الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف - المسيلة

كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم : العلوم السياسية
رقم: .....

ميدان: الحقوق والعلوم السياسية
فرع: علوم سياسية
تخصص: إدارة محلية

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي
تحت عنوان

السياسة الصحية كآلية لتحقيق السلم الاجتماعي
دراسة حالة الجزائر
المؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة

إعداد الطالبتين:

- **حديدان الزهرة**
- **بكري إيمان**

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	المؤسسة الجامعية	الصفة
– إلياس زوين	أستاذ التعليم العالي	جامعة المسيلة	رئيسا
– أسامة خوجة	أستاذ التعليم العالي	جامعة المسيلة	مشرفا ومقررا
– خالد توازي	أستاذ التعليم العالي	جامعة المسيلة	ممتحنا

السنة الجامعية: 1446/1445 هـ - 2024/2023م

* ملحق بالقرار رقم ....1082.... المؤرخ في ..... 27 ديسمبر 2020 .....

الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

مؤسسة التعليم العالي والبحث العلمي:

نموذج التصريح الشرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله،

السيد(ة): حمدان الوهرة الصفة: طالب، أستاذ، باحث طالبة

الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم 0757706 والصادرة بتاريخ 2022-03-14

المسجل(ة) بكلية / معهد الحقوق قسم العلوم السياسية

والمكلف(ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه).

عنوانها: السياسة الصحية كآلية لتحقيق السلم الاجتماعي
حولية حالة الجزائر

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه .

التاريخ: 16/05/2022

توقيع المعني (ة)

* ملحق بالقرار رقم ....1082.... المؤرخ في ..... 27 ديسمبر 2020

الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

مؤسسة التعليم العالي والبحث العلمي:

نموذج التصريح الشرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله،

السيد(ة): بكوي ايمان الصفة: طالب، أستاذ، باحث دائمة

الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 204755965 والصادرة بتاريخ 2019 06 25

المسجل(ة) بكلية / معهد الحقوق قسم العلوم السياسية

والمكلف(ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه).

عنوانها: السياسة الصحية كآلية لتحقيق الأمن الاجتماعي في دائرة سال الحنش

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه .

التاريخ: .....

توقيع المعني (ة)

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكروتقدير

الحمد لله على نعمه التي لا ينسى ذكرها، ولا يؤدى بشيء من الأنواع

شكرها، نحمده تعالى عند هذا المقام

وفي هذا المقال نثني عليه الخير كله ولا نحصي

ثناء عليه وهو أهل الحمد والشكر والثناء

وفي لحظات العرفان بالجميل وحسن الصنيع لا يسعنا إلا أن نحمد الله

الذي وفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع

ونصلي ونسلم على نور القلوب وضياءها حبيبنا

وقرة أعيننا محمد صلى الله عليه وسلم

نتقدم بالشكر لكل من ساعدنا على إنجاز هذا العمل المتواضع

ونخص بالذكر الأستاذ المشرف الدكتور "خوجة أسامة"

الذي لملم يبخل علينا بنصائحه وتوجيهاته التي كانت لنا خير معين في هذه الدراسة.

والشكر الجزيل للجنة المناقشة التي سيكون لها دورا كبيرا في تقويم وتثمين هذه الدراسة

وإلى كل أساتذة قسم العلوم السياسية بجامعة المسيلة

الطالبتين

- **حديدان الزهرة**

- **بكري إيمـــان**

إهـــــــداء

❖ إلــى من قال فيهما سبحانه وتعالى:﴿ فَلا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلا تَنْهَرْهُمَا

وَقُلْ لَهُمَا قَوْلاً كَرِيماً (23) وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنْ الرَّحْمَةِ قُلْ رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيراً﴾

(سورة الإسراء الآية 24)

❖ أهدي نتاج عملي إلى روح أمي الطاهرة رحمة الله عليها

❖ إلى من كان وسيظل النور الذي يضيئ دربي بالأمل والإصرارعلى مواجهة الصعاب إلى من أنار لي سبيل

العلم والمعرفة قدوة وقرة عيني أبي الغالي إسماعيل

❖ إلى زوجي الذي ساندني عبد النور

❖ إلى أختي نادية وإخواني: إلياس، بوبكر، رشدي ، أسامة .

❖ إلى من عملتا معي بكد بغية إتمام هذا العمل إلى صديقتي هدلي شهنازوابن خالي دلالجة سارة

❖ وإلى من ذكرهم قلبي ونسيهم قلمي

❖ إلـــــــى كل أساتذة وعمال قسم العلوم السياسية

❖ إلى كل من يعرفنا من قريب وبعيد.

❖ حديدان الزهرة

إهـــــــداء

❖ إلــى من قال فيهما سبحانه وتعالى:﴿ فَلا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلا تَنْهَرْهُمَا

وَقُلْ لَهُمَا قَوْلاً كَرِيماً (23) وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنْ الرَّحْمَةِ قُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيراً ﴾

(سورة الإسراء الآية 24)

❖ إلى ينبوع الحب والحنان وزهرة العطف ومصدر الاطمئنان إلى أغلى ما في الوجود

❖ أمــي الحبيبة الغالية رحمة الله عليها .

❖ إلــى من كان سندا لنا في الحياة صاحب الفضل ومصدر الرعاية إلى الذي لا يسعني إلا أن أقف أمامه

احتراما وعرفانا وطاعة بعد الله والرسول وحباً أبي الغالي.

❖ إلـــى إخوتي وأخواتي الأعزاء.

❖ إلـــــــى كل أساتذة وعمال قسم العلوم السياسية

❖ إلى كل من يعرفنا من قريب وبعيد.

❖ بكري إيمـــان

مقدمـــــــــــة

مقدمة:

تعد السياسة الصحية ركيزة أساسية لتحقيق السلم الاجتماعي في أي دولة حيث تساهم في تحسين جودة الحياة وتعزيز العدالة الاجتماعية بين مختلف شرائح المجتمع في الجزائر ، تعتبر السياسة الصحية أداة محورية لتحقيق الاستقرار الاجتماعي حيق تعمل على توفير خدمات صحية متكاملة وشاملة لجميع المواطنين مما يقلل من التفاوتات الصحية والاجتماعية ويعزز من تماسك المجتمع .

تتجلى أهمية السياسة الصحية في الجزائر من خلال الجهود المبذولة لتطوير البنية التحتية الصحية وتوفير الكوادر الطبية المدربة وضمان الوصول العادل إلى الخدمات الصحية الأساسية تسعى الدول من خلال ساستها الصحية إلى معالج المشاكل الصحية المزمة ومكافحة الأمراض الوبائية وتحسين الرعاية الصحية الأولية مما يساهم تعزيز الثقة بين المواطنين ومؤسسات الدولة.

وبالإضافة إلى ذلك فإن الاستثمار في الصحة يساهم في تقوية رأس المال البشري وزيادة الإنتاجية وتعزيز التنمية المستدامة وبالتالي فإن السياسة الصحية الفعالة تعد أداة لتحقيق السلم الاجتماعي ، حيث توفر بيئة صحية ومستقرة تيح للأفراد والمجتمعات النمو والتطور.

1. **مبررات اختيار الموضوع:** هناك عدة أسباب دفعتنا إلى اختيار هذا الموضوع وهي:

المبرر الموضوعي:

- تقييم واقع السياسة الصحية في الجزائر لدى المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية الزهراوي بالمسيلة.
- كون أن الموضوع من المواضيع الحديثة التي تحظى باهتمام وافاق مستقبلية .
- الاطلاع على مدى مساهمة السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي.
- باعتبار قطاع الصحة في الجزائر يسعى لتلبية حاجيات المرضى.

المبرر الذاتي:

- تطلعنا إلى دراسة موضوع جديد، حيث اهتممنا بهذا الموضوع وإرادتنا في معالجته وتطبيقه كدراسة بالجزائر كون أن هذا الموضوع حديث.
- رغبتنا في المساهمة في إيجاد بدائل لتحقيق السلم الاجتماعي مستعينينا بالبحوث العلمية والدراسات الأكاديمية.
- ميولنا الذاتي للخوض في هكذا مواضيع .

2. أهمية الموضوع:

تكمن أهمية دراستنا أساساً في موضوع في غاية الأهمية، وهو دور السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي، كما أن هذه الدراسة ستضيف إثراء معرفي للدراسات باللغة العربية، حيث أن أهمية هذه الدراسة تتجلى في النقاط التالية:

وتكمن أهمية الموضوع في كونه موضوع يتسم بالحداثة، وسنعالجه من خلال العنوان: "السياسة الصحية كآلية لتحقيق السلم الاجتماعي دراسة حالة مستشفى الزهراوي". يعد من المواضيع التي تعالج الإشكالية الجوهرية التي يعاني منها قطاع التربية.

3. أهداف الموضوع:

تهدف هذه الدراسة عموما إلى معرفة دور السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي بمستشفى الزهراوي بالمسيلة، أما الأهداف التي تحاول الوصول إليها تتمثل فيما يلي:

-توضيح الإطار الفكري والنظري لمفهوم السياسة الصحية الجديد والسلم الاجتماعي والعلاقة بينهما.

- - إبراز خصائص ومبادئ السياسة الصحية.

- اظهار الدور الفعال للسياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي.

وأهداف الدراسة في الغايات المراد بلوغها كتعزيز المنطلقات الفكرية والنتائج التطبيقية المتحصل عليها، ويمكن إدراجها في النقاط أدناه:

- **الأهداف العلمية:**

- توضيح المعالم المعرفية لمتغيري الدراسة (السياسة الصحية، والسلم الاجتماعي).
- ربط متغيري الدراسة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي

- **الأهداف العملية:**

- التعرف على دور السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي.
- اختبار الفرضيات وتحليل النتائج المتحصل عليها وتقديم مجموعة من التوصيات والاقتراحات.

4. إشكالية الدارسة:

وبناء على ما تقدم يمكن طرح الإشكالية التالية:

إلى أي مدى ساهمت السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي في الجزائر؟

للإجابة على هذه الإشكالية البحثية تم صياغة الأسئلة الفرعية التالية:

- **ما هي معوقات ودوافع السياسة الصحية في الجزائر ؟؛**
- **وكيف تأثرت السياسة الصحية في المراحل التاريخية المختلفة في الجزائري؟؛**
- **على ماذا يقوم السلم الاجتماعي الحقيقي؟**

5. فرضيات الدارسة:

الفرضية الرئيسية:

ساهمت السياسة الصحية في الجزائر دورا مهما في تحقيق السلم الاجتماعي من خلال الرعاية الصحية المجانية وتوفير برامج الوقاية وتحسين البنية التحتية الصحية.

تتمحور فرضيات الدراسة حول ما يلي:

- **الفرضية الفرعية الأول:** دوافع ومعوقات باستخدام تطبيق الجزائر للسياسة الصحية يعود إلى الرغبة في رفع مستوى الإنتاج الصحي وجودة الخدمات الصحية؛
- **الفرضية الفرعية الثاني:** تأثرت السياسة الصحية في الجزائر بالمراحل التاريخية نتيجة اختلاف ومعالم كل مرحلة ؛
- **الفرضية الفرعية الثالثة:** السلم الاجتماعي الحقيقي يرتكز على مقومات من حكم رشيد يقوم على المساءلة والشفافية والمشاركة من سيادة القانون وما توفر منه من مساواة وضمان للحقوق والحريات وعدالة اجتماعية وما يتطلب همة إعلام حر.

6. حدود الدارسة:

1.الحدود المكانية: يتضمن البحث في الموضوع دراسة حالة على مستوى السياسة الصحية بمستشفى الزهراوي.

2.الحدود الزمانية: تتمحور هذه الدراسة حول دور السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي من خلال تطبيقه خلال فترة ما بين أفريل وماي 2024.

7. منهج الدارسة:

للإجابة على الإشكالية المطروحة والوصول إلى النتائج المرجوة اعتمدنا المزج بين المنهج الوصفي من خلال جمع البيانات والمعلومات عن الموضوع، حيث اعتمدنا على الكتب والمقالات والبحوث العلمية، أما فيما يتعلق بالشق الميداني فقد تم الاعتماد على أداتي الاستبيان والمقابلة بغية تحليل السياسة الصحية بالمستشفى، وكذا تحليل مختلف البيانات والمعلومات المتعلقة بعينة الدراسة.

إن المتطلبات الأساسية للبحث العلمي في أي دراسة تستدعي استخدام المناهج والأدوات المختلفة، ومن هذه المناهج التي اعتمدت في هذه الدراسة ما يلي:

المنهج الوصفي:

وهو المنهج الذي يقوم على وصف الظاهرة، وذلك بتتبع الموضوع والوقوف على أدنى جزئياته وتفاصيله وكذلك بجمع البيانات الكافية والدقيقة عنه، من أجل الوصول إلى نتائج ملموسة وموضوعية.

منهج دارسة حالة:

كما تم الاستعانة بمنهج دراسة حالة **(مستشفى الزهراوي بالمسيلة)** لاستخلاص النتائج وتحليلها، وتم الاستعانة بمنهج تحليل المضمون بغية تحليل الوثائق والبيانات الرسمية.

المنهج الإحصائي:

يستخدم هذا المنهج في تحليل النتائج الرقمية المتوصل إليها ميدانيا من البيانات والوثائق الرسمية، وكذا تحليل نتائج الاستقصاء المتعلقة بالمتغيرات والأبعاد المقترحة في تصميم محاور الاستبيان، والتي تعبر على الفرضيات الرئيسية وفروعها للدراسة الميدانية.

تم الاستعانة **ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة 27 (SPSS)** وهذا بغية التحليل المعمق للاستبيان، وسيتم تبرير استعمال هذه المعالجات الإحصائية في المناقشة المنهجية للدراسة الميدانية.

وتم استخدام إقترابات في الدراسة:

أولا: الاقتراب الوظيفي:

يستحوذ مفهوم الوظيفة على مكانة محورية ضمن هذا المدخل، واستخدام هذا الاقتراب له دوره في التعرف ودراسة النشاطات التي يقوم بها النظام الصحي في الجزائر من خلال استجابته وكيفية مواجهته المجموع المطالب والضغوط التي يتعرض لها من البيئة المحيطة أو من داخله ومدى قدرته على اتخاذ القرارات الملائمة وتنفيذها على نطاق المجتمع.

ثانيا : الاقتراب المؤسسي

ركزت في هذا الاقتراب في الدراسة بالشرح والتفصيل من خلال دور المؤسسات السياسية التي هي وحدة للتحليل، وتعتبر المصالح والتقاليد المؤسسية والقيم التي يحملها الفاعلين السياسيين متغيرا هامة تفسر الكثير من سلوكيات هؤلاء الفاعلين خلال ممارستهم لمهامهم.

ثالثا: اقتراب دولة مجتمع

إن دراسة علاقات التفاعل في صنع السياسة الاجتماعية والسياسات الصحية في الجزائر، من خلال دورة حياة السياسة العامة والأدوار والتأثيرات المتبادلة لمختلف الفواعل الرسمية وغير الرسمية يبرز جليا من خلال اسقاط اقتراب الجماعة، حيث يبرز دور القطاع الخاص والمجتمع المدني وجماعات الضغط والمصالح.

8. أدوات الدراسة المستخدمة:

بغية رصد كل المعطيات والأبعاد التي ترتبط بموضوعنا من اختلالات وظيفية وتنظيمية وكذا قياس تصورات عينة الدراسة تم الاستعانة بالاستبيان على التوالي:

أولا: الاستبيان: تم تصميم استبيان للفئات التي تم مقابلتهم وغيرهم من أفراد العينة المقصودة وسوف نتعرض لهذه العناصر بإسهاب في المناقشة المنهجية لأدوات الدراسة الميدانية.

9. صعوبات الدارسة:

- الوقت لم يكن لصالحنا مثل هذه البحوث الميدانية تتطلب اجتهادا أكثر حول التقصي على الدراسات الجديدة التي لها علاقة مباشرة بموضوع الدراسة.
- ضيق الوقت المخصص لإنجاز هذه الدراسة.
- عدم جدية بعض المبحوثين في الإجابة على أسئلة الاستمارة.
- صعوبة الوصول إلى كافة أفراد العينة محل الدراسة بداعي عدم وجود الوقت الكافي.
- صعوبة إسقاطها تطبيقيا على أرض الواقع في المؤسسة محل الدراسة.

10. هيكل الدارسة:

من أجل الإلمام والإحاطة بمختلف جوانب الموضوع ومعالجة الإشكالية المطروحة ارتأينا تقسيم الدراسة إلى فصل نظري، وفصل تطبيقي كالتالي:

الفصل الأول: تناولنا فيه الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية والسلم الاجتماعي من خلال التطرق في المبحث الأول إلى ماهية السياسة الصحية، وفي المبحث الثاني إلى الإطار المفاهيمي للسلم الاجتماعي.

الفصل الثاني: تناولنا فيه السياسة الصحية في الجزائر وأثرها على السلم الاجتماعي في المبحث الأول إلى . واقع السياسة الصحية في الجزائر ، وفي المبحث الثاني دور السياسة الصحية في الجزائر في تحقيق السلم الاجتماعي.

الفصل الثالث: يتعلق بالدراسة الميدانية اختبار ومناقشة تساؤلات الدراسة ونتائجها تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي 2023-2024، ويحتوي على ثلاثة مباحث: بالمسيلة

في المبحث الأول ثم عرض الإجراءات ومناقشة منهجية الدراسة، وفي المبحث الثاني تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، أما المبحث الثالث فسنتناول فيه اختبار ومناقشة تساؤلات الدراسة ونتائجها

وتختم هذه الدراسة بخاتمة عامة، نستعرض فيها أبرز النتائج المتوصل إليها، بالإضافة إلى جملة من الاقتراحات.

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية والسلم الإجتماعي

الفصل الأول:

الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية والسلم الإجتماعي

عرف العالم اليوم تنافسا كبيرا في جميع المجالات لتحقيق أكبر قدر من التطور والتنمية، وتعد الصحة جزءا هاما من هذا التنافس فهي من بين أهم المجالات ومؤشرات التنمية التي تسعى الدول من خلالها لتحقيق التطور الاقتصادي والأمني والاجتماعي، فالسياسة الصحية ترمي إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين وإلى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء باعتبارها تتكامل مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية...

فالسلم الاجتماعي يعتبر مهما جدا لأي مجتمع كان، والمجتمع لا يكون مستقرا و قوي البنية ومزدهر النمو إذا لم تكن أوضاعه مستقرة، وتسوده الرفاهية والطمأنينة، لذا فقد شكل تحقيق السلم الاجتماعي والشعور بالأمن والاستقرار هاجسا ملازما لحياة الأمم، حيث ارتبط تاريخ الأمم والمجتمعات بالسعي نحو تحقيق السلم الاجتماعي بالرغم من أن المجتمعات البشرية تتفاوت في مسألة تحقيقه فأحيان تشعر بأنها حققته، وأحيانا أخرى تبدوا كأنها تعجز عن الإمساك به، وعليه قسمنا هذا الفصل إلى مبحثين ، حيث تطرقنا في المبحث الأول إلى الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية، والإطار المفاهيمي للسلم الاجتماعي في المبحث الثاني.

المبحث الأول: ماهية السياسة الصحية

عرف العالم اليوم تنافسا كبيرا في جميع المجالات لتحقيق أكبر قدر من التطور والتنمية، وتعد الصحة جزءا هاما من هذا التنافس فهي من بين أهم المجالات ومؤشرات التنمية التي تسعى الدول من خلالها لتحقيق التطور الاقتصادي والأمني والاجتماعي، فالسياسة الصحية ترمي إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين وإلى تقليص الهوة التي تفصل بين والأغنياء والفقراء باعتبارها تتكامل مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية.

المطلب الأول: تعريف السياسة الصحية

تمثل السياسة الصحية انعكاسا لمستوى الدولة ووضعها وقدرتها وإمكاناتها مثل المستوى التعليم معدل الفقر وسياسات التغذية الح، وتمثل أيضا بعدا من أبعاد السياسات الاجتماعية الهادفة والتحقيق التنمية وتحسين أوضاع المجتمع وأحوال أفراده الصحية.

أولا: تعريف الصحة اصطلاحا

يعتقد البعض أن الصحة تعني أن يتمتع الإنسان بالعافية فقط ويشفى من جميع الأمراض والأسقام ولكن مفهوم الصحة يصل إلى أبعد من ذلك بكثير فوصول الإنسان إلى الصحة السليمة الخالية من جميع الأمراض يتطلب الموازنة بين الجوانب النفسية والعقلية والروحية والجسمانية حتى يصل الشخص إلى الصحة المثالية عليه أن يدمج هذه الجوانب مع بعضها البعض . [1]

فقد جاءت محاولات عديدة كثيرة منذ القدم للتفريق بين الصحة والمرض، حيث كان أطباء اليونان يعتقد بأن الصحة هي حالة من التوازن التام أو الكامل. [2]

وقد حدد إعلان مؤتمر ألمانيا الشهير في الاتحاد السوفيتي في عام 1978 باتفاق المجتمع الدولي تعريفا للصحة بأنها لا تعنى غياب المرض والوهن فحسب بل إنها حالة متكاملة للسلامة البدنية.[3]

وقد عرفها الدكتور فوزي جاد الله: " الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة المرض أو الموت)، وبين طرفيه درجات متفاوتة من الصحة.[1]

---

[1] – **حسيني محمد العيد،** السياسة الصحية في الجزائر بدراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990–2012، 2012 (رسالة ماجستير)، جامعة قاصدي مرباح، وقلة كلية الحقوق والعلوم السياسية (2012–2013) ، ص 48.

[2] – سعد الدين العنزي ، **الإدارة الصحية،** عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع (2009)، ص 15.

[3] – عبد الهادي بوعوانة، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية** عمان: دار حامد، (2004) ص 94

أما منظمة الصحة العالمية (WHO) في مقدمة ميثاقها لعام 1946 أبرزت مظاهر الإشكالية لهذا التعريف الذي يعرف عدة تعابير تدور كلها حول مسألة معنى الحياة سواء الفردية منها أو الجماعية والتعريف كما جاء في اللغة الفرنسية هو كما يلي :

الصحة هي حالة كاملة من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، ولا تقتصر على الخلو من المرض أو العجز، بل إن التمتع بأفضل حالة صحية يمكن للمرء أن يحققها هو أحد حقوق كل إنسان.[2]

هي تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد (صورة ايجابية للصحة) وليست تعني غياب المرض أو الإعاقة، إن امتلاك حالة صحية جيدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني بهذا التعريف لم تعد الصحة في مقابل المرض، أي أن الوصول إلى الصحة يمر عبر مكافحة المرض فالوقاية والعلاج ليستا الوسيلتين الوحيدتين في خدمة الصحة وإنما هناك قوانين وتنظيمات.

وتوجهات سياسية متعلقة بالبيئة وتهيئة الإقليم فصحة السكان أصبحت مسؤولية جماعية هذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية من خلال ميثاق أوتوا 1988 .

وبالتالي فالصحة مفهوم يعبر عن الوجود من جهة ومن جهة أخرى هي مفهوم علمي تم توضيحه عن طريق العلوم البيولوجية والنفسية والاجتماعية يتغير عبر الزمان .

ثانيا: مفهوم الصحة العالمية

لقد عرفت الصحة العامة محاولات عديدة لتعريفها جمعت كلها في مفهومها الحديث، إذ تعد علم وفن الوقاية من الأمراض إطالة الحياة والارتقاء بالصحة من خلال جهود المنظمة والاختيارات

الاستعلامية للمجتمع والمنظمات والمجتمعات الخاصة والعامة والأفراد كذلك.

ومن أشهر التعاريف المقدمة لها تعريف ويلسون (winson 1920 الذي أورد مفهومها على أنها : علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية، وذلك بمجهودات منظمة المجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطلب والتمريض للعمل

---

[1] – إقبال إبراهيم مخلوف، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية** ، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ، 1999، ص 47.

[2] – نور الدين حاروش ، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة** ، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، 2012، ص43.

