز العلاج بالجمعية عائقا أمام استفادة المبحوثين من الخدمات المجانية، التي تقدمها الجمعية لهم "متوسط" بمتوسط حسابي "3,07". وبالرغم من أن الاتجاه العام للعبارة كان

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

"متوسط" الا أن ما نسبته 44% و ما يقابلها 112 مفردة مبحوثة، كان اتجاه اجاباتهم بـ "قوي" و "قوي جدا"، مما يعني أن هناك نسبة معتبرة تقارب النصف من اجمالي أفراد العينة يرون بأن المسافة التي تفصل بين مقر سكناتهم، ومركز العلاج التابع للجمعية تشكل لهم عائقا دون الاستفادة من الخدمات العلاجية التي توفرها الجمعية، وهو الأمر الذي نلمسه بقوة عند فئة البدو الرحل، الذين عادة ما يكونون مقيمين في مناطق نائية لا تتوفر بها وسائل النقل، مما يستدعي أن تقوم بعض الجمعيات الخيرية الطبية بتنظيم قوافل طبية انسانية تهدف من خلالها لتوفير خدمات الرعاية الصحية، وفق برامج وخطط معدة مسبقا بالتنسيق بين الأعضاء المشرفين على الجمعيات، والطواقم الطبية والشبه الطبية. وتوفيرهم من خلال هذه القوافل لخدمات التشخيص الطبية والكشف الطبي الأولي، اضافة الى توفير مختلف الأدوية وبعض التجهيزات الطبية، بما يتناسب مع كل حالة.

العبارة (27): تبين أن اتجاه العينة العام حول مدى تأثير مستوى الخدمة التي يقدمها الطاقم الطبي التابع للجمعية على رفع معنوياتهم كمرضى، وتسهيل عملية شفائهم كان "متوسط" بمتوسط حسابي "3,24" وبواقع 164 مفردة مبحوثة وبنسبة 64,3% من اجمالي النسبة الكلية، وهي نسبة مرتفعة وممثلة مما يعني أن معظم أفراد العينة يشعرون برضى متوسط المستوى حول الخدمات الصحية التي يتلقاها المرضى، من طرف الطاقم الطبي التابع للجمعية ويؤثر بشكل متوسط، على معنوياتهم ويساهم في تحسين عملية شفائهم، ونلاحظ أيضا أن ما نسبته تقارب 28% وما يعادل 70 مفردة مبحوثة يعبرون عن اتجاه "قوي" و "قوي جدا"، وهو مؤشر ايجابي يدل على أن المبحوثين من المرضى يتأثرون معنويا بشكل مرتفع، بمستوى الخدمات الصحية التي يتلقونها من طرف الطاقم الطبي التابع للجمعية.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

العبارة (28): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى اهتمام الأطباء والممرضين بتقديم فحوصات طبية في أوقات محددة، "متوسط" بمتوسط حسابي "2,78" وبواقع 97 مفردة مبحوثة وما نسبته 38%، ولكن ما تم التوصل اليه من خلال نتائج الدراسة بين أن ما نسبته 43% وما يعادل 109 مفردة مبحوثة من اجمالي العدد الكلي، تعبر عن أن المبحوثين الذين كانوا اتجاه اجاباتهم "ضعيف" و "ضعيف جدا"، مما يعني أنه لا يوجد اهتمام فعلي من طرف الطاقم الطبي (الأطباء، الممرضين)، بخصوص تقديم فحوصات طبية في الأوقات المحددة لها، وهو ما يعني ضرورة وجود تنسيق وتكامل لتحقيق أهداف سياسات الرعاية الصحية، المتبعة داخل الجمعيات والتي تترجم من خلال أنشطتها الخيرية التطوعية العلاجية، وذلك بتقديم الخدمة الصحية الجيدة للمرضى وحل مشكلات المواعيد الطبية التي يواجهونها، وبالتالي تلبية احتياجاتهم الصحية والحرص على المحافظة على سلامة صحتهم، كما أن نظام المواعيد المسبقة والذي يتم من خلاله تحديد موعد مسبق للمريض، مع امكانية تحديد الطبيب المعالج المناسب لكا حالة مرضية للحصول على الخدمات العلاجية، يستعمل بشكل فعال في تقليص زمن الانتظار مما يعني المساهمة في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية العلاجية، التي توفرها الجمعيات الخيرية الطبية، للمرضى المستفيدين من نشاطاتها الخيرية.

العبارة (29): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى رضا المبحوثين عن أداء الطاقم الطبي داخل الجمعية "متوسط" بمتوسط حسابي "3,01" وبواقع 146 مفردة مبحوثة وهو ما يقابله نسبة 57,3%، وهي نسبة مرتفعة نوعا ما وممثلة لنصف مجتمع الدراسة والتي تعبر عن رضا متوسط الاتجاه، عبر عنه المبحوثون حول ما يتلقونه من خدمات صحية علاجية تقدمها لهم الجمعية من خلال طاقمها الطبي، ويمكن أن نقيس مدى رضا العملاء من المبحوثين، عما يتلقونه من خدمات صحية يوفرها لهم الطاقم الطبي من خلال الرعاية الطبية المهنية، التي يقدمها لهم الأطباء وتوظيفهم الأمثل

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

لخبراتهم ومهاراتهم وسلوكياتهم المهنية، عند تقديم الخدمات العلاجية أو السريرية أو من خلال الرعاية التمريضية المهنية، التي يمتلكها الممرضون بالاعتماد على مهاراتهم وخبراتهم السلوكية في التعامل مع المرض، أو من خلال الرعاية الصحية السلوكية المعتمدة في الأساس على ما تبناه الطاقم الطبي، ككل من ثقافة تنظيمية صحية عامة في التعامل مع المرضى على اختلاف فئاتهم العمرية، وباختلاف طبيعة كل حالة مرضية.

العبارة (30): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى توفير الجمعية لخدمات توصيلية مستعجلة في حالة حدوث حادث سير، أو حالات طارئة تستوجب التدخل السريع كان "متوسط" بمتوسط حسابي "3,25" ونسبة 62,7% وهو ما يمثل 160 مفردة مبحوثة من إجمالي عدد العينة المبحوثة، ويعتبر هذا الأمر مقبولا بمعنى أن هناك فعلا وحسب اجابات المبحوثين خدمات توصيلية مجانية، مثل خدمة SOS والتي لازالت لا تعرف انتشارا واسعا في استخدامها داخل الجزائر، بالرغم من حاجة المجتمع بمختلف أفراد وجماعته لها، إضافة الى توفر بعض الجمعيات -موضوع الدراسة- على وسائل نقل مخصصة للمرضى تهتم بحالاتهم العلاجية، وتوفر لهم خدمات الرعاية الصحية المستعجلة.

العبارة (31): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى رضا المبحوثين عن الخدمات التي توفرها الجمعية من الجانب الطبي العلاجي، "متوسط" بمتوسط حسابي 3,01، وهو ما يقابله بنسبة 47,8% بواقع 122 مفردة مبحوثة من إجمالي مفردات العينة، وهذا الأمر يعتبر مقبولا لحد ما، مقارنة بواقع العمل الجمعوي المحلي ومدى مساهمة النشاطات الخيرية الطبية، التي تبذلها الجمعيات الخيرية في تقديم خدمة صحية نوعية تتال رضا المرضى، وتغنيهم عن التداوي اللامجاني خاصة للفئات المحرومة والمعوزة ومن خلال نزولنا للميدان ومحادثاتنا للواقع، فقد لمسنا أن الجمعيات محل الدراسة فعلا

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

تبذل قصارى جهدها لتوفير خدمات الرعاية الصحية، من خلال تنظيم قوافل طبية دورية وتوفير بعض الأدوية على مستوى مقرات الجمعيات، وتوزيعها لمستحقيها مجانا. اضافة الى توفيرها لبعض الأجهزة الطبية، مثل الكراسي الطبية المتحركة وأجهزة الأكسجين وغيرها.

العبارة (33): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مقدار المساعدة التي تقدمها الجمعيات للمرضى المبحوثين، بخصوص الحصول على البطاقات العلاجية للأمراض المزمنة كبطاقة الشفاء كان "متوسط" بمتوسط حسابي "3,01" وقد بلغ عدد المبحوثين الذين كان اتجاه اجاباتهم بـ "متوسط" 148 مفردة مبحوثة وبنسبة 58%، وهي نسبة مرتفعة نوعا وتعتبر معبرة عن العينة، أي أن النشاطات الخيرية التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي، تساعد وبشكل متوسط المرضى الذين يحتاجون لبطاقات العلاج المجانية، كبطاقة الشفاء للحصول على الاستشفاء والتداوي مجانا. ويعتبر هذا النوع من المساعدات من صميم العمل الخيري الطبي، المبرمج ضمن السياسات الصحية التي تتبناها الجمعيات الخيرية، حيث توفر العلاج المجاني وتبعاته للمرضى الغير قادرين على شراء الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، وكذلك المرضى الذين لا يمكنهم تحمل نفقات العلاج، حيث تقوم هذه الجمعيات بعرض ملفات المرضى المنتمين لها على لجنة طبية متخصصة، مكونة من نخبة من الاستشاريين والاختصاصيين لدراسة وتقييم حالاتهم الصحية، وتحديد نوع المساعدة الطبية التي يستحقونها بكل شفافية وتبعا للتقارير والتي أجرتها الجمعية مسبقا.

العبارة (34): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى مساهمة الجمعيات في تقديم خدمات علاجية مخصصة لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة، من شأنها تحسين حياتهم بشكل عادي، "متوسط" بمتوسط حسابي "3,18" وبواقع 147 مفردة مبحوثة أي ما نسبته 57,6% وهي نسبة مرتفعة نوعا ما، كما نجد أن ما نسبته تقارب 29% من اجمالي

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

النسبة الكلية وما يعادل 72 مفردة مبحوثة، عبرت عن أن المبحوثين الذين كان اتجاه اجاباتهم بـ "قوي" و "قوي جدا"، مما يعني أن هناك اهتمام ملحوظ ونسبة تفوق الربع من العدد الاجمالي - حسب اجابات المبحوثين- بأن النشاط الخيري الجمعي الذي تبذله الجمعيات الخيرية الطبية، في سبيل تحسين نمط الحياة الصحية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة وتسهيلها كان بشكل جيد، وقد يكون ذلك من خلال تقديم أنشطة تساعد على اندماجهم في المجتمع، والاهتمام بإدراج برامج وخدمات التربية الخاصة، وتنمية المهارات المهنية للمتطوعين (أطباء، ممرضين، أفراد عاديين)، بما يسهل حياتهم العامة اضافة الى عمل الجمعيات على توفير أجهزة ومستلزمات طبية مخصصة لهذه الفئة، وتوفير خدمات تأهيلية علاجية لهم والعلاج الطبيعي، وتوفير الأجهزة التعويضية التي تسهل عليهم التعايش مع حالاتهم الخاصة.

العبارات التي سجلت درجة "قوي":

العبارة (24): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى وجود تجهيزات طبية على مستوى الجمعية وتساعد في تحسين الحالات المرضية التابعة لها، كان "قوي" بمتوسط حسابي "3,67" وقد بلغ عدد المبحوثين الذين كان اتجاه اجاباتهم بين "قوي" و "قوي جدا" 152 مفردة مبحوثة أي ما نسبته 60%، وهي نسبة مرتفعة وممثلة لأفراد العينة وهذا الأمر يعتبر جد ايجابي، حيث يعني هذا أن الجمعيات الخيرية الطبية محل الدراسة تقوم بتأدية نشاطاتها الخيرية التطوعية بشكل جيد، من خلال توافرها على معدات وتجهيزات طبية تقدم من خلالها خدمات ورعاية صحية جيدة للمرضى، وتخفيف معاناتهم في التنقل الى مراكز العلاج واحتمالية عدم وجود هذه الأجهزة.

العبارة (26): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول درجة استفادتهم من العلاج المجاني في المؤسسات الطبية التابعة لمنطقة سكنهم، كان "قوي" بمتوسط حسابي "3,89" وهو ما

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

عبرت عنه نسبة 70% وما يقابلها 177 مفردة مبحوثة من اجمالي العدد الكلي وهي نسبة جد مرتفعة وممثلة لمجتمع الدراسة، ويعد هذا الأمر جد إيجابي ودال على أن المواطنين من أفراد العينة، يستفيدون وبشكل قوي ومرتفع من العلاج المجاني داخل المؤسسات الطبية التابعة لمحل سكنهم، وهو مؤشر جيد يدل على كفاءة الرعاية والخدمات الصحية، ومكسب يجب تدميته لصالح المواطنين المرضى، و تجسيد فعلي وحقيقي لحق المواطن في الصحة والتداوي، بشكل مجاني دون التفريق بين مستوياتهم الاجتماعية.

العبارات التي سجلت درجة "ضعيف":

العبارة (32): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول مدى تقديم الجمعيات لخدمات تأهيلية عن طريق كادرها الطبي للمرضى بعد اجرائهم لعمليات جراحية، كان "ضعيف" بمتوسط حسابي "2,42" وقد أجاب ما يقارب 160 مفردة مبحوثة باتجاه "ضعيف" و "ضعيف جدا" أي ما نسبته 63% تقريبا وهي نسبة مرتفعة ممثلة لأفراد العينة، ويعتبر هذا الأمر سلبيا ومؤشرا غير صحي، عما تقدمه الجمعيات الخيرية الصحية والخيرية -من خلال الكادر الطبي التابع لها (أطباء، ممرضين...)- من خدمات تأهيلية للمرضى الذين قاموا بإجراء عمليات جراحية، وتعتبر مرحلة ما بعد اجراء العمليات الجراحية أهم بكثير من مرحلة العملية الجراحية، اذ قد يصعب على المريض العودة لوضعه السابق خاصة في حالات العمليات الجراحية ذات الخصوصية والحساسية المرتفعة، مثل عمليات البتر أو الشلل لذا لا بد من وجود دعم طبي ونفسي من طرف الطاقم الطبي المشرف على الحالة العلاجية.

