

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية



تخصص: علم اجتماع الصحة

قسم علم الاجتماع

الموضوع

الخدمات الصحية للمرضى عقليا في المؤسسات الاستشفائية بالجزائر

(دراسة ميدانية بمستشفى أبو بكر الرازي للأمراض العقلية بعنابة)

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع

تخصص علم اجتماع الصحة

من إعداد الطلبة:

- مزاغشية فارس

- زميتي محمد علي

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
دبيش فاتح	محاضر (ب)	رئيساً
جاهمي عبد العزيز	محاضر (أ)	مشرفاً / مؤطراً
حملوي حميد	محاضر (أ)	مناقشاً

السنة الجامعية: 2021-2022

الإهداء

إلى منارتي التي أهتدي بها، حبيبتي، قرة عيني، جنتي، مأمني وأغلى ما أملك، أُمي الحبيبة

حفظها الله وأطال في عمرها

إلى من أحمل اسمه بكل افتخار " أبي الغالي "

من وهبني الأمان

إلى كل الأهل والأقارب من قريب وبعيد

إلى من تقاسمت معهم حلو الحياة ومرها

إلى من أعتز بصحبتهم

إلى الدكتور " جاهمي عبد العزيز "الذي ساهم في مواصلة دربي العلمي

فارس و محمد علي

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي وفقنا في إنجاز هذا العمل

واعترافا بالجميل نتقدم بجزيل الشكر والتقدير والإحترام لكل من قدم لنا يد المساعدة

ونخص بالذكر:

- الأستاذ "جاهمي عبد العزيز" الذي أشرف على إنجاز هذه المذكرة وكان

الأستاذ الموجّه والناصح طيلة فترة التحضير لهذا العمل.

- إلى قسم علم الاجتماع أساتذة وإداريين

- كما لا ننسى أسرة مستشفى الأمراض العقلية " أبو بكر الرازي " بعنابة من إداريين وممرضين

وجميع الموظفين دون استثناء أحد منهم.

وشكرا جزيلا للجميع

الصفحة	فهرس المحتويات
أ-ب	مقدمة
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
01	المبحث الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم
01	المطلب الأول: الإشكالية
03	المطلب الثاني: تحديد المفاهيم
06	المبحث الثاني: أهمية الدراسة وأسبابها وأهدافها
06	المطلب الأول: أهمية اختيار الموضوع
06	المطلب الثاني: أسباب اختيار الموضوع
07	المطلب الثالث: أهداف اختيار الموضوع
08	المبحث الثالث: مجالات الدراسة
08	المطلب الأول: المجال المكاني للدراسة
11	المطلب الثاني: المجال الزمني للدراسة
12	المطلب الثالث: المجال البشري للدراسة
13	المبحث الرابع: مناهج الدراسة وأدواتها
13	المطلب الأول: منهج الدراسة
13	المطلب الثاني: أدوات الدراسة
15	المبحث الخامس: الدراسات السابقة والمقاربات النظرية
15	المطلب الأول: الدراسات السابقة
21	المطلب الثاني: المقاربات النظرية
الفصل الثاني: عوامل المرض العقلي وخصائصه وتطور نظرة الاهتمام به	
27	المبحث الأول: عوامل المرض العقلي
29	المبحث الثاني: خصائص المرض العقلي
30	المبحث الثالث: نظم تطور الاهتمام به
الفصل الثالث: أنواع الأمراض العقلية وأعراضها وسبل التكفل بها	
36	المبحث الأول: تصنيف الأمراض العقلية
36	المطلب الأول: تصنيف الأمراض العقلية
36	المطلب الثاني: نماذج عن الأمراض العقلية
56	المبحث الثاني: أعراض المرض العقلي
57	المبحث الثالث: أساليب التكفل بالمرض العقلي
57	المطلب الأول: العلاج النفسي
59	المطلب الثاني: العلاج التحليلي النفسي
62	المطلب الثالث: العلاج السلوكي
63	المطلب الرابع: العلاج العقلاني الانفعالي

66	المطلب الخامس: العلاج الأسري الطبي
الفصل الرابع: تشكل المنظومة الصحية بالجزائر في سياقها التاريخي	
70	المبحث الأول: تطور السياسة الصحية في الجزائر
70	المطلب الأول: الأوضاع الاقتصادية الصحية والديمغرافية بين 1999-2009
72	المطلب الثاني: مخطط تغيرات السياسة الصحية في الجزائر
75	المبحث الثاني: تشكل المنظومة الصحية في الجزائر
76	المبحث الثالث: خصائص المؤسسات الاستشفائية الحديثة
الفصل الخامس: الدراسة الميدانية	
80	المبحث الأول: عرض البيانات وتحليلها وتفسيرها
112	المبحث الثاني: استخلاص النتائج
112	المطلب الأول: النتائج المتعلقة بالتساؤلات الفرعة
115	المطلب الثاني: النتيجة العامة المتعلقة بالتساؤل الرئيسي
115	المبحث الثالث: النتائج العامة للدراسة
117	خاتمة
المراجع	
أولا: قائمة المصادر والمراجع	
ثانيا: الاستمارة	
ثالثا: إشهاد	

مقدمة

تعتبر الإعاقة بشتى أنواعها ظاهرة إجتماعية عالمية تصيب كل المجتمعات، المتقدمة منها والمتخلفة على حد سواء، وتمثل الإعاقة العقلية إحدى جوانبها التي تتسبب في حدوثها عدة عوامل سوء كانت وراثية أو مكتسبة، فالأولى تتمثل في إصابة أحد الأقارب البيولوجيين كالوالدين بمرض عقلي. أما المكتسبة منها فتتمثل في كل ما يتعرض له الفرد من مواقف حياتية وضغوطات نفسية وعصبية كالإصابة بأمراض مزمنة، مثل السرطان أو تلف الدماغ نتيجة التعرض لإصابة خطيرة، مثل التعرض لضربة عنيفة بالرأس. وكذا التعرض لتجارب صادمة، مثل الالتحاقات العسكرية أو التعرض للاعتداء.

ولمعالجة هذه الظاهرة، عملت الدول والحكومات على إنشاء مؤسسات وهيئات للتكفل بهذه الفئة وإدماجها اجتماعيا بما يعود بالفائدة على المجتمع. والجزائر كغيرها من الدول التي سعت وتسعى إلى حماية هذه الفئة وتوفير العلاج والتربية الخاصة لها بما يحقق لها الاندماج الاجتماعي السليم.

ومن أجل الإحاطة بهذا الموضوع قام فريق البحث باعتماد خطة من قسمين؛ خصص القسم الأول للجانب النظري، الذي قسم بدوره إلى أربعة فصول، فقد تناولنا في الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة وقمنا من خلاله بصياغة الإشكالية وتحديد مفاهيم الدراسة، ثم الإشارة إلى أهمية الدراسة وأسبابها وأهدافها، ثم عرض مجالات الدراسة ومناهجها وأدواتها، ثم تطرقنا لذكر المقاربات النظرية والدراسات السابقة. وتناولنا في الفصل الثاني الذي تحت عنوان "عوامل المرض العقلي وخصائصه وتطور نظرة الاهتمام به من حيث عوامل الأمراض العقلية،

والخصائص العامة لها، وكذا تطور نظم الإهتمام به. أما في الفصل الثالث الذي تحت عنوان " أنواع الأمراض العقلية واعراضها وسبل التكفل بها". فقد اشتمل هذا الأخير على تصنيفات الأمراض العقلية وأعراضها، وكذا تم التطرق لأساليب التكفل بالمرض العقلي. وقد تناولنا أيضا فصلا رابعا يضم تشكل المنظومة الصحية بالجزائر في سياقها التاريخي، من حيث تطور السياسة الصحية وتشكل وكذلك أيضا قمنا بذكر خصائص المؤسسات الاستشفائية الحديثة.

أما القسم الثاني (الفصل الخامس) فقد خصص للدراسة الميدانية، وتم فيه عرض البيانات ومعالجتها كميا وكيفيا، واستخلاص نتائجها.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المبحث الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم

المبحث الثاني: أهمية الدراسة وأسبابها وأهدافها

المبحث الثالث: مجالات الدراسة

المبحث الرابع: مناهج الدراسة وأدواتها

المبحث الخامس: المقاربات النظرية والدراسات السابقة

المبحث الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم

المطلب الأول: الإشكالية

يعتبر الفرد الركيزة الأساسية في المجتمع، لهذا تولي الجماعات أهمية لهذا الفرد بغية الوصول به لأعلى درجات الكمال، والتمتع بالصحة العقلية والنفسية والجسدية الجيدة، البعيدة عن مختلف المشاكل التي قد تقف عائقاً دون تحقيق طموحاته. فالذات البشرية تتأثر بالمشكلات والاضطرابات المحيطة بها، فأحياناً يكون التعامل مع بعضها هيناً، وأحياناً أخرى تكون الأمور معقدة تتجاوز قدرة الإنسان على مواجهتها، فيتعرض على إثرها الأفراد للاضطرابات والأمراض العقلية، قد تؤثر على صحته وعلاقاته.

وهذه الاضطرابات لا تؤثر على الشخص المريض فقط، بل تتعداه إلى أسرته ومجتمعه، فعلى المستوى الفردي فإن هذا النوع من الأمراض يؤثر على جميع جوانب الشخصية الإنسانية البدنية منها والعقلية والنفسية والاجتماعية، وعلى مستوى الأسرة فإن المريض وبصرف النظر عن التضامن الذي يحظى به، إلا أن هناك بعض الأسر تتميز بضعف مواردها، وقلة الخبرة لديها في التعامل مع هذا النوع من المرضى ذوي المزاج المضطرب والمتقلب. وعلى المستوى الاجتماعي يتطلب التكفل بهذه الفئة توفير الإمكانيات المادية (مراكز العلاج، مستشفيات متخصصة) والبشرية (متخصصون في العمل والتعامل مع هذه الفئة).

ونظرا لاستفحال هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري بفعل التطورات التي عرفها في جميع المجالات وما صاحبها من مشكلات، كشفت عن تزايد معدلات تعرض الأفراد للأمراض العقلية لدرجة لفتت انتباه الراي العام والمجتمع بمؤسساته المختلفة (سياسية، اجتماعية، إعلامية، تربوية، صحية...).

وتأسيسا على ما سبق، سنحاول دراسة هذا الموضوع من منطلق الرعاية التي تحضى بها هذه الفئة (المعاقين عقليا)، وذلك بالتركيز على الخدمات التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية في هذا المجال. وفي هذا السياق تم اعتماد التساؤل الرئيسي التالي:

- ما هو واقع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى العقلين في المؤسسات الاستشفائية؟

ويندرج تحت هذا التساؤل، التساؤلات الفرعية التالية:

أ/ هل تتوفر المؤسسة الاستشفائية الجزائرية على الطاقم البشري المتخصص للتكفل بهذه الفئة؟

ب/ هل الإمكانيات المادية والفيزيقية للمستشفى تسمح للتكفل بهذا النوع من المرضى؟

ج/ هل ينسق المستشفى خدماته مع خدمات المحيط الخارجي؟

المطلب الثاني: تحديد المفاهيم

أولاً: المؤسسة العمومية الاستشفائية

هي عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري وذات استقلال مالي، توضع هذه المؤسسة تحت وصاية الوالي،

وتغطي خدماتها مطالب سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات. (1)

وحسب جمعية المستشفيات الأمريكية تُعرف بأنها: " عبارة عن مؤسسة تمتلك منظومة طبية ذات تجهيزات دائمة

تشمل مقاعد للمرضى الداخليين، والهدف منها تشخيص وعلاج المرضى عن طريق تقديم خدمات الأطباء وخدمات

التمريض المستمرة." (2)

وحسب منظمة الصحة العالمية تم التأكيد على دور المستشفى في الوضع الصحي للمجتمع، تكليف خبراء للرعاية

الطبية بغية تحقيق الدور الفعال لهذه المؤسسة، حيث عرفتها بأنها: «تقديم الرعاية الصحية الكاملة من خدمات

علاجية ووقائية، وتتعدى خدماته الصحية إلى العائلات في بيوتهم، وهو أيضا مركز للبحوث الطبية ومكان لتدريب

القوى الصحية العاملة." (3)

(1) الجريدة الرسمية الجزائرية: مرسوم تنفيذي رقم 140-07 مؤرخ في 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات

العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المادتين 2-3، ص 10

(2) عفاف روان: أثر الولاء التنظيمي على تحسين أداء العاملين، مذكرة لنيل شهادة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة

محمد بوضياف، المسيلة، 2014-2015، ص 53

(3) تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار البازوزي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 21

وإجرائيا: هي عبارة عن مؤسسة لها هيكل منظم، ومنسق، وذات طابع تشخيصي، وعلاجي لسكان منطقة ما في رقعة جغرافية محددة ومدروسة.

ثانيا: الخدمات الاستشفائية

إن تعريف الخدمات الاستشفائية تتبع من مفهوم العام للخدمات، ولهذا سوف نتطرق إلى مجموعة من تعاريف: -الخدمات عبارة عن نشاط أو منفعة، يمكن لأي طرف من تقديمها لطرف آخر، وتكون في الأساس غير ملموسة، ولا ينتج عنها ملكية أي شيء.

-ولقد عرفها كوتلر ورامسترونغ: "على أنها عبارة عن منفعة مدركة بالحواس وقائمة بحد ذاتها⁽¹⁾، أو متصلة بشيء مادي، ولا تكون قابلة للتبادل، ولا يترتب عنها ملكية، وفي اغلب الأحيان تكون محسوسة. - الخدمة التي هيا نشاط أو سلسلة من الأنشطة، تكون إلى حد ما ذات طبيعة غير ملموسة. -الخدمات عبارة عن منتجات غير ملموسة، وتهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك وتحقق له منفعة⁽²⁾.

إجرائيا:

هي عبارة عن خدمات علاجية أو استشفائية أو تشخيصية يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر، معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضية أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها طاقم المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص.

(1) محمود محمد مصطفى: التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، ص51
(2) زكي خليل المساعد: التسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، طبعة الأولى سنة 2006، ص35

ثانيا: الإعاقة العقلية

لغة: حسب ما جاء في المجدد في اللغة والإعلام شرح كلمة (عوق)، أن التعوق تثبط وتأخر، وتعوق فلان، أي

صرفه عما أراه وحسبه عنه، والعائق جمع عوائق، والعائق هو العقبة ويعوق بشكل، ويصنع العائق.⁽¹⁾

اصطلاحا: المعاق هو الفرد الغير سوي أو الغير عادي في النواحي الجسدية والعقلية والاجتماعية والمزاجية، والتي

من خلالها يجب إعادة تأهيله حتى يسمح له باستخدام قدراته ومهاراته المتبقية بعد المرض والاضطراب.⁽²⁾

الإعاقة العقلية بمفهومها الحديث:

هو نوع من القصور في أداء الفرد في قدراته العقلية ومظاهر السلوك التكيفي، كمهارات الاتصال اللغوي والاعتناء

بالنفس وغيرها، وهذه الاضطرابات تظهر قبل بلوغ سن 18.

إذا هي عبارة عن قصور عقلي تسبب للشخص اضطرابا في تعامله مع البنية المحيطة به، وعدم تلبية حاجياته

بنفسه دون مساعدة المحيطين به، وهذا ما يوجي بضعف في النواحي التطورية والتعليمية.⁽³⁾

إجرائيا: يمكن أن نعرف الإعاقة العقلية بأنها قصور في المهارات العقلية، مما لا يسمح للفرد المضطرب بالتكيف

والتأقلم مع محيطه الخارجي دون الحاجة إلى مساعدة الآخرين.

(1) عبد الرحمان العيسوي: سيكولوجيا الإعاقة الجسدية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، 1992، ص 671

(2) كمال الدسوقي: ذخيرة تعريفات مصطلحات، إعلام علوم النفس، وكالة الأهرام للتوزيع، القاهرة، 1990، ص 875

(3) رابع تركي: أصول التربية والتعليم، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، الجزائر دون تاريخ، ص 15

المبحث الثاني: أهمية الدراسة وأسبابها وأهدافها

أولاً: أهمية اختيار الموضوع

تكمن أهمية اختيارنا لهذا الموضوع في عديد من الجوانب، والمتمثلة كالاتي:

أ/ قلة الأبحاث التي تناولت موضوع المعاقين عقليا كمجال للدراسة، وعدم نيل هذه الفئة حقها في كل من الدراسة والرعاية.

ب/ إثراء البحوث العلمية في مجال تخصصنا (علم اجتماع الصحة)، وكذا تطلعنا على أحوال المعاقين عقليا، وكيفية التعامل معهم.

ج/ أن تكون هذه الدراسة تشجيعا لبحوث مستقبلية، وهذا ما يفضي إلى الفهم العميق، والمكثف بهذه الفئة، وإيجاد حلول لمشكلاتها، سواء كان في جانب تكيفهم مع شخصهم ومع مجتمعهم، أو حتى في عملية التأهيل والعلاج؛ أي العلاقة بين الأطباء والمختصين مع العميل.

ثانياً: أسباب اختيار الموضوع

من أهم الأسباب التي دفعتنا لهذه الدراسة ما يلي:

أ/ تنمية معلوماتنا في هذا المجال بحكم التخصص.

ب/ الدور الفعال الذي تلعبه المؤسسات الاستشفائية العقلية في تطور الخدمات الصحية، وكذا أهميتها للمجتمع.

ج/ نقص التكفل بهذه الفئة في العديد من النواحي.

د/ قابلية دراسة هذه الفئة ميدانيا، والتعرف على طرق التكفل والعلاج، والنقص في مجال تأهيلهم، ودمجهم في المجتمع.

ه/ غياب دور الأسرة في العمل العلاجي.

ثالثا: أهداف اختيار الموضوع:

ترتكز أهداف بحثنا العلمي على ما يلي:

أ/ توضيح العلاقات الموجودة في المراكز الاستشفائية العقلية بين الممرض، والطبيب، والمختص والعميل، ومدى

مساهمتها في عملية العلاج والشفاء، والتخفيف من شدة المرض.

ب/ إعادة النظر في عملية التكفل العلاجي للمرضى العقليين.

ج/ تحقيق مطالب الأسر والأفراد المعاقين عقليا في حقوقهم المخولة لهم قانونيا.

د/توعية أسر المعاقين عقليا بضرورة العلاج الطبي، وكذا دورهم الفعال لسير هذه العملية بالوجه المطلوب.

ه/ دمج المضطربين عقليا في الحياة الاجتماعية، وذلك عن طريق تصحيح الفهم السلبي تجاه هذه الفئة.

المطلب الأول: المجال المكاني للدراسة

أجريت هذه الدراسة بـ " مستشفى أبو بكر الرازي" للأمراض العقلية بعنابة.

التعريف بالمؤسسة:

مؤسسة المستشفى متخصصة في الطب النفسي والطب العقلي والمسماة "أبو بكر الرازي" بعنابة، وهي

مؤسسة إقليمية ومستشفى جامعي، تغطي خدماتها 06 ولايات: عنابة، قالمة، تبسة، الوادي، سوق

أهراس، الطارف. تاريخ الافتتاح وبدء العمل: 01-04-1982. حيث تتكون من طاقم يحتوي على:

1- السلك الطبي: 27

2- المساعدين الطبيين: 129

3- السلك الإداري: 103

4- متعاقدون: 173

5- أخصائيين نفسانيين: 45

و يمتد المستشفى على مساحة 7.5 هكتارا، ويتجه نحو المنحدر: وفقا للمرسوم رقم 60 بتاريخ إنشاء

الإدارات ووحداتها:

- مستشفى جامعي للكبار بسعة 160 سريرا.

- وحدة الطوارئ 60 سريرا.

- وحدة الاستشفاء والرعاية 40 سريرا (للنساء).

- وحدة الاستشفاء والرعاية 60 سريرا (للرجال).

- خدمة الطب النفسي للأطفال 50 سريرا.

- خدمة علاج الإدمان 30 سريرا.

ويحتوي على منصة تقنية ووحدات خارج المستشفى تتكون من:

- الاستشارات الخارجية وحالات الطوارئ.
- الصيدلانية، المعمل، الأشعة.
- طب الأسنان.
- غرفة المراقبة.
- المركز المتوسط لرعاية الإدمان على غرار مستوصف " بوخضرة"
- وحدة منع الانتحار وضحية الإرهاب على مستوى مستوصف 08 ماي 1945

المطلب الثاني: المجال الزمني للدراسة

أجريت هذه الدراسة على مراحل متتالية، يمكن عرضها فيما يلي:

المرحلة الأولى:

مرحلة الدراسة الاستطلاعية: امتدت هذه الدراسة من 15 ديسمبر 2021 إلى 25 جانفي 2022، وفيها تمت

زيارة المستشفى، والتي على أساسها تم ضبط الإشكالية في صورتها النهائية.

المرحلة الثانية:

استمرت هذه المرحلة من 15 فيفري 2022 إلى غاية 27 أبريل 2022، وتم ضبط الجانب النظري من خلال

جمع المصادر والمراجع المتعلقة بالموضوع، وتصنيفها، وتبويبها.

المرحلة الثالثة:

استمرت هذه المرحلة من 17 ماي 2022 إلى غاية 03 جوان 2022، وتم فيها القيام بالدراسة الميدانية من

خلال توزيع الاستمارات، وتفريغها، وجدولة نتائجها، وتحليلها، وتفسيرها، واستخلاص نتائجها.

المطلب الثالث: المجال البشري

أولاً: أجريت هذه الدراسة على عمال مستشفى الأمراض العقلية (الرازي) بعنابة الدائمين، واتخذت لذلك عينة

مصحية تتشكل من جميع عمال المستشفى (156 من الأطباء والشبه طبيين، و 103 من أعوان الإدارة

والخدمات، و 45 طبيب نفساني)، وقد امتنع عن الإجابة من السلك الطبي والشبه طبي 116 عامل، ومن

أعوان الإدارة والخدمات 88 عامل، ومن الأخصائيين النفسانيين 40 أخصائي.

وبالتالي أصبحت العينة الفعلية للدراسة عاملا 60 أي ما يقارب عاملا 20 بالمائة من العينة الكلية، وتتوزع على

الفئات التالية:

- 40 عامل من السلك الطبي والشبه طبي؛ أي ما يقارب 25%
- 15 عامل من أعوان الإدارة والخدمات؛ أي ما يقارب 15%
- 05 من الأخصائيين النفسانيين؛ أي ما يقارب 11%

ملاحظة: يجدر التذكير بأن المؤسسة لا تتوفر على أخصائيين اجتماعيين رغم حاجة المؤسسة الملحة لذلك.

ثانيا: أما بالنسبة للعينة الخاصة بأسر المعاقين فتم اختيارها عشوائيا من خلال اعتماد الأسر التي تردت على المستشفى يومي (الاثنين، الأربعاء)، خلال الفترة ما بين (17 ماي إلى 03 جوان) والمقدرة بـ 32 عائلة.

المبحث الرابع: مناهج الدراسة وأدواتها

المطلب الأول: منهج الدراسة

فالمنهج الوصفي هو عبارة عن منهج علمي بحثي و يُستخدم في العلوم الاجتماعية بكل فروعها، ويستخدم في

دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر الاجتماعية من حيث: خصائصها، وأشكالها، والعوامل المؤثرة فيها، مما

يسهل علينا الحصول على المعلومات الدقيقة للواقع الاجتماعي في دراسة الظواهر وتحليلها. (1)

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي لأنه يتماشى وطبيعة موضوعنا، من حيث أن موضوعنا

يعالج واقع الخدمات الصحية لفئة المعاقين عقليا، بالإضافة إلى استخدامنا لمدخل الدراسات الوثائقية الذي يقوم

على تصنيف المعلومات وتحليلها واستخلاص النتائج منها.

(1) - ربحي مصطفى غليان وعثمان غنيم: مناهج وأساليب البحث العلمي، مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ط1،

المطلب الثاني: أدوات الدراسة

أولاً: الملاحظة

تعتبر خطوة أساسية في البحث من خلالها يقوم الباحث بالانتباه، والتدقيق تجاه ظاهرة ما، والهدف منها هو تقصي الحقائق، ومن ثم التوصل إلى العلاقات بين المتغيرات، وتحديد النتائج.

ومنه فالباحث يستند على الملاحظة في جميع خطوات بحثه، من البداية حتى آخر خطوة في بحثه، سواء في تأييد الحل المقترح للمشكل أو رفضه. (1)

وقد اعتمدنا على هذه الوسيلة (الملاحظة) من خلال ملاحظتنا لمرافق المؤسسة وبعض الخدمات المسداة فيها، بالإضافة إلى تردد أسر وأهالي المرضى على المستشفى.

ثانياً: المقابلة

تعد المقابلة أحد أهم وسائل جمع البيانات وذلك لأنها تلزم الباحث بالاحتكاك المباشر مع المبحوث ومعرفة الأفكار التي يؤمن بها ويعتقد فيها والتي تكون لها علاقة بالموضوع. بل يتعرف الباحث على الأحاسيس والمشاعر التي يحس بها المبحوث تجاه كل سؤال وذلك من خلال الإيماءات والإشارات التي يراها الباحث على وجه المبحوث، كذلك من خلال تردد المبحوث على الإجابة على الأسئلة أو الغاءها تماماً.

وبالتالي تعرف المقابلة على أنها: "عملية اجتماعية صرفة بين شخصين، الذي يستلم الباحث أو المقابل الذي يستلم المعلومات ويجمعها ويصنفها، والمبحوث الذي يعطي إلى الباحث إجابته على الأسئلة الموجهة إليه من قبل المقابل وعليه فإننا في هذه الدراسة قد اعتمدنا على المقابلة المفتوحة من خلال طرح الأسئلة" (2)

(1) ناجح رشيد القادري ومحمد عبد السلام البوابيز: مناهج البحث الاجتماعي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، ص 185
 (2) أحمد عياد: مدخل منهجية البحث الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر، 2006، ص 128

وقد استخدمنا هذه الأداة أثناء الدراسة الإستطلاعية، حيث تمت فيها مقابلة بعض العمال، وبعض أسر المرضى، كما استخدمنا المقابلة عند ملء الإستمارة.

ثالثاً: الاستمارة

بالإضافة إلى الملاحظة والمقابلة، اعتمدنا على الإستمارة كأداة لجمع البيانات، وقد استخدمنا استمارة المقابلة كوسيلة لمعرفة واقع الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة للأفراد ذوي الاضطرابات العقلية في المستشفى. وقد تضمنت الاستمارة مجموعة من الأسئلة خُصت لأسر الأفراد المعاقين عقلياً، وكذا للعاملين والمشرفين داخل المستشفى. وكذا تضمنت كل ما له علاقة بالظروف المحيطة بالمرضى أثناء عملية العلاج، وهي نموذج يضم مجموعة من الأسئلة، توجه للأفراد بهدف الحصول على بيانات معينة.

المبحث الخامس: الدراسات السابقة والمقاربات النظرية

المطلب الأول: الدراسات السابقة

الفرع الأول: الدراسات المحلية

ثانياً: دراسة هوارى خليصة، (2019-2020) تحت عنوان " واقع العمل التشاركي بين طبيب الأمراض

العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي في إطار العلاج النفسي ".⁽¹⁾

(1) هوارى خليصة: واقع العمل التشاركي بين طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي في إطار العلاج النفسي، دراسة ميدانية على عينة من الأطباء السيكاتريين والأخصائيين الإكلينكيين بقطاع الصحة والقطاع الخاص لولاية المسيلة، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس، تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2019-2020

أ/ موضوع الدراسة: حيث هدفت هذه الدراسة للتعرف على واقع العمل التشاركي لإيجاد خطة علاجية ناجعة ومتكاملة، ومعرفة تقييم كل من طبيب الأمراض العقلية والنفسية لهذا العمل التشاركي، بالإضافة إلى إمكانية وجود اختلافات في ترتيب متطلبات الخطة العلاجية، وتذليل الصعوبات التي تواجههم أثناء تأدية مهامهم تبعاً لمتغير الجنس ومكان العمل والاقدمية والمؤهل العلمي، حيث سعت هذه الدراسة للكشف عن فروق تقييم واقع العمل التشاركي.