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

ثانيا: تعريف السياسة الصحية

يمكن تعريفها بأنها القرارات والخطط والإجراءات التي يتم القيام بها لتحقيق رعاية صحية محددة الأهداف داخل المجتمع، كما يمكن تعريفها بأنها: كتعبير عن الأهداف الزامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات .[2]

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية فإنه يمكن من خلال سياسة صحية واضحة تحقيق عدة أمور أن تحقق أهداف عديدة وتحدد رؤية مستقبلية في الأولويات والأدوار المتوقعة من فئات مختلفة وبناء توافق في الآراء بين الناس، فقد تعددت أنواع السياسات الصحية وتضمنت الرعاية الشخصية والسياسة الدوائية والسياسات المتعلقة عن الصحة العامة كسياسة مكافحة التبغ أو تشجيع الرضاعة الطبيعية وغيرها ... فيشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية : إلى أن السياسات الصحية هي المجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في المجال الصحي، تصاحبها مجموعة من الأهداف المجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعيين الخاص والعام في مجال الصحة بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وبالتالي فالسياسة الصحية تعبر عن جميع القرارات والبرامج التي تتحمل الحكومة مسؤوليتها بهدف تحسين الحالة الصحية الأفراد البيئة المسؤولية عنها.[3]

وعموما فالعملية السياسية تشمل القرارات المؤخذة على المستوى الوطني واللامركزي التي تؤثر على كيفية تقديم الخدمات، لذا فالتركيز في السياسة الصحية يجب أن يكون للنظام السياسي الصحي المتعدد السياسات والعمل الإضافي لضمان استمرارية الزيادة البيئية السياسية الداعمة لتسهيل الزيادة من التدخلات الصحية، وهناك الكثير من المواضيع في السياسة وأدلة بمقدورها أن تؤثر على قرارات الحكومة متبنية سياسة

---

[1] – سلوى عثمان الصديقي ، السيد رمضان ، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي** ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، 2004، ص79.

[2] – **تقرير منظمة الصحة العالمية طلب المجتمع المكتب الإقليمي لشرق الأوسط** (1999) ص 43

[3] – **خروبي بزارة عمر**، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999–2009) دراسة حالة للمؤسسة الاستلقائية الإخوة خليف بالشلف (رسالة ماجستير)، جامعة الجزائر3، كلية العلوم السياسية والإعلام القسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية – 2010–2011، ص 16.

معينة، فالسياسات الصحية تعرف بأنها : موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي يتم التعبير عنه عن طريق الخطابات الرسمية أو الوثائق الدستورية والإدارية .[1]

فجل المناقشات السياسية تنحصر على سياسة الرعاية الشخصية الصحية وتشمل الذين يسعون إلى إصلاح تقديم للرعاية الصحية وعادة فهي تتدرج تحت الاقتصاد والمناقشات مرتكزة على أسئلة عن الحقوق الفردية وسلطة الحكومة بينما مواضيع الاقتصاد عن كيفية زيادة فعالية تقديم الرعاية الصحية وخفض التكلفة فالمفهوم الحديث للرعاية الصحية يشمل الوصول إلى الأطباء من مختلف مجالات التكنولوجيا الطبية كالأدوية والمعدات الجراحية والقدرة على الوصول إلى أحدث المعلومات من البحوث.

وتعرف السياسة الصحية بأنها : " موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة ، والذي يتم التعبير عنه عن طريق الخطابات الرسمية أو الوثائق الدستورية والإدارية.[2]

ويشير تعريف الموسوعة الدولية في العلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي : مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية المعلنة في المجال الصحي، تصاحبها مجموعة من الأفعال المجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع الخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في مجال الصحة بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة "، وبالتالي فالسياسة الصحية تعبر عن جميع القرارات والبرامج التي تتحمل الحكومة مسؤوليتها بهدف تحسين الحالة الصحية لأفراد البيئة المسؤولة عنها [3].

المطلب الثاني: مكونات السياسة الصحية

تتكون السياسة من أربع مكونات أساسية حيث يشكل كل منها نظاما فرعيا يندرج ضمن النظام الصحي:

أولا- نظام الإنتاج:

يتكون من المنظمات وكافة الأنشطة التي تعمل على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الصحية والطبية سواء للفرد أو المجتمع وتشمل خدمات الصحة العامة وخدمات الصحة الشخصية نظام الصيانة يتكون من كافة الأنشطة التي تقوم أساسا بمهمة إعداد وتعليم وتدريب العاملين للقيام بأدوار محددة من أجل استمرارية النظام الصحي، ومن خلال صيانة المعدات والتجهيزات الطبية وغير الطبية.

---

[1] – **خروبي بزارة عمر** ، مرجع سابق، ص17.

[2] – https www.politique-Africaine.com/numeros.

[3] – خروبي بزارة عمر، مرجع سابق ، ص17.

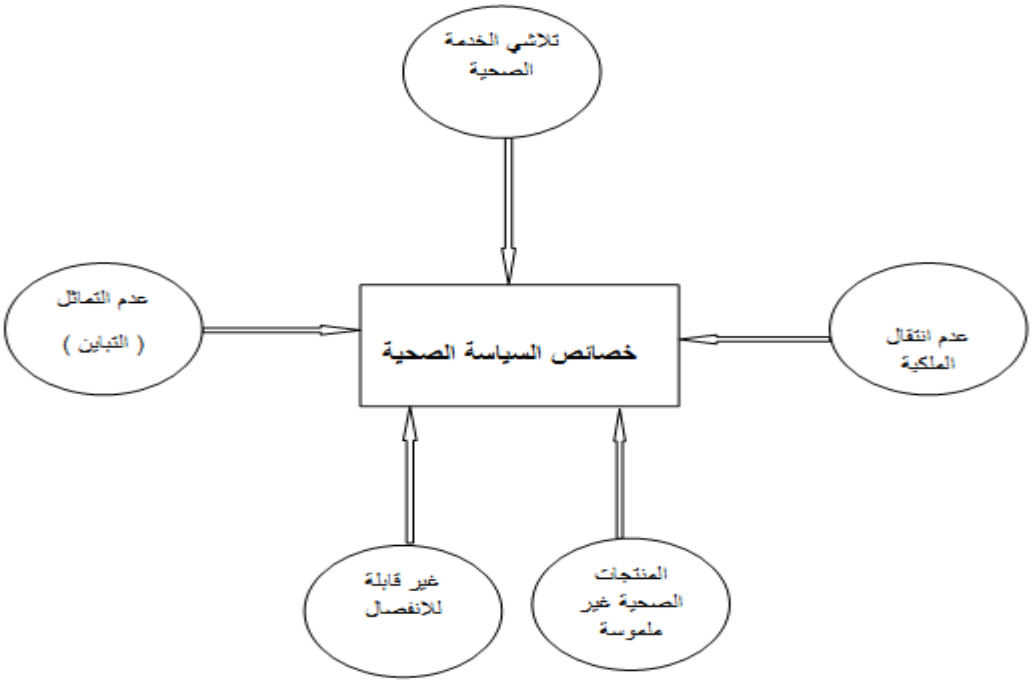
ثانيا- نظام التكييف:

يتكون من كافة الأنشطة التي تعمل على رصد ومتابعة التغيرات الحاصلة في النظام الاجتماعي كالتغير في انتشار المرض والتكنولوجيا المستعملة في العلاج، وطرق تمويل الخدمات الصحية، وكيفية تقديم الخدمات، بالإضافة إلى توقعات الحاجات المتعاملين مع النظام الصحي، للعمل على التغيرات الحاصلة الممكنة ومحاولة التكيف معها.[1]

ثالثا- نظام الإدارة:

يتكون من الأنشطة التي تكون مهامها التنسيق والضبط والتوجيه لهذه الأنشطة وتنطوي تحت الأنظمة الفرعية السابقة.

الشكل رقم (1) يوضح خصائص السياسة الصحية



المطلب الثالث: مقومات السياسة الصحية

تسعى غالبية الوزارات الصحية في الدول البناء سياسات صحية مترابطة تعكس جميع وجهات النظر والرأي، ومن أجل تحقيق ذلك تعمل على تطوير مراكز البحوث التي تقدم الخدمات الصحية الاستشارية

[1] - **أمير جيلاني**، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط)، جامعة الجزائر 2008 م / 2009 م ، ص 118.

وتحدد استراتيجيات رشيدة محكمة التخطيط وتطور البرامج العملية وما إلى ذلك، إلا أنه وبالرغم من كل هذه المحاولات فان عملية صنع السياسات الصحية لا تستقيم، ولا يمكن ضمان تطبيقها على الواقع الملموس إلا إذا توفرت مجموعة من المقومات الأساسية التي ستعرضها كالتالي:

أولا: الالتزام الصحي:

قبل وضع السياسة الصحية وتنفيذها لابد من أداء الالتزامات السياسية والصريحة بتحقيق الأهداف المنشودة وتوفير الموارد اللازمة لتنفيذ السياسة، كما ولابد أيض من إصدار مجموعة من القرارات أو تعبئة الرأي العام والإعلان عن تصريحات سياسية تعبر عن إرادة الهيئات الصانعة للسياسة وأهدافها من صنع هذه السياسة.

ثانيا: الاعتبارات الاجتماعية:

لا يمكن السياسة صحية لتحقيق النجاح المطلوب ما لم تأخذ بعين الاعتبار تلبية الحاجيات والمطالب الصحية لجميع الفئات الاجتماعية دون استثناء، بمعنى آخر إن العدالة الاجتماعية معيار الأساسي ومقوم ضروري وجب توفره الصمان حاج السياسة، ونقصد بالعمالة الاجتماعية السعي لتخفيض الهوة بين الأغنياء والفقراء، وإزالة الفوارق والتفاوت الاجتماعي، حيث لكل يستفيد نفس القدر من الخدمات الصحية والرعاية الصحية.

ثالثا: تشاركية الجميع:

إن توفير شروط الصحة والسلامة والحفاظ عليها ليست مسؤولية الهيئات الحكومية فحسب، بل مسؤولية تشاركية يتقاسمها الجميع حتى الأفراد والأسر والمجتمعات، وعندما يتحمل أفراد المجتمع مسؤولية صحتهم والحفاظ عليها فهم يشاركون بقدر معين في نجاح السياسات الصحية ودعمها نحو تحقيق أهدافها بوعيهم الصحي.[1]

رابعا: الإصلاح الإداري:

يعتبر تكييف الهياكل وتقوية النظم في جميع القطاعات والتنسيق فيما بينها مطلبا أساسيا الضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها، وتحقيق لذلك لابد من إعادة النظر في الأمور والمنظم الإدارية.

[1] – **صلاح محمود دياب** ، إدارة خدمات الرعاية الصحية، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون، 2009، ص ص218–219.

خامسا: تخصيص الموارد المالية:

عند وضع السياسات الصحية الوصية لابد أن تتوفر موارد مالية خاصة دون إهمال تمويل البرامج الأخرى، بحيث يوجه هذا التمويل البناء المنشآت والهياكل في حالة عدم توافرها وإلى حساب العاملين وضمان التزود بالتكنولوجي المتقدمة وتوفر العداد.

سادسا: سن التشريعات:

إن تنفيذ السياسة الصحية بكفاءة في الغالب يتطلب إصدار ترسانة من التشريعات في مجالات أخرى، كحماية البيئة أو الضمان الاجتماعي والتامين الصحي أو تشريعات تمنح السياسة الصحية طابع الإلزام والشرعية، يتم التصريح عنها وتعبئة الوعي الجماهيري حولها بتصريحات يعلن عنها غير وسائل الإعلام أو مراسيم يتم توجيهها للإدارات المعنية.

7- إعداد خطة عمل:

تستلزم السياسة الصحية خطة عمل محددة توضح التفاصيل الكاملة حول الأهداف المزمع تحقيقها. والبرامج المراد تنفيذها، وتحدد الإطار الزماني والمكاني والاحتياجات الضرورية والخاصة بهذه السياسة من وسائل مادية وبشرية ومراكز بإطارات كفى قادرة على مراقبة ومتابعة كل المراحل التي تمر بها، ابتدءا من عملية الصنع إلى غاية مرحلة التقييم والتقويم.[1]

المطلب الرابع: أهمية وأهداف السياسة الصحية

تعتبر السياسة الصحية من بين الاستراتيجيات الحكومية لرعاية صحة المواطن، وترقية الخدمات الطبية، والاستجابة لحاجيات المجتمع الصحية، وفيما يلي سيتم ذكر أهم أهداف السياسة الصحية وأهميته:

أولا: أهداف السياسة الصحية

تنقسم أهداف السياسة الصحية إلى قسمين سيتم توضيحها على الشكل التالي:

1- أهداف سياسية:

تمثل الأهداف السياسية في الأهداف التالية:

أ- تعتبر السياسة الصحية الإطار العام الذي تتضح من خلاله أهداف المؤسسة الصحية التي تسعى إلى تحقيقها.

[1] - **ناصري فوزية**، تطور السياسة الصحية في الجزائر، (مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية ، تخصص سياسات عامة وتنمية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسة)، جامعة مولاي الطاهر ، سعيدة، الجزائر، 2015-2016، ص ص(49، 50).

ب – تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كلية اتخاذ القرار في المؤسسة وتحدد الخطوط العريضة التي تضفي الصورة المالية لأداء المؤسسة.

جـ– تعزيز دور الحكومة في الاهتمام بصحة مواطنيها.

د– تنظيم العمل الطبي وعلاقة المريض بالمؤسسة الطبية عن طريق وضع القوانين وتشريعات تضبط العمل الإداري.[1]

2– أهداف اجتماعية:

تتضح الأهداف الاجتماعية من خلال المواضيع التي تتناولها أغلب السياسات الصحية وهي:

أ– التقليل من نسبة الوفيات وخاصة تخفيض معدل الوفيات عند الأطفال دون سن الخامسة.

ب– الحد من انتشار الأمراض المعدية ومحاربة الأمراض المزمنة والقضاء على مختلف الأمراض والفيروسات.

جـ– تنفيذ ودعم برامج التكوين والتدريب والتأهيل للأطباء، وتنظيم اللجان الوطنية التوعوية.

د– إنشاء المستشفيات والهياكل التي تقدم الخدمات الصحية، ووضع الترتيبات اللازمة للارتقاء بالمستوى الخدماتي الصحي.

هـ– تحسين الحياة والحالة الصحية لدى الأشخاص المصابين، وتحسين الرعاية الصحية، وتوفير العدالة في الحصول على الخدمات.

و – ضمان الإمداد الطبي ووضع الحلول اللازمة لضمان انسياب الإمداد إلى المرافق الصحية والمستشفيات، وتزويدها بالمعدات الطبية المتقدمة لتسيير العمل، وإضافة المزيد من الخدمات وفق نظام معلومات فعال.

ي– التواصل والتعاون مع الدول المتقدمة، والاستعانة بالخبرات الأجنبية، والاستفادة من النتائج التي توصلت إليها في المجال الطبي، وتوظيفها فيما يخدم القطاع.

ثانيا: أهمية السياسة الصحية

تقيم اهمية السياسة الصحية من خلال الأمور التالية :

1– ارتباط السياسة الصحية بالمستويات الإدارية العليا :

تصدر السياسة الصحية من أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية، مما يكسب طابع الإلزام والاستجابة والاهتمام، كسياسة التطعيم الصادرة عن وزير الصحة.

[1] – محمود ذياب مرجع سابق، ص 218.

2- تعدد طرق وأساليب وضع السياسات الصحية :

إن تعدد أساليب وضع السياسات الصحية يعطيها أهمية كبيرة على كافة المستويات، وترجع أسباب هذا التنوع إلى طبيعة الهدف الذي وضعت السياسة الصحية من أجل تحقيقه، فأحيانا توضع استجابة لمطالب الإدارة العليا، فيتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة، وأحيانا لتحقيق أهداف محددة.

3- غموض بعض السياسات الصحية:

تكتسب السياسة الصحية أهميتها من خلال عدم وضوح الأسباب الحقيقة من رسمها، ففي الغالب توضع إما الأسباب سياسية أو تاريخية، أو بناءا على طلب تكتلات وجماعات في الدولة ، وأحيانا أخرى تبقى الأسباب غامضة ومبهمة وهذا ما يساهم في رفع مستوى الفضول والشغف المعرفة هذه الأسباب والأهداف المرجوة منها .

4- السياسة الصحية نتاج تفاعل القطاع العام والخاص ووزارات أخرى :

إن التفاعل بين مؤسسات الدولة لإعداد سياسة معينة يعد مفتاحا للإبداع والابتكار والتطور. وسبيل لإعداد سياسة مثالية تتطلع الغالبية حاجيات المواطنين . " وتختلف القطاعات الصحية من دولة إلى أخرى، لكنه في الأغلب تشمل على القطاع الصحي الحكومي العام والقطاع الصحي الخاص وقطاعات صحية أخرى حسب النظام الصحي لتلك الدول، وغالبا ما يرتكز القطاع الصحي الخاص على الحكومي، ولا يمكن بأي حال من الأحوال الانفراد عنه " .[1]

ويساهم هذا التفاعل بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة، وبين القطاع الصحي وقطاعات تختص في مجالات أخرى، كالسكن مثلا، أو التعليم والتكوين في تطوير أهداف المؤسسة الصحية وتنويع خدماتها، وضمان إعداد سياسة كفيلة بتلبية كافة الحاجيات الصحية للمواطنين، كما ويساهم هذا الانسجام في إكساب السياسة الصحية أهمية كبيرة تجعلها قادرة على تحقيق الأهداف وتعكس وجهات نظر متعددة.

[1] – محمود دياب، مرجع سابق، ص209

المبحث الثاني: الإطار المفاهيمي السلم الاجتماعي.

يعتبر السلام في مقدمة القيم الإنسانية الرفيعة فهو قيمة أساسية ومحورية في الحياة والسلم في اللغة كلمة واضحة المعنى تعبر عن ميل فطري في أعماق كل إنسان وتحكي رغبة جامحة في أوساط كل مجتمع سوي، وتشكل غاية وهدفا نبيلا لجميع الشعوب. والسلم من السلام وأصله السلامة أي البراءة والعافية والنجاة من العيوب والآفات والأخطار.

ويطلق السلم على ما يقابل حالة الحرب والصراع، قال ابن منظور: السلم والسلم، الصلح، وتسالموا: تصالحوا، والمسالمة المصالحة[1].

والسلم أو السلام في الاصطلاح له معنيان، الأول: غياب الخلاف والعنف والحرب، وهذا المعنى شائع في العديد من الكتابات، حيث يرى الباحثون في مجال العلاقات الدولية أن السلام يعني غياب الحرب وفي المجتمعات الإنسانية يعني اللام غياب كل ما له علاقة بالعنف، مثل الجرائم الكبرى المنظمة كالإرهاب أو النزاعات العرقية، أو الدينية أو الطائفية أو المناطقية، التي غالبا ما ترجع أسبابها إلى اعتبارات اقتصادية أو سياسية.

والمعنى الثاني السلم أو السلام في الاصطلاحي فهو عكس المعنى الأول، حيث يعني: الاتفاق والانسجام والهدوء، وبناء عليه فإن السلام لا يعني فقط غياب العنف بكاف أشكاله، ولكنه يعني أيضا صفات إيجابية مرغوبة في ذاتها ومثل الحاجة إلى التوصل إلى اتفاق والرغبة في تحقيق الانسجام في العلاقات بين البشر وسيادة حالة من الهدوء في العلاقات بين الجماعات المختلفة[2].

وعليه فالسلم حالة إيجابية في ذاتها "الاستقرار والهدوء" أكثر من كونه غيابا لحالة سلبية مرفوضة العنف والحرب والخلاف" وهذا التعريف المجال أمام التفكير في مستويات مختلفة ومتفاوتة ومتنوعة للتعامل مع مفهوم السلام فهناك سلام بين دول وسلام بين جماعات بشرية، وسلام داخل البنية الاجتماعية وسلام داخل الأسرة وسلام بين المرء وذاته.

---

[1]- **خالد بن محمد البديوي**، الحوار وبناء السلم الاجتماعي، الرياض، مركز الملك عبد العزيز للحوار الطني، ط1، 2011، ص 11.

[2]- **حسن بن موسى الصفار**، السلم الاجتماعي مقوماته وحمايته، بيروت: دار الساقي، ط1، 2001، ص 31

المطلب الأول: معنى السلم الاجتماعي وحقيقته.

- **تعريف السلم لغة:** كلمة واضحة المعني تعبر عن ميل فطري في أعماق كل إنسان وتحكي رغبة جامحة في أوساط كل مجتمع وتشكل غاية وهدف نبيلا لجميع الأمم والشعوب والسلم من السلام واصلة السلامة أي البراءة و العافية و النجاة من العيوب والآفات والأخطار.[1]

- **التعريف الاصطلاحي للسلم الاجتماعي:** المقصود به حالة السلم والوئام داخل المجتمع نفسه وبين شرائحه وقواه، ومن أهم المقاييس الأساسية للتقويم أي مجتمع، تشخيص حالة العلاقات الداخلية فيه ، فسلامة علامة على صحة المجتمع وامكانية نهوضه، بينما اهتراؤها دلالة سوء وتخلف[2] .

التعريف الإجرائي: الهدوء والاستقرار الذي يسود المجتمع بمختلف فئاته وشرائحه مما يولد حالة من الانسجام التوافق نابعة من شعور الإنسان بأمنه الاجتماعي.

انطلاقا من معنى السلام بصفة عامة والذي إما يعرف بغياب المظاهر السلبية مثل العنف والإرهاب أو بقيام المظاهر الإيجابية مثل الهدوء والاستقرار والصحة والنماء....إلخ. يمكن أن نحدد مفهوم السلم الاجتماعي.

حيث أن كل مجتمع يتكون من مجموعة من البشر، مختلفين بالضرورة عن بعضهم البعض سواء في انتمائهم الديني أو المذهبي أو موقعهم الجغرافي أو الاجتماعي أو الوظيفي، ولكنهم يجمعهم جميعا "ما يمكن أن نطلق عليه" عقد اجتماعي"، أي التزام غير مكتوب بينهم يتضمن حقوق وواجبات كل طرف في المجتمع ويعتبر الخروج على هذا العقد انتهاكا لحقوق طرف واخلالا بالتزامات طرف آخر، مما يستوجب التدخل الحاسم لتصحيح الموقف وتقويمه، ومما يجدر ذكره هنا أن هذا العقد الاجتماعي غير مباشر، وهو في حقيقته تعبير عن حالة توازن بين الأطراف المجتمعية المختلفة في المصالح والقوة والإمكانيات والإرادات، ويتم الحفاظ على هذا التوازن بقوة القانون، والشرعية، ويساعد هذا العقد الاجتماعي في تسوية النزاعات والخلافات، باعتباره المرجعية التي تعود إليها الأطراف المختلفة لحل مشكلاتهم وذلك من خلال حدوث وتحقق ما نطلق عليه" التوقع" حيث يتوقع كل طرف من الآخر سلوكا معينا بناء على ما يقع على عاتقه من التزامات وواجبات فإذا لم يأت بهذا السلوك المتوقع يعتبر ذلك خروجا على العقد الاجتماعي السائد مما يستوجب التصحيح[3].

[1] - حسن بن موسى الصفار ، 2002، ص 6.
[2]- المرجع نفسه، 6.
[3]– المرجع نفسه، ص 37.

وعليه فالعقد الاجتماعي غير المباشر هذا يتعلق بالقيم والمعايير والمشاعر والاتجاهات وما هو متفق عليه ضمنا بين مختلف الأطراف فيجب الخروج عليه من الاستنكار في حين أنه إذا كان هذا السلم الاجتماعي، الذي يتوتر ويضطرب وينحرف مساره إذا لم يجر احترام العقد الاجتماعي على أرض الواقع.

وعليه فالسلم الاجتماعي نقصد به : حالة الهدوء والاستقرار والوئام والاتفاق والانسجام داخل المجتمع نفسه وفي العلاقة بين شرائحه وأفراده وقواه المتعددة المختلفة[1].

ولما كانت المجتمعات البشرية تتصف بالتنوع والتعدد، وتعرض ظاهرة اختلاف المصالح وتباين الاتجاهات والنظرة إلى الحاضر والمستقبل فكيف في ... هذا كله للسلم الاجتماعي أن يتحقق بينهم؟ إذ من أهم المعايير الأساسية لتقويم أي مجتمع هو تشخيص حالة العلاقات الداخلية فيه فسلامتها علامة على صحة المجتمع وامكانية نهوضه، بينما اهتزازها وضعفها دلالة على سوء المجتمع وتخلفه.

وعليه نستطيع القول أن شبكة العلاقات هي العمل التاريخي الأول الذي يقوم به المجتمع ساعة ميلاده[2]، ومن أجل ذلك كان أول عمل قام المجتمع الإسلامي هو الميثاق الذي يربط بين الأنصار المهاجرين، ثم إنه كما كانت العلاقات الداخلية السلمية هي نقطة الانطلاق في تاريخ المسلمين، فإن تدهورها كان مؤشر السقوط والانحطاط، وجاء الإسلام دعوة للسلم والسلام في القرآن الكريم أكثر من خمس مواضع ، آية "**يهدي به الله من اتبع رضوانه سبل السلام**"[3]، ومن المعلوم أن القرآن الكريم يقرر مبدأ السلم والتعاون باعتباره المبدأ الأساسي في العلاقات بين البشر وفي المجتمع الواحد نفسه .

وعليه فإن صفاء أي مجتمع يجعله مهيئا للتعاون والانطلاق ويحفظ قوته من الهدر والضياع.

المطلب الثاني: أركان السلم الاجتماعي وأهدافه.