العبارة (35): تبين أن اتجاه أفراد العينة العام حول درجة اهتمام الفريق الطبي بالحالة النفسية للمرضى وتهيئته لإجراء عمليات جراحية حساسة، مثل عمليات بتر الأعضاء

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

كان "ضعيف" بمتوسط حسابي "2,53"، وقد بلغ عدد المبحوثين الذين كان اتجاه اجاباتهم "ضعيف" و "ضعيف جدا" حوالي 130 مبحوث أي ما نسبته 41%، وهي تعبر عن نصف مجتمع البحث تقريبا، مما يعني أن هناك تقصيرا ملحوظا في الدعم النفسي المبذول من طرف الفريق الطبي، والاهتمام بنفسية المريض وتهيئته لتقبل اجراء بعض الأنواع الحساسة من العمليات الجراحية، مثل حالات البتر وهنا يجب الاشارة الى ضرورة وجود أخصائي اجتماعي نفسي، مكلف بالتهيئة النفسية للمرضى وإعدادهم لتقبل حالاتهم الصحية وتقبل مختلف طرق العلاج.

02-مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

1-2 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى والتي نصها: "تساهم الخدمة

الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين "

تشير المعطيات الواقعية والبيانات الإحصائية التي تم عرضها الى ما يلي:

• توصلت الدراسة الى أنه بالرغم من أن الأفراد الذين يعتمدون على استعمال اللقاحات الخاصة بتأمين صحة أطفالهم، متوسط بواقع 62 مفردة، إلا أن هناك عدد لا بأس به منهم يعتمد وبشكل كبير على اللقاحات لتأمين صحة أطفاله، وهو ما عبرت عنه نسبة 53% مما يعني وجود وعي صحي وقائي، منتشر في أوساط المواطنين المحليين حول خطورة عدم الالتزام باللقاحات لأطفالهم.

• توصلت الدراسة الى أن الطاقم الطبي، الذي يشتغل مع الجمعيات الطبية الخيرية يؤثر وبشكل متوسط على رفع معنويات المرضى، ويساهم في تحسين حالاتهم المرضية. وهو ما عبرت عنه نسبة 67%، مما يعني أن العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض تعتبر حسنة نوعا ما. وهو أمر جد مهم نظرا لتأثيره المباشر على المريض، وتحسين حالته المرضية.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

• تشير نتائج الدراسة الى أن الجمعيات الخيرية الطبية، التي تقوم بتنظيم حملات تطوعية خاصة ببرنامج التلقيحات المجانية ضد الأمراض الموسمية، لها جهود معتبرة ومحسوسة وفقا لما جاء في نتائج الدراسة وإجابات المبحوثين، حيث يرى ما نسبته 62% من العينة بأن الجمعيات الطبية تساهم بشكل كبير، في الاعداد والتنظيم الجيد لهذه النوعية من الحملات التطوعية.

• أكدت نتائج الدراسة الميدانية أن هناك نسبة جد مرتفعة، بين أفراد العينة المبحوثة والتي قاربت 66%، لا تلتزم دوريا بإجراء فحوصات دورية بغرض الكشف المبكر عن الأمراض قبل وقوعها، وهو ما يعد أمرا مقلقا نظرا لتعلقه المباشر بصحة الأفراد ومدى اتخاذهم للإجراءات الوقائية والاحترازية، قبل وقوع أي نوع من الأمراض.

• وبخصوص موضوع الفحوصات المخبرية والاشعاعية المبكرة، المتعلقة بالتشخيص المبكر للأمراض، فقد أجاب ما نسبته 66% من أفراد العينة بأنهم لا يلتزمون بتاتا بإجراء هذا النوع من الفحوصات الوقائية، ومن خلال الربط المنطقي بين نتائج الدراسة الكلية فقد تم إيعاز هذا الأمر الى سببين رئيسيين هما: المستوى المادي (الوظيفة) التي يشغلها المبحوثين، إذ أن ما نسبته 42,4% من أفراد العينة لا يعملون مما يصعب عليهم الاهتمام بإجراء فحوصات وقائية قبلية، والسبب الثاني هو نقص في الوعي الصحي العام المنتشر داخل المجتمع المحلي.

• أفادت نتائج الدراسة بأن أفراد العينة المبحوثة يستفيدون من خدمات الأخصائي الاجتماعي النفسي التابع للجمعية، بشكل جد منخفض وهو ما عبرت عنه نسبة 85% مما يعني الغياب شبه الكلي لدور الأخصائي الاجتماعي النفسي، وعدم إهتمام الجمعيات الطبية الخيرية بهذا الأمر، وإهمال الدور الجوهرى الذي يلعبه في تحسين الكثير من الحالات المرضية.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

• أما بخصوص نتائج الدراسة حول مدى اهتمام الجمعيات الخيرية الطبية بصحة الأم والطفل فقد عبرت نسبة 35%، عن وجود مجهود متوسط تبذله الجمعيات في هذا المجال من خلال تقديم خدمات وقائية، تتمثل غالبا في تقديم فحوصات مجانية للأم الحامل وأحيانا تقديم لقاحات موسمية، للأطفال تتعلق ببعض الأمراض الموسمية (الحصبة، الشلل، الكزاز، الدفتيريا).

- كما يوجد وجه تشابه بين الدراسة الحالية والدراسة التي قدمها الأستاذ "أحمد بلحنيش" تحت عنوان "الحركة الجمعوية في ممارسة الخدمة الاجتماعية"، حيث توصلت هذه الدراسة في نتائجها العامة، الى أن الجمعيات الخيرية، لا تعتمد على الأخصائيين الاجتماعيين بالمعنى النظري، وافتقادها الى المعارف النظرية الحديثة التي توفرها المعاهد والكليات العلمية المتخصصة، مما يعني وجود تطابق جزئي في النتائج التي توصلنا اليها في دراستنا الحالية، حيث ومن خلال اختبار السؤال المتضمن في نص الفرضية الأولى والخاص بحقيقة توافر أخصائي اجتماعي طبي، ناشط داخل الجمعيات الخيرية الطبية حيث أن جل اجابات المبحوثين، أثبتت أنه لا وجود لأي دور يلعبه الأخصائي الاجتماعي الطبي إلا في حالات نادرة، وعلى مستوى عدد جد ضئيل من هذه الجمعيات (جمعية واحدة)

أما بالنسبة لدراسة الأستاذ "عبد الله بوضنيرة" الموسومة بـ "الحركة الجمعوية في الجزائر ودورها في ترقية طرق الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب"، فقد توافقت نتائجها النهائية مع دراستنا الحالية في: أن هناك غياب شبه تام للأخصائيين الاجتماعيين بالجمعيات الثانية بنسبة كبيرة، وهي نتيجة متطابقة بنسبة 100% مع نتائج الفرضية الأولى، حيث لمسنا الغياب شبه التام للأخصائي الاجتماعي، سواء الطبي أو النفسي واكتفاء الجمعيات بالاستعانة بالأطباء، سواء العامين أو الخواص إضافة الى الأخصائي النفسي من خلال تشكيل بعض الجمعيات (جمعية تاج للصحة)، للخلية النفسية التابعة لنشاطات الجمعية وهيكلها.

هناك دراسة للأستاذ "عادل أحمد الكسادي" الموسومة بـ "العمل التطوعي والرعاية الاجتماعية في اليمن" وهي دراسة ميدانية، مطبقة على الجمعيات التطوعية في محافظة حضرموت وقد توافقت بعض نتائجها، الجزئية النهائية مع نتائج الفرضية الأولى فيما يلي:

• توصل الباحث الى أن هناك ضعف واضح، في عمليات التأهيل والتدريب للعاملين بالجمعيات التطوعية، المتعلقة بأساليب وطرق تقديم الخدمات الاجتماعية كما وكيفا وهو ما يتوافق مع دراستنا الحالية، في أن هناك غياب شبه لعنصر الأخصائي الاجتماعي الطبي والنفسي، والذي يعتبر وجوده جد مهم في فهم ومعالجة العديد من الحالات المرضية التي تتعامل معها الجمعية، وهو ما توصلت له دراستنا بخصوص الغياب شبه الكلي للأخصائي الاجتماعي الطبي والنفسي.

- وفي دراسة للباحثة "غادة بنت عبد الرحمن الطريف" تحت عنوان "إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق التنمية المستدامة"، نجد أن نتائج هذه الدراسة قد توافقت مع نتائج دراستنا الحالية في أن برامج العمل الخيري، تساهم في تحقيق البعد الاجتماعي للتنمية المستدامة وكذا البعد البيئي، من خلال تنمية مستوى الوعي البيئي والصحي للمستفيدين من خدمات الجمعيات الخيرية على مستوى المملكة، وتفعيل الدور الوقائي للجمعيات الخيرية من خلال البرامج التوعوية، التي يمكن تقديمها على فترات منتظمة لتنمية وعي المستفيدين بكيفية مواجهة مشكلاتهم البيئية والصحية، وذلك من خلال اختبارنا لنص الفرضية الأولى المتعلقة بالخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية.

أما بالنسبة لدراسة الأستاذ "سعد بن مسفر القعيب" الموسومة بـ "التنمية الاجتماعية والفكرية للإنسان السعودي، في ضوء الأساليب المهنية للخدمة الاجتماعية" فقد توصلت نتائجها الى أن البرامج التنموية وما يساندها من القطاع الخاص، تساهم في

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

توجيه عمليات التنمية الاجتماعية للإنسان السعودي، وفق أساليب الخدمة الاجتماعية الوقائية والاغاثية، وهو ما يتوافق مع نتائج دراستنا الجزئية والمتعلقة بنتائج نص الفرضية الأولى المتعلقة بالخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية، حيث يوجد توافق بسيط جدا حول حيثية أن البرامج التنموية التي تتبناها الجمعيات الخيرية الطبية، بمساندة بعض مؤسسات القطاع الخاص تساهم بشكل ما في توجيه عمليات التنمية الاجتماعية وفق أساليب الخدمة الاجتماعية الوقائية وكذا الانمائية (السياسات التنموية).

- وفي دراسة أخرى للباحثين "حسني عوض، ورائد نمر" الموسومة بـ "واقع تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي ومعوقاتهما، من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية في محافظتي طولكرم وقلقيلية" فقد توافقت نتائج الدراسة مع النتائج الجزئية لدراستنا بخصوص، وجود معوقات متعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي وطرق اعداده مهنياً.

-أيضا فيما يخص النتائج الجزئية التي توصلت لها دراسة " محمد عبيد عياد الفهيدى " الموسومة بـ "تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية، في الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والمرضى" فقد توافقت مع نتائج دراستنا الحالية في نقطة واحدة هي ضرورة توفير عدد كاف، من الأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي حسب الخدمات، التي توفرها الجمعيات الخيرية الطبية.

2-2 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية والتي نصها: "تساهم الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين". تشير نتائج الدراسة الميدانية الى أن:

• بخصوص مدى استفادة أفراد العينة المبحوثة من بعض النشرات التثقيفية التي تقوم الجمعيات الخيرية الطبية بتوزيعها عليهم، فقد عبر ما نسبته 51% بأن هناك مجهودات

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

وأنشطة تطوعية في هذا المجال جد مرتفعة، مما يعني الاهتمام الفعلي والملموس من قبل الجمعيات في النشر الحقيقي للثقافة الصحية، ومدى ضرورة وجود وعي حقيقي منتشر بين كافة أفراد المجتمع المحلي.

• أكدت الدراسة على أن عدد لا بأس به قدرت نسبته بـ 31% من مفردات العينة المبحوثة يرون بأنهم يستفيدون فعلا من الدورات التثقيفية، التي تنظمها الجمعيات الطبية الخيرية مما يعني وجود مجهودات حقيقية تقوم ببذلها الجمعيات، بغرض تحقيق ونشر ثقافة صحية داخل المجتمع المحلي السوفي.

• بينت الدراسة بأن المبحوثين الذين أفادوا، بأن الجمعيات الطبية الخيرية تساعدهم في اتباع طرق صحية حول التغذية السليمة، كإجراء وقائي من بعض الأمراض بلغت نسبتهم 64% من إجمالي النسبة الكلية، مما يعني أنه فعلا يوجد نشاط جمعي خيري تطوعي يهتم بنشر ثقافة التغذية الصحية، داخل أوساط المجتمع المحلي على اختلاف فئاته الاجتماعية.

• توضح الدراسة بأن ما نسبته 47% من أفراد العينة المبحوثة، يرون بأن الجمعيات الطبية الخيرية قد ساهمت بشكل متوسط، في تنظيم دورات تحسيسية حول الاهتمام بالجانب الوقائي البيئي كما أن ما نسبته 42% من أفراد العينة المبحوثة، يرون بأن المجهود الذي تبذله الجمعيات الخيرية الطبية، في المجال الوقائي البيئي جد منخفضة. ولا بد من بذل المزيد من النشاطات التطوعية، في هذا المجال والاهتمام الفعلي بأهمية خلق بيئة نظيفة صحية وسليمة.

• بينت الدراسة بأنه وحسب إجابات المبحوثين، أن الجمعيات الطبية الخيرية تقوم بالتوعية حول الأمراض المعدية بنسبة 54% بشكل متوسط، في حين أن ما نسبته 25%

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

من أفراد العينة المبحوثة، يرى بأن جمعياتهم تقوم بمجهودات تطوعية خيرية بكل مرتفع وهو أمر يعتبر جيدا نسبيا.

• كشفت نتائج الدراسة بأن الجمعيات الخيرية الطبية، تقوم بالمساعدة في نشر وعي وثقافة صحية متعلقة بموضوع المياه الصالحة للشرب، بنسبة جيدة قدرت بـ 57% مما يعني أن هناك نشاطا خيريا توعويا ملموسا، يهتم بإدراج عنصر المياه ضمن أولويات خطة السياسات والاستراتيجيات الصحية، التي ترسمها الجمعيات الخيرية الطبية ضمن مخططاتها التتموية الاجتماعية.

• توصلت نتائج الدراسة بأن الجمعيات الخيرية الطبية، تساهم في نشر ثقافة صحية توعوية تتعلق بأهمية النظافة الشخصية داخل الأماكن العامة، كالمطاعم من خلال تنظيم دورات تحسيسية توعوية بشكل متوسط، تبعا للإجابات التي أفاد بها المبحوثين وعكسته نسبة 55% من إجمالي عدد المبحوثين، مما يعني إهتمام هذه الجمعيات بنشر ثقافة صحية حول أهمية النظافة الشخصية في الأماكن العامة.