ب/ أهداف هذه الدراسة ما يلي:

- التعرف على واقع العمل التشاركي بين طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي في إطار العلاج.

- الوقوف على الصعوبات التي تعيق تحقيق العلاج التكامل للعمل التشاركي.
- معرفة متطلبات الخطة العلاجية التي يجب أن تحتوي على طابع التكامل.
- تبيان أهمية العمل التشاركي في إطار العلاج والمتابعة النفسية.

ج/ تمثلت نتائج الدراسة فيما يلي:

- عدم وجود فروقات إحصائية في متطلبات إيجاد برنامج علاجي.
- وجود فروقات إحصائية في التقييم، ترجع لمتغيرات الدراسة.
- التقييم الجيد لواقع العمل التشاركي بالنسبة للطبيب السيكاتري والأخصائي النفسي.

ثانياً: دراسة بوعلام فاطمة (2013-2014) تحت عنوان "تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي وتأثيره على

التكفل النفسي، مقارنة عيادية لثلاث حالات بمستشفى الأمراض العقلية سيدي الشحمي - وهران -"⁽¹⁾

أ/ موضوع الدراسة: حيث سعت هذه الدراسة لمعرفة على أي أساس تختلف نظرة الأسرة الجزائرية للمرض ومدى تأثير هذا المرض على عملية التأثير النفسي.

ب/ أهداف الدراسة:

- 1- تصحيح بعض المعتقدات والأفكار الخاطئة والسلبية تجاه المرض العقلي.
- 2- توعية أفراد الأسرة بضرورة العلاج الطبي والنفسي.
- 3- توضيح الدور الذي تلعبه الأسرة الجزائرية في التخفيف من شدة المرض ومساعدة المريض على الشفاء.
- 4- مساعدة الأسرة لتقبل المرض وتقديم الدعم النفسي.
- 5- معرفة تصور الأسرة للمرض العقلي وتأثيره على التكفل النفسي.

ج/ من نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- 1- طبيعة الجانب العلائقي والتكفل بالمريض داخل الأسرة وكيف يؤثر هذا على تدهور الحالة الصحية.
- 2- التصور السلبي للاضطرابات النفسية وكيف يساعد ذلك على تدهور حالة المريض وزيادة شدة خطورته.
- 3- الدور السلبي الذي تلعبه الأسرة في بذل مجهوداتها ومساعدة المريض على الشفاء وتحسين حالته الصحية.

(1) بوعلام فاطمة : تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي وتأثيره على التكفل النفسي، مقارنة عيادية لثلاث حالات بمستشفى الأمراض العقلية سيدي الشحمي - وهران-، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، 2013-2014

الفرع الثاني: الدراسات العربية:

أولاً: دراسة سحر كمال الدين فهمي عبد الحميد (2002-2003)، تحت عنوان " أثر أنشطة التربية الفنية على عملية الانتباه والتحصيل الدراسي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم"⁽¹⁾.

أ/ موضوع الدراسة: حيث هدفت هذه الدراسة إلى تعديل السلوك الاجتماعي، ويتجلى ذلك بإنشاء أنشطة التربية الفنية، وخفض السلوك العدواني والنشاط الزائد والاضطرابات المزاجية.

ب/ ومن أهداف هذه الدراسة ما يلي:

1- مدى أثر أنشطة التربية الفنية في تنشيط عملية الانتباه.

2- أثر الأنشطة الفنية في رفع مستوى الشخص المضطرب عقلياً في عملية التعلم والتحصيل.

ج/ ومن نتائج هذه الدراسة ما يلي:

1- وجود فعالية ناتجة عن أنشطة التربية الفنية في تعديل السلوك الغير سوي والغير اجتماعي لدى الأفراد

المضطربين عقلياً والقابلين للتعلم.

2- تحقيق طريقة " الطباعة بالأسنتسل " نجاحاً كبيراً أكبر من الأنشطة الأخرى.

3- إيجابية نتائج ربط الأنشطة الفنية بالبرامج التعليمية في تنمية قدرات التحصيل الدراسي.

4- القضاء على الشعور بالملل، عن طريق ممارسة هذه الأنشطة الفنية.

(1) سحر كمال الدين فهمي عبد الحميد: أثر أنشطة التربية الفنية على عملية الانتباه والتحصيل الدراسي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم، بحث مقدم للحصول على درجة الماجستير في فلسفة التربية الفنية، قسم علوم التربية الفنية، جامعة حلوان، القاهرة، 2002-2003

ثانياً: دراسة فالح بن صنهان العتيبي (2010-2011) تحت عنوان " دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض (1)".

أ/ موضوع الدراسة: حيث تحدثت هذه الدراسة عن ماهية الدور الذي يلعبه الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين

ب/ حيث هدفت هذه الدراسة إلى:

- 1- وجهة نظر العاملين في دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي.
- 2- معرفة العقبات التي تواجه الأخصائي أثناء تأدية مهامه.
- 3- تقريب وجهات النظر حول الدور الذي يلعبه الأخصائي النفسي.
- 4- رفع مستوى الممارسة الصحية النفسية، وذلك عن طريق زيادة فاعلية دور الأخصائي النفسي.

ج/ وتمثلت نتائج الدراسة فيما يلي:

- 1- تعرف الأخصائي النفسي على دور الأسرة في حدوث المرض، وكذا مهاراته في إقامة علاقات مع المرضى.
- 2- توافق أفراد العينة على أن دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو التعرف على التاريخ المرضي للعميل، إلى جانب مقياس الذكاء والقدرات العامة.
- 3- وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (0.01) فأقل، حول دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي لصالح النفسانيين الإكلينكيين.

(1) فالح بن صنهان العتيبي: دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض، بحث مكمّل لرسالة الماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية، 2010-2011

ثالثاً: دراسة مشيرة سالم حسنين (2018-2019) تحت عنوان " فاعلية برنامج قائم على التعبير الفني المجسم لقصص الأطفال في خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة " (1).

أ/ موضوع الدراسة: حيث تكمن أهمية هذه الدراسة في تحديد المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، ومساعدتهم لتحدي هذه العراقيل عن طريق التعبير الفني المجسم.

ب/ وقد تمثلت أهداف الدراسة فيما يلي:

- 1- مدى فاعلية برنامج قائم على التعبير الفني المجسم لقصص الأطفال.
- 2- خفض نسبة إيذاء الذات لدى الأطفال المعاقين عقليا ومدى فاعلية البرامج في ذلك.
- 3- تقديم توصيات للاستفادة منها في مجال ذوي الإعاقات.

ج/ نتائج الدراسة:

- 1- وجود فروق في درجات الأفراد في المجموعتين، في القياس البعدي لمقياس السلوك العدواني عند أطفال المجموعة التجريبية.
- 2- عدم وجود فروق بين متوسط درجات الأطفال بالمجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي كمقياس السلوك العدواني.
- 3- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجة الأطفال المضطربين عقليا بالمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس السلوك العدواني في اتجاه القياس البعدي.

(1) مشيرة سالم حسنين: فاعلية برنامج قائم على التعبير الفني المجسم لقصص الأطفال في خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية، تخصص صحة نفسية، جامعة بني سويف، مصر، 2018

الفرع الثالث: الدراسات الأجنبية

أولاً: دراسة لام كورمان وجوتليب (CORMAN.L,J.GOTTLIEB) (1975) تحت عنوان "المواقف العامة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً (1)".

أ/ موضوع الدراسة: حيث جاءت هذه الدراسة على واقع دمج الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع والمدارس العامة بأمريكا، وفحص المواقف العامة تجاه هؤلاء الأطفال

ب/ ومن نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- 1- ميل الأطفال الأكبر سناً وأولياء أمور الأطفال في سن التمدرس، والأشخاص الذين ليس لديهم أي اتصال سابق بشخص متخلف ومضطرب عقلياً، إلى تفضيل الفصل بين الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع.
- 2- وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أنه يجب معالجة مواقف هذه المجموعات ن ودمج الأشخاص المتخلفين عقلياً في المجتمع بنجاح.

ثانياً: دراسة باين (1985)payne.m تحت عنوان " فهم أطفال باربادوس للتخلف العقلي (2)".

أ/ موضوع الدراسة: تم التحقيق في فهم أطفال باربادوس لطبيعة وأسباب التخلف العقلي، وخصائص الأطفال المتخلفين عقلياً.

ب/ نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى أن العديد من أطفال باربادوس، مثل نظرائهم الأمريكيين، يخلطون بين التخلف والإعاقات في العظام، وبدرجة أقل، المرض العقلي. اعتقدت نسبة أعلى من أطفال باربادوس مقارنة

(1) GOTTLIEB.J ,CORMAN.L :Public attitudes, toward mentally retarded children,american journal of mental deficiency 72,-80, (1)80,1975,conselte le :18-05-2022,11:00 AM,http://: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

(2) Payne M. A. (1985). Barbadian children's understanding of mental retardation. Applied research in mental retardation, 6(2), 185-198 ,consulté le :18-05-2022 ,10:00 AM, http://www.pubmed.ncbi.nlm.gov

بالأطفال الأمريكيين أن التخلف العقلي ناتج عن عوامل ما بعد الولادة مثل حوادث الطفولة والأمراض وسوء معاملة الوالدين وتعاطي المخدرات. وذكرت نسب متساوية من الفتيان والفتيات الأسباب المرتبطة بالأم الحامل، على الرغم من أن الفتيات حُددن مجموعة أكبر من هذه العوامل. أظهر التلاميذ عمومًا درجة عالية من التعاطف مع احتياجات ومشاعر أقرانهم المتخلفين عقليًا، ويبدو أن حملات التوعية العامة الأخيرة كان لها تأثير واضح على النتائج.

المطلب الثاني: المقاربات النظرية

أولاً: النظرية السلوكية

من أهم روادها: جين فليس، ريتشارد ستوارت (Richard Stewar، Jane Fleiss). وقد اعتمدت هذه النظرية النفسية على أنه يمكن تعديل الأفكار و المشاعر من خلال تعديل السلوك، باعتبار أن سلوك الفرد هو سلوك مكتسب ومتعلم في العادات التي اكتسبت بالتدعيم والتشجيع كالعدوان من الإنحراف مثلاً وجب إضافة وإحلال عادات جيدة، والتخلي عن العادات السيئة القديمة، حيث تستخدم هذه الإجراءات السلوكية لجميع الفئات العمرية، سواء كانوا صغاراً أو كباراً في مؤسسات الإقامة الداخلية، والمؤسسات المفتوحة التي تراعي المعوقين، وتعطي لهم برامج لتنمية قدراتهم، حيث يتم التركيز على الرعاية الذاتية، وتنمية المهارات الذاتية للمعاقين والمتخلفين عقلياً، كتعليمهم الأولويات مثل: الأكل، التحدث، ارتداء الملابس، والعلاقات الاجتماعية.

كذلك الاهتمام بالجماعات الخارجية التي تؤثر في سلوك المضطرب ذهنياً، والمعاق كالأُسرة، عمال المؤسسة، الجيران، الأصدقاء..... إلخ .

والخدمة الإجتماعية تستخدم هذا المنهج -تعديل السلوك- لرفع قدرات الفرد المضطرب على أداء وظائفه الاجتماعية، وكيفية التعامل مع المشكلات التي تعترضه، ثم إن تعديل السلوك يشتمل الكثير من الأساليب العلاجية بما يتماشى مع طبيعة البيئة.

وكذا سعي هذا المنهج إلى إجراء تغييرات تتعدى التعامل مع العميل فقط، بل إلى البيئة المادية والاجتماعية والمحيطين به. (1)

ثانياً: نظرية الدور الاجتماعي

من أهم روادها سارابين وميروتون (Sarbanes Meroton)، تشتمل هذه النظرية على:

- ارتباط مفاهيم: المكانة، الدور، الذات، المركز بمفهوم واحد وهو التفاعل. فيتفاعل الأشخاص مع بعضهم البعض يؤدي إلى ظهور ادوار جانبية، اي مشاركة الفرد في علاقته مع الآخرين.

تقوم هذه العلاقة التشاركية على منحنيين: الاول: المركز الذي يلعب الفرد وعلاقته بمراكز الآخرين، اما الثاني: هو الدور الذي يقدمه الفرد مع الآخرين، والمتأثرين بالوظيفة المحددة داخل هذا النسق.

ترى المدرسة السوسولوجية أن الدور هو الحل الذي يربط المجتمع بالأرض، وذلك لتحقيق الترابط بين البناء الاجتماعي وبين الشخصية

-أما بالنسبة للمدرسة السيكولوجية ترى ان مهمة الدور جاءت لتحديد انماط السلوك لدى الافراد.

يعتبر الدور هو الموجه لسلوك الأفراد في علاقته مع الآخرين. أما بالنسبة للأفراد المعاقين ذهنياً فهذه الإعاقة أثرت على مجموعة الأدوار التي كان يقوم بها، وهي ما أضفت على السلوك سمة سلبية.

(1) محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي للمعوقين، المكتب الجمعي الحديث، ط1، الإسكندرية، 2001، ص 46

ويستخدم مفهوم الدور في تحليل سلوك الأخصائي أثناء أداء مهامه تجاه المضطرب عقليا، وقدرته على القيام بأدواره تجاه هذه الفئة، وتحليل المشكلات التي تواجهه. (1)

ثالثا: النظرية التفاعلية

حيث تقوم هذه النظرية على قوام أن الأفراد جزء لا يتجزأ من الكيان الإجتماعي، والتفاعل الذين يقوم بين الأفراد هو المحدد للأدوار، وأن التزام الأفراد بواجباتهم هو الذي يكيف الأفراد مع بيئتهم، فعجز الفرد عن أداء واجباته ومهامه وتفاعلاته مع الآخرين هو عبارة عن مشكلة ينتج عنها عجز في إشباع رغباته واحتياجاته. (2)

وأهم رواد هذه النظرية هم شيلد ونيوستنتر (chiled et niostenter)، حيث أن الأهمية التي تقدمها هذه النظرية في مجال الإعاقة هو مساعدة الأخصائي في فهم وتفسير سلوك المعاقين، وكذا تفاعلهم مع الأشخاص الآخرين حتى لو كانوا معاقين، وهذا بغية تحديد اتجاه أنماط السلوك.

ففرضية السلوك من أهم الموضوعات التي تساعد في فهم، وتفسير، وتوجيه سلوك المعاق عقليا، وكذا توضيح اتجاه العلاقات، والمناطق التي تركز عليها.

وتعتبر التوقعات من أهم الأعمال التي يقوم بها الأخصائي تجاه المعاقين عقليا، وذلك بغية تنظيم سلوكهم الإجتماعي أثناء عملية التفاعل، ويتم تكوين توقعات واضحة للسلوك عن طريق استقرار نسق التفاعل بين المضطرب العقلي مع غيره، كما أن عدم الاستقرار والوضوح يؤدي إلى عكس ذلك.

ومنه نجد أن المضطرب عقليا حسب هذه النظرية لا يستطيع أن يؤدي دوره دون النظر إلى الأفعال المتوقعة منه، وأن النسق الإجتماعي هو الذي يخضع هذه الأدوار التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالمعايير الإجتماعية.

(1) محمد سيد فهمي: السلوك الإجتماعي للمعوقين، المرجع السابق، ص 248

(2) محمد سيد فهمي: أسس الخدمة الإجتماعية، المكب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص 84

وتفيد هذه النظرية في إعادة تشكيل الجماعات ثلثية لرغبة المضطرب عقليا في نيل نصيبه من احتياجاته، وكذا تحقيق أهدافه، وبالتالي تتحقق أهداف جماعته.

رابعاً: النظرية الجشطاطية

حيث تقوم على فكرة أن الكل يعتمد على مدى إدراكها وترابطها⁽¹⁾، فإذا طبقت هذه النظرية على الإضطرابات العقلية، نجد ما يلي:

أ/ الجانب الأول: ويرتر وستراوس (strawess،wirter):

- 1- قصور الوظائف الإدراكية للكائن الحي في حالة الإصابة باضطرابات ذات دلالة.
- 2- ينشأ التخلف العقلي عن أسباب داخلية وخارجية.
- 3- المضطربون عقليا بسبب خارجي، كانوا عرضة لتأثير إدراكهم بالمتغيرات التي أدخلت على الأرضية، على عكس المتخلفين لأسباب داخلية، إذ أن أدائهم ظهر مساويا للأطفال الأسوياء في إدراك الأشكال ورسمها، فقد أُجريت تجارب على مستوى الإدراك البصري والسمعي والحسي والجانب التذكيري، وذلك عن طريق تعديل الظروف التجريبية.

إذا يعتبر تنظيم الشكل والأرضية من أهم العوامل المؤثرة عند إدماج عوامل تجريبية.

ب/ الجانب الثاني: لوين 1935 (louine) وكونين 1941 (konine):

(1) الموقع الإلكتروني: cte.univ-setif2.dz ، جامعة سطيف 2، نظريات الإعاقة الذهنية، تاريخ النصف 12-04-2022، على الساعة 11:00 صباحاً.

حيث قدم لوين هذا التفسير بناءً على نظرية المجال الطوبولوجية، وعلاقتها بالاضطرابات العقلية، حيث

قامت على تجارب عديدة من بينها التشبع الإدراكي، حيث كان المضطربون عقليا (ما بين 10-11 سنة)

يميلون لرسم دوائر وخطوط دائرية تزيد مدتها عن المدة التي يستغرقها الأطفال الأسوياء، لكن لا يوجد

هناك فريق في فئة (9-10).

الفصل الثاني: عوامل المرض العقلي وخصائصه وتطور نظرة الاهتمام به

المبحث الأول: عوامل المرض العقلي

المبحث الثاني: الخصائص العامة للمرض العقلي

المبحث الثالث: تطور نظم الاهتمام به

الفصل الثاني: عوامل المرض العقلي وخصائصه وتطور نظرة الاهتمام به

المبحث الأول: عوامل المرض العقلي

كان بعض العلماء يرجعون هذه الأمراض إلى عوامل وراثية أو صدمات عنيفة تصيب الإنسان في حياته، ثم تبين لهم أنه ليس من السهل إرجاع هذه الأمراض إلى سبب واحد، لتعدد و تداخل وتفاعل عوامل كثيرة داخلية في الإنسان؛ جسمية و نفسية و بيئية خارجية و مادية و اجتماعية، هذا التداخل جعل من الصعب الفصل بين العوامل المسببة للمرض و تحديد مدى أثر كل منها فلم يعد يعتقد كما في السابق أن لهذه الأعراض سبب واحد أو سببان، فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اعتلالها رهنا بحادثة واحدة أو صدمة واحدة إنما ينجم عن تضافر عوامل عديدة فسيولوجية ووراثية و نفسية و أسرية و اجتماعية .

الفرع الأول: العامل الوراثي

تتمثل في مجموعة العوامل الوراثية و صدمات الولادة التي يتعرض لها الجنين أثناء الحمل، هذه العوامل تختلف من شخص إلى آخر تبعاً لدرجة الحساسية والتأثر والحيوية وقوة الدوافع ودرجة احتمال الإحباط والتأزم والحرمان أو من بويضة مختلفة على أن العوامل الوراثية تكون من بين العوامل المهددة للإصابة بالعصاب لكن أثرها في التمهيد للذهان يكون أعمق بكثير، ففي دراسة حديثة أجراها ريتفو أكد أن السبب الجيني للتوحد المبكرة هذا على أساس دراسة ثلاثة وعشرين زوجاً لتوائم متشابهة زوج واحد لم يصب، وعلى التوائم غير المتشابهة خمسة أزواج من سبعة عشر مصابة مما جعل الباحث يقول إن التوحد مرض ذو أسباب جينية لكن كيف يفسر عدم إصابة اثنين من التوائم المتشابهة.

الفرع الثاني: العامل البيولوجي

وهي في مجملها أسباب جسمية المنشأ أو عضوية نظرا في تاريخ نمو الفرد، ومن أمثلتها الإضطرابات الفيزيولوجية واضطرابات وظائف الاستقبال الحسي وخلل الجهاز العصبي المركزي وإصابات الرأس وحوادث خلل في المخ وتلف خلاياه. (1)

الفرع الثالث: العامل الاستعدادي

يقصد استعداد الفرد للإصابة بالأمراض العصابية ولو أن الاستعداد لا يرجع إلى أسباب وراثية أي مساهمة العوامل البيولوجية في تكوين الاستعداد، وقد اختلفت المدارس الفكرية حول هذا المضمون فيمكن القول عن وجود العوامل الاستعدادية بان نشأة ردود الأفعال العصابية ترتبط بطبيعة تكوين الشخصية قبل العلة أو المرض ووجود سمات معينة مثل الحساسية المفرطة يؤدي أكثر إلى استهداف الفرد لانهايار العصبي إلا انه من المؤكد انه يرجع أولا إلى عوامل وراثية. كما أن للأسرة دور في تنشأة الطفل بالاستعدادات للإصابة بالأمراض النفسية مثلما تؤكد الدراسات من أن نسبة حدوث العصاب مرتفعة في عائلات العصابين أكثر منها في عائلات غير العصابين. (2)

الفرع الرابع: العامل النفسي

من الأسباب التي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة المبكرة وعدم إشباع الحاجات الضرورية الأساسية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية ومن أهم الأسباب النفسية الصداق، الإحباط، الحرمان الخبرات السيئة، التناقض الوجداني، عدم النضج النفسي الانفعالي، الضغوط النفسية، الذات السلبية وسوء التوافق الذاتي وحسب فرويد فإن الاضطراب هو حصيلة تأمر بين كبت عنيف في الطفولة المبكرة مع الإحباط الشديد في عهد الرشد.

فوفق مفهوم التحليل النفسي فإن السبب الكامن وراء الذهان هو فقدان موضوع الحب مع النكوص للمرحلة الفمية.

(1) عبد الرحمان عبد الوافي: الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999، ص 26

(2) وزى محمد جبل: الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، القاهرة، د.ط، سنة 20، ص 115

ويمكن حصر الأسباب النفسية فيما يلي:

- 1- الظروف التي تؤدي إلى استرجاع أو تقوية خبرات الطفولة المبكرة أثناء عمليات التنشئة الاجتماعية التي خلقت الصراع والقلق والإحباط لدى الطفل.
- 2- الظروف التي تؤدي إلى إضعاف العمليات الدفاعية مثل الصراع القائم بين الهوا والنفس غير المتزنة صاحبة الملذات والأفعال اللاشعورية التي تتناقض مع معايير المجتمع وتمنع الإنسان من أي فعل يناقض هذه المعايير وأيضا الخبرات العصبية الأليمة والضغط النفسية الشديدة والضارة ... كل يؤدي إلى تعجيل ترسيب ردود الأفعال العصابية.
- 3- التي تستلزم تقوية العمليات الدفاعية التي تفوق طاقة احتمال الفرد وتؤدي إلى الفشل في تحقيق الأهداف، أي أن المواقف الصعبة قد تولد الحاجة إلى سلوك دفاعي يرتفع إلى مستويات غير محتملة تثقل كاهل الفرد وتؤدي إلى ترسيب ردود الأفعال العصابية فمثلا فقدان الذاكرة يعتبر وسيلة هروب دفاعية من مواقف حرجة أو أعباء لا يحتملها الفرد فالحالة المتطورة للاضطرابات النفسية تؤدي إلى الدخول في المرض العقلي وتكون نتيجة الصراع، إذا تعارضت رغبات الإنسان وكان عليه أن يختار بينها ولم يستطع ترجيح إحداها عن الأخرى.

المبحث الثاني: خصائص المرض العقلي

يعتبر المرض العقلي من أشد الاضطرابات خطورة وشدة وشمولا في نتائجه وآثاره، بحيث يحدث خلا في توافق الفرد مع ذاته ومحيطه، وعدم قيامه باللوازم الحياتية اليومية بصورة طبيعية، ومن أهم الخصائص التي يتميز بها المريض العقلي ما يلي:

أ/ تتداخل الأعراض العامة للمرض العقلي مع الاضطرابات من حيث المصدر والدرجة والطبيعة.

ب/ لا يسأل المصاب بالمرض العقلي، بل يستوجب في بعض الحالات عزله، خاصة عندما يمثل خطرا على نفسه وعلى الآخرين.

ج/ خلل في الجهاز العصبي وصعوبة في العلاج، مما يحدث للمريض انفصالاً عن الواقع، وتكمن صعوبة العلاج في أن المضطرب عقلياً يلزمه برنامج علاجي مكثف، وهنا نجد مشكلة، حيث أن المريض لا يتقبل العلاج ويعارضه، وذلك راجع لعدم قدرته على استبصار مرضه وعلته.

د/ دور الوراثة في الاستعداد للمرض العقلي.

هـ/ التميز بالبلادة والتفكك الشخصي، والانسحاب من المجتمع المحيط به.

المبحث الثالث: تطور نظم الاهتمام به

لقد شكل موضوع الأمراض العقلية حلقة مهمة في الفكر البشري وقد تم الدراسة هذه المواضيع بصور مختلفة تتناسب والحقبة التاريخية للحوادث والصور الحالات التي مر بها الكائن البشري، وهذا راجع لطبيعة الوسائل والمناهج المتبع في عملية العلاج، والواضح أن هذه المسألة عانيت بالدراسة بدأ بالعصر البدائي⁽¹⁾ فإذا أمعنا النظر في الجذور التاريخية للأمراض العقلية نجد أنه في حوالي 3000 سنة قبل الميلاد كان الاعتقاد السائد أن الأمراض العقلية والنفسية تسببها قوى خارجية تصيب الإنسان مثل الجن وتأثير الأرواح الشريرة وكان المريض يعزل حتى لا يؤذي نفسه والآخرين. فهذا التصور الذي قدم يشكل صورة علاجية تتماشى وطبيعة التفكير البشري في تلك المرحلة.

كما انبثق عن هذا التصور محاولات علاجية بدائية خرافية مثل عملية ترئبة الجمجمة أي إحداث ثقب فيها حتى تخرج منه الأرواح الشريرة حيث أدى السحرة والمشعوذين والعرافون قدرتهم على القيام بعلاج حالات عقلية ونفسية بالسحر⁽²⁾، فهذه الطرق العلاجية هي وإن كانت لا تخضع للعلم فهي صورة نمطية لراهن ما - الفترة

(1) - عبد الرحمن الوافي: الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، المرجع السابق، سنة 1999، ص 08

(2) - أشرف محمد عبد الغني: المدخل إلى الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001، ص 297

التاريخية للحقبة-كما يسود الاعتقاد عند الفراعنة أن الأمراض بصفة عامة تنشأ من غضب ألهتهم⁽¹⁾ مما ينتج عنه العديد من الأمراض المختلفة.