أولا: أركان السلم الاجتماعي.

هناك عدة أركان للسلم الاجتماعي في أي مجتمع لا تتصل فقط بالتاريخ، لكنها تقترب أكثر فأكثر من الإدارة السياسية للمجتمعات وتتمثل هذه الأركان فيما يلي:

الركن الأول: الإدارة السلمية التعددية.

تعرف المجتمعات البشرية ظاهرة التعددية الدينية والمذهبية واللغوية فلم تعد هناك مجتمعات خالصة، بل تحولت التعددية إلى قيمة أساسية في المجتمعات المتنوعة بشريا ودينيا وثقافيا والتعددية في

---

[1]–المرجع نفسه، ص 39 .

[2]– **محمد سيد فهمي**، الرعاية الاجتماعية بين حقوق الإنسان وخصخصة الخدمات، دار الوفاء، ص 247.

[3]– **سري زيد الكيلاني وليلى مصطفى تفاحة**، أثر احترام حقوق المواطنة في السلم الاجتماعي، **مؤتمر كلية الشريعة الدولي الثاني السلم الاجتماعي من منظور إسلامي**، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين ،2012، ص 25،24 .

ذاتها لا تعني سوى ظاهرة اجتماعية، ويتوقف الأمر بشكل أساسي على إدارة هذه التعددية، فهناك إدارة سلمية، تحفظ للجماعات المتنوعة التي تعيش مع بعضها بعضا مساحة للتعبير عن تنوعها في أجواء من الاحترام المتبادل وهناك إدارة سلبية تقوم على اعتبار التنوع "مصدر ضعف" وليس "مصدر غناء" فيترتب على ذلك العمل بقدر المستطاع على نفي الآخر المختلف لصالح الجماعات الأكثر عددا أو الأكثر سلطة، أو الأوسع ثراء ونفوذا، فيؤدي ذلك إلى حروب اثنية ومذهبية ودينية ويخلف وراءه قتلى وجرحى وخرابا اقتصاديا والأكثر خطورة ذاكرة تاريخية تتناقلها الأجيال محملة بمشاعر الحقد وذكريات الكراهية والرغبة في الانتقام[1].

الركن الثاني: الاحتكام إلى القانون.

يمثل حكم القانون في المجتمع الحديث أحد أهم عوامل تحقيق المساواة والعدالة في العلاقات بين الأفراد والجماعات فيعني حكم القانون عددا من النقاط الأساسية هي[2]:

أ- جميع الأفراد متساوون أمام القانون بصرف النظر عن اختلافهم في اللون أو الجنس أو الدين .

ب- مؤسسات العدالة " الشرطة، النيابة، المحاكم" تطبيق القانون على هؤلاء الأفراد بجيدة كاملة، بصرف النظر عن موقعهم الاجتماعي وانتمائهم الديني أو نفوذهم السياسي.

ج- يكون اللجوء إلى مؤسسات العدالة ميسورا "مكفولا" للجميع، لا يتحمل فيه الشخص أعباء مالية تفوق إمكانيته المالية أو مستوى الثقافي.

د- يحاكم الشخص أما قاضيه الطبيعي ولا يواجه أية إجراءات استثنائية بسبب انتمائه السياسي أو الديني أو المذهبي.

هـ- يتم تنفيذ الأحكام الصادرة عن مؤسسات العدالة بحزم دون تسويف أو تأخير.

و- تطبيق مؤسسات العدالة القانون في إطار زمني معقول، يسمح لما يتداول الأمر بجدية وفي الوقت ذاته لا يؤدي إلى إطالة أمد التقاضي على نحو يضيع حقوق المواطنين.

هذه المعايير الأساسية التي تحكم تجسيد مفهوم "حكم القانون" في المجتمع، يؤدي حضورها إلى ما يمكن أن نطلق عليه "التوقع الاجتماعي" ويعني ذلك أن الأفراد يتوقعون نظاما قانونيا في المجتمع، يحكم علاقات بعضهم بعضا يقوم على وضوح القوانين وشفافية عملية التقاضي والحزم في تنفيذ الأحكام القضائية النهائية

---

[1]- **نريمان عامر وآخرون**، عوامل السلم الأهلي والنزاع الأهلي في سوريا، دمشق: مركز المجتمع المدني ،2013، ص 7.

[2]- **علية محمد العويدي**، دمج المعاقين في المجتمع وأثره في تحقيق مفهوم السلم الاجتماعي، **مؤتمر كلية الشريعة الدولي، السلم الاجتماعي من منظور إسلامي**، جامعة النجاح، فلسطين ، 2012، ص ص ، 14، 15.

واجبة النفاذ، حيث يؤدي غياب بعض هذه المعايير أو جميعها إلى إصدار لمفهوم المساواة بين المواطنين في المجتمع مما يدفع الأفراد إلى استناد إلى قوانين من منعهم، مثل البلطة والرشوة وجميعها تعبر عن اهتزاز مفهوم "حكم القانون" في نفوس الأفراد وهو ما يؤثر على العلم الاجتماعي في المجتمع.

الركن الثالث: الحكم الارشد

الحفاظ على السلم الاجتماعي في أي مجتمع يحتاج إلى حكم رشيد، لأن كثيرا من القلاقل والاضطرابات إنما تحدث من جراء غياب المشاركة ومن سرقة المال العام فمن هنا يحتاج السلم الاجتماعي إلى ديمقراطية، وتعني بالحكم الراشد مجموعة من المفاهيم الأساسية يمكن تحديد بإيجاز في الأمور الآتية:[1]

أ- المساءلة: وتعني تقديم كشف حساب عن تصرف ما وتشمل المساءلة جانبين هما:

التقييم والثواب والعقاب: وهذا يعني أن يتم أولا تقييم العمل ثم محاسبة القائمين عليه ويكون ذلك من خلال تفعيل دور المؤسسات السياسية مثل مجلس الشعب والمؤسسات الرقابية والصحافة ومنظمات حقوق الإنسان، الأمر الذي يؤدي إلى رفع مستوى النزاع في الحياة العامة.

ب- الشفافية: وتعني العلنية في مناقشة الموضوعات، وحرية تداول المعلومات في المجتمع، حيث تساعد الثقافية في تداول المعلومات، على تحقيق المساءلة الحادة حين تتوافر الحقائق أمام المواطنين في المجتمع.

ج- التمكين: وتعني توسيع قد ارت الأفراد ومساعدتهم على تطوير الحياة التي يبعثونها ويشمل تمكني المواطنين وتحويلهم من "متلقين سلبيين" إلى "مشاركين فاعلين" ويكون ذلك من خلال رفع قد ارتهم ومساعدتهم على تنمية أنفسهم والارتقاء بنوعية الحياة.

د- المشاركة: وتعني تشجيع الأفراد على المشاركة في العمل العام وإزالة العقبات من أمامهم وتأخذ المشاركة عدة صور منها المشاركة السياسية (عضوية الأحزاب، الانتخابات، ..الخ). والمشاركة الاجتماعية (مؤسسات العمل الأهلي، الجهود التطوعية.. ،الخ). والمشاركة الثقافية (دخول الحياة الثقافية، وتقديم منتجات ثقافية في شكل كتب أو أعمال فنية...الخ) .

هـ- محاربة الفساد: والفساد يعني سوء استخدام الموقع الوظيفي من أجل تحقيق مكاسب شخصية وسياط الفساد تلهب ظهور الناس كل يوم في صورة شراء سلعة أكثر من ثمنها أو الحرمان من خدمة يحتاجها

---

[1]- **من عمر نايف،** لغة الحوار وأثرها على السلم الاجتماعي. **مؤتمر كلية الشريعة الدولي الثاني، السلك الاجتماعي من منظور إسلامي،** جامعة فلسطين ،2012، ص ص 8-9

الشخص، أو عدم الحصول على فرصة عمل لغياب الوساطة، فقد تحول الفساد إلى أداة لتسيير الحياة اليومية من خلال تحريك تروس البيروقراطية المتكلسة، وشراء الولاء وتجنيد التابعين وحشد الأنصار، وبناء قاعدة التأييد وخدمة المصالح الضيقة، وهو ما يتسبب بالضرورة في إحداث فجوة حقيقية بين الأغنياء والفقراء في المجتمع وهو ما يؤدي غلى ارتفاع مستوى التوتر الاجتماعي ولجوء بعض الفائت إلى العنف والجريمة الأمر الذي يعصف بالسلم الاجتماعي.

الركن الرابع: حرية التعبير.

تعد حرية التعبير من مستلزمات عملية بناء السلم الاجتماعي في أي مجتمع فمن الثابت أن المجتمعات تقوم على التعددية الثقافية والدينية والنوعية والسياسية فكل طرف لديه ما يشغله، وما يود تحقيقه.

ولا يتحقق السلم الاجتماعي دون أن تتبع كل مكونات المجتمع بمساحات متساوية في التعبير عن آرائها وهمومها وطموحاتها، في مناخ عقلاني يسوده الانفتاح[1]. يمكن الاستماع إلى كل الأطراف وتفهم كل الآراء دون استبعاد لأحد بهدف الوصول إلى الأرضية المشتركة التي يلتقي عندها الجميع بحيث يتمكن كل مواطن على اختلاف دينه ولون وجنتيه وعرقه من التعبير عن وجهة نظره في كل أمر يمسه بشرط أن لا يكون فيه تطاول على كرامة الإسلام، أو تجاوز لنظام الدولة العام، لأن الإسلام لا يحجر على العقول ولا يكمم الأفواه فلكل طائفة من طوائف المجتمع، أن تعبر عن وجهة نظرها في الشؤون الخاصة والعامة ولو خالفت في ذلك رأي الأمة الإسلامية، أما إذا تعددت حدود الاعتدال فحاولت فرض رأيها على الناس بالإرهاب، أو حاولت قلب نظام الحكم بالقوة، أو سعت في الأرض بالفساد، فهناك تتدخل الدولة وتجازيها في أعمالها[2].

وعلى ذلك لا يجوز لأي طائفة من الطوائف أن تعمل على نشر الرذائل والفساد في المجتمع أو أن تمارس أي نشاط لإرجاع الناس عن الدين بحجة "حرية الرأي" لأن ذلك من الجرائم في نظام الإسلام والمساهمة في الجرائم لا تجوز.

الركن الخامس: العدالة الاجتماعية والتكافل الاجتماعي.

تعد العدالة الاجتماعية ركنا أساسيا من أركان السلم الاجتماعي حيث لا يمكن أن يتحقق السلم الاجتماعي في أي مجتمع، إذا كانت أقليته تحتكر كل شيء وغالبيته تفتقر إلى كل شيء فالصراع بين

---

[1]- **نريمان عامر وآخرون**، المرجع السابق، ص ص 9-11.

[2]- **مركز مات للسلام والتنمية وحقوق الإنسان**، نشر في 04-04-2010 .

الطرفين يكون هو السمة الغالبة ولا يقتصر مفهوم العدالة الاجتماعية على المشاركة في الثروة وتوسيع قاعدة الملكية لتشمل قطاعات عريضة في المجتمع والحصول على نصيب عادل من الخدمات العامة ولكن يمتد مفهومها ليشمل ما يمكن أن نطلق عليه "المكانة الاجتماعية" التي تتحقق من خلال مؤشرات واضحة مثل التعليم، وتقتضي العدالة الاجتماعية أن يحصل كل شيء على فرصة حياتية يستحقها بجهده وعرقه وهو ما يعني انتفاء كافة أشكال المحسوبية والوساطة التي تعد باب الملكي للفساد[1].

للتكافل الاجتماعي علاقة وطيدة وعميقة بالسلم الاجتماعي وتحقيقه على الأرض، فهو الطريق إلى السلم الاجتماعي إذ أن التكافل يهتم بحاجات الإنسان الإنسانية من مأكل وملبس وسكن وغيرها في حال عدم تغطية هذه الاحتياجات لسبب أو لآخر يقع الإنسان في أزمة أو ضيق وبالتالي تدفعه للخروج عن طوره ووضعه الطبيعي، فيلجأ إلى كل السبل والأساليب للخروج من أزمة ، فيشق طريقه من حيث يريد أو لا يريد باتجاه عصابات الجريمة ويكون رقما في أعمال العنف وحتى الحرب الأهلية بدلا من أن يكون مساهما في السلم الاجتماعي وقد تحدث الإسلام عن مشكلة الفقر وطرق حلها ومعالجتها حيث يتقصى أسبابها ومنشأها ليتجنبها المجتمع وفي ذلك تحقيق للعلاج الجذري والأساسي وكان أو ما حاربه الإسلام منذ ولادته المشرقة هي الطبقية والتمييز بين أبناء المجتمع الواحد وفي مواقف كثيرة . أكد الرسوم الأكرم صلى الله عليه وسلم حجم التعارض بين الإسلام والطبقية ولم يدع مناسبة اجتماعية أو سياسية إلا وذكر أصحابه وعموم المسلمين بأنهم سواسية أما الشريعة والأحكام الدين.

ومن أبرز العقبات أمام تحقيق التكافل الاجتماعي وصولا إلى السلم والاستقرار في المجتمع هو النظرة غير السلمية إزاء أصحاب رؤوس الأموال والميسوري الحال، إذ يتصور البعض أن وجود الثروة الكبيرة عند أناس دون آخرين يجعل من الدعوات للتكافل بمثابة هواء في شبك لعد استعداد الثري التخلي عن ثروته التي تحصلها بالجهد والتعب، ومن نافلة القول في هذا المقام، أن إلغاء الطبقة المتوسطة في المجتمع لدى الكثير من بلادنا العربية الإسلامية يعد من العوامل الأساسية لنشوء وتكريس الاستبداد السياسي والتخلف الاقتصادي، فتكون النتيجة الحتمية هي أعمال العنف والاضطرابات ثم الثورات التي قد لا تكون عواقبها حميدة دائما وخير مثال على ذلك ما شهده عالمنا العربي في كثير من دولة "تونس، ليبيا، مصر ، سوريا" أواخر عام 2011م .

من هنا يتضح أن التكافل الاجتماعي هو في الحقيقة منظومة متكاملة من الممارسات والعلاقات السلمية القائمة على الدين والأخلاق والشعور الإنساني، بل يمكن القول أن التكافل يعد أحد صور العدالة

[1]– **نريمان عامر وآخرون**، المرجع السابق، ص10

الإسلامية التي ينشدها الإسلام وما تزال هذه الدعوة مفتوحة أمامنا لتحقيق أهم ما يصبوا إليه الإنسان في حياته وهو الأمن والسلم والاستقرار في الحياة.

الركن السادس: إعلام المواطنة.

يحتاج المجتمع إلى إعلام تعددي يساعده على الكشف عن الأمراض الاجتماعية والسياسية والثقافية بهدف معالجتها والنهوض بالمجتمع، وهنا نفرق بين نوعين من الإعلام إعلام المواطنة واعلام ضد المواطنة وما يحتاج إليه السلم الاجتماعي –قطعا– هو إعلام يعزز المواطنة ويقصد بإعلام المواطنة أن تجد هموم المواطنين مساحة في وسائل الإعلام، وتتنوع هموم المواطن حسن موقعه الاجتماعي والثقافي والسياسي والديني في المجتمع فهناك هموم للفقراء وهموم للمرأة وهموم للمسيحيين وهموم للعمال والمعارضة...الخ[1].

ومن الطبيعي أن تجد كل فئات المجتمع مساحة تعبير عن هم ومها في وسائل الإعلام وكلما وجد المواطن العادي مساحة تعبير ملائمة عن همومه في وسائل الإعلام كلما كان ذلك مؤشرا على أن الإعلام ذو طبيعة ديناميكية تفاعلية مع المواطن في المجتمع أو بتفصيل التعبير طبقيا أو سياسيا أو ثقافيا أو دينيا" عن هموم مجموعات معينة من المواطنين دون غيرهم وقد يصل الأمر إلى أبعد من هذا حين يوظف الإعلام ذاته –كأداة صراع– سياسيا واقتصاديا ودينيا من خلال تأليب مجموعات من المواطنين على بعضهم البعض أو نشر ثقافة البغضاء في المجتمع مما يدفع المواطنين إلى التعامل معهم بتعال غير مبرر.[2]

الركن السابع: ذاكرة الأمور والقواسم المشتركة.

تخبر كل مجتمع أيا كان لحظات تعر وتراجع والمطلوب هو تجاوز هذه اللحظات بما يسمح ببنيان المجتمع على أسس سليمة من التجانس والتلاحم والاحترام المتبادل فمن هنا يحتاج المجتمع إلى تأكيد مستمر على ذاكرة الأمور والقواسم المشتركة والأعمال والتصرفات المشتركة، متمثلة في تذكر لحظات الوحدة والمواقف التي تداعى فيها المجتمع صفا واحد، وتسابقوا فيها على البذل والعطاء والتضحية، وكان الإيثار من كل واحد منهم لأخيه الآخر منهجه وسلوكه.... دون أن يكون هاجس أي الأطراف هو الحديث عما يغرق الجماعة ويبعثرها.

ومن الملاحظ أن هناك من يقرأ التاريخ بحثا عن العوامل التي تدعم الوحدة وهناك من يقرأ التاريخ بحثا عن العوامل التي تشتت وتعمل الشقاق، فالمطلوب هو نقل ذاكرة العمل المشترك للأجيال الصاعدة

---

[1]– **عليا محمد العويدي**، دمج المعاقين في المجتمع وأثره في تحقيق مفهوم السلم الاجتماعي، **مؤتمر كلية الشريعة الدولية، السلم الاجتماعي من منظور إسلامي**، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين ،2012 ص 145–146.

[2]– **نريمان عامر وآخرون**، المرجع السابق، ص 10.

ومهما كان من أمر المشكلات فإنه ينبغي أن يكون النقاش حولها من منطلق البحث عن حلول تعمق خبرة العمل المشترك[1].

ثانيا: أهداف السلم الاجتماعي.

تعدد مقومات السلم الاجتماعي ولكن يمكن حصرها فيما يلي:

1- العدالة والمساواة: المجتمع الذي يتساوى الناس فيه أمام القانون وينال كل ذي حق حقه ولا تتميز فيه لفئة على أخرى، هذا المجتمع نقل فيه دوافع العدوان وأسباب الخصومة والنزاع. 2587 مدى اهتمام الرسول صلى الله عليه وسلم بتوعية أصحابه على التزام العدل والمساواة بين أولادهم حتى لا يكون التمييز بين الأبناء سببا للعداوة والضغائن في ما بينهم حيث يقول عليه الصلاة والسلام" **فاتقوا الله واعدلوا بين أولادكم**[2] فالعدل في الدنيا وقاية من الأخطار وفي الآخرة نعيم وفيه ثواب في جنان الخلد وبعد عن الثأر .

2- ضمان الحقوق والمصالح المشروعة لفئات المجتمع.

فإذا كان المجتمع يعيش نوعا من التنوع والتعدد في انتمائه العرقية أو الدينية أو المذهبية أو ما شكل ذلك من التصنيفات، فيجب أن يشعر الجميع وبخاصة الأقليات بضمان حقوقها ومصالحها المشروعة في ظل النظام والقانون ومن خلال التعامل الاجتماعي ففي الحديث يقول عليه الصلاة والسلام: **من ظلم معاهدا أو انتقصه حقا أو كلفه فوق طاقته أو أخذ منه شيئا بغير طيب نفس منه فأنا حجيته يوم القيامة**[3]. وهكذا يراعي الإسلام حقوق ومصالح من ينتمي إلى دين آخر.

فبهذه المقومات يتجذر السلم في المجتمع وتوصد أبواب الفتن والنزاع وإذا حصلت بادرة من بوادر الشر، أمكن تطويقها ومحاصرتها وهب الجميع لمقومتها.

المطلب الثالث: أهمية السلم الاجتماعي

تكمن أهمية السلم الاجتماعي في تحقيق التنمية والتقدم حيث يتجه الناس صوب البناء والإنتاج وتتركز الاهتمامات نحو المصالح المشتركة وتتعاضد الجهود والقدرات في خدمة المجتمع والوطن.

إن تحقيق السلم الاجتماعي عامل أساسي لتوفير الأمن والاستقرار في المجتمع وإذا ما فقدت حالة السلم والوئام الداخلي أو ضعفت فإن النتيجة الطبيعية لذلك هو تدهور الأمن وزعزعة الاستقرار حيث تسود حالة الخصام والاحتراب فيسعى كل طرف لإيقاع أكبر قدر من الأذى والضرر بالطرف

---

[1]- **منى عامر نايف**، المرجع السابق، ص 10 .

[2]- **حديث شريف أورده البخاري** في صحيحه تحت رقم 2587.

[3]- **حديث شريف رواه أبو داود ، مرجع نفسه.**

الآخر وتضيع الحدود وتنتهك الحرمات وتدمر المصالح العامة حين تشعر كل جهة أنها مهددة في وجودها ومصالحها، فتندفع باتجاه البطش والانتقام واحراز أكبر مساحة من السيطرة والغلبة.

وينطبق على هذه الحالة ما روي عن الإمام علي بن أبي طالب رضي الله عنه أنه قال "من بالغ في الخصومة أثم ومن قصر فيها ظلم ولا يستطيع أن يتقي الله ما خاصم"[1]

على عكس ما يحصل في حالة الخصام والاحتراب ومن انشغال كل طرف بالآخر، ومن تغليب المصالح الخاصة والفئوية على المصالح العامة والمشتركة وفي مثل هذا الوضع ليس فقط تسجيل التنمية والتقدم بل يصعب الحفاظ على القدر الموجود والقائم فيتداعى بناء المجتمع، وينهار كيان الوطن وتضيع مصالح الدين والأمة.

وندرج أهمية السلم الاجتماعي في النقاط التالية:

- فرض النظام والأمن والاستقرار في المجتمع.
- ضمان الحقوق المدنية والسياسية للمواطنين.
- التمتع بممارسة الديمقراطية وحرية التعبير.

تحقيق المساواة أمام القانون بين الجميع على اختلاف الألوان والأجناس.[2]

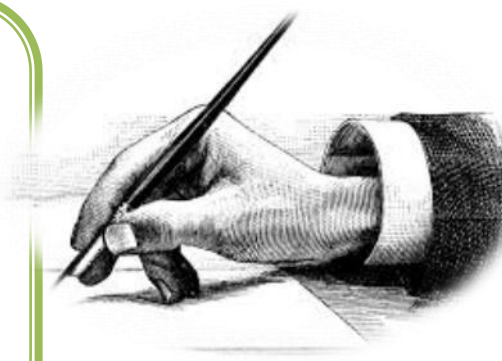
[1]– شريف الراضي الموسري نهج البلاغة، قصار الحكم 291 .

[2] – **جقبوب مريم** ، إشكالية السلم الاجتماعي في ظل الأزمات الاقتصادية في العالم العربي دراسة حالة الجزائر ،(مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية ، تخصص سياسة عامة وتنمية، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية)، جامعة زيان عاشور الجلفة ، الجزائر، 2017/2016، ص12.

-

الفصل الثاني

السياسة الصحية في الجزائر وأثرها على السلم الاجتماعي



الفصل الثاني:

السياسة الصحية في الجزائر وأثرها على السلم الاجتماعي

إن الأوضاع الصحية في الجزائر شهدت تحولات كبيرة مست القطاع الصحي بسبب السياسات الصحية المتخذة ولا يمكننا الحديث عن أي منظومة بصورة عامة أو خاصة وتحديد إن كانت متطورة ومستقرة واصدار أحكام عن مدى جودة خدماتها ودقت المبادئ الأساسية التي بنيت عليها وكذلك مدة كفاءتها وقدرتها على تحقيق الأهداف المسطرة لها، كما أن السياسة الصحية اعتمدت على عدة عناصر أساسية لعل من أبرزها يتمثل في مجانية العلاج للأفراد مع توفير التلقيحات الضرورية للحد من انتشار الأمراض، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال المبحث الأول واقع السياسة الصحية في الجزائر، ودور السياسة الصحية في الجزائر في تحقيق السلم الاجتماعي في المبحث الثاني.

المبحث الأول: واقع السياسة الصحية في الجزائر

تعتبر السياسة الصحية في الجزائر من أهم السياسات التي حظيت باهتمام الدولة نظرا لارتباط السياسات العامة الصحية بالتنمية، ولأن صحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة وهي أيضا ضرورة من ضروريات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمية هو الانسان الأدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية ورقي المجتمع، ولكي يتحقق الهدف من السياسة الصحية يجب أن تتجه الخطة الصحية إلى التركيز على البرامج الوقائية في مخطط صحي يهدف أساسا في الارتقاء بالصحة عن طريق الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض والعلاج السليم.