• كشفت نتائج الدراسة على أن الجمعيات الخيرية الطبية، تقوم بتنظيم دورات تحسيسية توعوية تهتم بنشر فكر تنقيفي، حول خطورة بعض الأمراض بشكل متوسط. وهو ما عبرت عليه نسبة 50% وهو أمر يعتبر جيدا الى حد ما، اذ يعكس الاهتمام الفعلي الذي توليه الجمعيات حول موضوع الصحة العامة، وضرورة المحافظة عليها.

• أما فيما يخص مدى مساهمة الجمعيات الخيرية الطبية، في نشر وعي حول أهمية التغذية الصحية السليمة بسبب أنها من أهم السبل الوقائية من عدة أمراض، فقد توصلت نتائج الدراسة الى أن هناك مجهودات، ونشاطات تطوعية متوسطة تبذلها الجمعيات الخيرية الطبية في هذا المجال، في حين ترى نسبة 25% من مفردات العينة المبحوثة أن

المجهودات التطوعية التثقيفية، التي تبذلها الجمعيات الخيرية الطبية جد منخفضة في هذا المجال، وهو أمر يستحق الاهتمام والنظر فيه من قبل الجمعيات.

- وفي دراسة للباحثة "غادة بنت عبد الرحمن الطريف" تحت عنوان "إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق التنمية المستدامة"، نجد أن نتائج هذه الدراسة قد توافقت مع نتائج دراستنا الحالية و بالتحديد نص الفرضية الثانية، المتعلقة بمدى مساهمة الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي في نشر الثقافة والتوعية الصحية، وتنظيمها لدورات تحسيسية وتثقيفية وتوزيع نشرات تثقيفية توعوية متعلقة بالجانب البيئي، وخطورة استخدام المياه بطرق غير صحية، إضافة الى التوعية بمخاطر بعض الأمراض المعدية، واتباع طرق صحية في التغذية كوسيلة وقائية احترازية، من انتشار بعض الأمراض الخطيرة.

- واستنادا الى جملة المداخل النظرية التي جاءت في ثنايا الجانب النظري سنحاول مناقشة نتائج الدراسة وبالذات نتائج الفرضية الثانية في ضوءها، حيث أن نظرية النسق الايكولوجي والتي ترى " أن الانسان يمكن فهمه داخل نسقه البيئي ومن خلال ما يحدث من تفاعلات بين الأجزاء المتنوعة، وعند الحدود التي يتلاقى فيها الانسان مع بيئته. ويعمل المنظور الايكولوجي على توفير الوسائل المناسبة للمختصين في ممارسة الخدمة الاجتماعية، لترتيب كافة المعلومات حول نسق العمل ووحدة العمل" وهو ما يمكن اسقاطه على نتائج دراستنا الحالية؛ حيث يقوم المشرفون على العمل الجمعي وممارسو الخدمة الاجتماعية الطبية، داخل الجمعيات الخيرية الطبية بدراسة البيئة المتعلقة بالمرضى المنتفعين من خدمات الرعاية الصحية، التي تقدمها هذه الجمعيات حيث أن دراسة هذه البيئة من شأنه تجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات، التي تكون لديهم صورة مكتملة حول خصوصيات كل حالة مرضية، والظروف الانسانية والاجتماعية والاقتصادية لها، وتوسع نطاق اهتمام المختصين الاجتماعيين الطبيين، والمتمثلين في هذه الدراسة في الطواقم الطبية والشبه طبية، حيث يدرسون ظروف كل حالة مرضية

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

بالنظر للنسق الايكولوجي (البيئي) الذي تنتمي اليه. إذ من المهم التعرف على هذا النسق ومعرفة مدى تأثيره الايجابي أو السلبي على الحالة المرضية، وبالتالي التصميم الجيد لمختلف استراتيجيات الخطط العلاجية اللازمة لهم.

3-2 مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثالثة والتي مؤداها " تساهم الخدمة

الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين". فقد أكدت نتائج الدراسة الميدانية على أن:

• فيما يخص مدى مقدار المساعدة الذي تقدمه، الجمعيات الخيرية الطبية للأفراد المبحوثين بخصوص التشخيص الجيد للحالات المرضية، من خلال الطاقم الطبي التابع لها فقد أجاب ما نسبته 47% من إجمالي مفردات العينة، يرون أن هناك مجهودا متوسطا تبذله الجمعيات في هذا الخصوص، في حين ترى ما نسبته 31% من مفردات العينة المبحوثة أن المساعدات التي تبذلها الجمعيات الخيرية الطبية في هذا المجال جد منخفضة مما يعني ضرورة أن تزيد الجمعيات الخيرية الطبية، من مقدار المساعدة التي تبذلها في التشخيص الجيد للحالات المرضية التي تستفيد من خدماتها التطوعية.

• توصلت نتائج الدراسة أن نسبة المبحوثين، الذين أجابوا بأن هناك تجهيزات طبية متوفرة على مستوى الجمعيات الخيرية الطبية، تساهم في تحسين الحالات المرضية التابعة لها قدرت بـ 60% وهي نسبة جد مرتفعة، تعكس مدى اهتمام هذه الجمعيات في بذل كافة مجهوداتها التطوعية و الخيرية، في تقديم مساعدات طبية لجميع الأفراد الذين يستفيدون من خدماتها الصحية.

• حسب رأي المبحوثين حول ما إذا تشكل المسافة، بين مقر سكناتهم ومركز العلاج التابع للجمعية فعلا عائقا، يحول دون استفادتهم من الخدمات الصحية العلاجية التي تقدمها الجمعية، فإن ما نسبته 44%، عبرت عن أن هذا الأمر ووصفته بالعائق الحقيقي

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

الذي يحرمهم من الاستفادة المباشرة، من خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الصحية الطبية من خلال المراكز الاستشفائية المتعاقدة معها، في حين ترى ما نسبته 39% هذا الأمر عائقاً ويمكن إرجاع سبب ارتفاع النسبتين - على الرغم من أنهما متناقضتان من حيث المضمون، إذ تركز الجمعيات الخيرية الطبية غالباً في المناطق السكنية المأهولة، في حين أن هناك نسب معتبرة من السكان لا تسكن في المناطق الحضرية (الريف، البدو الرحل).

• أكدت نتائج الدراسة بأن ما نسبته 70% من أفراد العينة المبحوثة، عبروا عن استفادتهم من العلاج المجاني في المؤسسات الطبية التابعة لمناطق سكناتهم، مما يعني أن هناك فعلاً تجسيد واقعي لمجاناة العلاج داخل المجتمع المحلي.

• توصلت نتائج الدراسة الى أن مستوى الخدمة، التي يقدمها الطاقم الطبي التابع للجمعية يؤثر على رفع معنويات المرضى، ويسهل من عملية شفائهم هو متوسط ترجمته نسبة 65%. مما يعني الدعوة الى ضرورة تحسين طبيعة العلاقة المهنية، التي تربط المرضى بالأطباء وحسن تقدير ظروفهم الاجتماعية والنفسية، من طرف الطاقم الطبي المشرف على الحالات المرضية.

• خلصت نتائج الدراسة الى أن ما نسبته 43% من أفراد العينة المبحوثة، يرون أن الأطباء والممرضين لا يهتمون بتقديم فحوصات طبية في أوقاتها المحددة، وهو أمر سلبي ينقص من الجهود التطوعية الخيرية، التي تبذلها الجمعيات الخيرية الطبية وتؤثر على مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها لمنسبها.

• توصلت نتائج الدراسة الى أن نسبة 58% من أفراد العينة المبحوثة، راضون بشكل متوسط عن أداء الطاقم الطبي داخل الجمعية، مما يعني نصف الأفراد المبحوثين تقريباً. وهو مؤشر إيجابي يدل على أن الجمعيات الطبية الخيرية، تقوم بتقديم خدمات رعاية

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

صحية ذات مستويات مقبولة، وتهتم فعليا بصحة الأفراد وتوفر لهم جل سبل العلاج والاستشفاء.

• أكدت نتائج الدراسة أنه في حالة حوادث السير، أو حالة طارئة تستوجب التدخل السريع من طرف أعضاء الناشطين بالجمعية، فإنه هناك خدمات توصيلية استعجالية بلغت نسبة 63% بشكل متوسط، أي أن هناك مجهودات معتبرة تبذلها الجمعيات الخيرية الطبية في هذا المجال، وتعمل على تقديم مساعدات تتمثل غالبا في التنقل المباشر للمستعجل لبعض الحالات المرضية، التي تكون حرجة ويتعذر عليها التنقل للمراكز الاستشفائية.

• كما بينت نتائج الدراسة أن ما نسبته 48% من المبحوثين، راضون بشكل متوسط عن خدمات الرعاية الصحية التي توفرها الجمعيات الخيرية الطبية، والتي تتمثل غالبا في تقديم فحوصات طبية مجانية، أو توفير بعض الأدوية بصفة مجانية، إضافة الى توفير بعض الأجهزة أو العتاد الطبي، الذي يصعب على بعض المرضى اقتناؤه على حسابهم الخاص إما بسبب ظروفهم المادية الصعبة، أو نظرا لعدم توافرها على المستوى المحلي.

• توصلت نتائج الدراسة أن ما نسبته 63% من أفراد العينة المبحوثة، يؤكدون الغياب شبه الكلي لوجود خدمات تأهيلية، يقدمها الكادر الطبي المنتمي للجمعيات الخيرية الطبية بعد إجراء العمليات الجراحية، وهو ما يعتبر أمرا سلبيا يؤثر على مستوى خدمة الرعاية الصحية الذي تعمل الجمعيات الطبية على توفيرها لمنتسبيها، نظرا لضرورة هذا الأمر إذ يعتبر في أحيان كثيرة وحسب بعض الحالات المرضية، إجراء طبييا مهما يؤثر على نفسية المريض، خاصة في حالة العمليات الطبية الجراحية الحرجة (حالات البتر مثلا).

• أكدت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف العينة المبحوثة، أي نسبته 58% من إجمالي العدد الكلي يرون أن الجمعيات الخيرية الطبية، تقوم وبشكل متوسط بتقديم مساعدات بخصوص حصولهم على البطاقات العلاجية، الخاصة ببعض الأمراض المزمنة كبطاقة

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

الشفاء وهي نسبة تعتبر معبرة بشكل إيجابي، عن الدور الحيوي الذي تبذله الجمعيات الخيرية الطبية في سبيل رفع مستويات الخدمة الصحية، ومساعدة بعض الفئات المجتمعية التي يتعذر عليها الاستفادة في الاستشفاء، والعلاج بصفة مجانية وهو الأمر الذي يعد جوهر العمل الجمعي الطبي الخيري.

• بينت نتائج الدراسة أن نسبة المبحوثين، الذين أجابوا بأن الجمعيات الخيرية الطبية تقوم بالمساهمة في تقديم خدمات علاجية مخصصة، لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة من شأنها تسهيل حياتهم وممارستها بشكل عادي نوعاً ما، قدرت بـ 58%، إذ عبروا عن رضاهم حول هذه المساعدات بشكل متوسط، كما أن ما نسبته قاربت 30% من المبحوثين عبروا عن رضاهم القوي، حول هذه النوعية من الخدمات التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية مما يعني وجود مساهمة حقيقية وفعالية، تقدمها هذه الجمعيات موجهة لفئة جد حساسة مكونة لنسيج المجتمع المحلي.

• أكدت الدراسة أن هناك غياب شبه تام للدور المهم، الذي تبذله الجمعيات الخيرية الطبية من خلال الجهود المقدمة، من طرف الطاقم الطبي التابع لها في حالة العمليات الجراحية الحساسة، والتي تستدعي الاهتمام بالحالة النفسية للمرضى وتهيئته لإجراء بعض العمليات الجراحية ذات الطابع الحساس، وهو ما عبرت عنه نسبة 52% من المبحوثين وهو أمر سلبي يؤثر على مستويات الرعاية الصحية، التي توفرها الجمعيات الخيرية الطبية للمرضى، الذين يستفيدون من خدماتها الصحية. ويمكن إرجاع هذا الأمر وتبعاً للنتائج السابق ذكرها والمتعلقة بالعبارة (12) الغياب شبه الكلي للأخصائي الاجتماعي النفسي، والذي له دور جد مهم في التهيئة النفسية للمريض قبل وبعد إجراء بعض العمليات الجراحية.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

-في دراسة تحت عنوان "الجمعيات الأهلية والتنمية المستدامة" للأستاذ "محمد سعيد عبد الحميد" توصلت نتائج الدراسة الميدانية، الى أن هناك اتفاق على أن المقصود بالجمعيات الأهلية هو المنظمات غير الحكومية والجمعيات الخيرية، وأن دورها الرئيسي هو تقديم مساعدات مادية، وهو نفس ما توصلت اليه الدراسة الحالية في نتائجها الجزئية من خلال اختبار عبارات الفرضية الثالثة، والتي تتعلق بعنصر المساعدات وخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية، لأفراد المجتمع المحلي المستفيدين من خدماتها ونشاطاتها التطوعية، والتي تمثلت -حسب ما توصلت له النتائج- في تقديم مساعدات عينية متمثلة في بعض الأجهزة الطبية، أو مساهمة الجمعيات الخيرية في دفع جزء من أقساط العلاج في بعض المصحات الطبية، للمرضى الذين يعانون من الفقر والحاجة.

-كما أن هذه الدراسة توصلت لنتيجة مفادها، أن معظم أفراد العينة اتفقوا على أن للجمعيات الأهلية دور هام في التنمية المستدامة، خاصة في مجال مساعدة الطبقات الفقيرة من الجانب الصحي، وهو نفس ما تم التوصل اليه من خلال تحقق نص الفرضية الثالثة والتي محورها الوضع الصحي، ومدى تقديم خدمات الرعاية الصحية الموجهة من طرف الجمعيات الخيرية الطبية، لفائدة مواطني ولاية الوادي وخاصة المعوزين منهم.

• كما توصلت دراسة "الكسادى" في نتائجها النهائية، الى أن معظم الجمعيات الخيرية يرتبط النظام المؤسسي لها بالطابع الخيري، كما أنها تتمركز في المدن الحضرية ولا تنتشر في المناطق الأكثر احتياجا لهذه الخدمات والأنشطة الخيرية الطبية، وهو ما يتوافق نسبيا مع النتائج الجزئية التي توصلت لها دراستنا الحالية، حيث أن العمل الجمعي الذي تقدمه الجمعيات الخيرية الطبية ذو طابع خيري خالص، اضافة الى أن كل الجمعيات الخيرية التي تم من خلالها اختبار عينة الدراسة، يقع مقرها الاجتماعي في المدن الحضرية. إلا أنها رغم ذلك تقوم بمجهودات معتبرة من أجل توصيل مختلف

خدماتها لمن لا يستطيعون الوصول لها، مثل البدو الرحل من خلال تنظيم قوافل طبية تحتوي على طواقم طبية، وشبه طبية وتجهيزات طبية متطورة.