وقد كان السائد عند رجال الدين أنهم يأخذون المريض إلى المعابد حتى يعود الى حالته الطبيعية، ولا بد من القول أن مجال الأمراض العقلية منذ القدم غالباً ما يتم ملاحظ من خلال سلوكيات المريض أو من خلال علاقاته وحالاته النفسية، ويمكن القول أن هذه المعتقدات والأفكار لازالت سائدة بين الكثير من القبائل إلى يومنا هذا

اعتقد المصريون القدماء أن الأمراض عامة و الأمراض العقلية و التنفسية تنشأ من غضب تلك الظواهر "تأثير أرواح الموتى" و هكذا كان مفهوم تسلل المرض إلى الجسم والعقل لذلك فمن المهم جدا لديهم معرفة السحر والاستعانة بالتمائم القادرة على طرد الأرواح و إخراجها من الأعضاء ، هذا مع استعمال بعض الأعشاب و المواد و الأدوية التي لاحظوا أنها تساعد على طرد الأرواح و حصر ظهورها أو منعها من الدخول في الجسم بصورة مطلقة باستخدام حجاب حصين على منع المرض و الأرواح من اختراق الجسم و روحه و بالرغم من أن المصريين استعملوا طرقاً علاجية و تفسيرية خرافية للمرض العقلي إلا أنهم كانوا أول من ميز المرض النفسي ووصفوه و كتبوه على أوراق قبل الميلاد .⁽²⁾

كان اليونان القدماء يؤمنون أن المرض من عمل الشيطان، فالشياطين حسبهم تتجسد البشر وخاصة الأمراض النفسية والعقلية التي كانوا يطلقون عليها تسمية المرض المقدس حيث كان يعتقد تارة أن أرواحاً خيرة قد دخلت المريض، ولذلك كان يعامل بالحسنى والاحترام والحماية بينما كانت أمراض أخرى يعتقد أنها بسبب أرواح

(1) - بن فرج الله بخته: واقع الاضطرابات العقلية في الجزائر، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، جامعة الواد، العدد الرابع، 4 ديسمبر 2017م، ص 142

(2) حامد عبد السلام زهران: علم النفس النمو، عالم الكتب، القاهرة، د.ط، سنة 1990، ص 25

شريرة، كانت تعالج بالقسوة والشدة والضرب لطرد تلك الأرواح الشريرة التي لا تتفهم المعاملة الحسنة إلا بالتعذيب والضرب .

كما كان الرومان واليونان يعملون على التخلص من هذه الفئة من البشر، بواسطة القتل ففي اسبرطة كان يتم التخلص من هؤلاء عن طريق رميهم من أعالي الجبال للحيوانات المفترسة وكانوا يوضعون في ملاجئ مظلمة ويقيدون بالسلاسل ويضربون ضربا مبرحا.

لكن بعض الفلاسفة الإغريق اعترضوا على هذا التصور فكان لهم الأثر الأول في نشأة مفاهيم واعية للطلب وعرفه اليونان حينما وضع (Hippocrate إيبوقراط 460 ق.م) نظريته عن الأخلط الأربعة الدم والبلغم والصفراء والسوداء واعتبر ان الاضطرابات العقلية هي أمراض دماغية ناتجة عن عيوب في الأخلط الأربعة للجسم. (1)

كما "جاء في كتاب الجمهورية لأفلاطون نصيحة بألا يظهر أي مصاب بمرض عقلي في طرقات المدينة بل يقوم أقاربه بملاحظته في المنزل بقدر إمكانهم، وتقديم وسائل للتسلية والترفيه للمريض المصاب بالاكئاب وعلاجه بوسائل الرياضية البدنية والموسيقى والقراءة كما أوصوا لبعض المرضى بالغذاء الجيد والحمامات الدافئة"⁽²⁾ حيث يدعوا أفلاطون إلى ضرورة الرعاية للمريض، وأنها تنطلق من خلال الأسرة بحكم أنها الحاضن الأساسي في العملية، كما يقدم من خلال لهذا عدوة لطرق العلاج فهو يعتبر أن الرياضة والموسيقى عامل مهم في دفع المريض الى العلاج.

(1) - بن فرج الله بخته: واقع الاضطرابات العقلية في الجزائر، المرجع السابق، ص 143

(2) - سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،

2004، ص 16

لقد ازدهرت العلوم الطبية في العالم الاسلامي ومن أبرز الأعلام والأطباء العرب في هذا المجال نجد الطبري وابن سينا حيث تأثروا بما جاء من تراث يوناني من أفكار ومعتقدات بالإضافة الى دعوة الإسلام وبالإحاح في رعاية المرضى وخاصة الأمراض العقلية حيث أقاموا العديد من المستشفيات لهذه الفئة و تاريخ الطب العربي يؤكد ذلك فقد عرف الأطباء المسلمون المرض العقلي، فكانت المستشفيات تضم أجنحة للأمراض العقلية والعصبية، ووضع بعض الأطباء المسلمون رسائل في الأمراض العقلية، فابن عمران وضع كتاب في (الماليخوليا)، وكتب ابن الهيثم عن تأثير الموسيقى في الإنسان والحيوان ويعتبر الرازي رائد الطب العقلي حيث قال "على الطبيب أن يمني مريضه بالشفاء حتى ولو كان ميؤوسا منه فإن مزاج الجسم نابع من مزاج النفس" (1)

تعتبر العصور الوسطى عصور مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي فقد عادت طرق العلاج إلى سابق عهدها في العصور القديمة ، فخلال العصور الوسطى حدثت نكسة و عاد الفكر الخرافي و انتشرت الشعوذة و عادت فكرة تملك الأرواح الشريرة لجسم الإنسان حيث كان الأغنياء يأتون بضعاف العقول و يرعونهم مقابل أن يعملوا أي عمل يطلب منهم العلاج فكان يربط المريض بالسلاسل وتجويعه و ضربه بالسياط بدعوة أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة للمريض)و قد كان يتم تفسير المرض العقلي حينذاك وفقا لوجهتي نظر مختلفتين (2) هما:

1- "الأرواح الشريرة كانت تحل في الجسد دون رغبة صاحبها كعقاب من الله على ما ارتكبه الإنسان من و آثام و ذلك في حالة المرض العقلي ذنوب."

2-الأرواح الشريرة قد تحل في الجسد برغبة من صاحبها وذلك نتيجة لاتفاق مسبق مع الشيطان والتحالف معه للعمل مشترك."

(1) - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، المرجع السابق، ص 17

(2) -حامد عبد السلام زهران: علم النفس النمو، المرجع السابق، ص 97

وقد كانت تلك العصور بحق أظلم فترات التاريخ حيث سمحت القوانين رسمياً بتعذيب وقتل آلاف الأبرياء من المرضى وذوي الاضطرابات النفسية والعقلية والمعاقين عامة.

في هذا العصر تم التخلص بسرعة من اعتقادات القرون الوسطى ومن الشعوذة وظهر التفسير الموضوعي مرتبطاً باضطراب فسيولوجي أو دماغي و تصنيف الأمراض العقلية و دراسات عديدة على المرضى العقليين دون أن يغير هذا شيئاً في معاملتهم و بقوا يعيشون في ظروف صعبة رغم تطور مفهوم احترام الفرد وفي هذا العصر وجهت انتقادات عديدة لطرق المعاملة السابقة للمرضى العقليين حيث ذكر الطبيب الفرنسي اسكوبيرو عن مستشفيات للأمراض العقلية حيث قال "لقد رأيت المرضى عرايا لا يحميهم من برد الأرض الرطبة سوى القش، يحرمون من الهواء النقي ، كانوا قساة مع المساجين يشرفون عليهم بوحشية يتركونهم في قذارتهم تحت عبء الأغلال ينتظرون لحظة الموت تحت سيطرة السوط و السجن.."

الفصل الثالث: أنواع الأمراض العقلية وأعراضها وسبل التكفل بها

المبحث الأول: تصنيف الأمراض العقلية

المبحث الثاني: أعراض المرض العقلي

المبحث الثالث: أساليب التكفل بالمرض العقلي

الفصل الثالث: أنواع الأمراض العقلية وأعراضها وسبل التكفل بها

المبحث الأول: تصنيف الأمراض العقلية

المطلب الأول: تصنيف الأمراض العقلية حسب المدرسة الفرنسية

أولاً: الأمراض العقلية الحادة

- نوبات انفعالية (ردود أفعال عصبية حادة)
- ذهان الهوس الاكتئابي.
- أعراض هذيانية، وهلوسات حادة.
- أعراض خلط ذهني

ثانياً: الأمراض العقلية المزمنة

- العُصابات.
- ذهان الهذيان المزمن (منظم برانويا / خيالي برفرنى).
- الفصام.

المطلب الثاني: نماذج عن الأمراض العقلية

الفرع الأول: الفصام

أولاً: مفهومه

الفصام من بين أنواع الأمراض العقلية التي من المحتمل أن تصيب العديد من الأشخاص فتؤثر على حياتهم النفسية والاجتماعية، وهذا ما كشفت المحاولات التي قام بها أصحاب العلاج الإكلينيكي حيث توصلوا إلى أن " غالبية المرضى الموجودين لمدة أطول داخل المستشفيات النفسية هم من الفصاميين والذين تتراوح نسبتها في غالبية المستشفيات العالمية حوالي 70 % من الحالات.

فالفصام ليس ظاهرة مرضية حديثة؛ إي أنه لم يظهر مع العصر الحديث بل هو موجود منذ القدم فقد عُرف الفصام منذ القديم كمرادف لمصطلح الفصام باللغة الفرنسية La Schizophrénie وهذه الكلمة ذات أصول يونانية تعني انفصام العقل أو انشطاره، ولقد أعطى بروير سنة 1911 تسمية الفصام كبديل لاسم العته المبكر الذي جاء به اميل كرابلن.

وللفصام مجموعة من المظاهر التي تساعد على التعرف عليه، ومن بين هذه المظاهر تلك الإضطرابات التي تحدث على مستوى التفكير واللغة والادراك وهذا ينعكس سلبا على شخصية الفرد "حيث تشتت وتتناثر مكوناتها وأجزؤها ويصبح المريض يعيش في عالمه الخاص به بعيدا عن العالم الخارجي " أي أنه يتفوق حول ذاته وتصبح ذاته هو العالم الوحيد والحقيقي الذي ينتسب إليه، مما يجعله يعتقد أن العالم الخارجي يشكل خطرا وتهديدا وهذا الأمر يدفعه إلى الهروب منه نحو ذاته والإكتفاء بها.

كما يعتبر الفصام لدى جمعية علم النفس الأمريكية " مجموعة من الاضطرابات الذهانية التي تتميز باضطراب في العلاقة الواقعية وتكوين مفهوم حول الذات وحول الآخر، كما يتميز باضطرابات في مجرى التفكير والسلوك غير المنتظم يميل إلى التدهور والسير في طريق الأزمات"⁽¹⁾، وبهذا فان الفصام لا يخرج عن نطاق كونه مرضاً عقلياً له أبعاد نفسية واجتماعية تدفع بالمريض إلى العودة إلى ذاته والنفور من العالم المحيط به.

(1) جمعة سيد يوسف: سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، سلسلة الكتب الصادرة عن المجلس الثقافي للفنون والآداب، الكويت، عدد 145، سنة

ثانياً: أسباب الفصام

يتفق معظم الأطباء على أن أسباب الفصام تعود إلى عوامل تؤدي إلى إصابة الشخص بالفصام وهذه العوامل تتمثل في عوامل بيولوجية وعوامل نفسية واجتماعية.

أ-العوامل البيولوجية:

من المفترض لدى الأطباء النفسيين أو من خلال العديد من الدراسات يمكن أن يكون مرض الفصام مرضاً وراثياً ينتقل بيولوجياً بين أفراد العائلة الواحدة حيث أثبتت بعض الدراسات على أن الوراثة تلعب دوراً في حدوث المرض لأن الكثيرين من المصابين بالفصام ينحدرون من عائلات لديها نفس الإصابة.

ب-العوامل النفسية:

ان عامل للنفسي للفرد يلعب دور كبير في الإصابة بمرض الفصام، فالتوترات النفسية التي يمر بها الفرد داخل الأسرة وكذلك الصدمات التي يتعرض اليها "تؤدي الى أسلوب في الحياة يتميز بعدم الاستقرار وهذا ما يجعل الشخص يلجأ لاستخدام الآليات الدفاعية، وحين تفشل تلك الآليات يصبح الشخص غير قادر على قبول نفسه وهنا تظهر الأعراض الفصامية " على مستوى السلوك وكذلك التفكير (1).

ج-العوامل الاجتماعية:

ان الإنسان باعتباره كائن اجتماعية، فإن اجتماعه بغيره من البشر قد يكون فيه ضرر للنفس، ذلك لأنه يتعرض للعديد من الظواهر الاجتماعية التي تؤثر على نفسه مما يؤدي الى إصابته بالأمراض، وتتمثل هذه الظواهر الاجتماعية في "الاحساس بالمعاناة كالفقر والحرمان، الضغوطات الاجتماعية، الهجرة والظروف المعيشية الصعبة، كل هذه العوامل الاجتماعية من شأنها ان تزيد من معدل حدوث المرض ".

(1) سلفانو اريتي: الفصامي كيف نفهمه ونساعده، ترجمة عاطف أحمد، عالم المعرفة، الكويت، ص 91

ثالثاً: أعراض الفصام

أ/ العزلة والإبتعاد عن الحياة الإجتماعية وتفضيل البقاء مع الذات.

ب/ الكسل والخمول وفقدان الرغبة في القيام بأي نشاط وإنعدام الحيوية والصمت وعدم الرغبة في الكلام

ج/ يظهر لدى المريض إضطراب في النطق حيث من الصعب فهم ما يقوله المريض.

د/ إضطراب على مستوى التفكير يؤدي إلى عدم إنتظام الأفكار والإنتقال من موضوع لآخر ليس له علاقة بالموضوع الذي كان يتحدث فيه وتكون أفكاره غير منطقية.

هـ/ الهذيان وظهور إعتقادات متناقضة عند المريض تتراوح بين الشعور النقص والشعور بالعظمة.

و/ الهلوس وتكون في غالبيتها سمعية أو بصرية بعيدة عن الواقع ومن نسج خيال المريض.

ز/ عدم مشاركة أفراد المجتمع في نشاطات الحياة اليومية. فقدان القدرة على التركيز والإنتباه.

رابعاً: أنواع الفصام

أ/ الفصام البسيط

وهو فصام نفسي متأخر من مظاهره أن يحدق المريض في الفراغ، يمشي في الشارع ويركض وراء عربات النقل أو يعيش في المستشفى لا يقوم بأي عمل، فهو منطوي على ذاته إلى أبعد الحدود، ولا يهتم بما يجري حوله ومن المستعصي علاج مثل هذه الحالات لأن المصابين في الغالب يموتون في سن متأخر. (1)

ب/ الفصام الهيبوفريني

(1) جمعية سيد يوسف: سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، المرجع السابق، ص 195.

يصيب الإنسان عادة في مرحلة المراهقة، ومن مظاهره بداية تدهور الشخصية، وعدم تكاملها، وعدم الإستقرار والإستغراق في أحلام اليقظة والإبتعاد عن المعايير والقيم الإجتماعية والإنطواء والتبند الإنفعالي والإختلاط في التفكير والكلام والسلوك الطفلي الغريب مع عدم العناية بالنظافة الجسمية.

ج/الفصام الكاتاتوني (التخشيبي): يكون هذا النوع من الفصم على مستوى الحركة بين النقصان والزيادة لأنه قد يكون هناك مريض له نقص في الحرة وهناك مريض له الإفراط في الحركة

وينقسم الى نوعين:

1- الفصام الحركي الهياجي: يتميز هذا النوع بالحركة المفرطة وعدم الاستقرار، والتعب، وفقدان الوزن مع عدم التوافق بين المزاج والتفكير، وسرعة الكلام، وردود الأفعال الغريبة والهلوسات والعدوان، والتصنع في المشي والحركات.

2- الفصام التصليبي: يتميز بالتثبيط، وثنائية الشخصية، وكذلك الوضع التصليبي أو التماثلي أو وضع الجنين، أو حتى وضع الميت كما أن المريض في هذه الحالة يتخذ وضعًا يكف فيه عن الكلام، ولا يتفاعل مع من حوله، ولا يجيب على الأسئلة الموجه له، ويردد ألفاظًا غير مفهومة.

د/الفصام الهبيفرني:

هذا النوع من الفصام يكون في سن مبكرة، ومن مظاهره الإنطوائية عدم إقامة التواصل مع الآخرين كما تظهر أعراض هذا النوع في عدم الإهتمام بالنظافة الجسمية وظهور إضطرابات في التفكير، شدة الإنفعال والإنشغال بالمسائل الدينية، وقضايا التقاليد والعرف الإجتماعي.

هـ/الفصام الحاد

تكون أعراضه حادة وفجائية الظهور، وقد يُشفى المريض منه تماما في غضون بضعة أسابيع، وقد ينتكس تكرارًا، وغالبا ما يتقدم المرض إلى شكل كلاسيكي.

و/الفصام المزمن

حيث يمر المريض بعدة مراحل يشهد فيها حتى يزمن إذا لم يُعالج.

ز/الفصام التفاعلي

يرتبط فيه المرض بعوامل نفسية حديثة أو ضغوط إجتماعية واضحة، ويكون المريض متوافقا إجتماعيا قبل المرض؛ أي أن هذا المرض قد يصيب أشخاصا كانت علاقتهم بالوسط الإجتماعي سليمة لكن الضغوطات الإجتماعية حالت دون ذلك.

ح/الفصام المتخلف

عندما يصاب المريض بمرض الفصام وبعد خضوعه للعلاج وشفائه من المرض قد تتخلف لديه بواقي أفكار، أو إنفعالات، أو سلوك فصامي، وبقايا هلوسات، وهذات بسيطة لا تؤثر في توافقه الإجتماعي.

ط/الفصام الكامن

هذا النوع من الفصام يكون غير ظاهر لأن السلوك يميل نحو الفصام ولكنه لا يزال خارج نطاق الشخصية الفصامية على حد الذهان حيث يحقق فيه المريض نوعا من التوافق⁽¹⁾

خامسا: وجهات نظر في أسباب الفصام

السبب الحقيقي الكامن خلف مرض الفصام غير واضح وهذا ما أثبتته الأبحاث في مجال علم النفس، فرغم الجهود التي بذلها العلماء والباحثون، إلا أنهم لم يتمكنوا من تحديد السبب الرئيسي وهذا يعود بالدرجة الأولى إلى غموض المرض، وتعقيده وبالتالي فما قدم إلى حد اليوم في تحديد أسباب هذا المرض ليس سوى فروض

(1) عبد الرحمان العيسوي: سيكولوجيا الإعاقة العقلية والجسدية مع سبل العلاج والتأهيل، المرجع السابق، ص 277.

نظرية تشكل منطلقاً فكرياً لأبحاث جديدة ويمكن تحديد أسباب المرض من خلال الوقوف على أهم الوجاهات الموجودة في هذا المجال.

أ/ وجاهات النظر السيكلوجية

وجاهات النظر النفسية تفسر المرض إنطلاقاً من العوامل والتأثيرات السلبية التي تصدر من المجتمع والتي يكون لها تأثير كبير على الفرد في شكل اضطرابات، ومن الأمثلة على هذا التأكيد ثنائية العملية الإستجابة ثم فرضية النكوص، ثم فرضية الرابطة المزدوجة، فهذه التأكيدات كلها تؤكد على إمكانية الإصابة بمرض الانفصام لأنها مستخلصة من وقائع سابقة.

ب/ ثنائية العملية الإستجابية

يذهب علماء النفس الإكلينيكي إلى أن الإصابة بمرض الفصام تعود إلى تلك الإختلالات التي تعرض لها المصاب في مرحلة مبكرة من حياته وبناءً على هذا يتم تفسير كل السلوكيات الصادرة عنه، وتتم عملية الكشف من خلال إقامة مقارنة بين نوعين من الأفراد بين شخص مريض وشخص سوي، وانطلاقاً من هذا يتم تشخيص الأسباب التي جعلت الفرد المريض يُصاب بهذا المرض.

في حين انتهت الدراسات في هذا الميدان إلى أن هناك نوعان من الفصام: نوع إستجابي وآخر يسمى بالعملية الفصامية؛ أي أن هناك قسمان الأول هو العملية الفصامية والثاني هو الإستجابة الفصامية؛ والفرق بين النوعان هو أن النوع الأول يكون في المرحلة النهائية بعد عملية إنحلال طويلة ناتجة عن سوء التوافق والشفاء من هذا المرض في هذه المرحلة شبه مستحيل، أما النوع الثاني فيكون نتيجة سوء التوافق وتظهر أعراضه ببطء؛ وبشكل خفي وأعراضه تكون فجائية إلا أن نسبة الشفاء منه تكون أفضل من النوع الأول.

ومن بين النظريات التي تؤكد على ذلك نجد:

ج/ نظرية العوامل البيئية والأسرية

أثبتت العديد من الدراسات في أوروبا و أمريكا أن مرض الفصام يصيب طبقة معينة في المجتمع، ويكثر في الطبقات السفلى التي تعاني من أزمات مادية واجتماعية و ثقافية، فكل هذا يولد في نفسية المريض إضطراباً ذهنياً نتيجة هذه الضغوطات التي يعيشها بسبب وضعه الاجتماعي، كما أثبتت هذه الدراسات أن المصاب بهذا المرض في الغالب يكون معزولاً عن مجتمعه ويعيش حالة من النفور الإجتماعي بالرغم من وجود الكثير من الأشخاص حوله وهذا المرض منتشر بشكل أكبر في الأسر المفككة والتي مرت بتجربة الطلاق أو في الأسر التي فقدت أحد الأبوين، أو التي تكثر فيها الخلافات الزوجية⁽¹⁾.

إن العزلة الإجتماعية تؤكد ظهور أعراض نهائية مشوبة بالشكوك و الأوهام كما يحدث في البرافريينا التي هي أحد أنواع الفصام؛ هناك نظرية التناقضات الأسرية " نظرية ليدزوفليك " أثبتت هذه النظرية أن بعض الأسر بوجود توتر كبير بين الأبوين مع التهديد بالإفتراق أو الطلاق ، و تكرار النزاع و الضغوطات مناحدهما على الآخر ، ينتج فرد مريض بالفصام لا يعرف بأي من الوالدين يقتدي وأي سلوك منها ينبغي إتباعه، كما قد يكون الخلاف بين الوالدين المنسجمين ظاهرياً ، إلا أن العداء بينهما مستتر و مستمر، و هذه العلاقة المضطربة تنتقل إلى الطفل و تترك شعوره بذاته أو كما وصفها ليتمان واين بان محاولة الإنسجام في أفراد العائلة مع بعضهم يفقدون مزايا الإستقلال الذاتي و الشعور بالنقطة⁽²⁾ ، ويسبب كل ذلك إفتقاد عنصر التعاون و التفاهم و تمتاز هذه الأسر بصفات عامة و هي:

❖ ظهور صفات شبه فصامية أحد الأبوين أو في كلاهما

❖ البرود العاطفي بين الأبوين.

❖ وجود التعايش مرضي بين الطفل ووالده.

(1) سامر رضوان: الفصام أسبابه وعلاجه، الأرشيف العربي العلمي، 2018، ص 26.

(2) سلفانو اريتي: الفصام كيف نفهمه ونساعده، المرجع السابق، ص 93

❖ معاناة الأبوين من اضطراب فكري.

د/ نظرية الشخصية التمهيدية في ظهور الفصام

إن شخصية المريض تلعب دور كبير في الإصابة بالمرض، فالمريض الذي يتأثر بالظروف البيئية والوراثية تكون له القابلية للإصابة بالمرض، وبالرغم من تعدد الآراء في هذا المجال إلا أن أهم الأبحاث التي قام بها أرنولد " عام 1955 وأشار إليها في كتابه عن الفصام ، حيث إنتهى من خلال دراسته لأكثر من 500 مريض فصامي أن نسبة 32,2 % من شخصيات المرضى قبل المرض كانت شخصيات سوية لا تعاني من أي أعراض، ونسبة 26,2 % من شخصيات المرضى قبل المرض كانت غير محددة ، كما وجد أن نسبة 26,2 % ،أيضا كانت شبه فصامية غالب عليها طابع الإنطواء والإعتزال ، كما وجد أن نسبة 15,4 % كانت شخصيات مضطربة لم يظهر عليها الفصام بعد⁽¹⁾.

كما انتهى أيضا أرنولد من خلال دراساته إلى أن مرضى الفصام تظهر عليهم العديد من الأعراض التي تبدأ بالعزلة والإنطواء والإبتعاد عن المجتمع، ذلك لأنهم لا يجدون راحتهم إلا في عزلتهم، كما تكون لهم صفات معينة مثل الخجل والحساسية المفرطة مع صعوبة في التعبير عن الإنفعالات، الخيال الدائم والتفكير الزائد وتجنبهم مواجهة الواقع، وهذا ما يجعلهم يميلون إلى الأعمال التي تحقق لهم العزلة و بجدد الإشارة إلى أن هذا النمط من الشخصية يستطيع النجاح في حياته العملية إذا اختار لنفسه الحياة الملائمة، أما من الناحية الجسدية فإن المريض يعاني من ضيق في الصدر و الكتفين و طول الأنامل و الرقبة و لكن لا يمنع وجود فصاميين ذوي أجسام مكنتزة.

هـ/فرضية النكوص

(1) سلفانو اريتي: الفصامي كيف نفهمه ونساعده، المرجع السابق، ص 95

هذه الفرضية تهتم بتفسير السلوك غير العادي الذي يعد سلوك فصامي لأنه يعكس تلك التشوهات السلوكية التي يعاني منها المريض على مستوى الشخصية، فنجد المريض في هذه الحالة ينزع إلى القيام بسلوكات وتصرفات تشبه تلك التي يقوم بها الأطفال في مرحلة ما تحت الضغط وهذا الأمر يهيئ المريض إلى العودة إلى مستوى أشبه بمستويات الأطفال في العمل والسلوكات.

تذهب نظرية التحليل النفسي إلى أن لجوء المريض الانفصامي إلى القيام بسلوكات الأطفال يكون سببه تلك الإنفعالات السلبية التي يتعرض لها المريض في المراحل الأولى من حياته، كما يكون أيضا للأبوين دور كبير في إصابة الأطفال بهذا المرض، فالأبوين الذين يؤمنان بقدرات أطفالهم ويشجعونهم في مواقفهم ولا يتدخلون في أمورهم إلا للضرورة القصوى مما يجعلهم أشخاصًا مستقلين لهم القدرة على إدارة حياتهم وهذا يمنع إصابتهم بالفصام على عكس الأطفال الذين يتعرضون للمرض؛ فيكون ذلك نتيجة الإهتمام الزائد أو نتيجة الإهمال المفرط لذا فان نظرية التحليل النفسي أثبتت ان الأمهات الفصاميين إما أن يكُن منسلخات إنفعاليا على أطفالهن و إما أن يكُن مفراطات في حمايتهن .

و/ فرضية الرابطة المزدوجة

هذه الفرضية تنطلق من العلاقات الإجتماعية وعملية التواصل بين الناس وتختص هذه الفرضية بدراسة أنماط التواصل المنحرفة والشبه منحرفة التي تعود جذورها إلى مرحلة الطفولة، حيث يلجأ المريض إلى إستعمال لغة مضطربة في التواصل مع الآخرين يغلب عليها الإختلاط، إلا أنه لا يمكن أن نقول عنها أنها عبارات طفيلية وعشوائية، بل هي عبارات مقصودة من أجل عدم الإنغماس مع الآخرين لأن غايته من هذا؛ هو عدم التواصل مع الآخرين.

ز/ المنظور البيولوجي

المنظور البيولوجي يفسر المرض إنطلاقاً من كونه يحدث بسبب وجود إختلال على مستوى المخ، أي أن هذا المرض ليس نفسي إنما هو نتيجة تلف يصيب المخ ويعود هذا المرض إلى القرن التاسع عشر، وقد أكد هذا الأمر التقدم الذي حققته البشرية في علوم الإحصاء والطب المايكروبيولوجيا فإن هذه الفكرة لا تزال قائمة وتتمثل في الأبحاث المنصبة على المتغيرات الوراثية والبيوكيميائية المرتبطة بالسلوك الفصامي (1).