المطلب الأول: مبادئ السياسة الصحية في الجزائر

سعيا لتجسيد حق المواطن في العلاج والتمتع بظروف صحية جيدة ، عملت الجزائر جاهدة على النهوض بمنظومتها الصحية، وتحقيق نجاحات تتماشى مع المقاييس العالمية، والمعطيات الجديدة في الميدان الصحي عن طريق وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية، وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

أولا- الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمعدية:

لقد تميزت مرحلة ما بعد الاستقلال بانتشار الأمراض الوبائية والمعدية وسرعة تنقلها ، مما ساهم في رفع نسبة الوفيات وانخفاض نسبة الأمل في الحياة، ولقد كان لنقص الوعي الصحي لدى الجزائريين بخصوص طريقة تجنب الأمراض، والعمل على عدم وقوعها دورا في ذلك، إضافة إلى ضعف المنظومة الصحية خلال هذه الفترة ، وعدم قدرتها على استيعاب حجم الأضرار والانتكاسات الموروثة نتيجة نقص الهياكل والأطباء.

وبما أن تجنب المرض وتفادي وقوعه يعد من أفضل طرق العلاج، عملت الجزائر على توسيع نشاط الحملات التلقيحية للحد من انتشار الأمراض الوبائية[1] ، وتحسين الوضعية بشان مكافحتها عن طريق التوعية بفوائد النظافة وحماية المحيط وتشديد المراقبة وتفعيل كل آليات الوقاية وتعميم العلاج الوقائي.

ثانيا- علاج الأمراض ومجانية العلاج:

لقد تميزت الحقبة الزمنية ما بين نهاية الستينات ونهاية السبعينات بإعطاء العلاج الأولي الأولوية ، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية ، بالإضافة إلى مجانية العلاج للتمكن من تحسين التغطية الصحية التي تشمل جميع فئات المجتمع دون إقصاء أو تهميش.

[1]- نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012 ، ص 190.

وحسب تعبير الدكتور نور الدين حاروش فانه لتحقيق علاج الأمراض التي لا مفر منها تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاجات الضرورية ابتدءا من المراكز القاعدية ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.[1]

ثالثا- التوزيع العقلاني للأطباء، وزيادة عدد الهياكل وتهيئتها وعصرنتها بالوسائل التقنية الحديثة:

لقد عرفت الخريطة الصحية خلال السنوات الأولى التي أعقبت الاستقلال اختلالا في توزيع الأطباء الاختصاصيين والمؤهلين على المؤسسات الاستشفائية الجزائرية عبر التراب الوطني، مما حتم على السلطات رفع مستوى التنظيم والتسيير، وتبني مبدأ إعادة التوازن بين مناطق الشمال والجنوب في توزيع الموارد البشرية، وعليه يتم توزيع الأطباء المختصين على كافة مناطق الوطن بما فيها تلك المعزولة والمحرومة، وكذلك زيادة إنشاء عدد كبير من الهياكل الصحية التي تمكن من توفير تغطية شاملة ومتساوية، وتعزيزها بالتكنولوجيا الحديثة والوسائل المتطورة التي تساهم في رفع قدرة هذه الهياكل على تلبية احتياجات السكان الصحية كما ونوعا.

المطلب الثاني: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر تطورات كثيرة عبر عدة فترات تاريخية يمكننا أن نجملها إلى مجموعة مراحل:

أولا : مرحلة 1962 إلى 1965

ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية صحية يرثى لها نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة ونقص التأطير خاصة في الميدان الطبي بالإضافة إلى المعوقات الهيكلية والبشرية بحيث أن إنشاء وزارة صحية كوزارة مستقلة بذاتها لم يكن إلا في سنة 1965م بعدما كانت منظمة تحت وزارات أخرى فكانت تتوفر على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط و264 صيدليا لكل 52323 نسمة أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيا أي طبيب أسنان لكل 70688 نسمة. [2]

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل 1962 قرابة 39000 سرير بالمستشفيات وما ميز هذه المرحلة الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962 ولقد كانت المؤثرات الصحية في هذه الفترة تتميز بمعدل وفيات مرتفع لدى الأطفال حيث تتجاوز 180 طفل لكل 1000 نسمة ،

[1]- المرجع نفسه، 191.

[2] - **سيد أعمر عبد الكريم ، عبد القوي عيسى**، السياسة الصحية في الجزائر دراسة حالة مركز مكافحة السرطان بأدرار 2018-2019، (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص تنظيمات سياسية وإدارية، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية) ، جامعة أحمد دراية أدرار، الجزائر، 2021-2022، ص22.

وكان توقع الحياة لا يصل إلى 50 سنة بالإضافة إلى انتشار الأمراض المنتقلة بسبب الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين 2200 طبيب و2700 ممرض وممرضة والحالة المتردية للصحة نتيجة نقص فادح في الكوادر الصحية الوطنية وكذلك نقص الكوادر الفنية والإدارية لتسير المؤسسات الصحية وسوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية ويمكننا القول أن السياسة الصحية للجزائر بعد الاستقلال ارتكزت على سياسة وطنية صحية تهدف للقضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال والنظافة المدرسية من خلال تعميم العلاج الوقائي كالتلقيح ونظافة المحيط وحماية الأمومة ومن جانب آخر بناء الهياكل الصحية والشبه الطبية والإدارية والحصول على التجهيزات وتوفير التمويل الصحي والوطني.[1]

ثانيا : مرحلة 1965 إلى 1979

تميزت هذه المرحلة بمحاولة إرساء العلاج الأولى والمجاني من خلال توفير ومضاعفة قاعات العلاج على مستوى كل بلدية . فتعميم خدمات الوقاية والعلاج الأولي من جانب عن طريق زيادة الهياكل القاعدية بهدف من جهة إلى حماية المجتمع الجزائري وكذلك محاولة توفير تغطية صحية عادلة فالملاحظ هو عدم وجود إنصاف وعدل بين المناطق بين المناطق الحضرية والريفية والشبه ريفية ومن جانب آخر كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشاكل الاجتماعية والاقتصادية للأفراد وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة.[2]

فلهذا كان البرنامج الصحي المتمثل في المخطط الرباعي الثاني من خلال عديد المشاكل ذات الأولوية كمكافحة الأمراض المنتقلة كالملاريا والسل والرمد والأمراض المعدية والأمراض الغير منتقلة كأمراض القلب والأمراض العقلية والمشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل ولقد قدرت نسبة تمويل الخدمات الصحية بالنسبة للدولة بنسبة 60% من مجموع النفقات 30% من طرف الضمان الاجتماعي والباقية 10% من طرف الأسر بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطى نفقات العلاج للمنتسبين إليها ، و لقد أنشئت بعض الإجراءات المتعمدة من منظمة الصحة العالمية بعد ندوة ألمانا في

---

[1]– **مصيد رشيدة** ، أثر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية ، دراسة حالة : المؤسسة العمومية الصحية الجوارية الأخضرية ولاية البويرة ، (مذكرة شهادة ماستر ، شعبة علوم التسيير ، تخصص إدارة أعمال المؤسسات)، جامعة بومرداس 2017 ، ص 61.

[2]– **وفاء سلطاني**، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة ،(مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه شعبة علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات) ، جامعة باتنة، الجزائر، 2016، ص139.

كازاخستان اين تمت مناقشة قضايا الصحة العالمية حيث كان أهم قرار هو الصحة للجميع و هذا ما جعل يزور الأمر الرئاسي للطب المجاني وهو الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28م المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية فهذا القرار يعد كخطوة أولى لاعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ، وفي هذا الإطار أكد الميثاق الوطني 1976م حق المواطن في الطب المجاني حيث دعم دستور 1976م هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي نصت على كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي وتميزت ب:

- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما سمح بتدفق الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
- إصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان وفق التطورات العلمية في مجال الوقاية والعلاج من خلال وضع برامج تهدف إلى تكوين الأطباء من أجل الوصول إلى تغطية صحية جيدة أي لكل 1000 مواطن طبيب.
- في سنة 1975 تم تبني البرمجة الصحية للدولة وإنشاء القطاعات الصحية والصحية الفرعية.
- التكفل بالرعاية والعلاج للأطفال مجانيا من قبل الدولة سواء على مراكز حماية الطفولة أو في إطار الطب المدرسي وبعد صدور مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 1969/07/9 والقاضي بإلزامية التلقيح ومجانتيها.
- مكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل وسوء التغذية .[1]

ثالثا : مرحلة 1980 إلى 1995.

لقد عرفت هذه المرحلة تطورات من حيث تطوير المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 في عام 1973م إلى 124728 عام 1987م وكل هذا راجع إلى الاستثمارات المرتفعة التي تقوم بها الدولة حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973م إلى 62500 عام 1987م وكما ارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 .عام 1988م

- أما بالنسبة للجانب العلمي فإن الدولة أصبحت تستعمل جميع التكاليف الصحية مع صناديق الضمان الاجتماعي وكان ارتفاع أسعار النفط مجالا للمساعدة في ذلك .

[1]- **نسيمة أوكادي** ، السياسة الصحية في الجزائر دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل سيدي عبد القادر ورقلة ، (مذكرة لنيل شهادة ماستر، شعبة علوم السياسة ، تخصص تنظيمات سياسة وإدراية)، جامعة ورقلة، الجزائر ، 2015، ص 29.

- صدور قانون -2583 المؤرخ في 2 جويلية 1983م يعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية بعدما كانت هذه المراكز مدمجة ضمن باقي القطاعات الصحية الأخرى.

- إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 11 المؤرخ في 07/02/1989م والذي يعطي للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري.

إن نمط الصحة السائد في هذه المرحلة يغلب عليه صدور القوانين والمراسيم المتعلقة بالصحة العمومية من حيث المدارس والمراكز الصحية التي تمحو عجز الجزائر في الفترات السابقة، كما تم إجراء التحقيق الوطني حول الصحة سنة 1991م من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية من أجل التوعية ومكافحة الأوبئة.

- إجراء تحقيق حول صحة الأم والطفل تحت إشراف وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصاء وجامعة الدول العربية في إطار المشروع العربي لترقية الطفولة .

- العديد من الانجازات في القطاع الصحي بالإضافة إلى المخابر التحليلية مثل معهد باستور الذي يعد مرجعا لمنظمة الصحة العالمية .

- انتقال الوضعية الديمغرافية الوبائية للسكان إلى تعزيز العلاج الجواري من أجل تقريب الصحة للمواطن بصدور مرسوم التنفيذي رقم 7494 المؤرخ 30/03/1944 الذي تم بموجبه تحويل معهد باستور إلى مؤسسة عمومية ذات طابع تجاري وصناعي .

- إنشاء الوكالة الوطنية للدم ذات الطابع الإداري وتكفل حسب المرسوم 10895 المؤرخ في 9 أفريل 1995م بمهمة تنظيم عمليات حقن الدم .[1]

كما تم إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفياتpch وهي مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية 1994م.

رابعا : مرحلة 1996 إلى 2010

في سنة 1996 تم إنشاء خمس وجهات صحية وهي : الشرق ، الغرب ، الوسط ، الجنوب الشرقي، الجنوب الغربي ، وخمس مجالس جهوية وخمس مراصد جهوية للصحة وهي : مؤسسات جهوية غير ممركزة للمعهد الوطني للصحة العمومية : إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي والتكوين الشبه الطبي بموجب المرسوم التنفيذي 14896 التي كانت مهامه كالتالي:

- تقديم الدعم المؤسسات الشبه طبي بهدف الرفع من مستوى التكوين.

[1]- **نسيمة أوكادي**، مرجع سابق، ص32.

– إعداد وتقديم برامج التكوين الشبه طبي كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم وتسير النظام الصحي وإصدار مرسوم 7457– الذي وضع المؤسسات الاستشفائية الجامعية تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة والسكان وتحت الوصاية البيداغوجية لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي.[1]

أي يتم تسييرها وتنظيمها وتجهيزها من طرف وزارة الصحة بتنسيق بين معاهد الطب وهذه المراكز في سنة 1998 تم إنشاء المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد وهو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية ، توفرت عيادة لكل 60731 نسمة وسريرين لكل 1000 نسمة ومركز صحي لكل 2545 .نسمة

أما في سنة 2000 تم إجراء تحقيق متعدد المؤشرات حول وفيات الأطفال تحت إشراف المنظمة العالمية للطفولة وتمت إدارة مديرية الوقاية التابعة لوزارة الصحة والتحقيق الوطني حول صحة الأسرى الذي تم إجراءه من طرف مديرية السكان بوزارة الصحة كما تم بموجب المرسوم التنفيذي 140 – 07 إعادة تنظيم المنظومة الصحية من خلال استبدال القطاعات الصحية بمؤشرين هما : المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجورية للسعي لترقية العلاج القاعدي وفصل العلاج عن الاستشفاء وتميزت هذا المرحلة بارتفاع النفقات والموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة بصورة ملحوظة والذي ترجم من خلال تخصيصات الميزانية الصحية سواء كانت متعلقة بالتسيير أو التجهيز حيث خص قطاع الصحة في المرحلة الممتدة بين 2005 2009 م ب 244 مليار دينار لإنشاء ما يقارب 200 هيكل قاعدي استشفائي وجواري وعرف عدد الأطباء تزايد حيث بلغ عدد الأخصائيون في القطاع العام سنة 2010 إلى 7339 والأطباء العامين 18475 و الأطباء المقيمون 8491 وفيما يخص الممارسون الشبه الطبي المؤهلين عددهم إلى 20465.

خامسا : مرحلة 2011 إلى 2021

لقد استفاد القطاع الصحي في مرحلة 2010–02014م من غلاف مالي قدره 619 مليار دينار لإنشاء ما يقارب 800 هيكل قاعدي استشفائي وجواري وعرف عدد الأطباء تزايد حيث بلغ عدد الأخصائيون في القطاع العام إلى 7339 والأطباء العاميين 1885 وفيما يخص الممارسون الشبه الطبيين المؤهلين فوصل عددهم إلى 2465 ، أما بخصوص الهياكل الصحية فقد احتوت المنظومة الصحية الجزائرية على:

[1]– **بوجبة حجوط** ، دور القطاع الصحي في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988 – 2014م ، (مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية ، تخصص سياسات عامة والإدارة المحلية) ، جامعة مولود معمري تيزي وزو 2014/ 2015 ، ص 23.

- 271 مؤسسة عمومية صحية جورية.
- 15 مركز استشفائي جامعي.
- 209 مؤسسة عمومية استشفائية.
- 65 مؤسسة استشفائية متخصصة.

كما عرفت تطور المؤشرات الصحية ففي سنة 2010 كان معدل المواليد 24، 68% أما في سنة 2014 فقد عرف تحسن حيث كان يمثل 25، 93 أما معدل الوفيات فقد كان يمثل سنة 2010 نسبة 4 ، 37% أما في سنة 2014 فقد 4 44% أما معدل وفيات الأطفال فلقد كان سنة 2010 يمثل 23، 7% وفي سنة 2014 فكان22 %.

المطلب الثالث: معوقات السياسة الصحية في الجزائر

أولا: معوقات متعلقة بالتنظيم

المؤسسة الاستشفائية هي مؤسسة ذات طابع خدمات تخضع في تسييرها إلى المنطلق الإداري وكل العلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل في غالب الأحيان امتداد عضويا للإدارة المركزية الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة تظهر فيما يلي:

أ- خضوع نسبي تام للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها.

ب-خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المحولة لها من قبل التشريع والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة.

ج- غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطاتهم بسبب تكييف قانونهم الأساسية وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص .

د- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث تسجل فوارق كبيرة إذ تجد في الشمال طبيبا لكل 800 ساكن يقابله طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب.[1]

ثانيا: معوقات متعلقة بوسائل التسيير:

يشمل نقائص النظام الإعلامي الصحي والتكوين الصحي، فالنظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان ويعود هذا الخلل إلى سوء تناول التقارير والملفات الطبية، وعدم مرونة السجلات الإدارية وانعدام تكوين الموظفين، إضافة إلى أن

[1]- **خروبي بزارة عمر**، مرجع سابق، ص14.

تكوين في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي.[1]

ثالثا : معوقات متعلقة بالتسيير المالي:

- سوء توزيع الموارد المالية المتاحة، فهيكلة النفقات والايرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرئية حسب الأولويات.
- غياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية غير دقيقة وغير حقيقية، فوضعية المؤسسات العمومية الصحية تتميز بوضعية التسيير وهو ما يسخر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية وفقدان مصداقيتها.
- ويمكن اعتبار هذه العناصر من أهم معوقات اتحاد السياسات العميقة في الجزائر في سبيل وصولها إلى الأهداف التي سطرتها وهو ما تعمل الجزائر دائما على تجاوزه من خلال اعتماد سياسات صحية تكميلية أو جديدة تأخذ بعين الاعتبار نقائص سابقاتها.
- عدم تنظيم المصالح الصحية بالرغم من عندها المتغير لا تستحب الهياكل الصحية العمومية إلا جزئيا للطلب الصحي، حيث يفرد التكفل بالأمراض نقصا متزايدا. التوزيع السيء المهني حيث تشهد المنطقة الجنوبية، تغطية بخصوص الأطباء المختصين فضلا عن اتجاه هؤلاء إلى المؤسسات الخاصة رغم عمل الدولة على تشجيع الاستيراد إلى الجنوب من خلال عدة تحفيزات وامتيازات.
- تقديم خدمات صحية ذات جودة متردية بسبب عدم تأهيل الكادر البشري وعدم توافق التجهيزات الطبية الموجودة مع ما يعرفه المجال الصحي من تطورات.
- عدم رضا الكادر البشري بسبب غياب التحفيز وانخفاض الأجور.[2]

[1] – **المرجع نفسه**، ص15.

[2] – المرجع نفسه، ص28.

المبحث الثاني: دور السياسة الصحية في الجزائر في تحقيق السلم الاجتماعي

نظرا لأهمية قطاع الصحة والذي يمثل جزءا أساسيا في عملية التنمية الشاملة، وقطاعا حيويا يربط ويرتبط بقطاعات عديدة، سعت الجزائر إلى إحداث تغييرات واصلاحات على مستوى هذا القطاع من أجل إعادته إلى مساره الصحيح، والنهوض بمنظومة الصحة إلى مستوى أفضل وتحسين وتطوير الأوضاع الصحية للمواطن الجزائري

المطلب الأول: أهداف إصلاح السياسة الصحية في الجزائر

حدث تغيير في اسم الوزارة سنة 2002، من وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بعد الحدث المهم والبارز الذي أبدى اهتمام السلطة بالقطاع الصحي، وأعلن عن انطلاقها الفعلي والجاد في عملية الإصلاح التي مست عدة ميادين في مؤسسات القطاع لتحقيق الأهداف المنشودة، والتي سيتم توضيحها من خلال المعطيات التالية:

أولا- على مستوى الهياكل الصحية:

تبنت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف تندرج في إطار تطوير واصلاح الهياكل الصحية وفقا للمقاييس العالمية، وتتمثل هذه الأهداف فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على المؤسسات الصحية العامة والخاصة .
- مراجعة الإطار القانوني للمؤسسات الصحية واعادة النظر في النظام الأساسي الخاص بسلك الإداري للصحة العمومية وضبطه.[1]
- تحسين الممارسات المهنية الطبية وتحسين ظروف العمل والتأكيد على حقوق وواجبات المستخدمين.

- تحقيق التعاون الإيجابي والتكامل المثمر بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص وإعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.

- تحفيز المرضى وجمعيات المرضى على الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة الأداء.

-التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة ، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.[2]

---

[1] -Rapport preliminaire du conseil national de la reforme hospitaliere: les prealable et les actions urgentes: www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.html،

[2]- **عتيق عائشة** ، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية : دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الولاية سعيدة ،(مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية تخصص تسويق دولي) جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2011-2012، ص 140.

– تعميم الحصول على العلاج وضمان تحقيق تغطية صحية شاملة لكامل التراب الوطني عن طريق زيادة عدد الهياكل الصحية وخاصة في المناطق المحرومة.

– إصلاح المستشفيات وتزويدها بالوسائل الحديثة والملائمة التي تضمن عصرنة التجهيزات بالشكل الذي يحقق التحكم الكامل في نظام المعلومات الصحية ، وإدخال المحاسبة التحليلية في تسيير المستشفيات من أجل تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء .[1]

–استعمال وضع دعامة إعلامية والتي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

ثانيا– على مستوى الحاجيات الصحية:

تمثلت الأهداف المندرجة ضمن هذا الإطار فيما يلي:

– ضمان تفاعل المؤسسات الاستشفائية مع البيئة الاجتماعية من أجل إدراك وفهم وإرضاء حاجات ورغبات المواطن الصحية، وتفادي عزل المستشفيات عن الإطار الاجتماعي والتنظيمي والوبائي والمالي.

– تحسين العلاج الاستشفائي ونوعيته من خلال التقييم المتواصل للمؤسسات الاستشفائية، والتبليغ عن النتائج والتوصيات المستخلصة من هذا التقييم من أجل مطابقة العلاج للمعايير الدولية.

–عصرنة نظام التكفل الطبي قادرة على ضمان علاج نوعي وأقل تكلفة للمريض وطي صفحة المريض المتنقل بتحسين العلاج بالمنازل.

– تفعيل البرامج التحسيسية والتربوية والتنظيم المستمر للحملات في إطار التوعية بمخاطر الأمراض المتنقلة تحسين الرعاية الصحية في جميع الأوساط بما فيها الوسط المدرسي، وتحسين الخدمة الصحية العمومية لتصل إلى نظيرتها في باقي دول العالم.

تطوير الصحة الوقائية عن طريق تعزيز وسائل ومصادر وخدمات علم الأوبئة.

– مواصلة حملات التطعيم واللقاحات ضد الأمراض المعدية .

ثالثا– على مستوى الموارد المالية :[2]

يتم الاعتماد في هذا الميدان على إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط ، وبين تسلسل العلاج وتقييس الوسائل ، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية الخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف .

[1]– عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 140.

[2]– المرجع نفسه، ص141.

رابعا- على مستوى التمويل:

من أجل ضبط الميزانية وتنظيم التسيير المالي والجانب التمويلي للسياسات الصحية والمؤسسات الاستشفائية تبنت عملية الإصلاح جملة من الأهداف، وهي كالتالي:

- إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة.[1]

- تكييف القوانين الأساسية التي تسير المؤسسات الصحية مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات وإخضاع أي علاقة مع هيئات الضمان الاجتماعي إلى التعاقد.

- توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

خامسا- على مستوى الموارد البشرية :

يعتبر عنصر المستخدمين عنصرا أساسيا، لذلك فقد وجهت السلطة إهتماما كبيرا لهذا الجانب ، وسطرت الأهداف التالية :

- تعميم التكوين المتواصل حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبين، شبه الطبيين و المسيرين والتقنيين وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم.[2]

- تحسين أحوال المستخدمين الشخصية وظروف عملهم الإدارية والمالية لتعزيز الرضا الوظيفي.

- تنفيذ تدابير محفزة تجلب المختصين والمحترفين قصد تحسين الأداءات.

-ترقية المستخدمين في المسار المهني وتحسين مستوى الرواتب وإعادة هيكلة العلاوات والرواتب والمنح وفق معايير دقيقة.

سادسا- على مستوى الصيدلة والأدوية:

تعتبر عملية مراجعة السياسة المتعلقة بالأدوية جزءا أساسيا في عملية إصلاح السياسة الصحية والمنظومة بصفة عامة، وفي هذا الإطار تم وضع الأهداف العامة التالية:

- استحداث كليات في الصيدلة تلبي احتياجات الطلبة وتضمن التكوين الجيد الذي يستجيب للسوق الصيدلية التي تعرف تطور كبير.

- منع الفتح العشوائي للصيدليات واتباع إجراءات قانونية قبل الفتح تتطلب المرور على الجان محلية بدل مديريات الصحة، تتولى الإشراف والموافقة ومنح الترخيص.

---

[1]- **خروبي بزارة عمر** ، مرجع سابق، ص 76.

[2]- المرجع نفسه، ص77.

– تشجيع الأدوية الأساسية والجنيسة، وتحسين عملية الحصول على الأدوية الجوهرية.

ترشيد الإنفاق بفضل ترويج استخدام الأدوية الجنيسة، وجعل التعويض تبعا للخدمة الطبية المقدمة .[1]

–ضمان نوعية المنتجات الدوائية، ومراقبتها بالخصوص عن طريق تعزيز عمليات التفتيش.

–تطوير التكوين في ميدان الصيدلة الصناعية.

سابعا– على مستوى الإشتراك مع القطاعات الأخرى:

يرتبط قطاع الصحة بقطاعات عديدة ومن اجل تنمية هذه العلاقات وتنظيمها لابد:

– إخضاع العلاقات بين مؤسسات الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي إلى نظام التعاقد.

– إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة وضمان الانسجام بين السياسة الصحية والسياسات العمومية الأخرى لقطاعات أخرى كقطاع العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي التضامن التعليم العالي قطاع المالية، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة الصناعة والفلاحة.[2]

المطلب الثاني: مظاهر السلم الاجتماعي في ظل البرامج الصحية في الجزائر

أولا: العدالة الصحية

تشير العدالة في مجال الصحة والأنظمة الصحية إلى غياب الفوارق المنهجية في مجال الصحة والتي يمكن تفاديها من خلال الوقاية والرعاية؛ والتوزيع العادل لعبء تكاليف الرعاية الصحية بحسب قدرة الأفراد على الدفع؛

والاستجابة العادلة والمناسبة من حيث الوقت للاحتياجات والحقوق والتوقعات الشخصية للذين يسعون إلى الرعاية الصحية عبر التفاعل القائم على الكرامة مع مقدم الخدمة والنظام الصحي.

وللعدالة جوانب وتعريفات عدة منها القانوني والعقائدي الديني والأخلاقي، أو المنطقي العقلاني، التي تتفق جميعها على أن العدالة مطلب إنساني، وركن أساسي في تكوين وبناء المجتمعات الحديثة. وهذه الصفات الأساسية المرتبطة بمفهوم العدالة تتضح في فكرة العدالة الاجتماعية، التي تهدف إلى بناء مجتمع على أسس من المساواة والتضامن، يقدر أفراده قيمة حقوق الإنسان، ويثمنون كرامة كل فرد فيه. وأحد أهم جوانب هذه العدالة الاجتماعية يتضح بشكل جلي في العدالة الصحية، أو بالأحرى في حالة فقدانها، لتنتج عنها الحالة المعروفة بالمساواة أو الاختلال المرضي(Inequality in disease).

---

[1]– **خروبي بزارة عمر** ، مرجع سابق، ص 80.

[2]– **ناصري فوزية**، مرجع سابق، ص 106.

فعلى رغم أن معدلات الإصابة بالعديد من الأمراض تختلف تبعا البيولوجية الحيوية، والصفاتً أنه كثيرا بين المجموعات العرقية، والفئاتً الوراثية، إلا ما تشهد هذه المعدلات تباينا الاقتصاديةً، وتباعداً شديداً والطبقات الاجتماعية، بدرجة لا يمكن معها تفسير هذا الاختلاف الشديد في معدلات الإصابة، بناء على الاختلافات البيولوجية والوراثية فقط . بمعنى أن درجة التباين في معدلات الإصابة ببعض الأمراض بين فئات وطبقات المجتمع الواحد، لا يمكن أن تكون ناتجة من عوامل بيولوجية أو وراثية، بل هي نتيجة اختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية.[1]

وبدأ مثل هذا المفهوم الشمولي في التعامل مع الحالة الصحية منذ منتصف عقد السبعينيات، مع إصدار لجنة كندية برئاسة وزير الصحة حينها، لتقرير عرف بتقرير "اللوند Report LaLonde ، "انتقل بمفهوم الصحة الشخصية والمجتمعية إلى أفق جديد، من خلال زيادة إدراك أفراد المجتمع الطبي، وصناع القرار، وواضعي السياسات، لمحددات الحالة الصحية، التي لخصها التقرير في أربعة عوامل رئيسية، هي الخصائص البيولوجية والفسيولوجية، والبيئة المحيطة، ونمط الحياة الشخصية، ومستوى الرعاية الطبية المتاحة. وبين هذه العوامل الأربعة الرئيسية، نجد أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية تؤثر على ثلاثة منها، وهي البيئة، ونمط الحياة، ومستوى الرعاية الطبية المتاحة، من خلال نظام صحي قومي، أو من خلال تأمين صحي خاص.

وبناء على قوة التفاعل بين الظروف الاقتصادية والاجتماعية وبين الحالة الصحية، يصبح من السهل إدراك حقيقة كون فقدان العدالة الاجتماعية يؤدي بالضرورة إلى ضياع العدالة الصحية، وهو ما ينتج عن حالة اللامساواة المرضية، أو بالتحديد الاختلال الهائل في معدلات الإصابة ببعض الأمراض بين طبقات المجتمع المختلفة. ففي حالة التعليم مثلا، وهو أحد أهم مكونات الحالة الاجتماعية نجد أنه كلما انخفض مستوى التعليم، كلما زادت احتمالات الإصابة بأمراض القلب والشرايين، إلى درجة أن الأشخاص الذين لم يكملوا دراستهم الثانوية، ترتفع لديهم احتمالات الوفاة بنسبة 2.4 في المئة مقارنة بمن أكملوا دراستهم الثانوية. ويرتبط مستوى التعليم أيضا في علاقة عكسية مميتة، بالعديد من السلوكيات الصحية السيئة مثل التدخين، وانعدام ممارسة الرياضة، وفرط الأكل، حيث يزداد انتشار تلك السلوكيات وما ينتج عنها من أمراض مثل السرطان والسكري، كلما انخفض مستوى التعليم .

وتتمثل المبادئ الأساسية لتحقيق العدالة الصحية في النقاط التالية :

---

[1]– **عدمان مريزق وآخرون**، العدالة الصحية: بين التنظير وغبن الواقع –دراسة للواقع الجزائري، **مجلة الأصالة للدراسات والبحوث**، مجلد 01 عدد 02 سنة 2019، ص ص (59–60).

– تحسين ظروف الحياة اليومية، أي الظروف التي يولد فيها الناس وينمون ويعيشون ويعملون وكذلك أعمارهم.

–التصدي لظاهرة الإجحاف في توزيع النفوذ والمال والموارد، أي القوى المحركة الهيكلية لظروف الحياة اليومية نلك على مستوى العالمي وعلى المستويات والوطنية والمحلية.

–قياس أبعاد المشكلة وتقييم العمل وتوسيع قاعدة المعارف وتنمية القوى العاملة المدربة في مجال المحددات الاجتماعية للصحة وتوعية الجمهور بخصوص المحددات الاجتماعية للصحة.[1]

ثانيا: الإعلام الصحي

يعتبر الإعلام الصحي نوعا من أنواع الإعلام المتخصص في مجال معين وهو الصحة والطب، إذ يعمل على تغطية ونقل المعلومات الخاصة بالعلوم والممارسة الطبية والأمراض المختلفة وطريقة علاجها ومختلف المشاكل الصحية التي تواجه الفرد وكيفية مواجهتها.

ويرى الباحث جون ميريات Jean MEYRIAT أن "الإعلام الصحي هو المضمون المعرفي الذي تتضمنه الأفكار والمعطيات والإحصائيات المرتبطة بالصحة أو المرض ويعمل هذا المضمون المعرفي ، على تطوير معارف المتلقي وتقليص الشك الصحي " Réduction de fincertitude كما يهدف الإعلام إلى المساهمة في تراكم المعارف الطبية الجديدة المطورة من طرف الباحثين المختصين، وكذا نقل مختلف المعلومات المرتبطة بهذا المجال الحساس ويجمع الباحثون على أن أهمية الإعلام الصحي تكمن في تقديم الحلول أو على الأقل. تقديم عناصر الإجابة لمختلف المشاكل الطبية علمية كانت أو علاجية، ونظيف قمش وآخرون أن الإعلام الصحي يتمثل في عملية نقل الرسالة الصحية إلى أفراد الجمهور وتوصيل أراء المثقف الصحي إلى عامة الناس من خلال استخدام مختلف وسائل الإعلام كالصحف والمجلات والإذاعة والتلفزيون والأفلام السينمائية .. حيث أن هذه الوسائل تسمح بنقل المعلومات الصحية إلى أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع في أقل وقت ممكن وبأقل تكلفة وتساعد المثقف الصحي بالتواصل مع عدد كبير من الناس من دون بذل جهد أكبر.[2]

للإعلام الطبي أهمية بالغة في عملية التحسس ضد مختلف الأمراض والأخطار التي يمكن أن تتعرض لها صحة الفرد، فهو عامل ايجابي في التنبيه ضد السلوكيات المضرة بحياة الإنسان، كما انه يزود

---

[1]– **عدمان مريزق وآخرون**، مرجع سابق، ص60.

[2]– **جمال درير، سامية خبيزي**، مساهمة وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للشباب الجزائري – دراسة ميدانية على عينة من الطلبة، **مجلة الرسالة للدراسات الإعلامية**، جامعة العربي التبسي، تبسة، الجزائر، المجلد 04 ، العدد 03، أكتوبر 2020 ، ص14.

الفرد بثقافة صحية من خلال إحاطته بنصائح وتوجيهات في هذا المجال، أو دفعه لتبني اتجاه أو سلوك معين كالإقلاع عن التدخين أو القيام بالتلقيح ... الخ، فوسائل الإعلام والاتصال تستخدم في ذلك استمالات عاطفية التخويف، الترغيب التحذير ... الخ، أو عقلية (الحجج، البراهين... الخ). واعتبر باحثون من مركز الاتصال بكلية بلومبيرغ للصحة العامة في جامعة جونز هوبكنز الأمريكية إن الاتصال مفتاح عملية تغيير المعرفة والاتجاهات، وتبني أفكار جديدة وصولا إلى سلوك صحي ايجابي، فالاتصال لديه قدرة على نشر القيم الاجتماعية على سبيل المثال في مسألة تنظيم النسل لابد أن يتم تعريف الأسرة بالوسائل المستخدمة وكيفية استعمالها". "إن المتفحص للمضمون التثقيفي لوسائل الإعلام يلاحظ بوضوح الدور الأساسي للمعلومة فالمعلومة هي اللبنة الأساسية للبرامج التثقيفية والتعليمية وغيرها من المواد التي تبثها وسائل الإعلام الجماهيرية وما المعلومة إلا عبارة عن بيانات موضوعية تهدف إلى تعريف الواقع وشرحه وتفسيره، ومن خلالها يقوم الأفراد بممارسة نوع من السيادة والسيطرة على البيئة المحيطة به، كما أن المعلومات تقدم نوعا من الدعم الاجتماعي للإنسان، فعندما يواجه الإنسان تحديدا صحيا فان الحصول على المعلومات المناسبة يساهم في تخفيف حدة القلق والمعاناة لدى ذلك الإنسان".

وللإعلام الصحي دورا كبيرا في حياة الإنسان والمجتمع ويتمثل ذلك في طرح القضايا الاجتماعية المتعلقة بحياة الإنسان وصحة الأسرة والطفولة والأمومة والمرض وغيرها من القضايا .[1]

ثالثا: الحق في الصحة

الصحة حق من حقوق المواطن ولم تتخلف الجزائر لتقنين هذا الحق في مختلف مواثيقها ودساتيرها وقوانينها واعتبرت الاستفادة من العلاج، والعدالة الاجتماعية، والإنصاف، والتضامن الوطني، المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان.

كما أن حماية الصحة وترقيتها وتجسيدها تسعى على وجه الخصوص للحد من اللامساواة وذلك من خلال إعداد وتنفيذ سياسات ملائمة، ولهذا فقد أعطيت الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومات المتعاقبة منذ 1962 إلى اليوم، وقصد نجاعة و مردودية أكثر للمنظومة الصحية تم التركيز على ترسيخ سياسة التوازن الجهوي، الذي نص عليه التنظيم والذي يتمثل في إنشاء خمس مناطق صحية جهوية، وينبغي لهذه المناطق الصحية أن تشكل الفضاء المفضل للتعبير عن التعددية القطاعية وتعبئة مختلف المتدخلين

[1]– **أحمد ريان باريان**، دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة، السعودية، الرياض: دراسة ميدانية، (رسالة ماجستير)، جامعة الملك سعود بالرياض، (1425هـ)، ص52.

القانونيين والحركة الجمعوية، كما ينبغي أن تكون مجالا للوساطة والتحكيم في منح الموارد حسب الأولويات الخاصة بكل منطقة. إن حق المواطن في الصحة لا يكفى أن تنص عليه المواثيق والتشريعات .[1]

ولكن الأهم من ذلك هو كيفية تجسيد هذا الحق على أرض الواقع، إذ اعتبرت المنظمة العالمية للصحة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر، إلا أن الخدمات الصحية، سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة وإستراتيجية صحية ناجعة وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الاهداف والنتائج، والأكثر من هذا فإن التقنيات المكلفة ليست هي شرط النجاح.

رابعا: المشاركة المجتمعية في مجال الصحة

أما فيما يتعلق بمفهوم المشاركة المجتمعية في مجال الصحة فهو يتمركز في أن التنمية الصحية لا يمكن أن تتحقق بالجهود الحكومية فقط ، بل لابد من تضافر الجهود من كل أصحاب العلاقة للمساهمة في تحقيق تنمية صحية وتلبية الاحتياجات المتنامية والمتنوعة للمجتمع في المجال الصحي. " وزارة الصحة، برنامج المشاركة المجتمعية البوابة الإليكترونية لوزارة الصحة.

هذا ما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية تحت اسم الرعاية التي تركز على الناس كنيج يتبنى صراحة منظور الافراد، ومقدمي الرعاية والأسر والمجتمعات بوصفهم مشاركين ومستفيدين من النظم الصحية المأمونة والتي يتم تنظيمها وفقاً للاحتياجات الشاملة للناس، وليس على أساس أحد الأمراض والتي تراعي تفضيلات المجتمع، وتتطلب كذلك الرعاية التي تركز على الناس أن يحصل المرضى على التثقيف ، والدعم اللازم لاتخاذ القرار، والمشاركة في رعاية أنفسهم، وأن يؤدي مقدمو الرعاية عملهم بأقصى طاقة لهم في سياق بيئة عمل داعمة، فالرعاية التي تركز على المرضى والناس في أوسع نطاقاً من الرعاية التي تركز على المرضى وهي لا تشمل فقط التعاملات السريرية، ولكنها تشمل أيضاً الاهتمام بصحة الناس في مجتمعاتهم ودورهم الماس في رسم السياسات والخدمات الصحية.[2]

كما يرتبط مفهوم اشراك الافراد في الخدمات الصحية بعملية التمكين، في اطار ما يسمى بالصحة المجتمعية، وذلك بتمكين الناس وإشراكهم بتوفير الفرص والمهارات والموارد التي يحتاجونها للتعبير عن أنفسهم، وليصبحوا مستخدمين متمكنين للخدمات الصحية.

---

[1]– ، **حاروش نور الدين**، حقّ المواطن الجزائري في الصّحة...بين النصوص والواقع، **مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية**، معهد الحقوق، المركز الجامعي لتامنغست – الجزائر ،سداسية محكّمة، عدد08 جوان 2015، ص123.

[2]– **معزوزي عتيقة، نعيجة رضا**، أهمية توظيف أسلوب المشاركة المجتمعية في تنمية الخدمات الصحية، **مجلة الساورة للدراسات الإنسانية والاجتماعية**، المجلد 05، العدد 02، 2019، ص ص 123-124.

وليمكنهم الزود عن النظام الصحي محل الإصلاح، وتسعى هذه الاستراتيجية إلى توجيه موارد المجتمع والموارد الفردية للعمل على جميع المستويات، وهي تسعى إلى تمكين الأفراد من اتخاذ قرارات فعالة بشأن صحتهم، وتمكين المجتمعات المحلية من الانخراط بفعالية في بيئات صحية تعتمد على المشاركة في تقديم الخدمات، وتزويد مقدمي الرعاية غير الرسميين بالتثقيف اللازم لتحسين أدائهم وما يقدمونه من مساعدة للاستمرار في أداء دورهم .

وتمكين الناس وإشراكهم في الوصول إلى الفئات المهمشة، والتي تعاني من نقص الخدمات الضمان حصول الجميع على الخدمات الجيدة، والاستفادة من تلك الخدمات محل المشاركة وفقاً لاحتياجاتهم الخاصة.

واشكال المشاركة المجتمعية في مجال الصحة تتخذ مساهمة افراد المجتمع في تنمية الخدمات الصحية عدة اشكال كالتالي:[1]

1- مشاركة أفقية : تتم بين الافراد من نفس المستوى كتقديم المساعدات والتبرعات والنصائح الطبية مشاركة عمودية تتم بين الأفراد من نفس المستوى والسلطات وأصحاب القرار من خلال التدخل في وضع القرارات وتنفيذها ومتابعتها.

2- مشاركة فردية : كتقديم اعانات من المواطنين بشكل فردي.

3- مشاركة جماعية : من خلال فرق تطوعية أو منظمات المجتمع المدني.

4- مشاركة مباشرة : بالمساهمة في تقديم الخدمات الصحية الوقائية أو العلاجية أو الارشادية لمحتاجها بشكل مباشر.

5- **مشاركة غير مباشرة :** بتقديم اعانات عن طريق منظمات وسيطة بين المؤسسات الصحية والمواطنين.

6- من حيث نوعية الخدمة : تختلف أنواع المشاركة حسب نوعية الخدمة المقدمة (علاجية).[2]

خامسا: الأمن البيئي الصحي

يعمل الأمن البيئي على توفير بيئة طبيعية سليمة يعيش فيها الإنسان، وهو متمتع بكل المتطلبات الصحية الحافظة لوجوده، وهذا لا يمكن تحقيقه إلا بتوفر مناخ طبيعي سليم وبيئة طبيعية سليمة من التلوث، وانتاج فالحي وصناعي وفق المعايير الصحية ومتطلبات البيئة السليمة، وهي من الشروط الأساسية لحياة صحية للإنسان، ويتعذر وجود أمن اجتماعي مستقر بينما حياة وصحة الإنسان وكل متطلبات حياته معرضة

[1]- معزوزي عتيقة ، نعيجة رضا، مرجع سابق ، ص124.

[2]- المرجع نفسه ، ص125.

للتلوث، فيجب على الإنسان أن يختار البيئة الصالحة التي تبني له حرما آمنا يشعر من خلاله بالأمان ويلوذ إليه إذا ما برز ما يهدد أمنه وحياته لأن التلوث البيئي ينعكس سلبا على الصحة العامة التي تعتبر من أهم الركائز الأساسية التي ينبني عليها الاستقرار، ومن أهم أركان النظام العام للمجتمع.[1]

سادسا: الأمن المجتمعي

الأمن المجتمعي هو المجتمع الذي يتمتع باستقرار صحي والقادر على معالجة كل المشكلات التي تعترضه، ومن بين هذه المشكلات (الأمراض)،سواء كانت أمراضا جسدية أو أمراضا عقلية. فهذه الأمراض المختلفة تنتج عنها مشكلات كبرى تؤدي غالبا إلى الانحراف وزعزعة الأمن والنظام العام، فإن لم تعالج في أوانها فسوف تؤدي إلى انحرافات وخيمة العواقب. فالأمن المجتمعي مرتبط إلى حد بعيد بسالمة المجتمع من الأمراض بأنواعها المتعددة، حيث تقع هذه المهمة على عاتق المراكز الاستشفائية والعيادات الخاصة، التي تسعى إلى المحافظة عل النفس البشرية التي تعتبر من آكد الضروريات التي يجب مراعاتها في كل الظروف والأحوال ، وتوفير الصحة العقلية والجسدية يحتل أيضا مكانة هامة من بين اهتمامات العالم.

فالأمن الصحي يتحقق بالاستمرار في تحسين أداء المؤسسات العلاجية والسيطرة على الأمراض، وتوفير الوقاية، ومتابعة التلقيحات الضرورية ألن الصحة العقلية والجسدية هي العامل الأساسي في جعل الفرد ينمو نموا طبيعيا، ويعطي انتاجية كاملة دون عائق يحول بينه وبين تطلعاته، وبهذا يحصل الأمن والاستقرار.

فتجهيز الدولة لهذه المؤسسات و تدعيمها بالوسائل الطبية والأدوية اللازمة، يعد من قبيل ضمان أمن المجتمع بالنظر إلى الدور الوقائي والعلاجي الحساس الذي يمكن أن تقوم به هذه المؤسسات قبل أن ينتشر الداء، وتحصل العلل ويدفع بالمرضى إلى ارتكاب الجريمة والانتقام، فكثيرا ماتقع ردود أفعال غير محمودة العواقب ناتجة عن الذين يعانون من أمراض عقلية مزمنة، وتقع كذلك انتقاما من طرف الذين يعانون من الأمراض المختلفة والذين يتعرضون للإهمال الطبي أو سوء المعاملة من طرف موظفي المستشفى أو عدم تقديم الخدمات الصحية اللازمة لهم.[2]

[1]– **صالح براجل**، مقومات الأمن المجتمعي، **المجلة الجزائرية للأمن والتنمية**، المجلد 12 ، العدد 02، جامعة ستامسان، الجزائر، أفريل 2023، ص65.

[2]– صالح براجل، مرجع سابق، ص71.

المطلب الثالث: تحديات السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي في الجزائر

من خلال عرض السياسة الصحية الجزائرية وأهم مبادئها نجد أن هناك العديد من النقائص والمشاكل التي تعرقل عملية الترقية الصحية والتي تذكر من بينها:[1]

أولا-على مستوى السياسة الصحية:

هنا نتساءل عن الفواعل والأطراف الذين لهم دور في صنع هذه السياسة، وهل هناك وعي بحقيقة الوضع الصحي وما يعانيه من مشاكل؟ هل حقيقة تعبر السياسة الصحية عن انشغالات ومطالب المواطن الجزائري في ظل عدم رضى هذا الأخير عن ما يقدم له من خدمات وعن الوضع الصحي بصفة عامة، ألن المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي توحي بغياب الشراكة فيما يتعلق بصنع السياسة الصحية وبالتالي تغيب فاعلية ورشادة هذه الأخيرة حيث تبنى على غير الأولويات التي من المفترض أن تبنى عليها وهذا ما ينعكس على النتائج الواقعية وتظهر هناك فجوة بين حقيقة ما يتطلبه الوضع الصحي وما تم التوصل إليه من خلال تطبيق هذه السياسة.

ثانيا- على مستوى الأطر القانونية:

ما زال العمل بالقانون (85-05)المتعلق بحماية الصحة وترقيته إلى غاية اليوم، في سنة 1999 تم تشكيل لجنة من أجل إعداد مشروع قانون جديد للصحة، وفي سنة 2010 تم تشكيل لجنة كذلك ولنفس الهدف والتي قدمت مشروع القانون إلى وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في فيفري 2011 ،لكن إلى غاية اليوم لم يظهر أي قانون، (85-05) القانون جاء في ظل ظروف اقتصادية واجتماعية مختلفة عن الوضع اليوم الذي نلاحظ فيه العديد من التفسيرات والتعقيدات التي لا بد لها من قانون جديد، قانون يستجيب لمطالب اليوم التي تختلف عن سابقتها في ضل الكثافة السكانية التي قدرت بحوالي 39 مليون نسمة سنة 2014 (41مليون و200 ألف بداية 2017 ،)التغير في الخريطة الوبائية وظهور العديد من الأمراض التي لم تكن موجودة من قبل، مع ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض غير المعدية مثل القلب، السكري، السرطان وغيرها وارتفاع نسبة الوفيات بسبب تلك الأمر في التطورات العالمية وضرورة الاستجابة كل هذا يتطلب إطار قانون جديد، مثل توزيع الأمراض غير المعدية.

[1]- **مبدوعة رشيد**، تقييم السياسة الصحية في الجزائر من خلال الأزمات- جائحة كرونا أنموذجا- ،(مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية)، جامعة زيان عاشور- الجلفة، الجزائر، ص40.

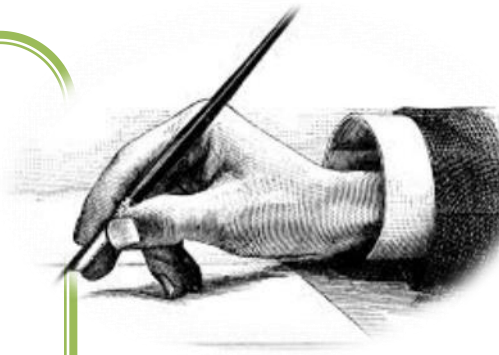
ثالثا-على مستوى الهياكل الصحية:

من المفروض أن يتم العمل على حماية الصحة والحفاظ عليها انطلاقا من مبدأ المساواة في الحصول على الخدمات الصحية لكل مواطن جزائري سواء في الشمال أو الجنوب الشرق أو الغرب لكن ما نلاحظه هو غياب التوزيع العادل للمرافق الصحية سواء العمومية أو الخاصة وحتى الهيئة الطبية وهذا ما أدى إلى غياب الإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية، حيث نجد أن نسبة المستشفيات في الشمال يقدر بـ 61 %أي حوالي (172 مستشفى) مقارنة بالجنوب الذي قدرت فيه نسبة المستشفيات بد (11)%ما يعادل (33)فقط. [1]

[1]- **مبدوعة رشيد**ن مرجع سابق، ص41.