-بخصوص دراسة الباحثة "قوت القلوب أبو النجا" الموسومة بـ "دور الخدمة الاجتماعية في مساعدة الجمعيات التطوعية للمشاركة، في تنمية المجتمع على المستوى المحلي" فقد توصلت في احدى نتائجها الجزئية، الى أن التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع للخدمة الاجتماعية، أدى الى تحقيق نوع من التعاون والتشاور والتنسيق بين الجمعية ومختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية كالمستشفى، وهو فعلا ما توصلت له النتائج الجزئية للدراسة الحالية، حيث ومن خلال اختبار الفرضية الثالثة المتعلقة بالخدمة الاجتماعية العلاجية، وعلاقتها بتحسين مستويات الرعاية الصحية لدى المواطنين فقد توصلنا الى وجود عمل جماعي تنسيقي، وتعاون حقيقي موجود بين النشاطات والمجهودات التطوعية التي تبذلها الجمعيات الخيرية الطبية، وبين الهيئات والمؤسسات الطبية سواء العمومية، أو المصحات الخاصة إضافة الى الأطباء الخواص.

واستنادا الى جملة المداخل النظرية التي جاءت في ثنايا الجانب النظري سنحاول مناقشة نتائج الدراسة وبالذات نتائج الفرضية الثالثة، حيث أن في وجهة نظر أصحاب نظرية الأنساق العامة ترى بأنها نظرية شاملة يمكن تطبيقها، على كافة الأنساق الاجتماعية أو النفسية، حيث يتم التواصل داخل كل نسق، بناء على منطقتي ذاتي مستقل عن منطق الأنساق الأخرى وهو ما يسمى بالأنساق الوظيفية، لأن كل منها يتفرد بوظيفة اجتماعية هامة، وقد ظل توظيف نظرية الأنساق العامة في ممارسة الخدمة الاجتماعية محدودا الى وقت قريب بسبب عدم قدرتها على الربط بين الممارسة المهنية الفعلية. ونظرية الأنساق العامة غريبة المنشأ و تواجه صعوبة في تطبيقها داخل المجتمعات العربية، ويمكن القول أن نظرية الأنساق العامة تعتمد في جوهرها، على وضع نموذج نظري مبني على مفاهيمها الأساسية، والمتمثلة في أربع خطوات أساسية تركز عليها، حيث تتعلق أولى

هذه الخطوات بالتحديد الدقيق لمشكلة العميل، وهو فعلا ما يقوم به المختصون القائمون بالعمل الجماعي داخل الجمعيات الخيرية الطبية، حيث يقومون بتشخيص المشكلات الصحية المتعلقة بكل حالة تصل للجمعية، وذلك من خلال الطاقم الطبي التابع لها اضافة الى الملفات الاجتماعية والطبية التي يقدمونها لها، أما الخطوة الثانية والمعلقة ببناء العلاقة المهنية فنجد أن الخدمة الاجتماعية الطبية، تعمل داخل الجمعيات الخيرية على خلق نوع من التعاون، والتنسيق والانسجام في الخدمات الصحية التي تقدمها للمستفيدين من خدماتها. وهنا يرتبط نجاح هذه العلاقة على مدى التشخيص الجيد للحالات المرضية، ومدى تبني الجمعيات الخيرية الطبية لهذه الحالات، والاشراف على مساعدتها بغرض تلقي العلاج المناسب لكل حالة. وفيما يخص الخطوة الثالثة والتي تتعلق بتشخيص مشكلة العميل فنجد فعلا أن الجمعيات الخيرية الطبية تمارس خدمة التشخيص القبلي للمرض، من خلال اجراء فحوصات دورية مع جميع من يستفيدون من خدماتها. وذلك من خلال الكفاءات الطبية التي تنتمي للجمعيات، أو ترتبط معها بشكل تطوعي. ورابع هذه الخطوات هي تحديد البدائل العلاجية وطرق علاجها فنجدها مجسدة داخل العمل الجماعي الطبي الخيري، من خلال بذل جميع الجهودات وتوظيف المهارات التي يشكها القائمون على العمل الجماعي، وتسخيرها بهدف توفير أنسب طرق العلاج أو الوقاية لبعض الحالات المرضية، والمساهمة الفعالة في ايجاد البدائل العلاجية الخاصة بكل حالة.

- أما فيما يخص وجهة نظر أصحاب نظرية الدور التي تعتبر احدى صور التفاعلية الرمزية والتي تقوم على مسلمة، أن كل فرد يشغل مركزا معيناً يؤدي دورا محددا وذلك ضمن تنظيم اجتماعي محدد، وهو ما يتوافق فعليا مع نتائج الدراسة الحالية المتعلقة بنص الفرضية الثالثة، حيث أن لكل عضو داخل الجمعيات الخيرية الطبية دورا اجتماعيا منوطا به وفق للتوقعات المنتظرة منه، فمثلا- وحسب ما أفضت اليه نتائج دراسة

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

الحالية- فإن لرئيس الجمعية دورا اجتماعيا مهما، في رصد مختلف الحالات الاجتماعية المرضية الواردة للجمعية، وهو يعمل بالتنسيق مع عدة خلايا هيكلية مشكلة للجمعية وهذه الخلايا تضم مجموعة من الأعضاء، كل له دور محدد ومنوط به، فالمتطوعون سواء كانوا من الطاقم الطبي أو الشبه الطبي، يقومون بأدوار طبية مثل المعالجة وتقديم الطرق العلاجية المناسبة لكل حالة، إضافة الى المتطوعين المحليين -والذين قد يمثلهم مثلا سائق سيارة الاسعاف- يقوم بدور مهم في مساعدة تنقل المرضى، للمراكز الاستشفائية المتخصصة والتي تساهم في تحسين حالاتهم المرضية. .

03- النتائج العامة للدراسة

في نهاية هذه الدراسة تمكنا من التوصل الى عدة نتائج، مهمة وجوهرية حول مسألة مدى إسهام الخدمة الاجتماعية الطبية في تفعيل مشاريع التنمية الاجتماعية، وذلك من خلال اختبار فرضيات هذه الدراسة ميدانيا، بالاعتماد على مؤشر جد حيوي من مؤشرات التنمية الاجتماعية هو "الصحة"، وفي إطار العمل الجمعي الخيري الطبي (الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة على مستوى ولاية الوادي). كما حاولنا دراسة هذا الموضوع بطريقة ميكروسيولوجية حيث حصرنا مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية، داخل الجمعيات الخيرية الطبية من خلال ثلاث محاور، تم بناءها من خلال التحليل المتأني والدقيق لمؤشرات وأبعاد الخدمة الاجتماعية الطبية (كمتغير مستقل)، و مؤشرات وأبعاد الخدمة الاجتماعية (كمتغير تابع)، إضافة الى إجراء مقابلات استطلاعية أولية مع رؤساء هذه الجمعيات والذي أزال عنا الكثير من اللبس، حول حقيقة وجود خدمة إجتماعية طبية حقيقية ممارسة داخل الجمعيات الخيرية الطبية. وقد تم ومن خلال هذه الدراسة وما اشتملت عليه من محاور التوصل الى جملة من النتائج القابلة للتعميم وهي:

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

• تمارس الجمعيات الخيرية الطبية الخدمة الاجتماعية الطبية، نشاطاتها التطوعية الخيرية بإتباع طرق الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية (خدمة الفرد، خدمة الجماعة، خدمة تنظيم المجتمع)، ولكن لاحظنا أن هذه الممارسة ضمنية أي بطريقة غير مباشرة.

• بينت النتائج أن الجمعيات الطبية الخيرية تعطي الأولوية، في نشاطاتها التطوعية لفئة الفقراء والمعوزين، من خلال توفير كافة المساعدات الطبية المتمثلة غالباً في تقديم فحوصات طبية مجانية، وتوفير بعض الأجهزة والعتاد الطبي الذي يتعذر عليهم الحصول عليه.

• يعتقد معظم المبحوثين أن الجمعيات الخيرية الطبية، تساهم في تحسين حالتهم الصحية من خلال توفير خدمات رعاية صحية مقبولة.

• تقوم الجمعيات الخيرية الطبية بمساهمة متوسطة، في مجال نشر التثقيف الصحي وخلق وعي صحي مجتمعي، بين أوساط الأفراد والجماعات المكونة للمجتمع المحلي.

• تبين النتائج أن العمل الجمعي الطبي داخل الجمعيات الطبية الخيرية، يتم بالتنسيق مع الطواقم الطبية وشبه الطبية، التي تعمل خارج إطارها (أطباء ومرضى يعملون بصفة رسمية داخل المراكز الاستشفائية، ولكن يحملون صفة التطوعية عند تقديم خدماتهم الصحية للأفراد المستفيدين، من خدمات الجمعيات الخيرية الطبية).

• توضح نتائج الدراسة أن هناك تجسيد فعلي لمبدأ مجانية العلاج، الذي يعتبر من أهم ركائز العمل الجمعي، وذلك -على سبيل المثال- من خلال توفير بطاقات الشفاء لكل مواطن محتاج.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

• توصلت نتائج الدراسة الى أن أغلب الجمعيات الخيرية الطبية، تتوفر على تجهيزات طبية تعمل على تحسين الحالات المرضية، التي تستفيد من خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها.

• وضحت الدراسة أن الجمعيات الخيرية الطبية، في ممارسة نشاطاتها الجمعوية وتقديمها لخدمة اجتماعية طبية، تهمل ولا تهتم بوجود الأخصائي الاجتماعي الطبي أو النفسي رغم الدور الحيوي الذي يقدمه في تحسين الحالات المرضية.

• توصلت الدراسة الى أن الطاقم الطبي الذي يعمل، بصفة تطوعية ضمن إطار الجمعيات الخيرية الطبية، يساهم وبشكل متوسط في رفع معنويات المرضى وتحسين حالته المرضية.

• خلصت نتائج الدراسة الى أن الجمعيات الطبية الخيرية، تقوم بمجهودات معتبرة في مجال التحسيس ونشر الوعي الصحي، سواء عن طريق عقد دورات تحسيسية أو توزيع نشرات تثقيفية في المجال البيئي الوقائي، أو حول التوعية بخطورة بعض الأمراض أو بخصوص التغذية الصحية السليمة، والمياه الصالحة للشرب.

• خلصت نتائج الدراسة الى أن هناك خدمة اجتماعية طبية، ممارسة من طرف الجمعيات الخيرية الطبية، وتمثلت في العمل على رفع مستويات الخدمة الصحية الموجهة نحو المواطنين وخاصة الفئات الهشة والمعوزة منهم، إضافة الى أنه فعلا تساهم هذه الجمعيات في نشر ثقافة صحية توعوية، داخل أوساط المجتمع المحلي. كما أن هذه الجمعيات ومن خلال أنشطتها التطوعية الخيرية، تساهم بشكل متوسط في تحسين مستويات الرعاية الصحية لدى المواطنين.

* تقوم الجمعيات الخيرية الطبية بالحرص على متابعة الحالات المرضية، بصفة دورية بشكل متوسط من خلال متابعة الطاقم الطبي لهذه الحالات.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

* هناك رضا مقبول من طرف المواطنين المستفيدين، من خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية، وذلك من خلال الجهد المبذول من طرف القائمين عليها من أطباء و مسيرين و أعضاء.

* تفتقر خدمات الرعاية الصحية، الموجودة داخل الجمعيات الخيرية الطبية الى وجود خدمة تأهيلية للمرضى، قبل وبعد اجراء العمليات الجراحية.

* إن معظم خدمات الرعاية الصحية، التي تقدمها الجمعيات الخيرية الطبية للمواطنين تتمثل في توفير فحوصات طبية مجانية، اضافة الى النقل المجاني لبعض الحالات المستعجلة.

* هناك مشكل في وصول خدمات الرعاية الصحية، لكافة فئات المجتمع المحلي خاصة فئة البدو الرحل، مما يستدعي الأمر أن تبذل الجمعيات الخيرية الطبية مجهودات مضاعفة حتى تصل خدماتها الطبية لأبعد نقطة ممكنة.

* هناك خدمات نقل طبية توفرها الجمعيات الخيرية الطبية للمواطنين الذين يكونون في حالات حرجة ولكن بشكل متوسط، مما يستوجب على الجمعيات الاهتمام بهذه النقطة لتجنب التأزم الصحي العلاجي لبعض الحالات المرضية.

خلاصة الفصل

تعتبر مرحلة عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة من أهم مراحل الدراسة العلمية الخاصة بأي موضوع علمي أيا كان التخصص و المجال العلمي نظرا لما لهذه النتائج و الاستنتاجات العامة المتوصل اليها من طرف الباحث، من أهمية بالغة في تقديم نظرة واقعية حقيقية حول الموضوع المدروس وهو ما تم التوصل إليه من خلال تحليلنا ومناقشتنا لنتائج اختبار فرضيات دراستنا، وذلك وفقا لأداة تجميع البيانات التي استخدمناها و مجتمع وعينة البحث التي شكلت مجالا حيويا طبقت فيه معطيات هذه الدراسة.