ح/ المتعلقات الوراثية

لقد لجأ بعض علما النفس إلى تفسير مرض الفصام تفسيراً وراثياً، أي أن هناك جينات وراثية تحمل المرض لأفراد العائلة الواحدة وهذا الطرح لم يظهر إلا مع الوقت الحاضر، لأنها تحولت إلى حقيقة مثبتة لا يمكن إنكارها، وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن هذا المرض وجد في 60 % من أفراد عائلات المرضى بالفصام وهناك بعض البيانات الإحصائية التي تشير إلى أنه كلما إزدادت صلة المرء عن طريق قرابة الدم بشخص فصامي إزداد إحتمال أنه سيصاب هو أيضاً بالفصام وأن 15 % من إخوة الفصامي فصاميون كذلك، على حين أن الرقم ينخفض إلى 4 % او 5 % بين أبناء و بنات إخوته و أخواته ، و كذلك تصل النسبة إلى 16 % من الأطفال الذين يكون أحد أبويهم فصامياً ينشأ عندهم الإضطراب من بعد ذلك. (2)

ط/ المتعلقات البيوكيميائية

التفسير الكيميائي لمرض الفصام؛ يضرب بجذوره في العهد اليوناني والعربي القديم، حيث تم تفسير هذا المرض على أنه ناجم عن إضطراب في التكوين الطبيعي للأخلاط وسوائل الجسم و عصارته وهذا ما تم إثباته في العصر الحديث، حيث إنتهى العديد من الأطباء إلى أن العامل الكيميائي يعد من بين المسببات الأساسية لمرض

(1) سلفانو اريتي: الفصامي كيف نفهمه ونساعده، المرجع السابق، ص 89

(2) فخري الدباغ: أصول الطب النفسي، دار الطليعة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، دط، سنة 1983، ص 153

الفصام؛ فالافتراض القديم و الحديث يتساويان من حيث المبدأ ومكانة وطريقة جسمه، إن ملاحظة توترات من أن المواد قادرة على إحداث تغيرات عقلية في الفرد العادي كما أن بعض هذه المواد لها قابلية لإزالة بعض الإضطرابات العقلية .

مع بداية الخمسينات من القرن العشرين بدأ استخدام مضادات الذهان في علاج الفصام ووجد أن العلاج الطبي له تأثير مهدئا على الهلوس والهذات وإتضح أن الأعراض الجانبية لهذه العقاقير يؤدي إلى أعراض مماثلة لما يوجد في الإضطرابات الأخرى، وهو عرض ملحوظ في مرض باركسون ويعلم الأطباء أن هذا المرض لديهم نقص في مستوى الناقلات العصبية كالدوبامين (1).

كما ساعد العلاج الطبي على خفض معدل انتفاخ عضلات في مرض باركسون مما دفع جعل الباحثين إلى التساؤل إذا ما كان يعاني مرض الفصام من زيادة معدل الدوبامين، وإذا كان فعلا يؤدي إلى ارتجاف العضلات، ومن خلال المجهودات التي بذلها العلماء في هذا المجال إنتهوا الى القول أن هناك إفتراضات عديدة يمكن من خلالها تفسير هذا المرض بسبب وجود إختلالات بيوكيميائية متباينة في مرض الفصام ، فمن المعروف أن بعض العقاقير مثل السالكين وكذا العقار L.S.D و عقاقير أخرى تؤدي إلى إضطرابات في التفكير و الإنفعال كما تؤدي هلاوس و هذات شبيهة بمرض الفصام .

ي/ المنظور الاجتماعي

إن أكثر النظريات الإجتماعية التي تتصل بالمرض العقلي، تعود تاريخيا إلى ذلك الفرض القائل بأن المدينة من شأنها أن تدفع الناس إلى الإضطراب العقلي أي أن الإنسان منذ أن أصبح يعيش في جماعة، بدأت الامراض العقلية في الظهور؛ وهذا يعني أن مرض الفصام كذلك سببه الظروف الإجتماعية القاهرة لنفسية الفرد لأن كل أنواع الضغط التي تواجه الفرد مثل البيروقراطية و التكنولوجيا من شأنها أن تضع عبئا فادحا على كواهل عدد

(1) سلفانو اريتي: الفصامي كيف نفهمه ونساعده، المرجع السابق، ص 91

كبير من الناس مما يسبب إهيار عدد منهم، غير أن الأبحاث الحالية في ميدان علم النفس قد أثبتت أن مثل هذه الأمراض كانت موجودة حتى في المجتمعات البدائية، وبالتالي لا يمكن القول أن البيروقراطية والتقنية هي التي استحدثت هذا المرض بل الواقع أن بعض الأعراض التي إكتشفت في المجتمعات التي هي أقل في مستواها من الناحية التكنولوجية لا نظير لها في مجتمعاتنا ، على حين أن معظم الأمراض العقلية التي هي أكثر شيوعا و التي هي من نوع الإكتئاب و الفصام موزعة بسخاء بين الدول .

في سنة قام دينهام 1939 بدراسة العلاقة التي من المحتمل أن تكون موجودة بين المرض العقلي الشخصي وبين التفكك الاجتماعي، حيث أجرى هذه الدراسة في منطقة شيكاغو لأنه كان يؤمن بأن هذا المرض ينتشر في الأماكن التي تتواجد فيها الأقليات؛ لأن في هذه المناطق نجد أعلى معدلات الأسر المتداعية، و البطالة، والجنوح، وهذا ما يمكن أن نطلق عليه العلامات المعيارية للتفكك الاجتماعي، كما حاول كل من هولنجرهد و ريدلش إثبات أن فرض التفكك الشخصي، يعود إلى تفكك إجتماعي ووجب أن نجد أعلى معدلات الإضطراب العقلي في هذه المناطق .⁽¹⁾ من خلال اهتمامها بدراسة ما إذا كان الوضع الاجتماعي أثر على نوع الاضطراب الذي نشأ عند الفرد، وكان السؤال الرئيسي الاول الذي اتخذه الباحثان اساسا للبحث كله هو:

هل الوضع الطبقي مرتبط بالمرض العقلي؟ ومن خلال تطبيق الدراسة وجد ان الطائفة السيكياترية التي يقع فيها المريض ترتبط كذلك بطبقته الاجتماعية ولكن هذه الدراسة توضح لنا كذلك بدرجة كبيرة من الاقناع، ان التشخيص الذي يتلقاه المريض ونوع العلاج الذي يقدم له يرتبطان بطبقته الاجتماعية، ولهذا فقد بات من الضروري ان نكتشف بعمق ما يسود في المجتمع من وجهات نظر نحو المريض العقلي وطريقة تعامل المجتمع مع المريض العقلي، وما مدى تأثير وجهات النظر هذه في تأزم الوضع. لأن للمجتمع تأثير قوي على شخصية الأفراد.

(1) فتحة الدردار: الإدمان، دار النشر، soluteh/Psi، الجزائر، دط، سنة 2001، ص 69

الفرع الثاني: مرض البارانويا

أولاً: تاريخ تطور مرض البارانويا

مرض البارانويا من بين الأمراض العقلية المنتشرة في المجتمعات المعاصرة، غير أن هذا لا ينكر وجود جذور تاريخية لهذا المرض، لأن لفظ البارانويا يعود إلى ألفي سنة على الأقل، فقد كان اليونانيون يشيرون إلى هذا اللفظ باعتباره مرادفاً للفظ الجنون ثم اختفى، ثم ظهر استعماله من جديد في ألمانيا وبعد عام 1818 عاد لفظ البارانويا إلى الشيع خاصة بين أولئك الذين يتبعون تقسيم الإضطرابات العقلية التي تشمل العقل والمشاعر وأخرى غير إرادية.

وذهب هايزوت إلى القول أن البارانويا ما هي إلا إضطراب في قوى العقل، وهذا الاتجاه يتداخل الآن مع مفهوم اضطراب الفكر في البارانويا وحالات البارانويا وبارانويا الفصام " الفصام الهذائي ". وفي سنة 1845 إعتبر جنايزنجر هذا الإضطراب كنوع من الإضطراب الثانوي لإضطراب وجداني. ليكون بذلك البارانويا مرض ينحصر بين العقل والمشاعر؛ أي أن هناك من يعتبره مرضاً عقلياً بسبب إضرابات عقلية وهناك من يعتبره مرضاً عقلياً بسبب إضطراب عافي وجداني. و في سنة 1863 أصبح لفظ البارانويا يشير إلى مرض مزمن يتميز بهذات متناسقة، و ينشأ من إضرابات وجدانية، ولا يكشف عن تحسن أو تدهور عقلي خطير. وفي سنة 1889 قام كرابلن بجمع كل صور الأمراض التدهورية المتناسقة التي ترجع إلى عمليات مرضية أساسية في تصنيف واحد وهو الخبل المبكر.

وقام كول في سنة 1931 بدراسة مجموعة كبيرة من المرضى الذين من المرشح إصابتهم بمرض البارانويا، وقد إنتهى إلى أن هذا الاضطراب يقع في إطار الفصام وأطلق عليه لفظ " بارافرينيا " أي أنه مرحلة من مراحل تطور مرض الفصام بل هو أحد أنواعه.

أما فرويد فقد وصف سنة 1869 حالة البارانونيا على أنها نتاج الميكانيزم الدفاعي الإسقاطي، وفي أوائل القرن التاسع عشر أكد أدولف ماير على أن المصابين بالبارانونيا يكونون غير قادرين على تكييف تفكيرهم الهذائي، ولا على التحكم فيه، ويهتمون إهتماماً شديداً بما يعتقدونه الآخرون فيهم لأنهم يعيشون على إرضاء الآخرين، كما أنهم غير قادرين على إثبات شكوكهم تجاه أنفسهم وتجاه غيرهم. وقد أرجع كامرون في سنة 1943 أصل البارانونيا إلى فشل الإنسان في الطفولة في اكتساب الحد الأدنى من المادة الإجتماعية اللازمة للقيام بدوره؛ أي أن الفرد لم يتمكن منذ طفولته من اكتساب القدرة على كيفية التعامل داخل الحياة الاجتماعية. ويصف سوليفان 1962 الفكر الهذائي بأنه يتصف بتحويل اللوم إلى الآخرين، لأن المريض في هذه الحالة يكون ناقماً على المجتمع، وعلى المحيطين به ويعتبرهم السبب الأول في الوضع الذي يعيشه، كما يثيره الوعي بالنقص من نوع آخر و يقصد بالوعي بالنقص هو القلق الذي ينتج عند إدراك المرء لنفسه على أنه غير قادر على إقامة علاقات حميمة طيبة مشبعة مع الآخرين.⁽¹⁾

ثانياً: تعريف البارانونيا

البارانونيا من بين الأمراض العقلية التي لها تعريفات عديدة، وتعد التعريفات التي عثرنا عليها في المعاجم العالمية أهم التعريفات ولعل التعريف الوارد في معجم لاروس يعتبر أهمها، حيث عرف هذا المرض على أنه مرض عقلي يقابل الشخصية البارانونيدية أو الهذيان البارانوني، هي سلوك شخص اتجاه الآخرين حيث يحس أنهم لهم ميول سلبية اتجاهه تتضمن الاضطهاد أو العدوان، إن هذا التعريف يمكن القول عنه انه عام لأنه أعطى مفهوماً شاملاً حول مرض البارانونيا من خلال تفسيره على أنه يعكس العلاقة السلبية بين الفرد والآخرين الذين يعدون مصدراً للإزعاج مما ولد فيه رغبة الاضطهاد والعدوان.

(1) رشاد علي عبد العزيز موسى: أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، سنة، 2001. ص 202

ثالثاً: أنواع مرض البارانويا

للبارانويا عدة أصناف، ولكن الأكثر شيوعاً وانتشاراً هي:

أ/ **توهم الإضطهاد:** يتميز هذا المرض بشعور المريض بالإضطهاد والظلم حيث يعتقد أن الناس يسيئون معاملته،

و يحاولون تحطيمه بشتى الطرق، ويكيدون له كما يتآمرون لقتله، وقد يفسر الحركات البريئة للغير على أنها

موجهة ضده، فيملؤه الشك و الشعور بالنقص و الخوف، و الغضب مما يؤدي به الشعور و الميل إلى الحقد و

الكراهية و الإنتقام و العداة كما قد يظهر عليه الشعور بالاكنتاب. (1)

كما يشعر بأن كل ما يفعله خطأ ، و أن الظروف و الدنيا قد أدارت له ظهرها في لوم الآخرين لما يواجهه من

صعاب في الحياة ، و يشعر أن معظم الناس أنانيين و قاسيين و أن الرجل الأمين في هذا المجتمع لا يجد مكاناً

لائقاً له أو فرصة عادلة، و يشعر أنه قد أسيء استعماله أو تم ابتزازه ، ولذلك يشعر بالمرارة و يشعر بالإحباط و

الفضل ، وأنه قد يحسن قدراته ، ويشكو من الظلم الحقيقي أو الوهم ، و يشعر أنه تم عزله، ويدور الهذاء عند

المريض حول موضوع دائم مثل الوظيفة أو الوضع الإقتصادي أو حول إختراع ما أو حول زوجته التي يعتقد أنها

ليست آمنة أو غير ذلك من شؤون الحياة .

ب/**توهم العظمة:** هنا يعتقد المريض أنه شخص عظيم أو زعيم أو قائد أو بطل معركة أو نبي أو كاتب مشهور،

ويؤمن كل الإيمان بأهميته وعظمته و تفوقه، وقد يتأكد له أن لديه قوى خارقة تميزه عن الغير و يسمو بها حيث

يلاحظ عليه الحديث على الذات و التعالي و المفاخرة، و تبني أهداف غير عملية مستحيل تحقيقها، كما يلاحظ

عليه أيضاً تقلب المزاج، و حدة الطبع و الغضب و العدوان، و الإخلال بنظام العمل. وهو شخص تسيطر عليه

ضلالات القيمة والقوة والشهرة بأنه شخص معروف أو موهوب

(1) عبد الرحمان الوافي: الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، المرجع السابق، ص 78

ج/ **هذاء الجنس**: يؤكد علماء النفس المرضي على بروز هذا المرض في الأفراد المحرومين جنسيا، حيث يعتقد المريض أن الطرف الآخر يحبه ويعمل كل شيء من أجله، ويرسل إليه رسائل سرية غرامية عن طريق التلفزيون و الجرائد، ويكتب له في المجلات، و يظهر في شكل الهوس الجنسي و الجنسية المثلية، إلى جانب هذه الأعراض فهناك أعراض أخرى مثل عرض جنون المشاركة حيث يصر المريض على الحقوق و المطالبة، بها و جنون الغيرة الشديدة العميقة التي لا أساس لها و يصعب فهمها.

رابعا: أسباب البارانويا

يعود مرض البارانويا الى العديد من الأسباب التي تتمثل في:

أسباب عضوية وأخرى وراثية لأن العيوب الخلقية والعاثات، وأنواع الإعاقة السمعية والبصرية والجسمية قد تكون سببا في الإصابة بالمرض، حيث كشفت الدراسات أن الإعاقة الجزئية من المحتمل أن تؤدي إلى ظهور أعراض المرض أكثر من الإعاقة الكلية، لأن في هذه الحالة نجد أن المريض يحاول إخفاء إعاقته على غيره من أفراد مجتمعه محاولة منه لتعويض القصور الناتج عنها مما يعيق توافقه وتكيفه، وتأقلمه، وهذا الأمر يؤثر على علاقته مع الآخرين⁽¹⁾

أما الاسباب الوراثية فحسب رأي فيشر المسؤولية الأساسية للأكاذيب في الهذيان كافية، وبصراحة تعود إلى الوراثة، بالرغم من أنه لا ينكر أهمية الضغط.

أما بالنسبة للعوامل النفسية فإنها تلعب دوراً كبيراً في الإصابة بمرض البارانويا لأن الأفراد الذين يرغبون في العزلة وعدم الإختلاط بالآخرين والذين تكون لهم وساوس، وغيرة، وشك اتجاه الآخرين هم في حقيقة الأمر

(1) فوزي محمد جبل: الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المرجع السابق، ص 266

مرضى، لأن الإنسان السوي لا يمكن أن يقوم بمثل هذه التصرفات، وتُعد الأسرة الأرضية الأولى التي تمهد لظهور هذا المرض.

كما أن الصراع النفسي الدائم بين رغبات الفرد المكبوتة والخوف من الفشل في إشباعها لتعارضها، وتناقضها مع المعايير الإجتماعية والمثل، والقيم تكون سببا في الإحباط والإخفاق المستمر في معظم مجالات التوافق الذاتي والانفعالي والاجتماعي مع الشعور بالنقص والاعتماد المفرط في استخدام الآليات الدفاعية والتنموية على الذات.

والمعاناة التي يمر بها الأفراد في مرحلة الطفولة تتحول في كبرهم، إلى أمراض عقلية لأن نقص التنشئة الاجتماعية، وعدم نضج الشخصية يكون من بين مسببات البارانويا، كذلك إنعدام الجو الأسري الملائم للطفولة السوية ينعكس سلبا على شخصية الأفراد فعلى سبيل المثال الطفل في مرحلة العمر ما بين 4-6 سنوات إذا فقد مشاعر الطمأنينة و الإحساس بالخوف، ويترسخ هذا الخوف في سن الرشد مما يولد عنده مشاعر العظمة و القوة تقوم بإخفاء الخوف و تغليفه.

خامسا: الشخصية البارانوية

تتسم الشخصية المصابة بهذا المرض منذ مرحلة الطفولة بالوحدة والعزلة والإنطواء والتقلب الإنفعالي، وعدم الأمن والشك، وكلما تقدم الفرد في السن كلما ازدادت هذه السمات وتصبح مبالغة، فتزداد شدة الحساسية ومشاعر العظمة والإضطهاد، وتصبح واضحة من خلال السلوكات التي هي المرآة التي تعكس هذا المرض، وتكشف عنه. و المصاب أيضا بهذا المرض نجد لديه تمركزًا حول ذاته، والتفوق عليها والشعور بالتذمر والعدوان اتجاه الآخرين وعندما يصل المريض إلى سن الرشد فإنه يتحول إلى شخصية تتسم بالجمود والتزمت والغيرة والإستحقاق بالغيرة، والإستحقاق بالغير والتسلط والطغيان على من هم دونه (1)

(1) عبد الرحمان الوافي: الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، المرجع السابق، ص 80

كما تتسم شخصيته بحالة طويلة المدى من عدم الثقة بالناس، والتشكك بنواياهم، وتوقع الأذى من الغير، كما يرفضون اللوم.

سادسا: علاج مرض البارانويا

أ/ العلاج النفسي

هذا العلاج يستهدف تقليل القلق عند المريض، ومحاولة تشجيعه على قبول المساعدة من الآخرين دون إجباره على ذلك، لأن في الإجبار ضغط على المريض وهذا يزيد في حدة المرض، كما نجد أن من بين الطرق العلاجية التي قدمها علماء النفس هو جعل المريض فيتواصل دائم من الأشخاص لزيادة إتصاله بالواقع وإخراجه من دائرة الوهم الذي يعيش فيه بدلا من إضاعة الوقت في إقناعه بأوهامه التي لن يصدق بأنها أوهام من الأساس، لذا فإن أسلوب المعالج يكمن في الإقتراحات البناءة و ليس النقد ، كما أنه يجب عليه أن لا يتدخل في شؤون المريض حتى لا يبدو متطفلاً و لا يثير الخوف و الريبة و الشك لدى المريض ، ومن أجل ان تتجح عملية العلاج يجب أن تكون هناك ثقة متبادلة بين المريض والمعالج حتى يتمكن المريض من إعادة تمحيص إدراكاته و معتقداته ، كما ينبغي أن يتجه الأمل إلى أن يتخلى المريض عن أنماط حياته الجامدة أن يستبدل أنواعا من السلوك التي هي أكثر ارتباطا بالواقع.

كما أن من المفترض بالطبيب المعالج أن يتجنب الدخول في نقاش مع المريض حول مرضه لأن هذا الأخير على دراية تامة بمرضه كما أنه على درجة عالية من الثقة بالنفس، وفي هذه الحالة فإن المريض قد يكون أدكى من الطبيب، ويقوده إلى نقاش ليبين عجز الطبيب أمامه.

ب/ العلاج السلوكي

يستخدم العلاج السلوكي لحالات مرضى البارانويا، وذلك بإستخدام طرقه المختلفة ومنها الكف بالرفض، وكف هذاءات المريض بسلوك تكيفي، ويتم تدعيم هذا السلوك التكيفي وتعزيزه وهذا بطريقة قد تؤدي في بداية العلاج

إلى إهتزاز شخصيته، فيبدأ المعالج في هذه الحالة بتكثيف الجهود التعزيزية الموجبة بأن يقوم المعالج بمنح المريض مكافأة معنوية من الأشياء المحبوبة لديه وذلك عقب كل سلوك تكيف ناجح يقوم به المريض.

ج/العلاج الطبي

يكون من خلال إدخال المريض إلى المستشفى في الحالة التي يصبح فيها خطيرا على نفسه وعلى الآخرين، بحيث توصف له العقاقير وتوضح أعراضها الجانبية حتى لا يشك في نوايا المعالج عند ظهور الأعراض الجانبية ويكون البدء بجرعات صغيرة تزداد ببطء حتى تحقق درجة مناسبة من التحسن .

كذلك يمكن استخدام الصدمات الكهربائية في علاج البارانويا وفي بعض حالاته خاصة إذا أعطيت مبكرا والاشتراك مع المهدئات العظمية وجرعات كافية.

المبحث الثاني: الأعراض المرض العقلي

إن المصابين بالأمراض والاضطرابات العقلية يتميزون بتوقف وشدوذ في سلوكيات ونشاطات الإنسان السوي، من أهم هذه المميزات ما يلي (1):

- 1- عدم تأقلم المريض مع محيطه، مما ينتج عنه عزلة وإنطواء وإنسحاب من المجتمع.
- 2- وجود شدوذ في السلوك والشخصية مما يحدث خلا كليا في شخصية المريض.
- 3- عدم توافق المريض عقليا في علاقاته سواء كانت النفسية والعائلية والإجتماعية وحتى المهنية.
- 4- الأوضاع الغريبة والحركات الشاذة، مما يوحي بوجود إضطراب وعلة في النشاط الحركي.
- 5- عدم استبصار المريض لعلته، مع رفضه العلاج والتعاون مع الأخصائيين لإعتباره أنه لا يعاني من أي إضطراب.

(1) عطوف محمد ياسين: علم النفس الاكلينيكي، دار العلم للملايين، لبنان، دط ، ص 284

- 6- تغيرات انفعالية تتميز بالتطرف، مما يحدث اختلالاً في هذا الجانب.
- 7- الغضب لأتفه الأسباب مع ظهور اضطرابات وجدانية متكررة.
- 8- التلبّد، إذ ما تعرض لمواقف تثير الانفعالات، وهذا نتيجة عدم استجابة المؤثرات الخاصة بالغضب والفرح والخوف والحزن وغيرها.
- 9- زيادة التشاؤم إلى حد كبير، مما يدفع بعض المضطربين عقلياً للانتحار في بعض الأحيان.

المبحث الثالث: أساليب التكفل بالمرض العقلي

المطلب الأول: العلاج النفسي

الفرع الأول: مفهومه

حيث يعتبر كأنجح الطرق في علاج الإضطرابات النفسية والعقلية والسيكوسوماتية الناتجة عن الأسباب النفسية والإجتماعية والجسدية والهدف الأساسي من هذا العلاج هو فهم الحالة المرضية، ثم التخطيط لمعاونة المريض على مساعدة نفسه، وأن يسهل عليه تحمل قدر أكبر من المسؤولية اتجاه أفعاله ويدعم استقلالته لا أن يلغيها، ومن ذلك نجد أن دوره يتنمّل في تخفيف الهموم الشخصية ويقف ذلك على العلاقة الشخصية المهنية حيث أن استخراج ما هو مكبوت (من اللاوعي إلى الوعي، عندئذ يصبح المريض واعياً جداً بما يجري داخل نفسه من صراعات واختلالات⁽¹⁾)، فتسهل بذلك عملية التحكم والتعامل مع ذاته وواقعه دون ظهور أعراض مرضية حادة. كذلك يعتبر أيضاً منهجاً يتضمن خبرة تصحيح أو إصلاح تتم عن طريق التفاعل بين المعالج المتخصص مع واحد أو أكثر من المرضى، وذلك بغية إعادة العميل إلى حالة التوافق والسواء، ولتحقيق هذا الهدف يبدأ في إقامة عدة ظروف ومناهج تسمى استراتيجيات العلاج النفسي.

(1) محمد نصر الدين يحيى: الضغوط والقلق والحالات العصبية، دار الهدى، الجزائر، دط، 2000، ص 96

إذًا؛ يعتبر العلاج النفسي نوعاً من البرامج العلاجية، تستخدم فيها طرق نفسية من أجل علاج الإضطرابات التي تؤثر سلباً في سلوك المريض كعدم قدرته على التكيف، ويقوم المعالج النفسي مع مساعدة المريض على فهم ذاته والوصول إلى حل مشكلاته، وتحقيق التوافق مع ذاته، ومحيطه ودفعه نحو النمو النفسي والصحي، بحيث يصبح أكثر نضجاً وراحة وبإمكانه الاستفادة من قدراته وإمكاناته على أحسن وجه ممكن.

الفرع الثاني: الطاقم البشري للعلاج النفسي

أولاً: الطبيب النفسي

يعتبر أهم عنصر في الفريق المعالج للأمراض والاضطرابات العقلية، وهو الشخص الذي يحمل شهادة الطب زيادة على دراسات عليا في الطب النفسي، ويتمثل دوره في:

أ/ تشخيص الحالة المرضية.

ب/ البحث عن الأسباب النفسية والعضوية المسببة للمرض.

ج/ السعي لاختيار العلاج المناسب للحالة المرضية.

د/ الشخص الوحيد الذي له الحق في تقديم وصفة الدواء.

ثانياً: الأخصائي النفسي

وهو المتحصل على شهادة في علم النفس العملي، ويتمثل دوره في:

أ/ علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية وجسمية أو ردود أفعال نتيجة عدم النضج والتكيف.

ب/ تزويد الطبيب النفسي بالمعلومات حول الحالة المرضية لتسهيل عملية التشخيص والعلاج.

ثالثاً: الأخصائي الاجتماعي النفسي

هو الفرد الحامل لشهادة ليسانس في علم الاجتماع، وتلقى تعليماً خاصاً في علم النفس وتدريباً في العيادات النفسية على دراسة الحالة، وتطبيق الاختبارات النفسية والتشخيص النفسي كما يمارس بعض أساليب الإرشاد النفسي. (1)

الفرع الثالث: أهداف العلاج النفسي

وتتمثل هذه الأهداف فيما يلي:

- أ/ نزع القلق والأعراض المرضية، وضبط عواطفه وانفعالاته.
- ب/ تحسين العلاقة بين المريض وأسرته ومحيطه.
- ج/ التعلم وتنمية الإرادة والنضج، وتزكية آمال وتوقعات المرضى.
- د/ تعليم الفرد كيفية اتخاذ القرارات وتسوية الإتجاهات والأفكار العقلية والسلوكيات، بغية تمكين المريض من التأقلم مع محيطه.
- هـ/ مساعدة الفرد المريض على فهم وتقدير خصائصه النفسية، ومعرفة إمكاناته الجسمية والعقلية والوصول إلى التوافق وتطوير الإتجاهات السوية نحو الذات، ومساعدته على التوافق الاجتماعي والمهني والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة، ومساعدته على الاختيار المهني السليم، كل هذا لمساعدته على إنشاء توافق اجتماعي ومهني (2)

الفرع الرابع: طرق العلاج النفسي

(1) حسن مصطفى عبد المعطي: علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة والنشر، د.ط، 1998. ص 364

(2) عبد المنعم الحفني: موسوعة الطب النفسي، مكتبة مدبولي، المجلد 2، ط2، سنة 1999. ص 272

تتعدد وتختلف طرق العلاج النفسي، ومن بين هذه الطرق نجد: العلاج السلوكي التحليلي، العلاج بالعمل، العلاج الأسري وغيرها.