الفصل الثالث

دراسة ميدانية لواقع السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة



الفصل الثالث:

دراسة ميدانية لواقع السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة

خصص هذا الفصل للدراسة الميدانية لمعرفة السياسة الصحية كآلية لتحقيق السلم الاجتماعي من وجهة نظر إطارات الصحة–دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي–، ولتحقيق أهداف وأغراض الدراسة، تم اعتماد الاستبيان كأداة لجمع البيانات والمعلومات، وزعت الاستبانة على عينة من الدراسة، وتمت المعالجة الإحصائية والتحليل لآرائهم بالبرنامج الإحصائي للحزمة الاجتماعية .SPSS.V27

لتغطية متغيرات الدراسة والإلمام بعرض وتحليل ومناقشة النتائج، قسم الجانب الميداني إلى ثلاث مباحث:

المبحث الأول: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراويبالمسيلة

المبحث الثاني :مناقشة منهجية الدراسة الميدانية

المبحث الثالث: اختبار ومناقشة تساؤلات الدراسة

المبحث الأول: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراويبالمسيلة

خصص هذا المبحث للتعريف بالمؤسسة محل الدراسة من خلال تقديم الإطار القانوني لها وموقعها، وذكر كل مهامها وعرض هيكلها التنظيمي وتقديم مختلف مصالحها.

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي

المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة ما هو إلا واحد من بين مئات المؤسسات الصحية التابعة للدولة والتي لطالما قامت ولا تزال تقوم بعمل نبيل ألا وهو حماية وعلاج المواطنين من مختلف الأمراض المنتشرة وتقوم أيضا بعمليات التوجيه وتقديم النصائح والفحوصات الطبية والجراحية، ويعتبر من ضمن المؤسسات الهامة في الولاية لخدمة الشعب، ويحتوي على عدة مصالح:

تم انشاء القطاع الصحي بالمسيلة بموجب القرار رقم 310 الصادر بتاريخ: 1981/07/14 المتضمن إنشاء القطاع الصحي بالمسيلة.

بموجب المرسوم رقم: 81–242 المؤرخ في 1981/09/05 المتضمن إنشاء القطاعات الصحية تنظيمها وسيرها الذي حول القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية ذات طابع إداري.

بموجب المرسوم: 140/07 المؤرخ في2007/05/19 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تم تحويلها من قطاع صحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية.[1]

المطلب الثاني: موقع المؤسسة.

تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة طريق برج بوعريريج الجهة الشمالية بمدينة المسيلة المساحة الإجمالية: تقدر ب:38200م2 منها7148 م 2 مساحة مبنية و31052 م2 مساحة غير مبنية يحتوي على 380 مكتب و7 مواقع سكنية و6 مواقع مختلفة مكون من أربع طوابق وعدد العمال 683.

تنظيم المصالح الاستشفائية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية:

يشمل التنظيم المؤسسة العمومية الاستشفائية، الموضوعة تحت سلطة المدير إلى أربع مصالح كما يلي:

[1] – المديرية الفرعية للموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة، **2023**.

جدول رقم(01): مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة

المصالح العامة	المصالح التقنية	المصالح الاستشفائية	المصالح الإدارية
المخزون المطبخ حضيرة السيارات الصيانة العامة قسم الغسيل ورشة صيانة المركبات ورشة صيانة العتاد الطي	مركز الأشعة قسم الجراحة الصيانة المركزية المخبر المركزي الطب المنزلي التشخيص بالمنظار قسم حفظ الجثث خلية طب السرطان مركز الكشف التلقائي مصلحة طب أمراض الكلى وتصفية الدم المركز الولائي لنقل لدم	مصلحة الطب الداخلي مصلحة الجراحة العامة مصلحة طب الأطفال مصلحة الطب الشرعي مصلحة جراحة ORL مصلحة الأمراض المعدية الاستعجالات الطبية الجراحية	مديرية المالية والوسائل مديرية المصالح الصحية مديرية الصيانة والعتاد الطبي مديرية الموارد البشرية

المصدر: وثائق مقدمة من طرف المديرية الفرعية للموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة، **2024**.

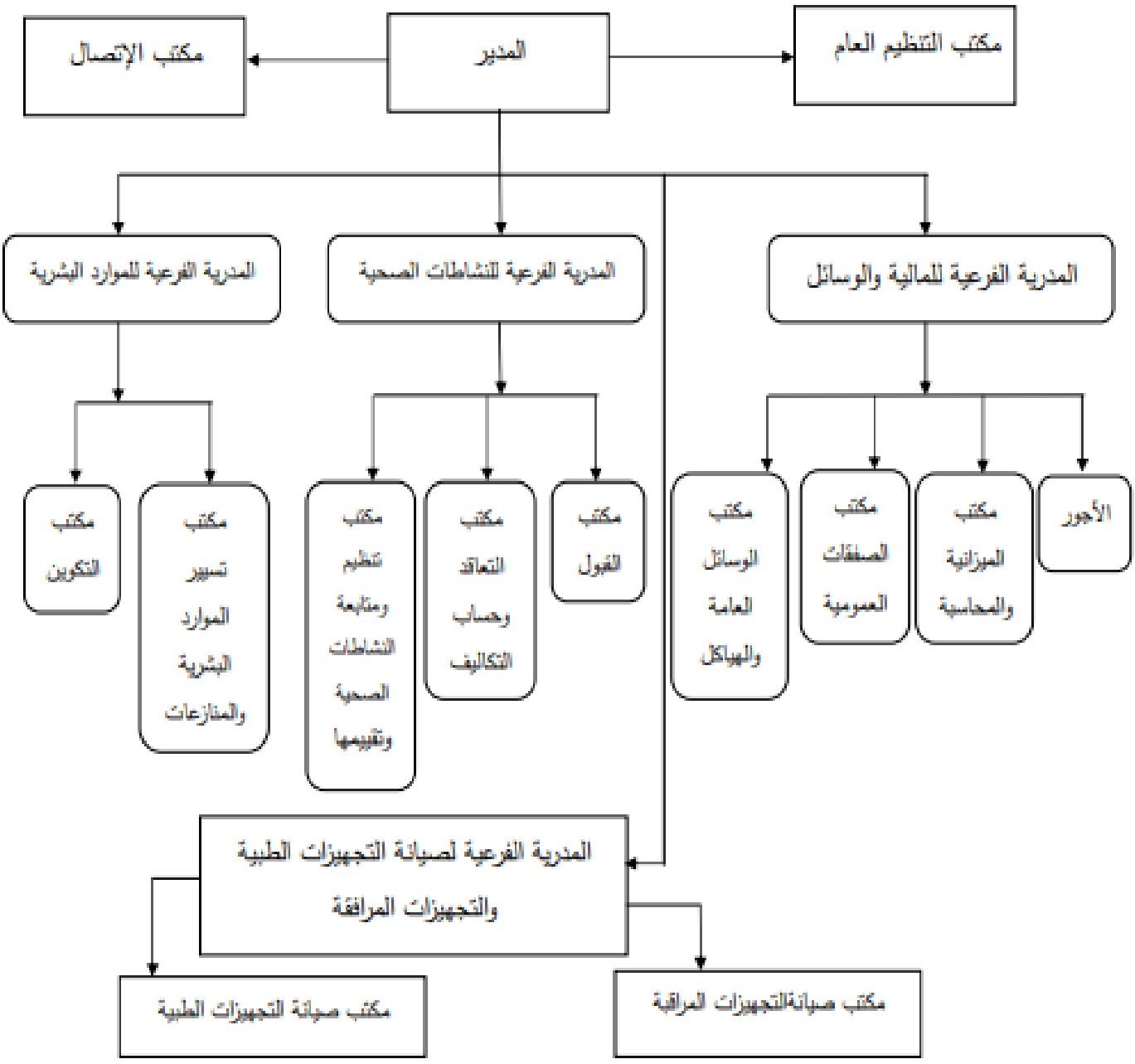
تتكفل المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة في مجال نشاطه بشكل منسجم ومنظم بحاجيات السكان الصحية وفي هذا الإطار يقوم بالمهام التالية:

- يضمن توزيع الإسعافات وبرمجتها؛
- ينظم البرامج الوطنية والجوهرية والمحلية للصحة والسكان؛
- يساهم في ترقية المحيط وحمايته في مجالات الوقاية والنظافة الصحية ومكافحة الأمراض والآفات الاجتماعية؛
- يساهم في إعادة تأهيل مستخدمي المصاح الصحية وتحسين مستواهم.[1]

[1] – المديرية الفرعية للموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة، **2023**.

المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي المؤسسة.

شكل رقم (02): الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة



المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة، **2023**.

دراسة مناصب العمل المتواجدة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة:

1 –المدير: يعتبر المسؤول الأول عن تسيير المؤسسة الاستشفائية بحيث:

– يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام المحاسبي.

– يمارس التعيين والتسيير على مجموع مستخدمي المؤسسة العمومية باستثناء المستخدمين الذين خصص لهم شكل آخر من أشكال التعيين.

– هو المسؤول الأول في كل ما يخص نفقات المؤسسة.

– يضع التقرير السنوي للنشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة.

2– مكتب التنظيم العام

هو المنسق الإداري بين المديريات الفرعية للمؤسسة ويقوم بمتابعة جميع الإجراءات الإدارية وتمريرها إلى حيز التنفيذ.

3– مكتب الاتصال:

– يقوم باستقبال المنشورات الإدارية وتسليمها إلى المدير.

– تطبيق قرارات المدير.

– استقبال المجلس الإداري وتأسيس الميزانية السنوية للنشاطات.

– معالجة الشكاوي المواطنين.

– مكلف بأمانة المجلس الطلبي والإداري

4– المكاتب الفرعية للموارد البشرية وتتمثل في:

أ– مكتب سير الموارد البشرية والمنازعات:

– يقوم بتسيير الموظفين وفقا لقوانين التنظيمية المنصوص عليها من طرف سلطة القرار.

–متابعة الحياة المهنية للموظفين (تعيين / ترقية / عزل /تقاعد/ تحويل)

ب– مكتب التكوين:

– يتكفل بتكوين وتحسين كافة فئات المؤسسة.

– يشرف على تسيير المديرية (نائب مدير فرعي) معين من قبل وزير الصحة بموجب المرسوم، أو مكلف من طرف المدير.

جـ – مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية

– يقوم بإجراء حصيلة لكل نشاطات المصالح الاستشفائية.

– ضمان النشاط الطبي وشبه الطبي في المؤسسة وتقييمها.

– وضع جدول للمسؤولين على مناوبة الأطباء.

– وضع المؤشرات الصحية.

5–المديرية الفرعية للموارد البشرية وتشمل ما يلي:

أ – **مكتب صيانة التجهيزات الطبية :** مختص في صيانة الأجهزة الطبية المتواجدة في كافة المستشفيات.

ب– مكتب صيانة التجهيزات المرفقة: تتكفل بصيانة هياكل المنشآت بما في ذلك الكهرباء والبناء والترصيص.

6–المديرية الفرعية للمالية والوسائل:

هو مكتب خاص بتنظيم وتقسيم النفقات الخاصة بالمؤسسة وفقا لحاجيات المصالح وبها:

أ– **مكتب الصفقات العمومية:** هو مكتب خاص بدراسة الملفات والإعلان عن صفقات قد تم عقدها من طرف هذا المكتب واختيار المتعاقد الذي تتوفر فيه الشروط.

ب– مكتب الميزانية والمحاسبة: يقوم بدراسة الميزانية وتمويلها على حسب الاحتياجات والتكلفة السنوية تعملي من طرف الدولة والضمان الاجتماعي كمساهمة لأن الصحة حاليا مجانية إذ يكون التوزيع بطريقة علمية ودقيقة.

7– المديرية الفرعية للمصالح الصحية:

يتمثل دورها في ضمان النشاط الطبي والشبه الطبي في المؤسسة وينقسم إلى :

أ– **مكتب الدخول:** يقوم بالاتصال المباشر بالمواطنين واستقبال المرضى الوافدين الذين تستلزم حالتهم الصحية المكوث بالمستشفى، وتسجيلهم وإعداد ملف القبول للإقامة بالمستشفى، وكذا التصريح بالوفيات الضباط الحالة المدنية، وضمان المراقبة المستمرة لحركة المرضى مختلف المصالح الاستشفائية ويتمثل في:

– **رئيس المصلحة:** يوجه الموظفين ويساهم في تسيير المصلحة وهو همزة وصل بين الإدارة ومكتب الدخول.

– **مكتب التسجيل:** تسجيل المرضى ومرافقيهم كم يتكفل بتحصيل مستحقات المبيت عند خروجهم من المستشفى ويقوم بتسجيل التحويلات.

– **مكتب الحالة المدنية:** يقوم بتسجيل المواليد والوفيات.

– **مكتب الإحصاء:** يقوم بعملية إحصاء شاملة (المرضى المرافقين).

– مكتب التعاقد وحساب التكاليف:

- يقوم بحساب وتميل كل نفقات المصالح.
- يقوم بتحديد سعر الوجبات اليومية للمريض وكذلك سعر اليوم الاستشفائي.
- يقوم بتحديد سعر تصفية الكلى.
- يقوم بحساب كل التكاليف الخاصة بالمؤسسة عند كل إخراج .

المبحث الثاني: عرض الإجراءات ومناقشة منهجية الدراسة

إن أي بحث علمي لا شك في ذلك أن دقته تقاس بقيمة تحديد المفاهيم وكذا دقة الأداة المستخدمة لقياسه، وتزداد أهمية وصعوبة الدراسة كلما كان التعامل مع الظاهرة التي لا يمكن دراستها إلا بحضور أداة مناسبة لقياسها، وعليه سنحاول في هذه الورقة من الفصل لملمة وحوصلة المعلومات موضحين في ذلك الإجراءات الميدانية التي اتبعناها في الدراسة، وما هو متفق عليه بين أوساط الباحثين فان الذي يميز أي بحث علمي هو مدى قابليته الموضوعية العلمية وقابلية قياسه، ولا يتحقق ذلك إلا إذا اتبع الباحث منهجية علمية دقيقة وموضوعية.

المطلب الأول: عرض الإجراءات التطبيقية ومنهجية الدراسة

أولا: منهج الدراسة

يحتاج البحث العلمي إلى عدة أساليب وطرق وخطوات لكي يصل إلى الهدف المبتغى، من بينها المنهج الذي يستعين به الباحث والذي يقوده ويوضح له معالم الطريق، وكذا اختيار عينة البحث التي تتناسب وبحثه، من أجل تحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يتناسب مع الموضوع المختار، ويعتبر المنهج الوصفي من أكثر المناهج التي يتم إتباعها في دراسة الظواهر، والذي يقوم على تفسير الوضع القائم للظاهرة أو المشكلة من خلال تحديد ظروفها وأبعادها وتوصيف العلاقات بينها بهدف الانتهاء إلى وصف عملي دقيق متكامل للظاهرة أو المشكلة يقوم على الحقائق المرتبطة بها.

- **خطوات المنهج العلمي:**

تتمثل خطوات المنهج العلمي بشكل عام كالاتي:

– جمع البيانات والمعلومات التي تساعد على تحديد مشكلة البحث والمتمثلة في إمكانية وجود علاقة بين السياسة الصحية والسلم الاجتماعي.

– تحديد إشكالية البحث المراد دراستها وصياغتها على شكل سؤال يوضح العلاقة بين متغيري الدراسة المتمثلين في السياسة الصحية والسلم الاجتماعي

– بناء وصياغة تساؤلات البحث

– تحديد أهداف البحث

– تحديد حجم عينة البحث الممثلة لمجتمع البحث

– تحديد أدوات جمع البيانات المناسبة والتي تخدم منهج البحث وتمثلت في بحثنا في الملاحظة، المقابلة، الاستبانة.

– تحليل البيانات التي تم جمعها وتنظيمها وتبوبها وتكميمها

– باستخدام الوسائل الإحصائية المناسبة للوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية

– تحليل النتائج وتفسيرها على ضوء تساؤلات الدراسة

– وضع التوصيات والاقتراحات

ثانيا: أدوات الدراسة

عند إنجاز أي دراسة علمية لابد من توفر البيانات والمعلومات للإلمام بالموضوع، والحصول على هذه المعلومات والبيانات وجب الاعتماد على مختلف المصادر المتنوعة، واعتمدنا في جمع المصادر الثانوية على المسح المكتبي، أما في المصادر الأولية اعتمدنا على:

- **الملاحظة بالمشاركة**

تعتبر من أهم الوسائل التي يستعملها الباحث في جمع المعلومات والحقائق عن الظاهرة المدروسة، ومن خلالها يستطيع الباحث مشاهدة ظروف المبحوثين والاطلاع على مشكلاتهم وسلوكهم وعلاقاتهم، دون تدخل أية قوى خارجية في ذلك، باعتبار أن الملاحظة هي توجيه حواس للإنسان وانتباهه إلى الظاهرة المدروسة لأجل كسب معرفة جديدة عنها[1]، وقد اعتمدنا في دراستنا على الملاحظة البسيطة من واقع عملي للمؤسسة المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي ولاية المسيلة، باعتبار الملاحظة البسيطة أداة مفيدة في عملية البحث، حيث مكنتنا من معرفة ظروف العمل الداخلية، وكيفية أداء العمل وغيرها، ومعرفة المناخ السائد في المؤسسة من خلال السلوكيات الصادرة عن أفراد المؤسسة محل الدراسة.

- **المقابلة**

تستخدم لجمع البيانات التي لا يمكن الحصول عليها من خلال الدراسة النظرية، في تفاعل لفظي يتم بين الباحث والمبحوث بغرض الحصول على البيانات والمعلومات المراد جمعها عن الظاهرة

[1] **عمار بخوش**، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص 71.

المدروسة، وقد استعملنا في دراستنا هذه المقابلة كأداة مساعدة وذلك بقيامنا بمختلف الزيارات المتكررة لميدان الدراسة، وشرح أسئلة الاستبانة وتوضيحها أكثر لعينة الدراسة لأجل الحصول على إجابات دقيقة وموضوعية.

- **الاستبانة**

تعد من أهم أدوات البحث العلمي، للحصول على البيانات والمعلومات أو أراء المبحوثين حول ظاهرة أو موقف معين، وتم إعدادها وتطويرها وفق المراحل الأتية:

– مرحلة البناء: بعد التأطير النظري لدراستنا والاطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء الاستبانة وصياغة عباراتها، تم تحديد المحاور الرئيسية التي تشملها، وتحديد الأسئلة التي تقع تحت كل محور وتصميمها في صورتها الأولية ومراجعتها وتنقيحها من قبل المشرف، والأخذ بمقترحاته وتعديلاته.

– المرحلة النهائية: في هذه المرحلة تم صياغة الاستبانة في شكلها النهائي بعد مراجعته وتنقيحه من قبل المشرف والأساتذة المحكمين، والأخذ بمقترحاتهم وتعديلاتهم، متكونة من محورين وأربعة أبعاد، والجدول التالي أكثر توضيح لمحاور الاستبانة وعدد الأسئلة التي تشملها.

- **الجدول رقم (02): محاور الاستبانة**

محاور الاستبانة	الأبعاد	الأسئلة
المحور الأول البيانات الشخصية للمبحوثين	/	المنصب الحالي، الخبرة الوظيفية، المستوى التعليمي
المحور الثاني: السياسة الصحية والسلم الاجتماعي	بعد واقع السياسة الصحية	من01 إلى السؤال05
	بعد العدالة والمساواة	من 6 إلى السؤال10
	بعد الأمن والاستقرار	من 11 إلى السؤال15
	بعد التعاون والتسامح	من 16 إلى السؤال20
الاستبانة ككل	/	من01 إلى السؤال20

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على بيانات الاستبانةعينة الدراسة

ثالثا: تحكيم الاستبانة

- **صدق الاستبانة :** يقيس أسئلة الاستبيان ما وضعت لقياسه، وهناك أنواع كثيرة من الصدق يتم اعتمادها لفحص أداة الدراسة، وسنقتصر في دراستنا على صدق المحكمين والذي يعني أن تكون عبارات الاستبيان مناسبة للغرض الذي وضعت من أجله ويتعلق صدق المحكمين بحالتين، الحالة الأولى الصدق الظاهري وهو نوع من أنواع صدق المحكمين يبين مدى تعلق السؤال بالهدف الذي وضعت من أجله والحالة الثانية صدق المحتوي وهو صدق مكمل للصدق الظاهري، يبين مدى وضوح كل عبارة من الاستبيان من ناحية المعني، والصياغة اللغوية والعلمية والتصميم المنطقي لها، وأنها تغطي المساحات المهمة لمجالها شمول الاستبيان لمشكل الدراسة وتحقيق أهدافها، وللتحقق من صدق المحكمين عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة المحكمين ذات الاختصاص والخبرة في مجال الظاهرة أو المشكلة موضوع الدراسة، وطلب منهم إبداء رأيهم حول عبارات الاستبيان وذلك بالحذف والتعديل واقتراح عبارات جديدة ومناسبة لموضوع الدراسة، وبناءا على ملاحظات الأساتذة المحكمين تم تعديل أداة الدراسة فأصبحت بصورتها النهائية مكونة من 20 عبارة، وبالتالي فان الاستبيان يتمتع بصدق المحكمين.
- **ثبات أداة الدراسة**

يقصد بثبات الاستبيان؛ أنه يعطي نفس النتائج لو تم إعادة توزيع الاستبيان أكثر من مرة، وتحت نفس الظروف والشروط، بمعنى إذا أعيد توزيع الاستبيان بعد فترات زمنية معينة ولأكثر من مرة نجد استقرار في النتائج وعدم تغيرها بشكل كبير، ولتحقق من ثبات أداة الدراسة اعتمدنا طريقة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbachs) ،يستخدم معامل الثبات ألفا كرونباخ، للحكم على دقة القياس، بقياس مدى توافق الإجابات مع بعضها البعض، وموثوقية النتائج بأن يعطي المقياس قراءات متقاربة عند تكرار استخدامه في أوقات مختلفة، وأن يكون معامل ألفا كرو نباخ يزيد عن القيمة المعيارية(0.6)[1]، والجدول الموالي يوضح نتائج اختبار الفا كرو نباخ.

الجدول رقم (03) :نتائج اختبار ألفا كرو نباخ لمحاور الدراسة

	العبارات	معامل ألفا كرو نباخ
الاستبيان ككل	من1 إلى العبارة 20	0.901

[1]– **محمد الجعفري، هديل الطاهر**، دور الوعي بالذات في فعالية سلوك القائد الإداري دراسة حالة جامع الخرطوم، **المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية**، جامعة النيلين، الخرطوم، المجلد 4، العدد 13، السودان، 2020، ص285.

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من النتائج الموضحة في الجدول أعلاه قيمة معامل الارتباط ألفا كرو نباخ للاستبيان ككل، هي أكبر من القيمة المعيارية للاختبار 0.6 الحد الأدنى، وهي قيمة مناسبة، وتفي بأهداف وأغراض الدراسة حيث؛ أن قيمة الاستبيان ككل تؤكد ثبات الاستبيان ما يعادل 90.10%.

رابعا: الأساليب المستخدمة في الدراسة بالاستعانة بالحزمة الاحصائية النسخة 27.

بغرض تحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات وتفسيرها تم الاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(Statistical Package for Social Sciences) spss ، الإصدار 27 ، واعتمدنا على مجموعة من القواعد والأساليب الاحصائية تتمثل في:

- **التكرارات والنسب المئوية:** لمعرفة البيانات الأولية لعينة الدراسة وتحديد استجابات أفرادها اتجاه عبارات المحاور الرئيسية التي تتضمنها أداة الدراسة.
- **المتوسط الحسابي:** من أهم مقاييس النزعة المركزية وأكثرها استخداما، يعبر عن مدى أهمية عبارات الاستبانة عند أفراد العينة، كما يعبر عن تمركز إجابات العينة حول قيمة معينة، تبعا للدراجات المعطاة لبدائل المقياس المستخدم.
- **الانحراف المعياري:** هو من مقايس التشتت، يستخدم لقياس وبيان تشتت إجابات مفردات الدراسة حول متوسطها الحسابي، وتكون قيمه جيدة كلما اقترب من الصفر.
- **معامل الارتباط كارل بيرسون:** ارتباط ثنائي يستخدم في معرفة قوة العلاقة البينية وقيمته محصورة بين(−1و 1).
- **اختبار Chi-Square:** لمعرف مصدر التباين والفروق الحاصلة لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى، ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة.

خامسا: تحديد حدود الدراسة الميدانية

- **الحدود الموضوعية:** تقتصر دراستنا حول موضوع دور السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي
- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة الميدانية على عينة من العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي لولاية المسيلة.
- **الحدود الزمانية:** السداسي الثاني من السنة الدراسية 2024/2023.