الخاتمة

تناولت هذه الدراسة وعلى مستوى ميكرو سوسولوجي مسألة الخدمة الاجتماعية الطبية ودورها الفعال في المشاريع التنموية الاجتماعية، في ظل ممارستها المهنية داخل احدى أهم مؤسسات المجتمع المدني، وهي الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة على مستوى ولاية الوادي، ويعد موضوع الخدمة الاجتماعية ذو أهمية وخصوصية متفردة خاصة عندما اكتسب صفة المهنية و أصبح علما و فنا له طرقه و فلسفته ومميزاته التي جعلته متميزا عن باقي العلوم، كما تميز هذا الموضوع باختلاف مجالاته وتفرعها. ولما كانت المجتمعات النامية تعاني من الفقر و الحاجة الى توفير سبل التداوي و الشفاء أصبح من الضروري، ظهور تخصص جديد ومجال حيوي من مجالات الخدمة الاجتماعية، سمي بالخدمة الاجتماعية الطبية حيث يتمحور موضوعها الاساسي حول صحة الافراد و الجماعات و المجتمعات الانسانية بشكل عام و البحث عن سبل الوقاية ثم العلاج، من مختلف الامراض و الاوبئة عبر مختلف المراحل الزمنية، ولقد ارتبط المرض العضوي حسب آخر الدراسات الاجتماعية و النفسية بعدة عوامل، تراوحت بين الاجتماعية و النفسية و الاقتصادية مما شكلت هذه النقطة عبئا ثقيلا، وتحديا للجهود التي تبذلها الخدمة الاجتماعية الطبية إذ وجب على القائمين على هذه المهنة، من أطباء و اخصائيين اجتماعيين و نفسانيين، العمل جنب ال جنب مع الخدمات العلاجية الطبية، داخل المستشفيات و العيادات العامة و الخاصة ودور النفاهة، ومراكز التأهيل الطبي اضافة الى الجمعيات الخيرية ذات الطابع الطبي، بهدف توفير خدمة و رعاية صحية ذات جودة عالية وتتبلور أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية، داخل الجمعيات الخيرية الطبية تبعا لدورها التنموي الاجتماعي داخل المجتمع المحلي، بمختلف مكوناته و فئاته المتباينة حيث أضحت هذه الجمعيات، تقدم خدمات رعاية صحية هدفها الأول تحقيق تمية صحية مجتمعية لأفراد وجماعات المجتمع المحلي، وتسعى جاهدة إلى نشر الثقافة والتوعية الصحية بينهم تبعا لسياسات و استراتيجيات صحية مرسومة و منظمة من

طرف هيئات مختصة، وذلك باستغلال كافة المهارات و الامكانيات المتوفرة داخل هذه المجتمعات. ولقد أصبحت هذه الجمعيات الخيرية الطبية تحتل مركزا حيويا مهما ومؤثرا، في ديناميكية الجهودات التنموية التي تبذلها الحكومات، وسبب ذلك مجموع النشاطات و الفعاليات الخيرية التطوعية التي يقوم بها الأعضاء القائمين عليها، و التي عادة ما تعمل على ترجمة جميع الخطط و الاستراتيجيات المحددة سلفا، الى مشاريع تنموية حقيقية و ملموسة على أرض الواقع، كما أن الجهودات البشرية المنظمة النابعة من الخبرات الشخصية للطواقم البشرية العاملة بها سواء كانوا أطباء أو أعضاء متطوعين عاديين، ساهمت بشكل كبير في إعطاء هذه المرتبة المتميزة، للعمل الصحي الجماعي التنموي داخل المجتمعات المحلية.

التوصيات و الاقتراحات:

◀ السعي من خلال هذه الدراسة الى تجسيد حقيقي و ملموس ومحاكي لواقع مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية الممارسة داخل الجمعيات الخيرية الطبية.

◀ ربط المشاريع التنموية ذات الصبغة الاجتماعية بما تقدمه الخدمة الاجتماعية من نشاطات تطوعية خيرية في المجال الطبي و الصحي بشكا عامضن اطار الجمعيات الخيرية الطبية.

◀ ادراج طرق الممارسة المهنية الثلاث الخاصة بالخدمة الاجتماعية الطبية ضمن اطار نشاطات واستراتيجيات الجمعيات الخيرية الطبية بشكل أكثر فاعلية.

◀ هناك دور ضمني غير ظاهر وهو ذو تأثير قوي و فاعلية عظمى تلعبه الجمعيات الخيرية الطبية داخل المجتمع المحلي ولكنه غير مثن بالقدر اللازم لذا وجب الاهتمام بهذا الأمر من طرف المعنيين بسيرورة العملية التنموية.

◀ ضرورة الاهتمام الرسمي و التشريعي بقانون الجمعيات من خلال اعطائها
صلاحيات أوسع في ممارسة نشاطاتها التطوعية الخيرية.

◀ ضرورة اهتمام الطواقم الطبية و شبه الطبية التي تشتغل ضمن اطار الجمعيات
الخيرية الطبية بتوفير خدمات رعاية طبية ذات جودة عالية للمرضى المستفيدين
من خدماتها وخاصة النفسية منها.

◀ إعادة النظر في الهياكل العامة للجمعيات الخيرية الناشطة في المجال الطبي
وتفعيل دور الخدمة الاجتماعية الطبية وذلك من خلال خلق خلية داخل هذه
الهياكل تختص بكل المهام التي يجب أن يمارسها الاخصائي الاجتماعي الطبي.

◀ تبعا للنتائج الميدانية المتوصل اليها في هذه الدراسة فقد اتضح أن للجمعيات
الطبية الخيرية دورا كبيرا وأهمية أكبر مما تحظى به، لذا وجب على المسؤولين
الالتفات اليها من خلال دعمها ماديا وماليا وحتى معنويا ودمجها ضمن المشاريع
و الاستراتيجيات التنموية التابعة للدولة.

لابد من بذل مجهودات مضاعفة من خلال العمل الجمعي الطبي وتدعيمه وذلك
بتهيئة وتكوين وتدريب كوادر بشرية " أعضاء و متطوعين ممارسين " أكثر تخصصا و
إحاطة بالنشاطات التي يقدمونها في المجال الطبي لمستحقيها، خاصة بعد التوصيات
الأخيرة لرئيس الجمهورية القاضية بإعتماد الجمعيات كركيزة لأخلقة وتنظيم ودعم المجتمع
المدني وخص بالذكر الجمعيات الطبية الصحية التي أظهرت دعما لا نظير له إثر
جائحة كورونا.



قائمة
المصادر
والمراجع

المعاجم و القواميس:

- 1- ابن منصور محمد : لسان العرب، المجلد الأول، بيروت، لبنان، 1998.
- 2- احمد ابى الحسين بن زكريا بن فارس: معجم مقاييس باللغة، ج 2، دار الفكر للطباعة والنشر ، العراق ، 1979 .
- 3- عبد المجيد سامي وآخرون: معجم مصطلحات علم النفس ، ط4 ، دار الكتاب للنشر والتوزيع القاهرة 1998.
- 4- لويس معلوف: المنجد، ط13 ،المطبعة الكاثوليكية، بيروت ،لبنان، 1950 .
- 5- محمد زكي بدوي: معجم العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت ،لبنان، 1993 .
- 6- محمد منير حجاب : موسوعة المصطلحات الإعلامية ، الجزء 2 ،دار الفجر للنشر والتوزيع، 2000.
- 7- المنجد الابجدي: ط4، دار المشرق، المكتبة الشرقية، ، بيروت، لبنان، 1967 .
- 8- نوربارت سيلامي: المعجم الموسوعي في علم النفس، الجزء 03، تر:وجيه أسعد، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، سوريا، 2001.

الكتب:

- 9- ابراهيم أبراش ، المنهج العلمي وتطبيقاته وفي العلوم الاجتماعية ، ط1 ،دار الشروق للنشر والتوزيع ، الاردن ، 2009.
- 10- إبراهيم حسين العسل: التنمية في الفكر الإسلامي (مفاهيم، معوقات)، ط 1، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع، 2006.
- 11- إبراهيم عبد الرحمان رجب: أساسيات و مبادئ تنظيم المجتمع، دار الثقافة، مصر، 1983

- 12- ابراهيم عبد الرحمان رجب: قراءات في تنظيم المجتمع، مكتبة كلية الخدمة الاجتماعية، مصر، 1982.
- 13- إبراهيم مشورب: إشكالية التنمية في العالم الثالث، ط1، دار المنهل اللبناني، لبنان، 2006.
- 14- أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم أبو زيد: التنمية الاجتماعية وحقوق الإنسان، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2009.
- 15- احسان النوحى: الخدمة الاجتماعية في ق20م، مصر، 1956.
- 16- احسان محمد حسن: النظريات الاجتماعية المتقدمة، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
- 17- أحمد أحمد كمال: تنظيم المجتمع، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، 1973.
- 18- أحمد القصير: منهجية علم الاجتماع بين الماركسية والوظيفية والبنوية، ط2، (دون دار النشر)، مصر، 1978.
- 19- أحمد حسين الرفاعي: مناهج البحث العلمي - تطبيقات ادارية واقتصادية- ط1، دار وائل للطباعة والنشر، الأردن، 1998.
- 20- أحمد عبد الحميد ثابت: الدور السياسي والثقافي للقطاع الأهلي، مركز السياسات السياسية والاستراتيجية بالأهرام، مصر، 1999.
- 21- أحمد كمال أحمد وآخرون: التنمية الاجتماعية، مطبعة دار العالم العربي، مصر، 1974.
- 22- أحمد كمال أحمد، عدلي سليمان: الخدمة الاجتماعية و المجتمع، مصر، 1970.
- 23- أحمد محمد مصطفى: خدمة الفرد (النظرية والتطبيق)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1991.

- 24- أحمد مصطفى خاطر: الخدمة الاجتماعية (نظرة تاريخية: مناهج الدراسة، المجالات)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1984.
- 25- أسامة عبد الرحمان: البيروقراطية النفطية وعضلة التنمية، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، 1982.
- 26- أسماء محمد صالح: علم الاجتماع الطبي، ط 1، دار الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- 27- إقبال بشير وآخرون: الخدمة الاجتماعية والمجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1977.
- 28- إقبال محمد بشير و آخرون: الرعاية الطبية و الصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1984.
- 29- أماني قنديل: المجتمع المدني في مصر في مطلع الألفية الجديدة، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية بالأهرام، مصر، 2000.
- 30- أماني قنديل: المرأة في المنظمات الأهلية، دار الكتب القومية، مصر، 1994.
- 31- أنتوني غيدنز: علم الاجتماع، تر: فايز الصياغ: ط 1، المنظمة العربية للترجمة، بيروت، لبنان، 2005.
- 32- أنيس عبد الملك: خدمة الجماعة ودورها في المجتمع المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، مصر، 1980.
- 33- إيمان أحمد ابوية وآخرون: الخدمة الاجتماعية الطبية، (دون طبعة)، مؤسسة الكوثر للطباعة، (دون بلد)، 2005.
- 34- أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، ط 1، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2003.

- 35- بيرس كوهن : النظرية الاجتماعية الحديثة، تر: عادل مختار الهواري ، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1985.
- 36- توني لوزان: قوة الذكاء الاجتماعي، ط3، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية، 2007.
- 37- جابر عوض سيد: ادارة المنظمات الاجتماعية (رؤى الاصلاح والتطوير)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2005.
- 38- جمال شحاتة حبيب: الممارسة العامة (منظور حديث في الخدمة الاجتماعية)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2016.
- 39- جوردون مارشال: موسوعة علم الاجتماع، ط2، تر: محمد الجوهري و آخرون، المجلس الأعلى للثقافة، مصر، 2007.
- 40- حسن إبراهيم عيد: دراسات في التنمية والتخطيط الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1984.
- 41- حسن محمود : مقدمة الخدمة الاجتماعية، مصر، المكتبة الحديثة، 1973
- 42- حسن ملحم: نظرية الحريات العامة، ط 1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1981.
- 43- خيري جميل الجميلي: المدخل الى خدمة الفرد، مصر، دون دار نشر، 1983.
- 44- درية السيد حافظ: السياسة الاجتماعية "اتجاهات مستقبلية في ظل العولمة"، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2011.
- 45- ذياب صلاح محمود: إدارة خدمات الرعاية الصحية، ط1، دار الفكر، الأردن، 2010.

- 46- رشاد أحمد عبد اللطيف: التنمية الاجتماعية في اطار مهنة الخدمة الاجتماعية، ط 1، دار الوفا لدنيا للطباعة والنشر، مصر، 2007.
- 47- رشيد زرواتي: مدخل للخدمة الاجتماعية، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2000.
- 48- ريتشارد هيجوت: نظرية التنمية السياسية، تر: حمدي عبد الرحمن و محمد عبد الحميد، ط 1، المركز العلمي للدراسات السياسية، الأردن، 2001.
- 49- ريمون بودون: منهج علم الاجتماع، تر: هالة شبؤون الحاج ، ط4، منشورات عويدات، 1988.
- 50- ريمون كفي و لوكفان كمبهود: دليل الباحث في العلوم الاجتماعية، تر: يوسف الجباعي، ط1، المكتبة العصرية للطباعة و النشر، بيروت-لبنان، 1997.
- 51- سامية محمد فهمي وآخرون: مدخل في التنمية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1986.
- 52- سعد جمعة: التنمية الذاتية واستراتيجياتها' الكتاب السنوي لعلم الاجتماع'، العدد الأول، دار المعارف، مصر، 1983.
- 53- سعود بن حسين الزهراني: مشكلات التنمية الاجتماعية في المملكة العربية السعودية، (د دار النشر)، السعودية ، 2005.
- 54- سلمى محمود جمعة: ديناميكية طريقة العمل مع الجماعة، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2005.
- 55- سلوى عثمان صديقي، السيد رمضان: مدخل في الرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1991.
- 56- سليمان علي الدليمي: الرعاية و الخدمة الاجتماعية(التطور التاريخي)، ط1، دار حامد للنشر و التوزيع، الأردن، 2014.