المطلب الثاني: العلاج التحليلي النفسي

قام بتطويره سيغموند فرويد، ويعتمد على مبدأ تداعي الأفكار؛ أي أن يتكلم الشخص دون أن يفكر ويكون التفريغ اللاوعي للأفكار المخزنة عن طريق الأحلام وزلات اللسان والقلم، حيث كان يعتبر العلاج الأمثل خلال القرن التاسع عشر، ويقوم على أساس العلاج الفردي بمعنى وجود مريض واحد في جلسة مع المعالج حيث يستلقي المريض مسترخياً على أريكة مريحة وينخرط فيما أسماه فرويد بتداعي الحر ويصغي المحلل له جيداً مبدئياً قبولاً و تفهماً مع المريض⁽¹⁾

الفرع الأول: خطواته

أ/ يجب أن يكون المعالج خبير بالتحليل النفسي، وتبدأ العملية العلاجية أولاً بإعطاء المريض معلومات حول التحليل كالأهداف الموجودة من ذلك عدد الجلسات والوسائل المستعملة، والوقت.

ب/ العلاجية الدينامية: وهي العلاقة التفاعلية بين العميل، والمعالج وترتكز على:

1- تقبل العميل لنفسه حتى يكون هناك تقبل من طرف المعالج.

2- انتباه المعالج لكل شيء.

3- أن يكون المعالج متسامحاً.

4- عدم اتخاذ المعالج دور المراقب أو الناصح.

(1) عبد الرحمان العيسوي: سيكولوجيا الإعاقة الجسدية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، المرجع السابق، ص 57

ج/ التنفيس الإنفعالي: اعتبرت هذه العملية تطهيرًا وتفريغًا للمكبوتات بحيث تختفي معه الإضطرابات والأعراض المرضية، حيث يقوم المعالج بتذكير العميل على كل الحوادث والخبرات الماضية واسترجاع الدوافع والذكريات المنسية إلى حيز اللاشعور.

د/ التداعي الحر: تتيح فرصة للعميل للتعبير عن المكبوتات، من أفكار ومشاعر، وهذه العملية تسمى التطهير الإنفعالي بحيث يخرج فيها المريض مشاعره و مكبوتاته إلى حيز الشعور وذلك لتسهيل التعامل معها.

و/ عملية التحليل: تحتوي هذه العملية على تحليل التحويل، تحليل المقاومة وتحليل الأحلام.

1- تحليل التحويل: وهو عملية تحويل المفحوص مشاعره وانفعالاته اتجاه المعالج اي اسقاطها عليه وتكون سلبية وإيجابية، فيشعر المريض اتجاه المحلل بالحب او الكراهية وهذا ما يجعله اما ان يشفى او يخفق بذلك، فالتحويل السلبي يكون بإسقاط مشاعر الحقد والعدوانية اتجاه الفاحص مما يؤدي الى انقطاع العلاقة بين الحالة والمعالج أما التحويل الايجابي تكون فيه العلاقة جيدة بين الفاحص والمفحوص. تحليل المقاومة: وتظهر من خلال عدم التعاون بين الفاحص والمفحوص، وتتمثل في الصمت والامتناع.

2- تحليل الاحلام: " لاحظ فرويد أن العلاج بالتنويم المغناطيسي عملية بطيئة ففضل على أن يعتمد على وسيلة أخرى لمعرفة اتجاه المريض فاعتمد على تحليل الأحلام وتفسيرها، لان الاحلام تحقق في عام النوم.

3- الرغبات المكبوتة التي أخفق الشخص في تحقيقها، و في هذه العملية يطلب المعالج من المريض أن

يروي له اخر حلم راه و تعليقه عليه، و يلاحظ المحلل النفسي انفعالات المريض أثناء روايته و تعليقه عليه

فيسأل المريض عن المواقف التي تثيره في هذا الحلم و مدى ارتباطها بذكريات ماضية لديه و هنا يستعين المحلل

بعملية التداعي الحر و الأسئلة لاستيضاح الأشياء الغامضة و الكشف عن صراعاته.

ويعتقد بعض " المحللين أن الكثير مما يقوله المريض عبارة عن تروية للأشياء الأخرى وعلى المحلل تفسير المعاني الكامنة بطريقة منطقية ومقبولة تساعد المريض على اكتساب استبصار حالته "(1)

ز/التنويم المغناطيسي

" حالة غير محددة قريبة من النوم الجزئي يثار اصطناعيا بتثبيت الانتباه على الشيء لامع بالإيحاء حيث يبقى قادر على خضوع لبعض أوامر المنوم المغناطيسي "

فهو عبارة عن تغير في حالة الوعي مع استرخاء بدني وعقلي تسمح لخروج الإيحاءات إلى العقل الباطني لتغيير نظم معتقدات لشفاء المريض وتخليصه من كل العوامل السلبية في حياته يستخدم لعلاج الأمراض النفسية والجسدية.

المطلب الثالث: العلاج السلوكي

الفرع الأول: مفهومه

أحد أساليب العلاج النفسي و الذي "يعتمد على تغيير سلوك الفرد المضطرب دون التعرض إلى مسبباته الوراثية ، النفسية أو الاجتماعية و يعتبر من أهم العلاجات النفسية التي تعتمد عليها في علاج كثير من الاضطرابات النفسية ، خاصة اضطرابات القلق ، المخاوف و غيرها و لقد انطلق السلوكيين من مسلمة مفادها أنه لا توجد أمراض و إنما الأعراض الظاهرة ، كالقلق ، الاكتئاب ، الوسواس القهري و الانفعالات لا تزيد على أنها استجابات شرطية انفعالية و أن هذه الأعراض هي المرض و لا تكون العلاج فعالا إلا إذا كان هناك تخلص من هذه الأعراض" (2)

(1) بحري هجيرة بارودي: نظرة العلاج العيادي إلى المراهق المعاق حركيا، مذكرة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، 2005، ص 44
 2 علاء الدين كفاي: الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، دار الفكر العربي، القاهرة، د.ط، سنة 1999، ص 290

الفرع الثاني: خطوات العلاج السلوكي

أ/ تحديد السلوك المضطرب.

ب/ البحث عن الأسباب المؤدية للسلوك غير السوي.

ج/ البحث في التاريخ الشخصي والأسري للحالة.

د/ إعداد جدول خاص على حسب الحالة ونوع الاضطراب.

الفرع الثالث: أساليب العلاج السلوكي

هناك عدة أساليب للعلاج السلوكي، وهذا حسب سن ونوعية اضطراب الحالة ومن أكثرها استعمالاً ما يلي:

أولاً: التحصين التدريجي: أسلوب يستخدم في علاج المخاوف وذلك بتعرض المفحوص بطريقة تدريجية للموقف المرتبط بظهور الاضطراب وتكون هذه الطريقة إما عن طريق التخيل إذا كانت درجة الخوف شديدة أو طريقة مباشرة ولقد أثبت هذا الأسلوب نجاحاً في علاج العديد من المخاوف.

ثانياً: التعزيز الموجب: ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي وذلك عن طريق المكافأة أو التدعيم، ويتم ذلك بعد حدوث السلوك الجيد المرغوب فيه فنقدم للعميل مكافأة وتكون إما مادية كهدية أو نقود أو لفظية كالمدح.

ثالثاً: التعزيز السالب: ويستخدم هذا الأسلوب لغرض زيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوب فيها أو السلوك الصحيح وذلك يتعرض العميل لمثير غيرها مقدماً ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوب فيها وقد استخدم هذا الأسلوب في علاج حالات معن الأصبع وقضم الأظافر.

رابعاً: الغمر (الإغراق): يستخدم في التغلب على القلق والمخاوف المرضية وذلك بتعرض المريض إلى موقف مثير للقلق بصورة مباشرة وقد تصل المدة إلى نصف ساعة وقد يتطلب المريض عدة جلسات.

مهما تعددت وتنوعت مناهج العلاج السلوكي إلا أنها " تتفق فيما بينها على هدف واحد وهو استبدال السلوك المنحرف بسلوك صحي يجعل حياة الشخص وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفعالية".

المطلب الرابع: العلاج العقلاني الانفعالي

الفرع الأول: تعريفه

أسلوب من أساليب العلاج النفسي رائده العالم الأمريكي "Albert Ellis" حيث يرى بأن السلوكيات المضطربة تكون نتيجة لأفكار خاطئة ومعتقدات غير منطقية تعلمها الشخص من خلال التربية الخاطئة، حيث يقوم المعالج باستبدال أفكار المفحوص غير الصحيحة عن نفسه وعن الآخرين بأفكار منطقية تتناسب مع التفكير العلمي الصحيح وذلك بالاعتماد على أساليب وطرق تمكن المفحوص من التعرف على أفكاره الخاطئة.

الفرع الثاني: أهدافه

- أ/ معرفة العوامل التي تكمن وراء ظهور السلوك المضطرب
- ب/ تمكين المريض من التعرف على أفكاره غير العقلانية
- ج/ مساعدة المريض من التعرف على تصحيح أفكاره الخاطئة
- د/ تغيير السلوك غير السوي بسلوك سوي
- هـ/ تغيير الأفكار المحطمة لذات واكتساب المريض أفكار تساعد على التكيف والتوافق مع الأسرة والمحيط.

الفرع الثالث: أساليبه

أ/ " الخطوة الأولى في العلاج تبصير العميل بأنه غير منطقي وغير عقلائي وأنه يفكر طبقا لعدد من الأفكار الخاطئة " (1).

(1) علاء الدين كفاي: الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، المرجع السابق، ص 324.

- ب/ الاعتماد على الإقناع وذلك بتقديم أمثلة واقعية ومنطقية.
- ج/ توضيح للمريض أن هذه الأفكار الخاطئة هي السبب في الإضطراب ولن يستطيع أن يتقدم في العلاج وإن لم يغير هذه الأفكار ويستبدلها بأفكار علمية.
- د/ استخدام المعالج مختلف الطرق المعرفية والانفعالية والسلوكية لكي يستطيع المريض التمييز بين المعتقدات المنطقية وغير المنطقية.
- هـ/العلاج الديني "يتوجه إلى تحرير المريض من المشاعر الخطيئة والإحساس بالذنب كما يفتح أمامه باب الأمل والرجاء في الغفران مع تبصير المريض لواجباته الدينية وتشجيعه على أدائها"⁽¹⁾
- يمكن للأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي أن يمارسه إلى جانب الشخص الذي درس العلوم الشرعية، وتتعدد مجالات استخدامه نوبات القلق والوسواس والهستيريا وتوهم المرض والاضطرابات الانفعالية، ومشكلات الزواج وكل الصراعات الفتاكة المبنية على المذات في وضعية اليأس والإنهيار النفسي، وخاصة الإدمان على الكحول الذي يحرمه الدين وحالات الاكتئاب والتشاؤم والمسالك الانتحارية المحرمة أيضا.
- الفرع الخامس: أهدافه**
- أ/ معرفة الخالق والذات.
- ب/ الصدق مع الخالق والذات.
- ج/ قبول بالقضاء والقدر وبالمرض.
- د/ التخفيف من التوتر.
- هـ/مساعدة المريض على الاعتراف الذي يساعد على التفريغ.

(1) أشرف عبد الغني شريت: الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، د.ط، سنة 2003، ص284

الفرع السادس: خطواته

أولاً: الإعتراف

يتمثل في الإعتراف بالذنب والأخطاء، ويساعد الإعتراف على التخلص من مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب الضمير فيظهر النفس المضطربة، ويعيد إليها طمأنينتها، فيجب على المعالج مساعدة المريض على الإعتراف بخطاياهم وتفريغ ما بنفسه من مشاعر الإثم وعليه أن يكون حيادياً ويتقبل كل شيء فالإعتراف يمكن الشخص من الرجوع إلى الحق والتوازن النفسي السليم مع الذات.

ثانياً: التوبة

تتمثل في الشعور بالندم وهذا ما يساعد الشخص على التفريغ والتنفيس، ويكون هذا بمعرفة الذنب والعمل المخالف لأمر الله، ثم الشعور بالذنب وهذا ما يمكن الشخص من ترك الفعل الذي يعد سبباً في اضطراباته وصراعاته الداخلية.

ثالثاً: الاستبصار

ويتمثل في معرفة الشخص المريض العوامل والأسباب التي أدت إلى ظهور الإضطراب وهذه الطريقة تستعمل في العديد من العلاجات النفسية كالعلاج الإنفعالي العقلاني، والعلاج بالتحليل النفسي.

رابعاً: التأمل

ويتمثل في التأمل في خلق الله وفي النعم التي زودنا بها من صحة ومال وأكل وغيرها، وهذا ما يمكن الشخص بالشعور بالرضا والاستمتاع بهذه النعم.

المطلب الخامس: العلاج الأسري

الفرع الأول: مفهومه

يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على أهمية الأسرة في العملية العلاجية باعتبارها وحدة أساسية بالنسبة لنمو الشخصية والتوافق النفسي لأفرادها، "ويهدف إلى تحقيق الفهم المتبادل بين أعضاء الأسرة وكيفية التعامل بينهم وحل المشكلات المشتركة والتخلص من التوتر الانفعالي وتحقيق الصحة النفسية داخل الأسرة ويكون هذا العلاج إما في العيادة أو المنزل بدراسة تاريخ الأسرة من أجل الحصول على التشخيص الصحيح" (1). وعلى المعالج أن يلاحظ أثناء الجلسات علاقة التعامل بين أفرادها، وقد يلجأ إلى أسلوب المواجهة في جو من التفاهم، والتقبل مما يخفف حدة التوتر، ويحقق التوتر الأسري.

الفرع الثاني: أهداف العلاج الأسري

أ/ المساعدة على تخفيف التوتر والضغط داخل الأسرة.

ب/ تحسين أداء الأسرة وذلك من خلال تغيير العلاقات داخلها

ج/ وضع خطة علاجية تسعى إلى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة.

د/ تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة.

الفرع الثالث: أنواع العلاج الأسري

أولاً: العلاج الأسري الجمعي

وهو أسلوب التوجه لكافة أفراد الأسرة بالعلاج عن طريق جمعهم وإقامة الحوار فيما بينهم وصولاً إلى تشخيص اضطراب التواصل بينهم ومن ثم العمل على إصلاحه في جلسات جمعية أيضاً.

(1) أشرف عبد الغني شريت: الصحة النفسية، المرجع السابق، ص 282

ثانيا: التعاون الأسري

وهو أسلوب يعتمد على طلب تعاون الأسرة في علاج المريض عن طريق تحديد السلوك والتصرفات المناسبة لتفاعل أفراد الأسرة مع المريض.

ثالثا: العلاج الأسري السلوكي

وهو أسلوب يعتمد على تعديل سلوك الأسرة عن طريق استبعاد التصرفات غير المطابقة للصحية وإبدالها بأخرى مناسبة ومن خلال جلسات يعقدها المعالج مع أفراد الأسرة في غياب المريض.

رابعا: العلاج الأسري المحوري

وهو أسلوب يعتمد على مبدأ تدريب أحد أفراد الأسرة للقيام بدور المعالج النفسي في إطار أسرته، ويجري تدريب أفراد من أسرة بصورة جماعية في محاولة لتبادل الخبرات فيما بينهم.

خامسا: العلاج الأسر المتخصص

ونقصد به تلك التيارات المتخصصة في العلاج الأسري التي أرست قواعدها الخاصة في التعامل مع أسر المرضى ومع الأسر التي تعاني من صعوبات تواصلية بين أفرادها.

المطلب السادس: العلاج الطبي

يتمثل في المؤسسة الطبية التي هي هيئة تهدف إلى تقديم رعاية صحية علاجية ووقائية سواء كانت عامة أو متخصصة لوجود عدد مناسب من المتخصصين في شؤون الطب كالأطباء والممرضين والأخصائيين بالجراحة، ويمكن أن نميز نوعين من المستشفيات، مستشفى عام خاص بالأمراض العضوية ومستشفى خاص بالأمراض العقلية يكمن الاختلاف الموجود بينهما في طبيعة العلاج " حيث أن المريض بإصابة عضوية يكون واعيا بما

يحدث إلا في حالات كتخديره أثناء العملية الجراحية أما المريض العقلي يكون العلاج بالأدوية المثبطة والجلسات

الكهربائية⁽¹⁾

(1) محمد حسن غانم: مقدمة لعلم النفس المرضي، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، د ط، سنة، 2005، ص52

الفصل الرابع: تشكل المنظومة الصحية بالجزائر في سياقها التاريخي

المبحث الأول: تطور السياسة الصحية في الجزائر

المبحث الثاني: تشكل المنظومة الصحية في الجزائر

المبحث الثالث: خصائص المؤسسات الاستشفائية الحديثة

الفصل الرابع: تشكل المنظومة الصحية بالجزائر في سياقها التاريخي

المبحث الأول: تطور السياسة الصحية في الجزائر:

المطلب الأول: الأوضاع الاقتصادية والصحية والديمغرافية بين 1999-2009:

أولاً: الوضع الاقتصادي سنة 1999 إلى غاية 2009:

عرفت ميزانية الدولة ارتفاعاً وانتعاشاً كبيراً في أواخر التسعينات وهذا نتيجة عائدات البترول والمحروقات، مما ساهم بشكل ملحوظ بخفض مستور التضخم من 65% إلى 3% سنة 2007، أما فيما يخص احتياطات النقد فقد وصلت من 4,4 مليار دولار عام 1999 إلى 140 مليار دولار سنة 2008، ففي سنة 1999 كانت مديونية الجزائري الخارجية 29 مليار دولار، لكن بسبب انتعاش ميزانية الدولة أثر هذا التغيير بشكل ايجابي على المديونية الخارجية، ويمكن الإشارة فقط إلى أن سنة 2015 انخفضت بشكل واسع لتكون أقل من 500 مليون دولار.

وفي سنة 2001-2004 أنشئ برنامج لدعم الانتعاش وهذا لتحسين مؤشر النمو والتقليل من التبعية الكاملة لقطاع المحروقات، ليبلغ متوسط وتيرة النمو خارج إطار المحروقات إلى نسبة 05%⁽¹⁾، وفي سنة 2005-2009 أنشئ برنامج تكميلي لدعم النمو، وبرنامج الهضاب العليا والجنوبية في نفس هذه الفترة.⁽²⁾

وما جعل للجزائر الدافع القوي للخروج من التبعية الاقتصادية لقطاع المحروقات هو الانتعاش والوفرة المالية التي كانت تحظى بها في هذه الفترة، ومن جهة أخرى لم يولي النظام الجزائري الاهتمام بقطاع الصحة بالشكل المطلوب، وهذا أنتج اضطرابات في المنظومة الصحية وهذا ما أخلل بنظام التوازن والخدمة الصحية نتيجة للأوضاع الراهنة.

(1) عبد العالي دبله: الدولة الجزائرية الحديثة الاقتصاد والمجتمع والسياسة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2010، ص78

(2) سهيلة برسو فاقة: صلاح المنظومة الصحية في الجزائر، واقع وآفاق، مجلة دراسات استراتيجية، الجزائر، جانفي 2009، ص12

ثانيا: الوضع الصحي سنة 1999-2009:

خلال هذه الفترة إنتقلت إلى الجزائر الهيمنة وسيطرة الأمراض المزمنة، بعدما كانت الأمراض المهيمنة على البرامج الصحية، وذلك نظرا إلى التحويلات الاجتماعية الكبرى في المجتمع، وكذا التغير في نمط المعيشة وظهور آفات ومشاكل صحية أخرى، كالحوادث والإدمان والأمراض العقلية، وما تحدثها من مشاكل خطيرة على وجه العامة (1) والذي لا يمكن التغاضي عنه.

ونتيجة لظهور الأمراض المتنقلة الكثيرة كالحصبة والتهاب الكبد والتيفويد والليشمانيا ومرض السل، قامت الجزائر بإنشاء برامج وقائية كالبرنامج الخاص بالتلقيح وهو ما ساهم إلى حد كبير لخفض معدل الاصابات التي كانت تزيد بشكل ملحوظ في زيادة نسبة الوفيات بين الأطفال إلى جانب النقائص الكبيرة سواء في المستوى المعيشي، والنقص في الموارد للمتابعة للعلاج والأطباء، الذي حتم على الدولة اللجوء إلى التعاون الخارجي. وعلى الرغم من التحسن في الأوضاع الصحية انتقلت الجزائر من مرحلة الأمراض المتنقلة إلى الأمراض المزمنة في الوقت الذي كانت تعاني فيه المنظومة الصحية للقضاء على مرض السل، ونتيجة لهذا الوضع الراهن، تحتم التكيف على هذا الوضع الجديد. وفيما يلي سنتطرق إلى مسبة بعض الأمراض من العدد الإجمالي للسكان:

أ- داء السكري: ما يقارب ثلاثة ملايين شخص أي نسبة 3%

ب-مرض السرطان: بمعدل إصابة 35 ألف حالة في كل سنة، 53% منه يصيب النساء و47% منه يصيب

الرجال، ففي سنة 2009 بلغ عدد المصابين 130 ألف مصاب.

ج-مرض ضغط الدم: يمثل تقريبا 5% من عدد السكان.

(1) بن حليلة حميدة: الإصلاحات الاستشفائية في الجزائر، النظام التعاقدية، تقرير التريص الميداني، السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية

للإدارة، أبريل 2006، ص05

د-نسبة أمراض المفاصل والربو وأمراض القلب والشرابيين فنسبة 2% لكل واحد منها

هـ-العقلية: فقد وصل سنة 1998 إلى 460 حالة مرضية لكل مئة ألف فرد⁽¹⁾.

ثالثا: الوضع الديمغرافي (1999-2009):

بلغ معدل التمدن في الجزائر سنة 1998 نسبة 58,3% حيث أن أكثر من 18 مليون شخص يقطنون في المدن، أما بالنسبة للمتواجدين في الأرياف لا يتعدى 3 مليون شخص، أما بالنسبة للمناطق النائية فقد وصلوا إلى حوالي 5689 فرد، وقد ساهمت التنوعات الجغرافية في الجزائر إلى هذا التوزيع الغير متوازن فنجد أن:

أ- 37,8% من السكان متواجدون على طول الشريط الساحلي

ب-وفي حين أن 9,7% موزعة على المساحة الإجمالية للبلاد المتبقية، أي 83% من المساحة الكلية.

وكذا للهجرات الداخلية أثر على التوزيع الغير متوازن⁽²⁾، مما وضع على عاتق الدولة إعادة النظر في التنظيم

الإداري والعلاجي الذي يتوافق مع خصوصيات المناطق الجغرافية المختلفة، وهذا للحصول على العلاج

بالتساوي وإتاحة الموارد لجميع السكان في مختلف المناطق الجغرافية للبلاد، وربط المنظومة الصحية بالتوزيع

السكاني يهدف أساسا إلى إصلاح المنظومة الصحية والعدل والمساواة في إتاحة الخدمات الصحية لمعظم

السكان.

(1) المجلس الشعبي الوطني: سياسات قطاع الصحة عبر برامج الحكومة الجزائرية (1999-2009)، مجلة البرلمان، العدد 26، الجزائر، أوت

2009، ص 11

(2) إسماعيل قيرة: مستقبل الديمقراطية في الجزائر، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2002، ص 248

المطلب الثاني: مخطط تغيرات السياسة الصحية في الجزائر:

أولاً: قصيرة المدى (1999-2003):

حدد في هذه المرحلة مراحل أساسية وجب تنفيذها وهي كالتالي:⁽¹⁾

- 1- إنشاء مشروع للإصلاح مع التشاور مع الفاعلين في قطاع الصحة
- 2- دراسة الحسابات الوطنية للصحة.
- 3- دمج السكان وإبلاغ آرائهم حول السياسة الصحية.
- 4- مراجعة القانون رقم 05/55 الذي ينص على ترقية الصحة.
- 5- بناء مؤسسات استشفائية جديدة وإعادة تهيئة الهياكل الصحية بدءاً من المناطق المحرومة من القطاعات الصحية وربطها بالتنمية.
- 6- محاربة الأمراض المزمنة عن طريق وضع استراتيجيات وبرامج علاجية لمحاربة هذه الأمراض.
- 7- وضع اتفاقيات مع صناديق الضمان الاجتماعي والصحي.
- 8- الإحصاء والابلاغ عن الأمراض المنقضية داخل ربوع الوطن.
- 9- إعطاء الأولوية للطب المتخصص، وإصلاح الدراسات الطبية والشبه طبية.
- 10- إلغاء ديون المؤسسات الصحية.
- 11- تقديم درجة تغطية الاحتياجات الصحية، وتحديد مصادر التعبئة، ورصد المناطق التي تستدعي الأولوية في الاهتمام.
- 12- تعميم النظام الآلي في التسيير، وتقييم الأنشطة في المراكز الصحية
- 13- تشجيع الأطباء والممرضين للعمل في المناطق النائية.

⁽¹⁾REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE: ministre de la population et de la reforme hospitalier, développement du système national de sante, stratégie et perspectives, 20-09-2000, p40,

14- استرجاع المتخصصين من القطاع الخاص وجذبهم وذلك عن مراجعة القوانين الأساسية في قطاع الصحة

ثانيا: متوسطة المدى (2001-2005):

وذلك عن طريق:

- 1- إضفاء التعديلات والبدائل ورصد المعوقات. (1)
- 2- تكريس استقلالية التسيير عن طريق وضع قوانين جديدة للمؤسسات الصحية
- 3- تحقيق التوازن بين الإنفاق الصحي والتغطية الصحية، وتوفير الوسائل اللازمة وتحديد أسلوب للعمل.
- 4- الكشف عن الأمراض المزمنة، والتكفل بالمرضى عن طريق إضافة شبكة متعددة المراكز.
- 5- ضبط قوانين للوصول إلى تأمين 45% من الأدوية الضرورية.
- 6- إنشاء برامج ومخططات محلية للتغطية الصحية.
- 7- تحديد ميكانيزمات المنح والموارد والتكفل بالنشاطات الطبية وتقييمها على مستوى كل مديريات الصحة عبر الوطن.

ثالثا: مخططات طويلة المدى:

- أ/ إسناد النتائج التي حققتها السياسات الصحية في الجزائر إلى وزارة الصحة والسكان.
- ب/ توفير الإمكانيات والموارد اللازمة لحث المراكز الجهوية على تقديم خدمات صحية في المستوى. (الأمراض السرطانية، أمراض القلب، الأمراض العصبية، نقل الأعضاء... إلخ)
- ج/ حركة الإصلاحات التي مست العديد من القطاعات، ومن بينها وزارة الصحة والسكن، الذي تغير اسمها فيما بعد إلى وزارة الصحة والسكن وإصلاح المستشفيات.

(1) المجلس الشعبي الوطني: سياسات قطاع الصحة عبر برامج الحكومة الجزائرية 1999-2009، المرجع السابق، ص14

د/ تغطية نظام الحماية الاجتماعية والضمانات الاجتماعية، مثل المرض والعطب والتقاعد والوفاة وحوادث العمل والتأمين على البطالة والتقاعد المسبق. وذلك عن طريق تسيير ثلاث صناديق وطنية تحت وصاية وزارة العمل والضمان الاجتماعي والمتمثلين في: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS، والصندوق الوطني للعمال الغير أجراء CASNOS، والصندوق الوطني للتقاعد CNA. وهذا النظام التأميني نتج عنه تغطية 28 مليون فرد، أي ما يعادل 87% من إجمالي السكان.

المبحث الثاني: تشكل المنظومة الصحية بالجزائر

تقع مسؤولية رفع المستوى الصحي وتقديم الرعاية على عاتق وزارة الصحة، ثم تخول هذه المسؤولية إلى المستشفيات الجامعية والجهوية، والقطاعات الصحية التابعة لهذه الوزارة، والتي نوضحها كالتالي:

المطلب الأول: على المستوى المركزي

ويتمثل في كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وتشمل إدارتها المركزية كل من الوزير والأمانة العامة وديوان الوزير والمفتشية العامة والمديريات المركزية.