المطلب الثاني: تحديد مجتمع البحث والعينة

يعتبر مجتمع البحث المجموعة الأكبر التي يفترض أن نعمم نتائج الدراسة عليها، وأمام كبر حجمه وانتشاره فإنه لا يمكن اجراء عملية مسح شامل له، لذا تم اختيار عينة منه لدراستها وتعميم النتائج، وتعرف عينة البحث على أنها "جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزءا من الكل، بمعنى أن تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة لمجتمع البحث"[1]، يقوم الباحث باختيارها لجمع البيانات، وهذا ما يتطلب عناية كبيرة لتكون تلك المفردات متجانسة مع المجتمع الأصلي، وبما أن دراستنا تهدف للوقوف على السياسة الصحية كآلية لتحقيق السلم الاجتماعي، ويعتبر تحديد حجم العينة ونوعها من الأمور التي على الباحث أن يوليها أهمية خاصة، ذلك أن صغر حجها قد يجعلها غير ممثلة لمجتمع الدراسة، وفي مقابل ذلك فان زيادة حجمها بشكل كبير يتطلب الكثير من الجهد والوقت والمال، وقد اعتمدنا على العينة العشوائية البسيطة لتلائمها مع دراستنا بحيث تسمح هذه الطريقة بتكافؤ الفرص أمام كل مفردات المجتمع، كما تتميز بقلة خطأ التحيز[2]، وكانت عدد الاستمارات المسترجعة والصالحة للتحليل 31 استمارة وبالتالي حجم عينة الدراسة 31 مفردة، وفيما يلي خصائص عينة الدراسة:

- **توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير المنصب الحالي**

الجدول رقم (04): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المنصب الحالي

المنصب الحالي	التكرار	النسبة المئوية%
موظف تنفيذي	23	74.21
مسؤول (قسم/دائرة)	03	09.67
مسير	05	16.12
المجموع	**31**	**%100**

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أكبر نسبة كانت للفئة ذات المنصب موظف تنفيذي بنسبة مئوية **74.19%**، ثم تليها فئة مسير بنسبة مئوية 16.12%، وفي الترتيب الأخير فئة مسؤول (قسم/دائرة) بنسبة مئوية **09.67%**.

[1]– **رشيد زرواتي**، مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط1، دار الهدى، الجزائر،2007، ص334.

[2] – **جلال الدين الصياد وعبد الحميد محمد ربيع**، مبادئ الطرق الإحصائية، الناشر تهامة، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، 1984، ص107.

- **توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير الخبرة الوظيفية**

الجدول رقم (05): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة الوظيفية

الخبرة الوظيفة	التكرار	النسبة المئوية%
5سنوات فأقل	04	12.90
من 6 إلى 10سنوات	13	41.93
11 سنة فأكثر	14	45.17
المجموع	**31**	**%100**

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من الجدول أعلاه أكبر نسبة كانت للفئة ذات الخبرة الوظيفية 11 سنة فأكثر بنسبة مئوية **45.17%**، ثم تليها فئة من 6 إلى 10سنوات بنسبة مئوية 41.93%، وفي الترتيب الأخير الفئة 5سنوات فأقل بنسبة مئوية **12.90%**.

- **توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير المستوى التعليمي**

الجدول رقم (06): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية%
بكالوريا	03	09.67
تقني	05	16.12
ليسانس	18	58.09
دراسات عليا	05	16.12
المجموع	**31**	**%100**

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من الجدول أعلاه أكبر نسبة كانت للفئة ذات المستوى التعليمي ليسانس بنسبة مئوية **58.09%**، ثم تليها الفئتين تقني ودراسات عليا بنسبة مئوية 16.12 % لكل منهما، وفي الترتيب الأخير فئة بكالوريا بنسبة مئوية **09.67%**.

المبحث الثالث : اختبار ومناقشة تساؤلات الدراسة ونتائجها

المطلب الأول: عرض وتحليل ومناقشة نتائج التساؤل الأول

ما واقع السياسة الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة وجهة نظر إطارات الصحة؟

للإجابة عن التساؤل الأول تم اللجوء إلى تحليل نتائج عباراته (1، 2، 3، 4، 5)، وفيما ذلك:

1. العبارة 01: للمؤسسات العمومية الصحية مكانة وسمعة جيدة في المجتمع.

الجدول رقم (07): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 01

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	4.14	0.628	125.593	7.815	3	0.000	دال
غير موافق	1	02.70							
محايد	2	05.30							
موافق	20	67.20							
موافق بشدة	08	24.80							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الأولى كانت 20 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة كبيرة 67.20% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 4.14 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.628) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 125.593 أكبر من المجدولة 7.815 عند درجة حرية 3 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون بدرجة عالية على أن للمؤسسات العمومية الصحية مكانة وسمعة جيدة في المجتمع.

2. العبارة 02: توزيع المراكز الصحية في الجزائر يلبي حاجيات المواطن.

الجدول رقم (08): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 02

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	02	06.45	3.84	1.131	43.610	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	03	09.67							
محايد	7	24.58							
موافق	10	31.00							
موافق بشدة	09	30.30							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الثانية كانت 10 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة 31.00% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.84 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (1.131)، وتشير قيمته إلى عدم تجانس البيانات وعدم تطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 43.610 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أن المراكز الصحية في الجزائر تلبي حاجيات المواطن.

3. العبارة 03: يوجد نقص في المستشفيات العمومية المتخصصة في المسيلة.

الجدول رقم (09): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 03

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	3.63	0.882	96.576	7.815	3	0.000	دال

غير موافق	6	18.50							
محايد	3	08.70							
موافق	20	64.40							
موافق بشدة	2	08.40							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الثالثة كانت 20 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة كبيرة 64.40% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.63 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.882) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 96.576 أكبر من المجدولة 7.815 عند درجة حرية 3 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون بدرجة عالية على أن هناك نقص في المستشفيات العمومية المتخصصة في المسيلة.

4. العبارة 04: يقمع الأطباء في المستشفى بكفاءة عالية.

الجدول رقم (10): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 04

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	3.82	0.797	79.492	7.815	3	0.000	دال
غير موافق	3	08.70							
محايد	5	15.90							
موافق	19	59.90							
موافق بشدة	4	15.40							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الرابعة كانت 19 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة كبيرة 59.90% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.82 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.797) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 79.492 أكبر من المجدولة 7.815 عند درجة حرية 3 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون بدرجة عالية على أن الأطباء يقمعون في المستشفى بكفاءة عالية.

5. العبارة 05: وفرة الأدوية والمستلزمات الطبية.

الجدول رقم (11): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 05

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	2	04.80	3.87	0.967	91.746	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	1	02.60							
محايد	5	17.50							
موافق	16	51.50							
موافق بشدة	7	23.60							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الخامسة كانت 16 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة 51.50% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.87 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.967) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 91.746 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة،

فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون بدرجة عالية على وفرة الأدوية والمستلزمات الطبية.

فيما يلي جدول يلخص نتائج عبارات التساؤل الأول التي تم تحليلها

الجدول رقم (12): نتائج عبارات محور واقع السياسة الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة

العبارات	قيمة K^2	مستوى الدلالة	القرار
العبارة 1	125.593	0.000	دال
العبارة 2	43.610	0.000	دال
العبارة 3	96.576	0.000	دال
العبارة 4	79.492	0.000	دال
العبارة 5	91.746	0.000	دال

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من خلال تحليل نتائج العبارات (1، 2، 3، 4، 5) التي تمثل التساؤل الأولى، نلاحظ أن قيم K2 كلها دال إحصائيا عند مستوى معنوية 0.01، مما يؤكد اتفاق أفراد عينة الدراسة على جهود المبذولة لتعزيز مستوى السياسة الصحية بالمستشفى محل الدراسة، باستثناء العبارة رقم 03 التي لا تدعم رأيهم وكانت تشير دلالتها لوجود نقص في المستشفيات العمومية المتخصصة بولاية المسيلة

المطلب الثاني: عرض وتحليل ومناقشة نتائج التساؤل الثاني

ما دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق العدالة والمساواة الاجتماعية وجهة نظر إطارات الصحة؟

للإجابة عن التساؤل الأول تم اللجوء إلى تحليل نتائج عباراته (6، 7، 8، 9، 10)، وفيما ذلك:

1. العبارة 06: يبدي الطبيب اهتماما بالمرضى أثناء العلاج.

الجدول رقم (13): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 06

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	**3.54**	**0.768**	**69.254**	**7.815**	**3**	**0.000**	**دال**

غير موافق	1	03.10							
محايد	17	53.90							
موافق	9	29.30							
موافق بشدة	4	13.70							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة السادسة كانت 17 إجابة على تفضيل (محايد) بنسبة مشاركة 53.90% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.54 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.768) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 69.254 أكبر من المجدولة 7.815 عند درجة حرية 3 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (محايد)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة محايدون على أن الطبيب يبدي اهتماما بالمرضى أثناء العلاج.

2. العبارة 07: توجد محسوبية ومحاباة في تقديم الخدمات الصحية داخل المستشفى.

الجدول رقم (14): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 07

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	10	31.00	3.64	1.196	24.627	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	4	14.00							
محايد	7	24.30							
موافق	8	25.90							
موافق بشدة	02	04.80							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة السابعة كانت 10 إجابة على تفضيل (غير موافق بشدة) بنسبة مشاركة كبيرة 31.00% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.64 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (1.196)، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 24.627 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق بشدة)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة غير موافقون بدرجة شديدة على وجود محسوبية ومحاباة في تقديم الخدمات الصحية داخل المستشفى.

3. العبارة 08: تلبية حاجيات كافة المرضى.

الجدول رقم (15): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 08

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	1	02.40	3.73	1.110	33.271	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	6	13.20							
محايد	7	24.50							
موافق	8	29.10							
موافق بشدة	9	30.80							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الثامنة كانت 9 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة 30.80% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.73 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (1.110)، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 33.271 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة

الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أن المستشفى يلبي حاجيات كافة المرضى.

4. العبارة 09: اجراء العمليات المستعجلة داخل المستشفى لكافة المرضى.

الجدول رقم (16): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 09

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	4.01	0.619	45.881	5.991	2	0.000	دال
غير موافق	/	/							
محايد	6	18.30							
موافق	18	62.00							
موافق بشدة	7	19.70							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة التاسعة كانت 18 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة كبيرة 62.00% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 4.01 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.619) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 45.881 أكبر من المجدولة 5.991 عند درجة حرية 2 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أن المستشفى يقوم بإجراء العمليات المستعجلة لكافة المرضى.

5. العبارة 10: تقديم الخدمات الصحية داخل المستشفى.

الجدول رقم (17): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 10

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	1	02.60	3.82	0.878	92.932	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	1	02.60							
محايد	8	24.90							
موافق	15	49.80							
موافق بشدة	6	20.00							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة العاشرة كانت 15 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة 49.80% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.82 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.878) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 92.932 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أنه يتم تقديم الخدمات الصحية داخل المستشفى.

فيما يلي جدول يلخص نتائج عبارات التساؤل الثاني التي تم تحليلها

الجدول رقم (18): نتائج عبارات محور دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق العدالة والمساواة

العبارات	قيمة K^2	مستوى الدلالة	القرار
العبارة 6	69.254	0.000	دال
العبارة 7	24.627	0.000	دال
العبارة 8	33.271	0.000	دال

العبارة 9	45.881	0.000	دال
العبارة 10	29.932	0.000	دال

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من خلال تحليل نتائج العبارات (6، 7، 8، 9، 10) التي تمثل التساؤل الثاني، والتي تم حساب نتائجها سابقا، نلاحظ أن قيم K2 كلها دال إحصائيا عند مستوى معنوية 0.01، مما يؤكد اتفاق أفراد عينة الدراسة على دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق العدالة والمساوة، باستثناء العبارة رقم 8 التي كانت أغلبية إجاباتهم محايدة

المطلب الثالث: عرض وتحليل ومناقشة نتائج التساؤل الثالث

ما دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق الأمن والاستقرار وجهة نظر إطارات الصحة؟

للإجابة عن التساؤل الأول تم اللجوء إلى تحليل نتائج عباراته (11، 12، 13، 14، 15)، وفيما ذلك:

1. العبارة 11: يشعر المرضى بالأمن والاستقرار داخل المستشفى.

الجدول رقم (19): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 11

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	3.74	0.915	31.220	7.815	3	0.000	دال
غير موافق	3	12.20							
محايد	7	21.10							
موافق	15	46.90							
موافق بشدة	6	19.90							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الحادية عشر كانت 15 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة 46.90% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.74 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.915) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2

المحسوبة 31.220 أكبر من المجدولة 7.815 عند درجة حرية 3 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أن المرضى يشعرون بالأمن والاستقرار داخل المستشفى.

2. العبارة 12: توفر الممرضين باستمرار داخل المستشفى.

الجدول رقم (20): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 12

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	3.76	0.593	44.254	5.991	2	0.000	دال
غير موافق	/	/							
محايد	10	31.00							
موافق	19	61.60							
موافق بشدة	2	08.40							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الثانية عشر كانت 19 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة كبيرة 61.60% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.76 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.593) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 44.254 أكبر من المجدولة 5.991 عند درجة حرية 2 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على توفر الممرضين باستمرار داخل المستشفى.

3. العبارة 13: تقدم المؤسسة خدمات متنوعة.

الجدول رقم (21): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 13

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	4.09	0.361	146.559	5.991	2	0.000	دال
غير موافق	/	/							
محايد	1	02.40							
موافق	27	86.30							
موافق بشدة	3	11.30							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الثالثة عشر كانت 27 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة كبيرة 86.30% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 4.09 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.361) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 146.559 أكبر من المجدولة 5.991 عند درجة حرية 2 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أن المؤسسة تقدم خدمات متنوعة.

4. العبارة 14: توفر النظافة اللازمة داخل المستشفى.

الجدول رقم (22): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 14

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	9	29.10	3.53	1.200	21.068	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	8	25.80							

محايد	7	24.00								
موافق	5	14.90								
موافق بشدة	2	06.20								
المجموع	31	%100								

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الرابعة عشر كانت 9 إجابة على تفضيل (غير موافق بشدة) بنسبة مشاركة 29.10% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.53 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (1.200)، وتشير قيمته إلى عدم تجانس البيانات وعدم تقاربها وعدم تطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 21.068 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (غير موافق بشدة)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة غير موافقون بشدة على توفر النظافة اللازمة داخل المستشفى.

5. العبارة 15: يسهر الممرضون والأطباء على راحة المرضى أثناء الاقامة داخل المستشفى للعلاج

الجدول رقم (23): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 15

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	3.90	0.875	47.627	7.815	3	0.000	دال
غير موافق	3	09.10							
محايد	5	16.10							
موافق	15	50.30							
موافق بشدة	8	24.50							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الخامسة عشر كانت 15 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة كبيرة 50.30% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.90 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.875) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 47.627 أكبر من المجدولة 7.815 عند درجة حرية 3 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أن الممرضون والأطباء يسهرون على راحة المرضى أثناء الاقامة داخل المستشفى للعلاج.

فيما يلي جدول يلخص نتائج عبارات التساؤل الثالث التي تم تحليلها

الجدول رقم (24): نتائج عبارات محور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق الأمن والاستقرار

العبارات	قيمة K^2	مستوى الدلالة	القرار
العبارة 11	31.220	0.000	دال
العبارة 12	44.254	0.000	دال
العبارة 13	146.559	0.000	دال
العبارة 14	21.068	0.000	دال
العبارة 15	47.627	0.000	دال

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من خلال تحليل نتائج العبارات (11، 12، 13، 14، 15) التي تمثل التساؤل الثالث، نلاحظ أن قيم K2 كلها دال إحصائيا عند مستوى معنوية 0.01، مما يؤكد اتفاق أفراد عينة الدراسة على دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق الأمن والمساواة، باستثناء العبارة رقم 14 التي لا تتوافق مع باقي الإجابات العبارات الأخرى، ولا تدعم اتجاههم حيث سجلت أغلبية إجاباتهم بين موافق وموافق بشدة على عدم توفر النظافة اللازمة داخل المستشفى.

المطلب الرابع: عرض وتحليل ومناقشة نتائج التساؤل الرابع

ما دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق التعاون والتسامح وجهة نظر إطارات الصحة؟

للإجابة عن التساؤل الرابع تم اللجوء إلى تحليل نتائج عباراته (16، 17، 18، 19، 20)، وفيما ذلك:

1. **العبارة 16: يتصف الاطباء بالأدب وحسن المعاملة مع المواطن.**

الجدول رقم (25): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 16

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	4.04	0.874	35.085	7.815	3	0.000	دال
غير موافق	2	05.10							
محايد	6	20.70							
موافق	12	39.60							
موافق بشدة	11	34.60							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة السادسة عشر كانت 12 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة 39.60% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 4.04 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.874) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 35.085 أكبر من المجدولة 7.815 عند درجة حرية 3 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أن الاطباء يتصفون بالأدب وحسن المعاملة مع المواطن.

2. العبارة 17: توفر المودة والرحمة بين الطواقم الادارية والطبية والمرضى.

الجدول رقم (26): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 17

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	1	02.40	3.95	1.004	58.695	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	2	05.80							
محايد	5	20.70							
موافق	12	36.50							
موافق بشدة	11	34.60							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة السابعة عشر كانت 12 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة كبيرة 36.50% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.95 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (1.004) أكبر من القيمة الحرجة (1)، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 58.695 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على توفر المودة والرحمة بين الطواقم الادارية والطبية والمرضى.

3. العبارة 18: توفر الانسجام بين الإدارة والطواقم الطبية.

الجدول رقم (27): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 18

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	2	02.50	3.86	1.087	50.644	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	3	13.40							
محايد	3	13.40							
موافق	12	38.70							

موافق بشدة	11	34.00							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة الثامنة عشر كانت 12 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة 38.70% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.86 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (1.087) أكبر من القيمة الحرجة (1)، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 50.644 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على توفر الانسجام بين الإدارة والطواقم الطبية.

4. العبارة 19: يستخلف أو يعوض الأطباء والممرضين بعضهم البعض عند الحاجة.

الجدول رقم (28): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 19

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	1	02.40	3.86	0.850	104.881	9.488	4	0.000	دال
غير موافق	3	08.90							
محايد	1	02.40							
موافق	22	72.60							
موافق بشدة	4	13.70							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة التاسعة عشر كانت 22 إجابة على تفضيل (موافق) بنسبة مشاركة 72.30% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.86 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.850) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 104.881 أكبر من المجدولة 9.488 عند درجة حرية 4 بمستوى دلالة 0.000 أقل من

المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (موافق)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة موافقون على أن الأطباء والممرضين يستخلف أو يعوض بعضهم البعض عند الحاجة.

5. العبارة 20: توفر انسجام بين الموظف والمريض على نوعية الخدمة.

الجدول رقم (29): نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 20

بدائل الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة K^2	المجدولة K^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
غير موافق بشدة	/	/	3.27	0.641	131.458	5.991	2	0.000	دال
غير موافق	/	/							
محايد	26	83.70							
موافق	2	06.30							
موافق بشدة	3	10.00							
المجموع	31	%100							

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه، يتبين أن إجابات عينة الدراسة على العبارة عشرون كانت 26 إجابة على تفضيل (محايد) بنسبة مشاركة كبيرة 83.70% مقارنة بالتفضيلات الأخرى، بمتوسط حسابي 3.27 أعلى من المتوسط الفرضي (3) وانحراف معياري (0.641) أقل من القيمة الحرجة (1)، وتشير قيمته إلى تجانس البيانات وتقاربها وتطابق وجهات النظر حول إجابات العينة على هذه العبارة، بلغت قيمة K^2 المحسوبة 131.458 أكبر من المجدولة 5.991 عند درجة حرية 2 بمستوى دلالة 0.000 أقل من المعتمدة في الدراسة 0.05، بالرجوع إلى قاعدة القرار، فإذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من المجدولة، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية، ويرجع مصدر هذا التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لصالح الفئة ذات القيمة الكبرى (محايد)؛ ولها تأثير مباشر على اتجاهات إجابات عينة الدراسة، وبالتالي عينة الدراسة محايدون على أن هناك توفر انسجام بين الموظف والمريض على نوعية الخدمة.

فيما يلي جدول يلخص نتائج عبارات التساؤل الرابع التي تم تحليلها:

الجدول رقم (30):

نتائج عبارات محور دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق التعاون والتسامح

العبارات	قيمة K^2	مستوى الدلالة	القرار
العبارة 16	35.085	0.000	دال
العبارة 17	58.695	0.000	دال
العبارة 18	50.644	0.000	دال
العبارة 19	204.881	0.000	دال
العبارة 20	131.458	0.000	دال

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

من خلال تحليل نتائج العبارات (16، 17، 18، 19، 20) التي تمثل التساؤل الرابع، نلاحظ أن قيم K2 كلها دال إحصائيا عند مستوى معنوية 0.01، مما يؤكد اتفاق أفراد عينة الدراسة على دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق مبدأ التعاون والتسامح، باستثناء العبارة رقم 20 كانت أغلبية إجاباتهم محايدة .

الاستنتاج العام

ينص التساؤل العام للدراسة على:

كيف ساهمت السياسية الصحية في مستشفى الزهراوي في تحقيق السلم الاجتماعي وجهة نظر إطارات الصحة؟

من خلال تحليل نتائج عبارات محاور الاستبيان (محور واقع السياسة الصحية، محور دور السياسة الصحية في تحقيق العدالة والمساواة، محور دور السياسية الصحية في تحقيق الأمن والاستقرار، محور دور السياسية الصحية في تحقيق التعاون والتسامح)، والتي كانت جميعها دال إحصائيا، نستنتج وبشكل عام أن السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي تساهم في تحقيق السلم الاجتماعي وجهة نظر إطارات الصحة، من خلال ضمان الوصول العادل إلى الخدمات الطبية وتحسين نتائج الصحة العامة.، وتحسين ممارسات الرعاية الصحية الشاملة، عالج المستشفى محل الدراسة بشكل فعال التفاوتات وقدم الرعاية الأساسية لجميع فئات المجتمع، مما يقلل التوترات الاجتماعية والنزاعات الناشئة عن عدم المساواة في الرعاية الصحية، كما تم تحقيق التواصل الشفاف والمشاركة المجتمعية الفعالة، كل ذلك أدى لخلق مجتمع أكثر تماسكًا وسلامًا، وعززا السلم الاجتماعي بين المستشفى والمجتمع، مما جعل مستشفى الزهراوي ركيزة أساسية للانسجام والاستقرار والسلم الاجتماعي.

الخاتمة

الخـاتمـــة:

في الأخير يمكن القول أن السياسة الصحية في الجزائر تعتبر أداة حيوية لتحقيق السلم الاجتماعي من خلال تحسين الخدمات الصحية وضمان الوصول العادل إليها جميع المواطنين تساهم هذه السياسة في تعزيز العدالة الاجتماعية وتقليل الفجوات الصحية بين مختلف الفئات الاجتماعية .

إن الاستثمار في الصحة ليس فقط استثمار في رفاهية الأفراد بل هو أيضا استثمار في استقرار المجتمع وتقدمه بناء نظام صحي متكامل وفعال يعزز من التماسك الاجتماعي ويحد من التوترات الاجتماعية الناجمة عن تفاوتات في الرعاية الصحية وعليه يجب أن تستمر الحكومة الجزائرية في تطوير سياستها الصحية وتعزيزها مع التركيز على الوقاية والعلاج وتوسيع نطاق التغطية الصحية وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بهذا النهج يمكن أن تكون السياسة الصحية حجز في بناء مجتمعه أكثر سلاما وتضامنا حيث يتمتع الجميع بحقوق متساوية في الصحة والحياة الكريمة بما يساهم في تحقيق التنمية المستدامة والرفاهية العامة.

من خلال الدراسة الميدانية خلصنا إلى عدة استنتاجات تطبيقية، وفيما يلي ذكر أهمها:

1. تساهم السياسية الصحية في مستشفى الزهراوي في تحقيق السلم الاجتماعي؛

2. وجود دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق العدالة والمساوة الاجتماعية؛

3. وجود دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق الأمن والاستقرار الاجتماعي؛

4. وجود دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق التعاون والتسامح الاجتماعي.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

أولا: الكتب:

1- إقبال إبراهيم مخلوف، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية** ، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ، 1999.

2- **جلال الدين الصياد وعبد الحميد محمد ربيع**، مبادئ الطرق الإحصائية، الناشر تهامة، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، 1984.

3- **حديث شريف أورده البخاري** في صحيحه تحت رقم 2587.

4- **حسن بن موسى الصفار**، السلم الاجتماعي مقوماته وحمايته، بيروت: دار الساقي، ط1، 2001.

5- **خالد بن محمد البديوي**، الحوار وبناء السلم الاجتماعي، الرياض، مركز الملك عبد العزيز للحوار الطني، ط1، 2011.

6- **رشيد زرواتي**، مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط1، دار الهدى، الجزائر،2007.