- 57- سماح سالم ،نجلاء صالح: أساسيات العمل في الخدمة الاجتماعية، ط1، عالم الكتاب الحديث، الأردن ، 2010.
- 58- سماح سالم وآخرون : مقدمة في الخدمة الاجتماعية ،ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع الأردن ، 2012.
- 59- سمير أحمد أبو العيون: الثقافة الصحية، ط 1، دار المسيرة، الأردن، 2013.
- 60- سميرة كامل محمد: التنمية الاجتماعية (مفاهيم أساسية، رؤية واقعية)، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- 61- سيد أبو بكر حسانين: طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، المكتبة الانجلو مصرية، مصر، 1974.
- 62- السيد علي شتا، المنظور الظاهري و التنظيم الاجتماعي للمجتمع، ط1، المكتبة المصرية للنشر، مصر، 2014.
- 63- السيد علي شيتا: نظرية الدور، الاشعاع للنشر، مصر، 1993 .
- 64- شادية فتحي: السياسات العامة في ماليزيا، مركز الدراسات الآسيوية، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، مصر، 2008.
- 65- صلاح الدين الشامي: التنمية (الجغرافية دعامة التخطيط)، ط 2، نشأة المعارف، مصر، 2000،
- 66- صلاح محمود ذياب: إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2009،
- 67- طاهر بن غالب: الخدمة الاجتماعية مفهوم شامل _ مقالات ونصوص _، ط 1، مكتبة الحامد للنشر، الأردن، 2014،

- 68- طلعت إبراهيم لطفي، كامل عبد الحميد الزيات: النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، ط 1، دار غريب، القاهرة، د. ت.
- 69- طلعت مصطفى السروجي: التنمية الاجتماعية_المثال والواقع_، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، مصر، 2001
- 70- طلعت مصطفى السروجي: التنمية الاجتماعية من الحداثة الى العولمة، 2012، المكتب الجامعي الحديث، مصر،
- 71- طلعت مصطفى السروجي: السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، دار الفكر العربي، مصر، 2004، ط 1
- 72- طلعت مصطفى السروجي: الخدمة الاجتماعية الدولية، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2010
- 73- طلعت مصطفى السروجي، ماهر أبو المعاطي: ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة للتوثيق، مصر، 2009،
- 74- عادل مختار الهواري وآخرون: قضايا التغير والتنمية الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1998.
- 75- عبد الباسط محمد حسن: التنمية الاجتماعية، المطبعة العالمية، مصر، 1970.
- 76- عبد الحي محمود حسن صالح: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2014.
- 77- عبد الرحمان عبد الرحيم الخطيب: ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية و النفسية، مصر للخدمات العلمية، مصر، 2004.
- 78- عبد الرحمن العيسوي: دراسات في علم النفس المهني والصناعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1997

- 79- عبد العزيز بن عبد الله البريثن: مقالات في الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2010.
- 80- عبد الغني عبد الله الطيب: الإعلام والتنمية - مشكلات وقضايا - ط1، دار العالمية للنشر والتوزيع، مصر، 2014.
- 81- عبد الغني محمود حسن صالح: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، ودار المعرفة الجامعية، مصر، 1998
- 82- عبد الكريم بكار: مدخل إلى التنمية المتكاملة - رؤية اسلامية، ط2، دار القلم، سوريا، 1999.
- 83- عبد المطب عبد الحميد: التمويل المحلي، ط1، دار النشر الثقافية، مصر، 2001.
- 84- عبد الناصف يوسف شومان: الخدمة الاجتماعية ومشكلة السرقة لدى الطلاب، ط1، دار الوفاء لندنيا الطباعة و النشر، 2014.
- 85- عبد الوهاب إبراهيمي : أسس البحث الاجتماعي ، مكتبة نهضة الشروق ، مصر، 1985.
- 86- علي خليفة الكواري: حقيقة التنمية النفطية (دراسات في التنمية و التكامل الاقتصادي العربي)، ط3، مركز دراسات الوحدة العربي، بيروت، لبنان، 1985.
- 87- علي كاشف: التنمية الاجتماعية (المفاهيم والقضايا)، عالم الكتاب، مصر، د ت.
- 88- علي ليلة: دور المنظمات الأهلية في مكافحة الفقر، الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، مصر، 2002.
- 89- علي محمد خير المغربي: الخدمة الاجتماعية وتحقيق العدالة الاجتماعية للمجتمع، دار الوفاء لندنيا الطباعة و النشر، مصر، 2014.

- 90- علي محمد خير المغربي: الخدمة الاجتماعية و مستوى الالتزام الوظيفي للجماعة، ط1، دار الوفاء لنديا الطباعة و النشر، مصر، 2014.
- 91- غني ناصر حسين القرشي، سمية شكري خير الهلاك: أنشطة الخدمة الاجتماعية في الدفاع الاجتماعي، ط1، دار الرضوان للنشر و التوزيع، الاردن، 2013.
- 92- فاطمة الحاروني: خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، مطبعة السعادة، مصر، 1974.
- 93- فاطمة الزبدي: مجالات تنظيم المجتمع، ط1، دار زهران للنشر و التوزيع، الاردن، 2014.
- 94- فتيحة أوهابية: الاتصال الجمعي، مؤسسة كنوز الحكمة، الجزائر، 2012.
- 95- فضيل دليو وآخرون: أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، مطبعة دار البحث، الجزائر، 1999.
- 96- فيصل محمود الغرايبة: الخدمة الاجتماعية في المجتمع العربي المعاصر، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- 97- فيصل محمود غرايبة: الخدمة الاجتماعية الطبية، ط 1، دار وائل للنشر، الأردن، 2008.
- 98- قديري الشيخ علي و آخرون: علم الاجتماع الطبي، ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع، مصر ، 2008.
- 99- ليكي، بيريت، م وآخرون: إدارة الجمعيات الخيرية غير الهادفة للربح، (تر: علا عبد المنعم عبد القوي)، ط1 ، الدار الدولية للنشر والتوزيع ، مصر، 2000.

قائمة المصادر والمراجع

- 100- ماجدة السيد عبيد، خزامة جودت : وقفة مع الخدمة الاجتماعية ، ط1 ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن، 2010.
- 101- ماجدي محفوظ عاطف: طريقة خدمة الجماعة 'الأسس، التكتيكات، المواقف'، مكتبة ابن رشد، المملكة العربية السعودية.
- 102- مارتن دايفز وآخرون: علم اجتماع الخدمة الاجتماعية، (تر: شحاتة صيام)، ط2، مصر العربية للتوزيع و النشر، مصر، 2004.
- 103- مالكوم باين: نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، (تر: حمدي محمد ابراهيم منصور)، (د ط)، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 2010.
- 104- المبروك محمد الغرياني: الخدمة الاجتماعية وأساليبها النظرية و التطبيقية، مجلس الثقافة العام، ليبيا ، 2008.
- 105- محمد أحمد بيومي، إسماعيل أبو سعد: السياسة العامة بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، مصر ، دون سنة.
- 106- محمد بدوي السيد: المجتمع والمشكلات الاجتماعية، دار المعارف الجامعية، مصر، 1988.
- 107- محمد بهجت جاد الله كشك: تنظيم المجتمع من المساعدة الى الدفاع، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2008.
- 108- محمد سيد فهمي: التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الوفاء الدنيا الطباعة والنشر، مصر، 2007 .
- 109- محمد سيد فهمي: اسهامات الخدمة الاجتماعية التنظيمات الصناعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر ، 2014.
- 110- محمد سيد فهمي: الخدمة الاجتماعية بين الطرق التقليدية و الممارسة العامة، ط1 ، مكتبة الوفاء القانونية، مصر، 2014.

- 111- محمد سيد فهمي، السيد عبد الحميد عطية: عمليات طريقة العمل مع الجماعات، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2003 .
- 112- محمد سيد فهمي، فايزة محمد رجب بهنسي: اسهامات الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، ط1، دار الوفاء لندنيا الطباعة و النشر، مصر ، 2013.
- 113- محمد شمس الدين أحمد: العمل في محيط الخدمة الاجتماعية، مطبعة الكيلاني، مصر، 1986.
- 114- محمد عبد العزيز ربيع: التنمية المجتمعية المستدامة، دار اليازوري، 2017
- 115- محمد عبد الفتاح محمد: الاتجاهات النظرية الحديثة في دراسة المنظمات المجتمعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2007.
- 116- محمد عبد الفتاح محمد: الأسس النظرية للتنمية الاجتماعية في اطار الخدمة الاجتماعية، [دارا النشر]، مصر، 2005.
- 117- محم-د مصطفى محمد: تطبيقات في مجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1999.
- 118- محمد نهى هلال الشويري: المجتمع المدني والمدافعة عن حقوق المعاقين، ط1، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، مصر، 2014.
- 119- مدحت محمد ابو النصر: التغير إدارة منظمات المجتمع المدني دراسة الجمعيات الأهلية من منظور التكميلي في الشراكة والثقافية والمسائلة والقيادة والتطوع والتشبيك والجودة، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 2007.
- 120- مدحت محمد أبو النصر: إدارة منظمات المجتمع المدني، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 2007.

- 121- مدحت محمد أبو النصر: فن ممارسة الخدمة الاجتماعية، مصر، دار
الفجر للنشر و التوزيع، 2009 .
- 122- مدحت محمد أبو النصر: الاتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة
الاجتماعية الوقائية، ط1، مجموعة النيل العربي، مصر، 2008.
- 123- مريم أحمد مصطفى: دراسات في التنمية والتغير في الدول النامية،
دار المعرفة الجامعية، مصر، 2011.
- 124- مصطفى يوسف كافي: التنمية المستدامة، شركة دار الأكاديميون
للنشر والتوزيع، الأردن، 2017.
- 125- مضر زهران: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر
والتوزيع، الأردن، 2013.
- 126- موريس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، (تر:
بوزيد صحراوي وآخرون)، دار القصبه للنشر، الجزائر ، 2006.
- 127- موسى عبد الرافع: الجمعيات الأهلية والأسس القانونية التي تقوم
عليها، دار النهضة العربية، مصر، 1988.
- 128- موسى نظام سويدان وآخرون: إدارة التسويق في المنظمات غير
الربحية، ط 1، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- 129- نادرة وهدان وآخرون: المنظمات غير الحكومية والتنمية في مصر،
معهد التخطيط القومي، مصر، 1996.
- 130- نائل عبد الحافظ العولمة: إدارة التنمية (الأسس، النظريات
والتطبيقات العلمية)، دار زهران للنشر، الأردن، 2010.
- 131- نبيل السمالوطي: علم اجتماع التنمية، الهيئة المصرية العامة للكتاب،
مصر، 1974.

- 132- نداء صادق الشريفي: تحليلات العولمة على التنمية السياسية، دار
جهينة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.
- 133- نصيف فهمي منقريوس: النظريات العلمية والنماذج المهنية بين
البناء النظري والممارسة في العمل مع الجماعات، المكتب الجامعي الحديث،
مصر، 2009.
- 134- نضال عبد اللطيف برهم، الخدمات الاجتماعية ، ط1، مكتبة المجتمع
العربي للنشر، الاردن، 2005.
- 135- نظيمة سرحان : الخدمة الاجتماعية المعاصرة، مجموعة النيل
العربية، مصر، 2005.
- 136- نيكولاس لومان: مدخل إلى نظرية الأنساق، (تر: يوسف فهمي
حجازي)، منشورات الجمل، العراق، 2010.
- 137- هناء حافظ بدوي: التخطيط الاجتماعية والسياسة الاجتماعية في
مهنة الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2003.
- 138- هناء حافظ بدوي: التنمية الاجتماعية رؤية واقعية من منظور
الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2000.
- 139- هناء حافظ بدوي: أساسيات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة
الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2002.

الرسائل والأطروحات:

- 140- أمجد أحمد صبحي الامام: الجمعيات الخيرية والتهرب الضريبي، رسالة ماجستير، جامعة النجاح، فلسطين، 2006.
- 141- بشيرة عالية: السياحة الجزائرية ودورها في كشف معوقات التنمية الاجتماعية للبناء السوسيو الثقافي، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الثقافي، جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، معهد علم الاجتماع، 2010/2009.
- 142- بن فرحات عبد الناصر: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة في الجزائر على نوعية الخدمات، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2018/2017.
- 143- رضا راولية: التحضر والصحة في المجتمع الجزائري، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، في العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011/2010.
- 144- رفيق قروي: علاقات العمل في المؤسسة الجزائرية - دراسة سوسيولوجية الإشكال الصراع في ظل الخصوصية -، دراسة مكملة لنيل شهادة الدكتوراة (ع منشورة) قسم علم الاجتماع، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر 2010-2009.
- 145- عائشة عتيق: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، ماجستير، الجزائر، 2011، 2012.

- 146- عبد العزيز العياش: دور علم الاجتماع في تنمية بلدان العالم الثالث (حالة الجزائر)، أطروحة دكتوراه علم اجتماع التنمية، رسالة غير منشورة، جامعة قسنطينة، 2003.
- 147- عمار نوي: دور القيادة في إدارة العمل التطوعي الجماعي - دراسة الجمعيات برج بوعرييج - ، مذكرة ماجستير منشورة كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر 2010/2009.
- 148- فايزة سعيداني: النظام القانوني للجمعيات ذات المنفعة العمومية، أطروحة دكتوراه مقدمة في علوم القانون العام، فرع إدارة ومالية، جامعة خيضر محمد، بسكرة ، 2016/2015.
- 149- كمال دلول: دور الإذاعة المحلية في التنمية الاجتماعية، أطروحة ماجستير علم الاجتماع الاتصال، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2012/2011.
- 150- ليلي ملوان: فعالية المشروع الجماعي في تنمية المجتمع المحلي، رسالة لنيل شهادة الماجستير علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2012/2011.
- 151- ليندة سباش: سياسة الإسكان في الجزائر وعلاقتها بالعمران، رسالة ماجستير في التنظيمات السياسية والإدارية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر، 2006.
- 152- محمد رحموي: تنظيم ممارسة حرية التجمع في القانون الجزائري (الجمعيات والأحزاب السياسية أنموذجا)، أطروحة دكتوراه لنيل شهادة دكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة تلمسان، 2004.

153- محمد عبيد عياد الفهيدى: تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الصحية الأولية، رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على شهادات الماجستير العلوم الاجتماعية، الرياض، ، جامعة نايف للعلوم الأمنية، 2012.

154- مسعود البلي: واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة، رسالة ماجستير العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة باتنة، 2010/2009.

155- وفاء سلطاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، أطروحة دكتوراه LMD علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2016/2015.

156- ياقوت بوخنفوف: الحركة الجمعوية والعمل التضامني في الجزائر، دراسة مكملة لنيل شهادة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية الانسانية، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2، 2017/2016.

المجلات و الملتقيات:

157- بن يحيى فاطمة، طعام عمر: واقع الحركة الجمعوية في المجتمع الجزائري، مجلة البحوث والدراسات الاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، العدد 11، جوان 2015 .

158- راشد راشد محمد: العمل الاجتماعي التطوعي (دراسة تحليلية لقانون الجمعيات ذات النفع العام)، مجلة شؤون اجتماعية، الإمارات، دار المنظومة، العدد 18، 2016.