المطلب الثاني: على المستوى الجهوي

والهدف منه هو تحقيق العدالة والمساواة، وضمان تلبية حاجيات المواطنين في الحصول على حقهم من العلاج. أسست هذه الجهوية الصحية المتعددة القطاعات عام 1995، وقد كلفت بدعم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني، وذلك لتحقيق المبتغى الاستراتيجي المنصوص عليه، وذلك عن طريق تخصيص الموارد اللازمة.

وقد نظمت هذه الجهوية لخمس مناطق صحية وهي كالتالي⁽¹⁾:

1- منطقة الجنوب الغربي: وتضم خمس ولايات فقط.

(1) خالصي عبد الإله: العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، دراسة حالة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة تلمسان، 2019-2020، ص 80-85

- 2- منطقة الشرق الجزائري: والتي بدورها تضم 14 ولاية.
- 3- منطقة الوسط الجزائري: والتي تضم 11 ولاية.
- 4- منطقة الغرب الجزائري: تضم 11 ولاية.
- 5- منطقة الجنوب الشرقي الجزائري: والتي بدورها تضم 07 ولايات.

المطلب الثالث: على المستوى الولائي

حسب المرسوم التنفيذي 261/97 المؤرخ في 14 جويلية 1997، تحتوي حسب كل ولاية على مديرية للصحة والسكان، وحسب ما جاء في الجريدة الرسمية رقم 47 والتي من أهم أهدافها ومهامها تسيير تحديد القواعد التنظيمية وكذا التنسيق ومراقبة الهياكل الخاص وللقطاع الصحي، وهي مكلفة بمراقبة وتنظيم مختلف المرافق الصحية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية، إذ يمكن القول بأنها مكلفة بالقطاع الصحي ككل.

المطلب الرابع: على المستوى المحلي:

وتتظم هذه الخدمات التي تشمل كل من الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية، تحدد انشغالات واحتياجات المواطنين قبل الشروع في تنفيذ البرامج الصحية، والهدف من إنشاء قطاعات صحية فرعية هو الحد من الضغط الهائل التي تواجهه المراكز الاستشفائية الكبيرة. حيث تبقى منها فقط الحالات الخطيرة التي تشخص من طرف هذه القطاعات الفرعية، والتي بدورها ترسل هذه الحالات للعلاج على مستوى المراكز المتعددة المهام كالمستشفى، إذ يتجلى دور هذه القطاعات الفرعية في الرعاية الطبية البسيطة فقط⁽¹⁾.

(1) خالصي عبد الإله: العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، المرجع السابق، ص 80-85

المبحث الثالث: خصائص المؤسسات الاستشفائية الحديثة

تتميز المؤسسات الاستشفائية بمجموعة من الخصوصيات المنبثقة عن طبيعة المنظومة الصحية ووظيفتها وأهدافها، ويمكن حصرها كالتالي:

- 1- تتميز بالدوام والاستمرارية في استقبال المرضى على مدار 24/24 ساعة.
- 2- تتعدد تخصصاتها في أقسام مختلفة، مما يجعلها من المنظمات الفنية والاجتماعية المعقدة.
- 3- تنوع الأساليب التكنولوجية المستخدمة في التشخيص والعلاج.
- 4- تأثر وتأثير أفراد المجتمع مع نظام المستشفى، مما يجعله منه نظام لحل مشكلات معينة، والمتعلقة بصحة الأفراد.
- 5- من أهم خصائصه، هو الصبغة الإنسانية التي يتميز بها، فمدخلاته وأنشطته إنسانية، وكذا مخرجاته التي تتمثل في رعاية المرضى والتدريب وإعداد البحوث والدراسات العلمية.
- 6- تشمل المستشفيات خطين للسلطة، أولها السلطة الوظيفية الرسمية، وهي عبارة عن الجهاز الإداري، وثانيها هو سلطة المعرفة، من خلال الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم⁽¹⁾.
- 7- نظام متعدد النشاطات، ذلك اعتبارا لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية، مما أدى إلى زيادة دقة وصعوبة إدارة هذه المؤسسة.
- 8- ظروف العمل الغير عادية: من إرهاق مادي ونفسي على العاملين به وذلك لتعلقه بقضايا الحياة.
- 9- العامية: وذلك لتمييزها بخدماتها المقدمة لعامة الجمهور، سواء كانوا منظمات أو أفراد.
- 10- تعدد القوانين والأنظمة والتعليمات التي يطبقها المستشفى خلال تأدية مهامه.

(1) بحدادة نجاة: تحديات الإمدادات في المؤسسة الصحية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، الجزائر،

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

أولاً: عرض البيانات وتحليلها وتفسيرها

ثانياً: استخلاص النتائج

المبحث الأول: عرض البيانات وتحليلها وتفسيرها

أولاً: البيانات المتعلقة بأسر المرضى

الجدول رقم 01 المتعلق بـ: جنس المريض

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
75%	24	ذكر
25%	08	أنثى
100%	32	المجموع

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 75% من أفراد العينة من الذكور، وهي نسبة أكبر بكثير من نسبة الإناث والتي قدرت بـ 25%. وهذا يدل على أن الإعاقة العقلية لا تستثني أي جنس دون الآخر، كما أن النسبة المنخفضة للإناث راجعة إلى عدة عوامل من أهمها تحفظ بعض الأسر بالنسبة للمرض العقلي خاصة إذا كانت أنثى، وكذلك قلة الوعي بضرورة العلاج الطبي.

الجدول رقم 02 المتعلق بـ: التعريف بشخص المريض

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
31%	10	الوالدين
69%	22	الأبناء
100%	10	المجموع

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 69% من أفراد العينة من الأبناء وهذا يدل على أن الإعاقة العقلية لا تستثني أي فرد حسب مكانته الأسرية أو الاجتماعية، في حين نجد أن نسبة 31% من أفراد العينة من الوالدين، ويفسر هذا نظرا للعديد من الأسباب كالضغوطات الداخلية في الأسرة، والخارجية كالتي تحيط به خارج مجال أسرته من ضغوطات وإصابات مهنية وغيرها من الأمور.

ملحق الجدول السابق (01) المتعلق ب: جنس المريض في حالة كان أحد الوالدين

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
70%	07	الزوج
30%	03	الزوجة
100%	10	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أنه بنسبة 70% من أفراد العينة من الأزواج، ويفسر هذا الارتفاع نتيجة للضغوطات الداخلية كالضغوطات الأسرية، والخارجية كالتي تحيط به خارج مجال أسرته من الضغوطات والإصابات التي يعاني منها في عمله، بينما نفس انخفاض نسبة إصابة الزوجات بالاضطرابات العقلية نتيجة التباين الكبير في درجة المسؤولية بالنسبة للآباء، وكذلك قلة وعي بعض الأسر وتحفظهم في هذه المسألة عندما تتعلق بحرمة.

ملحق الجدول السابق (02) المتعلق ب: خاص بالوالدين من حيث السن

الوالدين		الزوج		السن
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	57.14%	04	35-25
33.33%	01	28.57%	02	46-36
66.67%	02	14.29%	01	أكبر من 47
100%	03	100%	07	المجموع

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن نسبة 57.14% من أفراد العينة الخاصة بالآباء، نجد أن أعمارهم ما بين 35-25، ونسبة 28,57% يتراوح أعمارهم ما بين 46-36 سنة، وأيضا نجد الأفراد الذين تجاوزوا 47 سنة يحتلون نسبة 14,29% ويفسر هذا الاختلاف نتيجة الظروف القاسية التي عاشها الآباء خلال الفترات الأولى من زواجهم، سواء كانت هذه الظروف ناجمة عن المجتمع أو عن أسرته.

ومن جهة أخرى، نجد نسبة 66.67% من أفراد العينة الخاصة بالأمهات تتجاوز أعمارهم 47 سنة، ونسبة 33,33% تتراوح أعمارهم ما بين 46-36 سنة، ويفسر هذا الارتفاع نتيجة الضغوطات النفسية والأسرية المتراكمة على الأمهات، وكذلك نتيجة دخولهن سن اليأس.

ملحق الجدول السابق (03) المتعلق ب: خاص بالوالدين من حيث المستوى التعليمي

الزوجة		الزوج		المريض المستوى التعليمي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	14.30%	01	أمي
66.67%	02	42.85%	03	ابتدائي
33.33%	01	42.85%	03	متوسط
00%	00	00%	00	ثانوي
00%	00	00%	00	جامعي
100%	03	100%	07	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أن أفراد العينة مستواهم الدراسي بين الابتدائي والمتوسط تتراوح نسبتهم بين

42,85% لكل واحدة منهما، وبنسبة 14,30% بالنسبة للآباء الذين لم يتلقوا تعليماً في حياتهم.

أما بالنسبة للأمهات، فنجد نسبة 66.67% من مستواهم التعليمي لم يتجاوز الابتدائي، وبنسبة

33.33% للمستوى التعليمي المتوسط. ويفسر هذا بطبيعة المرض العقلي الذي يؤثر على مستوى

التحصيل العلمي والدراسي

ملحق الجدول السابق (04) المتعلق ب: طبيعة عمل الوالدين (المرضى)

الزوجة		الزوج		المريض طبيعة العمل
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	00%	00	عامل دائم
00%	00	42.85%	03	عامل مؤقت
00%	00	42.85%	03	متقاعد(ة)
100%	03	14.30%	01	بطل(ة)
100%	03	100%	07	المجموع

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن طبيعة عمل أفراد العينة من صنف الذكور، تتمثل في مصاريف التقاعد والعمل المؤقت بنسبة 42,85% لكل واحدة منهما و يفسر هذا نتيجة الإجراءات القانونية تجاه الأمراض العقلية، لا سيما في القطاع العسكري، حيث أن المصابين بإعاقات عقلية أو جسمية يعطيهم القطاع العسكري تقاعدا مسبقا نتيجة السبب الطبي، وكذلك فإن ارتفاع نسبة العاملين المؤقتين يفسر نظرا لطبيعة الرجل و مسؤولياته تجاه أسرته، في حين نجد نسبة 14.30% من الأفراد بطالين ، و يفسر هذا نظرا لطبيعة المرض الذي لا يسمح للمريض به التكيف مع مهنته، و بالتالي يفصل عن عمله .

أما بالنسبة للإمهات، فنجد نسبة 100% من أفراد العينة بطالين، ويرجع هذا الارتفاع نظرا لجنس العينة، حيث أن المرأة غير مسؤولة فيما يخص مصاريف المنزل، بل يقع هذا على عاتق الرجال.

ملحق الجدول السابق (05) المتعلق ب: الأبناء المرضى من حيث السن

النسبة المئوية	التكرارات	السن
54.55%	12	16-6
27.27%	06	27-17
18.18%	04	38-28
00%	00	أكبر من 49
100%	22	المجموع

يوضح لنا الجدول أعلاه أن نسبة 54,55% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين 6-16 سنة، ويفسر هذا الارتفاع نظرا لعدة أسباب والتي من بينها ظهور الآفات الاجتماعية وتعاطي الأشخاص للمخدرات في سن مبكرة، ونجد أيضا نسبة 27,27% تتراوح أعمارهم ما بين 17-27 نتيجة لظروف اجتماعية واقتصادية مختلفة، في حين نجد أن نسبة 18,18% تتراوح أعمارهم ما بين 28-38 سنة، ويفسر هذا الارتفاع النوعي في هذه الأعمار، وخاصة الأبناء الغير متزوجين (بما أن هذا السؤال يخص الأبناء) لعدة أسباب خاصة تميز بعض المرضى كالعوانية في تصرفاتهم.

ملحق الجدول السابق (06) المتعلق بـ: المستوى التعليمي للابن المريض

النسبة المئوية	التكرارات	المستوى التعليمي
36.36%	08	ابتدائي
63.64%	14	متوسط
00%	00	ثانوي
00%	00	جامعي
100%	22	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 63.64% من أفراد العينة مستواهم التعليمي متوسط، وبنسبة 36.46% مستواهم التعليمي ابتدائي، و أيضا بنسبة معدومة لكل من المستوى الثانوي و الجامعي، ويفسر هذا الارتفاع بالنسبة للمتوسط و الابتدائي نظرا لعدة أسباب من أهمها قوانين المدرسة الابتدائية التي تمنع طرد التلاميذ من المدرسة إلا في حالات خاصة و كذا تميز معظم المرضى العقليين بالتوسط في نسبة الذكاء، أما بالنسبة للمستوى الثانوي و الجامعي ، فإن طبيعة الأمراض العقلية التي قد تكون عائقا أمام التحصيل العلمي و الدراسي.

الجدول رقم 03 المتعلق بـ: مكان الإقامة

النسبة المئوية	التكرار	مكان الإقامة
62,5%	20	حضري
25%	08	شبه حضري
12.5%	04	ريفي
100%	32	المجموع

يوضح من الجدول أعلاه أن نسبة 62.5% من أفراد العينة يقطنون في المناطق الحضرية، حيث نجد أيضا نسبة 25% يقطنون في المناطق الشبه حضرية، أما بالنسبة للأفراد الذين يقطنون بالمناطق الريفية فيمثلون 12,5%، وهذا يدل على أن البيئة الاجتماعية في المناطق الحضرية تتميز بوجود علاقات بين الأفراد والأسر، مما يزيد من مستوى الوعي لدى الأسر مقارنة بالمناطق بالأسر الموجودة في المناطق الشبه حضرية والريفية التي لم تكتب الوعي الكافي تجاه هذه الحالات.

الجدول رقم 04 المتعلق بـ: مدى القرب من المستشفى

النسبة المئوية	التكرار	المسافة
12.5%	04	بعيد
87.5%	28	قريب
100%	32	المجموع

يوضح من الجدول أعلاه أن نسبة **87.5%** من أفراد العينة يقيمون بالقرب من المستشفى، حيث يفسر ارتفاع هذه النسبة نظرا للقرب المسافة بينهم وبين المستشفى، في حين نجد نسبة **12.5%** من أفراد العينة يقطنون بعيدا عن المستشفى، وتفسر قلة هذه النسبة نظرا لبعدهم الجغرافي عن مركز العلاج، وكذلك الحالة المادية لبعض الأسر وصعوبة التنقل خاصة في المناطق الريفية.

الجدول رقم 05 المتعلق ب: سبب المرض

النسبة المئوية	التكرار	سبب المرض
12.5%	04	وراثي
87.5%	28	مكتسب
100%	32	المجموع

يتضح لنا من الجدول أعلاه انه بنسبة **87.5%** من أفراد العينة يتفقون على أن سبب المرض هو الاكتساب، ويفسر هذا بالظروف الصعبة والاضطرابات التي تعيشها بعض الأسر، بالإضافة إلى عدة عوامل أخرى كتناول الحبوب المهلوسة والإدمان على قضاء أوقات طويلة أمام الحاسوب والأنترنيت، ونجد أيضا فئات عانت من الاضطرابات العقلية نتيجة العشرية السوداء، والبعض منهم نتيجة الاشتباكات مع العناصر الإرهابية أثناء الخدمة العسكرية. بينما نسبة **12.5%** ممن يقولون لأن سبب المرض وراثي، ذلك راجع لإصابة أحد الآباء أو الأجداد بهذه العلة المرضية، حيث تلعب الوراثة دورا كبيرا للاستعداد للمرض.

المحور الثاني: الإمكانيات المادية والبشرية في المستشفى

الجدول رقم 06 المتعلق ب: الإمكانيات التي يتوفر عليها المستشفى

النسبة المئوية	التكرار	الإمكانيات التي يتوفر عليها المستشفى
31.25%	10	كافية
12.5%	04	غير كافية
56.25%	18	كافية إلى حد ما
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن نسبة 56.25% من أفراد العينة يتفقون على أن الإمكانيات التي يتوفر عليها المستشفى كافية إلى حد ما، ونجد أيضا نسبة 31.25% يتفقون على أن إمكانيات المستشفى كافية، ويفسر هذا الارتفاع نظرا للمجهودات التي تقوم بيها المؤسسة الاستشفائية بصفة عامة، ومجهودات العاملين بصفة خاصة، وكذا المردود العلاجي الجيد الذي تلقتة هذه الأسر في عملية علاج الحالة المرضية لديهم. في حين نجد نسبة 12.5% يتفقون على أن الإمكانيات التي يتوفر عليها المستشفى غير كافية، ويفسر هذا نظرا للخدمات التي لم يوفرها المستشفى للمرضى والتي تستدعي في بعض الحالات إرسال المرضى للتداوي في المؤسسات المختصة خارج الوطن، والتي تتوفر الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة، وكذا المردود السوي للبرامج العلاجية.

الجدول رقم 07 المتعلق بـ: البرامج العلاجية المعتمدة من قبل المستشفى ومدى تكفلها بالمرضى

النسبة المئوية	التكرار	تكفل البرامج العلاجية المعتمدة من قبل المستشفى بالمرضى
31.25%	10	نعم
12.5%	04	إلى حد ما
56.25%	18	لا
100%	32	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 56.25% يتفقون على عدم نجاعة هذه البرامج في عملية التكفل بالمرضى العقلين، ويفسر هذا أيضا نتيجة عدم تقبل بعض المرضى هذه الطرق وكذا الحالات المستعصية التي تستوجب العلاج خارج الوطن، لعدم توفر المستشفى على الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة. في حين نجد أن نسبة 31.25% من أفراد العينة يتفقون على نجاعة البرامج العلاجية المعتمدة من قبل المستشفى، وبنسبة 12.5% يتفقون إلى حد ما على نجاعة هذه البرامج. ويفسر هذا يفسر هذا نظرا للمجهودات التي يقدمها العاملين بصفة خاصة والمستشفى بصفة عامة، وكذا المردودية الجيد لهذه البرامج في علاج الحالات المرضية العقلية.

الجدول رقم 08 المتعلق بـ: مدى قبول المرضى للعلاج بالمستشفى:

النسبة المئوية	التكرار	قبول المرضى بالمستشفى
68.75%	22	نعم
31.25%	10	لا
100%	32	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أن نسبة 68.75% من أفراد عينة البحث لا يلقون متاعب في قبول مرضاهم من طرف المستشفى، وهذا لأن المستشفيات بكل أنواعها تتميز بالعامية، أي أن الخدمات العلاجية تقدم لعمامة الأفراد والمجتمع دون أي تمييز. في حين نجد نسبة 31.25% يتلقون متاعب في قبول مرضاهم من طرف المستشفى، وهذا نتيجة عدة أسباب كالظروف الشخصية، والوساطة وغيرها، وحتى طاقة استيعاب المستشفى لعدد المرضى.

المحور الثالث: التنسيق بين الجهات المختلفة

الجدول رقم 09 المتعلق ب: مدى متابعة المريض من قبل إدارة المستشفى

النسبة المئوية	التكرار	متابعة المريض من قبل إدارة المستشفى
75%	24	دائما
25%	08	أحيانا
00%	00	نادرا
100%	32	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة ونسبة 75 % يداومون التردد على المستشفى، ويفسر هذا بحرص الأسرة على محاولة علاج الفرد المضطرب عقليا، ودمجه في مراكز العلاج عن طريق البرامج والقوانين المنتظمة المتبعة في المستشفى. في حين نجد نسبة 25 % من أفراد العينة، يذهبون أحيانا إلى المستشفى، حيث يفسر عدم انتظامهم هذا بالتقصير من طرف الأسرة لظروف خاصة.

الجدول رقم 10 المتعلق بـ: مدى سماح الحالة المادية للعائلة للتكفل بالمريض:

النسبة المئوية	التكرار	تكفل الحالة المادية للأسرة بالمريض
62.5%	20	نعم
37.5%	12	لا
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن نسبة 62.5% من أسر أفراد العينة أن حالتهم المادية سمحت لهم بالتكفل بالمريض، وذلك باعتبار أن نسبة دخل الأسر ما بين المتوسط وفوق المتوسط، مما يسمح لهم نوعاً ما بالتكفل فردياً بالحالة. في حين أن نسبة 37.5% من أسر أفراد العينة لا تسمح لهم حالتهم المادية للتكفل بهذه الحالة المرضية نظراً لظروف اقتصادية واجتماعية خاصة، مما يدفعهم في بعض الأحيان للجوء إلى الجمعيات الخيرية لمساعدتهم في التكفل بالمريض

الجدول رقم 11 المتعلق ب: تلقي الأسرة الدعم من جهات أخرى

النسبة المئوية	التكرار	تلقي الأسرة الدعم من جهات أخرى
25%	08	نعم
75%	24	لا
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن نسبة 75% من أفراد العينة لا يتلقون دعماً من جهات أخرى للتكفل بالحالة المرضية، وهذا راجع إلى المستوى المعيشي الجيد والمتوسط لبعض الأسر، مما يسمح لهم بالتكفل بهذه الحالة المرضية. في حين نجد نسبة 25% يتلقون دعماً من جهات خارجية، وهذا نظراً للظروف المادية لبعض الأسر التي لا تسمح لهم بالتكفل فردياً بالمريض، وبالتالي يلجؤون للدعم من الجمعيات والأسر الأخرى.

الجدول رقم 12 المتعلق ب: تنسيق الأسر مع المستشفى

النسبة	التكرار	تنسيق الأسر مع المستشفى
100%	32	نعم
00%	00	لا
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نجد نسبة 100% من أفراد العينة ينسقون مع المستشفى في عملية العلاج، ويفسر هذا على أن هذه الأسر متمتعة بالوعي الكافي تجاه هذه الحالة المرضية، بالإضافة إلى ثقافتهم في

البرامج والخطط العلاجية المقدمة للمرضى ولا بد من ماركة الأسرة في هذه العملية لتحسين حالة المريض، وكذا وعيهم بأن حالة المريض تتطلب التنسيق الدائم مع المستشفى وخدماته.

ملحق الجدول السابق المتعلق ب: في حالة الإجابة ب(نعم)

التنسيق مع:	التكرار	النسبة المئوية
السلك الطبي	32	100%
أخصائي الدعم والمساندة	00	00%
أعوان الخدمات	00	00%
المجموع	32	100%

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن نسبة 100% من أفراد العينة ينسقون مع السلك الطبي، وهذا نظرا لافتقارهم بضرورة التدخل الطبي في عملية العلاج، ومكانتهم العالية في قطاع الخدمات الاستشفائية، وهذا يدل أيضا على الدور الإيجابي الذي يلعبه السلك الطبي.

الجدول رقم 13 المتعلق ب: كيفية معاملة المريض عقليا من قبل المجتمع

معاملة المجتمع للمريض	التكرار	النسبة المئوية
حسنة	20	62.5%
سيئة	04	12.5%
لا مبالاة	08	25%
المجموع	32	100%

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 62.5% من أفراد العينة يتفقون على أنه يتم معاملة المرضى العقلين معاملة حسنة، ويفسر هذا الوعي بعض الأشخاص بضرورة المعاملة الخاصة والحسنة لهذه الفئة. ونجد أيضا نسبة 25% يرون عدم مبالاة المجتمع بهذه الحالات المرضية، وذلك لاعتبارهم مجانيين -إن صح القول- ومعاقين عقليا. في حين نسبة 12.5% يعاملون المرضى العقلين معاملة سيئة، ويفسر هذا بقلة الوعي والنصح الفكري تجاه هذه الفئة التي بدورها تحتاج دعما نفسيا واجتماعيا للشفاء.

المحور الرابع: البيانات الختامية

الجدول رقم 14 المتعلق بـ: مدى تقبل الأسرة للحالة المرضية

النسبة المئوية	التكرار	تقبل الأسرة للحالة المرضية
100%	32	نعم
00%	00	لا
100%	32	المجموع

يتبين لنا من الجدول أعلاه أن نسبة 100% من أفراد العينة متقبلين إعاقة طفلهم العقلية، ويفسر هذا الارتفاع نظرا لاعتبارات دينية وأخلاقية واجتماعية، وكذا باعتبار أن هذا الفرد المضطرب عقليا هو جزء لا يتجزأ من أفراد الأسرة، وله الحق عليهم في رعايته وعلاجه.

وأما نسبة 00% الخاصة بعدم تقبل الأسر للمريض عقليا بينهم، فيفسر هذا لطبيعة بعض الأسر في التحفظ بالإجابات وكذا عدم الإدلاء الصحيح بالمعلومة.

الجدول رقم 15 المتعلق ب: كيفية التعامل مع المريض

النسبة المئوية	التكرار	كيفية التعامل
93.75%	30	جيدة
6.25%	02	لا مبالاة
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن نسبة 93.75% من أسر أفراد العينة يعاملون المريض عقليا معاملة جيدة، حيث تلعب العلاقات الأسرية دورا كبيرا في نمو شخصية المضطرب عقليا وتعافيه، حيث تحرص غالبية الأسر على تحقيق أفضل معاملة له حتى لا يحس بالنقص وتزداد حالته المرضية، ذلك لأنه يحتاج إلى نوع خاص من الرعاية والمعاملة. في حين نجد نسبة 6.25% غير مباليين بهذه الحالة المرضية ويفسر هذا بنقص الوعي لدى هذه الأسر.

الجدول رقم 16 المتعلق ب: حالات العدوانية لدى المريض

النسبة المئوية	التكرار	التصرف بعدوانية
31.25%	10	نعم
43.75%	14	أحيانا
25%	08	لا
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن نسبة 43.75% من أفراد العينة مريضهم يتصرف أحيانا بعدوانية، ونسبة 31.25% يتصرفون بعدوانية، في حين نجد المرضى الذين لا يصدر منهم أي سلوك عدواني نسبتهم 25%. ويفسر هذا على أن درجات الاضطراب لدى المرضى مختلفة، وتختلف شدتها من فرد لآخر، وكل هذه العوامل تنعكس على سلوك الفرد المريض وتصرفاته.

الجدول رقم 17 المتعلق ب: مدى احترام البرامج العلاجية

النسبة المئوية	التكرار	احترام البرامج العلاجية
87.5%	28	نعم
12.5%	04	إلى حد ما
00%	00	لا
100%	32	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 87.5% من أفراد العينة يحترمون البرامج العلاجية، ويفسر هذا بالوعي لدى الأسرة في احترامهم للبرامج العلاجية، ومدى أهميتها في عملية تحسين السلوك والعلاج، وكذا رجائهم في علاج هذه الحالة المرضية بغية دمجها في الحياة الاجتماعية. في حين نجد نسبة 12.5% يحترمون إلى حد ما البرامج العلاجية، ويفسر هذا بعدم الوعي والتكاسل من طرف الأسرة.

جدول رقم 18 المتعلق بـ: مدى الرضى عن مستوى تكفل بالمستشفى بالحالات المرضية

النسبة المئوية	التكرار	مدى الرضى عن مستوى التكفل الخاص بالمستشفى
31.25%	10	راض
56.25%	18	راض إلى حد ما
12.5%	04	غير راض
100%	32	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 56.25% من أفراد العينة راضون على مستوى التكفل بالمرضى العقليين بالمستشفى، ونجد أن نسبة 31.25% راضون إلى حد ما بهذا المستوى، ويفسر هذا بالنظر الى البرامج العلاجية والمجهود الذي يقوم به المستشفى وعماله لتقديم أحسن الخدمات، وكذا النتائج الإيجابية في علاج بعض المرضى. في حين نجد نسبة 12.5% غير راضين بمستوى هذا التكفل، ويفسر هذا في بعض المعاملات التي يتعرضون لها من قبل طاقم المستشفى، سواء كان في معاملة المريض أو أسرته أو كلاهما، وكذا بعض النتائج السلبية للبرامج العلاجية.