7- سعد الدين العنزي ، **الإدارة الصحية**، عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع (2009).

8- سلوى عثمان الصديقي ، السيد رمضان ، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي** ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، 2004.

9- شريف الراضي الموسري نهج البلاغة، قصار الحكم 291 .

10- **صلاح محمود دياب** ، إدارة خدمات الرعاية الصحية، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون، 2009.

11- عبد الهادي بوعوانة، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية** عمان: دار حامد، (2004).

12- **عمار بخوش**، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.

13- **محمد سيد فهمي**، الرعاية الاجتماعية بين حقوق الإنسان وخصخصة الخدمات، دار الوفاء.

14- **من عمر نايف**، لغة الحوار وأثرها على السلم الاجتماعي. **مؤتمر كلية الشريعة الدولي الثاني، السلك الاجتماعي من منظور إسلامي**، جامعة فلسطين ،2012.

15- نور الدين حاروش ، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة** ، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، 2012.

ثانيا: المقالات والبحوث العلمية

16- **حاروش نور الدين**، حقّ المواطن الجزائري في الصّحة...بين النصوص والواقع، **مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية**، معهد الحقوق، المركز الجامعي لتامنغست – الجزائر ،سداسية محكّمة، عدد08 جوان 2015.

17- **جمال درير، سامية خبيزي**، مساهمة وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للشباب الجزائري – دراسة ميدانية على عينة من الطلبة، **مجلة الرسالة للدراسات الإعلامية**، جامعة العربي التبسي، تبسة، الجزائر، المجلد 04 ، العدد 03، أكتوبر 2020 .

18- **صالح براجل**، مقومات الأمن المجتمعي، **المجلة الجزائرية للأمن والتنمية**، المجلد 12 ، العدد 02، جامعة تمنراست، الجزائر، أفريل 2023.

19- **عدمان مريزق وآخرون**، العدالة الصحية: بين التنظير وغبن الواقع –دراسة للواقع الجزائري، **مجلة الأصالة للدراسات والبحوث**، مجلد 01 عدد 02 سنة 2019.

20- محمد الجعفري، هديل الطاهر، دور الوعي بالذات في فعالية سلوك القائد الإداري دراسة حالة جامع الخرطوم، **المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية**، جامعة النيلين، الخرطوم، المجلد 4، العدد 13، السودان، 2020.

21- معزوزي عتيقة، نعيجة رضا، أهمية توظيف أسلوب المشاركة المجتمعية في تنمية الخدمات الصحية، **مجلة الساورة للدراسات الإنسانية والاجتماعية**، المجلد 05، العدد 02، 2019.

ثالثا: المذكرات والأطروحات الجامعية:

أ- أطروحات دكتوراه

1. **أمير جيلاني**، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط)، جامعة الجزائر 2008 م / 2009 م .
2. **وفاء سلطاني**، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة ،(مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه شعبة علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات) ، جامعة باتنة، الجزائر، 2016.

أ. رسائل ماجستير:

1. **أحمد ريان باريان**، دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة، السعودية، الرياض: دراسة ميدانية، (رسالة ماجستير)، جامعة الملك سعود بالرياض، (1425هـ).
2. **حسيني محمد العيد**، السياسة الصحية في الجزائر بدراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012 2012، (رسالة ماجستير)، جامعة قاصدي مرباح، وقلة كلية الحقوق والعلوم السياسية (2012-2013) .
3. **خروبي بزارة عمر**، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة للمؤسسة الاستلقائية الإخوة خليف بالشلف (رسالة ماجستير)، جامعة الجزائر3، كلية العلوم السياسية والإعلام القسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية - 2010-2011.
4. **عتيق عائشة** ، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية : دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الولاية سعيدة ،(مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية تخصص تسويق دولي) جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2011-2012.

ب. مذكرات ماستر:

1. **بوجبة حجوط** ، دور القطاع الصحي في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988 - 2014م ، (مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية ، تخصص سياسات عامة والإدارة المحلية) ، جامعة مولود معمري تيزي وزو 2014/ 2015 .
2. **جقبوب مريم** ، إشكالية السلم الاجتماعي في ظل الأزمات الاقتصادية في العالم العربي دراسة حالة الجزائر ،(مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية ، تخصص سياسة عامة وتنمية، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية)، جامعة زيان عاشور الجلفة ، الجزائر، 2017/2016.
3. **سيد أعمر عبد الكريم ، عبد القوي عيسى**، السياسة الصحية في الجزائر دراسة حالة مركز مكافحة السرطان بأدرار 2018-2019، (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص تنظيمات سياسية وإدارية، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية) ، جامعة أحمد دراية أدرار، الجزائر، 2021-2022.

4. **مبدوعة رشيد**، تقييم السياسة الصحية في الجزائر من خلال الأزمات- جائحة كرونا أنموذجا- ،(مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية)، جامعة زيان عاشور- الجلفة، الجزائر.

5. **مصيد رشيدة** ، أثر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية ، دراسة حالة : المؤسسة العمومية الصحية الجوارية الأخضرية ولاية البويرة ، (مذكرة شهادة ماستر ، شعبة علوم التسيير ، تخصص إدارة أعمال المؤسسات)، جامعة بومرداس 2017 .

6. **ناصري فوزية**، تطور السياسة الصحية في الجزائر، (مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية ، تخصص سياسات عامة وتنمية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسة)، جامعة مولاي الطاهر ، سعيدة، الجزائر، 2015-2016.

7. **نريمان عامر وآخرون**، عوامل السلم الأهلي والنزاع الأهلي في سوريا، دمشق: مركز المجتمع المدني ،2013.

8. **نسيمة أوكادي** ، السياسة الصحية في الجزائر دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل سيدي عبد القادر ورقلة، (مذكرة لنيل شهادة ماستر، شعبة علوم السياسة، تخصص تنظيمات سياسة وإدراية)، جامعة ورقلة، الجزائر، 2015.

رابعا: المداخلات

1- **عليا محمد العويدي**، دمج المعاقين في المجتمع وأثره في تحقيق مفهوم السلم الاجتماعي، **مؤتمر كلية الشريعة الدولية، السلم الاجتماعي من منظور إسلامي**، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين ،2012 .

2- **علية محمد العويدي**، دمج المعاقين في المجتمع وأثره في تحقيق مفهوم السلم الاجتماعي، **مؤتمر كلية الشريعة الدولي، السلم الاجتماعي من منظور إسلامي**، جامعة النجاح، فلسطين ، 2012.

3- **سري زيد الكيلاني وليلى مصطفى تفاحة**، أثر احترام حقوق المواطنة في السلم الاجتماعي، **مؤتمر كلية الشريعة الدولي الثاني السلم الاجتماعي من منظور إسلامي**، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين ،2012.

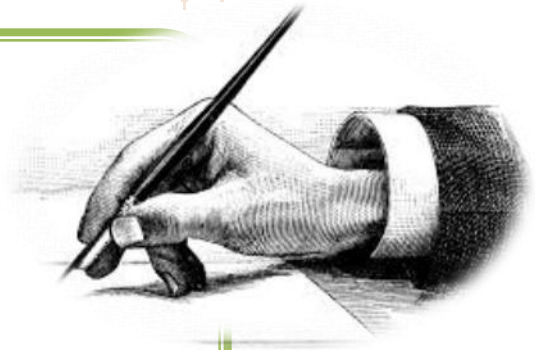
4- **تقرير منظمة الصحة العالمية طلب المجتمع المكتب الإقليمي لشرق الأوسط** (1999) .

خامسا: المراجع باللغة الأجنبية:

5- [1] -Rapport preliminaire du conseil national de la reforme hospitaliere: les prealable et les actions urgentes: www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.html،

6- https www.politique-Africaine.com/numeros .

الملاحق



الملاحق

الملحق رقم (1-1): الاستبيان

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم : العلوم السياسة

الأخ الفاضل، الأخت الفاضلة تحية طيبة وبعد؛

في إطار الإعداد لمذكرة التخرج والتي تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في علوم التسيير والموسومة بعنوان: "السياسة الصحية كآلية لتحقيق السلم الاجتماعي من وجهة نظر إطارات الصحة–دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي–"، يسرني أن أضع بين أيديكم هذه الاستبانة بغرض تحصيل المعلومات المطلوبة حول الموضوع المذكور، ونرجو أن تكون إجابتكم على الأسئلة المطروحة بكل موضوعية، مع العلم أن المعلومات المدلى بها سيتم استخدامها لغرض البحث العلمي فقط.

أشكركم مسبقا على حسن تعاونكم وتقبلوا مني فائق الاحترام والتقدير.

السنة : 2024/2023

ملاحظة: الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة

المحور الأول: المعلومات الشخصية

الرقم	المتغيرات		
01	المنصب الحالي	موظف تنفيذي	
		مسؤول (قسم/دائرة)	
		مسير	
02	الخبرة الوظيفية	5سنوات فأقل	
		من 6 إلى 10سنوات	
		11 سنة فأكثر	
03	المستوى التعليمي	بكالوريا	
		تقني	
		ليسانس	
		دراسات عليا	

المحور الثاني: السياسة الصحية والسلم الاجتماعي

البعد الأول: واقع السياسة الصحة (الفرضية الاولى)						
الرقم	الفقرة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	للمؤسسات العمومية الصحية مكانة وصمعة جيدة في المجتمع.					
02	توزيع المراكز الصحية في الجزائر يلبي حاجيات المواطن.					
03	يوجد نقص في المستشفيات العمومية المتخصصة في المسيلة.					
04	يقمع الأطباء في المستشفى بكفاءة عالية.					
05	وفرة الأدوية والمستلزمات الطبية.					
البعد الثاني: العدالة والمساواة (الفرضية الثانية)						
06	يبدي الطبيب اهتماما بالمرضى أثناء العلاج.					
07	توجد محسوبية ومحاباة في تقديم الخدمات الصحية داخل المستشفى.					
08	تلبية حاجيات كافة المرضى.					
09	اجراء العمليات المستعجلة داخل المستشفى لكافة المرضى.					
10	تقديم الخدمات الصحية داخل المستشفى.					
البعد الثالث: الأمن والاستقرار (الفرضية الثالثة)						
11	يشعر المرضى بالأمن والاستقرار داخل المستشفى.					
12	توفر الممرضين باستمرار داخل المستشفى.					
13	تقدم المؤسسة خدمات متنوعة.					
14	توفر النظافة اللازمة داخل المستشفى.					

15	يسهر الممرضون والأطباء على راحة المرضى أثناء الاقامة داخل المستشفى للعلاج					
البعد الرابع التعاون والتسامح (الفرضية الرابعة)						
16	يتصف الادباء بالأدب وحسن المعاملة مع المواطن.					
17	توفر المودة والرحمة بين الطواقم الادارية والطبية والمرضى.					
18	توفر الانسجام بين الإدارة والطواقم الطبية.					
19	يستخلف أو يعوض الأطباء والممرضين بعضهم البعض عند الحاجة.					
20	توفر انسجام بين الموظف والمريض على نوعية الخدمة.					

شكرا على حسن تعاونكم

الملحق رقم (1-2): نتائج اختبار Chi-Square

```
NPAR TESTS
  /CHISQUARE=العبارة 1العبارة 2العبارة 3العبارة 4العبارة 5العبارة 6العبارة 7العبارة 8العبارة 9
    العبارة 10العبارة 11العبارة 12العبارة 13العبارة 14العبارة 15العبارة 16العبارة 17العبارة 18
العبارة 19
    العبارة 20
  /EXPECTED=EQUAL
  /MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

Notes		
Output Created		29-MAY-2024 09:14:35
Comments		
Input	Data	D:\Desktop\السياسة التطبيقي الجزء السياسة 2كا\(مراد) الصحية الصحيةq20N31.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	الواقع
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	31
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.

Syntax		**NPAR TESTS /CHISQUARE=العبارة1 العبارة2 العبارة3 العبارة4 العبارة5 العبارة6 العبارة7 العبارة8 العبارة9 العبارة10 العبارة11 العبارة12 العبارة13 العبارة14 العبارة15 العبارة16 العبارة17 العبارة18 العبارة19 العبارة20 /EXPECTED=EQUAL /MISSING ANALYSIS.**
Resources	Processor Time	**00:00:00,03**
	Elapsed Time	**00:00:00,05**
	Number of Cases Allowed	**136770**
a. Based on availability of workspace memory.		

Chi-Square Test

Frequencies

العبارة1			
	Observed N	Expected N	Residual
موافق غير	**3**	**29,5**	**-26,5**
محايد	**6**	**29,5**	**-23,5**
موافق	**79**	**29,5**	**49,5**
بشدة موافق	**30**	**29,5**	**0,5**
Total	**118**		

العبارة2			
	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	**6**	**23,6**	**-17,6**
موافق غير	**9**	**23,6**	**-14,6**
محايد	**24**	**23,6**	**0,4**
موافق	**39**	**23,6**	**15,4**
بشدة موافق	**40**	**23,6**	**16,4**
Total	**118**		

العبارة3			
	Observed N	Expected N	Residual
موافق غير	**22**	**29,5**	**-7,5**
محايد	**11**	**29,5**	**-18,5**
موافق	**75**	**29,5**	**45,5**
بشدة موافق	**10**	**29,5**	**-19,5**

Total	**118**		

4العبارة			
	Observed N	Expected N	Residual
موافق غير	**10**	**29,5**	**-19,5**
محايد	**19**	**29,5**	**-10,5**
موافق	**71**	**29,5**	**41,5**
بشدة موافق	**18**	**29,5**	**-11,5**
Total	**118**		

5العبارة			
	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	**6**	**23,6**	**-17,6**
موافق غير	**3**	**23,6**	**-20,6**
محايد	**20**	**23,6**	**-3,6**
موافق	**61**	**23,6**	**37,4**
بشدة موافق	**28**	**23,6**	**4,4**
Total	**118**		

6العبارة			
	Observed N	Expected N	Residual
موافق غير	**4**	**29,5**	**-25,5**
محايد	**64**	**29,5**	**34,5**
موافق	**34**	**29,5**	**4,5**
بشدة موافق	**16**	**29,5**	**-13,5**
Total	**118**		

7العبارة			
	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	**6**	**23,6**	**-17,6**
موافق غير	**17**	**23,6**	**-6,6**
محايد	**28**	**23,6**	**4,4**
موافق	**31**	**23,6**	**7,4**
بشدة موافق	**36**	**23,6**	**12,4**
Total	**118**		

8العبارة			
	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	**3**	**23,6**	**-20,6**
موافق غير	**16**	**23,6**	**-7,6**

محايد	28	23,6	4,4
موافق	35	23,6	11,4
بشدة موافق	36	23,6	12,4
Total	118		

العبارة9			
	Observed N	Expected N	Residual
محايد	21	39,3	-18,3
موافق	74	39,3	34,7
بشدة موافق	23	39,3	-16,3
Total	118		

العبارة10

	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	3	23,6	-20,6
موافق غير	3	23,6	-20,6
محايد	28	23,6	4,4
موافق	60	23,6	36,4
بشدة موافق	24	23,6	0,4
Total	118		

العبارة11			
	Observed N	Expected N	Residual
موافق غير	15	29,5	-14,5
محايد	24	29,5	-5,5
موافق	55	29,5	25,5
بشدة موافق	24	29,5	-5,5
Total	118		

العبارة12			
	Observed N	Expected N	Residual
محايد	39	39,3	-0,3
موافق	69	39,3	29,7
بشدة موافق	10	39,3	-29,3
Total	118		

العبارة13			
	Observed N	Expected N	Residual
محايد	3	39,3	-36,3
موافق	101	39,3	61,7
بشدة موافق	14	39,3	-25,3

Total	**118**		

العبارة14			
	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	**7**	**23,6**	**-16,6**
موافق غير	**18**	**23,6**	**-5,6**
محايد	**28**	**23,6**	**4,4**
موافق	**35**	**23,6**	**11,4**
بشدة موافق	**30**	**23,6**	**6,4**
Total	**118**		

العبارة15			
	Observed N	Expected N	Residual
موافق غير	**11**	**29,5**	**-18,5**
محايد	**18**	**29,5**	**-11,5**
موافق	**60**	**29,5**	**30,5**
بشدة موافق	**29**	**29,5**	**-0,5**
Total	**118**		

العبارة16			
	Observed N	Expected N	Residual
موافق غير	**6**	**29,5**	**-23,5**
محايد	**24**	**29,5**	**-5,5**
موافق	**48**	**29,5**	**18,5**
بشدة موافق	**40**	**29,5**	**10,5**
Total	**118**		

العبارة17			
	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	**3**	**23,6**	**-20,6**
موافق غير	**7**	**23,6**	**-16,6**
محايد	**24**	**23,6**	**0,4**
موافق	**44**	**23,6**	**20,4**
بشدة موافق	**40**	**23,6**	**16,4**
Total	**118**		

العبارة18			
	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	**3**	**23,6**	**-20,6**
موافق غير	**15**	**23,6**	**-8,6**
محايد	**17**	**23,6**	**-6,6**

موافق	**44**	**23,6**	**20,4**
بشدة موافق	**39**	**23,6**	**15,4**
Total	**118**		

العبارة19			
	Observed N	Expected N	Residual
بشدة موافق غير	**3**	**23,6**	**-20,6**
موافق غير	**11**	**23,6**	**-12,6**
محايد	**3**	**23,6**	**-20,6**
موافق	**85**	**23,6**	**61,4**
بشدة موافق	**16**	**23,6**	**-7,6**
Total	**118**		

العبارة20			
	Observed N	Expected N	Residual
محايد	**98**	**39,3**	**58,7**
موافق	**8**	**39,3**	**-31,3**
بشدة موافق	**12**	**39,3**	**-27,3**
Total	**118**		

Test Statistics

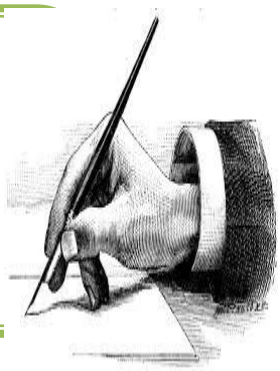
	العبارة1	العبارة2	العبارة3	العبارة4	العبارة5	العبارة6	العبارة7	العبارة8	العبارة9	العبارة10	العبارة11	العبارة12	العبارة13	العبارة14	العبارة15	العبارة16	العبارة17	العبارة18	العبارة19	العبارة20
Chi-Square	**125,593**	**43,610**	**96,576**	**79,492**	**91,746**	**69,254**	**24,627**	**33,271**	**45,881**	**92,932**	**31,220**	**44,254**	**146,559**	**21,068**	**47,627**	**35,085**	**58,695**	**50,644**	**204,881**	**131,458**
df	**3**	**4**	**3**	**3**	**4**	**3**	**4**	**4**	**2**	**4**	**3**	**2**	**2**	**4**	**3**	**3**	**4**	**4**	**4**	**2**
Asymp. Sig.	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 29,5.

b. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 23,6.

c. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 39,3.

فهرس المحتويات



قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
.1	مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة	53
.2	محاور الاستبانة	59
.3	نتائج اختبار ألفا كرو نباخ لمحاور الدراسة	60
.4	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المنصب الحالي	62
.5	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة الوظيفية	63
.6	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	63
.7	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 03	64
.8	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 04	65
.9	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 05	65
.10	نتائج عبارات محور واقع السياسة الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة	66
.11	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 06	67
.12	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 07	68
.13	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 08	69
.14	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 09	70
.15	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 10	71
.16	نتائج عبارات محور دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق العدالة والمساواة	72
.17	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 11	72
.18	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 12	73
.19	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 13	74
.20	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 14	75
.21	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 15	75
.22	نتائج عبارات محور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق الأمن والاستقرار	75
.23	نتائج عبارات محور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في	76

	تحقيق الأمن والاستقرار	
24.	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 16	77
25.	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 17	78
26.	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 18	79
27.	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 19	79
28.	نتائج إجابات عينة الدراسة على العبارة 20	80
29.	نتائج عبارات محور دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق التعاون والتسامح	81
30.	نتائج عبارات محور دور السياسية الصحية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في تحقيق التعاون والتسامح	82

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.	يوضح خصائص السياسة الصحية	23
2.	الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة	54

فهرس المحتويات

فهرس الموضوعات	الصفحة
الإهداء	
كلمة شكر	
مقدمة	أ–و
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية والسلم الاجتماعي	
المبحث الأول: ماهية السياسة الصحية	**9**
المطلب الأول: تعريف السياسة الصحية	**9**
المطلب الثاني: مكونات السياسة الصحية	**12**
المطلب الثالث: مقومات السياسة الصحية	**13**
المطلب الرابع: أهمية وأهداف السياسة الصحية	**15**
المبحث الثاني: الإطار المفاهيمي السلم الاجتماعي.	**18**
المطلب الأول: معنى السلم الاجتماعي وحقيقته.	**19**
المطلب الثاني: أركان السلم الاجتماعي وأهدافه.	**20**
المطلب الثالث: أهمية السلم الاجتماعي	**26**
الفصل الثاني: السياسة الصحية في الجزائر وأثرها على السلم الاجتماعي	
المبحث الأول: واقع السياسة الصحية في الجزائر	**30**
المطلب الأول: مبادئ السياسة الصحية في الجزائر	**30**
المطلب الثاني: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر	**31**
المطلب الثالث: معوقات السياسة الصحية في الجزائر	**36**
المبحث الثاني: دور السياسة الصحية في الجزائر في تحقيق السلم الاجتماعي	**38**
المطلب الأول: أهداف إصلاح السياسة الصحية في الجزائر	**38**
المطلب الثاني: مظاهر السلم الاجتماعي في ظل البرامج الصحية في الجزائر	**41**
المطلب الثالث: تحديات السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي في الجزائر	**48**
الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي	**52**

بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة	
المبحث الأول: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة	**52**
المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي	**52**
المطلب الثاني: موقع المؤسسة.	**52**
المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي المؤسسة.	**54**
المبحث الثاني: عرض الإجراءات ومناقشة منهجية الدراسة	**57**
المطلب الأول: عرض الإجراءات التطبيقية ومنهجية الدراسة	**57**
المطلب الثاني: تحديد مجتمع البحث والعينة	**62**
المبحث الثالث : اختبار ومناقشة تساؤلات الدراسة ونتائجها	**64**
المطلب الأول: عرض وتحليل ومناقشة نتائج التساؤل الأول	**64**
المطلب الثاني: عرض وتحليل ومناقشة نتائج التساؤل الثاني	**68**
المطلب الثالث: عرض وتحليل ومناقشة نتائج التساؤل الثالث	**73**
المطلب الرابع: عرض وتحليل ومناقشة نتائج التساؤل الرابع	**78**
الخاتمة	**84**
قائمة المراجع	**86**
قائمة الجداول	**99**
قائمة الأشكال	**100**
فهرس المحتويات	**101**
الملخص	

ملـخص الدراسـة:

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على السياسة الصحية والسلم الاجتماعي، من التطرق إلى الإطار المفاهيمي لكل منهما ، ثم واقع السياسة الصحية في الجزائر وأثرها على السلم الاجتماعي، وأخيرا دراسة ميدانية لواقع السياسة الصحية في تحقيق السلم الاجتماعي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة.

يمكن القول أن السياسة الصحية في الجزائر تعتبر أداة حيوية لتحقيق السلم الاجتماعي من خلال تحسين الخدمات الصحية وضمان الوصول العادل إليها جميع المواطنين تساهم هذه السياسة في تعزيز العدالة الاجتماعية وتقليل الفجوات الصحية بين مختلف الفئات الاجتماعية .

توصلت الدراسة إلى السياسية الصحية تساهم في مستشفى الزهراوي في تحقيق السلم الاجتماعي في تحقيق العدالة والمساوة الاجتماعية وتحقيق كذلك الأمن والاستقرار الاجتماعي وأخيرا تحقيق التعاون والتسامح الاجتماعي ؛

الكلمات المفتاحية: السياسة الصحية ، السلم الاجتماعي، إصلاح السياسة الصحية ، العمومية الاستشفائية الزهراوي.

Apstract

The study aimed to shed light on health policy and social peace, by addressing the conceptual framework for each, then the reality of health policy in Algeria and its impact on social peace, and finally a field study of the reality of health policy in achieving social peace in the Al-Zahrawi Public Hospital Institution in M'sila.

It can be said that health policy in Algeria is considered a vital tool for achieving social peace by improving health services and ensuring equitable access to them for all citizens. This policy contributes to enhancing social justice and reducing health gaps between different social groups.

The study concluded that health policy contributes to Al-Zahrawi Hospital in achieving social peace, achieving social justice and equality, achieving social security and stability, and finally achieving social cooperation and tolerance.

Keywords: health policy, social peace, health policy reform, Al-Zahrawi Public Hospital.

تم بحمد الله