- 159- عبد الرحمن مصطفى الملا، ثامر كريم محمد: تقييم الخدمات الصحية المقدمة في الأجنحة الخاصة للمستشفيات الحكومية من منظور المرضى، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة بغداد، العراق، العدد 91، المجلد 22، 2016.
- 160- عطية حسين افندي: شركاء التنمية الحكومية _ المنظمات غير الحكومية، مجلة النهضة، مصر، العدد 4، 2000.
- 161- العياشي عنصر: ما هو المجتمع المدني؟ الجزائر نموذجاً، مجلة أساسيات في الأنثروبولوجيا والعلوم الاجتماعية، مجلة (1:8)، العدد 13، 2001.
- 162- شيماء أسامة محمد صالح: الفقر ومستوى التنمية البشرية في الدول العربية، مداخلة علمية في الملتقى الدولي حول تقييم سياسات الاقلال من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة، جامعة الجزائر 9، 8، 7 ديسمبر 2014،
- 163- محمد الطعمنة: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 17، العدد 1، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- 164- محمد عبد الله محمد المفرجي: دور الاخصائي الاجتماعي في تنمية وتنظيم المجتمع، مجلة آداب الفراهيدي، العدد 01، سنة 01، كانون 01، جامعة كركوك، كلية التربية، العراق، 2009.
- 165- مديوني جميلة: تحليل مكامن القوة والضعف التي تواجه الرعاية الصحية في ظل الظروف الاقتصادية العربية الراهنة، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، المجلد 14، العدد 19، 2018.

مراجع اجنبية:

- 166- Jean _ Paul Grangaud, **les systèmes de santé en Algerie, Maroc et Tunisie**, défis nationaux et enjeux partages (Ipmes, 2012.
- 167- Joseph Stumpf et Michel Hogues ;**Dictionnaire de Sociologie librairie larousse** ;paris,1973.
- 168- Raymond Boudon et autres, **Dictionnaire de la Sociologie maire de la Sociologie** darouse Au luin Imprimeur ,Paris ,1990.
- 169- Bartlett, Harriett M. "**Fifty years of social work in the medical setting** (N. Y. National Association of social workers, 1957.
- 170- Barker Robert L. (1999) : **the Social Work Dicionary silver spring**, Maryland, N.A.S.W, press. Kdmore Rex A and others(1994) :introduction to social Work, New Jersey, Prentice - Hall, Inc, Englewood cliffs, 1994.
- 171- Saddek Ben Kada, **revendication des libertés publiques dans le nationalisme Algerien le cas de la liberté d'association** (1919.1954) cohier du CRASC, N: 05, 2002.
- 172- Steven R.Thompson: **Sampling**, Third Edition, 2012.

القوانين:

- 173- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة 23
قانون 90 - 31 المؤرخ في 4 ديسمبر 1990 المتعلق بالجمعيات، عدد 53،
سنة 1990.
- 174- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة 16
قانون 31/90 المؤرخ في 4 ديسمبر 1990 المتعلق بالجمعيات ، عدد 53،
سنة 1990.
- 175- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة
21 القانون 31/90. المؤرخ في 4 ديسمبر 1990 المتعلق بالجمعيات، عدد
53، سنة 1990.
- 176- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية، المادة
26 القانون 90 - 31، المؤرخ في 4 ديسمبر 1990 المتعلق بالجمعيات، عدد
53، سنة 1990.
- 177- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية، قانون
12 - 06 المتعلق بالجمعيات، عدد 02، 15 يناير 2012.
- 178- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة 02
قانون 12 - 06 المؤرخ في 18 صفر 1433هـ الموافق لـ 12 يناير 2012
المتعلق بالجمعيات، العدد 02، بتاريخ 15 يناير 2012.
- 179- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، قانون 90
- 31 المؤرخ في 04 ديسمبر 1990، يتعلق بالجمعيات، عدد 53، سنة
1990.

- 180- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المادة 38
من مرسوم 88 - 131 المؤرخ في 4 يونيو 1988، المنظم للعلاقات بين الإدارة
والمواطن.



قائمة
الملاحق

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الشهيد حمة لخضر-الوادي-

كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية

قسم العلوم الاجتماعية

استمارة الاستبيان

أطروحة بعنوان:

دور الخدمة الاجتماعية الطبية في تفعيل مشاريع التنمية الإجتماعية

* دراسة ميدانية بالجمعيات الخيرية الطبية لولاية الوادي *

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث*ل م د*

تخصص علم إجتماع

إشراف البروفيسور

عبد الباسط هويدي

إعداد الطالبة

نعيمة سليمي

ملاحظة

يشرفني سادتي الكرام أن تمنحوني جزء من وقتكم القيم لإجراء هذا الاستبيان حول الموضوع الموسوم أعلاه بغرض استكمال دراستي المكلمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د تخصص علم إجتماع عام ، ولكم منا فائق الاحترام و جزيل الشكر.

الفرضية الرئيسية: دور الخدمة الاجتماعية الطبية في تحقيق التنمية الاجتماعية

الفرضيات الفرعية:

- 1- تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية لدى المواطنين.
- 2- تساهم الجمعيات الخيرية الطبية بولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين
- 3- تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين جودة الرعاية الصحية للمواطنين.

الاستمارة

المحور الأول: البيانات الشخصية

- 1- الجنس: ذكر
2- العمر:
3- المستوى التعليمي: ابتدائي
4- مكان الإقامة: المدينة
5- الحالة الاجتماعية: أعزب
6- الوظيفة: عامل شهري
- أنثى
ثانوي
متوسط
الريف
متزوج
لا يعمل
- جامعي
مطلق

المحور الثاني: تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية الوقائية في رفع مستوى الخدمات الصحية لدى المرضى.

الرقم	العبارات	قوي جدا	قوي	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا
07	هل تعتمد على اللقاحات لتأمين صحة أطفالك؟					
08	هل يؤثر مستوى الخدمة التي يقدمها الطاقم الطبي التابع للجمعية على رفع معنويات المريض؟					
09	هل تقوم الجمعية بحملات تطوعية خاصة ببرنامج التلقيحات المجانية ضد الامراض الموسمية؟					
10	هل تواظب على اجراء فحوصات دورية بغرض الكشف المبكر عن الامراض قبل وقوعها؟					
11	هل تستفيد من مساعدة الاخصائي النفسي التابع للجمعية					
12	هل تقوم بإجراء فحوصات مخبرية و اشعاعية مبكرة لتشخيص الامراض مبكرا؟					
13	هل تهتم جمعيتك بمجال صحة الأم و الطفل؟					

المحور الثالث : تساهم الجمعيات الخيرية الطبية الناشطة بولاية الوادي في نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين

الرقم	العبارات	قوي جدا	قوي	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا
14	هل استفدت من بعض النشرات التثقيفية التي توزعها الجمعيات حول مدى خطورة الامراض؟					
15	هل تساعدك جمعيتك في اتباع طرق صحية في التغذية كوسيلة وقائية من الامراض؟					
16	هل استفدت من دورات تحسيسية تهتم بالجانب الوقائي البيئي داخل الجمعية؟					
17	هل تساهم جمعيتك بالتوعية حول خطورة الامراض المعدية؟					
18	هل تساهم جمعيتك بالمساعدة في توعيتك حول الجوانب المتعلقة بالمياه الصالحة للشرب؟					
19	هل هناك درات تحسيسية حقيقية حول مدى خطورة بعض الامراض؟					
20	هل تستفيد من الدورات التثقيفية التي تقدمها الجمعية؟					
21	هل تساعدك الجمعية بالتوعية بأهمية النظافة الشخصية في الاماكن العامة كالمطاعم؟					
22	هل تساهم الجمعية بنشر وعي حول أهمية التغذية الصحية السليمة من اهم مسببات الوقاية من الامراض؟					

المحور الرابع: تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية العلاجية في تحسين مستويات الرعاية الصحية لدى المرضى.

الرقم	العبارات	قوي جدا	قوي	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا
23	هل ساعدتك الجمعية في التشخيص الجيد للحالة المرضية للأفراد من خلال الطاقم الطبي التابع لها؟					
24	هل توجد تجهيزات على مستوى جمعيتك تحسن من الحالات العلاجية التي تنتمي لها؟					
25	هل تشكل المسافة بين منزلك ومركز العلاج بالجمعية عائقا أمام استفادتك من الخدمات المجانية التي تقدمها الجمعية؟					
26	هل تستفيد من العلاج المجاني في المؤسسات الطبية التابعة لمنطقة سكنك؟					
27	هل يؤثر مستوى الخدمة التي يقدمها الطاقم الطبي التابع للجمعية على رفع معنوياتك كمريض وتسهيل عملية شفائك؟					
28	هل يهتم الاطباء و الممرضون بتقديم فحوصات طبية في اوقاتها المحددة؟					
29	هل انت راض عن اداء الطاقم الطبي داخل الجمعية؟					

					30	في حالة حدوث حادث سير أو حالة طارئة تستوجب التدخل السريع هل توفر الجمعية خدمة توصيلية مستعجلة؟
					31	هل انت راض عن الخدمات التي توفرها الجمعية من الجانب الطبي؟
					32	هل تقوم الجمعية بعد اجراء العمليات الجراحية بتقديم خدمات تأهيلية يقدمها الكادر الطبي؟
					33	هل تساعدك الجمعية في الحصول على البطاقات العلاجية للأمراض المزمنة كبطاقة الشفاء؟
					34	هل تساهم الجمعية في تقديم خدمات صحية علاجية مخصصة لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة تساهم في تسهيل حياتهم بشكل عادي؟
					35	في حالة العمليات الجراحية الحساسة هل هناك اهتمام من طرف الفريق الطبي بالحالة النفسية للمريض وتهيئته لها كحالات البتر مثلا؟

القانون الأساسي النموذجي للجمعيات

ملاحظة: تضع مصالح وزارة الداخلية والجماعات المحلية هذا القانون الأساسي النموذجي تحت تصرف المواطنين والمواطنات الراغبين في تأسيس جمعية في إطار أحكام القانون رقم 06/12 المؤرخ في 2012/01/12، المتعلق بالجمعيات، من باب الاستدلال، المساعدة والتوجيه في إعداد القانون الأساسي.

جمعية

القانون الأساسي

المصادق عليه خلال الجمعية العامة التأسيسية المنعقدة بتاريخ.....

المادة الأولى: يؤسس المصححون الميينة أسماؤهم أدناه،

جمعية تخضع لأحكام القانون رقم 06/12 المؤرخ في 12 جانفي 2012، ولهذا القانون الأساسي،

الاسم	اللقب	ولاية مقر الإقامة
..... - - -
..... - - -
..... - - -
..... - - -

(ذكر أسماء وألقاب كل الأعضاء المؤسسون الخمسة والعشرون (25) على الأقل، يمثلون إثني عشر (12) ولاية على الأقل بالنسبة للجمعيات ذات الطابع الوطني، بالنسبة للجمعيات ما بين الولايات واحد وعشرون عضوا (21) يمثلون ثلاث (03) ولايات على الأقل. وفي حالة تكوين جمعية من طرف أشخاص اعتبارية يتعين ذكر تسمية الأشخاص الاعتبارية).

الباب الأول

الفصل الأول

أحكام عامة

. التسمية . الموضوع . الهدف . المقر . مدّة عمل الجمعية ومداه .

المادة 02: تسمى الجمعية (الإشارة إلى التسمية الكاملة والدقيقة للجمعية مع مطابقتها لموضوع الجمعية)

.....

المادة 03: الجمعية هي جمعية (يحدد نشاط الجمعية بدقة

: اجتماعي - ثقافي - خيرى - إنساني إلخ). يشترك المؤسسون والمنخرطون في تسخير معارفهم ووسائلهم

بصفة تطوعية ولغرض غير مريح من أجل ترقية نشاطها وتشجيعه في إطار الصالح العام دون مخالفة الثوابت والقيم

الوطنية ودون المساس بالنظام والآداب العامة وأحكام القوانين والتنظيمات المعمول بها.

المادة 04: تهدف الجمعية أساسا إلى: (تذكر أهداف الجمعية بدقة ويجب أن تكون مطابقة لتسمية وموضوع

الجمعية).

.....

.....

وتتعهد الجمعية بأن لا تسعى إلى تحقيق أهداف أخرى غير ما صرحت به.

المادة 05 : يكون مقر الجمعية كائن ب: (الإشارة إلى العنوان الكامل لمقر الجمعية)

ومع مراعاة التشريع المعمول به لا يمكن نقل هذا المقر إلا بقرار من الجمعية العامة.

المادة 06 : مدّة الجمعية هي : (الإشارة إلى مدّة عمر الجمعية).

المادة 07 : تتمتع الجمعية بالشخصية المعنوية والأهلية القانونية وهي تمارس نشاطاتها على مستوى (تحديد مجال نشاط الجمعية - عبر كامل التراب الوطني أو ما بين الولايات).

المادة 08 : يسمح للجمعية بإصدار ونشر نشرات ومجلات ووثائق إعلامية ومطويات لها علاقة بهدفها في ظل احترام الدستور والقيم والثوابت الوطنية والقوانين المعمول بها، على أن يكون البيان الرئيسي محررا باللغة العربية .

الفصل الثاني

. شروط وكيفيات إنضمام وانسحاب الأعضاء وواجباتهم وحقوقهم .

المادة 09 : تتكون الجمعية من أعضاء مؤسسين وأعضاء ناشطين وأعضاء شرفيين. تخول مداولة الجمعية العامة صفة العضو الشرفي بناء على اقتراح مكتب الجمعية.

المادة 10 : زيادة على الشروط المنصوص عليها في التشريع المعمول به، لاسيما المادة 4 من القانون رقم 06-12 المؤرخ في 12 جانفي 2012 المتعلق بالجمعيات، يجب أن تتوفر في العضو الناشط في الجمعية : (تذكر الشروط الخاصة المطلوبة)

المادة 11 : يتم الانضمام إلى الجمعية بطلب كتابي يوقعه صاحب الطلب ، ويقبله مكتب الجمعية، تثبت صفة العضو بمنح بطاقة الانخراط.

المادة 12 : تفقد صفة العضو في الجمعية للأسباب الآتية :

- الاستقالة مقدمة كتابيا.

- الوفاة.

- عدم دفع الاشتراكات لمدة (الإشارة إلى المدة المحددة).....
- حل الجمعية.
- أسباب أخرى (توضح بدقة)

المادة 13 : كل عضو له الحق في التصويت والترشح على جميع مستويات الجمعية شريطة :

- استيفاء الاشتراكات.
- شروط أخرى (توضح بدقة).