ثانيا/ البيانات المتعلقة بعمال المستشفى

المحور الأول: البيانات المتعلقة بالكفاية من الطاقم البشري المتخصص

الجدول رقم 19 المتعلق ب: مدى تناسب التخصص مع طبيعة العمل

لا		نعم		مدى تناسب التخصص مع طبيعة العمل
النسبة المئوية (%)	التكرار	النسبة المئوية (%)	التكرار	
00	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100%	60	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن نسبة 66.66% من أفراد العينة في السلك الطبي والشبه طبي يتناسب تخصصهم مع طبيعة عملهم، ويفسر هذا الارتفاع نظرا لطبيعة عملهم، وتلقاه بمسألتي الصحة وحياة الأفراد، هذا الأمر الذي يضع ضرورة تناسب مهنتهم مع تخصصهم. فيما يتبين لنا أيضا أن نسبة 8.34% من أفراد العينة المنتمين إلى سلك الأخصائيين النفسانيين يتناسب تخصصهم مع طبيعة عملهم، وذلك اعتبارا لأنواع الخدمات التي يقدمها هذا المستشفى والتي تتمثل في علاج مرضى الاضطرابات العقلية. ومن جهة أخرى يتبين لنا أن نسبة الأغلبية والتي قدرت بـ 25% من أفراد عينة سلك أعوان الإدارة والخدمات، تتناسب مهنتهم مع تخصصهم، وذلك نظرا لتنوع الخدمات والمهام فيها.

الجدول رقم 20 المتعلق ب: مدى توفر فرص التدريب

لا		نعم		مدى توفر فرص التدريب
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
00%	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00%	00	100%	60	المجموع

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 66.66% من أفراد العينة المنتمين للسلك الطبي والشبه طبي، ونسبة

8.34% سلك الأخصائيين النفسانيين، ونسبة 25% من المبحوثين المنتمين لسلك أعوان الإدارة

والخدمات، وذلك ما يفسر أهمية التدريب في كونه وسيلة فعالة لمساعدتهم على اكتساب قدرات ومهارات

جديدة في مراكز عملهم، ومدى مساهمته في النمو المهني لديهم.

ملحق الجدول السابق (01) المتعلق ب: مدى استمرارية التدريب

أحيانا		باستمرار		مدى استمرارية التدريب
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66,66	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100	60	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 66,66% من المبحوثين المنتمين للسلك الطبي والشبه طبي، ونسبة

8.34%، ونسبة 25% من المبحوثين المنتمين لسلك أعوان الإدارة والخدمات يمارسون باستمرار

تدريبات مهنية، فيستوجب على بعض العاملين ممارسة تدريبات بشكل مستمر بغية إكسابهم معارف ومهارات فنية ومهنية.

ملحق الجدول السابق (02) المتعلق ب: مدى مساعدة برامج التدريب للتحكم في العمل

لا		نعم		مدى مساهمة برامج التدريب في التحكم بالعمل
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66,66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	05	أعوان الإدارة والخدمات
00%	00	100%	60	المجموع

يتبين لنا من الجدول أعلاه أن نسبة 100% من أفراد العينة، والمنتمين لجميع الأسلاك المذكورة أعلاه يتفقون على مدى المساهمة الإيجابية التي تحققها برامج التدريب للتحكم في عملهم، ويفسر هذا باعتبار أن التدريب وسيلة فعالة لتحسين وتطوير المهارات المهنية، نتيجة التدريس والتكوين المهنيين، فالحاجة إلى التدريب خارج المؤهلات العنوية الأولية تلعب دورا كبيرا في تطوير وتحديث مهارات العمل.

الجدول رقم 21 المتعلق ب: الاكتفاء العددي من عمال المستشفى

لا		نعم		من حيث الأخصائيين النفسانيين
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100%	60	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 100% من المبحوثين في جميع الأسلاك المذكورة، يتفقون على الاكتفاء العددي من الأخصائيين النفسانيين بهذه المنظومة، ويفسر هذا نظرا لطبيعة خدمات المستشفى التي تتميز بعلاج وتأهيل المرضى العقليين من جميع الجوانب، وخاصة النفسية منها.

ملحق الجدول السابق (01) المتعلق ب: من حيث الأخصائيين الاجتماعيين

لا		نعم		من حيث الأخصائيين الاجتماعيين
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
66,66	40	00	00	السلك الطبي والشبه طبي
8.34	05	00	00	أخصائيين نفسانيين
25	15	00	00	أعوان الإدارة والخدمات
100	60	00	00	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 100% من المبحوثين في جميع الأسلاك المذكورة أعلاه يتفقون على وجود نقص كبير من الأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسة الاستشفائية، حيث أنها لا تتوفر على أخصائيين اجتماعيين وهذا راجع على الإنفاق العام للحكومة على هذه الفئة، وعدم تعزيز مكانة الكوادر المتخرجين من هذه التخصصات.

ملحق الجدول السابق (02) المتعلق ب: الاكتفاء العددي من الشبه طبيين

لا		نعم		من حيث الشبه طبيين
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100%	60	المجموع

ويبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 66,66% من المبحوثين المنتمين للسلك الطبي والشبه طبي، ونسبة 25% من المبحوثين المنتمين لسلكي أعوان الإدارة والخدمات، ونسبة 8.34% من المبحوثين المنتمين لسلكي الأخصائيين النفسانيين، يتفوقون على وجود العدد الكافي من الشبه طبيين، ويفسر هذا لعدة أسباب أهمها طابع الاستعجال والرعاية الطبية المقدمة للعميل، وكذا العدد الكبير للمرضى.

الجدول رقم 22 المتعلق ب: كيفية التصرف في حالة حدوث سلوك عدواني ناتج عن المريض

استدعاء الامن		التكفل فرديا بالحالة		كيفية التصرف خلال حدوث سلوك عدواني ناتج عن المريض
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
11.11	05	77,77	35	السلك الطبي والشبه طبي
2,22	01	8,9	04	أخصائيين نفسانيين
13,33	06	86,67	49	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 77,77% من المبحوثين المنتمين للسلك الطبي والشبه طبي، ونسبة 8,9% من المبحوثين المنتمين للأخصائيين النفسانيين يتكفلون فرديا بالحالات المرضية العدوانية. ويفسر هذا نظرا لحكم التخصص في هذا المجال ومعرفتهم مسبقا في كيفية التعامل معهم. في حين نجد نسبة 11.11% من عينة السلك الطبي والشبه طبي، ونسبة 2,22% من المبحوثين التابعين لسلك

الأخصائيين النفسانيين، ويستدعون الأمن عند التعرض لسلوك عدواني من طرف المريض، وهذا نظرا لطبيعة بعض المرضى التي تستوجب حضور القوة الأمنية للتكفل بها وتهديتها.

ملحق الجدول السابق المتعلق ب: كيفية التصرف مع المريض في حالة التكفل به فرديا

الأدوية المهدئة		تهديته سيكولوجيا		كيفية التصرف خلال التكفل فرديا بالحالة
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
89,74	35	00	00	السلوك الطبي والشبه طبي
2,56	01	7,7	03	أخصائيين نفسانيين
92,3	36	7,7	03	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 89,74% من المبحوثين المنتمين لسلوك الطبي والشبه طبي، ونسبة 2,56% من المبحوثين المنتمين لسلوك الأخصائيين النفسانيين من الذين يتكفلون بالحالة فرديا يستعملون الأدوية المهدئة عند التعرض لهذه الحالات، وهذا نظرا للطبيعة العدائية لهذا النوع من المرضى التي تستوجب استعمال الأدوية المهدئة للتقليل من الانفعالات الزائدة للعميل. في حين نجد نسبة 7,7% من أفراد العينة المنتمين لسلوك الأخصائيين النفسانيين يهدئون هذه الحالات سيكولوجيا، ويفسر هذا بحكم تخصصهم وكذا لمعرفتهم المسبقة لهذه الحالات وكيفية التعامل معها

المحور الثاني: البيانات المتعلقة بالإمكانيات المادية والفيزيكية للمستشفى

الجدول رقم 23 المتعلق ب: مدى توفر المستشفى على التجهيزات المناسبة

غير كافية		كافية إلى حد ما		كافية		مدى توفر المستشفى على التجهيزات المناسبة	
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	من حيث الكم	من حيث النوع
50%	30	16.66%	10	00%	00	من حيث الكم	السلك الطبي والشبه طبي
50%	30	16.66%	10	00%	00	من حيث النوع	
05%	03	3.34%	02	00%	00	من حيث الكم	أخصائيين نفسانيين
05%	03	3.34%	02	00%	00	من حيث النوع	
00%	00	25%	15	00%	00	من حيث الكم	أعوان الإدارة والخدمات
00%	00	25%	15	00%	00	من حيث النوع	
55%	33	45%	27	00%	00	من حيث الكم	المجموع
55%	33	45%	27	00%	00	من حيث النوع	

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 50% من أفراد العينة المنتمين للسلك الطبي والشبه طبي ونسبة 05% من الأخصائيين النفسانيين يتفقون على عدم كفاية تجهيزات المستشفى المادية من حيث النوع والكم، في حين نجد أن نسبة 25% من أفراد العينة المنتمين لسلك أعوان الإدارة والخدمات ونسبة 16.66% من المبحوثين المنتمين إلى السلك الطبي والشبه طبي، ونسبة 3.34% من الأخصائيين النفسانيين يرون أن هذه التجهيزات كافية إلى حد ما، ويفسر هذا نتيجة نقص التمويل الخاص بهذه المستشفيات، وعدم اقتناء التقنيات الحديثة للعلاج، إضافة على ذلك الضغط العالي الذي تعاني منه مستشفيات الأمراض العقلية، حيث تتوفر الجزائر إلا على 16 مؤسسة استشفائية فقط مخصصة للصحة العقلية.

الجدول رقم 24 المتعلق بـ: خاص بمدى تكفل البرامج العلاجية بالمرضى

لا		نعم		مدى تكفل البرامج العلاجية بالمرضى
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00	00	66,66	40	السلك الطبي والشبه طبي
00	00	8,34	05	أخصائيين نفسانيين
00	00	25	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100	60	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 100% من أفراد العينة المنتمين لجميع الأسلاك المذكورة، يتفقون على

الفعالية الإيجابية للبرامج العلاجية المتبعة من طرف المستشفى لعلاج المرضى، ويفسر هذا نظرا

لتخصص هذه المؤسسة الصحية في علاج الاضطرابات العقلية، هذا ما يحتم ضرورة وجود برامج

علاجية مخصصة للتكفل بهذه الحالات المرضية.

الجدول رقم 25 المتعلق بـ: مدى قبول المرضى للعلاج في المستشفى

لا		نعم		من حيث الشبه طبيين
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
%00	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
%00	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
%00	03	20%	12	أعوان الإدارة والخدمات
05%	03	95%	57	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 66,66% من المبحوثين المنتمين للسلك الطبي والشبه طبي وبنسبة

8,34% من المبحوثين المنتمين لسلك الأخصائيين النفسانيين، ونسبة 20% من المبحوثين المنتمين

لسلك أعوان الإدارة والخدمات، يتفوقون على قبول المرضى للعلاج في المستشفى، ويفسر هذا نظرا للميزة الأساسية التي تتميز بها هذه المنظومة الصحية والتي تتمثل في العامية، أي أنها موجهة لجميع الجمهور سواء كانوا منظمات أو أفراد. في حين نجد نسبة 05% من المبحوثين المنتمين لسلك أعوان الإدارة والخدمات، يرون أن المستشفى لا يتقبل المرضى بسهولة، ويفسر هذا لعدة أسباب أهمها الحالات المرضية التي تتطلب وسائل علاجية حديثة والتي لا يتوفر المستشفى عليها، وتعقد الإجراءات وطبيعة المرضى، بالإضافة إلى الضغط الهائل على المستشفى في عدد المرضى، وعدم توفر الأسرة الكافية، نتيجة ضم هذا المستشفى 06 ولايات.

الجدول رقم 26 المتعلق بـ: التدخل خلال حالات الطوارئ

لا		نعم		من حيث الشبه طبيين السلك الطبي والشبه طبي أخصائيين نفسانيين أعوان الإدارة والخدمات المجموع
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66.66%	40	
00%	00	8.34%	05	
00%	00	25%	15	
00	00	100%	60	

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 100% من أفراد العينة في جميع الأسلاك المهنية المذكورة أعلاه، أكدوا على توفر الإسعافات الضرورية في حالة تعرض المريض العقلي للحوادث، باعتبار أن هذه الفئة أكثر عرضة من غيرها للحوادث، فمن الطبيعي توفر المستشفى على الإسعافات الأولية التي يجب أن يتلقاها المرضى العقلين قبل ذهابهم إلى المستشفى وحتى دون ذهابهم.

الجدول رقم 27 المتعلق بـ: الخدمات الغذائية ومدى تناسبها مع المرضى

لا		نعم		مدى تناسب الخدمات الغذائية مع المرضى من حيث الجودة
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100%	60	المجموع

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 66,66% من المبحوثين التابعين للسلك الطبي والشبه طبي، ونسبة 8,34% من المبحوثين المنتمين لسلك الأخصائيين النفسانيين، ونسبة 25% من أفراد العينة المنتمين لسلك أعوان الإدارة والخدمات، يرون أن الخدمات الغذائية المقدمة للمرضى ذلت جودة جيدة، ويفسر هذا نظرا للاحتياجات الغذائية للمرضى والشروط الواجب توفرها في الغذاء من حيث جودتها من جهة، وما يحتاجه كل مريض من جهة أخرى عن طريق تنسيق خدمات قسم التغذية مع الأقسام الطبية في المستشفى.

ملحق الجدول السابق (01) المتعلق بـ: من حيث طريقة التقديم

لا		نعم		مدى تناسب الخدمات الغذائية من حيث طريقة التقديم
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00	18	36,66	40	السلك الطبي والشبه طبي
00	00	8.34	05	أخصائيين نفسانيين
00	00	25	15	أعوان الإدارة والخدمات
30%	00	70%	60	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة 36.66% جميع المبحوثين المنتمين للسلك الطبي والشبه طبي، ونسبة 8.34% من المبحوثين المنتمين لسلك الأخصائيين النفسانيين، ونسبة 25% من أفراد العينة المنتمين لسلك أعوان الإدارة والخدمات، راضون على طريقة تقديم الوجبات الغذائية للمرضى، ويفسر هذا نظرا لأهمية تقديم الطعام للمرضى، ومدى مساهمتها في عملية الرعاية والعلاج من حيث الارتياح النفسي بالنسبة للعميل، في حين نجد نسبة 30% من المبحوثين المنتمين للسلك الطبي والشبه طبي غير راضين عن طريقة تقديم الوجبات الغذائية، ويفسر هذا لما يتطلب في بعض الأحيان تقديم هذه الوجبات بطريقة غير لائقة، وهذا نظرا لخصوصيات بعض المرضى عن غيرهم، خاصة العدوانيين منهم، فيما يتطلب حماية العمال لأنفسهم باستعمال هذه الطريقة.

ملحق الجدول السابق (02) المتعلق ب: من حيث الرقابة

لا		نعم		من حيث الرقابة
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100%	60	المجموع

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 100% من أفراد العينة المنتمين إلى السلك الطبي والشبه طبي وسلك الأخصائيين النفسانيين وسلك أعوان الإدارة والخدمات يتفقون على وجود رقابة على الخدمات الغذائية، ويفسر هذا نظرا لأهمية هذا النظام ودور الأساسي في تحقيق أهداف هذه المنظومة الصحية، حيث يضمن نظام الرقابة التابع للمستشفى على أن تكون الخدمات الغذائية مأمونة وصحية وصالحة للاستهلاك.

المحور الثالث: البيانات المتعلقة بتنسيق المستشفى لخدماته مع خدمات المحيط الخارجي

الجدول رقم 28 المتعلق ب: مدى التنسيق بين الأطراف المهنية المختلفة

لا		نعم		مدى التنسيق بين الأطراف المهنية المختلفة
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100%	60	المجموع

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 100% من أفراد العينة المنتمين إلى السلك الطبي والشبه طبي وسلك الأخصائيين النفسانيين وسلك أعوان الإدارة والخدمات تتفقون على وجود تناسق بين الأطراف المهنية المختلفة، ويفسر هذا نظرا لضرورة وأهمية التنسيق في تحقيق غايات المؤسسة الاستشفائية، حيث يتطلب أداء الوظائف تقسيم العمل وتجميع الأنشطة واتخاذ القرارات على مستويات مختلفة وتنظيم الجهود الجماعية ودمج وتوحيد إجراءات المجموعة في هذه المؤسسة لتحقيق الأهداف المرجوة.

الجدول رقم 29 المتعلق ب: تنسيق عمال المستشفى مع أسر المرضى

لا		نعم		مدى التنسيق مع أسر المرضى
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100%	60	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن نسبة 100% من أفراد العينة في جميع الأسلاك المذكورة أعلاه

يؤكدون على ضرورة التنسيق مع أسر المرضى، ويفسر ذلك نظرا لأن تقديم الرعاية للمرضى العقلين يتطلب وضع برامج وخططا علاجية ولا بد من مشاركة الأسرة في هذه العملية لتحسين حالة مرضاهم، إذ يجب توضيح دور الأسرة خلال عملية العلاج وكيفية تعاملها مع هذه الحالة المرضية، وبالمقابل يوضح أيضا دور المستشفى وطريقته في التعامل ويشترط وجود تناسق وتكامل بين عمل كل واحد منهما مع الآخر.

الجدول رقم 30 المتعلق ب: مدى تنسيق المستشفى لخدماته مع خدمات المحيط الخارجي

لا		نعم		مدى تنسيق المستشفى لخدماته مع خدمات المحيط الخارجي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00%	00	66.66%	40	السلك الطبي والشبه طبي
00%	00	8.34%	05	أخصائيين نفسانيين
00%	00	25%	15	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100%	60	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن نسبة 100% من أفراد العينة يؤكدون على أهمية التنسيق الخارجي،

إذ يعمل هذا النوع من التنسيق على إيجاد التوافق والانسجام والتكامل بين أوجه ونشاطات وفعاليات المستشفى من جهة وبين أوجه وفعاليات التي تقوم به التنظيمات الأخرى ذات العلاقة بالهدف المنشود من جهة أخرى. وكل لهذا لتقديم الخدمات العلاجية والاستشفائية على الوجه المطلوب، وكذا إعادة دمج المضطربين عقليا في بيئتهم ومحيطهم.

بالنسبة لهذه الجهات الخارجية، جاءت الإجابات على هذا السؤال كما يلي:

- تنسيق المستشفى خدماته مع العيادات الخاصة والجمعيات ومعاهد التكوين والجامعات.
 - تخصيص حملات تحسيسية تجاه المرضى العقلين وكيفية التعامل معهم.
- بالتنسيق مع مديرية النشاط الاجتماعي، ومصالح الأمن بالنسبة للمرضى الذين ليس لديهم مأوى.

الجدول رقم 31 المتعلق ب: مدى رضى العمال عن عملهم بالمستشفى

غير راض		راض إلى حد ما		راض		مدى رضى العمال عن عملهم
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00	00	66,66	40	00	00	السلك الطبي والشبه طبي
00	00	8,34	05	00	00	أخصائيين نفسانيين
00	00	25	15	00	00	أعوان الإدارة والخدمات
00	00	100	60	00	00	المجموع

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 100% من أفراد العينة في جميع الاسلاك راضون إلى حد ما على عملهم بالمستشفى، وذلك راجع إلى عدة أسباب، من أهمها هو حرصهم على تقديم العلاج والإسعافات الأولية للمرضى العقلين، وكذا حرصهم على توازن الخدمات من جميع النواحي، سواء كانت في البرامج العلاجية وبرامج المراقبة أو البرامج الغذائية، كل هذا بالرغم من وجود عقبات كثيرة تعيق العاملين أثناء تأديتهم لمهامهم.

32- بالنسبة للصعوبات التي تواجه العاملين بالمستشفى، تراوحت إجابات المبحوثين كالتالي:

أ/ عدم توافق ظروف العمل وغياب التحضير.

ب/ عدم وضوح السياسات المنتهجة من طرف الدولة لأجل تحسين جودة الخدمات الصحية.

ج/ الإهمال الأسري: حيث أنه في كثير من الأحيان لا يرغب أهل المريض في اصطحاب مريضهم معهم بعد استقرار حالته الصحية، ويرغبون في استمرار مكوثه في المؤسسة تفاديا للتكفل بهم. وهذا ما يشكل إكتضاضا في الأماكن، وبالتالي حرمان مرضى آخرين من دخول المؤسسة والاستفادة من خدماتها.

المبحث الثاني: استخلاص النتائج

المطلب الأول: النتائج المتعلقة بالتساؤلات الفرعية

أولا: النتائج المتعلقة بالتساؤل الفرعي الأول

تبين من نتائج الجداول رقم: (19-2) المتعلق بتناسب التخصص مع طبيعة العمل، وكذا الجدول رقم (20-2) المتعلق بتوفير المؤسسة فرصا للتدريب، والجدول رقم (21-2) المتعلق بمدى توفر العدد الكافي من العمال بالمستشفى، والجدول رقم (23-2) المتعلق بكيفية التصرف خلال حدوث سلوك عدواني ناتج عن المريض، وكذا الجدول رقم (31-2) والمتعلق بمدى رضى العمال عن عملهم، نستنتج ما يلي:

أ/ تتوفر المؤسسة الاستشفائية الجزائرية على الطاقم البشري المتخصص، نظرا لطبيعة عملهم والمتعلق بمسألتي الحياة والموت، وذلك اعتبارا لنوعية الخدمات التي يقدمها المستشفى والتي تتمثل في علاج المضطربين عقليا.

ب/ النقص الفادح في الأخصائيين الاجتماعيين والشبه طبيين، خاصة في مصالح الاستعجالات الطبية مع العدد الكبير للمرضى المتواجدين بالمستشفى والمقبلين عليه.

ج/ إضافة الى هذا، الأهمية الكبيرة للتدريبات المهنية كونها وسيلة فعالة لمساعدة العمال لاكتساب مهارات وقدرات وخبرات جديدة خارج مجالهم العلمي الأولي.

ومنه فإن المؤسسة الاستشفائية تتوفر إلى حد ما على الطاقم البشري المتخصص للتكفل بفئة المعاقين عقليا، في ظل وجود نقص كبير من فئة الأخصائيين الاجتماعيين.

ثانيا: النتائج المتعلقة التساؤل الفرعي الثاني

من خلال نتائج الجداول رقم: (1-06) المتعلق بالإمكانيات التي يتوفر عليها المستشفى، والجدول رقم (1-07) والمتعلق بمدى تكفل البرامج العلاجية المعتمدة من قبل المستشفى بالمرضى، والجدول رقم (1-08) المتعلق بمدى قبول المرضى للعلاج بالمستشفى، والجدول رقم (2-23) المتعلق بمدى توفر المستشفى على التجهيزات المناسبة، والجدول رقم (2-24) المتعلق بمدى تكفل البرامج العلاجية بالمرضى، والجدول رقم (2-25) المتعلق بمدى قبول المرضى للعلاج بالمستشفى، والجدول رقم (2-26) المتعلق بالتدخل خلال حالات الطوارئ، والجدول رقم (2-27) المتعلق بالخدمات الغذائية ومدى تناسبها مع المرضى، نستنتج ما يلي:

أ/ كفاية التجهيزات المادية نسبيا من حيث النوع والكم، نتيجة ضعف التمويل وعدم اقتناء الأجهزة الحديثة، بالإضافة للعدد القليل من المؤسسات الاستشفائية المختصة في علاج الأمراض العقلية بالجزائر، مقابل الضغط العددي الهائل التي تتلقاه من المرضى.

ب/ توفر المستشفى بالأساس على خدمات الإسعاف الأولية، بالإضافة إلى خبرة العمال في كيفية التعامل مع الحالات المرضية العدوانية وتهديتها سواء عن طريق الحوار أو الأدوية المهدئة.

ج/ نظرا للميزة الأساسية التي تتميز بها هذه المنظومة الصحية والتي تتمثل في العامية، أي أنها موجهة لجميع الجمهور سواء كانوا منظمات أو أفراد. غير أن المستشفى في بعض الحالات لا يتقبل المرضى بسهولة، نتيجة تعقد الحالات المرضية وحتى الإجراءات بالإضافة إلى الضغط الهائل على المستشفى في عدد المرضى، وعدم توفر الأسرة الكافية، نتيجة ضم هذا المستشفى 06 ولايات.

د/ نظرا للاحتياجات الغذائية للمرضى والشروط الواجب توفرها في الغذاء من حيث جودتها ونوعيتها ومدى الرقابة عليها من جهة، وما يحتاجه كل مريض من جهة أخرى عن طريق تنسيق خدمات قسم التغذية مع الأقسام الطبية في المستشفى. بحيث يضمن نظام الرقابة التابع للمستشفى على أن تكون الخدمات الغذائية مأمونة وصحية وصالحة للاستهلاك.

ومنه فإن المؤسسة الاستشفائية العقلية تعرف ضعفا نسبيا من حيث الإمكانيات المادية والفيزيائية المخصصة للتكفل بالمرضى العقليين.

ثالثا: النتائج المتعلقة بالتساؤل الفرعي الثالث

من خلال نتائج الجداول رقم: (1-09) المتعلق بمدى متابعة المريض من قبل إدارة المستشفى، والجداول رقم (1-10) والمتعلق بمدى تكفل الحالة المادية للأسرة في التكفل بالمريض، والجداول رقم (1-11) المتعلق بمدى تلقي الأسر الدعم من الجهات الخارجية، والجداول رقم (1-12) المتعلق بمدى تنسيق الأسر مع المستشفى في عملية العلاج، والجداول رقم (1-13) والمتعلق بكيفية معاملة المريض من قبل المجتمع، والجداول رقم: (2-28) المتعلق بمدى التنسيق بين الأطراف المهنية المختلفة، والجداول رقم (2-29) المتعلق بمدى تنسيق العمال مع أسر المرضى، والجداول رقم (2-30) المتعلق بمدى تنسيق المستشفى لخدماته مع خدمات المحيط الخارجي، نستنتج ما يلي:

أن إدارة المستشفى تولي أهمية كبيرة للتنسيق الداخلي والخارجي، إذ يعمل هذا النوع من التنسيق على إيجاد التوافق والانسجام والتكامل بين أوجه ونشاطات وفعاليات المستشفى من جهة وبين أوجه وفعاليات التي تقوم به التنظيمات الأخرى ذات العلاقة بالهدف المنشود من جهة أخرى. وكل لهذا لتقديم الخدمات العلاجية والاستشفائية على الوجه المطلوب، وكذا إعادة دمج المضطربين عقليا في بيئتهم ومحيطهم. وبالنسبة لهذه الجهات الخارجية، فتتمثل فيما يلي:

أ/ التنسيق مع أسر المرضى في عملية العلاج.

ب/ تنسيق المستشفى خدماته مع العيادات الخاصة والجمعيات ومعاهد التكوين والجامعات.

ج/ تخصيص حملات تحسيسية تجاه المرضى العقليين وكيفية التعامل معهم.

د/ بالتنسيق مع مديرية النشاط الاجتماعي، ومصالح الأمن بالنسبة للمرضى الذين ليس لديهم مأوى.

ومنه فإنه يوجد هناك تنسيق بين خدمات المستشفى، وبين خدمات المحيط الخارجي.

المطلب الثاني: النتيجة العامة (المتعلقة بالفرضية الرئيسية)

باستقراءنا للنتائج المتعلقة بالتساؤلات الفرعية نستنتج أن:

" من خلال آراء المبحوثين تبين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى العقليين لها فعالية وفائدة على العملاء، مما أدى إلى تزايد المردودية الجيدة لهذه الخدمات العلاجية، ومن جهة أخرى نجد بعض العراقيل التي قد تحول دون السير الجيد لهذه العملية، مما أدى من استقادة بعض المرضى بدرجة أقل من هذه الخدمات "

ومنه فإن خدمات المؤسسة الاستشفائية المقدمة للمرضى العقليين مقبولة إلى حد كبير، في ظل الجهود التي تقدمها الدولة تجاه هذه الفئة.

المبحث الثالث: النتائج العامة للدراسة

لقد تبين لنا من خلال دراستنا، والمتعلقة بموضوع "الخدمات الصحية الاستشفائية تجاه المرضى العقليين بالجزائر" ما يلي:

أ/ تتوفر المؤسسات الاستشفائية إلى حد كبير على الطاقم البشري المتخصص للتكفل بفئة المعاقين عقليا، في ظل النقص الذي تعاني منه في جانب الأخصائيين الاجتماعيين.

ب/ ضعف الإمكانيات المادية والفيزيقية للمؤسسة الاستشفائية والمخصصة للتكفل بالمرضى العقليين، خاصة في مجال التجهيزات والتقنيات الحديثة

ج/ تنسيق المستشفى لخدماته مع خدمات المحيط الخارجي، عن طريق الجمعيات والعيادات الخاصة وأيضا مع أسر المرضى، مما يتيح للعميل مردودية جيدة في العلاج من جهة، وكذا دمج مع مجتمعه ومحيطه من جهة أخرى.

خاتمة

وخاتمة لذلك فإن دراستنا هذه ما هي إلا محاولة متواضعة حاولنا من خلالها تسليط الضوء على واقع

الخدمات الاستشفائية للمرضى العقليين بالجزائر، وان النتائج المتحصل عليها لا يمكن قبولها على إطلاق

طالما أن هناك متغيرات تختلف من مجتمع محلي لآخر ومن وقت لآخر وما ارتبط بها من إمكانيات،

والتي على ضوءها استخلصنا نتائج الدراسة.

ونتمنى أن يكون بحثنا هذا مقدمة لمحاولات بحثية أخرى تتجاوز النقائص والقصور المنهجي الذي اكتنف

والمعوقات التي واجهتنا خلال هذه الدراسة.

والله ولي التوفيق

الملاحق

قائمة المصادر والمراجع

الكتب

- 1- إسماعيل قيرة: مستقبل الديمقراطية في الجزائر، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2002.
- 2- أشرف عبد الغني شريت: الصحة النفسية ، المكتب الجامعي الحديث، د.ط، سنة 2003.
- 3- أشرف محمد عبد الغني: المدخل إلى الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001.
- 4- بن فرج الله بخته: واقع الاضطرابات العقلية في الجزائر، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، جامعة الواد، العدد الرابع، 2017.
- عطوف محمد ياسين: علم النفس الاكلينيكي، دار العلم للملايين، لبنان.
- 5- تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار البازوزي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 6- جمعة سيد يوسف: سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، سلسلة الكتب الصادرة عن المجلس الثقافي للفنون والآداب، الكويت، عدد 145، سنة 1996.
- 7- حامد عبد السلام زهران: علم النفس النمو، عالم الكتب، القاهرة، د.ط، سنة 1990.
- 8- حسن مصطفى عبد المعطي: علم النفس الإكلينيكي ، دار قباء للطباعة والنشر ، د.ط، 1998.
- 9- رابح تركي: أصول التربية والتعليم، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، الجزائر.
- 10- ربحي مصطفى غليان وعثمان غنيم: مناهج وأساليب البحث العلمي، مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، 2004.
- 11- رشاد علي عبد العزيز موسى: أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، سنة، 2001.
- 12- زكي خليل المساعد: التسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، 2006.
- 13- سامر رضوان: الفصام أسبابه وعلاجه، الأرشيف العربي العلمي، 2018.
- 14- سلفانو اريتي: الفصامي كيف نفهمه ونساعده، ترجمة: عاطف احمد، عالم المعرفة، الكويت، 1998.
- 15- سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004.
- 16- عبد الرحمان العيسوي: سيكولوجيا الإعاقة الجسدية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، 1992.

- 17- عبد الرحمن الوافي: الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، سنة 1999.
- 18- عبد العالي دبله: الدولة الجزائرية الحديثة الاقتصاد والمجتمع والسياسة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2010.
- 19- عبد المنعم الحفني : موسوعة الطب النفسي ، مكتبة مدبولي، المجلد 2 ، ط2 ، سنة 1999.
- 20- علاء الدين كفاي: الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، دار الفكر العربي، القاهرة، د.ط، سنة 1999.
- 21- فتيحة الدردار: الإدمان، دار النشر، soluteh/Psi، الجزائر، د.ط، سنة 2001.
- 22- فخري الدباغ: أصول الطب النفسي، دار الطليعة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، د.ط، سنة 1983.
- 23- فوزي محمد جبل: الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، القاهرة، د.ط، سنة 2000.
- 24- كمال الدسوقي: ذخيرة تعريفات ومصطلحات، إعلام علوم النفس، وكالة الأهرام للتوزيع، القاهرة، 1990.
- 25- محمد حسن غانم: مقدمة لعلم النفس المرضي، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، د.ط، سنة، 2005.
- 26- محمد سيد فهمي: أسس الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
- 27- محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي لمعوقين، المكتب الجامعي الحديث، ط1، الإسكندرية، 2001.
- 28- محمد نصر الدين ياحي: الضغط والقلق والحالات العصابية، دار الهدى، الجزائر، د.ط، 2000.
- 29- محمود محمد مصطفى: التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن.
- 30- ناجح رشيد القادري ومحمد عبد السلام البوابيز: مناهج البحث الاجتماعي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

الرسائل والمذكرات

- 1- بحدادة نجاة: تحديات الإمدادات في المؤسسة الصحية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011.
- 2- بحري هجيرة، بارودي: نظرة العلاج العيادي إلى المراهق المعاق حركيا، مذكرة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، 2005.
- 3- بن حليلة حميدة: الإصلاحات الاستشفائية في الجزائر، النظام التعاقدى، تقرير التربص الميداني، السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، أبريل 2006.
- 4- بوعلام فاطمة: تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي وتأثيره على التكفل النفسي، مقارنة عيادية لثلاث حالات بمستشفى الأمراض العقلية سيدي الشحمي - وهران-، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، 2013-2014.
- 5- خالصي عبد الإله: العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، دراسة حالة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة تلمسان، 2019-2020.
- 6- سحر كمال الدين فهمي عبد الحميد: أثر أنشطة التربية الفنية على عملية الانتباه والتحصيل الدراسي لدى الأطفال المعاقين ذهنيا القابلين للتعلم، بحث مقدم للحصول على درجة الماجستير في فلسفة التربية الفنية، قسم علوم التربية الفنية، جامعة حلوان، القاهرة، 2002.
- 7- عفاف روان: أثر الولاء التنظيمي على تحسين أداء العاملين، مذكرة لنيل شهادة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2014-2015.

8- فالح بن صنهان العتيبي: دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات

الحكومية في مدينة الرياض، بحث مكمل لرسالة الماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية

الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية، 2010-2011.

9- مشيرة سالم حسنين: فاعلية برنامج قائم على التعبير الفني المجسم لقصص الأطفال في خفض سلوك إيذاء

الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في

التربية، تخصص صحة نفسية، جامعة بني سويف، مصر، 2018.

10- هوارى خليصة: واقع العمل التشاركي بين طبيب الأمراض العقلية والنفسية والاختصاصي الإكلينيكي في

إطار العلاج النفسي، دراسة ميدانية على عينة من الأطباء السيكاتريين والأخصائيين الإكلينكيين بقطاع

الصحة والقطاع الخاص لولاية المسيلة، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس، تخصص علم النفس

العيادي، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2019-2020.

الجرائد والمجلات:

1- الجريدة الرسمية الجزائرية، مرسوم تنفيذي رقم 140-07 مؤرخ في 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء

المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية

وتنظيمها وسيرها، المادتين 2-3.

2- سهيلة برسو فاقة: صلاح المنظومة الصحية في الجزائر، واقع وآفاق، مجلة دراسات استراتيجية، الجزائر،

جانفي 2009.

3- المجلس الشعبي الوطني: سياسات قطاع الصحة غير برامج الحكومة الجزائرية (1999-2009)، مجلة

البرلمان، العدد 26، الجزائر، أوت 2009.

المراجع الأجنبية:

1- REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE:

ministre de la population et de la reforme hospitalier, développement du système national de sante, stratégie et perspectives, 20-09-2000.

المواقع الالكترونية:

1- GOTTLIEB.J ,CORMAN.L :Public attitudes, toward mentally retarded children,american journal of mental deficiency 72,-80, (1)80,1975

www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

2- Payne M. A. (1985). Barbadian children's understanding of mental retardation. Applied research in mental retardation, 6(2), 185-198 ,
<http://www.pubmed.nsk.nls.nih.gov>

3- الموقع الالكتروني:cte.univ-setif2.dz، جامعة سطيف 2، نظريات الإعاقة الذهنية.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

جامعة 8 ماي 1945-قالمة-

قسم علم الاجتماع

استمارة بحث بعنوان

الخدمات الصحية للمرضى عقليا في المؤسسات الاستشفائية بالجزائر
-دراسة ميدانية بمستشفى الأمراض العقلية "أبو بكر الرازي" بعنابة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

إشراف الأستاذ: جاهمي عبد العزيز

من إعداد:

- مزاغشية فارس

- زميتي محمد علي

هذه الاستمارة في إطار البحث العلمي، والمعلومات الواردة فيها تبقى سرية ولن تستخدم إلا لأغراض علمية. الرجاء وضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

المحور الأول: البيانات الشخصية

1 - جنس المريض : ذكر أنثى

2- هل المريض ؟ أحد الوالدين الأبناء

في حالة الجواب الأول:

أ/من هو المريض: الزوج الزوجة

ب/ السن: 36-25 48-37 49 فما فوق

ج/ المستوى التعليمي : أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

د / طبيعة العمل : عامل دائم عامل يومي متقاعد(ة) بطال (ة)

في حالة الجواب الثاني :

أ/ السن : 11-6 16-12 22- 16 23 فما فوق

ب/ المستوى التعليمي : ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

3-ما نوع الإقامة : حضري شبه حضري ريفي

4-ما مدى قرب السكن من المستشفى؟ قريب بعيد

-إذا كان الجواب الثاني، ما هي الصعوبات التي تواجهونها في ذلك؟

.....
.....

5-ما هو سبب المرض في نظركم؟ وراثي مكتسب

-إذا كان الجواب الثاني، ما هو في تقديركم؟

.....
.....

المحور الثاني: البيانات المتعلقة بالإمكانيات المادية والبشرية في المستشفى:

6-كيف ترون الإمكانيات التي يتوفر عليها المستشفى؟ كافية كافية الى حد ما غير كافية

7 - هل البرامج العلاجية المعتمدة من قبل المستشفى كفيلا للتكفل بالمرضى؟

نعم لا إلى حد ما

8 - هل يتم قبول المرضى بسهولة؟ نعم لا

- إذا كان الجواب (لا)، لماذا؟

.....
.....

المحور الثالث: البيانات المتعلقة بمدى التنسيق بين الجهات المختلفة

9-هل يتابع المريض من قبل إدارة المستشفى؟ دائما أحيانا نادرا

10-هل الحالة المادية سمحت لكم بالتكفل بالحالة؟ نعم لا

11-هل تتلقون دعما من جهات أخرى؟ نعم لا

12-هل تنسقون في التكفل مع المستشفى؟ نعم لا

-إذا كانت الإجابة بـ(نعم)، ما هي الأطراف التي تنسقون معها؟

السلك الطبي أخصائي الدعم والمساندة أعوان الخدمات

المحور الرابع: البيانات الختامية

13- هل تقبلتم إعاقة هذه الحالة؟ نعم لا

-إذا كانت الإجابة بـ(لا)، وضح ذلك؟

.....

.....

15- كيف تعاملون الفرد المريض؟ جيدة لا مبالاة

16- هل يتصرف المريض بعدوانية؟ نعم أحيانا لا

17- هل تحترم البرامج المتبعة في العلاج؟ نعم لا

-إذا كانت الإجابة بـ(لا)، وضح ذلك:

.....

.....

18- هل أنتم راضون عن مستوى التكفل بالمرضى في المستشفى؟

راض راض إلى حد ما غير راض

ثانيا: البيانات المتعلقة بعمال المستشفى

المحور الأول: البيانات المتعلقة بالكفاية من الطاقم البشري المتخصص

19- هل يتناسب تخصصكم مع طبيعة عملكم؟ نعم لا

-في حالة الإجابة بـ(لا)، كيف ذلك؟

20- هل يوفر لكم المستشفى فرصا للتدريب؟ نعم لا

-في حالة الإجابة بـ (نعم)،

أ/ هل يتميز ذلك: باستمرار؟ أحيانا؟

ب/ هل تساعد برامج التدريب في التحكم بالعمل؟ نعم لا

21- هل يوجد العدد الكافي من حيث:

أ/ شبه طبيين: نعم لا

ب/أخصائيين نفسانيين: نعم لا

ج/أخصائيين اجتماعيين: نعم لا

د/أعوان الإدارة والخدمات: نعم لا

22- في حالة حدوث سلوك عدواني ناتج عن المريض، كيف تتصرف؟

التكفل الفردي بالحالة استدعاء الأمن

-في حالة الجواب الأول، كيف ذلك؟ تهدئته سيكولوجيا الأدوية المهدئة

المحور الثاني: بالبيانات المتعلقة بالإمكانات المادية والفيزيائية للمستشفى

23- هل يتوفر المستشفى على التجهيزات المناسبة:

أ/ من حيث الكم؟ كافية كافية إلى حد ما غير كافية

ب/ من حيث النوع؟ كافية كافية إلى حد غير كافية

24- هل البرامج العلاجية كفيلة بالتكفل بالمرضى؟ نعم لا

25- هل يتم قبول المرضى بسهولة؟ نعم لا

26- هل يتخذ المستشفى الإجراءات المناسب في حالة الطوارئ؟ نعم لا

27- هل الخدمات الغذائية المقدمة للمرضى مناسبة؟

أ/ من حيث الجودة؟ نعم إلى حد ما لا

ب/ من حيث طريقة التقديم؟ نعم إلى حد ما لا

ج/ من حيث الرقابة؟ نعم إلى حد ما لا

المحور الثالث: البيانات المتعلقة بتنسيق المستشفى خدماته مع خدمات المحيط الخارجي

28- هل هناك تنسيق بين الأطراف المهنية المختلفة؟ نعم لا

29- هل تنسقون في عملية التكفل بالمرضى مع أسرته؟ نعم لا

-إذا كانت الإجابة ب(لا)، لماذا؟

.....
.....

30- هل تنسقون خدماتكم مع خدمات المحيط الخارجي؟ نعم لا

-في حالة الإجابة ب(نعم)، ما هي هذه الجهات؟ العيادات الخاصة الجمعيات أخرى

-في حالة الإجابة بـ(أخرى)، فيما تتمثل؟

.....
.....

31-هل أنتم راضون عن عملك بالمستشفى؟ راض راض إلى حد ما غير راض

32-ماهي الصعوبات التي تواجهونها في التكفل بالمرضى؟

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

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم : علم الاجتماع
الرقم : 393 / ع / ا / ق / ع / 2022



قالمة في : 17 / 05 / 2022

إلى السيد (ة) : معير مستسفي أبو بكر الرازي
ولاية : عنابة

إشهاد بدراسة ميدانية

يشهد رئيس قسم علم الاجتماع بجامعة 8 ماي 1945 أن الطلبة :

* مزراعشة فارس

* زميتي محمد علي

*

طلبة بالسنة الثانية ماستر علم اجتماع الصحة ويحضرون لانجاز مذكرة بعنوان :
- الرغبات الصحية في المؤسسات الصحية تجاه المرضى العقلين بالجزائر
تحت إشراف الأستاذ : جاهمي عبد العزيز
وأنهم بحاجة ماسة إلى دراسة ميدانية بمؤسستكم .

أملنا كبير في حسن تعاونكم ولكم منا فائق الاحترام

رئيس القسم

عائشة الكونولاسمير فريد

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

ع. مكي

المسيرة الفرعية مدير فرعي للإدارة و الوسائل

الإدارة الوسائل المختص أبو بكر الرازي - عنابة

- نسخة للحفظ

ملخص الدراسة:

إن هذه الدراسة المتعلقة بموضوع الخدمات الاستشفائية للمرضى العقليين بالجزائر، والذي يشكل إحدى الاهتمامات الرئيسية للباحثين في حقل الرعاية والخدمات الصحية، لما لذلك من أهمية تتعلق بحياة الناس، باعتبار أن الصحة العقلية نعمة كبيرة من الله بها على الانسان، حي يكون فيها متمتعاً بقدراته على أكمل وجه بعيداً عن الاضطرابات والعلل وبالتالي يصبح الفرد قادراً على خدمة نفسه ومجتمعه. ونظراً لأهمية هذه الفئة في معاملة تليق بإنسانيتهم وكرامتهم من جهة، ومن جهة أخرى أصبحت مساهمتهم في المجتمع ضرورية بدلاً من كونهم عالة عليه. من أجل ذلك قامت المجتمعات بإنشاء مؤسسات متخصصة (مراكز، مستشفيات) للتكفل بهذه الفئة على أكمل وجه، وخصصت لها الوسائل والامكانيات المادية والبشرية، حيث تقوم على موظفين متخصصين في المجالات النفسية والاجتماعية والطبية (أطباء، شبه طبيين، أخصائيين اجتماعيين، أخصائيين نفسانيين...). ونظراً لاستفحال هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري نتيجة لعوامل موضوعية (الفقر، العشرية السوداء، الآفات الاجتماعية..)، حيث أصبحت تشكل خطراً على المجتمع عامة، فقد سعت الدولة الجزائرية إلى توفير الوسائل والامكانيات المادية والبشرية من أجل التخفيف أو الحد من تداعيات هذه الظاهرة (الإعاقة العقلية) على الأفراد وعلى المجتمع.

ومن أجل دراسة هذا الموضوع، اعتمدنا إشكالية تستند على التساؤلات التالية:

أ/التساؤل المركزي: ما هو واقع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى العقليين في المؤسسات الاستشفائية؟

ويندرج تحت هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- هل تتوفر المؤسسة الاستشفائية الجزائرية على الطاقم البشري المتخصص للتكفل بهذه الفئة؟

- هل الإمكانيات المادية والفيزيائية للمستشفى تسمح للتكفل بهذا النوع من المرضى؟

- هل ينسق المستشفى خدماته مع خدمات المحيط الخارجي؟

ومن أجل دراسة هذا الموضوع دراسة متكاملة، اعتمدنا خطة منهجية تتكون أربعة فصول نظرية.

فقد قمنا في الفصل الأول بضبط إشكالية البحث وتساؤلاتها، وكذا قمنا بتحديد أهم المفاهيم المرتبطة بموضوعنا، والتي تمثلت في تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية والتي هي عبارة عن مؤسسة ذات هيكل منظم ومنسق، وذات طابع تشخيصي وعلاجي لسكان منطقة ما. بالإضافة إلى ذلك استندنا لمفهوم الخدمات الاستشفائية والتي عرفت على أنها "عبارة عن خدمات علاجية وتشخيصية يقدمها الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر"، وكذا قمنا بضبط مفهوم الإعاقة العقلية والتي تعرف على أنها خلل أو قصور في المهارات العقلية، مما لا يسمح للفرد المصاب بها التأقلم مع نفسه ومع محيطه الخارجي. وكذا قمنا بذكر أهمية الدراسة وأسبابها وأهدافها. وقد اعتمدنا المنهج الوصفي لأنه يتماشى وطبيعة موضوعنا والتمثل في واقع الخدمات الصحية لفئة المعاقين عقليا. أما بالنسبة لأدوات الدراسة فقد استخدمنا الملاحظة والمقابلة واستمارة المقابلة. أما بالنسبة للمجال المكاني للدراسة، فقد قمنا بالدراسة الميدانية في مستشفى الأمراض العقلية (أبو بكر الرازي) بعنابة. وقد شمت عينة الدراسة فقد تمثلت في (60) عاملا بالمستشفى،

وبمختلف التخصصات المهنية (عينة طبقية)، أما بالنسبة للعينة الخاصة بأسر المعاقين فتم اختيارها عشوائيا من خلال اعتماد الأسر التي تتردد على المستشفى يومي (الاثنين، الأربعاء) خلال الفترة ما بين (17 ماي إلى 03 جوان) والمقدرة بـ 32 عائلة. وقد قمنا أيضا بذكر بعض الدراسات السابقة التي نستدل بها في موضوعنا، وكذا بعض المقاربات النظرية والتي قد تمثلت في النظرية السلوكية، ونظرية الدور الاجتماعي، والنظرية التفاعلية، والنظرية الجشطالتيية.

وبالنسبة للفصل الثاني والذي تناولنا فيه عوامل الأمراض العقلية، والخصائص العامة لها، وكذا تطور نظم الاهتمام به. أما الفصل الثالث والذي اشتمل تصنيفات الأمراض العقلية (حسب المدرسة الفرنسية

وقمنا فيه بذكر نماذج عن أمراض عقلية)، بالإضافة إلى أعراضها، وكذا تم التطرق لأساليب التكفل بالمرض العقلي. أما الفصل الرابع فيضم تشكل المنظومة الصحية بالجزائر في سياقها التاريخي، من حيث تطور السياسة الصحية في الجزائر من حيث الأوضاع الاقتصادية والصحية والديمغرافية وكذا ذكر مخططات السياسة الصحية بالجزائر، وختاماً لهذا الفصل، قمنا بذكر خصائص المؤسسات الاستشفائية الحديثة.

وفي الفصل الأخير المخصص للدراسة الميدانية قمنا بعرض البيانات الميدانية وجدولتها وتبويبها وتحليلها والتي من خلالها تم التوصل إلى النتائج التالية:

أ/ تتوفر المؤسسات الاستشفائية إلى حد كبير على الطاقم البشري المتخصص للتكفل بفئة المعاقين عقلياً، في ظل النقص الذي تعاني منه في جانب الأخصائيين الاجتماعيين.

ب/ ضعف الإمكانيات المادية والفيزيائية للمؤسسة الاستشفائية والمخصصة للتكفل بالمرضى العقليين، خاصة في مجال التجهيزات والتقنيات الحديثة

ج/ تنسيق المستشفى لخدماته مع خدمات المحيط الخارجي، عن طريق الجمعيات والعيادات الخاصة وأيضا مع أسر المرضى، مما يتيح للعميل مردودية جيدة في العلاج من جهة، وكذا دمج مع مجتمعه ومحيطه من جهة أخرى.

النتيجة العامة:

الخدمات الاستشفائية المقدمة للمرضى العقليين مقبولة إلى حد كبير، في ظل الجهود التي تقدمها الدولة تجاه هذه الفئة.

Résumé de L'étude:

Cette étude est liée à la problématique des services hospitaliers pour malades mentaux en Algérie, qui constitue l'un des principaux intérêts des chercheurs dans le domaine des soins et des services de santé, en raison de son importance liée à la vie des personnes, considérant que la santé mentale est une grande bénédiction de Dieu à l'homme, dans laquelle il jouit au maximum de ses capacités. Eloignez-vous des perturbations et des maux et ainsi l'individu devient capable de se servir lui-même et sa communauté.

Étant donné le droit de cette catégorie à être traitée dignement de son humanité et de sa dignité d'une part, et d'autre part, leur contribution à la société est devenue nécessaire au lieu d'en dépendre.

Pour cette raison, les sociétés ont créé des institutions spécialisées (centres, hôpitaux) pour prendre en charge au mieux cette catégorie, et leur ont alloué les moyens et les capacités matérielles et humaines, car elles s'appuient sur un personnel spécialisé dans les domaines psychologique, social et médical. (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, psychologues..etc) Face à l'exacerbation de ce phénomène dans la société algérienne sous l'effet de facteurs objectifs (pauvreté, décennie noire, maux sociaux..), devenu un danger pour la société en général, l'Etat algérien a cherché à se donner les

moyens et capacités matérielles et humaines afin d'atténuer ou de limiter les répercussions de ce phénomène (handicap mental) sur les individus et sur la société.

Pour étudier ce sujet, nous avons adopté un problème basé sur les questions suivantes :

A/ La question centrale : Quelle est la réalité des services de santé dispensés aux malades mentaux dans les institutions hospitalières ?

Les sous-questions suivantes relèvent de cette question :

L'institution hospitalière algérienne dispose-t-elle du personnel humain spécialisé pour prendre en charge cette catégorie ?

– Les capacités physiques et matérielles de l'hôpital lui permettent-elles de prendre en charge ce type de patients ?

– L'hôpital coordonne-t-il ses services avec ceux du milieu extérieur ?

Afin d'étudier ce sujet dans une étude intégrée, nous avons adopté un plan méthodologique composé de quatre chapitres théoriques.

Dans le premier chapitre, nous avons contrôlé le problème de recherche et ses questions, ainsi que nous avons identifié les concepts les plus importants liés à notre sujet, qui était la définition de l'établissement hospitalier public, qui est

une institution avec une structure organisée et coordonnée, et de nature diagnostique et thérapeutique pour la population d'une région.

De plus, nous nous sommes appuyés sur le concept de services hospitaliers, qui étaient définis comme « des services thérapeutiques et diagnostiques rendus par l'équipe médicale à une ou plusieurs personnes », et nous avons également ajusté le concept d'incapacité mentale, qui est défini comme un défaut ou déficit en capacités mentales, qui ne permet pas à l'individu affecté de s'adapter à lui-même et à son environnement. Nous avons également mentionné l'importance de l'étude, ses raisons et ses objectifs. Nous avons adopté l'approche descriptive parce qu'elle correspond à la nature de notre sujet qui est la réalité des services de santé pour les handicapés mentaux.

Quant aux outils d'étude, ils ont utilisé l'observation, l'entretien et le formulaire d'entretien. Quant à la portée spatiale de l'étude, nous avons mené une étude de terrain à l'hôpital psychiatrique (Abu Bakr Al-Razi) à Annaba. L'échantillon de l'étude était composé de (60) travailleurs hospitaliers, avec diverses spécialités professionnelles (un échantillon stratifié). Quant à l'échantillon des familles en situation de handicap, il a été choisi au hasard à travers l'adoption des familles qui fréquentent l'hôpital le (lundi et mercredi) durant la période du (17 mai au 03 juin) et est estimé à 32 familles. Nous avons également

mentionné certaines des études précédentes que nous inférons dans notre sujet, ainsi que certaines approches théoriques, qui étaient représentées dans la théorie comportementale, la théorie du rôle social, la théorie interactive et la théorie de la Gestalt.

Quant au deuxième chapitre, dans lequel nous avons traité des facteurs de la maladie mentale, et de ses caractéristiques générales, ainsi que de l'évolution des systèmes concernés. Quant au troisième chapitre, qui comprenait des classifications des maladies mentales (selon l'école française, dans laquelle nous avons mentionné des exemples de maladies mentales), en plus de leurs symptômes, ainsi que les méthodes de prise en charge de la maladie mentale.

Quant au quatrième chapitre, il inclut la formation du système de santé en Algérie dans son contexte historique, en termes de développement de la politique de santé en Algérie en termes de conditions économiques, sanitaires et démographiques, ainsi que la mention des plans de politique de santé en Algérie, et en conclusion de ce chapitre, nous avons évoqué les caractéristiques des institutions hospitalières modernes.

Dans le dernier chapitre consacré à l'étude de terrain, nous avons présenté, tabulé, classé et analysé les données de terrain, à travers lesquelles les résultats suivants ont été atteints :

A / Les établissements hospitaliers disposent largement d'un personnel humain spécialisé pour prendre en charge la catégorie des handicapés mentaux, compte tenu de la pénurie dont elle souffre de la part des travailleurs sociaux.

Au vu de la pénurie vécue du côté des travailleurs sociaux.

b/ Faiblesse des capacités matérielles et physiques de l'institution hospitalière désignée pour prendre en charge les malades mentaux, notamment dans le domaine des équipements et technologies modernes

C/ L'hôpital coordonne ses prestations avec les services du milieu extérieur, à travers les associations et les cliniques privées, ainsi qu'avec les familles des patients, ce qui permet au client un bon retour sur traitement d'une part, ainsi que son intégration avec sa communauté et son environnement d'autre part.