الباب الثاني

. تنظيم وسير أجهزة الجمعية .

تضم الجمعية جمعية عامة ومكتب تنفيذي

الفصل الأول

. الجمعية العامة .

المادة 14 : تضم الجمعية العامة كل الأعضاء المنخرطين أو ممثلي الولايات، بالإضافة إلى أعضاء الهيئة التنفيذية،

تعين كل ولاية (الإشارة إلى العدد).....مندوب.

ويتم تعيين المندوبين عن طريق (تحديد كيفية تعيين المندوبين على مستوى كل ولاية مع الاعتماد

على مبادئ التسيير الديمقراطي)

.....

المادة 15 : المدة الانتخابية للجمعية العامة هي (الإشارة إلى المدة).....

المادة 16 : تتكفل الجمعية العامة بما يلي :

- الإدلاء برأيها فيما يخص جدول ونتائج النشاطات، تقارير التسيير المالي، والوضعية الأدبية للجمعية.
- المصادقة على القوانين الأساسية والنظام الداخلي للجمعية، بالإضافة إلى تعديلاتها.
- القيام بانتخاب المكتب التنفيذي، وكذا تجديده.
- المصادقة على قرارات المكتب التنفيذي بخصوص تنظيم هيكل الجمعية وتمثيلها المحلي.
- قبول الهبات والوصايا عندما تقدم بإثباتات وشروط، وبعد التحقق من عدم تنافيتها مع الأهداف المسطرة للجمعية.
- الموافقة على إنشاء أجهزة استشارية، ومتابعة الموافقة على اقتناء العقارات.
- دراسة الطعون المقدمة فيما يخص الانضمام إلى الجمعية.
- البث النهائي في قضايا الانضباط.

- تحديد مبلغ الاشتراكات السنوية.
- وتتكفل أيضا ب: (الإشارة إلى مهام أخرى)

المادة 17 : تجتمع الجمعية العامة في دورة عادية على الأقل (الإشارة إلى عدد المرات)..... في السنة، وتجتمع في دورة غير عادية كلما دعت الحاجة إلى ذلك، بطلب من رئيس الجمعية، أو بطلب من أعضاء المكتب أو بطلب من أعضائها (تحديد النصاب).....
وفي هاتين الحالتين الأخيرتين يحل الأمين العام أو النائب الأول للرئيس محل رئيس الجمعية.

المادة 18 : تستدعي الجمعية العامة وفقا لحكام المادة 17 من هذا القانون، وتسجل الاستدعاءات في سجل المداولات وترسل كتابيا مرفقة بجدول الأعمال إلى عناوين أعضاء الجمعية العامة في أجل أقصاه (يحدد عدد الأيام قبل موعد الاجتماع) يوما.

المادة 19 : لا يمكن للجمعية العامة المداولة بصفة مقبولة عند الاستدعاء الأول إلا بحضور (تحديد النصاب)..... من أعضائها؛ وإذا لم يكتمل النصاب، تستدعي الجمعية العامة مرة ثانية في أجل أقصاه (تحديد عدد الأيام قبل موعد الاجتماع)..... يوما، عندها يمكن للجمعية العامة المداولة مهما كان عدد حضور أعضائها.

المادة 20 : تتخذ القرارات بأغلبية (تحديد الأغلبية بدقة)..... أعضاء الجمعية العامة الحاضرين في الاجتماع، وفي حالة تساوي الأصوات يعتبر تصويت الرئيس بمثابة صوت مرجح. يمكن للعضو الغائب توكيل أحد الأعضاء الحاضرين كتابيا للتصويت مكانه، ويكون له الحق في وكالة واحدة وصالحة لجلسة واحدة فقط.

المادة 21 : لا يشارك في التصويت ولا ينتخب عليه على مستوى الهيئات التنفيذية من لم يستوفي اشتراكاته.

المادة 22 : تسجل المداولات وفق التسلسل الزمني في سجل المداولات ، وتكون ممضاة من قبل الأعضاء الحاضرين في الاجتماع.

المادة 23 : يساعد الجمعية العامة لجان دائمة، مكلفة بدراسة المسائل المتعلقة بأهداف الجمعية.

اللجان الدائمة هي: (الإشارة إلى أسماء اللجان ومهام كل لجنة على حدى).

تشكل كل لجنة من: (تحديد عدد أعضاء كل لجنة).

تنتخب كل لجنة رئيسها ومقررها، وتحدد نظامها الداخلي، وتجتمع بطلب من رئيسها أو بطلب من

(الإشارة إلى عدد الأعضاء)..... أعضائها.

الفصل الثاني المجلس .

(في حالة وجود هذا الهيكل ينبغي إضافة مواد تنطبق إلى كل النقاط المتعلقة بتنظيمه ومهامه
وتسييره).

الفصل الثالث الهيئة التنفيذية .

المادة 24 : يقود الجمعية ويديرها مكتب مكون من: (الإشارة إلى الوظيفية والرتبة).

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

المادة 25 : يتم انتخاب أعضاء المكتب من قبل الجمعية العامة حسب الترتيب المنصوص عليه في المادة 24 أعلاه،
لمدة (تحديد المدّة) ، وقابلة للتجديد (الإشارة إلى عدد المرات) على الأكثر.

المادة 26 : يكلف المكتب بمايلي :

- يضمن تطبيق أحكام القانون الأساسي والنظام الداخلي، والسهر على احترامها.
 - تنفيذ قرارات الجمعية العامة.
 - تسيير ممتلكات الجمعية.
 - تحديد الاختصاصات لكل نائب ومهام المساعدين.
 - إعداد مشروع النظام الداخلي.
 - اقتراح تعديلات القانون الأساسي والنظام الداخلي.
 - ضبط مبالغ النفقات الزهيدة.
 - اقتراح للجمعية العامة كل الإجراءات لتحسين عملية تنظيم وتنصيب أجهزة الجمعية.
 - دراسة عمليات الشطب لكل عضو في الجمعية يرتكب مخالفة خطيرة.
 - إعداد برنامج عمل الجمعية.
- بالإضافة إلى ذلك فهو مكلف ب (الإشارة إلى مهام أخرى).

المادة 27 : يجتمع المكتب على الأقل (تحديد عدد المرات) في الشهر، بدعوى من رئيسه، وبإمكانه أن يجتمع كذلك بطلب من (تحديد النصاب) أعضاء المكتب.

المادة 28 : لا تصح اجتماعات المكتب إلا بحضور (تحديد النصاب) أعضائه. ويتخذ المكتب القرارات بأغلبية (تحديد الأغلبية) أعضائه، وإذا تساوت الأصوات يعتبر صوت الرئيس صوتاً مرجحاً.

المادة 29 : يمثل الرئيس الجمعية في جميع أعمال الحياة المدنية، وهو مكلف بما يلي:

- تمثيل الجمعية لدى السلطات العمومية.
- التقاضي باسم الجمعية.
- اكتتاب تأمين يضمن النتائج المرتبطة بالمسؤولية المدنية.
- استدعاء أجهزة الجمعية، رئاسة وتسيير المناقشات.
- اقتراح جدول أعمال دورات الجمعية العامة.
- تنشيط وتنسيق نشاطات جميع أجهزة الجمعية.
- إعداد حصائل وملخصات نصف سنوية عن حياة الجمعية.
- تبليغ السلطة الإدارية المؤهلة بجميع المعلومات.
- تحضير التقريرين الأدبي والمالي وتقديمه للجمعية العامة للبحث فيه.
- إشعار السلطة العمومية المؤهلة بالتعديلات التي تطرأ على القانون الأساسي، وكل تغيير يقع في الجهاز التنفيذي للجمعية في أجل أقصاه ثلاثون (30) يوماً من تاريخ اتخاذ القرار.
- ممارسة سلطة النظام التسلسلي على الأعضاء المستخدمين في الجمعية.
- وهو مكلف أيضاً ب: (الإشارة إلى مهام أخرى لرئيس الجمعية إن وجدت).

المادة 30 : يكلف الكاتب العام بمعونة الكاتب العام المساعد، بجميع قضايا الإدارة، ويتولى بهذه الصفة ما يلي:

- مسك قائمة المنخرطين.
- معالجة البريد وتسيير المحفوظات.
- مسك سجل المداورات لكل من المكتب التنفيذي والجمعية العامة.
- تحرير محاضر المداورات لكل من المكتب التنفيذي والجمعية العامة.
- حفظ نسخة القانون الأساسي.
- بالإضافة إلى: (الإشارة إلى مهام أخرى).

المادة 31 : يتولى أمين المال بمعونة أمين المال المساعد المسائل المالية والمحاسبة، فهو مكلف بهذه الصفة بما يلي:

- تحصيل الاشتراكات.
- تسيير الأموال، جرد وضبط أملاك الجمعية المنقولة والعقارية.
- مسك صندوق النفقات الزهيدة.

- إعداد التقارير المالية.

وهو مكلف أيضا ب: (الإشارة إلى مهام أخرى).

المادة 32 : يوقع أمين المال سندات النفقات، وفي حالة وقوع مانع يوقعها أمين المال المساعد.

ويوقعها بعد التوقيع الأول رئيس الجمعية أو نائبه حسب الترتيب المنصوص عليه في المادة 24 من هذا القانون الأساسي.

الفصل الرابع

. التنظيم والتقسيم الداخلي .

المادة 33 : تنقسم الجمعية إلى :

(ضرورة تحديد التقسيم الذي تعتمده الجمعية على المستوى المحلي، سواء كان جهوي أو ولائي).

الباب الثالث

. الأحكام المالية .

الفصل الأول

. الموارد .

المادة 34 : تتألف موارد الجمعية من:

- إشتراكات أعضائها تصب مباشرة في حساب الجمعية.
- المداخيل المرتبطة بنشاطاتها الجمعية وأملاكها .
- الهبات النقدية والعينية والوصايا.
- مداخيل جمع التبرعات.
- الإعانات المحتملة للدولة والجماعات المحلية.

المادة 35 : تودع الموارد في حساب وحيد بنكي أو حساب مفتوح لدى مؤسسة مالية عمومية يفتح بناء على طلب من رئيس الجمعية وباسم الجمعية.

المادة 36: تلتزم الجمعية بعدم تحصيل أموال صادرة عن تنظيمات ومنظمات غير حكومية أجنبية، ما عدا تلك الناتجة عن علاقات التعاون المؤسسة قانونا، على أن يكون هذا التمويل محل موافقة مسبقة من السلطة المختصة.

الفصل الثاني

. النفقات .

- المادة 37: تشمل نفقات الجمعية جميع النفقات اللازمة لتحقيق الأهداف المنصوص عليها في هذا القانون الأساسي .
- المادة 38: تعيين الجمعية محافظ حسابات يتولى اعتماد حسابات الجمعية بالقيود المزدوج، يشمل الموارد والنفقات .
- المادة 39: تضع الجمعية حسابها وملفات جرد أملاكها، المترتبة عن المساعدات والإعانات العمومية التي تمنحها الدولة والجماعات المحلية تحت تصرف هيئات الرقابة طبقاً للتشريع والتنظيم المعمول بهما .

الباب الرابع

. حل النزاعات . حل الجمعية .

- المادة 40 : تقوم الجمعية العامة بالبث النهائي في قضايا الانضباط، (يمكن أن تخول هذه الصلاحية إلى لجنة انضباط شريطة تحديد تشكيلها وعدد أعضائها ومهامها، بالإضافة إلى كفاءات عملها).
- المادة 41 : تخضع النزاعات بين أعضاء الجمعية، مهما كانت طبيعتها، لتطبيق القانون الأساسي، وعند الاقتضاء، للجهات القضائية الخاضعة للقانون العام. في حالة نزاع قضائي، تعيين محضر قضائي لجرد أملاكها بسعي من الطرف الذي يهمله الأمر .

- المادة 42 : يقرّر الحل الإرادي للجمعية من قبل الجمعية العامة، بعد تقرير مكتب الجمعية .
- يتخذ قرار الحل الإرادي للجمعية من قبل الجمعية العامة بحضور (ضرورة تحديد النصاب)..... من أعضاء الجمعية العامة، وبمصادقة (ضرورة تحديد الأغلبية)..... من الأعضاء الحاضرين، يتم أيلولة الأملاك المنقولة والعقارية بقرار من الجمعية العامة، حسب التشريع المعمول به .

الباب السادس

. أحكام ختامية .

- المادة 43 : يتم تعديل القانون الأساسي بعد مصادقة الجمعية العامة ، بناء على اقتراح مكتب الجمعية .
- لا يعتدّ بالتعديلات المقترحة إلا بحضور (ضرورة تحديد النصاب)..... من أعضاء الجمعية العامة، وبعد مصادقة (تحديد الأغلبية)..... من الأعضاء الحاضرين على كل تعديل .

المادة 44: تبلغ الجمعية السلطة المختصة بكل التعديلات التي تطرأ على هيئاتها القيادية والتعديلات التي تمس قانونها الأساسي في الآجال المحددة ضمن القانون المعمول به.

المادة 45: يبين النظام الداخلي بصورة عامة ، زيادة على الأحكام الواضحة المنصوص عليها أعلاه ، كل مسألة ترى الجمعية العامة ضرورة تسويتها في هذا الإطار.

صِيغ في (يبين عدد النسخ).....أصلية.

. (الإشارة إلى المكان).....في (الإشارة إلى التاريخ)

الرئيس

الأمين العام

(ضرورة ذكر إسم ولقب الرئيس وتوقيعه) (ضرورة ذكر إسم ولقب الأمين العام وتوقيعه)

ملاحظة: يتعين المصادقة المادية على التوقيعين على مستوى مصلحة الحالة المدنية بالبلدية.

قائمة الأعضاء المؤسسين

جمعية:

الإمضاء	العنوان الشخصي	صاحب العمل (التسمية والعنوان)	المهنة	تاريخ ومكان الازدياد، النسب والجنسية	الاسم واللقب	الرقم التسلسلي

ملاحظة بالنسبة للأشخاص الاعتبارية يتعين تحديد اسم ولقب ممثلها

إمضاء الأمين العام

إمضاء رئيس الجمعية

قائمة أعضاء المكتب

جمعية:

الإمضاء	الوظيفة في المكتب	العنوان الشخصي	صاحب العمل	المهنة	تاريخ ومكان الازدياد النسب والجنسية	الإسم واللقب	الرقم التسلسلي

إمضاء الأمين العام

إمضاء رئيس الجمعية